

Retroalimentación docencia-asistencia-docencia. Estudio sobre *burnout* en enfermeras de salud mental como estrategia de innovación y calidad docente

M^a Pilar Sabater Mateu, Eva M^a Garrido Aguilar, Montserrat Puig Llobet, M^a Carmen Vilchez Estevez, Antonio Moreno Jiménez, Jordi Coletas Juanico

Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Maternoinfantil
Escola Universitària d'Infermeria. Campus de Bellvitge
Feixa Llarga s/n. 08907 L'Hospitalet del Llobregat (Barcelona)
psabater@ub.edu evagarrido@ub.edu monpuigllob@ub.edu mcvilchez@ub.edu
25035@parcdesalutmar.cat 87715@parcdesalutmar.cat

Resumen

El síndrome de *burnout* se considera una vulnerabilidad en las profesiones de ayuda. La escasez de publicaciones sobre esta formación, orientó la creación de una asignatura optativa en el Grado de Enfermería de la Universidad de Barcelona (UB) en el curso 2009-2010. Igualmente, produjo interés por explorar esta temática en enfermeras asistenciales de salud mental cuya disciplina aborda la gestión del estrés.

Se presenta un estudio descriptivo, transversal y de correlación, en una cohorte de 73 enfermeras que trabajaban en servicios asistenciales de salud mental en el año 2011. Los objetivos pretenden identificar si la muestra estudiada presenta afectación del síndrome de *burnout* y relacionar los resultados con las estrategias que dichas enfermeras declaran utilizar para hacer frente a las emociones negativas atribuidas a su trabajo. El instrumento empleado es el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), una pregunta abierta y variables sociodemográficas y de salud.

Los resultados indican que presentó *burnout* el 2,7% de la muestra estudiada junto con un nivel medio de despersonalización. Además presentan baja realización personal quienes trabajaban en unidades de enfermos crónicos. El cansancio emocional resultó mayor en mujeres que en hombres y esta presente en personal con contrato fijo y en quienes causaron baja en los dos últimos años. En general, se observa falta de formación y apoyo formal para gestionar el estrés en la muestra estudiada. Se concluye que la formación sobre *burnout* en el Grado de Enfermería, podría favorecer la gestión del estrés y prevenir su cronicidad hacia la desmotivación y el absentismo laboral.

Palabras clave: Síndrome de *burnout*, Enfermería de Salud Mental, *Maslach Burnout Inventory*.

1. Introducción

Adecuar la formación universitaria al empleo, es uno de los principales objetivos que se persiguen con la creación del llamado proceso de Bolonia. En la página Web del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) [6], el papel de la educación en este contexto, es planteado como el de dotar a los estudiantes con conocimientos, habilidades y valores que necesitan los individuos en el lugar de trabajo. Desde esta consideración, al plantear una temática de optatividad para el nuevo Grado de Enfermería en la UB, en el curso 2009-2010, contemplamos puntos débiles del ejercicio profesional enfermero que interesara reforzar a nivel formativo, entre los que destacaba el síndrome de *burnout*, traducido al español como "síndrome de quemarse por el trabajo" (Olivares y Gil-Monte, 2009).

Nuestra propuesta docente se plasmó en una asignatura denominada "Prevención del síndrome de *burnout* en los equipos de salud". Su enfoque es experiencial y proactivo, donde los estudiantes identifican sus mayores miedos y vulnerabilidades emocionales, en relación con el afrontamiento que les supone su futuro profesional, vinculado al cuidado de personas enfermas, especialmente en situaciones

críticas de salud. A partir del trabajo individual y del intercambio grupal, se propicia la reflexividad y con la guía del profesorado se llegan a establecer los elementos que pueden mejorar el procesamiento y gestión de los conflictos estresantes (como el autoconocimiento y la obtención de soporte emocional) relacionados con el trabajo, de modo que pueda evitarse su agudización.

Simultáneamente a la implementación de la mencionada asignatura, la escasez de publicaciones de enfermería localizadas sobre antecedentes formativos en esta temática, junto con la diversidad de resultados en otros estudios encontrados, aspectos corroborados por Ríos, Peñalver y Godoy (2008), Martín Arribas (2007), Soto y Santamaría (2005) entre otros autores, oriento la conveniencia e interés de iniciar una línea de investigación con un estudio empírico sobre el tema^{1 2} que facilitara la mayor sincronía posible entre teoría y práctica profesional en la formación impartida. Con la obtención de una muestra de enfermeras asistenciales en la especialización de salud mental, desde cuya disciplina se aborda el estudio del referido síndrome de *burnout*, contemplamos, aparte de los pocos estudios encontrados en esta área específica en nuestro medio, la expectativa de poder conocer, desde profesionales experimentados en este ámbito, las estrategias utilizadas para hacer frente al estrés durante su trabajo. Por ello los objetivos propuestos son: 1) Identificar si las enfermeras que prestan cuidados en un servicio de salud mental presentan afectación del síndrome de *burnout*. 2) Establecer relaciones de tales resultados, con las estrategias que dichas enfermeras declaran utilizar, para hacer frente a las emociones negativas que atribuyen a su trabajo.

El desarrollo del estudio, adaptado para esta publicación, se expone a continuación. La falta de formación observada, en la prevención del síndrome de *burnout* en los estudios de enfermería en general, más la respuesta satisfactoria de estudiantes en clase, junto con el reto de innovar y mejorar la calidad de nuestra docencia, propiciado desde el Grupo de Innovación Docente Consolidado (GIDC) por la UB, GIOTEI³ (del que somos miembros algunos autores de este trabajo), mantiene nuestro interés en vincular teoría y práctica, en favor de una praxis profesional más saludable, por parte de enfermeras que cuidan a personas de la sociedad.

2. Conceptualización del síndrome de *burnout*⁴ y su relación con enfermería

El síndrome de *burnout* fue descrito en 1974 por Herbert Freudenberger. Lo define como “un estado de fatiga o frustración” que se produce por la dedicación o relación con una causa que no produce el refuerzo esperado. Lo relaciona con un mayor riesgo en profesionales idealistas, especialmente jóvenes, volcados en exceso al trabajo, propio de las llamadas profesiones de ayuda, habitualmente enfrentadas ante emociones intensas de dolor, enfermedad y/o sufrimiento psíquico. Posteriormente, en 1981, la psicóloga C. Maslach realizó los primeros estudios de campo sobre el tema y desarrolló el inventario *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Este documento pretendía valorar respuestas de los trabajadores, que se consideran características del síndrome: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (D) y Realización Personal (RP), en relación con su medio laboral habitual (Caballero *et al.* 2001).

¹ Título del proyecto: “Retroalimentació assistència - docència: millora de la formació preventiva de la síndrome de *burnout* en el Grau d'Infermeria. Estudi en infermeres d'un hospital de salut mental”. Se inició en enero de 2011 y finalizó en abril de 2012. De dicho estudio se presentó una comunicación (póster) al XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental en 2013.

² Agradecemos la financiación del estudio al programa PADIR del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

³ GIOTEI-UB: Grup d'Infermeria Orientat a Tècniques Educatives Innovadores. Universitat de Barcelona

⁴ En diciembre del año 2000, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo en España, deja firme un precedente del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, que declaró que el síndrome de *burnout* es accidente laboral. Este tribunal recordó que la Ley General de la Seguridad Social considera accidente laboral la enfermedad que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo lugar por causa exclusiva de la ejecución de éste (López Soriano y Bernal, 2002).

El síndrome de *burnout* se puede definir como una respuesta al estrés laboral crónico, que aparece especialmente en los profesionales de organizaciones de servicios y puede añadirse su carácter interpersonal y emocional, propio del contacto con clientes o usuarios de dicha organización (Gil-Monte *et al.*, 2006). Las profesiones sanitarias están entre los colectivos estudiados por su vulnerabilidad (médicos, gestores, etc.) destacando especialmente el caso de la profesión de enfermería (Ramos, De Castro, Galindo y Fernández Valladares, 1998). No obstante, si bien la mayoría de los investigadores actuales aceptan la perspectiva psicosocial, Maslach y Jackson (1981), han generado discrepancia en autores como Price y Murphy, (1984), Ferber, (1985, 1991) y Golembiewski *et al.* (1991) según apuntan Rosales Ricardo y Rosales Paneque, (2013). Además estos últimos autores refieren que para Golembiewski *et al.* (1991) el *burnout* afecta a todo tipo de profesiones y no sólo a las organizaciones de ayuda, según exponen al presentar sus estudios con directivos, vendedores y otros, Rosales Ricardo y Rosales Paneque, (2013).

Sin embargo, las características del trabajo de enfermería en relación con dicho síndrome han despertado interés a múltiples autores, los cuales refieren que enfermería presenta una alta prevalencia de trastornos psicológicos relacionados con el estrés y lo atribuyen a insatisfacción laboral, cambios frecuentes en el lugar de trabajo, absentismo y abandono de la profesión. Otros, en cambio, refieren como causas de estrés de las enfermeras, aspectos organizativos de su trabajo (sobresaturación de tareas, relación con el equipo, turnos, conflictos con médicos y falta de soporte social en el trabajo), (Martín Arribas, 2007).

Entre los factores de riesgo elevado para esta afectación, aparte de la referida falta de soporte social en el trabajo y alejamiento de los ideales, formarían parte las situaciones laborales poco específicas en sus funciones, con ambigüedad y conflicto de rol, con poca participación en la toma de decisiones, poca autonomía, presión en el trabajo y situaciones de baja valoración de tareas, y citan también el desfase entre las expectativas profesionales y sus posibilidades de cumplimiento. La respuesta de la persona afectada, se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de ilusión y baja realización personal por el trabajo, desencanto profesional, deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico y por la aparición de actitudes y comportamientos negativos hacia los clientes o usuarios, así como hacia la organización, en forma de conductas indiferentes, frías, distantes y lesivas. El individuo se ve desbordado e impotente para hacer frente a las dificultades del entorno laboral. Sería como la etapa final de un curso crónico de un episodio de estrés laboral, el cual solo tendría consecuencias negativas, a diferencia del estrés, que puede tenerlas también positivas. Los niveles de *burnout* pueden ser moderados y en ocasiones menos frecuentes intensos, con incidencia en las personas que los afectados atienden y con repercusión en la calidad de los servicios que les prestan (Gil-Monte *et al.*, 2006).

La progresión de este fenómeno se ha relacionado con otras afectaciones de salud, como las psicológicas y mentales (por ejemplo, la depresión y la ansiedad), además de otras de etiología diversa (como problemas músculo-esqueléticos, enfermedades cardiovasculares y cáncer), (Martín, 2007), por citar algunas de relevantes. Sin consenso de incidencia entre autores, el síndrome de *burnout*, puede presentarse tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario, y entre las unidades más vulnerables se han indicado: Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), cuidados paliativos, oncología, establecimientos geriátricos y unidades de trasplante de médula ósea, aparte del trabajo con discapacitados (Ramos *et al.*, 1998).

Finalmente, a efectos del estudio que se presenta, se selecciona el concepto de Maslach y Jackson (1981), utilizado con mayor frecuencia y contrastado empíricamente a nivel internacional. Dichas autoras plantean los síntomas de *burnout*, referidos anteriormente, bajo una perspectiva teórica tridimensional y los definen como sigue: 1) *Agotamiento emocional* o *Cansancio emocional*. Situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito emocional y afectivo. Situación de agotamiento de energía y de recursos personales propios. 2) *Despersonalización*. Desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo, y en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias

del trabajo. 3) *Baja realización personal en el trabajo*. Tendencia a devaluarse negativamente, en relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden (Olivares y Gil-Monte, 2009). Esta definición, aporta unos niveles de corte alto, medio y bajo, de los que se da cuenta en el apartado de resultados de este estudio.

3. Descripción del trabajo

3.1. Sujetos y método

El ámbito de estudio fue el *Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) del Parc de Salut Mar de Barcelona* (abarcó un departamento de Psiquiatría de un hospital general universitario, un centro de patología mixta -aguda y crónica- y un hospital psiquiátrico con sus centros de asistencia primaria de referencia), durante el año 2011. El diseño del estudio fue descriptivo, transversal y de correlación. La población de estudio fue la cohorte de profesionales de enfermería de Salud Mental del instituto descrito. Los criterios de inclusión fueron: profesionales de enfermería de dicho instituto y que voluntariamente aceptaran participar en el estudio. El muestreo fue no probabilístico de conveniencia.

Las variables analizadas fueron: las dimensiones del cuestionario MBI, las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, titulación, hijos), las variables laborales (años de trabajo en la profesión, años de prestación en el servicio actual, tipo de contrato, turno) y las variables relacionadas con la salud (bajas causadas en los últimos dos años y el motivo de las mismas en caso afirmativo; el uso común de determinados fármacos, el consumo de cigarrillos y las estrategias empleadas para reducir las emociones negativas atribuidas al trabajo).

3.2. Procedimiento e instrumento

El instrumento utilizado fue el cuestionario MBI (1986) en su versión adaptada al castellano, cuya elevada fiabilidad y validez le ha supuesto la utilización y reconocimiento a nivel mundial, para medir el grado de *burnout* en los profesionales de servicios humanos, según se constata en múltiples investigaciones en este campo. Este cuestionario, consta de 22 ítems en forma de afirmaciones referidas a las actitudes, emociones y sentimientos del profesional en relación al trabajo, propuestos a través de una escala tipo Likert referida a la frecuencia con la que la afirmación sucede. Los ítems son valorados entre 0 y 6, de manera que 0 se refiere a “nunca” y 6 se refiere a “todos los días”. Además se agregaron preguntas sobre datos sociodemográficos, laborales, temas relacionados con la salud y la pregunta de carácter abierto acerca de la gestión de emociones negativas atribuidas a su trabajo. A pesar del extendido uso del MBI, no existe unanimidad a la hora de definir el criterio a seguir para determinar los niveles de *burnout*. En este estudio, como criterio de riesgo se considerará el establecido por Maslach y Jackson (1981).

Para recoger los datos se contactó con los supervisores de cada unidad de los centros, y tras informar de los objetivos del proyecto y obtener su consentimiento, el cuestionario fue autoadministrado. No se ofreció información a las enfermeras encuestadas sobre el cuestionario proporcionado para evitar el condicionamiento de las respuestas.

3.3. Análisis de datos

Para el análisis de la consistencia interna de cada una de las escalas del MBI se utilizó la Alfa de Cronbach. Para describir las variables se realizó un análisis descriptivo y para el estudio de las relaciones entre ellas se seleccionaron las pruebas estadísticas paramétricas o no paramétricas, en función del cumplimiento de los supuestos requeridos para su aplicación. Así mismo, se tuvo en cuenta la idoneidad

de ésta para el caso de tamaños muestrales pequeños en determinados grupos. Se trabajó con un nivel de significación máximo del 5%. Se utilizó el software estadístico SPSS-20.

Con la variable que recogía las estrategias utilizadas para reducir las emociones negativas atribuidas al trabajo, se realizó un análisis de contenido con categorización.

4. Resultados

Los coeficientes de fiabilidad para cada una de las dimensiones del MBI se encuentran en niveles adecuados: dimensión de Agotamiento Emocional (alfa de Cronbach 0,90) Realización Personal (alfa de Cronbach 0,71) y algo más moderado para la dimensión de Despersonalización (alfa de Cronbach 0,64) cuestión que en parte podría ser atribuible a la ambigüedad factorial de alguno de los ítems, reconocida por los propios autores del instrumento de medida.

4.1. Características sociodemográficas

La muestra fue de $n = 73$ enfermeras que respondieron al cuestionario, el 80,3% fueron mujeres y el 19,7% hombres. La edad media fue de 38,26 años con una desviación típica de 11,3 años. Llevaban trabajando en la profesión 14,65 años en promedio, con una desviación típica de 10,4 años y en el servicio actual 7,9 años con una desviación típica de 7,22. Respecto al estado civil, el 58,6% convivían en pareja, el 30% eran solteros/as y divorciado/as el 11,4%. Un 54,9% no tenía hijos y el 45,1% sí. Por lo que se refiere a la titulación, en todos los casos eran enfermeras tituladas, mayoritariamente Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) (90%).

La distribución de las enfermeras, en función del centro en el que trabajaban, muestra que el 74% lo hacían en áreas de hospitalización y servicios de asistencia primaria o comunitaria asociados, y el 26%, en el centro de atención a patología mixta. Un 70,4% tenían contrato fijo, un 18,3% eran suplentes, un 8,5% eventuales y un 2,8% interinas. Mayoritariamente trabajaban en turno de mañanas (59,4%) seguido de las que trabajaban por la tarde (18,8%) y jornada partida (10,1%). En jornada intensiva trabajaban un 5,8% y en los turnos de noche y fines de semana, un 2,9%. Respecto a la tipología de pacientes con los que trataban, el 50,7% son agudos, el 27,4% con crónicos y el 21,9% en ámbito comunitario.

4.2. Resultados MBI

Según Maslach y Jackson los individuos que presentan *burnout* puntuarán alto en cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal. La interpretación de resultados en el MBI, debe ser hecha teniendo en cuenta los valores numéricos alcanzados, sin embargo, la categorización realizada por los autores en forma de puntuaciones bajas, medias y altas a partir de un punto de corte (percentiles) ayuda a la interpretación de los datos obtenidos (Tabla 1). Los resultados de los niveles de *burnout* de la muestra de este estudio, en cada una de las subescalas del MBI se presentan en la Tabla 2.

Dimensiones	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Cansancio emocional	<15	15-24	>24
%	54,2	26,4	19,4
Despersonalización	<4	4-9	>9
%	54,2	29,2	16,7
Realización personal	<33	33-39	>39
%	55,6	18,1	26,4

Tabla 1: Puntos de corte considerados y porcentajes en las categorías de niveles de burnout, según Maslach y Jackson (1981)

Dimensiones	Resultados	Nivel
Cansancio emocional	Media=14,28 Desviación típica=10,11	Bajo
Despersonalización	Media=5,01 Desviación típica=4,27	Medio
Realización personal	Media=31,79 Desviación típica=9,56	Bajo

Tabla 2: Niveles de burnout en la muestra de enfermeras, según MBI

En el análisis de las relaciones entre las tres dimensiones planteadas por el MBI y con respecto a las variables sociodemográficas, se detecta una diferencia significativa ($p=0,043$) según el sexo, que en la dimensión de cansancio emocional, da una puntuación media más elevada en las mujeres (15,7) que en los hombres (9,6). También en esta misma dimensión, es más elevado y de manera significativa ($p=0,000$) el nivel de puntuación medio obtenido en el personal fijo (17,2) que en otra situación laboral (7,6).

En la dimensión de realización, se observa un nivel de puntuación medio más bajo en hospitalización (28,9) que en el centro de patología mixta (39,9), resultando ser éste significativo ($p=0,000$); además en la unidad de crónicos era más bajo (24,6) que en las unidades de agudos (32,5) y comunitaria (38,6) encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$).

En la dimensión de cansancio emocional relacionada con las bajas y el consumo de sustancias, se observa que existen diferencias significativas, ($p=0,041$), referidas a un mayor agotamiento medio en quienes han causado baja en los dos últimos años (16,6), frente a los que no han causado baja (11,7), aunque esta relación no se confirma en lo referente al consumo de tabaco, alcohol, analgésicos o inductores del sueño.

4.3. Datos de salud y estrategias de gestión del estrés

El 56,3% de las enfermeras ha tenido alguna baja en los dos últimos años, destacando de estas un 12,8% de casos, que indica que las causas de su baja tuvieron que ver con el estrés, el cansancio emocional y la depresión y un 10,3% de casos, atribuye la causa de su baja a la gripe.

Respecto al consumo habitual de los fármacos señalados, el 20,5% consumían habitualmente analgésicos, el 4,1%, inductores del sueño y el 1,4% tomaba de manera habitual ansiolíticos. El 22,5% fumaba y un 15,1% lo hacía superando los 20 cigarrillos al día.

El 26% de la muestra indicó utilizar algún tipo de estrategia para gestionar las emociones negativas atribuidas al trabajo. Dichas estrategias se han establecido en cuatro categorías (Tabla 3). La categoría de "Actividades lúdicas, Distracción y/o Cuidado", es la que aglutina un mayor porcentaje de respuestas (63,1%), seguido de las categorías "Comunicación" y "Sin resolver" (por no exteriorización o falta de conocimientos) con el mismo porcentaje (15,8%). La media, en la dimensión de realización personal, para los que utilizan alguna estrategia es superior (36,9) que para los que no indican realizar estrategias (29,9), de manera que entre ambos resultados se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,002$).

En cuanto a la categoría "Actividades lúdicas, Distracción y/o Cuidado", si bien estos recursos son considerados generalmente como adaptativos para hacer frente al estrés, también acostumbran a ser recursos de utilización común, para los que no necesariamente se requiere una formación especializada,

como puede ser la salud mental. Estas interpretaciones están en consonancia con el porcentaje más pequeño de respuestas, que es el englobado en la categoría de formación, que se presenta en un 5,3% de los casos. Al tratarse de una muestra de profesionales, este resultado puede integrar tanto la formación de pregrado como la de postgrado o formación continuada. Esta cifra refleja los pocos casos con formación recibida sobre gestión del estrés y prevención del síndrome de burnout entre las respuestas obtenidas. Finalmente, si alcanzar el síndrome de *burnout* según Maslach y Jackson (1981) supone que los individuos presentan niveles altos de agotamiento o cansancio emocional y despersonalización y bajos de realización, en la muestra se detecta que hay un 2,7% de personas que padecen *burnout*. El perfil de estas personas corresponde a mujeres de 47 años, que conviven en pareja y que tienen hijos. Su titulación es preferentemente DUE y llevan trabajando en la profesión entre 17 y 22 años y en el servicio actual entre 4 y 6 años, con contrato fijo, en turno de mañana o tarde. Han causado baja en los dos últimos años por motivos de contractura muscular o depresión, no fuman y consumen habitualmente analgésicos.

En el caso de padecer cansancio emocional (agotamiento laboral, desánimo, desgaste etc.) que atribuyes o relacionas con el trabajo ¿Cómo resuelves esas emociones negativas?		
CATEGORÍAS	RESPUESTAS	%
Actividades lúdicas, distracción y/o cuidado	Con actividades curativas Yoga, música Cambiando de actividad Intentando desconectar cuando salgo del trabajo con la familia o actividades de ocio Ocupo tiempo libre con actividades y gente que aporta cosas a mi vida Intentando olvidar y cambiando de ambiente Practico deportes, realizo actividades que me agradan en general Con actividades lúdicas (cine, lectura, compras...) Me cuido mucho con dietas y ejercicio. También utilizo terapias alternativas Haciendo actividades que me distraigan	63,1
Sin resolver (por no exteriorización o falta de conocimientos)	Interiormente, prácticamente no exteriorizándolo No sé resolverlas Pensando que son tropiezos que te hacen caer y has de levantarte y seguir, el camino profesional es muy largo	15,8
Formación	Formación emocional	5,3
Comunicación	Compartiéndola con las compañeras Vida privada más satisfactoria y relajada. Hablo con mis amigos de temas laborables Hablando con el equipo de trabajo y con mi pareja	15,8
TOTAL		100

Tabla 3: Pregunta abierta: Categorías de respuesta

5. Discussió⁵

En la muestra estudiada, de acuerdo con la propuesta del MBI de Maslach y Jackson de conceptualizar el síndrome de *burnout* con niveles altos de cansancio emocional y despersonalización y bajos de realización, se detecta un 2,7% de casos que padecen dicho síndrome, por lo que al conjunto muestral puede atribuírsele un nivel de *burnout* bajo. Otro referente español que podría estar en esta línea corresponde a un estudio realizado en Málaga, en enfermeras de salud mental (de servicio de agudos, infantojuvenil y área comunitaria), en el que no encontró la presencia de *burnout* en el grupo estudiado (Perea Baena y Sánchez Gil, 2008).

A nivel internacional, en Grecia, Adali, Priami, Evagelou, Mougia, Ifanti y Alevizopoulos (2003), en un estudio realizado en personal de enfermería de salud mental de diferentes niveles formativos, que trabajaban en hospitales psiquiátricos y en departamentos de psiquiatría de diversos hospitales generales, indican haber encontrado niveles moderados de *burnout*, cuestión que en hospitales generales griegos ya aparecía confirmada en el estudio previo de Adali, 1999, Anagnostopoulos y Papadatou, 1992 según apunta Adali *et al.* (2003). En Latinoamérica, un estudio realizado en un servicio de psiquiatría de un hospital público de Chile, apunta un 20% de casos dentro de la categoría con *burnout*. Sin embargo, dado que la muestra, además de enfermeras, integró a diversos tipos de profesionales, junto con personal administrativo y auxiliar (Avendaño *et al.* 2009) este dato se contempla como meramente testimonial en el contexto de esta discusión. En cambio en el Reino Unido, en el país de Gales, Edwards *et al.* (2000), señalan haber encontrado altos niveles de cansancio emocional (en un 36% de casos), altas puntuaciones de despersonalización (en un 12% de casos) y bajos niveles de realización personal (en un 10%), es decir, en general, niveles elevados de *burnout* en estudios realizados en enfermería de salud mental comunitaria, también confirmados por Hannigan, Edwards, Coyle, Fothergill y Burnard (2000)⁶. En un estudio realizado en Alemania, Schulz, Damkröger, Heins, Wehlitz, Löhr, Driessen, Behrens, y Wingefeld (2009) refieren haber detectado puntuaciones más altas de *burnout* en enfermeras de hospitales médicos (no psiquiátricos), en comparación con las enfermeras psiquiátricas.

En nuestro estudio, en el análisis de las relaciones entre las tres dimensiones y con respecto a los valores estadísticos significativos de las variables sociodemográficas, se detecta que la dimensión de cansancio emocional da una puntuación media más elevada en las mujeres (15,7) que en los hombres (9,6). Hannigan *et al.* (2000) en su estudio realizado en enfermería de salud mental comunitaria de Gales (n=614), indican que, de los encuestados que respondieron el cuestionario MBI (n=283), la mitad, afirmaron que estaban emocionalmente agotados por su trabajo. En una cuarta parte de los encuestados se encontró que tenían actitudes negativas hacia sus clientes, y aproximadamente uno de cada siete con experiencia, tenía poco o ningún sentido de satisfacción con su trabajo. Trabajar en un entorno urbano (como es el caso del presente estudio) y carente de línea de apoyo formal, eran indicadores de mayor agotamiento emocional, y dichos casos, fueron significativamente más propensos a tener actitudes negativas hacia sus clientes, especialmente, si trabajaban con una carga de trabajo al cuidado de ancianos y se trataba de hombres.

⁵ En los estudios revisados, se contempla que en todos ellos se haya empleado como instrumento el MBI para la medición de *burnout*, indistintamente del uso de otro tipo de mediciones e instrumentos utilizados con fines diversos.

⁶ A efectos de comprender mejor la relevancia de los niveles de *burnout* en las enfermeras de salud mental inglesas, según el psiquiatra Álvaro Barrera, Doctor por la Universidad de Cambridge, en el Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte) no existe una psiquiatría “no-comunitaria”. Ésta tiene un enfoque comunitario vs. hospitalario, e intenta minimizar la fractura de vínculos sociales y familiares, especialmente en los pacientes mentales severos. Asimismo, adultos mayores (de 65 a.) personas con adicciones, niños, adolescentes y personas con dificultades de aprendizaje (discapacidad intelectual) reciben servicios de salud independientes de los sistemas de adultos en edad de trabajar. Desde 1997, una profunda modernización en salud desde el *National Health Service (NHS)* y especialmente en psiquiatría involucra a usuarios, profesionales y familiares con sólidas iniciativas llevadas a cabo por usuarios y ex usuarios. En conjunto, el contexto descrito, permite deducir aspectos cualitativos y cuantitativos de la intensidad de la actividad llevada a cabo por enfermeras y profesionales de la salud mental, en general, en el Reino Unido.

En cuanto a la localización en nuestro estudio, de un nivel de puntuación medio significativamente más elevado obtenido en el personal fijo (17,2) que en otra situación laboral (7,6), en el estudio de Hannigan *et al.* (2000) sucede a la inversa, la falta de seguridad en el empleo fue indicativa de actitudes más negativas hacia los clientes, especialmente en el caso de los hombres, añadiendo que sólo el 28% de los que trabajaban en los equipos de la comunidad, se mantenían en el mismo puesto más de 5 años.

Por otro lado, Schulz *et al.* (2009) encontraron significativos, aunque relativamente bajos, coeficientes de correlación positiva entre agotamiento emocional y la edad ($r=0,174$, $P<0,001$), así como entre el agotamiento y los años de trabajo ($r=0,131$, $P=0,016$), aspectos coincidentes con las características del perfil de profesional con *burnout* en nuestro estudio. Para Adali *et al.* (2003), el agotamiento emocional estaba también relacionado de forma positiva con la sobrecarga de trabajo y con la experiencia laboral previa. No obstante, la correlación era negativa con factores como el apoyo del supervisor, el control por parte de los superiores y la claridad de la tarea.

Sin embargo, Schulz *et al.* (2009) describen una correlación, en este caso negativa, con la edad ($r=-0,106$, $P=0,036$) y otra dimensión, como la despersonalización. En sentido complementario, para Adali *et al.* (2003), la expresión de un comportamiento impersonal hacia los pacientes, parecía estar relacionado de forma positiva con la poca implicación de los empleados, con la ausencia de cohesión entre los compañeros, con insuficiente control por parte de gestores o directores y con el poco tiempo dedicado a cuidar y a comunicarse con los pacientes por parte de los profesionales. En sentido inverso, afirman haber detectado que cuanto más tiempo se pasaba cuidando y comunicándose con los pacientes, menor era el agotamiento emocional y la despersonalización ($p<0,020$ y $p<0,001$ respectivamente) al mismo tiempo que aumentaban los logros personales ($p<0,001$).

En nuestro estudio, en relación con la salud y en cuanto a las bajas, aparece mayor cansancio emocional medio en quienes han causado baja en los dos últimos años (16,6), frente a los que no han causado baja (11,7). Este aspecto es confirmado por el estudio de Sherring y Knight (2009), en el que indican que las enfermeras de salud mental que sufrían *burnout* eran más propensas a tomar baja por enfermedad, además de estar considerando la posibilidad de abandonar sus puestos de trabajo en el NHS del Reino Unido. Sin embargo, en nuestro trabajo, esta relación no se confirma en lo referente al consumo de sustancias, tabaco, alcohol, analgésicos o inductores del sueño. En cambio, Hannigan *et al.* (2000), detectan que los hombres más afectados por otra dimensión como es la despersonalización, consumían alcohol y de esa forma se sentían más satisfechos con su sentido de logro.

En la dimensión de realización personal, en nuestro estudio, se observó un nivel de puntuación medio (24,6) más bajo en la unidad de crónicos, en relación con la de agudos (32,5) y los servicios de atención comunitaria (38,6). En esta línea y como aportación complementaria, Adali *et al.* (2003) apuntan que el personal de enfermería que trabajaba en departamentos de psiquiatría de hospitales generales (habitualmente pacientes agudos), presento niveles más altos de agotamiento emocional ($p<0,04$) en relación con el personal de hospitales psiquiátricos (con tendencia habitual a pacientes crónicos). Al no tratarse de la misma dimensión analizada, estos datos no son comparables con nuestro estudio, aunque permiten deducir y comprender que el cansancio emocional en unidades de actividad más intensa (agudos) sea mayor, así como que la cronicidad, con menor intensidad asistencial, favorezca una menor realización personal.

Estos últimos autores también observaron que el personal de enfermería que había recibido educación universitaria, al igual que aquellos que habían obtenido un título de postgrado en Enfermería Psiquiátrica, desarrollaron niveles superiores de agotamiento emocional con una diferencia estadísticamente significativa, al compararlo con quienes tenían formación inferior ($p<0,001$) y ($p<0,001$), respectivamente. No obstante, detectaron que los logros personales se relacionaron positivamente con la claridad y el tiempo empleado en comunicarse y preocuparse por el cuidado de los pacientes. En cambio, en sentido contrario, en el referido estudio de Sherring y Knight (2009), las enfermeras que tienen títulos académicos de alto nivel y que se sienten respaldadas y valoradas en el

trabajo, presentan niveles más bajos de *burnout*, reconociendo que la frecuencia de la supervisión clínica y la calidad percibida, influye en el nivel de *burnout* experimentado.

Sin embargo, Schulz *et al.* (2009) al contrastar información de hospitales médicos y de salud mental, afirman que el ambiente de trabajo en hospitales agudos de salud mental es percibido por las enfermeras como más saludable que los hospitales médicos agudos. Añaden que factores tales como trabajar con un cliente difícil, recursos limitados, violencia y agresión y falta de reciprocidad, es más probable que se encuentren en los hospitales psiquiátricos. Así, los autores afirman que sus resultados muestran un menor riesgo de *burnout* en los centros de salud mental en comparación con los centros médicos, y apuntan que otros estudios (como es el caso de Kilfedder, Power y Wells, 2001) demostraron también puntuación más baja de agotamiento emocional y despersonalización en enfermeras psiquiátricas, en comparación con otro grupo de referencia. Para estos autores, se puede concluir que el alcance de la comunicación que es una parte sustancial del trabajo en psiquiatría puede ejercer alguna modalidad preventiva.

En España, a juzgar por resultados de publicaciones diversas, Santana *et al.* (2009), Ríos *et al.* (2008), Ríos *et al.* (2008), Ibáñez Martínez, Vilaregut Puigdesens y Abio Roig (2004), López Soriano y Bernal (2002), Peña *et al.* (2002), podría suceder algo similar. Dichos autores, entre otros, han encontrado niveles diversos de *burnout* en enfermería de distintas áreas médicas de hospitalización y asistencia primaria (que no psiquiátricas) aunque se apunta falta de consenso (Santana Cabrera *et al.* 2009). En cualquier caso, tales resultados, en contraste con los datos obtenidos en el presente estudio y algunas áreas psiquiátricas referenciadas, dan a entender que el *burnout* podría tener menor presencia en salud mental que en otras áreas asistenciales. Como media orientativa, un estudio transnacional en profesionales de la salud de habla hispana, con una muestra de n=11.530 profesionales de la salud diversos, establece un 7,2% de media de *burnout* entre profesionales de enfermería, por debajo de alguna especialidad médica y por encima de otras, incluidos otros profesionales de la salud como psicólogos, dentistas, nutricionistas, etc. (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009).

Por otro lado, al analizar la relación de la calidad de vida percibida y los niveles de salud entre el personal de salud, en una muestra de 1095 participantes (enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería y celadores) de cinco hospitales de la provincia de Girona (España) utilizando el MBI y otro cuestionario de salud (SF -36), los resultados mostraron que la percepción de salud era peor entre quienes reportaron un alto nivel en cualquiera de los componentes del *burnout*; consideración que orienta hacia los diseños de programas de prevención de *burnout* en el lugar de trabajo (Suñer-Soler *et al.* (2013).

En cuanto a las respuestas de la pregunta abierta de nuestro estudio, aproximadamente un tercio de la muestra (26%) indicó utilizar algún tipo de estrategia para gestionar las emociones negativas atribuidas al trabajo. Aunque destaca el bajo porcentaje de respuestas a esta pregunta, permite elaborar algunas interpretaciones como las siguientes. De estas respuestas, más de la mitad de casos gestionan sus emociones negativas atribuidas al trabajo, a partir de actividades lúdicas y de cuidado o soporte personal y sólo una sexta parte de estas, nombran compartir momentos laborales difíciles con el equipo de trabajo. Este aspecto contrasta con algunos contenidos de un estudio realizado por Burnard, Edwards, Fothergill, Hannigan y Coyle (2000) en enfermeras de salud mental comunitaria de Gales (Reino Unido), en el que introducen tres preguntas abiertas sobre fuentes de estrés en el lugar de trabajo y métodos que se utilizan para enfrentar esta situación. Los factores de estrés más frecuentemente citados incluyen, carga percibida de trabajo, papeleo y burocracia excesiva, así como un amplio espectro de temas relacionados con el cliente. Las estrategias de afrontamiento que se han reportado incluyen el apoyo de pares, una serie de estrategias personales (como la relajación y la creencia en uno mismo) y la supervisión. Los autores refieren que puede desprenderse que una serie de factores como las presiones organizacionales y factores relacionados con el trabajo con los pacientes son importantes en la determinación de los niveles de estrés y que el apoyo informal y formal son los métodos preferidos de afrontamiento.

En contraste con este último estudio citado (Burnard *et al.* 2000) resalta que en nuestro trabajo, el apoyo de compañeros y supervisores esté tan poco representado en las respuestas obtenidas (11%). Tratándose

de un tipo de servicio complejo, donde predomina la ayuda terapéutica a través de la palabra, el soporte formal supone un requisito primordial en el equipo asistencial.

Finalmente, siguiendo con la pregunta abierta de nuestro trabajo, se observa que solo un 5% ha recibido formación emocional. A propósito de este tipo de formación, un estudio realizado en México se propuso conocer la inteligencia emocional en una muestra (n=97) de enfermeras de dos hospitales (n=42 del hospital A, n=55 en el hospital B) de Veracruz. Indican en sus resultados que en un 62% y 69% de la muestra, respectivamente, las enfermeras prestaban poca atención a sus emociones y que en el 52% de la muestra para el hospital A y el 42% para el hospital B presentaban una inadecuada preparación emocional. Se apunta también que dichos resultados coinciden con otros hallazgos semejantes para muestras de enfermeras (Meléndez, Santes y Salazar, 2013).

Similar al caso de las expectativas depositadas a través de este estudio (al seleccionar en este trabajo a una muestra de profesionales de enfermería de salud mental), otro estudio sobre estrategias de afrontamiento y satisfacción laboral, realizado en enfermeras de tres servicios de salud mental de un hospital de Málaga (España) indica que esperaba encontrar que dichos profesionales, utilizaran estrategias adecuadas para el afrontamiento de las situaciones problemáticas que se producen en su trabajo diario. También se esperaba encontrar poco uso de estrategias no adaptativas. Los autores refieren que las dos estrategias más adaptativas localizadas han sido la resolución de problemas y la expresión emocional, aunque, con poca diferencia, la estrategia más usada, ha sido la autocrítica. Así, se indica no haber encontrado lo esperado, como ha sucedido en nuestro estudio, aunque sí se ha detectado una elevada motivación para esta formación Perea-Baena y Sánchez-Gil (2008), Caballero *et al.* (2001).

Finalmente, la necesidad de formación emocional en prevención de conflictos y de estrategias para hacer frente al estrés en enfermeras aparece de forma persistente tanto en publicaciones dedicadas a enfermería de salud mental (Meléndez *et al.* 2013, Perea-Baena y Sánchez-Gil, 2008, Kilfedder *et al.* 2001), como en las dedicadas a otros ámbitos asistenciales en general (Santana Cabrera *et al.* 2009, Soto y Santamaría, 2005, López Soriano y Bernal, 2002, Caballero *et al.* 2001). Tanto en la formación de grado, como en la de postgrado y en el reciclaje profesional posterior, se reconoce una formación insuficiente en este ámbito, dado que los encuestados en los diversos estudios asocian su malestar con algunos factores laborales cuya percepción y/o gestión podría ser modificable. En consecuencia, una parte fundamental del plan de estudios de enfermería se debería dedicar a la gestión de la tensión y relaciones interpersonales en el ámbito de trabajo, así como a las habilidades de afrontamiento del estrés. En la literatura sobre el tema también se refleja, que los equipos directivos deberían adoptar medidas correctoras en las dimensiones más afectadas por el estrés, dado que según servicios de salud y zonas geográficas, se han detectado “niveles de este síndrome preocupantemente elevados en enfermería” (López Soriano y Bernal, 2002). Se advierte que dicha formación protegería al profesional y repercutiría en la efectividad del desempeño diario de los cuidados de enfermería a la población (Perea-Baena y Sánchez-Gil, 2008).

6. Conclusiones

Diversos estudios manifiestan que el síndrome de *burnout* está muy presente en la profesión enfermera. Nuestra revisión bibliográfica así lo ha confirmado. Sin embargo, existen también marcadas oscilaciones dependiendo del tipo de servicio y su actividad asistencial, así como otras variables organizacionales. En enfermería de salud mental, en otro estudio español no ha aparecido *burnout* y en el nuestro un nivel bajo, en cambio en el Reino Unido, especialmente en enfermería de salud mental comunitaria, los niveles son marcadamente elevados.

Serían de interés estudios experimentales, deseablemente longitudinales, para comprobar la eficacia de las estrategias o intervenciones utilizadas para disminuir el estrés. El abordaje específico de esta temática en la formación podría ayudar a dichos profesionales a identificar, gestionar y disminuir situaciones de

estrés evitable en el trabajo, que de otra forma pueden derivar hacia la cronicidad, causando desmotivación y absentismo laboral, así como otras patologías relacionadas con el desempeño en el trabajo. En la actualidad, dificultades metodológicas junto con las reducidas muestras empleadas en muchos estudios dificultan la comparación y el consenso de resultados en torno a la presencia de *burnout* en la enfermería asistencial⁷.

Por otro lado los resultados obtenidos en este estudio confirman que las áreas asistenciales de enfermería de salud mental, de quienes se esperaba un determinado manejo en la gestión del estrés, utilizan apoyo informal para su gestión, contando con poco apoyo profesional y escasa formación al respecto. Según docentes del Grado de Enfermería relacionados con la temática de la prevención del síndrome de *burnout*, dichos resultados permiten deducir o refuerzan la conveniencia de continuar con esta formación. La docencia impartida que motiva este estudio exploratorio va dirigida a enfermeras generalistas en período de pregrado (en contraste con la muestra de este estudio, enfermeras de salud mental) y éstas carecen de experiencia profesional en cualquier área. En consecuencia, necesitan conocer estrategias adaptativas de gestión emocional que les facilite su futuro contacto con el sufrimiento humano y en suma su mejor integración en el ámbito asistencial del cuidado de la salud.

En cuanto a la valoración de la experiencia, este estudio ha supuesto retroalimentación formativa (docencia-asistencia-docencia) y de gran utilidad para los autores en su calidad de docentes. Ha favorecido un trabajo en equipo de reflexión y profundización teórica y ha facilitado la aproximación a una parcela de la realidad profesional y asistencial enfermera, la de la salud mental, que en conjunción con el resto de servicios estudiados por otros autores, puede avalar la intencionalidad de nuestro interés docente en el tema.

Entre las líneas de mejora figura la necesidad de profundizar en este tipo de estudios, especialmente desde el análisis de los requerimientos expresados por los propios profesionales y también por los mismos estudiantes de enfermería, cuando en clase, relatan sus temores en relación con su futuro profesional. Finalmente como principal dificultad destaca el acogimiento de esta temática de estudio por parte de los centros asistenciales, en una época de crisis económica, donde dichos centros se muestran más preocupados por la cobertura básica de su plantilla de personal que por conocer las demandas de sus empleados, a las que difícilmente podrían responder.

Referencias

- [1] Adali, E., M. Priami, M., Evagelou, H., Mougia, V., Ifanti, M. y Alevizopoulos, G. (2003) Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *The European Journal of Psychiatry*, 17(3), pp. 161-170.
- [2] Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F. y Pierart, T. (2009) Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*, XV. (2), pp. 55-68.
- [3] Burnard, P., Edwards, D., Fothergill, A., Hannigan, B. y Coyle, D. (2000) Community mental health nurses in Wales: self-reported stressors and coping strategies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, pp. 523-528.
- [4] Caballero, M. A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001) Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27, pp. 313-317.
- [5] Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fotherhill, A. y Hannigan, B. (2000) Stressors, moderators and stress outcomes: findings from the All-Wales Community Mental Health Nursing Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, pp. 529 -537.

⁷ Limitaciones del estudio. Al tratarse de una muestra que no es representativa de los centros de salud mental de Cataluña, los resultados de este estudio no son generalizables y solamente pueden ser comparables y/o extrapolarse con centros de salud mental con características similares a las de este estudio.

- [6] Espacio Europeo de Educación Superior (2013) *Empleabilidad*. Recuperado el 16 octubre 2013. De <http://www.eees.es/es/eees-programa-trabajo-bolonia-empleo>
- [7] Gil-Monte, P. R., García Juesas, J. A., Nuñez, E., Carretero, N., Roldan, M. D. y Caro, M. (2006) *Validez factorial para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*. Recuperado 16 noviembre 2013. De www.psiquiatria.com 10(3).
- [8] Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009) El síndrome de burnout en profesionales sanitarios hispanoamericanos y españoles. Influencia de factores personales, profesionales y nacionales. *Revista Española de Salud Pública*, 8, pp. 215-230.
- [9] Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A. y Burnard, P. (2000) Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, pp. 127-134.
- [10] Ibañez Martínez, N., Vilaregut Puigdesens, A. y Abio Roig, A. (2004) Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), pp. 142-151.
- [11] Kilfedder, C., Power, K. G. y Wells, T. J. (2001) Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), pp. 383-396.
- [12] López Soriano, F. y Bernal, L. (2002) Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería y atención hospitalaria. *Revista Calidad Asistencial*, 17(4), pp. 201-205.
- [13] Martín Arribas, M. C. (2007) Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. *Enfermería Intensiva*, 18(4), pp. 168-181.
- [14] Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, pp. 99-113.
- [15] Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986) *The Maslach Burnout Inventory*. (Zaed) Palo Alto, Consulting Psychologists Press (Versión Española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA 1987)
- [16] Meléndez Chávez, S., Santes Bastián, M. C. y Del Ángel Salazar, E.M. (2013) Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros. *Metas Enfermería*, 16(7) pp.64-68
- [17] Olivares Faúndez, V. y Gil-Monte, P. (2009) Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Bournout Inventory” (MBI). www.cienciaytrabajo.com, año 1, núm. 13, julio-septiembre.
- [18] Peña, E. de la, Sanz, J.C., Garrido, J., Carvajal, J., Galán, R. y Herrero, A. (2002) Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería clínica*, 12(2), pp. 59-64.
- [19] Perea-Baena, J. M. y Sanchez-Gil, L. M. (2008) Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería*, 17(3), pp.164-168.
- [20] Ramos, F., De Castro, R., Galindo, A. y Fernández Valladares, M. J. (1998) Síndrome de desgaste profesional (burnout). Burnout syndrome. *Mapfre Medicina*, 9(3), pp. 189-196.
- [21] Ríos Risque M. I., Peñalver Hernández, F. y Godoy Fernández, C. (2008) Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), pp. 169-78.
- [22] Ríos Rizques, M. I., Godoy Fernández, C., Peñalver Hernández, F., Alonso Tovar, A. R., Lopez Alcaraz, F., Lopez Romera, A. y Liébanas Bellón, R. (2008). Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados intensivos y Urgencias. *Enfermería Intensiva*, 19(1), pp. 2-13.
- [23] Rosales Ricardo, Y. y Rosales Paneque, F. (2013) Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud Mental*, 36, pp. 337-345.

- [24] Santana Cabrera, L., Hernández Medina, E., Eugenio Robaina, P., Sánchez-Palacios, M., Pérez Sánchez, R. y Falcón Moreno, R. (2009) Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería clínica*, 19(1), pp. 31-34.
- [25] Sherring, S. y Knight, D. (2009) An exploration of burnout among city mental health nurses. *British Journal of Nursing*, 18(20), pp. 1234-1240.
- [26] Schulz, M., Damkröger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Löhr, M., Driessen, M., Behrens, J. y Wingenfeld, K. (2009) Effort–reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, pp. 225–233.
- [27] Soto Cámara, R. y Santamaría Cuesta, I. (2005) Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), pp. 123-30.
- [28] Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, C. y Sullman, M. J. (2013) Bournout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), pp. 305-313.