

ORIGINAL

Niveles de burnout y de exposición a conflicto ético de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos



V. Salas-Bergüés (MSN)^a, E. Lizarazu-Armendáriz (RN)^b,
M. Eraso-Pérez de Urabayen (RN)^b, P. Mateo-Manrique (RN)^{b,*},
M. Mendivil-Pérez (MSN)^b y R. Goñi-Viguria (MSN)^c

^a Enfermería, Área de Investigación, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^b Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^c Enfermería, Práctica Avanzada del Área de Críticos, Clínica Universidad de Navarra

Recibido el 5 de agosto de 2022; aceptado el 11 de febrero de 2023

Disponible en Internet el 13 de junio de 2023

PALABRAS CLAVE

Burnout;
Conflicto Ético;
Enfermería;
Ambiente de la
práctica;
Unidad de cuidados
intensivos

Resumen

Introducción: Los profesionales de enfermería que trabajan en unidades de cuidados intensivos (UCI) poseen un alto riesgo de desarrollar respuestas emocionales negativas, así como problemas emocionales y espirituales relacionados con cuestiones éticas. El diseño de estrategias efectivas que mejoren estos aspectos viene determinado por el conocimiento de los niveles de burnout y conflicto ético de dichos profesionales, así como la influencia que el entorno de la práctica puede tener en ellos.

Objetivo: Analizar la relación existente entre niveles de burnout, exposición a conflicto ético y la percepción del ambiente de la práctica entre sí y con las variables sociodemográficas de los diferentes profesionales de enfermería de cuidados intensivos.

Metodología: Estudio transversal correlacional en una UCI de un hospital universitario de nivel terciario. Se evaluó el nivel de burnout con la escala *Maslach Burnout Inventory-Human-Services Survey*; el nivel de conflicto ético, con el cuestionario de conflictividad ética para enfermeros, y la percepción del entorno, con la escala *Practice-Environment-Scale of the Nursing-Work-Index*. La asociación entre variables categóricas ha sido analizada mediante el test exacto de Fisher de chi-cuadrado (χ^2).

Resultados: Se evaluaron 39 enfermeras y 8 auxiliares, obteniendo una tasa de participación del 82,93%. El 31,10% de los profesionales de enfermería presentaron signos de burnout, el 14,89% consideraron que trabajan en un entorno desfavorable y el 87,23% presentaron un índice de exposición a conflicto ético medio-alto.

El nivel educativo ($\chi^2 = 11,084$, $p = 0,011$) y la categoría profesional ($\chi^2 = 5,007$, $p = 0,025$) influyeron en el nivel de burnout, presentando las auxiliares mayores niveles del mismo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pmateom@unav.es (P. Mateo-Manrique).

Este estudio obtuvo el Primer Premio a la Mejor Comunicación Oral presentada en el XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC.

Al comparar el nivel de burnout con el entorno y el índice de conflicto ético no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La ausencia de asociación encontrada en el estudio entre burnout y conflicto ético con la percepción del entorno de la práctica hace pensar que los factores personales pueden influir en su desarrollo.

© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

KEYWORDS

Burnout;
Ethical conflict;
Nursing;
Practice
environment;
Intensive care unit

Levels of burnout and exposure to ethical conflict and assessment of the practice environment in nursing professionals of intensive care

Abstract

Background: Nursing professionals working in intensive care units (ICU) are at high risk of developing negative emotional responses as well as emotional and spiritual problems related to ethical issues. The design of effective strategies that improve these aspects is determined by knowing the levels of burnout and ethical conflict of these professionals, as well as the influence that the practice environment might have on them.

Objectives: To analyze the relationship between levels of burnout, the exposure to ethical conflicts and the perception of the practice environment among themselves and with sociodemographic variables of the different intensive care nursing professionals.

Methods: Descriptive, correlational, cross-sectional, observational study in an ICU of a tertiary level university hospital. The level of burnout was evaluated with the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey scale; the level of ethical conflict with the Ethical Conflict Questionnaire for Nurses; and the perception of the environment with the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Descriptive and inferential statistics were performed. The association between categorical variables was analyzed using Fisher's exact chi-square test (χ^2)

Results: 31 nurses and 8 nursing assistants were evaluated, which meant a participation rate of 82.93%. 31.10% of the nursing professionals presented signs of burnout, 14.89% considered that they work in an unfavorable environment and 87.23% presented a medium-high index of exposure to ethical conflict.

The educational level ($\chi^2 = 11.084$, $P = .011$) and the professional category ($\chi^2 = 5.007$, $P = .025$) influenced the level of burnout: nursing assistants presented higher levels of this.

When comparing the level of burnout with the environment and the index of ethical conflict, there were no statistically significant differences.

Conclusions: The absence of association found in the study between burnout and ethical conflict with the perception of the practice environment suggests that personal factors may influence its development.

© 2023 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son áreas complejas y dinámicas, definidas como altamente estresantes y exigentes, contextualizadas en un entorno volátil¹, determinadas por un gran nivel de tecnificación, y que precisan formación continuada y entrenamiento de los profesionales sanitarios²⁻⁴.

A su vez, la práctica diaria del conjunto de profesionales de intensivos se hace desafiante en un entorno determinado por estresores laborales: altas cargas de trabajo, alto riesgo de desarrollar respuestas emocionales negativas relacionadas con la muerte (es el área de hospitalización con mayor tasa de mortalidad [del 16 al 20%]⁵) y el sufrimiento de los pacientes críticos, problemas morales y espirituales

relacionados con cuestiones éticas^{1,6,7}. En el caso concreto de enfermería, la cercanía constante al paciente puede añadir carga emocional a las situaciones vividas⁸. Todo ello puede traducirse en sensación de ansiedad, depresión, desilusión, deseo de abandono, desinterés y disminución de la satisfacción laboral por parte de estos profesionales^{3,6,8}, haciendo aparentemente visible el desarrollo del síndrome de burnout³ y la exposición al conflicto ético^{6,8}.

Maslach, en 1978, describe el burnout como un estrés crónico producido por el contacto con pacientes, que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional en el trabajo⁹. Este fenómeno es una respuesta a los estresores interpersonales crónicos, donde los síntomas dominantes están caracterizados por la presencia de un agotamiento emocional (sentimientos de estar emocionalmente agotados y

¿Qué se conoce?

- Las unidades de cuidados intensivos son servicios con entornos estresantes y exigentes debido al riesgo vital del paciente donde enfermeras y auxiliares de enfermería pueden desarrollar el síndrome de burnout y un nivel de exposición al conflicto ético alto.
- Investigaciones previas han demostrado asociación entre burnout, conflicto ético y la percepción del entorno de la práctica.

¿Qué aporta?

- La ausencia de asociación en el presente estudio entre burnout, conflicto y la percepción del entorno de la práctica hace pensar que existen otros factores que pueden influir en el desarrollo de los mismos.
- Se identifican las situaciones que provocan mayor conflicto ético y se relaciona el grado de conflicto ético con el estado moral.

Implicaciones del estudio

Conocer el nivel de burnout, la percepción del entorno y las situaciones que provocan conflicto ético en nuestros profesionales, así como la relación entre ellos, ayuda a profundizar en la importancia de los mismos y permite diseñar intervenciones específicas dirigidas a profesionales y situaciones concretas. Dichas intervenciones deberían tener en cuenta los factores individuales.

sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales), despersonalización (actitudes negativas, cínicas e impersonales, generando sentimientos distantes hacia otras personas) y un sentido de ineficacia y carencia de realización personal (disminución de los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, así como tendencia a evaluarse negativamente a uno mismo)³.

Cabe destacar que tiene una prevalencia relativamente alta en la profesión de enfermería, con una destacable incidencia en unidades de cuidados intensivos^{7,10}. Se estima que entre el 23% y el 43% de las enfermeras de UCI de todo el mundo lo sufren¹¹.

El concepto de conflicto ético se ha definido como un fenómeno que surge cuando uno conoce la acción éticamente correcta a tomar, pero está restringido para actuar¹². Es un problema que surge tanto dentro como entre las personas, donde participan la escala de valores y principios éticos, el sentido de la responsabilidad y la sensibilidad ética del individuo¹³. Generalmente, los conflictos éticos en enfermería han sido estudiados en términos de frecuencia temporal y grado de conflicto^{2,8,14}. En los últimos años se

ha incorporado el término índice de exposición a conflicto ético, que relaciona frecuencia y grado, y determina un estado moral^{13,15-18}.

Ambas situaciones (conflicto ético y burnout) contribuyen a una atención inadecuada, influyen en la prevalencia de las negligencias, en el número de complicaciones en la atención¹⁹, en una menor seguridad para los pacientes^{20,21} y puede llevar a que las enfermeras abandonen su trabajo²².

La literatura recoge que cuando los profesionales perciben un entorno favorable y participan en la toma de decisiones, presentan menor exposición a conflicto ético^{16,23}. Esta participación es clave puesto que afecta a la percepción del entorno y al nivel de exposición al conflicto ético²⁴, que se ve agravado si falta apoyo por parte de los líderes en la mediación de estos conflictos²³.

La llegada de la pandemia COVID-19 ha incrementado en los profesionales sanitarios este desgaste y agotamiento tanto físico como mental^{6,25}, además de alterar el entorno laboral⁶, pudiendo afectar también al nivel de exposición al conflicto ético^{8,12}. Partiendo de la hipótesis inicial de la asociación existente entre burnout, conflicto ético y entorno laboral, se plantea este estudio con los siguientes objetivos: 1) describir los niveles de burnout y la percepción del ambiente de la práctica de los diferentes profesionales de enfermería de cuidados intensivos, así como su nivel de exposición a conflicto ético, y 2) analizar la relación de cada constructo con las variables sociodemográficas, así como la relación entre ellos.

Metodología

Estudio descriptivo transversal observacional que se llevó a cabo en una UCI polivalente de 12 camas perteneciente a un hospital privado universitario de nivel terciario de 300 camas. En esta unidad ingresan anualmente entre 800 y 1.000 pacientes, en torno al 80% quirúrgicos. El 20% restante corresponden a pacientes médicos, pluripatológicos y/o con necesidad de terapias avanzadas.

Sujetos

Se invitó a participar a todos los profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares) que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: llevar trabajando en la unidad mínimo 1 año y no estar en periodo de baja ni de excedencia laboral.

Todos los profesionales eran mujeres occidentales que han pasado un mismo proceso de selección para entrar a trabajar a la unidad. Aunque la tendencia actual está cambiando, tradicionalmente, el perfil estándar de los puestos de trabajo de enfermería en nuestro centro ha sido del sexo femenino. Las enfermeras de plantilla poseen una formación en cuidados intensivos que incluye un programa académico posgrado con contenidos específicos de UCI, y un programa práctico de 12 meses de duración en el área de críticos. El equipo de auxiliares de enfermería posee la titulación de grado medio.

La selección de la muestra fue de conveniencia.

Instrumentos para la recogida de datos

Todos los cuestionarios fueron autoadministrados. El equipo investigador elaboró un documento que constaba de cuatro apartados:

1. **Hoja de datos sociodemográficos**, en la que se recogía: profesión, sexo, edad, formación académica, años de experiencia profesional, tipo de jornada laboral, formación en cuidados paliativos.
2. **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey** (MBI-HSS) traducido y validado al castellano²⁶. Este cuestionario evalúa el síndrome de burnout en los profesionales de la salud. Consta de 22 ítems divididos en 3 subescalas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems). El cuestionario se responde a través de una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos (de 0 «nunca» a 6 «diario»). Las altas puntuaciones en agotamiento emocional (≥ 17) y/o despersonalización (≥ 10) y/o las bajas puntuaciones en realización personal (≤ 33) señalan la presencia de síndrome de burnout. En cuanto a la fiabilidad del MBI-HSS, se obtuvieron coeficientes de alfa de Cronbach que oscilaron entre 0,72 y 0,90 para cada subescala, en la adaptación al castellano²⁶.
3. Para evaluar la percepción del entorno se utilizó el cuestionario **Practice Environment Scale of the Nursing Work Index** (PES-NWI) traducido y validado al castellano²⁷. Este cuestionario consta de 32 ítems integrados en 5 subescalas: participación en asuntos del hospital (8 ítems), fundamentos de la enfermería por la calidad del cuidado (9 ítems), aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora (4 ítems), dotación de personal y recursos (4 ítems) y relación entre enfermería y medicina (7 ítems). El cuestionario se responde a través de una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (de 1 «totalmente en desacuerdo» a 4 «totalmente de acuerdo»). Una puntuación media mayor de 2,5 indica que las enfermeras tienden a estar de acuerdo con la presencia de ese factor en su entorno laboral. Así, el entorno de la unidad será bueno o favorable si tiene 4 o 5 factores con puntuación media superior a 2,5; mixto en caso de tener 2 o 3, y pobre o desfavorable en caso de tener 1 o ningún factor con dicha puntuación²⁸. La validez de contenido global del instrumento según el *Content Validity Indexing* (CVI) es de 0,82²⁷. El coeficiente kappa modificado medio de los ítems fue de 0,80, calificación de «excelente»²⁷.
4. **Cuestionario de conflictividad ética para enfermeros** (ECNQ-CCV)¹⁷. Fue diseñado para analizar el conflicto ético en enfermería de cuidados intensivos derivado de 19 situaciones que son potencialmente fuentes de conflicto. Evalúa las siguientes variables: 1) «frecuencia con la que surgen situaciones éticamente conflictivas»; 2) «grado de conflicto ético experimentado»; 3) «tipo de conflicto ético», con seis categorías (indiferencia, bienestar moral, incertidumbre moral, dilema moral, angustia moral, indignación moral), y 4) «exposición al conflicto ético», que surge como el producto de las variables «frecuencia...» y «grado de conflicto ético...». Se definió exposición baja (media - 1 DE) y alta (media + 1 DE) al conflicto ético, y moderada el intervalo

entre los valores anteriores, al igual que en estudios previos^{15,18}. El alfa de Cronbach de la escala fue de 0,88¹⁷.

Recogida de datos

La recogida de datos la llevó a cabo el equipo investigador a lo largo de los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021 con aquellos profesionales de enfermería que voluntariamente aceptaron participar. Se explicó el objetivo y la importancia del estudio y se solicitó su participación. Tras su consentimiento, un miembro del equipo investigador les explicaba la forma de cumplimentar los cuestionarios y los recogía cumplimentados.

Análisis de los datos

Se ha realizado estadística descriptiva e inferencial. Las variables cualitativas o categóricas se han representado como números y porcentajes, y las variables cuantitativas, mediante la media y la desviación típica de la media. La asociación entre variables categóricas ha sido analizada mediante el test exacto de Fisher de chi-cuadrado (χ^2). El análisis estadístico se ha realizado con el programa de IBM SPSS versión 20 (SPSS Inc., 2003). Se ha considerado que existían diferencias estadísticamente significativas para valores de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del comité de ética del hospital y de la dirección del centro para su realización. A todos los participantes se les garantizó el anonimato, la completa confidencialidad de los datos, así como la destrucción de los cuestionarios al finalizar la investigación (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). Se obtuvo el consentimiento escrito de los participantes.

Resultados

De las 44 enfermeras y 12 auxiliares de enfermería que trabajaban en la unidad en el periodo de estudio, 39 enfermeras y 8 auxiliares completaron las encuestas, obteniendo una tasa de participación del 83,92%.

Los datos sociodemográficos de la muestra se reflejan en la [tabla 1](#). El 38,30% de la muestra tiene una experiencia menor a 5 años de trabajo en UCI y el 29,79% más de 20 años. Además, el nivel educativo del 70,21% de los encuestados es diplomatura/grado y el 70,21% no tienen formación en cuidados paliativos.

El 31,10% de la muestra presenta burnout. El nivel alcanzado en sus subescalas se presenta en la [tabla 2](#). Para el análisis de esta variable se perdieron 2 sujetos, siendo el tamaño de la muestra de 45.

Los factores que han influido significativamente en el nivel de burnout han sido el nivel educativo y la profesión ($\chi^2 = 11,084$, $p = 0,011$, y $\chi^2 = 8,745$, $p = 0,003$, respectivamente). Los profesionales con menor formación académica presentan niveles mayores de burnout con un

Tabla 1 Datos sociodemográficos

	% (n)
Profesión	
Enfermera	82,98% (39)
Auxiliar	17,02% (8)
Estado civil	
Casado	38,30% (18)
Soltero	61,70% (29)
Jornada laboral	
Completa	36,17% (17)
Reducida	63,83% (30)
Nivel educativo	
Diplomatura/grado	70,21% (33)
Máster	12,77% (6)
Grado medio	12,77% (6)
Grado superior	4,25% (2)
Años de experiencia	
1-5 años	38,30% (18)
6-10 años	19,15% (9)
11-15 años	4,25% (2)
16-20 años	8,51% (4)
> 20 años	29,79% (14)
Formación en paliativos	
Sí	29,79% (14)
No	70,21% (33)
Sexo	
Femenino	100% (47)
Masculino	0% (0)

Tabla 2 Subescalas burnout

Subescalas	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional (EE ^a)	66,67%	22,22%	11,11%
Despersonalización (DP ^b)	86,67%	13,33%	0,00%
Realización personal (PA ^c)	24,45%	22,22%	53,33%

^a EE bajo \leq 18, EE medio de 19-26 y EE alto \geq 27.

^b DP baja \leq 5, DP media de 6-9 y DP alta \geq 10.

^c PA baja \leq 33, PA media de 34-39 y PA alta \geq 40.

mayor nivel de despersonalización ($\chi^2=8,570$, $p=0,036$) y un menor nivel de realización personal ($\chi^2=13,664$, $p=0,034$). Por otro lado, las auxiliares de enfermería presentan niveles de burnout mayores que los de las enfermeras, obteniendo también un mayor nivel de despersonalización ($\chi^2=4,917$, $p=0,027$).

En relación con el entorno, el 38,30% refieren un entorno favorable y el 14,89%, desfavorable. La percepción de los diferentes factores que influyen en el mismo se recoge en la [tabla 3](#).

Al analizar el entorno con los datos sociodemográficos no hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones globales. Sí se ha encontrado asociación entre uno de sus factores y la profesión: el 62,50% de las auxiliares perciben una dotación de recursos desfavorable frente al 23,07% de las enfermeras ($\chi^2=4,933$, $p=0,026$).

Tabla 3 Percepción de los factores del entorno

Factores	Negativo	Positivo
Participación en asuntos del hospital	63,83%	36,17%
Fundamentos de Enfermería por la calidad del cuidado	2,13%	97,87%
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora	46,80%	53,20%
Dotación de personal y recursos	29,79%	70,21%
Relación entre enfermería y médico	59,57%	40,43%

La media del nivel de exposición a conflicto ético fue de 157,44 (DE: 67,95), obteniendo un nivel alto de exposición en el 17,02% de los profesionales, moderado en el 70,21% y bajo en el 12,77%. La situación que mayor índice de conflicto ético provocó fue la n.º 7, «Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo» ([tabla 4](#)). En relación con los estados morales, la indignación moral apareció en el 35,15% de los profesionales; la angustia moral en el 26,33%; el dilema moral en el 14,29%; la incertidumbre en el 11,62%; el bienestar en el 7,42%, y la indiferencia en el 5,18%.

Al relacionar el estado moral con el grado de conflicto ético se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=76,062$, $p<0,001$). Los profesionales con indignación moral son los que mayor grado de conflicto ético experimentan (51,07%).

En relación con el índice de exposición a conflicto ético (IECE) con las variables sociodemográficas, solo hubo diferencias estadísticamente significativas en la formación de cuidados paliativos: el 35,72% de los profesionales con formación en cuidados paliativos presentaron un IECE alto y ninguno presentó un IECE bajo, frente al 9,37% y al 18,75%, respectivamente, de los que no recibieron esta formación ($\chi^2=6,591$, $p=0,037$).

Al comparar el nivel de burnout con el entorno y el IECE no hubo diferencias estadísticamente significativas (burnout-entorno [$\chi^2=0,042$, $p=0,979$]; burnout-IECE [$\chi^2=1,153$, $p=0,562$]; entorno-IECE [$\chi^2=3,493$, $p=0,479$]).

Discusión

En la literatura revisada, el nivel de burnout de los profesionales de UCI es muy variable, encontrando cifras que oscilan entre el 10 y el 80%^{1,14,25,29-33}, situándose entre el 31% y el 68% en periodo prepandemia²⁹⁻³³ y entre el 51% y el 55% en investigaciones pospandemia^{14,25}. El presente estudio muestra que el 31,10% de los profesionales de enfermería presentan burnout, dato que se asemeja al encontrado por diferentes autores²⁹⁻³¹ y que difiere de otros estudios^{1,14,25,29,32,33}. Los niveles más altos de otras investigaciones^{14,25,29,33} pueden explicarse por la ratio enfermera/paciente, notablemente mayor que en el hospital objeto de estudio (1/1-2)³³, o por la exposición a entornos desfavorables^{29,34}. Está descrito que la relación entre el ratio paciente/enfermera y la mortalidad, los eventos adversos, las infecciones, los costes y la calidad de los cuida-

Tabla 4 Índice de exposición al conflicto ético: Situaciones y puntuaciones

Situación	Descripción	Media	Desv. típ.
Situación 1	Administrar tratamientos y/o realizar pruebas que considero que son innecesarias porque solo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal	11,25	5,26
Situación 2	Tener que administrar tratamientos y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos de estos	8,24	5,77
Situación 3	Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado en la Unidad de críticos sino en una Unidad de hospitalización del centro sanitario	9,66	6,17
Situación 4	Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la organización sanitaria por encima de los intereses del propio paciente	6,61	5,59
Situación 5	Quebrantar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente cuando se comparten con personal que no le atiende directamente o con terceras personas	5,65	4,40
Situación 6	Administrar tratamientos y/o realizar intervenciones sin que la familia sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos (cuando el paciente da su consentimiento a que esta sea informada)	7,97	4,98
Situación 7	Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y éste está sufriendo	15,61	5,78
Situación 8	Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que no mejorarán de forma significativa la evolución clínica del paciente ingresado en la Unidad de críticos	12,86	5,22
Situación 9	Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente	8,22	5,21
Situación 10	Administrar tratamientos y/o realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar que estos deseos vayan en contra de los intereses del paciente	6,97	4,23
Situación 11	Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos demasiado agresivos dado el estado en el que se encuentra el paciente, provocándole un sufrimiento añadido	11,12	4,52
Situación 12	Trabajar con una enfermera/o con un/a auxiliar de enfermería al que considero profesionalmente incompetente	9,21	7,01
Situación 13	Actuar en contra de las propias convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente	10,91	6,85
Situación 14	Administrar tratamientos en el contexto de un ensayo clínico o un trabajo de investigación sin que el profesional de enfermería conozca suficientemente toda la información que considera necesaria para realizar esta tarea	8,17	4,40
Situación 15	Tener dificultades a la hora de dar información oportuna al paciente y/o la familia porque el equipo médico obstaculiza al profesional de enfermería que realice normalmente esta actividad	9,50	6,73
Situación 16	Cuidar a un paciente sin conocer si dispone o no de Documento de Voluntades Anticipadas y el contenido de este documento	10,89	6,79
Situación 17	Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos al paciente sin que el profesional de enfermería haya podido participar antes en la decisión de instaurarlos	13,68	7,20
Situación 18	Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias	9,86	6,82
Situación 19	Carecer de los medios (por ejemplo, un espacio) y/o de los recursos (por ejemplo, tiempo) para plantear en el equipo los problemas éticos que suceden en el servicio	13,82	6,85

dos, así como el deterioro de la calidad del entorno laboral, son factores predisponentes para el burnout³⁵. Al analizar las subescalas, destaca que en el presente estudio nadie tiene niveles altos de despersonalización, a diferencia de lo revisado en la literatura, con un rango que oscila desde el 6% al 61%^{29,31,32,36}. Esto puede ser debido a que, dentro de los valores impulsados por la institución donde se ha realizado el estudio, se contempla el desarrollo de los profesionales tanto a nivel competencial como humano³⁷.

Aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre burnout y años de experiencia laboral, sí se observa que las enfermeras y auxiliares con mayor recorrido profesional son las que presentan mayor nivel de burnout. Dicha relación es un dato a tratar con cautela, ya que se ha encontrado controversia en la bibliografía

revisada^{3,7,29,32}. Por un lado, las personas más noveles pueden ser más sensibles al agotamiento laboral porque están aprendiendo a hacer frente a las altas demandas de trabajo y sus condiciones laborales son peores¹⁰. Por otro lado, los años de experiencia de trabajo en la UCI están directamente asociados con la angustia moral de las enfermeras, ya que pueden sufrir angustia acumulativa²⁴, influyendo en los niveles de burnout⁸.

En cuanto al nivel educativo del personal, existe asociación entre el nivel de estudios y el burnout, al igual que en investigaciones previas^{29,32}. Los profesionales con menor nivel educativo son los que presentan niveles de burnout más altos. Esta circunstancia podría ser explicada entendiendo que, a menor formación, los profesionales poseen menor autonomía^{21,29}.

Al no encontrar asociación en la mayoría de las variables estudiadas tanto en la valoración global del burnout como en sus diferentes subescalas, creemos que los factores de personalidad de los profesionales²⁹ pueden influir en el nivel de burnout.

En el presente estudio, la percepción del entorno fue desfavorable únicamente en el 14,89% de los encuestados, a diferencia de la investigación de Fuentelsaz-Gallego et al.³⁴, quienes describen un 48,20%. Al observar los diferentes factores de la escala del entorno, llama la atención que el 97,87% de los profesionales perciben como algo positivo los «Fundamentos de Enfermería por la calidad del cuidado», a diferencia de la literatura revisada³⁴. Esto puede ser debido a que en nuestra unidad siempre ha habido una preocupación por el cuidado holístico del paciente^{38,39} y, además, desarrollamos un modelo de cuidado centrado en la persona definido por la institución⁴⁰.

Solo se ha encontrado asociación en cuanto a la profesión y la dotación de recursos, donde más de la mitad de las auxiliares perciben una dotación de recursos desfavorable. Este resultado puede ser debido a que, aunque la ratio auxiliar/paciente se ajusta a la recomendada por el ministerio, es decir, 1 auxiliar para cada 4 pacientes en turno de día y 1 para cada 6 pacientes en turno de noche⁴¹, puede resultar insuficiente si se atiende a la gravedad del paciente. Sin embargo, es necesario destacar la escasez de bibliografía que explore las percepciones de las auxiliares de enfermería en relación con el entorno.

En cuanto a la «Relación entre enfermería y medicina», destaca que el 59,6% la perciben como desfavorable. Aunque todos los profesionales reconocen la importancia de la comunicación y el trabajo multidisciplinar, la práctica diaria todavía está jerarquizada y los profesionales de enfermería no se sienten en igualdad de condiciones para participar en la toma de decisiones^{8,42}. Varios estudios han demostrado que algunas situaciones conflictivas surgen de las relaciones entre profesionales y dinámicas de equipo, de la gestión de recursos o del burnout^{15,16}, y que cuanto más deteriorado está el entorno, los profesionales de enfermería presentan mayores niveles de conflicto ético⁴³.

El nivel de exposición al conflicto ético de las profesionales de enfermería de la UCI estudiada fue moderado, inferior a los niveles de las enfermeras en Irán¹⁵ y otros hospitales de España¹³, y superior al de las enfermeras de Portugal¹⁸.

En este estudio, la situación que mayor nivel de exposición al conflicto ético generó fue la número 7, «Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y éste está sufriendo», al igual que en la literatura revisada^{15,16,18}. Esta es una situación relativamente frecuente en estas unidades¹⁶, y el ver sufrir al paciente puede poner en duda si se está haciendo todo lo que se puede, dando lugar al conflicto⁴⁴. A pesar de todo, pocos estudios en ética de enfermería y enfermería en cuidados críticos identifican esta situación específica, sino que ponen mayor énfasis en las situaciones dilemáticas relacionadas con la futilidad terapéutica¹⁸. Resulta interesante destacar que las situaciones 19 y 17 han generado conflicto ético en segundo y tercer lugar: la falta de medios (espacio y tiempo) podría impedir una buena comunicación que facilite el diálogo para plantear en el equipo problemas éticos y participar en la toma de decisiones^{16,23}.

Los estados morales que con mayor frecuencia se dan en nuestro estudio son la indignación moral y la angustia moral, al igual que en estudios llevados a cabo en España¹³ y en Portugal¹⁸ y a diferencia de una investigación realizada en Irán¹⁵. Esto puede ser debido a las diferencias culturales. Existen estudios que manifiestan una relación positiva entre la religiosidad y la espiritualidad con el desarrollo y el mantenimiento de conductas resilientes⁴⁵, siendo la religión islámica la más destacada¹⁵. Estas conductas resilientes también se han descrito en la literatura relacionadas con el sexo, aunque con resultados contradictorios^{46,47}.

Al igual que el estudio de Falcó et al.¹³, el nivel alto de conflicto ético se asocia con indignación moral. La detección de este hallazgo es importante, porque cuanto peor es el estado moral, la participación en el equipo y la toma de decisiones pueden verse comprometidas^{13,17,18,43}.

Se ha encontrado relación significativa entre los profesionales que han recibido formación en cuidados paliativos y el índice de exposición al conflicto ético, al igual que la literatura revisada, aunque con asociaciones inversas¹⁶. Llama la atención que de los profesionales que han recibido dicha formación, ninguno presenta un índice de exposición bajo y son los que con mayor frecuencia presentan un índice de exposición alto. Creemos que esto puede ser debido a que esta formación en cuidados al final de la vida y en aspectos bioéticos posiciona al profesional con criterio, y las limitaciones para aplicarlo pueden aumentar el índice de conflicto¹².

Al relacionar burnout, entorno e índice de exposición a conflicto ético no se ha encontrado ninguna asociación. Llama la atención este resultado, puesto que varias investigaciones recogen que los profesionales con mayores niveles de distrés moral tienen mayor probabilidad de referir burnout y de deseo de dejar el trabajo¹⁴. De manera alarmante, la OMS en 2016 ya estimó una deficiencia mundial de aproximadamente 7,6 millones de enfermeras para 2030 por esta causa⁴⁸. Además, está descrito en la literatura que los profesionales experimentan menos exposición al conflicto cuando perciben un entorno favorable^{16,23,43} y cuando participan en la toma de decisiones^{16,23}. En este sentido, la percepción favorable del entorno hallada en esta investigación contrasta con los índices moderados-altos de exposición a conflicto ético. Con estos resultados, y atendiendo a investigaciones previas¹⁴, podrían esperarse también resultados más elevados de burnout. Hay que destacar que hasta la fecha no se habían estudiado estos conceptos en la muestra seleccionada, por lo que se carece de datos comparativos previos.

En la literatura se describen como causas de burnout y conflicto moral tanto factores personales como la atención al final de la vida¹⁶. En esta línea, Arrogante y Aparicio-Zaldivar⁷ indican que intervenciones centradas en ayudar a las personas a hacer frente a su entorno pueden mejorar el burnout. La *American Association of Critical-Care Nurses*, además, admite el vínculo inseparable entre la calidad del ambiente de trabajo, la excelencia de la práctica de enfermería y los resultados de la atención al paciente y a la familia⁴⁹. Por ello, propone intervenciones para hacer frente a los estresores personales que conlleva el trabajo en UCI, y su declaración oficial plantea intervenciones centradas en el profesional, en el equipo, e intervenciones para mitigar los factores de riesgo⁴⁹. Además, refleja seis estándares necesarios para establecer y mantener un ambiente de trabajo saludable: 1) comunicación adecuada;

2) colaboración auténtica; 3) toma de decisiones efectiva; 4) apropiada dotación de personal; 5) reconocimiento laboral significativo, y 6) liderazgo auténtico⁴⁹.

Basadas en dichas recomendaciones y ajustadas a los resultados del presente estudio, se proponen intervenciones encaminadas a favorecer la toma de decisiones compartidas en los equipos y a trabajar sobre factores personales, entendiendo que la autoeficacia y la resiliencia se han demostrado como factores protectores⁵⁰.

Este estudio presenta limitaciones metodológicas. La investigación se ha realizado en un único centro y la muestra ha sido pequeña y de conveniencia. Además, las características de la población estudiada no permiten extrapolar los datos porque no se ajustan a la distribución normal (ninguna enfermera de la muestra fue de sexo masculino y la percepción de hombres y mujeres puede ser diferente en algunos aspectos; las enfermeras poseen un mismo programa inicial de formación de posgrado; todas las participantes son occidentales y están sometidas a un mismo proceso de selección). En relación con el cuestionario sociodemográfico, no se ha indagado en el tipo de formación relacionada con los cuidados paliativos, pudiendo condicionar los resultados. A las limitaciones inherentes al diseño transversal hay que añadir el momento en el que se ha realizado el estudio, primer año de pandemia, lo que pudo influir en los resultados.

Es recomendable, para futuras investigaciones, realizar el estudio en diversos centros con diferentes poblaciones, para obtener mayor diversidad y poder ampliar y extrapolar los resultados.

Conclusiones

La ausencia de asociación encontrada en el estudio entre burnout y conflicto ético con la percepción del entorno de la práctica hace pensar que los factores personales pueden influir en su desarrollo. Por ello, se propone que las estrategias para disminuir el impacto de estos fenómenos deberían tener en cuenta los factores de riesgo individuales y favorecer la toma de decisiones compartida en los equipos.

Financiación

No se contó con financiación de ninguna entidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2020;123:9–20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>.
2. Colville GA, Dawson D, Rabinthiran S, Chaudry-Daley Z, Perkins-Porras L. A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK. *J Intensive Care Soc.* 2019;20:196–203, <http://dx.doi.org/10.1177/1751143718787753>.
3. Friganović A, Selič P. Where to look for a remedy? Burnout syndrome and its associations with coping and job satisfaction in critical care nurses — a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:4390, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18084390>.
4. Conz CA, Braga VAS, Vasconcelos R, Machado FHRDS, de Jesus MCP, Merighi MAB. Experiences of intensive care unit nurses with COVID-19 patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20210194, <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0194>.
5. Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith TJ, Pronovost PJ. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: A systematic review of interventions. *J Palliat Med.* 2014;17:219–35, <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0409>.
6. Petrișor C, Breazu C, Doroftei M, Mărieș I, Popescu C. Association of moral distress with anxiety depression, and an intention to leave among nurses working in intensive care units during the COVID-19 pandemic. *Healthcare (Basel).* 2021;9:1377, <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9101377>.
7. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar EC. Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. *Enferm Intensiva.* 2020;31:60–70, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004>.
8. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics.* 2015;22:64–76, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014534874>.
9. Maslach C. The client role in staff burnout. *J Soc Issues.* 1978;34:111–24, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1978.tb00778.x>.
10. Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2016;95:e5629, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000005629>.
11. Filho FA, Rodrigues MCS, Cimiotti JP. Burnout in Brazilian intensive care units: A comparison of nurses and nurse technicians. *AACN Adv Crit Care.* 2019;30:16–21, <http://dx.doi.org/10.4037/aacnacc2019222>.
12. Sheppard KN, Runk BG, Maduro RS, Fancher M, May AN, Wilmoth DD, et al. Nursing moral distress and intent to leave employment during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Care Qual.* 2022;37:28–34, <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000596>.
13. Falcó-Pegueroles A, Lluch-Canut T, Roldan-Merino J, Goberna-Tricas J, Guàrdia-Olmos J. Ethical conflict in critical care nursing: Correlation between exposure and types. *Nurs Ethics.* 2015;22:594–607, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014549883>.
14. Emple A, Fonseca L, Nakagawa S, Guevara G, Russell C, Hua M. Moral distress in clinicians caring for critically ill patients who require mechanical circulatory support. *Am J Crit Care.* 2021;30:356–62, <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2021777>.
15. Pishgooie AH, Barkhordari-Sharifabad M, Atashzadeh-Shoorideh F, Falcó-Pegueroles A. Ethical conflict among nurses working in the intensive care units. *Nurs Ethics.* 2019;26:2225–38, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733018796686>.
16. Falcó-Pegueroles A, Lluch-Canut MT, Martínez-Estalella G, Zabalegui-Yarnoz A, Delgado-Hito P, Via-Clavero G, et al. Levels of exposure to ethical conflict in the ICU: Correlation between sociodemographic variables and the clinical environment. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016;33:12–20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.10.004>.
17. Falcó-Pegueroles A, Lluch-Canut T, Guàrdia-Olmos J. Development process and initial validation of the Ethical Conflict in Nursing Questionnaire-Critical Care Version. *BMC Med Ethics.* 2013;14:22, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-14-22>.
18. Lluch-Canut T, Sequeira C, Falcó-Pegueroles A, Pinho JA, Rodrigues-Ferreira A, Olmos JG, et al. Ethical conflicts and their characteristics among critical care nurses. *Nurs Ethics.* 2020;27:537–53, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733019857785>.

19. Hyman SA, Shotwell MS, Michaels DR, Han X, Card EB, Morse JL, et al. A survey. Evaluating burnout, health status, depression, reported alcohol and substance use, and social support of anesthesiologists. *Anesth Analg*. 2017;125:2009–18, <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000002298>.
20. Graystone R. Prevent compassion fatigue and burnout with a magnet culture. *J Nurs Adm*. 2019;49:231–3, <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000743>.
21. Guirardello EB. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2884, <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>.
22. Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag*. 2017;25:477–85, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12431>.
23. Hiler CA, Hickman RL Jr, Reimer AP, Wilson K. Predictors of moral distress in a US sample of critical care nurses. *Am J Crit Care*. 2018;27:59–66, <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2018968>.
24. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayan N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care*. 2016;31:178–82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.10.011>.
25. Azoulay E, de Waele J, Ferrer R, Staudinger T, Borkowska M, Povoia P, et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann Intensive Care*. 2020;10:110, <http://dx.doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>.
26. Seisdedos N. Inventario «burnout» de Maslach. Síndrome del «quemado» por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA ediciones; 1997.
27. Orts-Cortés MI, Moreno-Casbas T, Squires A, Fuentelsaz-Gallego C, Maciá-Soler L, González-María E, et al. Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Appl Nurs Res*. 2013;26:5–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2013.08.006>.
28. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*. 2002;25:176–88, <http://dx.doi.org/10.1002/nur.10032>.
29. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, et al. Prevalence risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:11432, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182111432>.
30. Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C, ODIN Study Group. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: A before-and-after study. *Intensive Care Med*. 2013;39:2180–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-013-3087-5>.
31. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units — a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol*. 2013;13:38, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>.
32. Zhang XC, Huang DS, Guan P, SUBLIN Study Team. Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in Northeastern China: A cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2014;4:e004813, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004813>.
33. Aragão NSC, Barbosa GB, Santos CLC, Nascimento DDSS, Bôas LBSV, Martins Júnior DF, et al. Burnout syndrome and associated factors in intensive care unit nurses. *Rev Bras Enferm*. 2021;20:74, <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0535>.
34. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E, Consorcio RN4CAST-España. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Intensiva*. 2013;24:104–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.06.001>.
35. Aitken LM, Burmeister E, Clayton S, Dalais C, Gardner G. The impact of Nursing Rounds on the practice environment and nurse satisfaction in intensive care: Pre-test post-test comparative study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48:918–25, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.004>.
36. Rivaz M, Tavakolinia M, Momennasab M. Nursing professional practice environment and its relationship with nursing outcomes in intensive care units: A test of the structural equation model. *Scand J Caring Sci*. 2021;35:609–15, <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12877>.
37. CUN: Quienes somos. España: Clínica Universidad de Navarra [consultado Abr 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/quienes-somos>.
38. López-Alfaro MP, Echarte-Nuin I, Fernández-Sangil P, Moyano-Berardo BM, Goñi-Viguria R. Percepción del dolor de los pacientes posquirúrgicos en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2019;30:99–107, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001>.
39. Carrera-Hernández L, Aizpitarte-Pejenaute E, Zugazagoitia-Ciarrustia N, Goñi-Viguria R. Percepción del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2018;29:53–63, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2018.01.002>.
40. Rumeu-Casares C, Oroviogicoechea C, Jones DA, Saracibar-Razquin M. Modelo de Práctica Profesional de Enfermería Clínica Universidad de Navarra: marco para el desarrollo de la práctica enfermera. *Rev Tesela*. 2017;22. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts22/ts11379.php>.
41. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación; 2010 [consultado Abr 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCL.pdf>.
42. Dixon E, Murphy M, Wynne R. A multidisciplinary, cross-sectional survey of burnout and wellbeing in emergency department staff during COVID-19. *Australas Emerg Care*. 2021;25:247–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.auec.2021.12.001>.
43. Witton N, Goldsworthy S, Phillips LA. Moral distress: Does this impact on intent to stay among adult critical care nurses? *Nurs Crit Care*. 2022;28:211–7, <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12767>.
44. Carrillo-García C, Ríos-Risquez MI, Escudero-Fernández L, Martínez-Roche ME. Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enferm Global*. 2018;172:304–24, <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.277251>.
45. Kunzler AM, Helmreich I, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;7:CD012527, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>.
46. Álvarez Ramírez LY, Cáceres Hernández L. Resiliencia, rendimiento académico y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología Iberoamericana*. 2010;18:37–46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915921005>.
47. Zurita Ortega F, Castro Sánchez M, Linares Manrique M, Chacón Cuberos R. Resiliencia, un elemento de prevención en actividad física. *Sportis Sci J*. 2017;3:50–62, <http://dx.doi.org/10.17979/sportis.2017.3.1.1726>. Disponible en: <https://revistas.udc.es/index.php/SPORTIS/article/view/sportis.2017.3.1.1726>.
48. Organización Mundial de la Salud, Nursing Now. Situación de la enfermería en el mundo: Resumen de orientación. 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>.

49. American Association of Critical-Care Nurses. AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments: A Journey to Excellence. 2nd ed. Aliso Viejo, CA: American Association of Critical-Care Nurses; 2016.
50. Georges MT, Roberts LR, Johnston Taylor E, Nick JM, Dehom S. Burnout. Self-efficacy, and resilience in Haitian nurses: A cross-sectional study. *J Holist Nurs.* 2021;40:310–25, <http://dx.doi.org/10.1177/08980101211065600>.