

Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos

Influence of sociodemographic, occupational and life style factors on the levels of burnout in palliative care health professionals

doi.org/10.23938/ASSN.0114

J.C. Fernández Sánchez¹, J.M. Pérez-Mármol², M.I. Peralta Ramírez³

RESUMEN

Fundamento. El personal sanitario de cuidados paliativos ha mostrado niveles altos de burnout. El conocimiento de los factores asociados a este podría utilizarse para el diseño de estrategias de intervención sobre estos profesionales. Los objetivos de este estudio son evaluar los niveles de burnout y analizar la posible relación entre estos y diversos factores sociodemográficos, laborales y de estilos de vida en una muestra de personal sanitario que trabaja en unidades de cuidados paliativos.

Material y métodos. La muestra estuvo compuesta por 92 profesionales sanitarios de cuidados paliativos. Se registraron las características sociodemográficas, laborales y de estilos de vida. Además, se evaluó el síndrome de burnout mediante el *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). La muestra fue dividida en función de su nivel de burnout en tres grupos (grupo sin burnout, grupo con una dimensión alterada del MBI-HSS y grupo con dos o tres dimensiones alteradas). Se realizó una comparación entre grupos para las características evaluadas.

Resultados. Los profesionales sin burnout eran significativamente mayores y dormían más que los profesionales con más de una dimensión alterada; además, poseían mayor antigüedad en la unidad que aquellos con una única dimensión alterada, y realizaban ejercicio físico más frecuentemente que cualquiera de los grupos con burnout.

Conclusiones. Los profesionales sanitarios más jóvenes, con más antigüedad en la unidad de cuidados paliativos, que dormían menos horas y que realizaban menos ejercicio físico presentaron niveles mayores de burnout. Estos factores deberían tenerse en cuenta para el desarrollo de nuevas estrategias de prevención y tratamiento de este síndrome en el personal de estas unidades.

Palabras clave. Cuidados paliativos. Burnout. Estilos de vida. Actividad física. Sueño.

ABSTRACT

Background. Palliative care health professionals have reported high levels of burnout. An understanding of factors associated with this syndrome in this population could foster new prevention and intervention strategies. The objectives were to evaluate the levels of burnout in each of its dimensions in a sample of palliative care health professionals and to analyze the relationship between levels of burnout and sociodemographic, occupational and lifestyle characteristics in this sample.

Methods. The total sample was composed of 92 palliative care health professionals. Sociodemographic, occupational and lifestyle characteristics were registered. The levels of burnout syndrome were evaluated by the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). The total sample was divided into three groups, depending on the level of burnout (non-burnout group, burnout group meeting one criterion, and burnout group meeting two or three criteria). Comparisons were performed amongst groups for all characteristics evaluated.

Results. The non-burnout professionals were significantly older and slept more than the professionals with more than one altered dimension; in addition, they had greater job seniority in the unit than those with a single altered dimension and did physical exercise more frequently than either of the burnout groups.

Conclusions. The younger professionals, with more job seniority in the units of palliative care, and less hours of sleep and physical activity showed higher levels of burnout. Therefore, these factors should be considered for enhancing prevention and intervention strategies for these health professionals.

Keywords. Palliative Care. Burnout. Professional. Healthy lifestyle. Physical Activity. Sleep.

An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (3): 421-431

1. Hospital Universitario San Rafael. Granada. España.
2. Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. España.
3. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España.

Correspondencia:

José Manuel Pérez Mármol
Departamento Fisioterapia
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Granada
Avda. de la Ilustración, 60
18016 Granada. España
E-mail: josemapm@ugr.es

Financiación: Este estudio ha sido subvencionado por el Proyecto I + D con referencia: PSI2010-15780, del Ministerio español de Ciencia e Innovación.

Recepción: 24/07/2017
Aceptación provisional: 15/09/2017
Aceptación definitiva: 17/10/2017

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout ha sido considerado como un problema del ámbito profesional que suele producirse en entornos de estrés laboral continuo. Este suele aparecer cuando existe una exposición prolongada a diferentes estresores de tipo emocional e interpersonal, exigiendo una alta implicación emocional con las personas a las que se les provee algún servicio. Aunque originariamente el estudio del síndrome de burnout se realizó con profesionales que dan servicio a otras personas, en la actualidad se ha hecho extensivo a otro tipo de perfiles laborales¹. Maslach y Jackson² fueron las impulsoras de la teoría clásica del burnout y establecieron la presencia de tres dimensiones que se desarrollan de forma gradual a lo largo del tiempo: el cansancio emocional, entendido como sentimientos de apatía y de no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo; la despersonalización, que hace referencia al desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y de carácter negativo hacia las personas con las que se trabaja; la baja realización personal, entendida como la tendencia a evaluarse negativamente, especialmente en relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse eficazmente en el ámbito laboral. Además, este síndrome se ha relacionado con la satisfacción laboral y con consecuencias sobre la salud, como manifestaciones psicósomáticas³.

Sin embargo, también existen pruebas de cómo determinados individuos o colectivos logran resistir al estrés, resistir la presión en determinadas situaciones complejas y cómo son capaces de reaccionar y desplegar estrategias que les ayudan a superarlo o incluso a salir reforzados⁴. Cuando aparecen las frustraciones o sobrecarga en el trabajo, las reacciones iniciales suelen consistir en el aumento del esfuerzo para seguir asumiendo los retos que se presentan, compensando así el malestar psicológico que generan estas situaciones. Aunque en algunos casos esta respuesta puede ser inofensiva para la salud mental del trabajador, en otros puede generar una

multitud de problemas de salud, como la aparición de agotamiento físico y emocional a largo plazo. En las personas donde estas respuestas se mantienen en el tiempo, pueden iniciarse los mecanismos que conducen al desarrollo del síndrome de burnout⁴.

De forma concreta, las habilidades comunicativas han mostrado ser predictores significativos de los niveles de burnout en personal sanitario, funcionando como elementos preventivos de este^{3,6}. En el estudio de Leal-Costa y col³, diferentes habilidades sociales se correlacionaron con las tres dimensiones de burnout. Julián-Jiménez y col⁵ apoyan la iniciativa de los anteriores autores de incluir el entrenamiento de estas habilidades para disminuir los efectos negativos del síndrome de burnout. En esta línea, se ha desarrollado un nuevo modelo de clasificación del burnout en tres subtipos clínicos en relación al grado de compromiso y las estrategias de afrontamiento utilizadas para combatir las dificultades en el ámbito laboral: frenético, sin desafíos y desgastado^{4,7,8}. Esta clasificación ha permitido la implantación de nuevas estrategias de tratamiento ajustadas a cada subtipo clínico y dirigidas hacia aspectos psicológicos como la fatiga por empatía, a través de técnicas como el *mindfulness* o el entrenamiento de la autocompasión. De esta forma, se puede “prevenir, detectar y solucionar” el efecto de los estresores laborales, los sentimientos de culpa, el estrés, el burnout y los estados negativos para la propia salud del profesional sanitario^{4,6,8}.

La presencia del síndrome de burnout en el personal sanitario ha sido ampliamente demostrada, generando consecuencias sociales, laborales, mentales y sanitarias en estos profesionales⁹. En el ámbito de los cuidados paliativos, el contacto continuado con el sufrimiento y la muerte ha impulsado la necesidad de valorar los niveles de burnout entre los profesionales de la salud que trabajan en este tipo de unidades. Concretamente, las unidades de cuidados paliativos suelen incluir pacientes que demandan cuidados especializados y contextos complejos relacionados con la muerte. En multitud de ocasiones, estos trabaja-

dores se encuentran confrontados con situaciones inesperadas o de urgencia que requieren un grado alto de respuesta por parte del sanitario. Sin embargo, en contra de lo esperado, los resultados publicados hasta el momento han informado niveles bajos de burnout en estos profesionales¹⁰. Los resultados de Ostacoli y col¹¹ mostraron niveles más altos en otras unidades hospitalarias respecto a los servicios de cuidados paliativos. Pereira y col¹⁰ observaron los niveles de burnout en cuidados paliativos tras realizar una revisión sistemática, informando que estos trabajadores no parecían tener niveles más altos que los que prestan servicio en otros contextos médicos. El estudio de Gama¹² mostró la ausencia de diferencias para los niveles de burnout en enfermeros/as entre varios servicios y las unidades de Cuidados Paliativos. En este mismo estudio se informó de que el síndrome de burnout parece estar influido por los propósitos de vida, las actitudes de miedo ante la muerte y los años de experiencia laboral¹².

Existen diferentes factores de riesgo relacionados con el síndrome de burnout, clasificados en dos grandes grupos como factores individuales y laborales^{13,14}. De forma específica, las características sociodemográficas y los factores relacionados con el trabajo pueden aumentar la posibilidad de padecer estrés y un desajuste psicosocial en la persona y, como consecuencia, el desarrollo de burnout^{14,15}. Aunque los factores de riesgo se han estudiado en diversas especialidades sanitarias, la literatura sobre éstos en profesionales que trabajan en Cuidados Paliativos es escasa. Sin embargo, el abordaje de estos factores es básico, ya que este conocimiento incentivaría políticas sanitarias dirigidas a la prevención y tratamiento de los aspectos relacionados con este síndrome, redundando en una mejora de la calidad asistencial y la salud de estos profesionales e, indirectamente, sobre los pacientes a los que asisten.

Por estas razones, los objetivos del presente estudio son evaluar los niveles de burnout para cada una de sus dimensiones en una muestra de personal sanitario que trabaja en unidades de Cuidados Paliati-

vos, y analizar la posible relación entre el síndrome de burnout y diversos factores sociodemográficos, laborales y de estilos de vida en esta misma muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, transversal. Se contactó con un total de 125 profesionales sanitarios del servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario San Rafael (Granada) como participantes potenciales del estudio. Se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional o de conveniencia. El reclutamiento se realizó entre enero de 2013 y diciembre de 2016, contactando de forma individual con el total de los trabajadores de este servicio a través de los órganos de dirección del servicio y del hospital.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años y trabajar en cuidados paliativos. Como criterios de exclusión se determinó que el sanitario trabajase en turno rotatorio y que prestase servicio en otras unidades distintas a las de cuidados paliativos.

El flujo de participantes durante el periodo de selección y reclutamiento de la muestra aparece reflejado en un diagrama de flujo elaborado bajo las directrices STROBE para estudios observacionales (Fig. 1).

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de 1975 con la revisión de octubre de 2000 y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de las Nieves (Granada). Todos los participantes recibieron un documento informativo sobre el estudio y firmaron por escrito el consentimiento informado.

Las variables sociodemográficas, laborales y de hábitos de vida se recogieron mediante una entrevista semiestructurada (Anexo 1). Las características sociodemográficas recogidas fueron edad (en años cumplidos), género, estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo), convivencia con la pareja (meses) e hijos (sí/no). Las características laborales registradas fue-

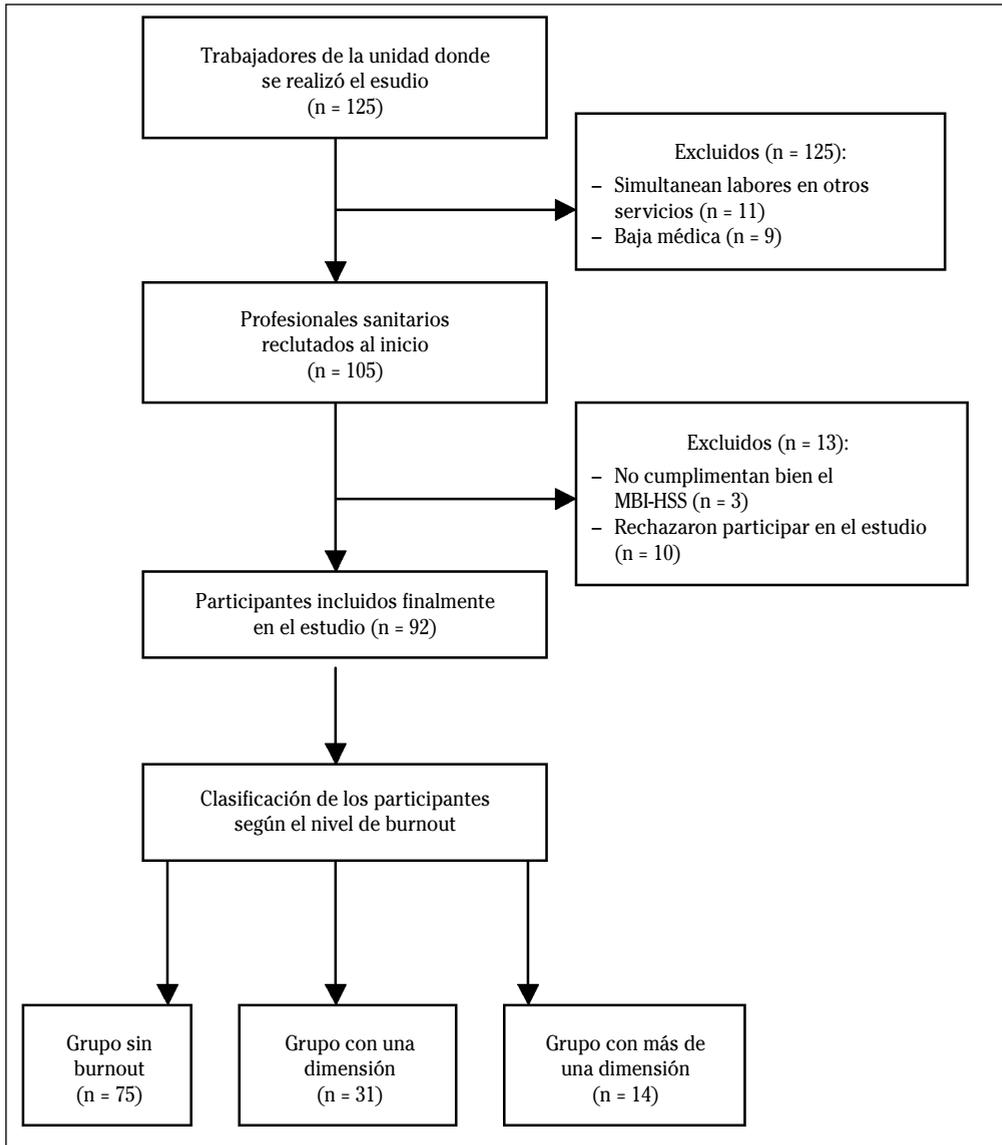


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los participantes según las directrices STROBE.

ron la categoría profesional (auxiliar, enfermera, médico), los años de vida laboral, años en el puesto actual de Cuidados Paliativos y el turno laboral (mañana, tarde, noche). Para los hábitos de vida se recogió información acerca del consumo de tabaco (no fuma, al menos un cigarrillo diario), duración del sueño (en horas), problemas para conciliar el sueño (sí/no), el número

de despertares nocturnos y el ejercicio físico regular (sí/no). Esta última variable fue afirmativa cuando se cumplían estos tres criterios de la Organización Mundial de la Salud: 1) realizar ejercicio físico entendido como “una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más

componentes de la aptitud física"; 2) que implique al menos 75 minutos a la semana si la actividad es intensa y 150 minutos si es moderada; 3) realizarlo 2 o más veces por semana¹⁶.

El síndrome de burnout se evaluó mediante el *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). Esta escala está formada por tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) y es el instrumento más utilizado actualmente en la evaluación del burnout, ya que presenta una alta validez divergente, convergente, discriminante y una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,90 en cansancio emocional, 0,79 en despersonalización y 0,71 en realización personal¹⁷.

Se reclutaron a todos los profesionales sanitarios del Hospital Universitario San Rafael (Granada) que quisieron participar de manera voluntaria. En primer lugar, se contactó con los órganos de dirección del hospital y del servicio de cuidados paliativos para solicitar colaboración y participación en el estudio. A continuación, se contactó con todos los trabajadores del servicio de cuidados paliativos de forma individual y se explicó los objetivos del estudio a cada participante potencial. Tras aceptar su participación y firmar el consentimiento informado por escrito, se le realizó una entrevista semiestructurada sobre las características sociolaborales, que determinó su inclusión o no en el estudio. Una vez incluido el participante, se le administraron los instrumentos de evaluación psicológica y el cuestionario de las características sociodemográficas, laborales y de hábitos de vida.

La muestra se clasificó en función de su nivel de burnout en tres grupos, asumiendo la estrategia utilizada por Wingenfeld y col¹⁸. Los participantes se dividieron en el grupo sin burnout (ninguna dimensión alterada del MBI-HSS), grupo con un criterio de burnout (puntuación alta en alguna de las tres dimensiones del MBI-HSS) y el grupo con dos o tres criterios de burnout (puntuación alta en dos o en las tres dimensiones del MBI-HSS). Los puntos de corte para una puntuación alta para población

española en cada dimensión son de >24 puntos, >9 puntos y <33 puntos para las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y realización personal, respectivamente¹⁹.

El tamaño de la muestra fue calculado mediante el software G*Power. Para hallar el número mínimo de participantes necesario para obtener una muestra representativa de la población de profesionales sanitarios se utilizaron los resultados mostrados en el estudio de Wingenfeld y col¹⁸. De este se extrajeron las medias y desviaciones típicas de edad de dos de los grupos de burnout incluidos para el análisis del presente estudio (grupo con puntuaciones altas en una dimensión vs grupo con puntuaciones altas en más de una dimensión). Para este cálculo se utilizó una media de 40,4 (9,9) años para el primer grupo y de 33,3 (5,0) años para el segundo grupo. Se estimó como necesario una muestra de al menos 28 profesionales sanitarios, asumiendo un error tipo 1 del 5% y una potencia estadística $(1 - \beta)$ del 80%.

El análisis estadístico se realizó en el SPSS versión 20.0. Las variables cuantitativas se describieron como media (M) y desviación típica (DT) y las categorías como frecuencias (n) y porcentajes (%). Para comprobar si el grado de burnout se relacionaba con las variables registradas en el estudio, se realizaron tablas de contingencia para las cualitativas utilizando como estadístico Chi-cuadrado, y ANOVA de un factor para las cuantitativas, seguidos de post-hoc de Bonferroni en caso de detectar diferencias significativas.

RESULTADOS

De la muestra inicial, cumplieron los criterios de inclusión y participaron finalmente un total de 92 profesionales sanitarios (73,6%). De la muestra incluida en el estudio, 79 fueron mujeres (85,9%) y 13 hombres (14,1%), siendo la media de edad de 30,04 años (DT= 9,1). De la muestra total, participaron 47 auxiliares de enfermería (51,1%; 9 hombres y 38 mujeres), 37 enfermeras (40,2%; 11 hombres y 26 mujeres) y 8

Tabla 1. Características sociodemográficas, laborales y de hábitos de vida de la muestra de profesionales sanitarios de cuidados paliativos (n=92)

Características	N (%)	M (DT) ^a
Sociodemográficas		
Género		
Hombre	13 (14,1)	
Mujer	79 (85,9)	
Edad (años)		30,04 (9,1)
Estado Civil		
Soltero	61 (66,3)	
Casado	25 (27,2)	
Divorciado	4 (4,3)	
Viudo	2 (2,2)	
Convivencia con la pareja (rango: 0 – 444 meses)		44,27 (93,8)
Hijos		
Con hijos	21 (22,8)	
Sin hijos	71 (77,2)	
Laborales		
Categoría Profesional		
Auxiliar de Enfermería	47 (51,1)	
Enfermera	37 (40,2)	
Médico	8 (8,7)	
Experiencia profesional (rango: 0-384 meses)		66,86 (79,6)
Antigüedad en cuidados paliativos (rango: 0-280 meses)		43,78 (61,6)
Turno		
Mañana	16 (17,4)	
Mañana/Tarde	73 (79,4)	
Noche	3 (3,2)	
Hábitos de vida		
Consumo de tabaco		
Fumador	27 (29,3)	
No fumador	65 (70,7)	
Duración del sueño (horas)		7,19 (1,2)
Problema para conciliar sueño		
Sí	35 (38,1)	
No	57 (61,9)	
Despertares nocturnos		1,33 (1,2)
Ejercicio físico regular		
Sí	31 (33,7)	
No	61 (66,3)	

a: media (desviación típica)

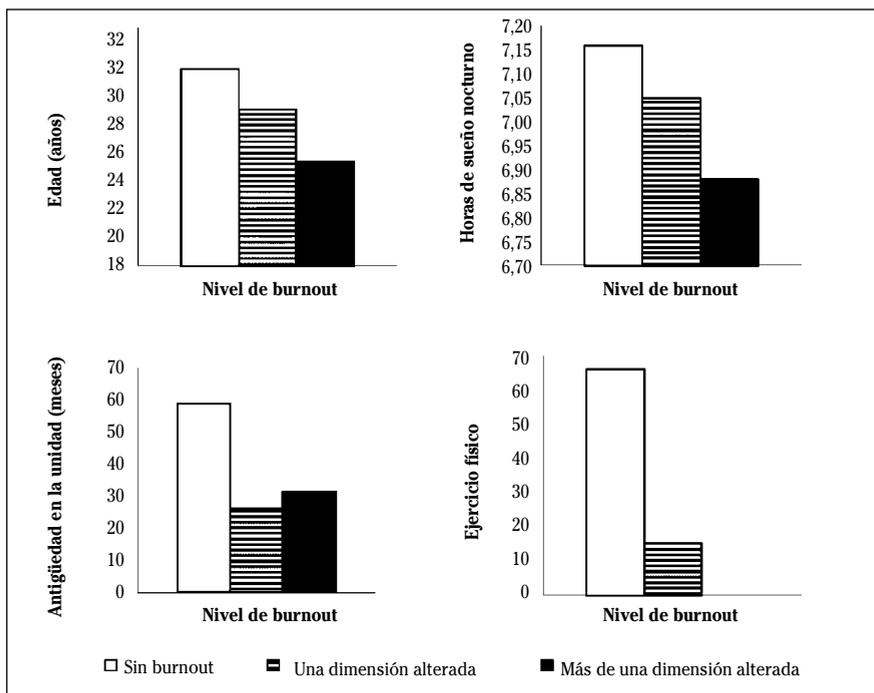


Figura 2. Características sociodemográficas, laborales y de estilos de vida significativas frente a las dimensiones (criterios) de burnout. *Porcentaje de profesionales sanitarios de cuidados paliativos que sí realizaban ejercicio físico regular.

médicos (8,7%; 5 hombres y 3 mujeres). El 48,9% de los participantes habían cursado un ciclo formativo, el 41,3% eran diplomados, el 7,6% licenciados y el 2,2% doctores.

El 48,9% de profesionales sanitarios presentó puntuaciones altas de burnout. De estos, el 33,7% tuvo puntuaciones altas en solo una dimensión del MBI-HSS y el 15,2% obtuvo puntuaciones altas en dos o tres dimensiones del MBI-HSS. Los datos descriptivos de la muestra sobre las características sociodemográficas, laborales y de hábitos de vida se pueden ver en la tabla 1.

Respecto a la relación entre los niveles de burnout y las características sociodemográficas en el personal sanitario de cuidados paliativos, los resultados han mostrado que solo existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el nivel de burnout ($F_{2,89} = 3,123$; $p = 0,049$). Los análisis post-hoc de Bonferroni mostraron que estas diferencias existían entre

el grupo sin burnout (32,0 años) y el grupo con dos o tres dimensiones alteradas del MBI-HSS (25,4 años), mostrando mayor nivel de burnout los profesionales más jóvenes (Fig. 2). No se encontraron diferencias respecto a las demás variables.

Con respecto al nivel de burnout y su posible relación con las características del puesto de trabajo de estos profesionales, los resultados mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo sin burnout y el grupo con una dimensión alterada del MBI-HSS en la antigüedad en la unidad de cuidados paliativos ($F_{2,89} = 3,117$; $p = 0,048$), siendo las puntuaciones medias mayores en el grupo sin burnout (59,0 meses) que en el grupo con burnout con una dimensión alterada (26,1 meses) (Fig. 2). No se encontró relación con las demás variables.

En relación al burnout y los hábitos de vida en el personal sanitario de cuidados paliativos, los resultados mostraron que

existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo sin burnout y el grupo con más de una dimensión alterada del MBI-HSS para las horas de sueño ($F_{2,89} = 3,117$; $p = 0,049$), siendo las puntuaciones medias mayores en el grupo sin burnout (7,2 vs. 6,9 horas). Así mismo, encontramos diferencias significativas entre el personal que realiza ejercicio físico regular ($\chi^2 = 5,19$; $p < 0,01$). El 33,7% de trabajadores que no presentaban burnout realizan ejercicio físico regular, frente a un 15,2% de sanitarios que realizan ejercicio físico pero presentaban alterada una dimensión del MBI-HSS. El 100% de profesionales que pertenecían al grupo con dos o tres dimensiones alteradas del MBI-HSS no realizaban ejercicio físico. Por lo tanto, no hubo ningún profesional que presentase dos o tres dimensiones del MBI-HSS alteradas y que realizara ejercicio físico regular (Fig. 2).

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio ha sido la evaluación de la posible relación entre las características sociodemográficas, laborales y los hábitos de vida con el síndrome de burnout en profesionales que trabajan en la unidad de cuidados paliativos. Los resultados han mostrado que los profesionales más jóvenes presentan mayores niveles de burnout respecto a los sanitarios con mayor edad. En coherencia con este resultado, el personal sanitario con más antigüedad en la unidad de cuidados paliativos presentó niveles menores de burnout respecto a los profesionales con menor antigüedad, debido probablemente a las capacidades de afrontamiento adquiridas con la experiencia laboral en este ámbito. Por último, respecto a los hábitos de vida, el personal sanitario que dormía un número mayor de horas y realizaba ejercicio físico regular presentó niveles inferiores de burnout.

Aunque la literatura muestra una gran heterogeneidad en los resultados encontrados respecto a los factores de riesgo sociodemográficos de burnout, diferentes estudios apoyan que los sujetos más jó-

venes presentan niveles mayores de burnout^{1,20}. Sin embargo, otros han mostrado resultados opuestos^{21,22} e incluso algunas investigaciones han informado de la no existencia de tal relación²³. Estas discrepancias pueden atender a varias razones, como la utilización de diferentes escalas de burnout, el establecimiento de distintos criterios de inclusión o la utilización de diferentes tamaños muestrales, que a veces ha hecho que los resultados de los diversos estudios no sean comparables entre sí. Hillhouse y Adler²⁴ han indicado que parece existir un período de sensibilización donde el trabajador se encuentra más expuesto y vulnerable al desarrollo del burnout. Tras este tiempo de ejercicio profesional las expectativas idealistas que se tienen cuando se es más joven parecen disminuir. En edades más tempranas suele aparecer un desajuste entre las recompensas personales y profesionales esperadas y el mundo laboral real²⁵. Los resultados de este estudio apoyan una alteración del burnout en individuos profesionalmente jóvenes que sufren el síndrome en los primeros meses laborales en la unidad de trabajo y que probablemente se encuentren sin mecanismos de afrontamiento adecuados. Por estas razones, los resultados del estudio de Ang y col¹ sugieren la necesidad de la puesta en marcha de programas dirigidos a la prevención del burnout y orientados hacia el personal más joven.

Por otra parte, un mayor número de horas de sueño y la realización de ejercicio físico regular parece comportarse como un hábito protector del desarrollo de burnout en este tipo de profesionales sanitarios. Respecto al sueño, hasta donde conocemos, no existen estudios previos que hayan abordado la relación entre éste y el síndrome de burnout en cuidados paliativos. Sin embargo, aunque tampoco existen resultados para la relación entre este síndrome y el ejercicio físico en profesionales de este ámbito, en un estudio que utilizó una muestra de médicos residentes se informó que el seguimiento de un plan nacional de actividad física estaba asociado a una reducción de los niveles de burnout²⁶. De igual forma, el estudio de Lim y col⁹ que utilizó una muestra de personal sanita-

rio afirmó que la actividad física funciona como un factor protector del síndrome. Catalogándolo, entre otros, como un comportamiento saludable que debería tenerse en cuenta para amortiguar los efectos mentales que produce el burnout. En esta línea, Cecil y col²⁷ realizaron un estudio donde registraron comportamientos como el uso de alcohol, tabaco, actividad física y la dieta en estudiantes de medicina, concluyendo que era la actividad física la que parece determinar los componentes de burnout. Sin embargo, la investigación desarrollada por Weight y col²⁸ no encontró diferencias en cuanto a los niveles de burnout entre dos grupos de médicos, uno recibiendo un plan de entrenamiento con recomendaciones sobre actividad física y otro grupo control. No obstante, esta muestra no utilizó profesionales sanitarios bajo las características propias del ámbito laboral de cuidados paliativos. Por tanto, en línea con los resultados del presente trabajo, parece existir una razonable conexión entre los niveles de burnout y el desarrollo de actividad física en profesionales sanitarios, y de forma especial en personal que trabaja en el área de los cuidados fin de vida.

Es importante destacar que, aunque los resultados encontrados aportan mayor información sobre la respuesta de estos profesionales respecto al burnout, este estudio presenta diversas limitaciones. En primer lugar, contamos con un tamaño muestral bajo; sin embargo, aunque existe una gran heterogeneidad en la distribución de profesionales sanitarios en la literatura sobre unidades de cuidados paliativos, desde un punto de vista organizativo, la proporción de los profesionales incluidos parece ser representativa de los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito de los cuidados paliativos para el contexto sanitario español. El número de personal auxiliar fue mayor respecto al personal de enfermería y éste a su vez mayor con respecto al personal médico. Por otra parte, se observó una proporción inferior de hombres respecto a mujeres y una edad media similar a las muestras utilizadas en estudios previos con profesionales sanitarios que trabajan en cuidados paliativos²⁹.

Para concluir, destacar que hasta donde conocemos, este es el primer estudio que ha analizado la posible relación entre las variables sociodemográficas, laborales y de hábitos de vida respecto al burnout en personal sanitario que trabaja en cuidados paliativos a nivel nacional. Ser más joven, tener una menor antigüedad laboral en la unidad, dormir menos horas y realizar menos ejercicio físico han sido factores que parecen aumentar el riesgo de desarrollar mayores niveles de burnout en esta población. Dadas las altas repercusiones físicas y psicológicas que tiene este síndrome, se hace cada vez más necesaria la implantación de programas de formación/información para prevenirlo, detectarlo y desarrollar estrategias para paliarlo cuando ya se encuentra instaurado en estos profesionales.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer la colaboración prestada por el Hospital Universitario San Rafael (Granada), concretamente a la dirección de enfermería, y a sus trabajadores por su participación desinteresada en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANG SY, DHALIWAL SS, AYRE TC, UTHAMAN T, FONG KY, TIEN CE et al. Demographics and personality factors associated with burnout among nurses in a Singapore tertiary hospital. *Bio-med Res Int* 2016; 1-12.
2. MASLACH, C. Y JACKSON, S.E. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986.
3. LEAL-COSTA C, DÍAZ-AGEA JL, TIRADO-GONZÁLEZ S, RODRÍGUEZ-MARÍN J, VAN-DER HOFSTADT CJ. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *An Sist Sanit Navar* 2015; 38: 213-223.
4. MONTERO-MARIN J, PRADO-ABRIL J, DEMARZO MM, GASCON S, GARCÍA-CAMPAYO J. Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PLoS one* 2014; 9: e89090.
5. JULIÁN-JIMÉNEZ A, LIZCANO-LIZCANO A, CARRASCO-VIDOZ CA, ESTÉBANEZ-SECO S. Residentes, guardias

- en el servicio de urgencias y síndrome de Burnout. *An Sist Sanit Navar* 2015; 8: 453-455.
6. FUERTES-GOÑI C, ARANDA-AUSERÓN G, ARROYO-ANIES MP. Comunicación y mindfulness como prevención del burnout. *An Sist Sanit Navar* 2016; 39: 331-333.
 7. AUSERÓN GA, VISCARRET MR, GOÑI CF, RUBIO VG, PASCUAL PP, SAINZ DE MURIETA-GARCÍA DE GALDEANO E. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria* 2017.
 8. MONTERO-MARÍN J, GARCÍA-CAMPAYO J, FAJÓ-PASCUAL M, CARRASCO JM, GASCÓN S, GILI M, MAYORAL-CLERIES F. Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC psychiatry* 2011; 11: 49-61.
 9. LIM N, DIM EK, KIM H, YANG E, LEE SM. Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: a meta-analysis. *J Employ Couns* 2010; 47: 86-97.
 10. PEREIRA SM, FONSECA AM, CARVALHO AS. Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *Int J Nurs Stud* 2012; 18: 373-381.
 11. OSTACOLI L, CAVALLO M, ZUFFRANIERI M, NEGRO M, SQUAZZOTTI E, PICCI RL et al. Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliat Support Care* 2010; 8: 427-432.
 12. GAMA G, BARBOSA F, VIEIRA M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *Eur J Oncol Nurs* 2014; 18: 527-533.
 13. MARTINS PEREIRA S, FONSECA AM, SOFIA CARVALHO A. Burnout in palliative care: A systematic review. *Nurs Ethics* 2011; 18: 317-326.
 14. AYDEMIR O, ICELLI I. Burnout: risk factors. En: Bährer-Kohler S, editor. *Burnout for experts: prevention in the context of living and working*. New York: Springer, 2013: 119-143.
 15. EBLING M, CARLOTTO MS. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychother* 2012; 34: 93-100.
 16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Activity. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/paes/>. Consultado el 25 de septiembre de 2017
 17. GIL MONTE PR, PEIRÓ JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 1999; 11: 679-689.
 18. WINGENFELD K, SCHULZ M, DAMKROEGER A, ROSE M, DRIESSEN M. Elevated diurnal salivary cortisol in nurses is associated with burnout but not with vital exhaustion. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 1144-1151.
 19. SEISDEDOS N. *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones 1997.
 20. AKKUŞ Y, KARACAN Y, GÖKER H, AKSU S. Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. *Nurs Health Sci* 2010; 12: 444-449.
 21. HOCHWÄLDER J. A longitudinal study of the relationship between empowerment and burnout among registered and assistant nurses. *Work* 2008; 30: 343-352.
 22. IGLESIAS ME, DE BENGEO VALLEJO RB, FUENTES PS. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 30-37.
 23. KIEKKAS P, SPYRATOS F, LAMPA E, ARETHA D, SAKELLARPOULOS GC. Level and correlates of burnout among orthopaedic nurses in Greece. *Orthop Nurs* 2010; 29: 203-209.
 24. HILLHOUSE JJ, ADLER CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1781-1788.
 25. ALBALADEJO R, VILLANUEVA R, ORTEGA P, ASTASIO P, CALLE ME, DOMÍNGUEZ V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Publica* 2004; 78: 505-516.
 26. OLSON SM, ODO NU, DURAN AM, PEREIRA AG, MANDEL JH. Burnout and physical activity in Minnesota internal medicine resident physicians. *J Grad Med Educ* 2014; 6: 669-674.
 27. CECIL J, MCHALE C, HART J, LAIDLAW A. Behaviour and burnout in medical students. *Med Educ Online* 2014; 19: 25209.
 28. WEIGHT CJ, SELLON JL, LESSARD-ANDERSON CR, SHANAFELT TD, OLSEN KD, LASKOWSKI ER. Physical activity, quality of life, and burnout among physician trainees: the effect of a team-based, incentivized exercise program. *Mayo Clin Proc* 2013; 88: 1435-1444.
 29. PAROLA V, COELHO A, CARDOSO D, SANDGREN A, APÓSTOLO J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBIM Database System Rev Implement Rep* 2017; 15: 1905-1933.

ANEXO 1. Cuestionario de características sociodemográficas, laborales y hábitos de vida

SEXO: Hombre Mujer

EDAD (años): _____

ESTADO CIVIL: Soltero Casado Divorciado Viudo

CONVIVENCIA CON LA PAREJA (meses): _____

HIJOS: Sí No

CATEGORÍA PROFESIONAL: Auxiliar de Enfermería Enfermería Medicina

EXPERIENCIA PROFESIONAL (meses): _____

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO (meses): _____

TURNO: Mañana Mañana/Tarde Noche

CONSUMO DE TABACO DIARIO: No fumador Fumador

DURACIÓN DEL SUEÑO (horas): _____

PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO: Sí No

NÚMERO DE DESPERTARES NOCTURNOS: _____

EJERCICIO FÍSICO REGULAR (criterios de la OMS): Sí No

