

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO FIN DE GRADO.

GRADO EN ENFERMERÍA.

SALUTOGÉNESIS Y GENERACIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**EL SENTIDO DE COHERENCIA COMO
HERRAMIENTA PREVENTIVA DEL
BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO.
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

AUTOR: ISAAC ALBERCA BASTIDAS

TUTOR: JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA

CURSO 2020-2021



TRABAJO FIN DE GRADO.

Autoría:

Isaac Alberca Bastidas.

Grado en Enfermería.

Promoción 2017-2021.

Firma:

Tutorización y visto bueno:

José Ramón Martínez Riera.

Profesor titular de la Universidad de Alicante. Departamento de enfermería comunitaria, medicina preventiva, salud pública e historia de la ciencia.

Director del Secretariado de Sostenibilidad y Salud Laboral.

Firma:

En Alicante a 1 de mayo de 2021.

Agradecimientos.

Este trabajo fin de grado, es el resultado de años de esfuerzo no sólo mío, ya que por suerte siempre he recorrido el camino en compañía. Tanto este trabajo, como lo que representa, es fruto del apoyo y la comprensión que me ha mostrado la mejor profesora que he tenido nunca, mi esposa, que tras veinte años me sigue enseñando cada día como mejorar.

Aunque no lo parezca la época universitaria no es fácil cuando eres veinte años mayor al resto de estudiantes. Por ese motivo, no podía dejar pasar estas líneas sin agradecer todos estos años a mis compañeros, mis inseparables, mis “CUATREROS”, Verónica Salar y Emilio Cano. Ellos han hecho para mí fácil lo difícil, y posible lo imposible, siendo responsables de conseguir llegar a este punto, ya que sin su ayuda no hubiera podido.

Por último, debo agradecer a todos los profesores que durante mi formación de una u otra manera me han hecho ser quien soy ahora. En especial a mi tutor, José Ramón Martínez Riera, que con su cercanía, comprensión, y buenas palabras, ha sido y será mi gran referencia a seguir, como profesional y como persona.

Por todo ello, gracias.

Índice contenidos.

Abreviaturas.....	III
Resumen.....	1
Abstract.....	2
1. Introducción.....	3
1.1 Contexto.....	3
1.2 Justificación.....	7
1.3 Objetivos.....	8
2. Metodología.....	8
2.1 Diseño del trabajo.....	8
2.2 Método de búsqueda.....	9
2.3 Estrategia de búsqueda.....	10
2.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	10
2.5 Cribado y selección de datos.....	14
2.6 Evaluación de calidad de los documentos incluidos.....	15
3. Resultados.....	15
3.1 Características de los documentos incluidos.....	15
3.2 Efecto de la presencia de eventos a nivel mundial en el número de publicaciones.....	21
4. Discusión de los principales hallazgos.....	21
4.1 Relación entre estrés, burnout y sentido de coherencia.....	22
4.2 Relación entre calidad de vida, estrés, burnout y sentido de coherencia.....	23
4.3 Relación entre salud percibida, estrés, burnout y sentido de coherencia.....	24
4.4 Relación entre salud mental, estrés, burnout y sentido de coherencia.....	25
4.5 Estrategias de potenciación del sentido de coherencia.....	26
5. Conclusiones.....	27
Bibliografía.....	28

Índice de tablas.

Tabla 1. Diseño PICOT de la pregunta de investigación.....	9
Tabla 2. Términos usados para interrogar las bases de datos.	9
Tabla 3. Relación de estrategias y ecuaciones de búsqueda para cada una de las bases consultadas.	12
Tabla 4. Resultados del estudio de los elementos seleccionados mediante el uso de MMAT.	16
Tabla 5. Resumen de las características de cada uno de los elementos recuperados.	18

Índice de cuadros y figuras.

Cuadro 1. Diagrama de flujo declaración PRISMA y resultado de las búsquedas....	14
Figura 1. Interacciones entre las diferentes variable y efecto mediador del SOC.....	26

Abreviaturas.

MBI: Maslach Burnout Inventory.

SARS: *Severe Acute Respiratory Syndrome*, Síndrome Respiratorio Agudo Severo.

MERS: *Middle East Respiratory Syndrome*, Síndrome Respiratorio de Oriente Medio.

GRRs: *General Resistance Resources*, Recursos Generales de Resistencia.

SOC: *Sense of Coherence*, Sentido de Coherencia.

MeSH: *Medical Subject Headings*, Encabezados de Temas Médicos.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

WS: *Work Satisfaction*, satisfacción laboral.

QoL: *Quality of Life*, calidad de vida.

SP: salud percibida.

Resumen

Introducción. El síndrome de burnout se ha convertido en uno de los grandes males con origen en el ámbito laboral, generado por una combinación de factores laborales entre los que destacan la carga laboral, el estrés, la falta de remuneración y de valoración. El aumento de estas variables producido por la pandemia supone un entorno favorable para la aparición de burnout en el sector sanitario. Esto hace necesaria la búsqueda de herramientas que ayuden a paliar o modular los efectos derivados de la pandemia a nivel laboral como el sentido de coherencia.

Objetivos. Recopilar información relativa al sentido de coherencia relacionada con la prevención del estrés y el burnout en personal sanitario. Determinar a través de la información recopilada si el sentido de coherencia puede suponer una herramienta preventiva del estrés y el burnout.

Metodología. Se ha realizado una revisión sistemática con cribado de resultados en base a las directrices de la declaración PRISMA. La pregunta de investigación se ha elaborado siguiendo la estructura PICOT. Se han interrogado las principales bases de datos como PubMed, Web of Science, Science Direct, CINAHL, Scopus, PsycINFO, Ovid, Medes y la biblioteca Cochrane mediante la combinación de descriptores y lenguaje libre. La calidad metodológica se evaluó mediante la herramienta de evaluación de métodos mixtos de la Universidad de Montreal.

Resultados. El total de estudios incluidos en la revisión fue de quince. De manera general todos los estudios apoyan una correlación negativa entre sentido de coherencia y estrés, así como con el burnout. También destaca la correlación positiva entre sentido de coherencia y calidad de vida, salud mental y salud percibida.

Conclusiones. El estudio del sentido de coherencia previo a situaciones de alta carga laboral puede suponer una herramienta efectiva en la prevención del burnout.

Palabras clave: *Burnout, estrés, estrés laboral, sentido de coherencia, enfermería, personal sanitario.*

Abstract

Introduction. Burnout syndrome has become one of the great ills originating in the workplace, generated by a combination of work factors, among which workload, stress, lack of remuneration, and appreciation stand out. The increase in these variables produced by the pandemic is the perfect breeding ground for the appearance of burnout in the health sector. This makes it necessary to search for tools that help alleviate or modulate the effects derived from the pandemic at the workplace level, such as the sense of coherence.

Objectives. Collect information about the sense of coherence related to the prevention of stress and burnout in healthcare personnel. Determine through the collected information if the sense of coherence can be a preventive tool for stress and burnout.

Methods. A systematic search and screening of results have been carried out based the guidelines of the PRISMA declaration. The research question has been elaborated on based on the PICOT structure. The main databases such as PubMed, Web of Science, Science Direct, CINAHL, Scopus, PsycINFO, Ovid, Medes, and the Cochrane library have been interrogated by combining descriptors and free language. Methodological quality was assessed using the University of Montreal Mixed Methods Assessment Tool.

Results. The total number of studies included in this review was fifteen. In general, all studies support a negative correlation between a sense of coherence and stress, as well as burnout. It also highlights the positive correlation between sense of coherence and quality of life, mental health, and perceived health.

Conclusions. The study of the sense of coherence prior to situations of high workload can be an effective tool in the prevention of burnout.

Key words: *Burnout, stress, laboral stress, sense of coherence, nursing, healthcare personnel.*

1. Introducción.

1.1 Contexto.

En 1974 el psicólogo estadounidense Herbert J. Freudenberger acuñó el término “burnout” como una forma de describir la fatiga laboral, la falta de motivación o reducción de la misma, así como la falta de compromiso que mostraban los trabajadores de una clínica mental^[1]. Freudenberger describió esta condición como un estado de pérdida total de interés por el puesto laboral, al igual que por cumplir adecuadamente el desempeño de sus labores, y sin consideración por las consecuencias que se desprendían al no llevarlas a cabo. Aunque se atribuye a Freudenberger la autoría del término, fue la también psicóloga estadounidense Christina Maslach la que comenzó a principios de 1980, a usar el término asociándolo al síndrome que ahora conocemos. Maslach se ha convertido en una de las mayores expertas mundiales al respecto, desarrollando su propia escala de evaluación en 1986, la denominada Maslach Burnout Inventory (MBI) junto a Susan Jackson^[2]. Actualmente, el síndrome de burnout está considerado como uno de los predictores de incapacidad o baja laboral por motivos psiquiátricos, ya que se considera predecesor de alteraciones como ansiedad y depresión^[3]. La escala MBI es actualmente la más usada internacionalmente para evaluar e identificar burnout en trabajadores. Maslach describe el burnout principalmente como una respuesta frente a un excesivo estrés laboral^[4]. Esta respuesta presenta tres componentes principales, como el agotamiento emocional, caracterizado principalmente por el sentimiento de emocionalmente agotado y sin recursos emocionales para afrontarlo; reducción de los logros personales, caracterizado por disminución de los sentimientos de buen desempeño del trabajo; despersonalización, caracterizada por sentimientos negativos hacia los demás, actitud distante, pérdida de los valores y el idealismo^[4]. Esta autora además, pone el foco en seis diferentes características laborales básicas que predisponen al padecimiento del síndrome^[4]:

- Carga laboral: una carga laboral excesiva, o un aumento de las demandas laborales que no permitan la recuperación del trabajador.
- Ausencia de control: haciendo referencia a la falta de control sobre los recursos necesarios o sobre los propios recursos, lo que desemboca en una realización incompleta de sus funciones.
- Recompensa personal: en este sentido los trabajadores no obtienen recompensa por el servicio prestado. Esta característica no hace alusión a la simple recompensa

salarial de los trabajadores, sino que también hace alusión a la recompensa moral del trabajo reconocido, así como a la recompensa social percibida.

- Relaciones sociales: esta característica presenta una nueva dimensión, donde los trabajadores no se sienten reconocidos a nivel laboral y social, sintiendo ausencia de conexión con sus compañeros y sin ningún respaldo social.
- Valores personales: los trabajadores sienten que su sistema de valores entra en conflicto con los valores que representa el propio sistema o el puesto de trabajo, lo que se traduce en un continuo conflicto interno entre lo que debe hacer y lo que considera que debería hacer.
- Justicia: se da cuando el trabajador siente que se están cometiendo actos injusto hacia él en el puesto de trabajo, bien sea por aumento de la carga laboral, salario o reconocimiento insuficiente.

El burnout está muy estudiado dentro del ámbito sanitario, donde se han descrito como generadores de estrés laboral diversos factores, que autores como Maslach consideran fundamentales a tener en cuenta frente al padecimiento del síndrome. Entre los factores descritos en sanitarios destacan el incremento de la carga asistencial, horarios irregulares, largas jornadas de trabajo. Todos estos factores depende a su vez de la escasez de personal, y en menor medida infraestructuras deficitarias que dificultan la labor a realizar, y equipos insuficientes o no específicos^[5]. Estas condiciones son endémicas de sistemas sanitarios como el español, donde el recorte en inversión sanitaria es usado comúnmente como medida de amortiguación de las diferentes crisis económicas. Un estudio publicado en 2017 donde se estudiaba el periodo comprendido entre 2010 y 2014 dentro del contexto de la crisis económica española, puso de manifiesto que el 86,6% de las enfermeras encuestadas habían sufrido una reducción salarial, un 66,7% había referido un aumento en las horas trabajadas por turno, un 75,3% había percibido un aumento en la complejidad y presión asistencial, y un 58,4% de los encuestados aludieron que se encontraban inmersos en un sistema de precariedad laboral^[6]. Estos datos ponen de manifiesto que los trabajadores sanitarios están continuamente expuestos a estresores que derivan directamente de su puesto de trabajo, lo que contribuye a la presencia de burnout. Esto se evidencia en estudios como el llevado a cabo sobre trabajadores de atención primaria en Navarra durante el año 2010, donde se obtuvieron resultados que muestran que un tercio de los profesionales encuestados presentaban burnout^[7].

Independientemente de los factores económicos que condicionan el sistema de salud, hay que tener en cuenta también las situaciones derivadas de procesos específicos como

los que ocurren durante las pandemias, en los que además de una elevada presión asistencial hay que sumar el incremento en las medidas de protección, el miedo al contagio y la preocupación por suponer un riesgo para los allegados^[5]. Estos estresores han sido descritos previamente durante pandemias, como el origen de diversas patologías de tipo físico y psicológico que afectan a la población general, pero que en estas situaciones aumentan entre personal sanitario. En un estudio realizado sobre 10511 profesionales sanitarios, repartidos entre los 9 principales hospitales de Singapur, tras la pandemia producida por el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en 2003, se mostró que el 56% de los participantes refirieron un aumento en el estrés percibido, aumento estrechamente relacionado con el aumento de la carga laboral que refirieron el 53% de los encuestados^[8]. En otro estudio realizado sobre una pequeña muestra de 117 profesionales sanitarios en Yeda (Arabia Saudí) tras el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS) en 2012, el 96% de los encuestados contestaron afirmativamente a una pregunta en la que se interrogaba sobre el aumento del estrés, el miedo y el nerviosismo^[9]. Asimismo, en ese mismo estudio, se puso de manifiesto que el origen del estrés estaba relacionado con la seguridad de sus familiares y allegados en el 96% de los casos^[9].

En respuesta a las condiciones laborales que se dan en el sistema sanitario, algunos autores apuntan al uso de medidas preventivas como el concepto de hospitales magnéticos, con el fin de evitar situaciones en las que se favorezca la aparición del síndrome de burnout. Los hospitales magnéticos son aquellos que debido a sus condiciones laborales atraen, conservan y mantienen un elevado número de enfermeras altamente cualificadas^[10]. Por normal general, los hospitales magnéticos cubren las deficiencias observadas anteriormente, y que son fuente de insatisfacción laboral y aparición de burnout. Estos hospitales se caracterizan por ofrecer horarios flexibles, menor carga asistencial por profesional, plantillas completas, baja tasa de contratación temporal, y la descentralización de la toma de decisiones, lo que se traduce en una implicación de toda la plantilla en aspectos relevantes que les influyen^[10]. Estos hospitales además, realizan un gran esfuerzo por reclutar, mantener y formar a sus trabajadores. Todo esto influye de manera positiva en la satisfacción laboral de los trabajadores de estos hospitales. Asimismo, existen estudios que muestran como existe una clara relación entre la aparición de burnout cuando se comparan hospitales magnéticos y no magnéticos, siendo estos últimos los más propensos a presentar burnout entre sus trabajadores^[10]. Existen estudios que muestran como la variación del aumento de un solo paciente en el ratio de cuidados de enfermería, podía aumentar la aparición de

burnout en un 23%^[11]. En ese mismo estudio se puso de manifiesto que el 43% de las enfermeras que presentaban altos niveles de burnout, se planteaban abandonar la profesión en los próximos 12 meses. Aunque la idea adaptar las condiciones laborales como sucede en los hospitales magnéticos pueda parecer atractiva, llevarla a la práctica no resulta una tarea fácil, ya que supone una reestructuración completa del sistema de atención, lo que implica un enorme esfuerzo logístico por parte de las administraciones, que difícilmente se puede implementar a corto-medio plazo.

Por ese motivo, es necesaria la búsqueda de otras fórmulas que permitan la prevención o la protección frente a la aparición de burnout. A finales de la década de 1970, el médico sociólogo israelí Aaron Antonovsky elaboró una teoría empírica sobre la salud a partir de las observaciones que había realizado sobre un grupo de mujeres supervivientes de un campo de exterminio nazi. A partir de sus observaciones, Antonovsky desarrollo su modelo salutogénico, que se fundamenta en la utilización por parte de las personas de las herramientas y capacidades personales como medios para generar y mantener salud. El modelo salutogénico de Antonovsky, a diferencia del modelo patogénico donde se tratan enfermedades, busca la participación activa de las personas en su búsqueda de la salud mediante la protección, la prevención, y la participación pasiva mediante la educación en salud y la promoción de esta^[12]. El modelo salutogénico tiene como base dos conceptos principales: los Recursos Generales de Resistencia (GRRs por las siglas en inglés de *General Resistance Resources*), entendiendo estos como factores extrínsecos e intrínsecos a la persona que le permiten dar coherencia a su vida; el otro concepto fundamental es el Sentido de Coherencia (SOC por las siglas en inglés de *Sense of Coherence*), que permite el uso de los GRRs. Los GRRs están determinados en gran medida por el estilo de vida de la persona, como son el nivel social, cultural, económico, la inteligencia y estado de salud, y por tanto son modulables y variables. La presencia de determinados factores puede favorecer o entorpecer la percepción subjetiva que cada individuo tiene respecto a la calidad de su vida. Por otro lado, el SOC es una cualidad intrínseca de cada persona, la cual le permite usar sus diferentes GRRs. El SOC es la cualidad fundamental de la teoría de Antonovsky, ya que según su teoría la mera posesión de diferentes GRRs que permitan a la persona afrontar diferentes retos no es suficiente, siendo el hecho de saber o no usarlos, la cualidad limitante. Antonovsky definía el SOC como “una orientación global que expresa la medida en que una persona tiene un sentimiento de confianza muy interiorizado, permanente y al mismo tiempo dinámico”^[13]. En este sentido Antonovsky también apuntaba que este sentimiento de confianza podía

influenciar el hecho de que lo propuesto por la persona salga bien. El SOC se convierte entonces para algunos autores en la capacidad que presenta cada persona para dar coherencia a su vida, y por tanto, para poder enfrentar situaciones adversas de manera satisfactoria^[14]. Podemos entender por tanto que presentar un alto nivel de SOC, es una cualidad que protege a las personas de sufrir estrés frente a situaciones concretas mediante el uso de sus GRRs, siendo el estrés una de las principales causas de burnout.

1.2 Justificación.

Desde marzo de 2020, con la declaración de la pandemia producida por la nueva variante de coronavirus responsable del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-nCov-2) causante de la enfermedad COVID-19, los sistemas sanitarios de todo el mundo se han visto sometidos a un gran incremento de la presión asistencial. En el caso de España, los casos diagnosticados en personal sanitario a fecha de 24 de febrero de 2021 asciende a 79.225 personas, lo que supone el 4,4% de las infecciones totales^[15], y el 9% de todos los profesionales sanitarios colegiados en 2019^[16]. Esta reducción en el número de personal efectivo supone un aumento de la carga laboral para el personal que continúa en su puesto de trabajo. También se ha de tener en cuenta la presión psicológica que supone el miedo al contagio, lo que aumenta el nivel de estrés laboral. Esta suma de factores la podemos traducir en un sistema sanitario saturado, con temor al colapso, en el que la carga de trabajo por profesional se ve aumentada debido al aumento de la demanda y a la menor disponibilidad de trabajadores, y en el que los profesionales se han visto forzados a cubrir más turnos de lo debido. Este aumento de la presión asistencial, de horas trabajadas excesivas, falta de medios adecuados y de protección, unido al aumento de las críticas sufridas por parte de un sector de la población^[17], han supuesto un incremento considerable de los estresores asociados al ambiente laboral, y una fuente generadora de burnout dentro de sector sanitario.

Desde el inicio de la pandemia, dentro del sistema de salud se ha gestado un clima laboral que favorece la aparición de cuadros de estrés entre los trabajadores sanitarios^[18], siendo en las unidades de alta ocupación o de alta carga asistencial, como las unidades de cuidados, intensivos las más propensas a ello^[19]. La combinación de factores predisponentes como el estrés, el aumento en la carga laboral, la usencia de medios suficientes y un clima de desánimo general provocado por la situación, constituyen el caldo de cultivo perfecto para provocar la aparición de altas tasas de estrés, y por tanto de burnout entre los trabajadores sanitarios^[19,20]. Por este motivo, es necesaria la adopción

de medidas preventivas que modulen los efectos derivados de los cambios que ha sufrido el sistema asistencial sanitario, tales como el estudio del SOC a la hora de asignar o reubicar personal en unidades de alta carga asistencial.

1.3 Objetivos.

El presente trabajo fin de grado se plantea como una revisión bibliográfica en la que se pretende reunir información relativa a estudios y artículos originales que traten sobre el SOC, y que guarden relación con la presencia o prevención del estrés y el burnout. Se pretende a su vez que la revisión se centre el sector de los trabajadores sanitarios.

- **Objetivo general:** identificar y recopilar información relativa al constructo sentido de coherencia en relación al estrés y el burnout, aplicado al ámbito de los trabajadores sanitarios.
- **Objetivo específico:** determinar si el sentido de coherencia puede resultar un factor preventivo frente estresores derivados del aumento la carga laboral en sanitarios, en situación de alta carga asistencial a través de la bibliografía existente.

2. Metodología.

2.1 Diseño del trabajo.

En base a los criterios establecidos en la declaración PRISMA^[21], se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática que incluía estudios, revisiones sistemáticas con metaanálisis y reporte de casos, que aportaran información acerca del SOC. Como se comenta en la introducción de este trabajo el estrés laboral es uno de las principales promotores del burnout. Por este motivo, las búsquedas están diseñadas para ofrecer información que relacione el SOC, el estrés, y/o burnout, entendiendo al primero como precursor del segundo. La pregunta incluye la condición del estudio del SOC en situaciones generadoras de estrés por aumento de la carga asistencial durante episodios de pandemia. Por este motivo, la búsqueda se ha diseñado para que abarque periodos posteriores a pandemias como la de gripe H1N1 y el SARS-nCoV-2, y epidemias y MERS, para comprobar si se produce un aumento de la literatura relativa al SOC tras estos periodos. Por ello, la búsqueda se ha enmarcado dentro de la última década (2010-2020 ambos incluidos). La pregunta de investigación se ha desarrollado siguiendo la estructura PICOT para incluir el factor tiempo en ella (**tabla 1**).

Tabla 1. Diseño PICOT de la pregunta de investigación.

Población	Trabajadores sanitarios
Intervención	Estudio del sentido de coherencia y su efecto sobre el estrés y burnout.
Comparador	Ambiente laboral de alta y baja carga asistencial.
Resultados	Niveles de estrés, ansiedad, depresión y síndrome de burnout.
Pregunta de investigación	¿Puede el uso de la medición del sentido coherencia prevenir la aparición de burnout en trabajadores sanitarios?
Periodo de tiempo	Entre 2010 y 2020.

Fuente: elaboración propia

2.2 Método de búsqueda.

A partir de la pregunta de investigación se han obtenido los descriptores a partir de los cuales se ha interrogado las diferentes bases de datos. Los descriptores usados son los encabezados de temas médicos (MeSH por sus siglas en inglés *Medical Subject Headings*). Para la obtención de los diferentes descriptores se ha recurrido al uso del vocabulario estructurado multilingüe Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Para la realización de las búsquedas se ha usado tanto lenguaje libre como lenguaje controlado, con el fin de recuperar la mayor cantidad de información (tabla 2). Las búsquedas se han realizado combinando términos de lenguaje libre con términos de lenguaje controlado mediante uso de operadores booleanos tales como *AND* y *OR*. No se ha empleado el operador booleano *NOT* con el fin de evitar la pérdida de información, aunque si se ha aplicado un cribado posterior.

Tabla 2. Términos usados para interrogar las bases de datos.

MeSH	Términos en lenguaje libre.
Health personnel.	Health personnel, health workers, healthcare personnel, healthcare professionals, healthcare providers.
Nursing.	Nursing, nurse.
Sense of coherence.	Sense of coherence, psychological adaptation.
Stress, Psychological.	Psychological stress.
Occupational Stress	Occupational stress.
Burnout, Psychological	Burnout.

Fuente: elaboración propia.

2.3 Estrategia de búsqueda.

La búsqueda de información se realizó en las bases de datos electrónicas de *Web of Science (WoS)*, *Cummulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL)*, la base de datos de la *American Psychological Association (PsycINFO)*, la base de datos Medicina en español (Medes), la base de datos de *Elsevier (ScienceDirect)*, la base de datos de resúmenes y citas de artículos científicos (Scopus), la base de datos de *Cochrane library*, y los motores de búsqueda PubMed y Ovid usados para interrogar la base de datos *MedLine*. Las búsquedas se realizaron utilizando los descriptores obtenidos a partir de la plataforma DeCS como se comenta en el apartado anterior. Las ecuaciones de búsqueda para cada una de las bases de datos se realizaron a partir de la combinación de lenguaje controlado y lenguaje libre (tabla 3), realizando combinaciones de los mismos mediante el operador booleano *OR* para realizar búsquedas en título, resumen y palabras clave, con la finalidad de recuperar la mayor cantidad de información posible. Todas las búsquedas se llevaron a cabo durante el transcurso del 24 de diciembre de 2020, con la intención de que no existiera un desfase temporal entre la realización de las diferentes búsquedas, pudiendo recuperar información de los mismos periodos exactos.

2.4 Criterios de inclusión y exclusión.

Con la finalidad de otorgar consistencia y homogeneidad a las búsquedas, delimitando así el campo de estudio, se fijaron unos criterios de inclusión y exclusión de manera previa. A continuación se enumeran los criterios de inclusión y exclusión, estando incluidos en este trabajo sólo aquellos artículos que cumplieran con todos los criterios:

- Marco teórico: todos los trabajos recogidos en esta revisión deben de estar enmarcados dentro del marco teórico de la misma. Por tanto quedan excluidos todos los trabajos que no tengan como objeto de estudio el estrés, burnout, ansiedad, aumento de carga asistencial o laboral, no estén enfocados hacía personal sanitario y no presenten relación con el SOC o la adaptación psicológica.
- Idioma: se excluyeron todos aquellos artículos recuperados en francés, portugués, italiano y chino que no contaran con una traducción del mismo al inglés. Por tanto son aceptados los artículos escritos en inglés y español.
- Tipología de los documentos: para la realización del trabajo se excluyeron todos aquellos documentos recuperados de tipo revisión bibliográfica, revisión sistemática sin metaanálisis, artículos de opinión, cartas al editor o cartas al director. Tampoco se incluyó literatura gris. Se incluyeron todos aquellos que

consistieran en artículos originales, estudio de casos, reporte de casos y ensayos clínicos.

- **Periodo de tiempo:** como se comenta en el apartado 2.1 el estudio ha sido diseñado para abarcar la última década con la finalidad de cubrir los periodos en los que se dieron episodios pandémicos o epidémicos. Por tanto fueron excluidos todos aquellos artículos que no estuvieran comprendidos entre el 1 de enero de 2010 y el mismo día de la búsqueda, el 24 de diciembre de 2020.
- **Población de estudio:** la finalidad del trabajo es la de estudiar los procesos de estrés y burnout sobre personal sanitario perteneciente a enfermería y medicina. Los términos empleados para realizar las búsquedas tales como personal sanitario son muy genéricos incluyendo más profesiones además de las mencionadas. Se excluyeron todos aquellos documentos cuya población de estudio fueran dermatólogos, dentistas, oftalmólogos, cuidadores no profesionales, cuidadores profesionales y cuidadores familiares. Sin embargo, debido a que durante la realización de sus prácticas clínicas los estudiantes experimentan situaciones estresantes se decidió incluir los documentos que usaran esa población como objeto de estudio, quedando incluidos personal de enfermería, médicos y estudiantes de ambas disciplinas.
- **Trabajos revisados:** todos los trabajos incluidos en esta revisión han debido ser sometidos a una revisión por pares. Fueron excluidos todos aquellos trabajos que incluidos en revistas que no realicen revisión por pares previo a su edición.
- **Accesibilidad:** fueron excluidos todos aquellos trabajos que no estuvieran disponibles a texto completo en el momento de la realización de las búsquedas.

Tabla 3. Relación de estrategias y ecuaciones de búsqueda para cada una de las bases consultadas.		
Base de datos	Estrategia de búsqueda	Doc.
	Fecha de realización de la búsqueda: 24 de diciembre de 2020.	
PubMed (MedLine)	((("sense of coherence"[Title/Abstract]) OR ("sense of coherence"[MeSH Terms]) OR (psychological adaptation[Title/Abstract])) AND ((("health workers"[Title/Abstract]) OR ("health personnel"[MeSH Terms]) OR ("health personnel"[Title/Abstract]) OR ("nursing"[Title/Abstract]) OR ("nursing"[MeSH Terms]) OR ("nurse"[Title/Abstract])) AND ((("stress psychological"[Title/Abstract]) OR ("stress, psychological"[MeSH Terms]) OR ("occupational stress"[Title/Abstract]) OR ("occupational stress"[MeSH Terms]) OR ("burnout"[Title/Abstract]) OR ("burnout, psychological"[MeSH Terms])) Filters: in the last 10 years.	19
OID (MedLine)	(ab,ti,kw,sy (sense of coherence OR psychological adaptation) AND (ab,ti,kw,sy (health personnel OR health workers OR healthcare personnel OR healthcare professionals OR nursing OR nurse)) AND (ab,ti,kw,sy (psychological stress OR occupational stress OR psychological burnout OR burnout)). Filters: from 2010 to 2020.	6
CINAHL	(TI (sense of coherence) OR AB (sense of coherence) OR MW (sense of coherence) OR AB (psychological adaptation) OR TI (psychological adaptation)) AND (MW (psychological stress) OR TI (psychological stress) OR AB (psychological stress) OR MW (occupational stress) OR TI (occupational stress) OR AB (occupational stress) OR MW (psychological burnout) OR TI (burnout) OR AB (burnout)) AND (MW (health workers or nurses or healthcare workers or healthcare professionals) OR TI (health workers or nurses or medical workers or healthcare professionals) OR AB (health workers or nurses or medical workers or healthcare professionals)). Filters: from 2010 to 2020.	29
Web Of Science	(AK=sense of coherence OR TI=sense of coherence OR AB=sense of coherence OR TI=psychological adaptation OR TI=psychological adaptation) AND (AK=nursing OR TI=nursing OR AB=nursing OR AK=health personnel OR TI=health personnel OR AB=health personnel OR TI=healthcare workers OR AB=healthcare workers OR TI=nurse OR AB=nurse)	14

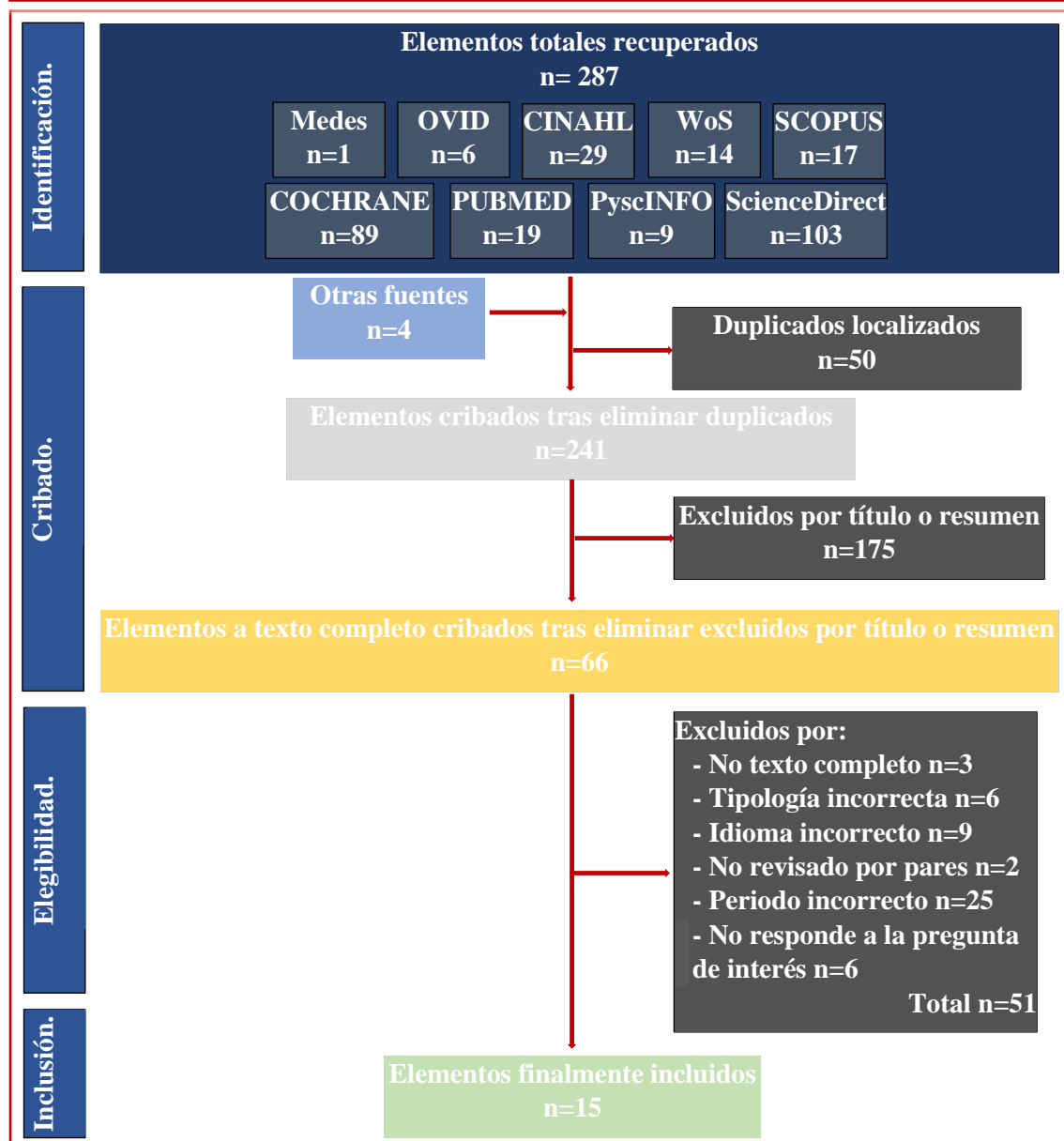
	AND (AK=psychological stress OR TI=psychological stress OR AB=psychological stress OR AK=occupational stress OR TI=occupational stress OR AB=occupational stress OR AK=psychological burnout OR TI=burnout OR AB=burnout).	
Medes	((("enfermería"[título/resumen/palabras_clave]) OR "trabajadores sanitarios"[título /resumen /palabras_clave])) AND ((("sentido de coherencia" [título/ resumen/ palabras_clave]) OR ("adaptación psicológica"[título /resumen /palabras_clave])) AND ((“estrés” [título/ resumen/ palabras_clave]) OR (“burnout” [título/ resumen/ palabras_clave])). Filtro: últimos diez años.	1
Science Direct	(sense of coherence OR psychological adaptation) AND (health personnel OR healthcare workers OR nurse) AND (psychological stress OR occupational stress OR burnout). 2010-2020.	103
PsycINFO	(MA (sense of coherence) OR TI (sense of coherence) OR AB (sense of coherence) OR TI (psychological adaptation) OR AB (psychological adaptation)) AND (MA (health personnel or health professional or nurse) OR TI (health personnel or health professional or nurse) OR AB (health personnel or health professional or nurse)) AND (MA (psychological stress) OR TI (psychological stress) OR AB (psychological stress) OR MA (occupational stress) OR TI (occupational stress) OR AB (occupational stress) OR MA (psychological burnout) OR TI (burnout) OR AB (burnout)). Filters: 2010-2020 meme	9
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("sense of coherence") OR TITLE-ABS-KEY ("psychological adaptation")) AND (TITLE-ABS-KEY ("health personnel") OR TITLE-ABS-KEY ("health workers") OR TITLE-ABS-KEY ("health professionals") OR TITLE-ABS-KEY (nurse) OR TITLE-ABS-KEY (nursing)) AND (TITLE-ABS-KEY ("psychological stress") OR TITLE-ABS-KEY ("occupational stress") OR TITLE-ABS-KEY ("burnout")) AND PUBYEAR > 2009	17
Cochrane Library	((health personnel OR health workers OR nurse OR nursing):ti,ab,kw) AND ((sense of coherence OR psychological adaptation):ti,ab,kw) AND ((psychological stress OR psychological burnout):ti,ab,kw).	89
	Total	287

Fuente: elaboración propia.

2.5 Cribado y selección de datos.

A partir de las búsquedas realizadas en todas las bases de datos mencionadas se obtuvo un total de 291 trabajos recuperados (tabla 3), de los cuales se descartaron inicialmente 50 por ser elementos duplicados. Seguidamente se descartaron 175 por su título o resumen, quedando el número final de elementos elegibles en 66. De estos últimos, se realizó un cribado en base a los criterios de exclusión mostrados en la sección 2.4 de este trabajo. Una vez aplicados todos los criterios de exclusión se descartaron 51 elementos, dejando una selección final de 15 elementos siguiendo la metodología de la declaración PRISMA^[21] (figura 1).

Cuadro 1. Diagrama de flujo declaración PRISMA y resultado de las búsquedas^[21].



2.6 Evaluación de calidad de los documentos incluidos.

Con la finalidad de comprobar la calidad de elementos recuperados y seleccionados, se aplicaron las plantillas de la herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT por las siglas en inglés de *Mixed Methods Appraisal Tool*)^[22] desarrollada por el departamento de medicina familiar de la Universidad de Montreal (Canadá) en 2011^[23]. Esta herramienta es muy similar a otras que presentan un uso más extendido, como la desarrollada por el instituto Joanna Briggs (JBI por las siglas en inglés *Joanna Briggs Institute*) desarrollado en la Universidad de Adelaida (Australia); la declaración para el fortalecimiento de la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE por las siglas en inglés de *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*), desarrollada por el departamento de medicina social y preventiva la Universidad de Berna (Suiza); o el programa de habilidades de lectura crítica en español (CASPe por las siglas en inglés de *Critical Appraisal Skill Programme* español) desarrollado por la red del mismo nombre en España. A diferencia de estas tres herramientas, la MMAT presenta un modelo más compacto y simplificado de análisis, que permite una revisión más rápida, sin pérdida de confiabilidad en el método^[24]. Según los autores de la herramienta, no existe un punto de corte mínimo para la aceptación de los estudios analizados, sino que el único punto de exclusión es la respuesta negativa o dudosa a las dos primeras preguntas comunes para todos los tipos de estudio. Los autores apuntan además, que el punto de corte debe ser una decisión en consenso entre los autores de la propia revisión, por lo que en este caso, el punto de corte se fija en 4 de 7, a criterio del único autor del trabajo. Este recurso se ha usado para estimar la aceptabilidad para estudios cualitativos, estudios cuasiexperimentales, estudios transversales y estudios longitudinales, cuyos resultados se muestran en la **tabla 4**.

3. Resultados.

3.1 Características de los documentos incluidos.

Entre los quince documentos incluidos, se encuentran doce estudios observacionales, de los cuales diez se trataban estudios de corte transversal, y dos estudios longitudinales; un análisis cualitativo; y dos estudios cuasiexperimentales de estrategia transversal, con diseño pre y post test más grupo de control (**tabla 5**).

De los quince estudios nueve presentaban como muestra de estudios a profesionales de enfermería, en uno de ellos la muestra era personal sanitario en general, dos de ellos

Tabla 4. Resultados del estudio de los elementos seleccionados mediante el uso de MMAT^[25].

Lista de verificación de evaluación crítica para estudios cuasiexperimentales.								
Referencia	S1 ¹ : ¿es clara la pregunta de investigación?	S2 ¹ : ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	¿Son los participantes representativos de la población diana?	¿Son las mediciones apropiadas tanto con respecto al resultado como a la intervención (o exposición)?	¿Hay datos de resultados completos? (tasa de abandono entre 5-20%)	¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y el análisis?	Durante el período de estudio, ¿se administra la intervención (o se produjo la exposición) según lo previsto?	Resultado.
Sarid et al, 2010 ^[26]	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	6/7
Sarid et al, 2012 ^[27]	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	6/7
Lista de verificación de evaluación crítica para investigación cualitativa.								
Referencia	S1: ¿es clara la pregunta de investigación?	S2: ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	¿Es apropiado el enfoque cualitativo para responder a la pregunta de investigación?	¿Son los métodos de recopilación de datos cualitativos adecuados para abordar la pregunta de investigación?	¿Los hallazgos se derivan adecuadamente de los datos?	¿La interpretación de los resultados está suficientemente respaldada por datos?	¿Existe coherencia entre las fuentes de datos cualitativos, la recopilación, el análisis y la interpretación?	Resultado.
Bringsén et al, 2012 ^[28]	✓	✓	?	?	✓	✓	?	4/7

✓: correcto; ✗: incorrecto; ?: dudoso o cuestionable.

¹ Preguntas de cribado S1 y S2 presentes para todos los tipos de estudio. La respuesta negativa o dudosa en una o ambas preguntas implica la condición “no aceptable”.

Tabla 4 (continuación). Resultados del estudio de los elementos seleccionados mediante el uso de MMAT^[25].

Referencia	S1: ¿es clara la pregunta de investigación?	S2: ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	¿Es la estrategia de muestreo relevante para abordar la pregunta de investigación?	¿Es la muestra representativa de la población objetivo?	¿Son las medidas adecuadas?	¿Es bajo el riesgo de sesgo por falta de respuesta? Mfn. 60%	¿El análisis estadístico es apropiado para responder a la pregunta de investigación?	Resultado.
Lista de verificación de evaluación crítica para estudios observacionales.								
Tartas et al, 2011 ^[29]	✓	✓	?	✓	✓	×	✓	5/7
Tartas et al, 2014 ^[30]	✓	✓	?	✓	✓	×	✓	5/7
Lista de verificación de evaluación crítica para estudios transversales.								
Basinka et al, 2011 ^[31]	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	4/7
Kikuchi et al, 2014 a ^[32]	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓	6/7
Kikuchi et al, 2014 b ^[33]	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓	5/7
Kleiveland et al, 2015 ^[34]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7/7
Veronese y Pepe 2017 ^[35]	✓	✓	✓	?	✓	?	✓	5/7
Ando y Kawano, 2018 ^[36]	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	6/7
Schäfer et al, 2018 ^[37]	✓	✓	✓	?	✓	×	✓	5/7
Malagón-Aguilera et al, 2019 ^[38]	✓	✓	×	✓	✓	?	✓	5/7
Wilczek-Ruzyczka et al, 2019 ^[39]	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	6/7
Gebriné et al, 2019 ^[40]	✓	✓	✓	?	✓	?	✓	5/7

✓: correcto; ×: incorrecto; ?: dudoso o cuestionable.

Tabla 5. Resumen de las características de cada uno de los elementos recuperados.

Referencia, origen.	Objetivo	Tipo de estudio, método, población y tamaño muestral	Principales hallazgos
Ando y Kawano, 2018 ^[36] Japón.	Examinar las relaciones entre la angustia moral, el SOC, la salud mental y la satisfacción laboral y aclarar la variable más predictiva de la satisfacción laboral.	Transversal analítico correlacional, basado en encuestas estructuradas (MDS-P para estrés, SOC-12, GHQ12 para salud general y JS para satisfacción laboral. Participación del 65%. Enfermeras. n=130.	La "aceptación de las violaciones de los derechos de los pacientes" de la escala de angustia moral para enfermeras psiquiátricas y el "significado" del sentido de coherencia influyeron en la satisfacción laboral mucho más que otras variables.
Basinska et al, 2011 ^[31] , Polonia.	Informar sobre la relación entre el sentido de coherencia y los patrones de comportamiento relacionados con el trabajo en el grupo de enfermeras.	Transversal analítico correlacional, basado en encuestas estructuradas (SOC-29 y AVEM). Enfermeras del sistema de atención polaca. n=331	El análisis de la correlación de Pearson y de regresión lineal múltiple revelaron una fuerte relación entre el SOC y comportamiento saludable, e inversa al burnout.
Bringsén et al, 2012 ^[28] , Suecia.	Explorar las opiniones de los trabajadores de la salud sobre los recursos de salud relacionados con el lugar de trabajo relevantes para la promoción de su salud.	Cualitativo basado en entrevistas de grupos focales con análisis de contenido cualitativo para patrones de opiniones. Trabajadores sanitarios, enfermeras (n=19) y auxiliares (n=16). Participación 89,8%. n=35	El análisis cualitativo mostró dos patrones de pensamiento divergentes donde un grupo ponía el punto focal del bienestar en la estabilidad laboral, mientras que otros lo situaban en la flexibilidad horaria y laboral.
Gebriné et al, 2019 ^[40] , Hungría.	Explorar cómo el SOC y los valores laborales influyen en el estrés y la salud percibida de las matronas.	Transversal analítico correlacional, basado en encuestas estructuradas (SOC-29, SWVI para valores laborales y DCS para estrés). Selección aleatoria de matronas de Hungría. Participación 61,6%. n=228	El SOC y la salud presentaron una correlación positiva ($r = 0.47$), mientras que el SOC y el estrés se correlacionan negativamente ($r = -0.36$). Los valores laborales mediaron indirectamente la relación entre la salud y el estrés ($r = -0,55$).
Kikuchi et al, 2014a ^[32] , Japón.	Investigar la relación entre estado depresivo, estrés laboral y SOC en enfermeras	Transversal analítico correlacional, basada en encuestas estructuradas (SOC-29, ERI: esfuerzo-recompensa; K6: depresión). Enfermeras del hospital general de Tokio. Participación del 59,2%. n=348	Bajos niveles de SOC, exceso de compromiso, baja relación esfuerzo-recompensa y la edad, se correlacionaron significativamente con el estado depresivo y el burnout.

Tabla 5 (continuación). Resumen de las características de cada uno de los elementos recuperados.

Kikuchi et al, 2014b ^[33] , Japón.	Investigar la relación entre estado depresivo, estrés laboral y SOC en enfermeras	Transversal analítico correlacional, basada en encuestas estructuradas (SOC-29, ERI: esfuerzo-recompensa; K6: depresión). Enfermeras del hospital general de Tokio. Participación del 59,2%. n=347	La satisfacción laboral, vital y el SOC se relacionaron negativamente con el estado depresivo ($\beta = -0,76$; $\beta = -0,18$, respectivamente) mientras que el neuroticismo se correlacionó positivamente ($\beta = 0,49$).
Kleiveland et al, 2015 ^[34] Noruega.	Estudiar donde sufren mayor estrés los estudiantes. Si el SOC y el estrés están asociados con la calidad de vida. Si el SOC actúa como moderador en la relación entre estrés y calidad de vida.	Transversal analítico correlacional, basado en encuestas estructuradas (IES para estrés, QOLS para calidad de vida, y SOC-29) realizadas entre enero y abril de 2014. Estudiantes de enfermería de primer y segundo año. Participación del 73,7%. n=227	Existe una asociación positiva entre el SOC y la calidad de vida ($p < 0,01$), y una asociación negativa entre estrés y calidad de vida ($p < 0,01$). El SOC presenta un papel moderador entre estrés y calidad de vida ($p = 0,015$).
Malagón-Aguilera et al, 2019 ^[38] , España.	Examinar el sentido de coherencia entre las enfermeras y su relación con la salud y el compromiso laboral.	Transversal analítico correlacional, basado en encuestas estructuradas (SOC-13, EQ-5D-5L para calidad de vida, UWES-17 para compromiso laboral) y datos sociodemográficos. Enfermeras del servicio catalán de salud de centros de cuidados a largo plazo. n=156.	Las enfermeras con una puntuación alta de SOC informaron de ausencia de conflictos familiares relacionados con el trabajo y mayor compromiso laboral. La asociación entre el SOC y la salud se confirmó mediante un modelo de regresión lineal.
Sarid et al, 2012 ^[27] , Israel.	Investigar el efecto de la recepción de un curso cognitivo-conductual en el bienestar de las enfermeras. Comparar el SOC, el estrés percibido y los estados de ánimo.	Cuasiexperimental de estrategia transversal, con diseño pre y post test mas grupo de control. Enfermeras con al menos 5 años de experiencia en roles asistenciales o administrativos. n=36 (grupo estudio=20; grupo control=16)	Se apreció un aumento del SOC y el estado de ánimo, así como una disminución del estrés percibido en el grupo de estudio, en comparación con el grupo control.
Sarid et al, 2010 ^[26] , Israel.	El propósito del presente estudio fue investigar los efectos de las intervenciones cognitivo-conductuales en el SOC de las enfermeras, el estrés percibido y los estados de ánimo.	Cuasiexperimental de estrategia transversal, con diseño pre y post test mas grupo de control. Enfermeras con al menos 5 años de experiencia en roles asistenciales o administrativos. n=36 (grupo estudio=20; grupo control=16)	Los valores de SOC y el estado de ánimo aumentaron, mientras que los valores de estrés percibido y el estado de ánimo de fatiga disminuyeron significativamente en la medición post test del grupo de estudio, sin tales cambios en el grupo de control.

Tabla 5 (continuación). Resumen de las características de cada uno de los elementos recuperados.

Schäfer et al, 2018 ^[37] , Suiza.	Evaluar el impacto del SOC, el locus interno de control y la resiliencia en unidades de UCI y anestesiología.	Transversal analítico correlacional, basado en encuestas estructuradas. Médicos de UCI y servicio de anestesiología. Participación del 52%. n=52	Los niveles de SOC, locus interno de control y resiliencia presentan una asociación inversa con los problemas mentales.
Tartas et al, 2011 ^[29] , Polonia.	Determinar los factores psicológicos que predicen el éxito en una carrera médica.	Longitudinal analítico, basado en encuestas estructuradas (SOC-29, STAI para ansiedad, MMPI-D para depresión, MBI, QOL para calidad de vida y test de necesidad de reconocimiento social). Estudiantes de medicina que superan el test de ingreso y completan la formación. Participación variable. n=268	Los estilos de afrontamiento son indicadores importantes de satisfacción con la medicina como carrera. El SOC, si bien se evaluó frente a ansiedad y depresión durante los estudios, permitió reconocer la futura calidad de vida de los graduados. El estrés profesional no es tan predecible como otros indicadores.
Tartas et al, 2014 ^[30] , Polonia.	Describir el papel del sentido de coherencia durante la educación médica y aclarar cómo determina los estilos de éxito dentro de los cuatro años posteriores a la graduación.	Longitudinal analítico, basado en encuestas estructuradas SOC-29, MBI, y QOL. Estudiantes de medicina que superan el test de ingreso y completan la formación. Participación variable. n=268	Los estudiantes de medicina con el mayor sentido de coherencia tienen mayor calidad de vida e ingresos, menos estrés, y menor satisfacción con la medicina como carrera y un bajo nivel de competencia profesional.
Veronese y Pepe 2017 ^[35] , Italia.	El estudio tiene como objetivo probar si el SOC actúa como un determinante del funcionamiento psicológico positivo en trabajadores humanitarios expuestos directamente a la guerra.	Transversal analítico correlacional, basado en encuestas estructuradas (SOC-29, GHQ para salud general, IES para estrés postraumático). Médicos, psiquiatras y voluntarios que trabajen en hospitales de campos de refugiados. n=159	Los hallazgos confirman el poder predictivo del SOC y el trastorno de estrés postraumático en relación con la salud mental en diferentes grupos profesionales. El SOC presenta un papel protector de la salud mental.
Wilczek-Ruzyczka et al, 2019 ^[39] , Polonia.	Determinar el efecto mediador del SOC en la relación entre carga mental y burnout entre enfermeras oncológicas.	Transversal analítico correlacional, basado en encuestas estructuradas (SOC-29, MBI y cuestionario de Meisner para sobrecarga mental). Enfermeras de servicios oncológicos de Polonia. Participación del 91,6%. n=165.	Los diferentes componentes del SOC previenen el agotamiento emocional y la despersonalización, presentan efecto mediador sobre la carga mental y la despersonalización, y atenúan la carga negativa de la monotonía y la carga inespecífica sobre el burnout.

Fuente: elaboración propia.

trataban como muestra de estudio estudiantes de medicina y uno a estudiantes de enfermería, mientras que en los dos restantes la muestra estaba formada por personal médico. También se tienen en cuenta voluntarios no profesionales en uno de ellos.

Los orígenes de publicación de los documentos son muy variados abarcando un total de nueve países diferentes: cuatro de Polonia, tres de Japón, dos de Israel, y uno en los respectivos países restantes, Italia, Suiza, Suecia, Hungría y España.

3.2 Efecto de la presencia de eventos a nivel mundial en el número de publicaciones.

Aunque no era uno de los objetivos del trabajo, el motivo de limitar la búsqueda a los últimos diez años era el de comprobar si el número de publicaciones relativas al SOC era dependiente de la presencia de eventos pandémicos. Sin embargo, los artículos recuperados representan una muestra muy limitada como para poder extraer datos al respecto. Con ese fin, se ha realizado una búsqueda general en PUBMED sobre el SOC, sin tener en cuenta población objetivo, ni aplicando relación alguna con otras condiciones como el estrés o el burnout, y usando como único filtro la fecha de publicación. La búsqueda originó un total de 591 resultados, pero no se observó diferencia significativa en el número de publicaciones por año, con una desviación típica de 13,8 artículos por año, y un coeficiente de variación del 18% ($r=0,18$).

4. Discusión de los principales hallazgos.

El SOC es un concepto amplio y aplicable a muchos aspectos de la vida, haciendo que sea casi imposible abordarlo desde un solo punto de vista. El SOC y sus interacciones con las distintas facetas de la vida laboral y personal de los trabajadores presenta diferentes asociaciones abordables como un conjunto, sin embargo, para poder estudiarlas en profundidad y comprenderlas se requiere hacerlo por separado. Entre las interacciones más comunes encontramos:

- Relación entre estrés, burnout y sentido de coherencia.
- Relación entre calidad de vida, estrés, burnout y sentido de coherencia.
- Relación entre salud percibida, estrés, burnout y sentido de coherencia.
- Relación entre salud mental, estrés, burnout y sentido de coherencia.
- Estrategias de potenciación del sentido de coherencia.

Todas estas interacciones han sido descritas en los artículos incluidos en esta revisión, y cuyos principales hallazgos han sido resumidos en la **tabla 5**. Las principales asociaciones observadas se resumen en la **figura 2**, y las principales interacciones entre las diferentes variables se desarrollan con detalle a continuación:

4.1 Relación entre estrés, burnout y sentido de coherencia.

Como se comentaba en la introducción de esta revisión, el burnout es un síndrome dependiente de diferentes factores que actúan conjuntamente o por separado, para generar una situación en la que el trabajador experimenta una serie de sensaciones y una actitud negativa hacia el trabajo, conduciendo por tanto a la insatisfacción laboral. Estos factores tienen mayor o menor representatividad en la aparición del síndrome de burnout en función de la persona y sus prioridades personales. Con un punto de vista enfocado hacia el bienestar laboral, Bringsén y colaboradores llevaron a cabo un análisis cualitativo en 2012 sobre una muestra mixta de trabajadores sanitarios, donde se puso de manifiesto esta heterogeneidad en las prioridades preventivas del burnout. Según las entrevistas realizadas en este estudio, los principales focos de bienestar laboral (y por tanto que evitaban el burnout) que se dedujeron de las diferentes opiniones fueron la estabilidad laboral para un grupo de los entrevistados, mientras que otro opinaba que el foco era la flexibilidad horaria y laboral^[28]. Con un enfoque contrario, el estudio llevado a cabo en 2016 por Ando y Kawano sobre una muestra de enfermeras, ponía el punto focal en motivos de malestar laboral, y por tanto causantes del burnout. Según estos autores unos de los principales factores contribuyentes del burnout fue principalmente la transgresión de sus valores éticos y morales respecto a los derechos de los pacientes, aunque también contribuyeron de manera significativa la falta de ética profesional y la poca dotación de personal^[36]. Se observó una relación negativa entre estos tres factores al contrastarlos con la satisfacción laboral (WS en adelante por sus siglas en inglés *Work Satisfaction*) y el SOC. Esto puso de manifiesto que tanto la WS como el SOC eran dependientes de las condiciones laborales externas al trabajador. Otros como Gebriné y colaboradores en 2019, centraron su objeto de estudio en otros factores laborales como el altruismo, relación con los superiores (supervisores) y la remuneración salarial^[40]. Obtuvieron como resultados una relación positiva entre SOC y WS, principalmente influenciada por la sensación de control ($\rho=0,189$; $p<0,05$). Paradójicamente en este mismo estudio se asoció negativamente el SOC con el altruismo ($p<0,01$)^[40]. Una correlación directa significativa entre SOC y WS ($p<0,01$) fue reportada por Kikuchi y colaboradores en 2014^[33]. Estas

interacciones ponen de manifiesto el papel que juega el SOC como modulador de los factores que predicen el burnout. Afirmaciones como esta se pueden apoyar en resultados como los obtenidos por Malagón-Aguilera y colaboradores en 2019, donde enfermeras con altos niveles de SOC presentaron menos conflictos familiares relacionados con el trabajo ($p < 0,001$) y un mayor compromiso laboral ($p < 0,05$), al ser comparadas con enfermeras con menor nivel de SOC^[38]. Los datos obtenidos por estos autores están en consonancia con los obtenidos por Wilczek-Ruzyczka y colaboradores en 2019 sobre un grupo de enfermeras oncológicas^[39]. En ese estudio se observó como el SOC presentaba una relación negativa con factores asociados al burnout, como el agotamiento emocional ($p < 0,001$), la sobrecarga mental y laboral ($p < 0,001$), y la monotonía ($p < 0,001$). Estos estudios muestran el papel protector que el SOC ejerce frente al estrés y burnout, ya que modula todos aquellos factores que preceden a ambos, favoreciendo a su vez la WS^[39].

Por último, el SOC además de ser usado como predictor de WS, también ha sido empleado como predictor de éxito en la consecución de objetivos. Esta cualidad se observa en dos estudios longitudinales basados en la misma población de estudiantes de medicina (desde su etapa estudiantil, hasta la etapa profesional), uno en 2011^[29] y otro en 2014^[30], realizados por Tartas y colaboradores. En ellos se concluyó que, aquellos estudiantes con mayores niveles de SOC durante sus estudios gozaban de una mayor WS en su vida profesional posterior^[29,30], y presentaban menores niveles de estrés y burnout durante su vida profesional^[30].

4.2 Relación entre calidad de vida, estrés, burnout y sentido de coherencia.

La calidad de vida (QoL en adelante por las siglas en inglés de *Quality of life*) es un constructo que depende de diferentes variables como las condiciones económicas, sociales, políticas, sanitarias y naturales. Estas variables pueden ser percibidas de manera diferente entre dos personas, pudiendo darse el caso que dos individuos que gocen de las mismas condiciones expresen dos calidades de vida diferentes, en función de la percepción de las condiciones. Esto indica que la calidad de vida se trata de una percepción individual, que depende de la forma de afrontar cada una de las situaciones, y por tanto podría depender del SOC. Esta relación entre SOC y QoL fue estudiada por Kleiveland y colaboradores^[34] sobre un grupo de estudiantes de enfermería durante su primer y segundo año de prácticas universitarias. Los resultados obtenidos mediante escalas de medición del SOC y de la QoL mostraron una correlación positiva entre altos niveles de SOC y el aumento de la QoL ($p < 0,01$)^[34]. En este mismo estudio se puso de

manifiesto que hasta un tercio de los estudiantes de enfermería sufren niveles medios-altos de estrés durante sus prácticas clínicas mediante escalas de estrés percibido, cuyo aumento se correlacionó con una disminución de la QoL ($p < 0,01$)^[34]. Sin embargo, esta relación entre estrés y QoL no se observó cuando se introdujo en el análisis el SOC, actuando este último como moderador del efecto del estrés sobre la QoL ($p = 0,015$)^[34]. Por último, los autores Tartas y colaboradores, en sus estudios longitudinales, también llegaron a la conclusión de que el SOC podía ejercer como predictor de la calidad de vida en la etapa profesional^[29,30]. Estos estudios ponen de manifiesto la capacidad que tiene el SOC de modular nuestra visión particular de la vida, y como esta es modificable.

4.3 Relación entre salud percibida, estrés, burnout y sentido de coherencia.

La salud entendida como un estado de bienestar físico y psicológico que no solo se tiene, sino que también se disfruta, depende en gran medida de lo que se conoce como comportamientos saludables. Estos comportamientos determinarán la manera en la que percibimos la salud así como podemos disfrutarla. Por tanto, se puede concluir indirectamente que los comportamientos saludables benefician el estado de salud percibida (SP en adelante). En un estudio realizado en 2014 por Basinska y colaboradores^[31] sobre una muestra de enfermera polacas, se concluyó que altos niveles de SOC entre las enfermeras presentaba una correlación positiva con comportamientos saludables en el trabajo ($p < 0,001$). Por el contrario, en ese mismo estudio también se observó una relación inversa entre los niveles de SOC y estilos de comportamiento que favorecían el estrés y burnout ($p < 0,001$). Según indican los autores del estudio, es el SOC el que favorece los patrones de comportamiento saludables y previene de comportamientos que son potencialmente dañinos. Sin embargo, aunque la asociación entre SOC y tipos de comportamientos es visible, no se puede afirmar categóricamente que no sean los comportamientos saludables los que conduzcan a altos niveles de SOC. La asociación entre salud y SOC también ha sido estudiada por otros autores como Gebriné y colaboradores^[40] sobre una muestra de matronas, y Malagón-Aguilera^[38] y colaboradores sobre una muestra de enfermeras. En ambos estudios se concluyó que existía una correlación positiva entre SOC y la SP. En el estudio de Gebriné y colaboradores se mostró además una relación inversa entre SOC y estrés ($p < 0,001$), así como una relación también inversa entre estrés y SP ($p < 0,01$)^[40]. Esta relación se confirmó de manera inversa en el estudio de 2014 llevado a cabo por Kikuchi y colaboradores donde los bajos niveles de SOC se relacionaron con bajos niveles de SP

($p < 0,001$) provocados por aumento en los niveles de burnout^[32]. Al igual que ocurre en el caso de la QoL, la SP también puede ser modificada a través del SOC y como este modula dicha percepción.

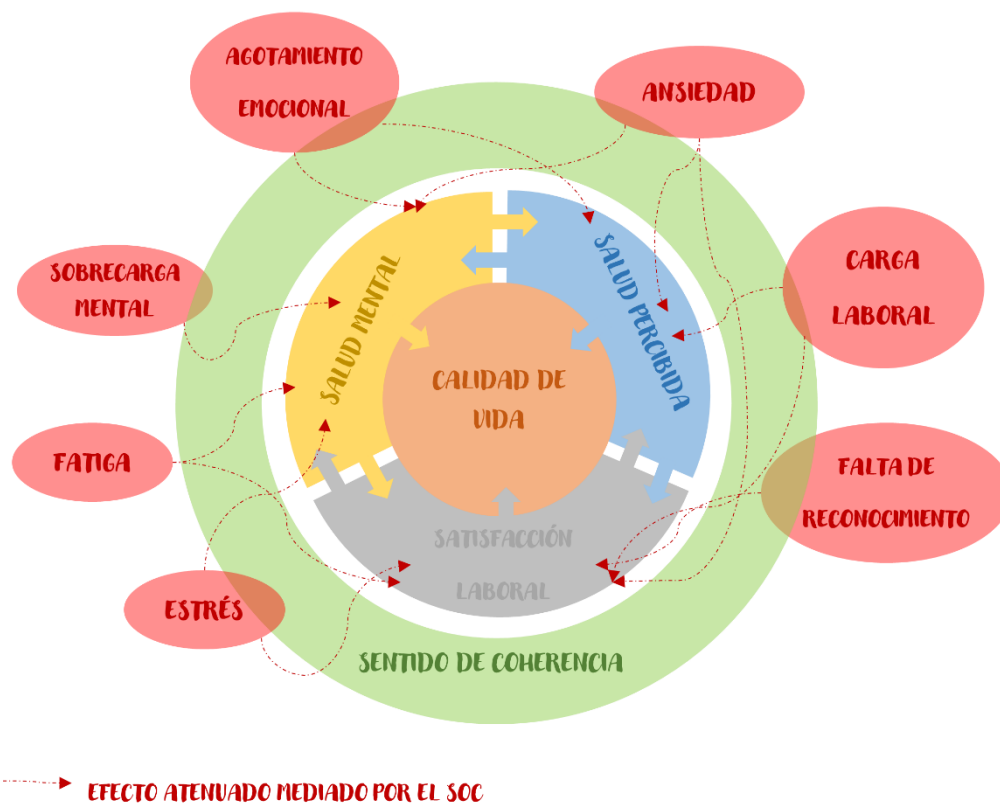
4.4 Relación entre salud mental, estrés, burnout y sentido de coherencia.

De manera mucho más específica también se ha estudiado la relación existente entre el SOC y la salud mental. Al igual que se asocia al SOC con el burnout, existen otras dolencias que presentan mayor o menor relación con él, como son la ansiedad, la depresión y síndromes postraumáticos, todos ellos relacionados de alguna manera con el estrés. En los dos estudios publicados en 2014 por Kikuchi y colaboradores se estudia dicha relación en profundidad. En ambos estudios se muestra una relación negativa entre el SOC y la aparición de estados depresivos^[32,33]. En estos estudios, se observó que la presencia de estados depresivos relacionados con el trabajo no dependía únicamente del SOC, sino que se veían favorecidos por la aparición de estrés y neuroticismo. En este caso, el neuroticismo se midió como uno de los aspectos de la personalidad que podía aumentar el estrés y la ansiedad de los trabajadores. Los datos aportados por los autores muestran una relación inversa entre SOC y neuroticismo, por lo que en este caso el SOC juega un papel protector^[33]. Otro estudio realizado en 2018 por Schäfer y colaboradores, realizado sobre una muestra de médicos y enfermeras, puso de manifiesto la predisposición de los trabajadores a sufrir problemas mentales como ansiedad, depresión y trastornos alimenticios^[37]. Además, los resultados de ese mismo estudio muestran que el SOC fue la única cualidad (comparada con la resiliencia y los locus de control interno y externo) que presentó un papel protector frente al síndrome de estrés postraumático ($p < 0,01$)^[37]. Este papel protector del SOC también fue observado en el estudio realizado por Veronese y Pepe en 2015, sobre una muestra de médicos y voluntarios que trabajaban en campos de refugiados en Palestina^[35]. Según los resultados aportados por estos autores, el SOC presenta una relación inversa con la presencia de trastornos psicológicos ($p < 0,001$), al igual que ocurrió con las dimensiones medidas para el síndrome de estrés postraumático, introversión e hiperactividad ($p < 0,01$)^[35]. Los autores concluyeron finalmente, al igual que otros autores, que el SOC presenta un papel protector de la salud mental^[32,33,35,37]. Este papel protector es similar al observado para WS y SP, por lo que los mecanismos de acción podrían ser similares, o compartir componentes. Podemos decir por tanto, que este efecto protector está mediado por la modulación del SOC sobre el estrés.

4.5 Estrategias de potenciación del sentido de coherencia.

Aunque el SOC se defina como una cualidad intrínseca a cada persona, algunos autores apuntan a que este se puede modificar con el objetivo de aumentarlo, alcanzando así mejoras en su vida diaria y laboral. En dos estudios cuasiexperimentales llevados a cabo por Sarid y colaboradores en 2010^[27] y 2012^[26] se puso de manifiesto que esta modulación del SOC es posible. Los datos muestran cómo después de aplicar técnicas cognitivo-conductuales (curso de comportamiento cognitivo) sobre un grupo de enfermeras, estas aumentaron sus niveles de SOC frente al grupo control. Los resultados del estudio concluyeron que los cursos cognitivo-conductuales llevados a cabo por el grupo de estudio produjeron cambios a nivel significativo ($p < 0,05$) relacionados con el aumento del SOC, disminución del estrés percibido, aumento del vigor y reducción de la fatiga laboral^[26,27]. Estos resultados abren una puerta a la prevención del estrés laboral y el burnout mediante la modulación de SOC dentro del ámbito laboral.

Figura 1. Interacciones entre las diferentes variables y efecto mediador del SOC.



Fuente: elaboración propia.

5. Conclusiones.

Los datos mostrados en los artículos incluidos en esta revisión ponen de manifiesto el efecto modulador y predictor del sentido de coherencia frente a los factores que preceden al burnout. Tanto la salud percibida como satisfacción laboral presentan fuertes correlaciones positivas con los niveles de sentido de coherencia, que de manera general mejora ambas variables, obteniendo como resultado final un aumento en la calidad de vida. Aunque el sentido de coherencia se trate de una cualidad intrínseca a cada persona puede ser modulable, lo que puede servir para modular a su vez la respuesta a estresores y factores negativos sobre la satisfacción laboral y la salud percibida.

Como conclusión final de este trabajo en relación con la pregunta de investigación planteada se concluye que, el estudio del sentido de coherencia en trabajadores sanitarios previo a situaciones de alta carga laboral o de altos niveles de estrés, puede suponer una herramienta modulable y efectiva en la prevención de la aparición de burnout, problemas mentales e insatisfacción laboral.

Bibliografía.

1. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of social issues* 1974;30(1):159-65.
2. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. *Maslach burnout inventory*. Consulting psychologists press Palo Alto, CA; 1986.
3. Elvira JAM, Herruzco J. El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Clínica y salud* 2005;16(2):161-72.
4. Maslach C. A multidimensional theory of burnout. En: Cooper CL, editor. *Theories of organizational stress*. OUP Oxford; 1998. página 68-85.
5. Manyisa ZM, van Aswegen EJ. Factors affecting working conditions in public hospitals: A literature review. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2017;6:28-38.
6. Granero-Lázaro A, Blanch-Ribas JM, Roldán-Merino JF, Torralbas-Ortega J, Escayola-Maranges AM. Crisis en el sector sanitario: impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras. *Enfermería Clínica* 2017;27(3):163-71.
7. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia* 2015;41(4):191-8.
8. Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng V, et al. Risk perception and impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare Workers in Singapore What can we Learn? *Medical care* 2005;676-82.
9. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical medicine & research* 2016;14(1):7-14.
10. Kelly LA, McHugh MD, Aiken LH. Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of nursing administration* 2012;42(10 Suppl):S44.
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama* 2002;288(16):1987-93.
12. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996;11(1):11-8.
13. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* 1993;36(6):725-33.
14. Lindström B, Eriksson M. *Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud*. Documenta Universitaria; 2011.
15. Ministerio de Sanidad. Informe nº67. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir del 10 de mayo. Informe COVID-19. 24 de febrero de 2021

- [Internet]. Madrid: 2021 [citado 2021 mar 27]. Available from: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%c2%ba%2067_24%20de%20febrero%20de%202021.pdf
16. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Últimos datos [Internet]. INE2019 [citado 2021 mar 27]; Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
 17. Victoria ARD. Elementos para comprender la discriminación y agresiones en contra de personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. *Revista Salud Uis* 2020;52(3):319-25.
 18. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enferm Clin* 2021;31:S35-9.
 19. Elshaer NSM, Moustafa MSA, Aiad MW, Ramadan MIE. Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Alexandria Journal of Medicine* 2018;54(3):273-7.
 20. Soto-Rubio A, Giménez-Espert M del C, Prado-Gascó V. Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(21).
 21. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica* 2010;135(11):507-11.
 22. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. 2018.
 23. Pluye P, Robert E, Cargo M, Bartlett G, O'cathain A, Griffiths F, et al. Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Montréal: McGill University 2011;2:1-8.
 24. Pace R, Pluye P, Bartlett G, Macaulay AC, Salsberg J, Jagosh J, et al. Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *Int J Nurs Stud* 2012;49(1):47-53.
 25. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed methods appraisal tool (MMAT), version 2018. User guide. 2018;
 26. Sarid O, Berger R, Eckshtein R, Segal-Engelchin D. Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? *Applied nursing research* 2012;25(3):152-157.

27. Sarid O, Berger R, Segal-Engelchin D. The impact of cognitive behavioral interventions on SOC, perceived stress and mood states of nurses. *Innovation and Creativity in Education* 2010;2(2):928-32.
28. Bringsén Å, Andersson HI, Ejlertsson G, Troein M. Exploring workplace related health resources from a salutogenic perspective: Results from a focus group study among healthcare workers in Sweden. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation* 2012;42(3):403-14.
29. Tartas M, Walkiewicz M, Majkowicz M, Budzinski W. Psychological factors determining success in a medical career: a 10-year longitudinal study. *Med Teach* 2011;33(3):e163-172.
30. Tartas M, Walkiewicz M, Budzinski W, Majkowicz M, Wojcikiewicz K. The sense of coherence and styles of success in the medical career: a longitudinal study. *BMC Med Educ* 2014;14:254.
31. Basinska MA, Andruszkiewicz A, Grabowska M. Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *IntJOccupMedEnvironHealth* 2011;24(3):256-66.
32. Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Okuzumi S, Takeda M, Nishi M. Relationship between depressive state, job stress, and sense of coherence among female nurses. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2014;18(1):32-5.
33. Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Okuzumi S, Takeda M, Nishi M. Sense of coherence and personality traits related to depressive state. *Psychiatry J* 2014;2014:738923.
34. Kleiveland B, Natvig GK, Jepsen R. Stress, sense of coherence and quality of life among Norwegian nurse students after a period of clinical practice. *PeerJ* 2015;3.
35. Veronese G, Pepe A. Sense of Coherence as a Determinant of Psychological Well-Being Across Professional Groups of Aid Workers Exposed to War Trauma. *JInterpersViolence* 2017;32(13):1899-920.
36. Ando M, Kawano M. Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nurs Ethics* 2016;25(5):571-9.
37. Schäfer SK, Lass-Hennemann J, Groesdonk H, Volk T, Bomberg H, Staginnus M, et al. Mental Health in Anesthesiology and ICU Staff: Sense of Coherence Matters. *Front Psychiatry* 2018;9:440.
38. Malagon-Aguilera MC, Suñer-Soler R, Bonmatí-Tomas A, Bosch-Farré C, Gelabert-Vilella S, Juvinyà-Canal D. Relationship between sense of coherence, health and work engagement among nurses. *J Nurs Manag* 2019;27(8):1620-30.
39. Wilczek-Rużyczka E, Dębska G, Pasek M, Zwierzchowska M. The mediational effect of coherence on the relationship between mental load and job burnout among oncology nurses. *International Journal of Nursing Practice* (John Wiley & Sons, Inc) 2019;25(3):N.PAG-N.PAG.

-
40. Gebriné KÉ, Lampek K, Sárváry A, Sárváry A, Takács P, Zrínyi M. Impact of sense of coherence and work values perception on stress and self-reported health of midwives. *Midwifery* 2019;77:9-15.