

PREVALENCIA Y PREVENCIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES:

ALBA CARNICER MALDONADO

CARMEN SALDAÑA ROSELL

RAQUEL MUELA RODRÍGUEZ



Acréditi Formación s.l.

C/Diego Velázquez, nº 3

C.P. 26007 La Rioja

e-mail: editorial@acreditiformacion.com

www.acreditiformacion.com

www.publicacionescientificas.es

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico, ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro
es responsabilidad exclusiva de los autores.
La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-10000-40-7

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	5
<i>ABSTRACT</i>	8
<i>INTRODUCCIÓN</i>	11
<i>MATERIAL Y MÉTODOS</i>	25
TIPOS DE ESTUDIOS	25
TIPOS DE PARTICIPANTES	26
BÚSQUEDA DE LITERATURA	27
TIPOS DE INTERVENCIONES.....	28
RECOPIACIÓN DE DATOS	29
<i>RESULTADOS</i>	34
SELECCIÓN DE ESTUDIOS.....	34
CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS Y LAS INTERVENCIONES	35
PARTICIPANTES.....	43
MEDIDAS DE LOS RESULTADOS	44
FUENTES POTENCIALES DE SESGO.....	47
<i>DISCUSIÓN</i>	48
<i>CONCLUSIÓN</i>	62

REPERCUSIONES.....	64
REPERCUSIÓN 1	64
APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTÍFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO	64
APLICACIÓN PRACTICA EN EL AMBITO LABORAL DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS CON EL ESTUDIO CIENTÍFICO	65
REPERCUSIÓN 2	66
APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTÍFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO	66
APLICACIÓN PRACTICA EN EL AMBITO LABORAL DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS CON EL ESTUDIO CIENTÍFICO	67
BIBLIOGRAFÍA.....	68

RESUMEN

En la actualidad existe una alta prevalencia de Síndrome de Burnout en las Unidades de Cuidados Intensivos. Resulta importante conocer la prevalencia de este síndrome en las unidades, de este modo, se puede encontrar una forma de prevenirlo o de realizar intervenciones para poder disminuirlo. En esta revisión nos centraremos en dos bases principales; por un lado, en la prevalencia, la cual fue estudiada con distintas escalas en los artículos obtenidos, y por otro en la prevención e intervenciones realizadas cuando se detectaron altos porcentajes del Síndrome en las UCIs. Esta prevención se realiza en los estudios en base a intervenciones que detectan, o en su defecto intentan reducir la prevalencia que se manifiesta en las distintas unidades mediante diversos métodos.

Método: Se realizó una búsqueda de artículos desde 2001 hasta 2020 que analizaban el Síndrome de Burnout en las Unidades de Cuidados Intensivos. La base de datos principal de la que se obtuvieron dichos artículos fue PubMed, además de la búsqueda en otras bases de datos como Google académico y Medline. De todos los artículos obtenidos, seleccionamos estudios ECA para la confección de los resultados, los cuales, en su mayoría, comparaban el Burnout entre distintas unidades.

Resultados: Se localizaron y analizaron 9 ECA en los que tuvimos un total de 9.769 participantes, de los cuales, 8.740 trataron la prevalencia y 1.029 la prevención. Con una edad media de 41,36 y cuyo sexo dominante fue femenino. Se utilizaron distintos tipos de encuestas en función del estudio, aunque la que aparece en todos ellos

es la Escala de Burnout de Maslach. Para la confección de este apartado se analizaron las distintas dimensiones del Síndrome (despersonalización, agotamiento y reducción del logro personal) además de otras que resultaron significativas en asociación.

Conclusión: La correcta identificación y utilización de las medidas de prevención del Burnout mediante las diversas técnicas utilizadas ocasionan una reducción de la prevalencia del síndrome en las UCIs.

Palabras clave: Burnout, Síndrome, UCI, Prevención, Prevalencia, Agotamiento, Despersonalización, Logro personal.

ABSTRACT

There is currently a high prevalence of Burnout syndrome in intensive care units. It is important to know the prevalence of this syndrome in the units, so you can find a way to prevent it or to perform interventions to reduce it. In this review we focused on two main bases; on the one hand, on prevalence, which was studied with different scales in the articles obtained, and on the other, on prevention and interventions performed when high percentages of the syndrome were detected in the UCIs. This prevention is carried out in the studies based on interventions that detect, or in their absence try to reduce the prevalence that manifests in the different units by various methods.

Method: A search was made for articles from 2001 to 2020 that analyzed the Burnout

Syndrome in the Intensive Care Units. The main database from which these articles were obtained was PubMed, in addition to searching in other databases such as academic Google and Medline. Of all the articles obtained, we selected ECA studies for the preparation of the results, which, for the most part, compared the Burnout between different units.

Results: We located and analyzed 9 RCTs in which we had a total of 7,627 participants, of which 6,810 treated prevalence and 817 prevention. With an average age of 41.36 and whose dominant sex was female. Different types of surveys were used depending on the study, although the one that appears in all of them is the Burnout Maslach Scale. For the preparation of this section we analyzed the different dimensions of the syndrome (depersonalization, exhaustion

and reduction of personal achievement) and others that were significant in association.

Conclusion: The correct identification and use of Burnout prevention measures through the various techniques used lead to a reduction in the prevalence of the syndrome in the UCIs.

Keywords: Burnout, Syndrome, ICU, Prevention, Prevalence, Exhaustion, Depersonalization, Personal achievement.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años ha habido un incremento en la concienciación sobre la importancia que tienen las condiciones laborales y la salud de los trabajadores. Esta creciente preocupación se ha ido manifestando poco a poco en distintos ámbitos, como son los medios de comunicación o los sindicatos de los trabajadores, e incluso lo hemos visto reflejado en distintos artículos científicos. Uno de los temas que más ha llamado la atención a lo largo del tiempo ha sido el estrés laboral, que se define como; *“un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente*

sensación de no poder hacer frente a la situación” (1).

Un punto muy importante a tener en cuenta es; ¿Es lo mismo el estrés que el Burnout?, la respuesta es no (1). Cuando hablamos de estrés nos referimos a un estado transitorio, mientras que cuando nos referimos al Burnout estamos hablando de un estado cronificado. Es más, si vemos las definiciones de estrés (citada anteriormente) y de Burnout, encontramos diferencias ya que una de las definiciones más recientes de este síndrome es la siguiente:

“El síndrome de burnout aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido. Se observa con mayor frecuencia en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos, y especialmente en

personas con unas expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante” (2).

A nivel psicológico el Burnout se ha asociado de una manera muy estrecha con la ansiedad, la depresión y el estrés laboral, de los cuales, los dos últimos han ido aumentando a lo largo del tiempo (3).

Los síntomas principales que se han asociado con el Burnout han sido despersonalización, reducción del logro personal, y/o agotamiento emocional. El síndrome de Burnout destaca principalmente en profesiones en las que existe un trato humano directo, como es el caso de los profesionales de la salud (3).

La primera vez que se comenzó a hablar del síndrome de Burnout fue en 1974, cuando Herbert Freudenberger, psicólogo estadounidense que trabajaba como voluntario en una clínica para

toxicómanos, observo que con el paso del tiempo sus compañeros comenzaban a padecer ansiedad, agotamiento, depresión, pérdida de energía y desmotivación. Todo esto llevaba a sus compañeros a cambiar paulatinamente el trato que tenían con sus pacientes, puesto que se comenzaban a mostrar insensibles, mucho menos comprensivos y en ocasiones, incluso agresivos (3). Paralelamente y de forma independiente, Maslach y sus compañeros (1976) realizaron en la primera fase de su trabajo de investigación, entrevistas a trabajadores del ámbito de los servicios humanos, gracias a estas entrevistas dedujeron que muchos trabajadores se sentían exhaustos, y desarrollaban percepciones y sentimientos negativos (4). Cuando vieron todo este proceso, lo denominaron Burnout.

Conforme fueron estudiándolo observaron que existían dos perspectivas concretas que delimitan el Burnout: la clínica y el psicosocial. Dentro de la primera podemos encontrar los trabajos de Freudenberger, que consideraban el Burnout como consecuencia del estrés laboral. Por otro lado, en la perspectiva psicosocial encontramos los trabajos de Maslach et all, que lo consideraban como un proceso que se desarrollaba tanto con el entorno laboral como con el personal. A lo largo de los años, distintos psicólogos y psiquiatras han tratado de dar otra definición al Burnout, y todos ellos coincidían en un punto común, que la exposición prolongada a ambientes estresantes terminaba por “quemar” al individuo (3).

Podemos decir que el Síndrome de Burnout se compone de tres dimensiones, con la cuales puede iniciarse un diagnóstico (3):

- El agotamiento (AE): Resulta el más evidente y además es el que más se analiza. Este es el síntoma central y se da a largo plazo, aunque no podemos diagnosticar con Burnout a alguien que lo presente de forma aislada.
- La despersonalización (DP): Se produce en el momento en el que el trabajador pone distancia entre el paciente y su propia persona, lo cual se refleja en una falta de sensibilidad e indiferencia por parte de éste.
- Una realización personal muy baja (RP): De todas las citadas podemos decir que es la más compleja, puesto que suele aparecer como consecuencia de las anteriores. La realización personal tiende a ser más baja cuando la eficiencia en el

trabajo disminuye, y esta suele ser consecuencia del agotamiento.

Aunque el Burnout está relacionado con la depresión y la ansiedad, su diferencia principal radica en que este síndrome se da en un ámbito laboral, mientras que los otros padecimientos pueden afectar en muchos aspectos de la vida de los individuos. Debemos tener en cuenta que, si un sujeto padece depresión, su posibilidad de padecer Síndrome de Burnout es más alta (4).

Existen cinco elementos que son comunes en el síndrome de Burnout y que resultan claves para distinguirlo y comprenderlo de manera correcta (3):

- a) Existe un predominio de síntomas disfóricos, como el agotamiento psicológico, fatiga y depresión.

- b) Los síntomas son psicológicos y de conducta, más que físicos.
- c) Los síntomas están relacionados con el trabajo.
- d) Los síntomas se manifiestan en personas que no han sufrido de psicopatologías anteriormente.
- e) La reducción de eficacia y el rendimiento laboral se producen por actitudes y comportamientos negativos.

En cuanto al diagnóstico del Burnout, podemos encontrar diversos cuestionarios, escalas e inventarios para poder medirlo.

Una de las más usadas y fiables es el Inventario de Burnout de Maslach, que se centra en tres aspectos; el agotamiento emocional, la realización personal y la despersonalización

(5)(6). También existen otros itinerarios para el diagnóstico del burnout como son; El inventario de Burnout de Oldenburg y el inventario de Copenhagen Burnout (7). A parte de este inventario, que nos ayuda a identificar el Síndrome de Burnout, también se pueden usar otro tipo de recogida de datos que engloban distintos aspectos cuando nos centramos en una población concreta a estudiar, y aportan información necesaria a la hora de completar los estudios, como por ejemplo el sexo, el estado civil o la turnicidad (8). Si bien hemos citado anteriormente que uno de los inventarios más usados es el de Maslach, también podemos incluir el Inventario de Personalidad NEO-FFI, que aporta una evaluación global en cuanto a la personalidad de los sujetos (8). Otra de las escalas que podemos usar es la Safety Attitude Questionnaire and perceived quality of care, que

como bien dice, muestra el grado de satisfacción que tienen los profesionales en la unidad(9). En la mayoría de las ocasiones, con una combinación de las distintas escalas se pueden obtener datos muy valiosos que nos ayuden a diagnosticar el Síndrome de Burnout.

Si hablamos de tratamiento en cuanto al síndrome citado, encontramos distintas formas en las que el Burnout puede ser abordado en cuanto a su prevención. Una de las formas de reducir su incidencia son los ejercicios cuerpo-mente, en este sentido se ha demostrado que el yoga ayuda a reducir el agotamiento y el estrés, aunque es necesario realizar más estudios para abalarlo de una manera completa(10).

Los estudios también citan que existen diversas formas de prevenirlo. Algunas de ellas tienen que ver con llevar un estilo de vida saludable, en el

que se incluya una dieta adecuada y la realización de ejercicio físico. También la búsqueda de pasatiempos como pueden ser viajar, la lectura o los voluntariados, e incluso las interacciones sociales resultan favorables a la hora de prevenir el Síndrome de Burnout (7).

El Burnout se caracteriza por ser un síndrome que resulta de la exposición continua a un ambiente desfavorable, es también llamado “síndrome del trabajador quemado”, este trastorno tiene una alta prevalencia en determinadas unidades en el ámbito de la salud (11). En los hospitales existen distintos servicios en los cuales el Burnout puede darse con una mayor frecuencia, es el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos, tanto en las UCIs de adultos como en las pediátricas y neonatales (12). Estos servicios son lugares en los que existe una mayor cantidad de estrés debido a

diversos factores que lo desencadena. Tanto los tratamientos de los pacientes (los cuales tienden a ser muy complejos) como la constante interacción con su proceso de enfermedad generan un alto grado de estrés en el personal de enfermería, puesto que, la cantidad de trabajo en muchas ocasiones supera a los recursos humanos de los que disponen las unidades (13). Esto tiende a ocasionar un nivel de estrés muy elevado entre el personal, puesto que no son capaces de llegar a todo, ni a dar los cuidados de la forma en la que les gustaría. Es complicado lidiar con el trato a pacientes que se encuentran en un periodo de su vida crítico, la realidad es que estamos hablando de personas, estamos hablando de vidas humanas que requieren de una constante atención, y no solo eso, sino de una atención de calidad(14). Cuando hablamos del trato al paciente, no solo nos referimos al lago proceso de los tratamientos

hacia el enfermo, sino también de las complejas técnicas que en muchas ocasiones se tienen que llevar a cabo con estos pacientes, las cuales restan tiempo para atender a otros pacientes que también necesitan de unos procedimientos complejos. Por otra parte, a la hora de la toma de decisiones, resulta difícil determinar que es aquello que hace un menor daño, o por decirlo de otra forma, un bien mayor al paciente. Puesto que en la mayoría de los casos y debido a la gravedad en la que se suelen encontrar, no se puede interactuar con ellos y es con la familia con la que se tienen que tomar las decisiones sobre la vida del paciente (15).

Este tipo de procesos por los que pasa el personal en las Unidades de Cuidados Intensivos van generando poco a poco un nivel de estrés que tiende a aumentar con el tiempo (16). No solo se

produce ese estrés, sino que se genera un agotamiento a nivel emocional y una despersonalización muy acentuados (13). Existe un cumulo de circunstancias que hacen favorable el Síndrome de Burnout, cuando una persona está sometida constantemente a altos niveles de estrés, y no solo eso, sino a circunstancias en las que otras personas sufren, tienden a empatizar y culparse a sí mismos cuando el paciente no se recupera correctamente. En muchas ocasiones entra el juego la despersonalización, puesto que el personal se siente alejado de sí mismo, como si ya no fuera él, lo cual repercute directamente en la calidad de los cuidados que se brindan a los pacientes (17). El personal de estas unidades está expuesto a situaciones de perdida constantemente, lo cual poco a poco puede ir generando un alto nivel de insatisfacción.

El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar el síndrome de Burnout en el personal sanitario de las Unidades de Cuidados Intensivos, y de qué forma se podría reducir este síndrome dentro de estas unidades de hospitalización. Como objetivo secundario analizaremos la prevalencia del síndrome en estas unidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPOS DE ESTUDIOS

Los estudios recogidos en esta revisión fueron ECA que trataban sobre la prevención y la prevalencia del síndrome en la unidad. Aunque

muchos de estos estudios analizan los casos del Burnout en personal sanitario de manera general, se encontraron algunos que trataban sobre el personal de enfermería en particular, y también fueron incluidos. De forma secundaria fueron incluidos también aquellos ECA que aportaban datos estadísticos sobre el tema en cuestión, y los que trataban sobre medidas que podían favorecer la disminución de este Síndrome en las UCIs. Fueron excluidos aquellos artículos que no proporcionaba información relevante, y aquellos anteriores a 2001.

TIPOS DE PARTICIPANTES

Los criterios de inclusión que se siguieron para esta revisión fueron grupos de personal del sistema sanitario, más concretamente el personal de las Unidades de Cuidados Intensivos, sin limitaciones por edad ni por sexo.

BÚSQUEDA DE LITERATURA

Para la obtención de la literatura de esta revisión se realizó una búsqueda en tres bases de datos, las cuales fueron: Pubmed, Google académico y Medline. De todas ellas la más utilizada fue Pubmed. Se realizó la búsqueda de aquellos artículos entre el 2001 y el 2021, en su mayoría artículos completos.

Las primeras búsquedas se centraron en: (“Burnout” OR “Burnout syndrome”) AND (“ICU” OR “ICUS” OR “intensive care units”). Para ir acotando la búsqueda se utilizaron: (“Burnout” OR “Burnout syndrome”) AND (“ICU” OR “ICUS” OR “intensive care units”) AND (“nurse” or “health staff”). Por otro lado, una vez hecha la búsqueda principal y habiendo

leído la literatura, también se buscó para la confección de los resultados: (“Burnout”) AND (“prevalence”) AND (“ICU”), (“Bournout”) AND (“prevention”) AND (“ICU”).

También se seleccionaron como referencias cruzadas algunos artículos cuya base es histórica sobre el Síndrome de Burnout.

TIPOS DE INTERVENCIONES

Dado que nuestra revisión se centra en encontrar formas de prevenir el Síndrome de Burnout, las intervenciones se centraron en dividir las formas en las que se puede dar esta prevención, por lo que obtuvimos: relaciones personales (aquellas que se hacen con familiares o amigos, pero siempre fuera del entorno del trabajo, en este caso el hospital), llevar una vida saludable (donde

podemos incluir el ejercicio físico y una dieta equilibrada), y ejercicios cuerpo-mente (donde la base principal encontrada fue el yoga o la meditación). Todo esto, como hemos citado anteriormente nos ayuda a prevenir el Burnout, es decir, se centra en un tratamiento de prevención.

RECOPIACIÓN DE DATOS

Para aplicar una prevención en cuanto al Síndrome de Burnout, primero debemos saber en qué porcentaje afecta éste en las unidades de cuidados intensivos. Los distintos estudios nos ofrecen porcentajes en base a distintos cuestionarios o itinerarios.

Para recopilar los datos se tuvieron en cuenta los cuestionarios principales como el Inventario de Burnout de Maslach (18), como bien citamos anteriormente. Otros cuestionarios utilizan el

Inventario de Burnout de Maslach combinándolo con datos sociodemográficos (sexo, edad y estado civil) y datos laborales (antigüedad, turo de trabajo y labor que se desempeña). En otros estudios se utilizaron escalas para medir el beneficio que se obtenía de la realización de ciertas actividades. Una de ellas fue el HPLP (Health Promoting Lifestyle Profile) (10) .

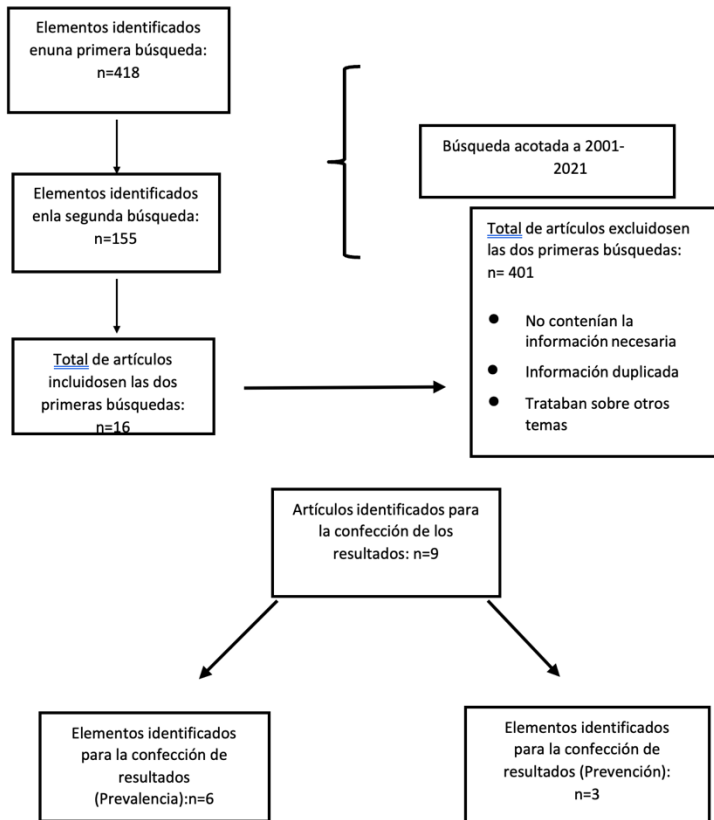
En base a todo esto, se recopilaron los distintos artículos como se muestra a continuación (Figura 1). Primero se identificaron los estudios por palabras clave, y en consecuencia se comenzó con la selección de artículos. Para una primera fase se decidió que los artículos debían responder de forma positiva a las siguientes preguntas: ¿Explica cómo comenzó y evolucionó el síndrome?, ¿Trata sobre el personal sanitario?, ¿Los datos recogidos se enfocan en las unidades

de cuidados intensivos?, ¿Incluyen a hombres y mujeres independientemente de su edad y sexo?, para esta primera parte de recogida de datos las respuestas a las preguntas debían ser afirmativas ya que, en base a ellas se confeccionó la introducción. Para una segunda fase de la recogida de datos los artículos debían responder a las siguientes preguntas: ¿Ofrecen datos sobre la prevalencia del síndrome en las unidades de cuidados intensivos?, ¿Ofrece datos sobre la prevención del síndrome en las unidades de cuidados intensivos?, si la respuesta fue afirmativa, se seleccionaron aquellos artículos que ofrecían datos comprobados de ensayos clínicos.

RECOPIACION DE ARTICULOS EN DOS FASES	PRIMERA FASE DE LA RECOGIDA DE DATOS	SEGUNDA FASE DE LA RECOGIDA DE DATOS
<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizaron las palabras clave. • Revisión de los textos. • Eliminación de los duplicados. • Criterios de inclusión en base a título y resumen para la primera fase de recogida de información. • Criterios de inclusión para la segunda fase en base al texto completo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se escogieron aquellos artículos que trataban sobre Burnout. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Explica cómo comenzó y evolucionó el síndrome? • ¿Trata sobre el personal sanitario? 2. Se escogieron aquellos artículos enfocados a las <u>UCIs</u>. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Los datos recogidos se enfocan en estas unidades? • ¿Incluye a hombres y mujeres independientemente de su edad y sexo? <p>Si alguna de las respuestas a las preguntas formuladas fue negativa, se descartaron los artículos (exceptuando la parte histórica de la introducción)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se recogieron aquellos artículos que trataban sobre la prevalencia del Burnout. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ofrece datos sobre la prevalencia del síndrome en las <u>UCIs</u>? 2. Se recogieron aquellos artículos que trataban sobre la prevención del Burnout. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ofrece datos sobre la prevención del síndrome en las <u>UCIs</u>? <p>En esta parte se buscaron estudios que fueran ensayos clínicos y se descartaron todos aquellos que eran revisiones sistemáticas.</p>

Figura 1. Método de selección de los artículos utilizados.

A continuación, se muestra el diagrama de flujo en la selección de los artículos para esta revisión (Figura 2).



RESULTADOS

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Tras la búsqueda por palabras clave se identificaron 418 artículos. Al acotar la búsqueda inicial se descartaron 263 en una segunda búsqueda por no cumplir con los criterios de inclusión. Tras estas búsquedas obtuvimos 155 artículos. De estos artículos descartamos los duplicados, y todos aquellos que no aportaban información relevante o no se ajustaban a los criterios de inclusión para la confección de esta revisión. De todos los artículos encontrados escogimos 9 para la confección de los resultados. Estos eran ECA que aportaban datos sobre la prevención del Síndrome de Burnout y la prevalencia de este, además incluían las formas de medición del síndrome.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS Y LAS INTERVENCIONES

Los estudios incluidos se llevaron a cabo entre 2008 y 2020. Los estudios incluidos fueron ECAs, los cuales, contenían un grupo de casos y otro de control para hacer así una comparativa entre los distintos servicios, y obtener datos de éstos. De los 9 estudios seleccionados se obtuvo una media de participación total de 87,78% de sanitarios que completaron los estudios, y un abandono del 12,22%, los cuales no lo terminaron. La duración media de todos los estudios fue de 12 semanas.

La tabla 1 muestra las características principales de los estudios seleccionados (10,18–25).

Autor	Sujetos y procedencia	Grupos Intervención	Grupos Control	Duración (semanas)	Seguimiento (semanas)	Síntomas (instrumentos)	Ad%	Resultados
M de Poortere et all. 2008.	Personal de enfermería de las UCIs. Edad media no ponderable.	Personal de enfermería de las UCIs con horarios de trabajo regulares. Se impartían 5 talleres al grupo.	Personal de enfermería de las UCIs suplementario.	4 semanas.	Evaluación continua. Se realiza una encuesta al comienzo de cada taller y tras acabar el estudio.	Talleres para enfrentar la angustia moral y enfrentarla o disminuirla. Encuestas.	89,47%	El taller disminuyó la angustia moral en el personal y mejoró la implicación del personal de enfermería con el paciente
C. Fuentelsaz- Gallego et all. 2013	N=7.539. Personal de enfermería de críticos y unidades de hospitalización altos.	GI (n=1.122) Unidades de cuidados intensivos. Personal de enfermería.	GC (n=6.417) Unidades médicas y quirúrgicas. Personal de enfermería.	Análisis de cuestionari os	-	Cuestionario MIB. Medición de la satisfacción laboral.	75,00%	El nivel de Burnout es más alto en el personal de unidades médicas y quirúrgicas.
Merethith M et all. 2014	N=29. Personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. Edad media no ponderable.	GI (n=14) Personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos que realizaron los talleres y ejercicios.	GC (n=15) Personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos que no realizaron los talleres y ejercicios.	12 semanas.	Se analizan los datos tras completar la semana 12 del estudio.	Talleres educativos. La escala de resiliencia de Connor-Davidson (CDRISC) La escala de diagnóstico posttraumático (PDS) La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) El Inventario de Burnout de Maslach (MBI) El Cuestionario de satisfacción del cliente /paciente.	93,10%	El personal mostraba un alto nivel de Burnout, pero tras realizar las distintas actividades propuestas se redujo. Se necesitan más intervenciones para disminuir el nivel de Burnout de las UCIs.

Autor	Sujetos y procedencia	Grupos	Grupos Control	Duración (semanas)	Seguimiento (semanas)	Síntomas (instrumentos)	Ad%*	Resultados
G. Alexander et al. 2015	Personal de enfermería. Media de edad 43 años.	Intervención GI (n=25) Aquellos que practicaron yoga durante el tiempo estimado.	GC (n=25) Aquellos que no practicaron yoga durante el tiempo estimado.	8 semanas.	De la semana 1 a la semana 8.	Reducción del estrés. Escala HPLP II. Escala FMI Escala MBI.	80,00%	Mejora del autocuidado, así como menor agotamiento emocional y despersonalización tras completar el estudio.
B. Steinberg et al. 2016	N=32. Personal sanitario de UCI. 75% personal de enfermería. Media de edad 39,8 años.	GI= (16). Personal sanitario de UCI que practico meditación y yoga durante una hora a la semana. además de sesiones clínicas.	GC= (16). Personal sanitario de UCI que no practico la meditación, el yoga, ni las sesiones clínicas.	8 semanas	Se evaluaban los resultados una semana antes de la intervención y una semana después de la misma.	Escala MBI. Escala de compromiso laboral de Utrecht. Escala Professional Quality of Life. Subescala de vigor de la UtrechtWork Engagement Scale	100%	El apoyo social y las actividades realizadas dentro una mejora en el personal sanitario de las unidades de cuidados intensivos.
A. Ntantana et al. 2017	N=714. 149 médicos y 320 personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. Edad media 45 años	GI (n=493) Personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos	GC (n=221) Médicos de las unidades de cuidados intensivos.	24 semanas.	Durante las 24 semanas se analizan los distintos cuestionarios.	Satisfacción laboral. Satisfacción en la atención al final de la vida. Satisfacción después de renunciar a tratamiento de soporte vital. Cuestionario MBI. Cuestionario EPQ. Cuestionario spREUK.	65,68%	Compara entre ambos y hace un enfoque global con los dos grupos. Se observa un mayor desgaste en el personal de enfermería en comparación con los médicos. Correlación positiva entre agotamiento y neuroticismo. Puntuación de despersonalización altas.

Autor	Sujetos y procedencia	Grupos Intervención	Grupos Control	Duración (semanas)	Seguimiento (semanas)	Síntomas (instrumentos)	Ad%	Resultados
R. Rodríguez-Rey et al. 2019	N=187. 110 médicos, 208 profesionales de enfermería y 96 auxiliares de enfermería. Todos ellos de UCI.	GI (n=298) 57 médicos, 177 profesionales de enfermería y 64 auxiliares de enfermería. Todos ellos de las unidades de cuidados intensivos pediátricos.	GC (n=189) 53 médicos, 104 profesionales de enfermería de enfermería. Todos ellos de unidades que no pertenecen a cuidados intensivos pediátricos.	-	Estrido observacional	Mayor burnout en UCI. Cuestionarios demográficos, Cuestionarios de actividad profesional, Escala MBI.	100,00%	Se relacionó a los trabajadores de UCI con mayor tasa de TEPT, mayor agotamiento emocional y despersonalización. En definitiva, las tasas de Burnout en las UCIP eran superiores a las de otras unidades.
M. Bateman et all. 2020	N=200. 100 médicos y 100 enfermeras, farmacéuticos y terapeutas de la UCI. Media de edad no ponderable.	GI (n=100) Profesionales elegidos 50 médicos y 50 no médicos. Participantes del debriefing (Death café).	GC (n=100) Profesionales elegidos 50 médicos y 50 no médicos. No participantes del debriefing (Death café).	12 semanas.	Cada 15 días.	Observar si las charlas tienen efecto positivo. Escala MBI, Escala PHQ-8, Escala GAD-7.	Estrido piloto en curso.	Se prevé que el burnout varíe en función de las épocas del año y que la pandemia Covid pueda aumentar el nivel de agotamiento.
R. Klempell et all. 2020	N=680. Médicos y personal de enfermería de cuidados intensivos, farmacéuticos, personal de practica avanzada. Todos ellos de UCIs. Edad media no ponderable.	GI=(Datos obtenidos de todos los encuestados).	GC=(Datos obtenidos de todos los encuestados).	16 semanas.	A través de las encuestas proporcionadas.	Encuestas por correo electrónico sobre como aumentar el bienestar y mitigar el agotamiento.	100%	Necesidad de estudiar los mecanismos de prevención del Burnout en el personal de UCIs, puesto que algunas medidas que se toman resultan favorables.

Los resultados obtenidos se escogieron en base a distintos estudios. Algunos de estos estudios incluyen únicamente al personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos (10,18,20,24). Por otra parte obtuvimos algunos estudios que trataban del personal sanitario a nivel general en las Unidades de Cuidados Intensivos (19,21–23,25). Los distintos estudios obtenidos tratan sobre la prevención y la prevalencia que tiene el síndrome en las UCIs, muchos de ellos comparten algunas intervenciones comunes, aunque otros no lo hacen.

Las características definitorias que tiene el Síndrome de Burnout son principalmente la

despersonalización, la reducción del logro personal y el agotamiento y desgaste. Además, tiene asociados la angustia y la depresión en muchos casos. Cuando hablamos de despersonalización, nos referimos al sentimiento de pérdida de control de nuestras propias acciones, es decir, el individuo siente que no controla lo que hace. Esto, en el entorno de la salud, da lugar a que el profesional sanitario se aleje del paciente. Es necesario conocer y saber identificar este proceso por el cual puede pasar cualquier profesional sanitario, tal y como miden algunos de los estudios seleccionados para esta revisión (10,18–21,23,25).

En gran cantidad de los artículos seleccionados se aborda también el agotamiento, el cual, puede darse a distintos niveles. Uno de ellos es a nivel físico, debido a los largos turnos de trabajo con

una cantidad de personal muy reducido. Otro de los niveles es el mental, puesto que, en lugares como las UCIs, lidiar con procesos complejos y la constante interacción con la muerte desgasta a este nivel. Otro de ellos, y no menos importante es a nivel emocional, que podríamos decir que suma a los dos anteriores y añade el proceso por el que pasa el personal al enfrentarse día a día a las distintas situaciones que se dan en estos lugares. Es un punto a tener muy en cuenta cuando se habla de Síndrome de Burnout (10,18–25). Otras de las grandes dimensiones que se analizan en base al Síndrome de Burnout son la falta de realización personal o reducción del logro personal. En este caso suele ir ligado al agotamiento. Debido a las distintas situaciones a las que se enfrenta el personal en las UCIs pueden sentir que a nivel individual les falta algo,

reduciendo de este modo las expectativas que tienen sobre ellos mismos(10,18–21,23,25).

Estas tres características anteriores son las dimensiones principales en las que se centra el Burnout, pero en los distintos estudios que se recogieron para este artículo se analizan más características que pueden ir relacionadas. Si hablamos de características relacionadas con el Burnout nos encontramos con el desgaste, muy relacionado con las tres dimensiones redactadas anteriormente. Medir el desgaste resulta importante, ya que incluye el producido a nivel físico y mental, y aporta datos valiosos a la hora de establecer relaciones entre los distintos síntomas (10,18–21,25).

La angustia (18,19,21,22,24,25) también fue medida en diversos estudios. En muchas ocasiones la angustia suele ir asociada al

Síndrome de Burnout o darse una vez se padece. Por ello es importante medir este tipo de sintomatología cuando se estudia este síndrome.

PARTICIPANTES

Entre todos los estudios seleccionados obtuvimos un total 9.769 trabajadores, con una edad media de 41,36 años, la mayoría eran mujeres. De todos ellos un total de 2.093 participantes se incluyeron grupo de intervención, y 6.996 participantes pertenecían al grupo control. La media de adherencia general fue del 87,78% entre todos los estudios recogidos. Fueron encuestados 680 participantes para observar las medidas que se tomaban en los distintos servicios (23 19). En el total de estudios, 8.740 sujetos mostraron los

datos de prevalencia, y 1.029 participantes ofrecieron los datos de prevención.

MEDIDAS DE LOS RESULTADOS

Dentro de las medidas de los resultados encontramos distintos cuestionarios y escalas, en base a los distintos artículos seleccionados para esta revisión se decidió incluir las más relevantes.

El inventario de Burnout de Maslach (10,18–21,23,25) se compone de 22 ítems que muestran los sentimientos del personal hacia sí mismos y con los pacientes. Estos 22 ítems tienen 6 respuestas diferentes (Nunca, pocas veces al año, una vez al mes, unas pocas veces al mes, una vez a la semana, unas pocas veces a la semana y todos los días) que se responden marcando con una X en la casilla con la que el encuestado se sienta más afín. La escala HPLP (Health Promoting Lifestyle

Profile) (10) que consta de 52 ítems que miden determinados comportamientos que promueven la salud. Otra de las escalas que se puede utilizar es la FMI (10), que consta de 14 ítems que miden la aceptación, la curiosidad y la apertura mental.

A través diversos estudios que utilizaron distintos métodos de medición a parte de los anteriormente citados, se recogieron datos sobre la prevención del síndrome de Burnout en las unidades de cuidados intensivos. La escala CDRISC (18) se usa para medir el nivel de resiliencia. Contiene 25 ítems con una puntuación del 0 al 100, cuanto más alta sea la puntuación mayor resiliencia se obtiene. La escala PTG (25) mide el estrés post traumático que se puede sufrir tras algún fenómeno adverso. Esta escala cuenta con 21 ítems cuya puntuación oscila entre 0 y 50, cuanto

más alta es la puntuación mayor TEPT se obtiene. La escala HADS (18) mide la ansiedad y la depresión en el ámbito hospitalario. Esta escala consta de 14 ítems, una puntuación de 8 o más indica que la persona tiene antecedentes de ansiedad o depresión. Las escalas PHQ-8 y GAD-7 (21) valoran la depresión y la ansiedad generalizada que existe entre el personal, es una escala que consta de 7 ítems. Puntuaciones de 10 o más indican depresión o ansiedad. La escala SWL (25) mide la evaluación global de como la persona ve su vida comparándola con lo que pretende o desea logra. Consta de 5 ítems y se obtienen puntuaciones entre 30 y 35. El cuestionario EPQ (22) es un cuestionario de personalidad que valora tres dimensiones; el psicoticismo, el neuroticismo y la extraversión. Consta de 84 ítems que se responden con SI o No. La escala de compromiso laboral de Utrecht (23),

como su propio nombre indica, mide el compromiso laboral. Es una escala que consta de 9 ítems que se puntúan de 0 a 6 (nunca a siempre). El cuestionario spREUK (22) mide las actitudes espirituales y religiosas. Consta de 15 ítems y diferencia 3 dimensiones; búsqueda de soporte, confianza en algo superior y reflexión. La escala professional quality of life (23) mide la calidad de vida a nivel profesional una semana antes y una semana después de la realización de una intervención, para poder hacer de este modo una comparación.

FUENTES POTENCIALES DE SESGO

El posible sesgo dentro de los estudios escogidos puede ser el pequeño tamaño de las muestras en algunos de los artículos seleccionados.

DISCUSIÓN

En esta revisión se determinó que un factor importante a la hora de realizar el estudio es la prevalencia del Síndrome de Burnout, obtuvimos distintos artículos relacionados con el tema en cuestión. Uno de los estudios (25) que tratan sobre la prevalencia del Burnout en las UCIP en comparación con el personal que trabajaba en pediatría, pero no en la zona concreta de UCI. Los resultados obtenidos de este estudio en cuanto al agotamiento emocional fueron que un 36,20% estaba por encima de los límites, el 27,20% del personal de la unidad también se encontraba por encima en cuanto a despersonalización y el 20,10% lo hacía en cuanto a la falta de realización personal. Además, un 20,01% del personal de

UCIP informó de TEPT (trastorno de estrés postraumático). La correlación del agotamiento emocional con la despersonalización resultó positiva ($p < 0,001$). No se encontró correlación positiva entre el TEPT y el Burnout, pero si se observó que existía una realización personal más baja en personal de la UCIP (grupo de intervención) que en el resto de personal estudiado (grupo de control).

Encontramos también un estudio (23) que compara el nivel de Burnout entre el personal de enfermería de unidades médicas y quirúrgicas, y las de unidades de críticos. En este estudio los resultados fueron favorables en Burnout para el personal de las unidades médicas y quirúrgicas, aunque el de cuidados críticos también presentaban Burnout, pero en niveles más bajos al compararse. El personal de enfermería de

unidades médicas y quirúrgicas obtuvieron un porcentaje del síndrome del 23% en comparación con el 18% de las unidades de críticos al hacer el cuestionario MBI. En cuanto al agotamiento emocional, el personal de enfermería de las UMQ obtuvo un 28%, y el de las UCC un 19%. La despersonalización también fue mayor en las UMQ (23%) que en las UCC (17%). Por otro lado, la falta de realización personal fue más elevada en las UCC (39%) que en las UMQ (34%).

En otro de los estudios (22) utilizados en esta revisión se comparó el nivel de Burnout entre los médicos de las UCIs y el personal de enfermería. Los resultados obtenidos de este estudio revelaron que el personal de enfermería de estas unidades tenía un mayor agotamiento emocional que los médicos ($p < 0,001$), pero no se hallaron

diferencias significativas a nivel de realización personal ni de despersonalización. Se observó que la despersonalización se relacionaba de forma positiva con el neuroticismo. Por otro lado, dentro del personal seleccionado se obtuvieron datos de un mayor agotamiento emocional y despersonalización en aquellos médicos y personal de enfermería que se sintieron aislados tras la toma de decisiones ($p < 0,001$), el personal que pensaba que en su UCI no estaban comprometidos con los estándares éticos obtuvo puntuaciones más altas en cuanto a agotamiento ($p < 0,001$), despersonalización ($p < 0,001$) y baja realización personal ($p = 0,004$).

Otros de los aspectos importantes observados fueron los distintos resultados y métodos de prevenir el Burnout en las UCIs. Uno de nuestros artículos (10) a destacar es el que trata el tema de

la prevención a través de prácticas de meditación como el yoga. En este caso se compararon dos grupos; uno de ellos practico la meditación durante las 8 semanas que duró el estudio y el otro no. La mayoría de la muestra eran mujeres, y todos los participantes eran personal de enfermería. La mayor parte estaban casados, y su edad media era de 43 años en el momento del estudio. En el grupo de intervención se observó una mejoría al acabar el estudio en cuanto al autocuidado ($p=003$), al agotamiento emocional ($p=028$) y despersonalización ($p=048$). Otro artículo (24) centrado en la prevención en el personal de enfermería incluyó talleres para identificar la angustia moral y estrategias para disminuirla o afrontarla. En este caso se impartieron en 4 semanas, un total de 5 talleres. Se escogió a un grupo de intervención para probar el taller, y a otro grupo como control, los

resultados obtenidos del grupo de intervención, cuyo personal además tenía turnos de trabajo regulares, fueron reveladores puesto que se contrastaron las encuestas empleadas tanto antes como después de los talleres. Los resultados muestran que el personal del grupo de intervención veía necesario el uso de este tipo de talleres en un 23%, en comparación con el 12% que pensaba que eran necesarios antes del inicio del taller. Además, en el grupo de control un 43% pensaba que ya existían recursos para hacer frente al Burnout en las UCIs. En cuanto al distanciamiento con el paciente, el grupo de intervención pre-taller respondió en un 54% que lo padecían, contrastando el 24% que respondió que padecía de ello tras el estudio. Por su parte en cuanto a este dato se refiere, el grupo de control expresó en un 24% que también se distanciaba del paciente. Otra medición que se hizo en el estudio

era la del cinismo que padecían los profesionales de enfermería. En este caso el grupo de intervención antes del taller obtuvo un 75% de personal que se sentía de esta forma, en comparación con el 28% del personal que seguía sintiéndose así tras la realización de los talleres. Por su parte en el grupo de control un 42% informó de que sentía ese cinismo.

Otro dato a tener en cuenta es que la frustración expresada en el grupo de control era de un 82%. En definitiva, este estudio muestra que los talleres realizados al grupo de intervención redujeron las puntuaciones iniciales de angustia, despersonalización, frustración y cinismo que padecía el personal de enfermería al inicio del estudio.

Si continuamos hablando de la prevención Burnout en UCIs, incluimos artículos que tratan sobre el personal a nivel global de estas unidades (18,21–23). Es el caso de uno de los artículos propuestos para esta revisión, cuya base trata la prevención del Burnout en todo el personal de las UCIs. En unos de nuestros estudios (25) la gran mayoría del personal incluido fueron mujeres, con una edad media de 44 años (casi todo el personal era de enfermería en este estudio), este estudio realiza una intervención basada en la atención plena en los factores estresantes en el trabajo, y observa si una intervención mente-cuerpo reduce los efectos del estrés en las UCIs. Los resultados se obtienen en base al MBI, se escoge un grupo de intervención y otro de control. El grupo de intervención realizó sesiones clínicas y meditación durante un periodo de 8 semanas. Los resultados obtenidos en este grupo se

compararon con los del grupo de control, y con los obtenidos antes de realizar la intervención. Se obtuvo de este modo en el grupo MBI (intervención) un aumento significativo ($p=006$) de antes de la intervención a después, mientras que el grupo de control no obtuvo ningún cambio.

Otro estudio referido al nivel de Burnout antes y después de la realización de una intervención concreta (18). Este estudio se llevó a cabo en personal de enfermería de las UCIs. En este caso se trata de la realización de unos talleres educativos de dos días de duración (2 horas al día) donde se educaba sobre los tipos de angustia y el autocuidado. Además, se introdujo una terapia de exposición escrita para que el grupo de intervención expresara en base a las indicaciones recibidas sus sentimientos en relación con el trabajo. Otras intervenciones llevadas a cabo en

el estudio fueron las practicas MBSR (técnicas y comportamientos de autocuidado a nivel físico y emocional que ayudan a la reducción del estrés), durante dos días, para la reducción del estrés basándose en la atención plena, ejercicio aeróbico durante 30-45 minutos al día, al menos 3 veces por semana durante la realización del estudio y una sesión de terapia cognitivo-conceptual. Además de todas estas intervenciones se usaron distintas escalas tanto antes de la intervención como después para observar si existía cierta mejoría entre los participantes del grupo de intervención. Los resultados fueron positivos para síntomas de depresión antes de la realización de las intervenciones (77%), para la ansiedad (100%), para el agotamiento emocional (77%), para la despersonalización (77%) y para el Burnout (81%). Además, un 44% de las enfermeras cumplía con el diagnostico de TEPT.

Tras la realización de las intervenciones, el grupo de intervención mostró mejorías en cuanto a los síntomas depresivos ($p=03$), además de una reducción también de los síntomas de Burnout y del agotamiento emocional. El grupo de control no experimentó cambios significativos.

Otro de los artículos (23) que tratan a nivel general del personal de las UCIs incluidos en esta revisión, realiza unas encuestas a nivel general en el grupo de estas unidades. Lo que se quería observar en este estudio en concreto era si el personal encuestado veía favorables las medidas que se adoptan para la reducción del Burnout en las unidades, y en base a ello tomar medidas alternativas, incluir o cambiar las que se llevaban a cabo. Este estudio obtiene datos a nivel general, sin comparaciones entre distintos grupos. Los encuestados fueron médicos, personal de

enfermería, farmacéuticos y otros, pero todos ellos de las unidades de cuidados intensivos. Los resultados obtenidos dentro de las medidas organizativas incluyeron alimentos saludables (55,8%), gimnasia (44,5%), autoprogramación (43,5), poder obtener días de descanso (25%), capacidad de comunicación (22,1), limitar el número máximo de días consecutivos que se trabaja en UCI (19,2%). Por otro lado, las medidas individuales fueron clases de yoga (19,4%), clases de meditación para reducción del estrés (18%). Debemos destacar que al hacer la evaluación de la medición del agotamiento un 10,9% lo describió como muy importante y un 31,7% como importante, para el resto de los encuestados era no importante o nada importante. También se dio la oportunidad de responder con preguntas abiertas donde las respuestas destacadas fueron poder obtener vacaciones,

celebrar días festivos y sesiones de información después de la muerte de un paciente entre otras. Los resultados de este estudio muestran que se deberían tomar más medidas para la reducción del Burnout en las UCIs.

Resulta interesante incluir en esta revisión un estudio en curso que trata el Burnout en UCIs en tiempos de pandemia (21). Este artículo es un estudio piloto que compara dos grupos de personal de las unidades de cuidados intensivos, uno de ellos llevará a cabo unas intervenciones concretas, entre ellas el Death Café y el otro no lo hará, de esta forma se podrán comparar los resultados en base a las intervenciones sobre el grupo de casos. La previsión de este estudio es que varíe el nivel de Burnout en función de las distintas épocas del año en las que se encuentre el personal en ese momento y que, además, la

pandemia por el SARS-COV 2 aumente ese nivel de Burnout.

En base a todos los estudios seleccionados obtuvimos datos que revelan que el Burnout en las unidades de cuidados intensivos tiene una alta prevalencia, y que es posible reducirla si se siguen algunos métodos o indicaciones.

Entre las limitaciones más relevantes de algunos de los estudios analizados en esta revisión, cabe destacar que en algunos las muestras obtenidas eran muy escasas. Además, no fue posible obtener en muchos de ellos la edad media de los participantes ni el sexo de éstos.

CONCLUSIÓN

En conclusión, los resultados obtenidos de los distintos artículos escogidos para esta revisión muestran que una adecuada prevención y la correcta utilización de diversas técnicas reduce el síndrome de Burnout. Tanto el yoga, como las charlas al personal, el apoyo que se les brindó durante estos estudios, y las intervenciones a nivel general influyen considerablemente en mejorar o reducir este síndrome, si bien, queda bastante trabajo por hacer en cuanto a la prevención en estas unidades. Por norma general, la prevalencia de este síndrome en UCIs es más notorio que en el resto de las unidades de hospitalización. Si bien es cierto, que existen

otras unidades donde puede existir este síndrome como son las quirúrgicas.

En base a los estudios obtenidos, podemos decir que la prevalencia del Síndrome de Burnout en las UCIs tiende a ser alta por la gran carga de trabajo que se asocia a estas unidades, y las condiciones en las que se encuentran la mayor parte de las ocasiones los pacientes. Es necesario realizar cuestionarios al personal sanitario para obtener resultados de la situación en la que se encuentran, y en base a ello, realizar actividades que consigan prevenir, o en su defecto disminuir el Síndrome de Burnout. La comunicación, y el buen ambiente en el trabajo son esenciales para evitar en primera instancia el desarrollo del síndrome.

REPERCUSIONES

REPERCUSIÓN 1

APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTÍFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO

Respecto al estudio, antes de leer este trabajo no tenía muy claro lo que era el síndrome de burnout, aunque si había escuchado algo sobre el tema.

A medida que he ido avanzando en su estudio he observado que es un síndrome que se puede dar con mucha frecuencia en este tipo de personal sanitario ya que, están sometidos a mucha presión de manera casi constante. Además, también se someten a la perdida en muchas ocasiones de pacientes que ingresan en la

unidad, lo cual, puede llegar a resultar frustrante para el personal sanitario.

Me resulta muy interesante la comparación entre los distintos servicios, y la observación de como en muchos de los artículos la prevalencia de este síndrome es mayor en las unidades de cuidados intensivos que en el resto de servicios.

En mi opinión el estudio está bien enfocado, aunque podría mejorar con más datos sobre la prevención del síndrome.

Teniendo en cuenta que este síndrome puede prevenirse, me resultaría muy interesante que se hubiesen puesto más datos sobre la forma de prevención. Aunque me parece que tratar la prevalencia que tiene el síndrome también resulta muy interesante porque es algo relativamente nuevo y que no se ha tratado en profundidad.

**APLICACIÓN PRACTICA EN EL AMBITO
LABORAL DE LOS CONOCIMIENTOS
ADQUIRIDOS CON EL ESTUDIO
CIENTÍFICO**

La aplicación que haría en este caso, sería realizar cuestionarios semestrales para poder detectar los síntomas iniciales del síndrome antes de que este se de en el personal sanitario de las unidades de cuidados intensivos. De esta manera, se podrían tomar medidas preventivas para evitar que la prevalencia del síndrome sea tan elevada.

REPERCUSIÓN 2

APORTACIONES DEL ESTUDIO CIENTÍFICO EN TU FORMACIÓN COMO PROFESIONAL SANITARIO

Me resulta muy interesante este trabajo. Antes de leerlo ya tenía conocimientos sobre lo que era el síndrome de burnout y siempre me pareció algo muy interesante.

Creo que este síndrome se puede dar no solo en el personal de las UCIs, si no en otros muchos servicios en los que exista un “estrés” constante, pudiendo darse en ciertas plantas de los hospitales en las que la carga de trabajo también supera en muchas ocasiones la personal.

Resulta bastante interesante los datos obtenidos sobre la prevalencia y la prevención, así como su comparación. Es lógico observar que, si existe una correcta prevención, la prevalencia en general, mejorará.

Me parece que el estudio podría mejorar con más datos sobre el síndrome de burnout no solo en las UCIs, si no en las plantas hospitalarias, en las que también puede darse este síndrome.

APLICACIÓN PRACTICA EN EL AMBITO LABORAL DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS CON EL ESTUDIO CIENTÍFICO

Me resultaría interesante realizar este tipo de estudio en plantas de hospitales en las que la carga de trabajo resulta muy elevada también, al igual que ocurre en las unidades de cuidados intensivos.

Realizaría una serie de cuestionarios en aquellas unidades en las que se sobrecarga al personal, bien por la cantidad de pacientes por sanitario,

por la dificultad de las técnicas que se le deben realizar o por ambas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Garrosa Hernández E, Morante Benadero ME. Breve Historia Del Burnout a Traves De Sus Instrumentos De Evaluacion. Quemarse en el Trab. 2005;161–83.
2. Grau Martín A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. [Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers (2007)]. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2009;83(2):215–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19626249>

3. Barraza G. Síndrome de Burnout :
Evaluando su futuro a través de su historia
. 2019;(March):0–27. Available from:
https://www.researchgate.net/profile/Gabriela_Barraza2/publication/331843812_Sindrome_de_burnout_Evaluando_su_futuro_a_traves_de_su_historia/links/5c900d66
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Burnout. 2001;397–422.
5. Braithwaite M. Nurse burnout and stress in the NICU. Adv Neonatal Care. 2008;8(6):343–7.
6. Rosales Ricardo Y, Cobos Valdes D. Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. Med Segur Trab (Madr). 2011;57(225):313–8.

7. Rothenberger DA. Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Dis Colon Rectum*. 2017;60(6):567–76.
8. Cañadas de la Fuente, Luís A, G C, C SL-C, Elena O, E. D la F. Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias*. 2018;30:328–31.
9. Guirardello E de B. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25.
10. Alexander GK, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings J. Yoga for Self-Care and Burnout Prevention among Nurses. *Work Heal Saf*. 2015;63(10):462–70.

11. Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Med (United States)*. 2016;95(50):e5629.
12. Vasconcelos EM de, Martino MMF DE, Salomão Patricio de Souza França. Burnout y sintomatología depresiva en enfermeros de terapia intensiva: análisis de relación Eduardo. *Rev Bras Enferm REBEn [Internet]*. 2018;71(1):135–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>
13. Pastores SM, Kvetan V, Coopersmith CM, Farmer JC, Sessler C, Christman JW, et al. Workforce, Workload, and Burnout among Intensivists and Advanced Practice Providers: A Narrative Review. *Crit Care Med*. 2019;47(4):550–7.

14. Arrogante O, Aparicio-zaldivar E.
Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.010>
15. Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD, Seedat S. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS One*. 2015;10(8):1–22.
16. Rodríguez-rey R, Ph D, Alonso-tapia J, Ph D, Alvarez E, Coca A, et al. Australian Critical Care Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel : Prediction from resilience and coping styles Olga Ord o. 2018;

17. Muñoz SF, Nayive OJ, Natalia SM, Yesica V, Stephany V, Liliana ZM. 299842461. 2018;24(1):34–7.
18. M. M, D. C, J. E, K. J, B. R, M. M. A 12-week multimodal resilience training program for intensive care unit nurses: Results of a pilot study. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2014;189(6):97–106. Available from:
http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L72047194%5Cnhttp://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/ajrccm-conference.2014.189.1_MeetingAbstracts.A5247%5Cnhttp://bb2sz3ek3z.search.serialssolutions.com?sid=EMBASE&issn=1073449X&

19.Ntantana A, Matamis D, Savvidou S,
Giannakou M, Gouva M, Nakos G, et al.

Burnout and job satisfaction of intensive care
personnel and the relationship with personality
and religious traits: An observational,
multicenter, cross-sectional study. *Intensive Crit
Care Nurs* [Internet]. 2017;41:11–7. Available
from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.02.009>

20.Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T,
Gómez-García T, González-María E.
Entorno laboral, satisfacción y burnout de
las enfermeras de unidades de cuidados
críticos y unidades de hospitalización.
Proyecto RN4CAST-España. *Enferm
Intensiva*. 2013;24(3):104–12.

21. Bateman ME, Hammer R, Byrne A, Ravindran N, Chiurco J, Lasky S, et al. Death Cafés for prevention of burnout in intensive care unit employees: study protocol for a randomized controlled trial (STOPTHEBURN). *Trials*. 2020;21(1):1–9.
22. Kleinpell R, Moss M, Good VS, Gozal D, Sessler CN. The critical nature of addressing burnout prevention: Results from the Critical Care Societies Collaborative’s national summit and survey on prevention and management of burnout in the ICU. *Crit Care Med*. 2020;249–53.
23. Steinberg BBA, Klatt M. *M - b i s i c u p*. 2017;26(1):10–9.

24. De Poortere M. Innovative solutions. *Cosma*. 2009;10(7–8):12–3.
25. Rodríguez-Rey R, Palacios A, Alonso-Tapia J, Pérez E, Álvarez E, Coca A, et al. Are Pediatric Critical Personnel Satisfied with Their Lives? Prediction of Satisfaction with Life from Burnout, Posttraumatic Stress, and Posttraumatic Growth, and Comparison with Noncritical Pediatric Staff. *Pediatr Crit Care Med*. 2019;20(3):E160–169.