

# **Master Universitario en Prevención de Riesgos Laborales**

Universidad Miguel Hernández



## ***Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría: Un estudio transversal de prevalencia en las Áreas de Salud de la Región de Murcia***

DIRIGIDO POR: ELISA NOFRE

ALUMNO/A: CLARA SÁNCHEZ EGEA

**Alicante, Junio de 2018**





## **INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

D/D<sup>a</sup> ELISA NOFRE SUBIRATS, Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL DE PREVALENCIA EN LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA y realizado por el estudiante D./D<sup>a</sup> CLARA SÁNCHEZ EGEA

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 06/06/18

**MARIA ELISA**  
**ROSA NOFRE**  
**SUBIRATS**

Firmado digitalmente  
por MARIA ELISA ROSA  
NOFRE SUBIRATS  
Fecha: 2018.06.06  
12:05:51 +02'00'

Fdo.:  
Tutor TFM





## AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, Elisa Nofre, por su colaboración en el abordaje del tema y por su disponibilidad a tutorizar, dirigir y corregir este trabajo. Asimismo, por ofrecerme su ayuda y apoyo en todo momento, demostrando sus cualidades y profesionalidad durante este periodo.

A Guadalupe Ruíz, por su colaboración y ayuda en la orientación del análisis estadístico.

A todos y cada uno de los profesores y tutores que han colaborado en mi formación, porque de ellos he aprendido tanto conocimientos como actitudes que serán claves para afrontar el día a día de mi profesión.

A mis compañeros de profesión, por despertar múltiples inquietudes, por su solidaridad y por formar equipos profesionales inmejorables.

A mi familia, por el apoyo y la educación que me han brindado, por ofrecerme la mano tanto en las derrotas como en los logros conseguidos. Gracias, por darme la gran oportunidad de formarme en lo que realmente me gusta y a lo que quiero dedicar el resto de mi vida y sin duda alguna, por dejarme la mejor herencia que se puede recibir.



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El término *Burnout* se refiere a una situación que es cada vez más frecuente entre los profesionales que prestan sus servicios a través de una relación directa y mantenida con las personas, entre los que se encuentran todos los profesionales sanitarios. **OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout, en sus tres dimensiones (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal), entre el personal de Enfermería que desarrolla su labor profesional en el ámbito de la Salud Mental y la Psiquiatría; así como conocer las características sociodemográficas y laborales de la población de estudio y establecer asociaciones entre ellas y el desarrollo de burnout. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio de tipo transversal y analítico en la población de estudio. Las variables implicadas se recogieron mediante un cuestionario de elaboración propia. En cuanto al síndrome de burnout, se midió mediante el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, en su versión validada en español. **RESULTADOS:** La prevalencia de burnout para los enfermeros de Salud Mental y Psiquiatría de la Región de Murcia es baja para Cansancio Emocional e intermedia para Despersonalización y Realización Personal. Las variables que obtuvieron asociaciones significativas con  $\alpha < 0,05$ , para alguna de las dimensiones fueron: edad  $< 30$  años, situación de eventualidad/temporalidad, turnicidad y clima de trabajo/trabajo en equipo. **CONCLUSIONES:** A pesar de no encontrar una alta prevalencia de burnout en este colectivo, debemos seguir trabajando en la investigación de este síndrome para así crear, planificar y aplicar estrategias de prevención efectivas que disminuyan su prevalencia y las consecuencias de su desarrollo tanto para los propios profesionales, como para su repercusión en los cuidados y objeto de su labor profesional.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Burnout, Enfermería, Salud Mental, Psiquiatría.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The term *Burnout* refers to a situation that is increasingly common among professionals who provide their services through a direct and maintained relationship with people, among whom are all health professionals. **OBJECTIVES:** To determine the prevalence of Burnout Syndrome, in its three dimensions (Emotional Tiredness, Depersonalization and Personal Realization), among the nursing staff that develops their professional work in the field of Mental Health and Psychiatry; as well as knowing the sociodemographic characteristics and labor of the study population and establishing associations between them and the development of burnout. **METHODOLOGY:** A cross-sectional and analytical study was carried out in the study population. The variables involved were collected through a self-created questionnaire. The burnout syndrome was measured using the *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, in its validated version in Spanish. **RESULTS:** The prevalence of burnout for Mental Health and Psychiatry nurses in the Region of Murcia is low for Emotional Tiredness and intermediate for Depersonalization and Personal Realization. The variables that obtained significant associations with  $\alpha < 0.05$ , for some of the dimensions were: age  $< 30$  years, situation of eventuality / temporality, turnicity and work climate/teamwork. **CONCLUSIONS:** We must continue working on despite not finding a high prevalence of burnout in this group, continue working on the investigation of this syndrome to create, plan and implement effective prevention strategies that reduce its prevalence and the consequences of its development for both professionals, as for its repercussion in the care and object of its professional work.

**KEYWORDS:** Burnout Syndrome, Nursing, Mental Health, Psychiatry.



# ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN .....	13
2. INTRODUCCIÓN.....	17
2.1. SINDROME DE BURNOUT: CONCEPTUALIZACIÓN Y RECORRIDO HISTÓRICO.....	17
2.2. SÍNDROME DE BURNOUT: MODELOS EXPLICATIVOS .....	25
2.3. SITUACIÓN ACTUAL.....	28
3. OBJETIVOS.....	31
3.1. OBJETIVOS.....	31
3.1.1. OBJETIVO PRINCIPAL .....	31
3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
4. METODOLOGÍA.....	33
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	33
4.2. INSTRUMENTOS.....	33
4.3. CONTEXTO DEL ESTUDIO.....	38
4.4. TEMPORALIZACIÓN .....	38
4.5. MUESTRA: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	38
4.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	40
4.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	40
5. RESULTADOS .....	41
5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	41
5.2. CARACTERÍSTICAS LABORALES.....	41
5.3. RESULTADOS CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)	42
5.4. RESULTADOS CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI): RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS .....	44
5.5. RESULTADOS CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI): RELACIÓN CON VARIABLES LABORALES .....	48

<b>6. CONCLUSIONES GENERALES</b> .....	57
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	61
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	67
<b>9. ANEXOS</b> .....	69
<b>ANEXO 1: CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)</b> .....	69
<b>ANEXO 2: TABLAS POR PUNTUACIÓN DE LAS ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS</b> .....	71
<b>ANEXO 3: TABLAS POR CATEGORÍA BAJO, MEDIO, ALTO DE LAS ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS</b> .....	74



# 1. JUSTIFICACIÓN

Nuestra sociedad es una fuente continua y constante de estrés y éste forma parte de nuestra vida, integrándose y adhiriéndose hasta el punto de poder ser considerado el gran malestar de nuestra civilización. Dicho estrés y malestar afectan tanto a la vida personal y cotidiana como a la vida laboral y las relaciones sociales. Además tras un periodo mantenido de los mismos empiezan a aparecer repercusiones en el ámbito de la salud.

Si nos centramos en el estrés laboral, siendo considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la gran “epidemia global”, por estar muy presente en la mayoría de los puestos de trabajo y en las distintas profesiones. De hecho, la OMS refiere que puede afectar al cien por cien de los trabajadores (OMS, 2000). Sin embargo, la mayoría de los autores defienden la idea de que afecta más a aquellas profesiones que precisan de un contacto directo con personas y con una visión humanística de la profesión. Por lo tanto, destaca en las profesiones donde existe una implicación directa con usuarios.

Con respecto al momento actual, bien es cierto que son tiempos difíciles para la economía del país y, desde el año 2010, uno de los recortes llevados a cabo con frecuencia es la disminución en la contratación de los recursos humanos de las empresas (SASTE, 2012). Esto implica que los trabajadores de las mismas asumen más sobrecarga de trabajo y ven cada vez más aumentado su estrés y su malestar laboral que, a su vez repercute en muchos ámbitos de la vida de los trabajadores, tales como la familia, las relaciones sociales y de ocio, la economía... lo que puede dar lugar a malestar físico, psíquico y psicológico. Genera alteración del estado de salud, ausentismo, disminución de la productividad y del rendimiento individual, y aumento de enfermedades, rotación y accidentes. Por otro lado, el trabajo itinerante causa alteraciones del sueño, digestivas, psicológicas, sociales y familiares, y riesgos de accidentes.

Todo este conjunto de características, signos y síntomas que se han mencionado hasta ahora se engloba dentro del término “síndrome de burnout” que iremos definiendo y contextualizando a lo largo de este trabajo. Resultan de gran importancia las repercusiones de este síndrome puesto que no afecta exclusivamente al ámbito laboral

sino que llega a estar inmerso en la totalidad de los ámbitos personales y psicosociales, y además supone un riesgo para los usuarios a los que se atiende. Tal es la importancia que se le otorga que fue considerado por la OMS en el año 2000 como riesgo laboral (OMS, 2000).

Uno de los colectivos más sensibles al desgaste que tiene lugar por diversos factores en el ámbito laboral es el sanitario. Los trabajadores de centros sanitarios se ven sometidos a un estrés laboral importante a diario. Además cabe considerar que trabajan y se relacionan continuamente con otras personas a las que deben tratar, cuidar, curar y/o ayudar, por lo que se ven inmersos en problemas que deben resolver continuamente, muy lejos de realizar un acto meramente técnico y repetitivo.

A esto hay que sumarle la gran inestabilidad laboral que sufre el sector sanitario puesto que, muchos de ellos, se ven obligados a cambiar de lugar de trabajo o de servicio casi a diario, semanal, mensual o anual (SATSE, 2012).

La turnicidad también cobra un papel clave en la asistencia sanitaria ya que, supone cambios en el ritmo circadiano y alteración en las rutinas cotidianas constantemente, lo que supone una inestabilidad continua y mantenida, lo que puede suponer una mayor susceptibilidad para el desarrollo de agotamiento, fatiga laboral.

Es por todo ello que se considera que los profesionales del ámbito sanitario son uno de los colectivos más afectados por el estrés y malestar laboral, así como los problemas derivados de los mismos que pueden desembocar en el desarrollo del llamado “síndrome de burnout”.

Dentro de los profesionales sanitarios, parece que el colectivo de Enfermería viene siendo en los últimos años el más susceptible para el desarrollo Burnout, puesto que es quién desarrolla su labor asistencial en contacto directo y mantenido con el usuario/paciente con todas sus implicaciones. Los profesionales de Enfermería trabajan bajo mucha presión y con una importante sobrecarga de trabajo lo que supone que en ocasiones, no se puede desarrollar la labor asistencial cumpliendo las demandas y necesidades de todos los usuarios, lo que supone altos niveles de frustración y además

lidiar en muchas ocasiones con quejas y presiones de los supervisores, los mismos usuarios y/o familiares.

Hemos decidido además, centrar el estudio en los profesionales de Enfermería que trabajan en el ámbito de la Salud Mental y la Psiquiatría, puesto que muchas veces pierden importancia y se olvida la gran labor que realizan y, en ocasiones, son los grandes olvidados de la sanidad.

Desarrollar la labor profesional en el ámbito de la Salud Mental y la Psiquiatría supone que el profesional permanece y establece un encuadre rígido, constante y, en ocasiones, superficial donde se marcan límites de forma continua. Es necesario también anular los estados emocionales propios para no influir en los usuarios, requiere estar en trabajo constante con el sufrimiento, la angustia y la frustración. Así mismo es un colectivo que está en contacto con ámbitos violentos y agresivos en los que debe intervenir y resolver de la mejor forma posible y que para ello se requieren una serie de habilidades específicas y de alto nivel de autocontrol de sentimientos y emociones.

La contratransferencia, entendida como una serie de reacciones, actitudes, pensamientos y emociones que aparecen en el profesional de la salud como producto de su relación con el usuario/paciente y que lo hace de forma inconsciente, juega un papel muy importante en este tipo de profesión y ámbito.

En ocasiones, se habla de que este tipo de profesionales llevan una especie de “mochila” donde además de sus propios problemas van añadiendo y cargando, de alguna manera, con los problemas personales de muchas personas a las que tratan de ayudar.

Y es por todo lo mencionado anteriormente por lo que se ha decidido realizar este estudio, para así lograr conocer la situación real y así poder desarrollar estrategias de prevención en futuros estudios para lograr incidir en la reducción de la prevalencia y las consecuencias y repercusiones del síndrome de Burnout.

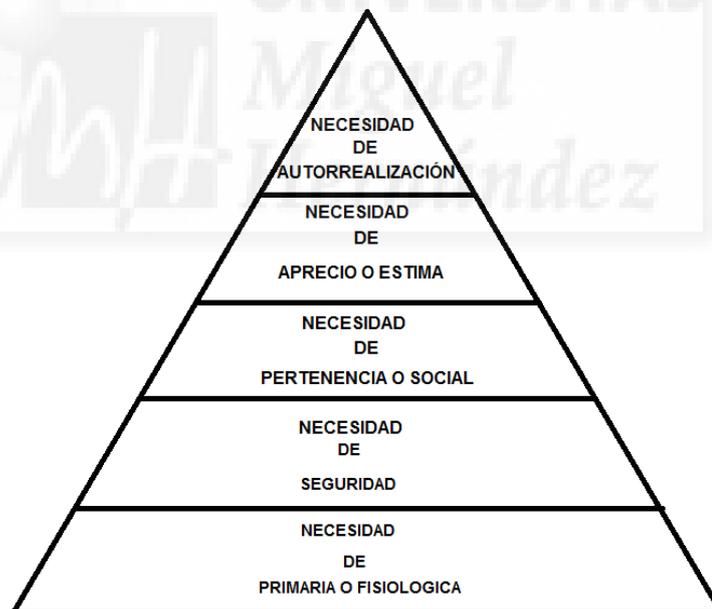


## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. SINDROME DE BURNOUT: CONCEPTUALIZACIÓN Y RECORRIDO HISTÓRICO

El psicólogo humanista, Abraham Maslow, introdujo por primera vez el concepto de “jerarquía de necesidades”, en 1943, en su artículo “A Theory of Human Motivation” y en su libro “Motivación and Personality” (Tay & Diener, 2011). Del concepto de jerarquía de necesidades surge la “Pirámide de Maslow” que forma parte de la teoría psicológica que indaga acerca de las necesidades del ser humano y la motivación. Según su autor, las necesidades básicas ocupan la base de la pirámide y para poder cumplir las de niveles superiores debemos tener satisfechas las de los niveles inferiores. De esta forma, para alcanzar un completo nivel de bienestar y estado de felicidad debemos llegar al último nivel (Maslow, 1976) (Maslow, 1982).

Figura 1. Pirámide de las necesidades de Maslow



(Maslow, 1982)

Existen estudios más recientes, como el realizado en el año 2011, por la Universidad de Illinois, donde se llegó a la conclusión de que las necesidades de reconocimiento y autorrealización también eran de gran importancia aún sin estar necesariamente cubiertas las de los niveles inferiores (Tay & Diener, 2011) (Mahmoud & Lawrence, 2004).

Si tenemos en cuenta estas últimas consideraciones, en relación a la posibilidad de que las necesidades de niveles superiores puedan darse incluso, sin las inferiores y, además puedan llegar a tener influencia sobre ellas, empezamos a plantear como el ámbito laboral puede influir directa o indirectamente en todas ellas.

En este trabajo nos centraremos en esta parte de la pirámide, la que se ocupa de la autorrealización, la motivación la autoestima en el ámbito laboral y cómo el incumplimiento de estas necesidades puede desembocar en el conocido “síndrome de burnout”, que iremos viendo a lo largo de este estudio.

Antes de presentar el concepto de Burnout, pasaremos a definir el “éstrés laboral” puesto que, como veremos más adelante, antecederá al Burnout. Según la OMS, el estrés es considerado como “el conjunto de reacciones fisiológicas, que preparan al organismo para la acción”. De esta manera, surge también el denominado estrés laboral, definido como “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación” (Moreno-Jiménez, Rodríguez, Garrosa, & Morante, 2005).

Derivado del estrés laboral aparece el término “burnout” que nace del uso de este concepto para referirse al agotamiento de combustible de un cohete espacial, consecuencia de un sobrecalentamiento. El síndrome de burnout ha sido conceptualizado como una respuesta al estrés laboral crónico que puede afectar al cien por cien de los trabajadores pero que suele desarrollarse con mayor frecuencia en personas en las que el objeto de su profesión son otras personas (Leiter, 1993).

Debido a la ambigüedad que podemos encontrar en el término “burnout” y a las numerosas definiciones y autores que hablan sobre él, debemos hacer hincapié en la diferencia entre estrés laboral y burnout, que son conceptualmente diferentes puesto que el primero de ellos es una reacción del individuo y la segunda una respuesta al mantenimiento del estado de dicha reacción (INSHT, 2005-2006).

Diferencias entre el estrés y el burnout:

<b>ESTRÉS</b>	<b>BURNOUT</b>
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
Daño fisiológico como sustrato primario	Daño emocional como sustrato primario
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento, afectación de la motivación y de la energía psíquica
La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas	La depresión en Burnout es como la pérdida de ideales de referencia y tristeza
Puede tener efectos positivos	Siempre son efectos negativos
Sólo se genera con carga cuantitativa	Además de la carga cuantitativa, tienen que darse otro tipo de elementos
No exige una motivación previa del trabajador ni expectativas altas.	Exige motivación previa, ilusión y expectativas altas
El trabajador puede sobreponerse tras un descanso	No se repone tras descanso ni vacaciones

(INSHT, 2005-2006).

Fue Herbert Freudenberger, en el año 1974, quién utilizó y definió el concepto “síndrome de burnout” como “agotamiento profesional”. Se trataba de un médico psiquiatra que desarrollaba su labor asistencial como asistente voluntario en la *Free Clinic*, un centro para personas con problemas de toxicomanía situado en Nueva York. Otros jóvenes idealistas, en la misma época, reflexionaron sobre este fenómeno aunque su investigación no tuviese tanta transcendencia como la de Freudenberger. Anteriormente, en 1961, fue un escritor y crítico británico, Graham Greene quien habría sido el primero en hablar de éste término en su artículo “A burnout case” (Carlin & Garcés, 2010).

Freudenberger acuñó este término en su libro “Burnout: The High Cost of High Achievement” (1980), donde definía el Burnout como “la extinción de la motivación o el incentivo, especialmente allí donde la dedicación a un objetivo o a una relación fracasa en conseguir los resultados deseados”. Observó que los trabajadores de la Clínica en la que ejercía como voluntario, tras poco más de un año de actividad, comenzaban a presentar estados de ánimo bajos, pérdida de energía, depresión, síntomas de ansiedad y desmotivación por el trabajo, así como también observó que todo ello hacía que estos trabajadores se convertían gradualmente en personas más insensibles, poco pacientes y comprensivas, pasando a tener un trato frío y distantes con las personas con o para las que trabajaban, llegando a ejercer un trato cínico con respecto a ellos y a culparlos de sus propios problemas (Gil-Monte & Peiró, 1999).

Según las investigaciones realizadas por este autor, es el resultado de la frustración entre personas que por sus características personales y sus requerimientos laborales se ven muy comprometidas con su trabajo y la gran presión y las demandas que ejercen los usuarios sobre los mismos, por lo que los primeros tratan de satisfacer las necesidades de los segundos, llegando incluso a dejar a un lado sus propios intereses, se trata pues de una interacción inadecuada, aunque esta descripción se ha ido desarrollando y amplificando en el tiempo (Martínez, 2010).

Además, Freudenberger se reafirma en la idea de que el síndrome de burnout presenta características de fácil contagio, de forma que cuando se inicie por los trabajadores de un determinado entorno laboral o empresa, en un corto periodo de tiempo, se irán transmitiendo de unos trabajadores a otros las sensaciones de cansancio, agotamiento, desgana, cinismo...y así sucesivamente hasta extender este agotamiento generalizado por la totalidad del entorno (Freudenberger, 1980).

Poco tiempo después, en el año 1976, la psicóloga social Cristina Maslach escoge también el término de Burnout para hacer referencia al proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre compañeros de trabajo, éste concepto había sido utilizado hasta el momento por abogados californianos (Maslach, 1976). Esta autora estableció que los trabajadores afectados por esta situación sufrían sobrecarga emocional definiéndolo como “el síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”. Es Maslach quién presenta el concepto

de “Síndrome de Burnout” en el ámbito académico, en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA) en 1977, como la situación de sobrecarga emocional entre los trabajadores que cada vez se da con más frecuencia en aquellos donde las personas son el núcleo de su labor asistencial (Maslach & Leiter, 1997). Ella lo define desde una perspectiva psicosocial y esto hace que la etiqueta “Síndrome de Burnout” resultara tener una gran aceptación social puesto que los afectados se sentía fácilmente identificados con este término descriptivo que no suponía un concepto estigmatizador del mismo así como, desgraciadamente, lo son los diagnósticos psiquiátricos.

Existen dos perspectivas diferentes dentro de la conceptualización de término Burnout, una de ella es la perspectiva clínica y otra la psicosocial (Gil-Monte y Peiró, 1997). La primera de ellas, es al hilo de Freudenberg y Pines y Aaronson (1988), parte de la idea de que es un estado al que el sujeto llega como consecuencia al estrés laboral y es una respuesta con un conjunto de características y expresiones a una situación, se trata de un concepto estático. Por otro lado y en consonancia con otros autores como Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter (1988); Maslach y Jackson (1981), Schaufeli y Dierendonck (1993), entre otros, encontramos la perspectiva psicosocial la cual considera el Burnout como el fruto de la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales. Este proceso pasará por distintas manifestaciones y etapas como definen los autores anteriormente mencionados.

La percepción de burnout como proceso supone su definición como respuesta al fallo de las estrategias personales de afrontamiento habituales por parte del trabajador y además, implica una interacción de variables afectivas, cognitivo-aptitudinales y actitudinales, que se articulan entre sí en un episodio secuencial (Torres, Sánchez, & Salamanca, 2015).

Según Gil- Monte y Peiró, es en la concepción del burnout como proceso donde nace la necesidad de diferenciar éste de otros estados como son el tedio, la depresión, la alienación, la ansiedad, la insatisfacción laboral, la fatiga... para así poder descartar otros diagnósticos antes de aceptar el de síndrome de Burnout.

Maslach diferencia tres grandes dimensiones en el Burnout: el cansancio emocional, la despersonalización y falta de realización personal. Será en el año 1981 cuando Maslach y Jackson introducen un instrumento de medida para cuantificar el Burnout, realizando una nueva versión en 1986, donde incluyen las tres dimensiones antes mencionadas y que ha sido y es, actualmente, el instrumento más utilizado en las mediciones y realización de dicho diagnóstico.

Elliot y Smith, en el año 1984, entendían el Burnout como la pérdida de equilibrio impulsada por la idea de que puede ser un rasgo de personalidad, por tanto identificaba el Burnout como la suma de la susceptibilidad individual y la sobrecarga larga (Hidalgo, 2017).

También en 1984, Faber incluye el concepto de estrategias inapropiadas dentro de su definición de Burnout, quedando éste como “manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas”. En la misma época Shinn, Rosario, March y Chestnut definen burnout como “tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos”. De esta manera se va asentando más la progresión entre estrés laboral y desarrollo de burnout. En la misma línea que los anteriores, Nagy, en el año 1985 describe este fenómeno como “un gran número de manifestaciones psicológicas y físicas evidenciadas en trabajadores empleados en profesiones consideradas de interacción humana” (Martínez, 2010).

En el año 1986, Grantham entiende el burnout como un síndrome de adaptación con características propias que lo diferencian de otras patologías y, que antes de realizar este diagnóstico se deben descartar otros que no vengán definidos por el entorno laboral.

Pines y Aronson, en el año 1988, amplían la definición, llevándola más allá de los límites de las profesiones de ayuda, es decir, defienden que el burnout puede darse también en otros ámbitos laborales, sin ser exclusivo de servicios directos a otros usuarios. Definen el Burnout como “el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales” (Pines & Aronson, 1988). Estos autores dan mucha importancia a las

relaciones interpersonales en el trabajo y oportunidades de conocimiento, reconocimiento y desarrollo al que pueda optar el trabajador.

Varios autores van y vienen sobre la idea del Burnout y su definición, alejándose y aproximándose con respecto a las definiciones iniciales. Starrin, Larsson y Styrbom, en 1990 introducen el concepto de estrés pudiendo ser éste positivo o negativo, mientras que el Burnout siempre resulta ser negativo (Martínez, 2010).

En 1991, Ganster y Schanbroeck definen el burnout como “un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se dan en profesionales con altos grados de contacto personal”. En este mismo año, Wallace y Brinkerhoff entienden la dimensión de la despersonalización propia del síndrome como una estrategia de afrontamiento (Carlin & Garcés, 2010).

Kushnir y Melamed, en el año 1992, entienden que como consecuencia a la exposición a demandas emocionales de forma prolongada, aparece un “vaciamiento crónico” en las estrategias de afrontamiento del individuo que desembocan en el desarrollo del Burnout (Hidalgo, 2017).

Con respecto al desarrollo del síndrome de burnout, numerosos autores coinciden en que su inicio es progresivo y va apareciendo de forma gradual, contando su desarrollo con cinco fases (Frade et al, 2008) (INSHT, 2005-2006), si bien es cierto, no necesariamente tienen que desarrollarse las cinco, puede producirse un desgaste moderado y temporal que se resuelva sin pasar por todas ellas. Las cinco fases mencionadas son:

1. Entusiasmo: experimentación energía y expectativas positivas, entusiasmo por el nuevo puesto de trabajo.

2. Estancamiento: incumplimiento de las expectativas profesionales iniciales. Aparece un desequilibrio entre las demandas y los recursos y el trabajador se siente incapaz de realizar su trabajo con eficacia. Además se comienzan a valorar los aspectos negativos del trabajo, planteándose si el esfuerzo y la respuesta están desequilibradas.

3. Frustración: el trabajo empieza a carecer de sentido, ante el mínimo estímulo éste se muestra irritado, aparecen conflictos en el entorno laboral, sentimientos negativos como frustración, desilusión y desmoralización. En esta fase pueden iniciarse los problemas de salud emocionales, fisiológicos y conductuales.

4. Apatía: cambios en la conducta y la actitud, el trabajador comienza a tratar a los usuarios de forma distante, fría y distanciada, dejando a un lado el mejor servicio al mismo por iniciarse un mecanismo de afrontamiento defensivo-evitativo.

5. Quemado: Colapso emocional y cognitivo, aparecen consecuencias importantes a nivel de salud. El trabajador puede verse obligado a dejar el trabajo y/o llevarlo a una grave insatisfacción laboral.

Como hemos visto hasta ahora, el concepto de burnout ha sido estudiado y contextualizado por diversos autores pero su conceptualización sigue resultando ambigua y resbaladiza. En la última clasificación del CIE-10, el síndrome de Burnout es considerado como “un diagnóstico adicional no especificado”, con variedad de síntomas que afectan a las distintas dimensiones del ser humano y cuya gravedad puede ser muy variable llegando a tener consecuencias devastadoras (OMS, 1992) (Meléndez, Huerta, Hernández, Lavoignet, & Santes, 2016)

Farrerons y Calvo, en el año 2008 desarrollaron una nueva definición uniendo a varios autores, quedando el burnout definido como “un proceso de desarrollo gradual debido al estrés crónico laboral (que deriva de las altas demandas y escasos recursos) y estrechamente vinculado a actividades profesionales, cuyo objetivo es prestar algún tipo de ayuda a otras personas en unas circunstancias tales que, difícilmente su tarea pueda practicarse sin un compromiso o implicación afectiva, habitualmente intensa, lo que aboca a un fracaso adaptativo que se caracteriza por la presencia de un significativo agotamiento físico, emocional y mental, despersonalización, y bajo realización personal laboral, volviéndose los trabajadores apáticos, cínicos, escépticos e intransigentes” (Farrerons & Calvo, 2008).”

## **2.2. SÍNDROME DE BURNOUT: MODELOS EXPLICATIVOS**

Son muchos los autores que se han sentido atraídos por la polémica ocasionada por el Burnout y por ello, se han desarrollado distintos modelos explicativos. Gil-Monte y Peiró (1997) realizaron una clasificación de los mismos que hoy en día es la más utilizada y actualizada sobre el tema. Estos autores categorizan los modelos etiológicos del Burnout según cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural.

### **1) Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.**

Estos modelos, siguiendo la línea de pensamiento de Bandura, considera con respecto al burnout que, por un lado las cogniciones influyen en la forma en la que percibimos la realidad, siendo éstas modificadas por los efectos de sus acciones y consecuencias observadas. Por otro lado, el grado de seguridad del individuo sobre sus propias capacidades y para las consecuencias y reacciones emocionales tendrá relación directa y determinará el cumplimiento de objetivos.

#### **1.1) Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)**

Harrison entiende el síndrome de burnout como una función o competencia percibida, donde la motivación por ayudar a otros es la clave principal para determinar los resultados, aunque bien es cierto que en el ámbito laboral encontraremos factores externos que pueden actuar como ayuda o como barrera para la realización satisfactoria del trabajo así como para las emociones que producirán en el sujeto. Cuando el trabajador encuentra barreras en su entorno laboral, la sensación de autoeficacia disminuye y por tanto, aparecen emociones negativas que pueden desembocar en el desarrollo de burnout.

#### **1.2) Modelo de Pines (1993)**

Según Pines, la naturaleza del burnout radica en la idea de que sólo los individuos que intentan darle a su labor un sentido existencial y ponen unas altas expectativas son susceptibles de desarrollarlo. De manera que cuando es así y por motivos internos o externos fracasan, comienzan a aparecer sentimientos de fatiga, estrés, malestar...por lo que sienten que su vida pierde el sentido (Pines & Aronson, 1988).

### **1.3) Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)**

Este modelo determina una relación de causa entre la incapacidad de consecución de las metas propuestas por el trabajador y la percepción de fracaso psicológico y por tanto, la disminución de autoeficacia percibida y consecuente desarrollo de burnout. De esta manera, encontraba que los individuos con alta percepción de autoeficacia experimentaban mucho menos estrés y, ante situaciones estresantes eran capaces de afrontarlas de forma más exitosa.

### **1.4) Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)**

Estos autores destacan cuatro variables que determinan la aparición de burnout, estas son: discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del individuo, nivel de autoconciencia, expectativas de éxito personal y sentimientos de autoconciencia. Los sujetos con altos niveles de autoconciencia presentan tendencia elevada a percibir el estrés como una amenaza que les llevará a desarrollar estrategias de afrontamiento de huida.

## **2) Modelos etiológicos basados en la Teoría del Intercambio Social.**

Cuando el trabajador establece relaciones interpersonales se inicia un proceso de comparación social, a partir del cual se puede empezar a generar percepciones tales como falta de equidad o ganancia, haciendo al individuo más susceptible con respecto al riesgo de desarrollar burnout.

### **2.1) Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)**

Estos autores desarrollan un modelo que explica la aparición del síndrome de burnout en los profesionales de la Enfermería, en este contexto diferencia una doble etiología, la primera de ellas se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes y por otro, en los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros. Con esto último manifiestan que los profesionales de la Enfermería no suelen buscar apoyo en sus compañeros ante situación de estrés por miedo a la percepción de los mismos como incompetentes.

Además determinan tres variables de estrés que influye en el desarrollo del síndrome, éstas son la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control.

## **2.2) Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)**

Hobfoll y Freedy (1993) desarrollan una teoría motivacional que se basa en la idea de que, si el individuo percibe que su motivación se ve amenazada o frustrada puede desarrollar sentimientos de inseguridad sobre sus habilidades y esto podría llevar a presentar burnout. Se deben, por tanto, modificar las percepciones y cogniciones hacia una visión más positiva que vea reducidos los niveles de estrés percibidos. Para ello, se tendrán en cuenta cuatro categorías de recursos: propósitos, condiciones, características personales y capacidad física (Hatinen, Kinnunen, Pekkonen & Aro, 2004).

## **3) Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.**

Estos modelos engloban la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura, el clima organizacional y los cambios de rol. Todos ellos recogen la idea de que el síndrome del “quemado” es la respuesta al estrés laboral y además defienden la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante situaciones amenazantes.

### **3.1) Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)**

Para estos autores el estrés laboral genera situaciones de sobrecarga laboral que darán lugar a una línea secuencial en el desarrollo del síndrome. En primer lugar, cuando existe una exposición prolongada aparecerá la pérdida de control y en consecuencia los mecanismos de huida y despersonalización, es entonces cuando el individuo pretende afrontar la situación de forma constructiva sin perder el propósito de ayudar al otro, si bien el problema aparece cuando ante la exposición mantenida y el fracaso de esta primera forma de afrontamiento se desarrollarán sentimientos de pérdida de control y baja realización personal que desembocarán en agotamiento emocional y burnout.

### **3.2) Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)**

Este modelo considera el burnout como un acontecimiento particular que tiene lugar en determinadas profesiones relacionadas con servicios humanitarios y que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento no resultan eficaces. Para ellos la

despersonalización es entendida como una estrategia frente al agotamiento emocional y la baja realización personal.

Introducen el término “salud de la organización”, referido a la coherencia de integración de los sistemas psicosociales de ésta.

### **3.3) Modelo de Winnubst (1993)**

Este autor centra su modelo en las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el clima estructural y la cultura de la organización. Por tanto, el desarrollo de burnout por el individuo vendrá determinado por estos factores y no tanto por factores intrínsecos de éste, además defiende la idea de que el síndrome puede darse en todo tipo de trabajadores y no sólo en los de recursos humanitarios.

### **4) Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural.**

Estos modelos conciben el desarrollo de burnout como la consecuencia de una existente falta de equilibrio entre la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del trabajador. Para su desarrollo valoran y tienen en cuenta tanto las características personales como las interpersonales y organizacionales, se trata por tanto de un abordaje más integral. Los autores más relevantes de éste tipo de modelo son Gil Monte y Peiró (1999).

## **2.3. SITUACIÓN ACTUAL**

El fenómeno del “Burnout” se viene investigando desde hace varios años, remontándonos a varias décadas, como hemos visto a lo largo de los anteriores apartados. Además ha sido muy estudiada su situación en los últimos años, encontrando numerosos trabajos y bibliografía referentes a él. Todo tipo de elementos se han estudiado, encontrando trabajos históricos, trabajos sobre indicadores, influencia de factores sociodemográficos, estresores laborales, prevalencia en distintos ámbitos, prevención, repercusiones sobre la salud y la vida en general... (Manzano & Ayala, 2012).

Uno de los colectivos donde prima la investigación sobre el burnout es el sanitario y dentro de ellos, la Enfermería es, probablemente, la más estudiada de todas

las categorías, dentro del territorio nacional, por los distintos aspectos de la labor que realizan (Casa, Rincón & Vila, 2012) (Sánchez & Cortés, 2014) (Soto & Pérez, 2015).

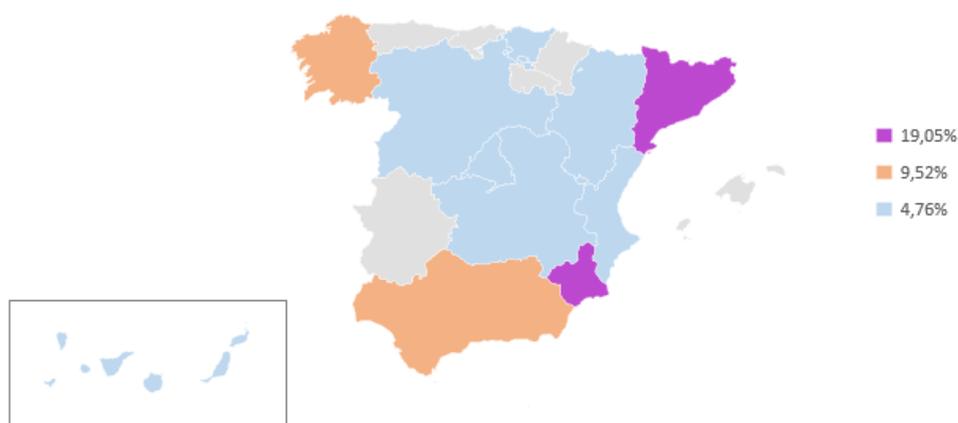
Hay diversos estudios que avalan que la Enfermería es la categoría profesional, dentro del colectivo sanitario, que mayor frecuencia de desarrollo de Burnout presenta, en comparación con el resto de colectivos (Giménez, Morales, Arnaldos, Aroca, Molina, 2013) (Rios, Martínez, Sabuco, Lozano, Perea, 2012).

Dentro de esta profesión, en España, el ámbito hospitalario resulta más presente en la investigación más reciente. Dentro del ámbito hospitalario, las Enfermeras más evaluadas son las que desarrollan su labor asistencial en las Unidades de Cuidados Críticos (UCI), (Sánchez, 2014) (Sánchez & Sierra, 2014), en segundo lugar encontramos los Servicios de Urgencias (Ríos et al, 2014) (Giménez et al, 2013) y tras estos, en los últimos años, ha ocupado el tercer puesto la Salud Mental y las Unidades de Psiquiatría (Sanclemente, Elboj & Iñiguez, 2014) (Melendez, Huerta, Hernández, Lavoignet & Santes, 2016) (Hidalgo 2017).

Otros servicios sanitarios evaluados frecuentemente son las Unidades de Cardiología (Bacaicoa, 2012), las de Nefrología y Hemodiálisis (Jiménez & García, 2016) (Fernández, Fernández, Rabadán, Navalón & Martínez, 2012), y las de Oncología (Díaz, De la Rosa & Herrera, 2013)

Dentro del territorio nacional, Murcia y Cataluña son las Comunidades Autónomas más punteras en investigación referida al síndrome de burnout, seguidas de Andalucía y Galicia (Hidalgo, 2017).

Figura 2. Áreas geográficas e investigación publicada



(Hidalgo C, 2017)

Existe un proyecto a nivel Europeo en el que España participa, llamado RN4CAST, en la versión española el objetivo principal del proyecto era conocer la percepción de las enfermeras que trabajan en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre su entorno laboral y la calidad de los cuidados que prestan, así como su satisfacción con el trabajo y su nivel de burnout (Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, López-Zorraquino, Gómez-García & González-María, 2012).

Además de esta versión Nacional del proyecto, existe una réplica realizada en Murcia, Región en la que se centrará también nuestro trabajo, por tanto el objetivo principal del estudio mencionado era conocer los perfiles de las enfermeras que trabajan en los hospitales del Servicio Murciano de Salud, así como las características sociolaborales de su trabajo. Según este estudio los profesionales estudiados eran más jóvenes y tenían menos experiencia que la media nacional, el perfil universitario era similar, contaban con más horas de formación continuada, las puntuaciones era mejores en cuestión de participación enfermera y en habilidades y apoyo a las enfermeras por parte de los responsables, el clima laboral era percibido ligeramente menos propicio, el ratio enfermera/paciente era levemente superior, la dotación y adecuación de recurso estaba por debajo de la media nacional. Sin embargo, la satisfacción laboral de las enfermeras estaba más elevada que la nacional y la percepción de la calidad de los servicios prestados también (Abad-Corpa et al, 2013).

Con respecto a los estudios realizados en servicios asistenciales de salud mental en el colectivo enfermero, destacamos como datos relevantes el hecho de que los profesionales que trabajan con pacientes crónicos presentan baja realización personal, las mujeres presentaban mayor cansancio emocional que los hombres. Además la formación y el apoyo formal para gestionar las emociones se percibe como carente o escaso (Sabater et al, 2015). Sin embargo, parece que en este colectivo la prevalencia de síndrome de burnout es más baja en comparación al desarrollo del mismo en otros ámbitos y servicios, relacionado, además con un nivel medio-alto en las dimensiones de fortaleza y mecanismos de afrontamiento (Leal P & De pablo I, 2014).

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. OBJETIVOS**

#### **3.1.1. OBJETIVO PRINCIPAL**

- Determinar la prevalencia de síndrome de burnout en sus tres dimensiones (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal), entre el personal de Enfermería que desarrolla su labor profesional en el ámbito de la Salud Mental y la Psiquiatría en las distintas Áreas de Salud de la Región de Murcia, tanto en el sector de Atención Primaria como en el de Atención Especializada y Hospitalaria.

#### **3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer las características sociodemográficas de los enfermeros y enfermeras que trabajan en las Unidades de Salud Mental y Psiquiatría de la Región de Murcia.
- Conocer las características laborales de los enfermeros y enfermeras que trabajan en las Unidades de Salud Mental y Psiquiatría de la Región de Murcia.
- Determinar el nivel de Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP) en enfermeros de Salud Mental y Psiquiatría de la Región de Murcia.
- Describir de qué manera influyen las distintas características sociodemográficas en la susceptibilidad y el desarrollo del síndrome de burnout (Edad, Sexo, Estado Civil, Nº hijos).
- Describir de qué manera influyen las distintas características del puesto de trabajo en la susceptibilidad y el desarrollo del síndrome de burnout (Situación laboral actual, tipo de jornada, puesto de trabajo

actual, turnicidad, clima de trabajo/trabajo en equipo, agresividad por parte de los usuarios).

- Detectar posibles factores de riesgo asociados al futuro desarrollo de síndrome de burnout.
- Detectar posibles factores protectores asociados al futuro desarrollo de síndrome de burnout.



## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional transversal de tipo descriptivo, puesto que se pretende estudiar la exposición, la prevalencia y los factores que pueden estar implicados en el desarrollo del síndrome de Burnout.

### 4.2. INSTRUMENTOS

En relación al instrumento, hemos utilizado la versión española del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) (Schaufeli W, Leiter M, Maslach C & Jackson S, 1996) (Maslach & Jackson, 1997). Éste consta de 22 ítems desarrollados en forma de afirmaciones y que hacen referencia a sentimientos y actitudes del profesional en y hacia su trabajo. Su objetivo principal es evaluar el desgaste profesional en el colectivo que se realice, pretendiendo medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el síndrome de burnout.

En el MBI (ANEXO I) podemos observar 3 aspectos o dimensiones: el agotamiento o cansancio emocional, que evalúa la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo (9 ítems); la despersonalización, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento (5 ítems); y la realización personal que valora los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo (8 ítems).

Por otro lado, hemos creído conveniente recoger datos sociodemográficos y hemos realizado además, algunas preguntas en relación al puesto de trabajo.

A continuación se muestra el cuestionario completo, dividido en tres secciones, al que han respondido cada uno de los participantes en este estudio.

#### **SECCIÓN 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

##### 1. EDAD

- Menor de 30 años
- Entre 30 y 40 años

- Entre 40 y 60 años
- Más de 60 años

2. SEXO

- Hombre
- Mujer

3. ESTADO CIVIL

- Soltero
- En pareja/Casado
- Separado/Divorciado
- Viudo

4. Nº HIJOS A CARGO

\_\_\_\_\_

5. ¿TIENE PERSONAS MAYORES A SU CARGO?

- Si
- No

6. EN CASO DE QUE LA RESPUESTA ANTERIOR SEA SI,  
¿CUÁNTAS?

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2: SOBRE SU PUESTO DE TRABAJO**

1. SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

- Eventual/Temporal
- Interinidad
- Comisión de servicio
- Fijo

2. TIPO DE JORNADA

- Parcial
- Completa

3. PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

- CSM (todos los servicios)
- Hospitalización (Todos los servicios)
- Otro...

4. TURNICIDAD

- Turno de mañanas
- Turno de tardes
- Turno de noches
- Turno de M/T/N rotatorio
- Turno de 12h M/T
- Guardias continuadas de 17 o 24h

5. CLIMA DE TRABAJO/TRABAJO EN EQUIPO

- Bueno
- Malo
- Ni bueno ni malo

6. ¿HA SUFRIDO ALGÚN TIPO DE AGRESIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO, POR PARTE DE ALGÚN USUARIO?

- Sí, de tipo verbal
- Sí, de tipo físico
- Sí, ambas
- No

7. EN CASO DE QUE LA RESPUESTA ANTERIOR SEA SI, ¿CUÁNTAS?

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 3: CUESTIONARIO MBI**

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA

1 = POCAS VECES AL AÑO O MENOS

2 = UNA VEZ AL MES O MENOS

3 = UNAS POCAS VECES AL MES

4 = UNA VEZ A LA SEMANA

5 = POCAS VECES A LA SEMANA

6 = TODOS LOS DÍAS

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo  
0 1 2 3 4 5 6
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío  
0 1 2 3 4 5 6
3. Cuando me levanto por la mañana y enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado  
0 1 2 3 4 5 6
4. Siento que no puedo entender fácilmente a los pacientes  
0 1 2 3 4 5 6
5. Siento que estoy trabajando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales  
0 1 2 3 4 5 6
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa  
0 1 2 3 4 5 6
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes  
0 1 2 3 4 5 6
8. Siento que mi trabajo me está desgastando  
0 1 2 3 4 5 6
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo  
0 1 2 3 4 5 6
10. Siento que me he hecho más duro con la gente  
0 1 2 3 4 5 6
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente  
0 1 2 3 4 5 6

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo

0 1 2 3 4 5 6

13. Me siento frustrado en mi trabajo

0 1 2 3 4 5 6

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo

0 1 2 3 4 5 6

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes

0 1 2 3 4 5 6

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa

0 1 2 3 4 5 6

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes

0 1 2 3 4 5 6

18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes

0 1 2 3 4 5 6

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo

0 1 2 3 4 5 6

20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades

0 1 2 3 4 5 6

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada

0 1 2 3 4 5 6

22. Me parece que los pacientes me culpa de algunos de sus problemas

0 1 2 3 4 5 6

### **4.3. CONTEXTO DEL ESTUDIO**

El estudio se ha llevado a cabo en las distintas Áreas de Salud de la Región de Murcia y se ha realizado concretamente a los profesionales de Enfermería especialistas y no-especialistas en Salud Mental que desarrollan su labor asistencial en dicho ámbito.

El Servicio Murciano de Salud cuenta con nueve Áreas de Salud repartidas por todo el territorio regional. Estas son:

- ÁREA 1 – MURCIA OESTE
- ÁREA 2 – CARTAGENA
- ÁREA 3 – LORCA
- ÁREA 4 – NOROESTE
- ÁREA 5 – ALTIPLANO
- ÁREA 6 – VEGA MEDIA DEL SEGURA
- ÁREA 7- MURCIA ESTE
- ÁREA 8 – MAR MENOR
- ÁREA 9 – VEGA ALTA DEL SEGURA

Con respecto a los recursos asistenciales, no todas ellas poseen servicios especializados de Salud Mental y Psiquiatría, sin embargo, en cuestión de atención al usuario si quedan todas ellas cubiertas.

Han sido contemplados todos aquellos profesionales que trabajan en los distintos niveles de atención (primario, secundario y terciario).

### **4.4. TEMPORALIZACIÓN**

El estudio se ha realizado durante los meses de Marzo, Abril y Mayo del año 2018, llevando a cabo la recogida de datos durante los últimos dos meses mencionados.

### **4.5. MUESTRA: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

El cuestionario ha sido difundido a la mayor parte de profesionales de Enfermería de Salud Mental posible, por ello los criterios de inclusión han sido laxos con la finalidad

de recoger el mayor número de datos posible, dado que la población de estudio está muy delimitada.

▪ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesionales Diplomados/Graduados en Enfermería.
- Trabajadores del Servicio Murciano de Salud, en un centro público o concertado.
- Que desarrollen su puesto en una Unidad/Servicio de Salud Mental.
- Que estén activos en este momento o lo hayan estado en el último año.
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Que contasen con ningún recurso telemático que le permitiera recibir el cuestionario.

▪ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Aquellos pertenecientes a otras categorías profesionales (Auxiliares de Enfermería, Psiquiatras, Psicólogos...).
- Que desarrollen su labor asistencial en un centro exclusivamente privado.
- Que trabajen en otras Unidades Hospitalarias o de Atención Primaria distintas a las de Salud Mental (CAP, Urgencias, Cardiología, Cirugía, Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos...).
- Que haga más de un año que trabajaron en Salud Mental en la Región de Murcia.
- Enfermeros de Salud Mental que trabajen en otras Comunidades Autónomas y cumplan el criterio anterior.
- Que no acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Que no contasen con ningún recurso telemático que le permitiera recibir el cuestionario.

Con respecto al tamaño de la muestra, se envió el cuestionario a un total de 92 enfermeros de salud mental de forma telemática, para lograr una fácil difusión con la finalidad de recibir la máxima difusión posible. Se envió de forma indiscriminada a todos aquellos que cumplían los criterios de inclusión por lo que no se realizó cálculo previo del tamaño muestral.

## 4.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Hicimos un estudio descriptivo en el que las variables se resumieron con frecuencias y porcentajes, tanto de la población total como por grupos de estudio.

Para ver las posibles asociaciones entre las distintas dimensiones se utilizó coeficiente de correlación de Pearson. Y para comprobar las posibles asociaciones entre las variables se utilizó el test de chi-cuadrado, con la corrección de Yates en caso necesario.

Para ver la direccionalidad de la asociación en caso significativo se hizo un estudio de residuos tipificados.

Todos los resultados se consideraron significativos para un valor  $\alpha < 0,05$ . Los análisis se llevaron a cabo con el programa SPSS v.20.0

## 4.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto a las limitaciones del estudio, encontramos limitaciones derivadas del diseño del mismo, puesto que al tratarse de un estudio transversal, sólo es posible estudiar asociaciones, pero no establecer causalidad entre las variables.

El anonimato de los participantes, supone una limitación en las variables estudiadas, ya que si se realiza una recogida de numerosos datos personales, el nivel de participación o la veracidad de las respuestas puede verse disminuido por miedo a perder el anonimato.

El tamaño de la muestra es relativamente pequeño puesto que la población de estudio está muy delimitada y además la participación era totalmente voluntaria y dependía de la motivación de los posibles participantes realizarla o no, factor que también puede influir en la determinación de la prevalencia de burnout.

Los posibles factores de confusión también son una importante limitación del estudio.

## 5. RESULTADOS

Durante el periodo de recogida de datos para el estudio, de los 92 cuestionarios repartidos entre enfermeros que desarrollan su labor asistencial en el ámbito de la salud mental, 74 de ellos participaron voluntariamente con la realización del cuestionario. Por tanto el nivel de participación en el estudio ha sido del 80,43%.

### 5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Por un lado, respecto a las características sociodemográficas de la población de estudios encontramos que, de los 74 participantes del estudio 62 eran mujeres (83,8%) y 12 eran hombres (16,2%). Del total, 41 tenían una edad comprendida entre 30 y 40 años (55,4%), 19 participantes eran menores de 30 años (25,7%), y 14 estaban dentro del rango de edad entre 40 y 60 años (18,9%); no teniendo ningún participante que estuviese por encima de los 60 años. En lo que respecta al estado civil de los participantes, 52 personas estaban casadas o en pareja (70,3%), 21 dijeron estar solteras (28,4%) y sólo una de ellas estaba separada o divorciada (1,4%). En relación a la descendencia, 44 personas no tenían hijos (59,5%), 11 tenían un hijo o una hija (14,9%), 16 personas tenían dos hijos/as (21,6%) y 3 participantes tenían 3 hijos/as (4,1%). Además 2 personas (2,7%) contestaron que tenían 1 persona mayor y/o dependiente a su cargo respectivamente.

### 5.2. CARACTERÍSTICAS LABORALES

Por otro lado y en relación a las características laborales de la población de estudio observamos que respecto a la situación laboral actual, 32 personas tenían un contrato eventual/temporal (43,2%), 25 tenían un contrato tipo interinidad (33,8%), 11 participantes eran fijos, con posesión de plaza (14,9%) y 6 personas tenían un contrato de comisión de servicio (8,1%). Del total, 60 enfermeros trabajaban a jornada completa en su puesto de trabajo (81,1%), mientras que 14 tenían un contrato a tiempo parcial (18,9%). En referencia al puesto de trabajo que ocupaban, 41 personas trabajaban en Unidades de Hospitalización (55,4%), 28 participantes trabajaban en Centros de Salud Mental en sus distintas especialidades (37,8%) y 5 personas contestaron que trabajaban en Otros no incluidos en los anteriores (6,8%).

De los 74 participantes, 33 enfermeros realizaban turno fijo de mañanas (44,6%), 31 tenían turnos rotatorios de mañana, tarde y noche (41,9%), 5 personas trabajaban en turnos de doce horas alternando turnos diurnos y nocturnos (6,8%), 3 enfermeros realizan turno de guardia continuada de diecisiete o veinticuatro horas (4,1%) y 2 personas realizaban sólo turnos de noche (2,7%). De todos ellos, 55 enfermeros definían el clima de trabajo y el trabajo en equipo de su Unidad como bueno (74,3%), 11 personas lo catalogaban de “ni bueno ni malo” (14,9%) y 8 lo hacían como malo (10,8%).

Con respecto a las agresiones sufridas por parte de algún usuario en el último año, 38 enfermeros nunca habían recibido ninguna agresión (51,4%), mientras que 36 sí que se habían encontrado con agresiones en su puesto de trabajo (48,7%). De estos 36 enfermeros, 29 habían sufrido agresiones de tipo exclusivamente verbal (39,2%) y 7 habían recibido agresiones tanto de tipo verbal como físico (9,5%). Ningún enfermero había recibido agresiones exclusivamente de tipo físico.

También se valoró el número de esas agresiones recibidas en un año en el 48,7% del total de participantes que dijo haber sufrido. En sólo una ocasión, 5 personas (14,7%), en dos ocasiones, 5 personas (14,7%), en tres, cuatro, cinco, seis, ocho, diez, quince y veinte, 5 (14,7%), 3 (8,8%), 3 (8,8%), 3 (8,8%), 3 (8,8%), 2 (5,9%), 1 (2,9%) y 2 (5,7%) personas respectivamente. Hubo 2 personas que respondieron 0 numéricamente (5,7%) y otras 2 personas que no especificaron el número de agresiones recibidas en el último año.

### **5.3. RESULTADOS CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)**

Se estudiaron las tres dimensiones de la MBI por separado, Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP). Los resultados se muestran en la Tabla 1, donde podemos observar que, el 17,6% de la muestra presentaba valores que presentan indicios de burnout en la dimensión de CE frente al 82,4% que se encontraba por debajo de la puntuación de corte; con respecto a la dimensión DP el 35,1% estaban por encima del valor de corte presentando, por tanto, indicios para burnout frente al 64,9% que no lo presentaba; en la dimensión RP se observaba riesgo de burnout en el 33,8% y niveles óptimos para el 66,2%.

**Tabla 1.** Resultados MBI por puntuación de corte.

CE		DP		RP	
≤ 26 (n%)	> 26 (n%)	≤ 9 (n%)	> 9 (n%)	≥ 34 (n%)	<34 (n%)
61 (82,4%)	13 (17,6%)	48 (64,9%)	26 (35,1%)	49 (66,2%)	25 (33,8%)

Con respecto a la categorización de nivel en bajo, medio o alto de riesgo de burnout, se muestran los resultados en la Tabla 2. Para la dimensión CE, el 58,1% obtuvieron un nivel bajo, el 24,3% un nivel medio y el 17,6% un nivel alto; para la dimensión DP, el 35,1% presentaba nivel bajo, el 29,7% un nivel medio y n 35,1% un nivel alto; y para la dimensión RP un 33,8% presentaban nivel bajo, otro 33,8% nivel medio y el 32,4% nivel alto.

**Tabla 2.** Resultados MBI por categorías.

CE			DP			RP		
BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
43 (58,1%)	18 (24,3%)	13 (17,6%)	26 (35,1%)	22 (29,7%)	26 (35,1%)	25 (33,8%)	25 (33,8%)	24 (32,4%)

En función de los ítems más relevantes (Tabla 3), podemos observar que en la dimensión CE destacan con puntuaciones más altas los ítems “1- Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo”, “14- Creo que trabajo demasiado” y “8- Siento que mi trabajo me está desgastando” y, con puntuación más bajas destacan los ítems “20- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades” y “2- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío”; en la dimensión DP los ítems que obtienen puntuaciones más altas son el “10- Siento que me he hecho más duro con la gente” y el “11- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente”, y con menor puntuación destaca el ítem “15- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes”. En la dimensión RP los ítems que obtenían puntuaciones más altas fueron “4- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes”, “17- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes” y “18- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes”, las puntuaciones más bajas de esta dimensión quedaban para los ítems “21- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada” y “12- Me siento con mucha energía en mi trabajo”.

**Tabla 3.** Ítems más relevantes dentro de cada dimensión del MBI.

CE		DP		RP	
Ítems más relevantes >	Ítems más relevantes <	Ítems más relevantes >	Ítems más relevantes <	Ítems más relevantes >	Ítems más relevantes <
1, 14, 8	20, 2	10, 11	15	4, 17, 18	21, 12

También se ha realizado el análisis de la relación entre las distintas dimensiones del MBI (Tabla 4), de manera que observamos como dicha relación entre las mismas resulta significativa para todas las asociaciones. De esta manera niveles altos de CE muestran una asociación buena y significativa, con niveles altos en DP y al contrario. La relación entre estas dos anteriores (CE y DP) con la dimensión de RP manifiesta una asociación débil aunque significativa inversamente proporcional a las anteriores, es decir, puntuaciones altas de CE y DP, se relacionan con puntuaciones bajas en RP.

**Tabla 4.** Relación entre las distintas dimensiones del MBI mediante Correlación de Pearson y nivel de significación.

	CE	DP	RP
CE		0,658 p=0,000	-0,391 p=0,001
DP	0,658 p=0,000		-0,381 p=0,001
RP	-0,391 p=0,001	-0,381 p=0,001	

#### 5.4. RESULTADOS CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI): RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se ha estudiado la relación entre las variables sociodemográficas “edad, sexo, estado civil y número de hijos”, y cada una de las tres dimensiones del MBI (CE, DP y

RP). También se recogieron datos sobre si algún participante tenía a su cargo alguna persona mayor y/o dependiente aunque sólo el 2,7% de la muestra total respondió que sí, por tanto los resultados de esta variable no eran representativos.

La relación entre la variable “Edad” y las tres dimensiones del Cuestionario MBI (Tabla 5), nos presenta resultados significativos para la dimensión DP y edad menor de 30 años, con  $\alpha=0,012$ , apareciendo niveles de indicios de burnout en el 16,2% de los participantes frente al 9,5% que no presentaba puntuaciones elevadas dentro de éste rango de edad. Sin embargo, para la dimensión CE y RP no se encontraron relaciones significativas.

**Tabla 5.** Resultados MBI respecto a la variable Edad por puntuación, con nivel de significación.

EDAD		CE		DP		RP		p
		$\leq 26$	$> 26$	$\leq 9$	$>9$	$\geq 34$	$< 34$	
		(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	
EDAD	< 30 años	16 (21,6%)	3 (4,1%)	7 (9,5%)	12 (16,2%)	15 (20,3%)	4 (5,4%)	0,220
	30 - 40 años	35 (47,3%)	6 (8,1%)	31 (41,9%)	10 (13,5%)	27 (36,5%)	14 (18,9%)	
	40 - 60 años	10 (13,5%)	4 (5,4%)	10 (13,5%)	4 (5,4%)	7 (9,5%)	7 (9,5%)	

En el análisis por categorías y edad (Tabla 6), encontramos la misma correlación en la dimensión DP para edad menor de 30 años, donde el nivel alto era significativamente mayor que el resto, con  $\alpha=0,049$ . Para el resto de edades y dimensiones del MBI los datos no establecieron ninguna relación significativa entre ellas.

**Tabla 6.** Resultados MBI respecto a la variable Edad por categorías, con nivel de significación.

EDAD		CE			DP			RP		
		BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
EDAD	< 30 años	9 (12,2%)	7 (9,5%)	3 (4,1%)	5 (6,8%)	2 (2,7%)	12 (16,2%)	4 (5,4%)	7 (9,5%)	8 (10,8%)

EDAD		CE			DP			RP		
		BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
30-40años		28 (37,8%)	7 (9,5%)	6 (8,1%)	16 (21,6%)	15 (20,3%)	10 (13,5%)	14 (18,9%)	15 (20,3%)	12 (16,2%)
	40-60años	6 (8,1%)	4 (5,4%)	4 (5,4%)	5 (6,8%)	5 (6,8%)	4 (5,4%)	7 (9,5%)	3 (4,1%)	4 (5,4%)
P		0,279			0,049*			0,474		

(continuación)

Con respecto a la variable “Sexo”, no se obtuvieron datos significativos para ninguna de las dimensiones (CE, DP y RP) y ninguno de los sexos, ni en la relación por puntuación (Tabla 7), ni en la evaluación por niveles (Tabla 8).

**Tabla 7.** Resultados MBI respecto a la variable Sexo por puntuación, con nivel de significación.

SEXO		CE			DP			RP		
		≤ 26 (n%)	> 26 (n%)	p	≤ 9 (n%)	>9 (n%)	p	≥ 34 (n%)	< 34 (n%)	p
Hombre		10 (13,5%)	2 (2,7%)	0,929	8 (10,8%)	4 (5,4%)	0,886	9 (12,2%)	3 (4,1%)	0,482
	Mujer	51 (68,9%)	11 (14,9%)		40 (54,1%)	22 (29,7%)		40 (54,1%)	22 (29,7%)	

**Tabla 8.** Resultados MBI respecto a la variable Sexo por categorías, con nivel de significación.

SEXO		CE			DP			RP		
		BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
Hombre		7 (9,5%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	5 (6,8%)	3 (4,1%)	4 (5,4%)	3 (4,1%)	5 (6,8%)	12 (16,2%)
	Mujer	36 (48,6%)	15 (20,3%)	11 (14,9%)	21 (28,4%)	19 (25,7%)	22 (29,7%)	22 (29,7%)	20 (27%)	20 (27%)
P		0,995			0,863			0,743		

Para la variable “Estado Civil” tampoco se encontraron relaciones significativas entre ninguna de las dimensiones (CE, DP y RP) y las agrupaciones de respuesta, no

existiendo dicha relación ni en la evaluación por puntuaciones (Tabla 9), ni en la realizada por categorías o niveles (Tabla 10).

**Tabla 9.** Resultados MBI respecto a la variable Estado Civil por puntuación, con nivel de significación.

ESTADO CIVIL	CE			DP			RP		
	≤ 26	> 26	p	≤ 9	>9	p	≥ 34	< 34	p
	(n%)	(n%)		(n%)	(n%)		(n%)	(n%)	
Casado/ Pareja	42 (56,8)	10 (13,5%)	0,791	36 (48,6%)	16 (21,6%)	0,299	32 (43,2%)	20 (27%)	0,105
Separado/ Divorciado	1 (1,4%)	0 (0%)		1 (1,4%)	0 (0%)		0 (0%)	1 (1,4%)	
Soltero	18 (24,3%)	3 (4,1%)		11 (14,9%)	10 (13,5%)		17 (23%)	4 (5,4%)	

**Tabla 10.** Resultados MBI respecto a la variable Estado Civil por categorías, con nivel de significación.

ESTADO CIVIL	CE			DP			RP		
	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
Casado/ Pareja	28 (37,8%)	14 (18,9%)	10 (13,5%)	18 (24,3%)	18 (24,3%)	16 (21,6%)	20 (27%)	16 (21,6%)	16 (21,6%)
Separado/ Divorciado	1 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Soltero	14 (18,9%)	4 (5,4%)	21 (28,4)	7 (9,5%)	4 (5,4%)	10 (13,5%)	4 (5,4%)	9 (12,2%)	8 (10,8%)
p	0,783			0,366			0,337		

En la variable “Número de hijos a cargo”, no se han encontrado datos significativos en cuanto a la relación entre la cantidad de hijos y la presencia de indios de desarrollo de burnout, tanto en la evaluación por puntuaciones (Tabla 11), como en la evaluación por categorías o niveles (Tabla 12).

**Tabla 11.** Resultados MBI respecto a la variable N° de hijos por puntuación, con nivel de significación.

N° HIJOS	CE			DP			RP		
	≤ 26	> 26	p	≤ 9	>9	p	≥ 34	< 34	p
	(n%)	(n%)		(n%)	(n%)		(n%)	(n%)	
Sin hijos	33 (44,6%)	11 (14,9%)	0,114	26 (35,1%)	18 (24,3)	0,468	33 (44,6%)	11 (14,9%)	0,226
1 Hijo/a	11 (14,9%)	0 (0%)		7 (9,5%)	4 (5,4%)		5 (6,8%)	6 (8,1%)	
2 Hijos/as	15 (20,3%)	1 (1,4%)		13 (17,9%)	3 (4,1%)		9 (12,2%)	7 (9,5%)	
3 Hijos/as	2 (2,7%)	1 (1,4%)		2 (2,7%)	1 (1,4%)		2 (2,7%)	1 (1,4%)	

**Tabla 12.** Resultados MBI respecto a la variable N° de hijos por categorías, con nivel de significación.

N° HIJOS	CE			DP			RP		
	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO
	(n%)	(n%)							
Sin hijos	22 (29,7%)	11 (14,9%)	11 (14,9%)	15 (20,3%)	11 (14,9%)	18 (24,3)	11 (14,9%)	16 (21,6%)	17 (23%)
1 Hijo/a	6 (8,1%)	5 (6,8%)	0 (0%)	3 (4,1%)	4 (5,4%)	4 (5,4%)	6 (8,1%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)
2 Hijos/as	14 (18,9%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	7 (9,5%)	6 (8,1%)	16 (21,6%)	7 (9,5%)	5 (6,8%)	4 (5,4%)
3 Hijos/as	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)
P	0,054			0,805			0,594		

## 5.5. RESULTADOS CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI): RELACIÓN CON VARIABLES LABORALES

Se ha estudiado también la relación entre las variables laborales o relacionadas con el puesto de trabajo “situación laboral actual, tipo de jornada, puesto de trabajo, turnicidad, clima de trabajo/trabajo en equipo y agresiones en el último año”, y cada una de las tres dimensiones del MBI (CE, DP y RP).

Con respecto a la variable “Situación laboral actual” se presentan resultados significativos en la dimensión de DP para el desarrollo de burnout, con un  $\alpha=0,007\%$ , observamos que los participantes con situación de contrato eventual/temporal presentaban mayores puntuaciones en esta dimensión, mientras que los participantes con contratos de interinidad, comisión de servicio o fijo, mostraban una relación inversa donde los niveles de despersonalización era bajos (Tabla 13).

**Tabla 13.** Resultados MBI respecto a la variable Situación laboral actual por puntuación, con nivel de significación.

SITUACIÓN LABOAL ACTUAL	CE		DP			RP			
	$\leq 26$	$> 26$	p	$\leq 9$	$>9$	p	$\geq 34$	$< 34$	p
	(n%)	(n%)		(n%)	(n%)		(n%)	(n%)	
Comisión de servicio	6 (8,1%)	0 (0%)	0,112	6 (8,1%)	0 (0%)	0,007*	3 (4,1%)	3 (4,1%)	0,606
Interinidad	17 (23%)	8 (10,8%)		19 (25,7%)	6 (8,1%)		18 (24,3%)	7 (9,5%)	
Fijo	10 (13,5%)	1 (1,4%)		9 (12,2%)	2 (2,7%)		6 (8,1%)	5 (6,8%)	
Eventual/ Temporal	28 (37,8%)	4 (5,4%)		14 (18,9%)	18 (24,3%)		22 (29,7%)	10 (13,5%)	

**Tabla 14.** Resultados MBI respecto a la variable Situación laboral actual por categorías, con nivel de significación.

SITUACIÓN LABOAL ACTUAL	CE			DP			RP		
	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
Comisión de servicio	5 (6,8%)	1 (1,4%)	0 (0%)	3 (4,1%)	3 (4,1%)	0 (0%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)
Interinidad	14 (18,9%)	3 (4,1%)	8 (10,8%)	8 (10,8%)	11 (14,9%)	6 (8,1%)	7 (9,5%)	10 (13,5%)	8 (10,8%)
Fijo	7 (9,5%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)	5 (6,8%)	4 (5,4%)	2 (2,7%)	5 (6,8%)	3 (4,1%)	3 (4,1%)
Eventual/ Temporal	17 (23%)	11 (14,9%)	4 (5,4%)	10 (13,5%)	4 (5,4%)	18 (24,3%)	10 (13,5%)	10 (13,5%)	12 (16,2%)
p	0,180			0,022*			0,867		

De la misma forma, en la evaluación realizada por categorías o niveles, para un  $\alpha=0,022$ , observamos que en la dimensión de DP, los participantes con contratos eventuales y temporales presentaban niveles altos en los valores de referencia (Tabla 14).

Para la variable “Tipo de jornada” no se encontraron relaciones significativas en ninguna de las dimensiones CE, DP y RP, con las opciones categóricas de la variable, ni en la evaluación por puntuación (Tabla 15), ni en la evaluación por niveles (Tabla 16).

**Tabla 15.** Resultados MBI respecto a la variable Tipo de jornada por puntuación, con nivel de significación.

TIPO DE JORNADA	CE			DP			RP		
	$\leq 26$	$> 26$	p	$\leq 9$	$>9$	p	$\geq 34$	$< 34$	p
	(n%)	(n%)		(n%)	(n%)		(n%)	(n%)	
Completa	47 (63,5%)	13 (17,6%)	0,055	39 (52,7%)	21 (28,4%)	0,960	39 (52,7%)	21 (28,4%)	0,647
Parcial	14 (18,9%)	0 (0%)		9 (12,2%)	5 (6,8%)		10 (13,5%)	4 (5,4%)	

**Tabla 16.** Resultados MBI respecto a la variable Tipo de jornada por categorías, con nivel de significación.

TIPO DE JORNADA	CE			DP			RP		
	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
Completa	33 (44,6%)	14 (18,9%)	13 (17,6%)	21 (28,4%)	18 (24,3%)	21 (28,4%)	21 (28,4%)	19 (25,7%)	20 (27%)
Parcial	10 (13,5%)	4 (5,4%)	0 (0%)	5 (6,8%)	4 (5,4%)	5 (6,8%)	4 (5,4%)	6 (8,1%)	4 (5,4%)
P	0,158			0,994			0,727		

En la variable “Puesto de trabajo”, parece que existe una cierta tendencia a obtener puntuaciones altas en la dimensión de DP y los enfermeros de hospitalización, mientras que los enfermeros de CSM obtienen puntuaciones bajas en esta dimensión, aunque los resultados no son significativos para ninguna de las tres dimensiones, con  $\alpha=0,05$  (Tabla 17); en la evaluación por niveles los resultados tampoco son significativos (Tabla 18).

**Tabla 17.** Resultados MBI respecto a la variable Puesto de trabajo actual por puntuación, con nivel de significación.

PUESTO DE TRABAJO	CE			DP			RP		
	≤ 26	> 26	P	≤ 9	>9	P	≥ 34	< 34	p
	(n%)	(n%)		(n%)	(n%)		(n%)	(n%)	
CSM	23 (31,1%)	5 (6,8%)	0,986	23 (31,1%)	5 (6,8%)	0,05	20 (27%)	8 (10,8%)	0,137
Hospitalización	34 (45,9%)	7 (9,5%)		22 (29,7%)	19 (25,7%)		24 (32,4%)	17 (23%)	
Otro	4 (5,4%)	1 (1,4%)		3 (4,1%)	2 (2,7%)		5 (6,8%)	0 (0%)	

**Tabla 18.** Resultados MBI respecto a la variable Puesto de trabajo actual por categorías, con nivel de significación.

PUESTO DE TRABAJO ACTUAL	CE			DP			RP		
	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
CSM	17 (23%)	6 (8,1%)	5 (6,8%)	13 (17,6%)	10 (13,5%)	5 (6,8%)	8 (10,8%)	7 (9,5%)	13 (17,6%)
Hospitalización	25 (33,8%)	9 (12,2%)	7 (9,5%)	11 (14,9%)	11 (14,9%)	19 (25,7%)	17 (23%)	15 (20,3%)	9 (12,2%)
Otro	1 (1,4%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	0 (0%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)
p	0,383			0,175			0,110		

Para la variable “Turnicidad”, observamos que se obtienen resultados significativos para las dimensiones DP y RP (Tabla 19), en la primera de ellas DP, los enfermeros que tenían turno rotatorio M/T/N obtuvieron puntuaciones mucho más elevadas que el resto, contrariamente los enfermeros con turno de mañana presentaban niveles bajos junto con los que estaban a turno de doce horas D/N. En la dimensión RP, los dos colectivos anteriores (turno de mañana y de doce horas) presentaban niveles elevados de RP, mientras que los que realizaban guardias continuadas de diecisiete o veinticuatro horas y en menor proporción los de tenían turno rotatorio, presentaban puntuaciones bajas en RP.

**Tabla 19.** Resultados MBI respecto a la variable Turnicidad por puntuación, con nivel de significación.

TURNICIDAD	CE		p	DP		p	RP		
	≤ 26	> 26		≤ 9	>9		≥ 34	< 34	p
	(n%)	(n%)		(n%)	(n%)		(n%)	(n%)	
Guardias continuadas 17 o 24h	2 (2,7%)	1 (1,4%)	0,671	2 (2,7%)	1 (1,4%)	0,046*	0 (0%)	3 (4,1%)	0,047*
T. 12h D/N	5 (6,8%)	0 (0%)		4 (5,4%)	1 (1,4%)		5 (6,8%)	0 (0%)	
T. Mañanas	26 (35,1%)	7 (9,5%)		26 (35,1%)	7 (9,5%)		24 (32,4%)	9 (12,2%)	
T. Noches	2 (2,7%)	0 (0%)		2 (2,7%)	0 (0%)		1 (1,4%)	1 (1,4%)	
T. M/T/N rotatorio	26 (35,1%)	5 (6,8%)		14 (18,9%)	17 (23%)		19 (25,7%)	12 (16,2%)	

En cuanto a la evaluación por categorías o niveles bajo, medio y alto, para la variable (Turnicidad), sólo se obtuvieron datos significativos en la dimensión RP en la que se relacionaba el turno de guardias continuadas, con niveles bajos de RP y en menor proporción los que tenían turno rotatorio (Tabla 20).

**Tabla 20.** Resultados MBI respecto a la variable Turnicidad por categorías, con nivel de significación.

TURNICIDAD	CE			DP			RP		
	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO
	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)
Guardias continuadas 17 o 24h	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	0 (0%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	3 (4,1%)	0 (0%)	0 (0%)
T. 12h D/N	3 (4,1%)	2 (2,7%)	0 (0%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	0 (0%)	4 (5,4%)	1 (1,4%)
T. Mañanas	19 (25,7%)	7 (9,5%)	7 (9,5%)	15 (20,3%)	11 (14,9%)	7 (9,5%)	9 (12,2%)	9 (12,2%)	15 (20,3%)

TURNICIDAD	CE			DP			RP		
	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
T. Noches	2 (2,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,4%)
T. M/T/N rotatorio	18 (24,3)	8 (10,8%)	5 (6,8%)	7 (9,5%)	7 (9,5%)	17 (23%)	12 (16,2%)	12 (16,2%)	7 (9,5%)
p	0,846			0,105			0,044*		

(continuación)

Respecto a la variable “Clima de trabajo/Trabajo en equipo”, los resultados eran significativos para las dimensiones CE y RP, apareciendo puntuaciones bajas de CE en los participantes que consideraban como “bueno” el clima de trabajo y obteniendo éstos altas en la dimensión RP, mientras que los que consideraban “malo” su clima de trabajo y trabajo en equipo obtenían puntuaciones altas en la dimensión CE y bajas en RP (Tabla 21). De igual forma se encontraron resultados significativos en la evaluación por categorías o niveles (Tabla 22).

**Tabla 21.** Resultados MBI respecto a la variable Clima de trabajo/Trabajo en equipo por puntuación, con nivel de significación.

CLIMA DE TRABAJO/ TRABAJO EN EQUIPO	CE			DP			RP		
	≤ 26 (n%)	> 26 (n%)	p	≤ 9 (n%)	>9 (n%)	p	≥ 34 (n%)	< 34 (n%)	p
Bueno	49 (66,2%)	6 (10,9%)	0,002*	40 (54,1%)	15 (20,3%)	0,051	39 (52,7%)	16 (21,6%)	0,002*
Malo	3 (4,1%)	5 (6,8%)		3 (4,1%)	5 (6,8%)		1 (1,4%)	7 (9,5%)	
Ni bueno ni malo	9 (12,2%)	2 (2,7%)		5 (6,8%)	6 (8,1%)		9 (12,2%)	2 (2,7%)	

**Tabla 22.** Resultados MBI respecto a la variable Clima de trabajo/Trabajo en equipo por categorías, con nivel de significación.

CLIMA DE TRABAJO/TRABAJO EN EQUIPO	CE			DP			RP		
	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO
	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)	(n%)
Bueno	35 (47,3%)	14 (18,9%)	6 (8,1%)	22 (29,7%)	18 (24,3%)	15 (20,3%)	16 (21,6%)	20 (27%)	19 (25,7%)
Malo	2 (2,7%)	1 (1,4%)	5 (6,8%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	5 (6,8%)	7 (9,5%)	0 (0%)	1 (1,4%)
Ni bueno ni malo	6 (8,1%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	6 (8,1%)	2 (2,7%)	5 (6,8%)	4 (5,4%)
P	0,012*			0,178			0,015*		

Para la variable “Agresiones sufridas en el último año por parte de los usuarios” no se encontraron resultados significativos para ninguna de las dimensiones, ni para la evaluación por puntuación (Tabla 23), ni para la realizada por niveles o categorías (Tabla 24).

**Tabla 23.** Resultados MBI respecto a la variable Agresiones sufridas en el último año por puntuación, con nivel de significación.

AGRESIONES SUFRIDAS EN EL ÚLTIMO AÑO	CE			DP			RP		
	≤ 26	> 26	p	≤ 9	>9	p	≥ 34	< 34	p
	(n%)	(n%)		(n%)	(n%)		(n%)	(n%)	
No	33 (44,6%)	5 (6,8%)	0,490	26 (35,1%)	12 (16,2%)	0,657	26 (35,1%)	12 (16,2%)	0,823
De tipo verbal	22 (29,7%)	7 (9,5%)		17 (23%)	12 (16,2%)		18 (24,3%)	11 (14,9%)	
De tipo verbal y físico	6 (8,1%)	1 (1,4%)		5 (6,8%)	2 (2,7%)		5 (6,8%)	2 (2,7%)	

**Tabla 24.** Resultados MBI respecto a la variable Agresiones sufridas en el último año por categorías, con nivel de significación.

AGRESIONES SUFRIDAS EN EL ÚLTIMO AÑO	CE			DP			RP		
	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)	BAJO (n%)	MEDIO (n%)	ALTO (n%)
No	24 (32,4%)	9 (12,2%)	5 (6,8%)	15 (20,3%)	11 (14,9%)	12 (16,2%)	12 (16,2%)	14 (18,9%)	12 (16,2%)
De tipo verbal	13 (17,6%)	9 (12,2%)	7 (9,5%)	9 (12,2%)	8 (10,8%)	12 (16,2%)	11 (14,9%)	7 (9,5%)	11 (14,9%)
De tipo verbal y físico	6 (8,1%)	0 (0%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	4 (5,4%)	1 (1,4%)
p	0,250			0,839			0,512		





## 6. CONCLUSIONES GENERALES

1. La prevalencia de síndrome de burnout para los enfermeros de Salud Mental y Psiquiatría de la Región de Murcia es baja para Cansancio Emocional e intermedia para Despersonalización y Realización Personal, estando significativamente relacionadas las altas puntuación en CE con altas en DP y, mostrando ambas relación inversa con RP.
2. La Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de la Región de Murcia tiene un perfil de trabajadores mayoritariamente jóvenes, mujeres en su mayoría, en gran proporción casados o en pareja y, en relación a la descendencia son más aquellos que aún no tienen hijos.
3. La Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de la Región de Murcia presenta ciertas condiciones de inestabilidad laboral en la duración de los contratos de trabajo; la mayor parte de los contratos son de tipo eventual y temporal, seguidos de los contratos de interinidad.
4. La Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de la Región de Murcia realiza en su mayoría jornada a tiempo completo, en mayor proporción en el ámbito de Hospitalización, seguida de CSM; destacando los turnos de mañanas, seguidos de los rotatorios M/T/N.
5. La Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de la Región de Murcia destaca que el clima de trabajo es mayoritariamente bueno, estando presente el espíritu de trabajo en equipo.
6. No hay relaciones significativas entre los factores sociodemográficos estudiados y el desarrollo de burnout, excepto que, los menores de 30 años presentan una mayor predisposición a presentar Despersonalización en los cuidados en este colectivo profesional. Pudiendo ser éste un factor de confusión, al coincidir con otras variables laborales.
7. Los enfermeros con contratación de tipo eventual/temporal tienen mayor tendencia a presentar Despersonalización en los cuidados.

8. En cuanto a la turnicidad, los enfermeros con turno rotatorio de M/T/N presentan mayor Despersonalización y niveles intermedio/bajo de Realización Personal; los que realizan guardias continuadas de 17 o 24h tienen muy baja Realización Personal, al contrario que los que hacen turnos de mañana.
9. Un buen clima de trabajo y el trabajo en equipo disminuye el desarrollo de Cansancio Emocional y aumenta el nivel de Realización Personal, siendo inversa esta relación en climas de trabajo malos y con escasa o nula relación de equipo.
10. Los enfermeros de Salud Mental y Psiquiatría de la Región están sometidos a un nivel medio-alto de agresividad por parte de los usuarios, sobre todo de tipo verbal, pero no está relacionada con el aumento de la probabilidad de desarrollar burnout en este colectivo.

Puesto que, como hemos visto, el desarrollo de síndrome de burnout está más relacionado con los factores laborales y del entorno de trabajo, que con los factores sociodemográficos personales, cobra vital importancia incidir sobre los primeros, puesto que en ellos podemos trabajar en todos los niveles y, desde el propio colectivo enfermero y resto de compañeros, hasta la administración y dirección de todo el Servicio Murciano de Salud e incluso del Estado.

Podemos disminuir la prevalencia de síndrome de burnout esforzándonos en mantener el trabajo en equipo junto con un buen ambiente o clima laboral, pareciendo éste ser un factor protector para el desarrollo de burnout. Además, es importante trabajar en la oferta de empleo público, disminuyendo los contratos de tipo eventual y temporal de corta duración y ampliando los de duración media-larga, ya que también ha demostrado ser un factor de riesgo y protector, respectivamente.

Otro factor importante en el que debemos incidir es el de la turnicidad, tratando de realizar una organización de los turnos de trabajo y la jornada laboral que proteja la salud de los trabajadores, en la medida de lo posible y tomando en consideración la necesidad de ofertar cuidados las veinticuatro horas del día en algunos ámbitos sanitarios.

Cabe destacar también el alto nivel de agresividad al que se enfrenta la Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría a lo largo de su jornada laboral, por parte de algunos usuarios. Encontramos una proporción de casi la mitad del colectivo la que la había sufrido, en su mayoría de tipo verbal. Aunque no se ha encontrado relación entre esta agresividad y el desarrollo de burnout, en ninguna de sus dimensiones, es importante trabajar en la prevención y disminución de estas agresiones puesto que pueden influir en la salud y el bienestar personal y laboral de los trabajadores.

Podemos concluir que la Enfermería, a pesar de ser a priori una población susceptible de desarrollo de burnout por la naturaleza de su profesión así como por la organización laboral y administrativa a la que se ve sometida, en el ámbito de la salud mental y la psiquiatría, hemos encontrado medios-bajos niveles de indicadores de su presencia o desarrollo. Por lo que se pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando sobre el tema y los factores influyentes ampliando estos a dimensiones y estrategias personales, de afrontamiento y fortaleza puesto que podría encontrarse relación entre ellos y el menor desarrollo de burnout, tanto en éste como en otros ámbitos o servicios profesionales, incluso dentro de la misma profesión de Enfermería; y en los cuales este estudio no ha profundizado ni evaluado.

Por ello, cabe plantear la posibilidad de trabajar con los profesionales mecanismos y estrategias de afrontamiento e incorporación de capacidades para el bloqueo del desgaste profesional y el mantenimiento de un nivel elevado de bienestar y autorrealización.

Por todo lo anteriormente mencionado, debemos seguir trabajando en la investigación del burnout para así crear, planificar y aplicar estrategias de prevención efectivas que disminuyan su prevalencia y las consecuencias de su desarrollo tanto para el bienestar y la salud de los profesionales como para su repercusión en los cuidados, objeto de su labor profesional y, que abarquen todas las dimensiones psicosociales del ser humano (personales, familiares y organizaciones), así como trabajar el autocuidado respecto a los mismos.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad-Corpa E, Molina-Durán M, Vivo-Molina B, Moya-Ruiz A, Martínez-Hernández J, Romero-Pelegri J, Leal-Llopis S, Hernández-Méndez I, García-Arsac M, Muñoz-Sánchez J, Rodríguez-Ródenas J, Iniesta-Sánchez C, García-Jiménez B, Caravaca-Alcaraz C, Fuentelsaz-Gallego T, Moreno-Casbas E, González-María. (2013). Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Rev Calidad Asistencial* (28):345-54
- Bacaicoa Parrado P. (2012). Comparativa del síndrome burnout entre el personal de enfermería en cardiología de dos hospitales de tercer nivel. *Enfermería en Cardiología*. Obtenido de: [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wpcontent/uploads/55\\_56\\_04.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wpcontent/uploads/55_56_04.pdf)
- Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz E. (2010). El síndrome de burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26 (1), 169-180
- Casa Tacar P, Rincón Rodríguez Y, Vila Candel R. (2012). Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería Integral*. 100(1): 19-24.
- Díaz González C, De la Rosa Hormiga M, Herrera Hernández J. (2013). Detectando niveles iniciales del síndrome de desgaste profesional en enfermeros que asisten al paciente oncológico. *Trabajo social y salud*;74(1): 159-165.
- Farrerons Noguera L, Calvo Francés F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 101-113.
- Fernández Gúzman I, Fernández Márquez M, Rabadán Anta R, Navalón Vila C, Martínez Espejo M. (2012). ¿Existe el síndrome de burnout en los profesionales de la salud de las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia?. *Enfermería Nefrológica*;15(1).
- Frade M, Zaragoza, I, Viñas S, Antúnez E, Malpartida P, Álvarez S. (2008). Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 20(4).

Freudenberger H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30.

Freudenberger H. (1980). *Burn-out*. Nueva York: Doubleday.

Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E. (2012). Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin* (22):261-268

Gil-Monte P, Peiró J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P, Peiró J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos. *Anales de psicología*, 15(2), 261-268.

Giménez Velázquez C, Morales Ruiz C, Arnaldos González MA; Aroca Rubio E; Molina Moreno C. (2013). Prevalencia del Síndrome del Burnout en los profesionales de urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. *Rev Paraninfo Digital* (19).

Hatinen M, Kinnunen U, Pekkonen M, Aro A. (2004): "Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health". *Journal of Occupational Health Psychology*, 9 (3).

Hidalgo C. (2017). *¿Están quemados nuestros enfermeros? Revisión bibliográfica sobre el Síndrome de Burnout en la enfermería española*. Universitat Rovira i Virgili: Tarragona.

Hobfoll S, Freedy J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* London: Taylor y Francis. 115-129.

INSHT. (2005-2006). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Obtenido de notas técnicas de Prevención: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.a82abc159115c8090128ca10060961ca/?vgnnextoid=db2c46a815c83110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&do=Search&idPalabra=ctjbb>

- Jiménez Maldonado A, García Millán S. (2016). Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología. *Enfermería Nefrológica*; 19(2): 118-124.
- Leal P, De pablo I. (2014). Rehabilitar en psiquiatría ¿quema al personal de enfermería?. *Enfermería Global*, 13(4).
- Leiter M. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. . En *Professional burnout: Recent developments in theory and research*.
- López R. (2011). Síndrome de desgaste profesional en el equipo de enfermería. *Enfermería Científica*, 6.
- Mahmoud A, Wahba, Lawrence G, Bridwell. (2004). Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. Baruch College, The City University of New York USA.
- Manzano García G, Ayala Calvo, J. (2012). Agotamiento emocional del personal de Enfermería: influencia de la irritación emocional y la resiliencia. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*(1).
- Martínez Pérez A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* (112).
- Maslach C, Jackson S. (1986). *The Maslach Burnout Inventory. Manual*. Consulting Psychologist Pres.
- Maslach C, Jackson S. (1997). *Maslach Burnout Inventory. Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA;p. 5-28.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 59, 16-22.
- Maslach C, Leiter M. (1997): *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Maslow C. (1976) Burned-out. *Hum Behav*; 5:16-22.

Maslow C. (1982) Burnout: the cost of caring. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Meléndez Chavez S, Huerta González S, Hernández Velázquez E, Lavoignet Acosta B, Santes Bastián M. (2016). Síndrome de burnout y salud mental en enfermeras de un hospital. Nure Investigación, 13(82). Obtenido de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/801>

Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Garrosa Hernández E, Morante Benadero M. (2005). BREVE HISTORIA DEL BURNOUT A TRAVES DE SUS INSTRUMENTOS DE EVALUACION. Egido Editorial: Zaragoza.

Muñoz Sánchez J., Martínez N, Lázaro Sahuquillo M, Carranza Román A, Martínez Cantó M. (2017). Análisis de impacto de la crisis económica sobre el síndrome de Burnout y resiliencia en el personal de enfermería. Enfermería Global, 46, 315-335.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. División de salud mental. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pines A, Aronson E. (1988): Carrer burnout: causes and cures. New York: The Free Press.

Ríos Rísquez M, Martínez cano F, Sabuco Tebar E, Lozano Alguacil E, Mateo Perea G. (2012). Quiero cambiar de servicio ¿Estoy quemado? Enfermería de Urgencias; 35(5).

Sabater Mateu P, Garrido A, Montserrat P, Vílchez C, Moreno A, Coletas J. (2015). Retroalimentación docencia-asistencia-docencia. Estudio sobre burnout en enfermeras de salud mental como estrategia de innovación y calidad docente. Revista d'Innovació Docent Universitària; 7(1): 1-14.

- Sánchez Alonso P, Sierra Ortega V. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*; 13(1): 252-266.
- Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C. (2014). Burnout y satisfacción laboral de los supervisores de Enfermería. *Metas de enfermería*;17(5): 68-75.
- Sánchez Romero S. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico- Quirúrgico de Jaén. *Rev. Enfermería del Trabajo*; 4(4): 115-125.
- Sanclemente Vinué I, Elboj Saso C, Íñiguez Berrozpe T. (2016). La prevención del síndrome de burnout en la enfermería española. Revisión bibliográfica. *NURE Investigación*. Obtenido de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/701>
- Schaufeli W, Leiter M, Maslach C, Jackson S. (1996). *Maslach Burnout Inventory-General Survey*. Consulting Psychologists Press.
- Sindicato de enfermería (SATSE). (2012). *Crisis y estrés en profesionales de enfermería*. SATSE.
- Soto Rodríguez A, Pérez Fernández M. (2015). Síndrome de desgaste profesional (burnout) y estrés en personal de enfermería en un hospital de Ourense. *Revista Rol de Enfermería*; 38(2): 101-106.
- Tay L, Diener E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354-365. DOI:10.1037/a0023779.
- Torres Moreno-Cid M, Sánchez Castro, S, Salamanca Castro A. (2015). Enfermera con Síndrome de Burnout. *Revista Enfermería Docente*, 104, 35-43.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. Chile. Ciencia y Enfermería. Vol. 15 (2), 55-68.
- Caballero M.A, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Madrid. Primaria Vol. 27 (5); 313-317.
- De França F, Ferrari R, Ferrari D, Dornelles E. (2012). Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio porte. Rev. Latino-Am.Enfermagem. 20 (5).
- Fredy JR, Hobfoll SE. (1994). "Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach". Anxiety, Stress and Coping, 6.
- Gil-Monte P. (2011). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid. Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte PR, Peiro JM, Valcárcel P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: Un estudio en una muestra de enfermería. Revista de Psicología Social Aplicada; 6(2):43-63.
- Gisbert M, Lleixà M, Molero M. (2015). Principios éticos frente al burnout en el área: Un reto para la excelencia asistencial. Revista de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica; 37(1): 13-20.
- Gómez C, Puga A, Mayán J, Gandoy M. (2012). Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. Gerokomos, 23(2), 59-62.
- Grau A, Suñer R, García MM. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gaceta Sanitaria. Vol 19(6), 463-70
- Hernández JR. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública, 29(2), 103-110.

- Moreno B, Morante ME, Rodríguez R, Rodríguez A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*. Vol 20(1), 124-130.
- Muñoz Soler E, Alcaide Romero A, González Guillén A. (2015). Radiografía del estrés en UCI. *Parainfo Digital* (22). Obtenido de <http://www.indexf.com/para/n22/138.php>
- Olivares V, Gil-Monte P. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia y Trabajo*, 11(31), 160-167.
- Ríos Riquez M, Peñalver Hernández F, Godoy Fernández C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-78.
- Sanclemente I, Elboj C, Iñiguez Berrozpe T. (2014). Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas de Enfermería*, 10(17), 17-23.
- Tomás J, Maynegre M, Pérez M, Alsina M, Quinta R, Granell S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*. Vol 20 (3); 173-8.
- Vaquero S, Perales S. (2016). Síndrome de Burnout en enfermería de atención primaria: factores, manifestaciones y prevención. Revisión bibliográfica. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, 92; 58-65.
- Volpe U, Luciano M, Palumbo C, Sampogna G, Del Vecchio V, Fiorillo A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.Nov;21(9):774-81.

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1: CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

#### CUESTIONARIO - BURNOUT

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

#### RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

#### CÁLCULO DE PUNTUACIONES

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total Obtenido	<i>Indicios de Burnout</i>
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		<b>Más de 26</b>
Despersonalización	5-10-11-15-22		<b>Más de 9</b>
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		<b>Menos de 34</b>

#### VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor docente.

#### VALORES DE REFERENCIA

	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0 – 18	19 – 26	<b>27 – 54</b>
DESPERSONALIZACIÓN	0 – 5	6 – 9	<b>10 – 30</b>
REALIZACIÓN PERSONAL	<b>0 – 33</b>	34 – 39	40 – 56

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

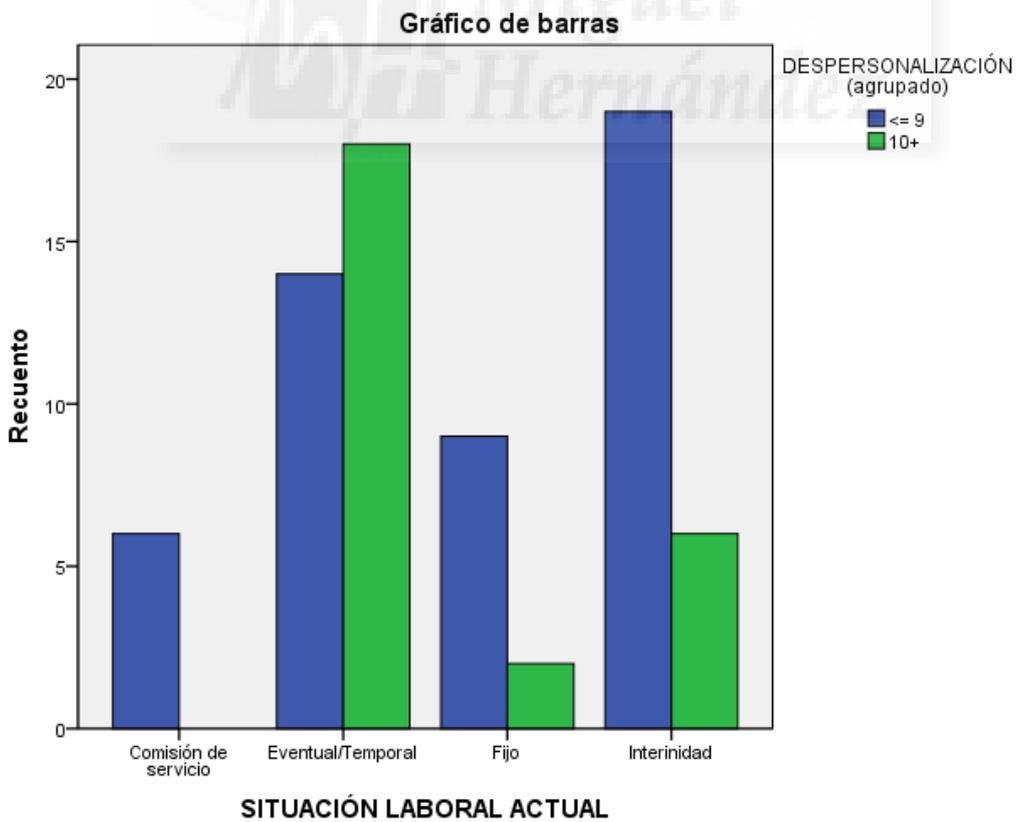
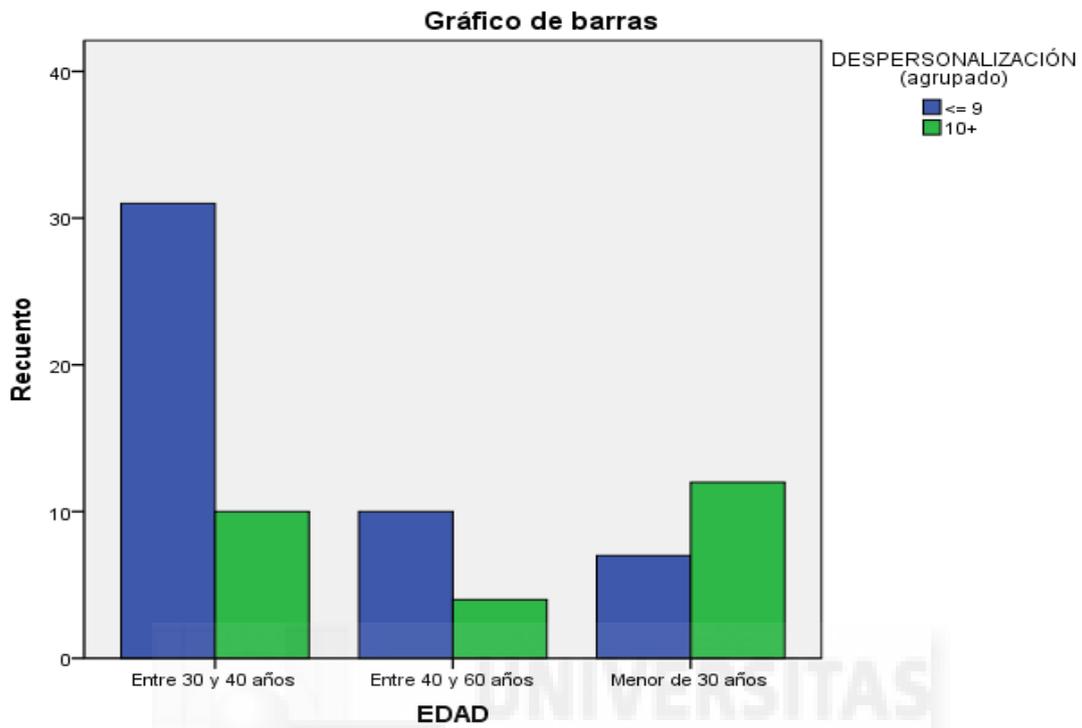
0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

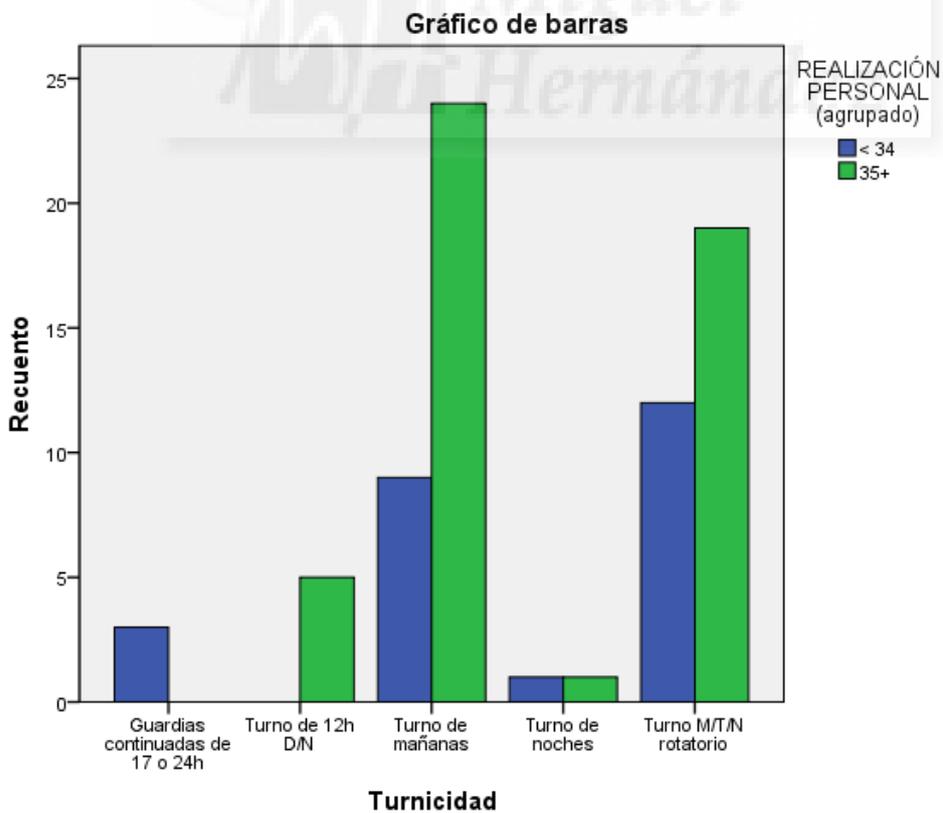
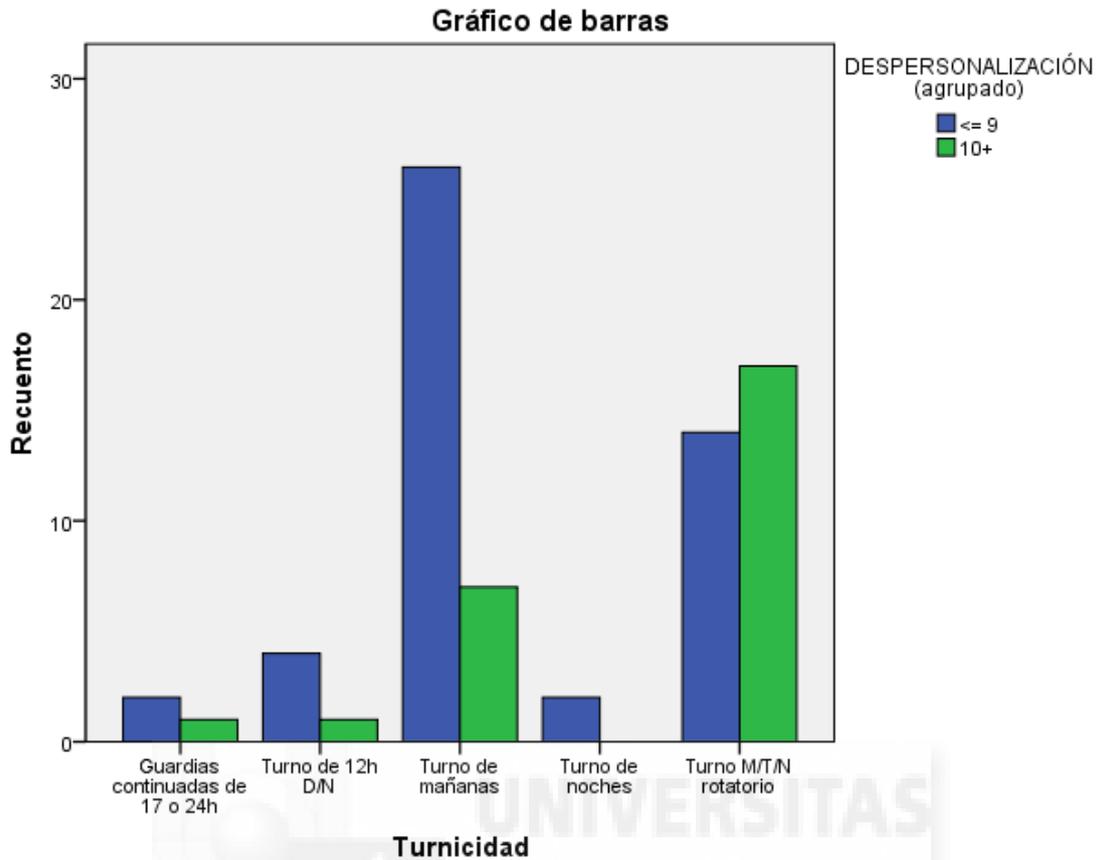
3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

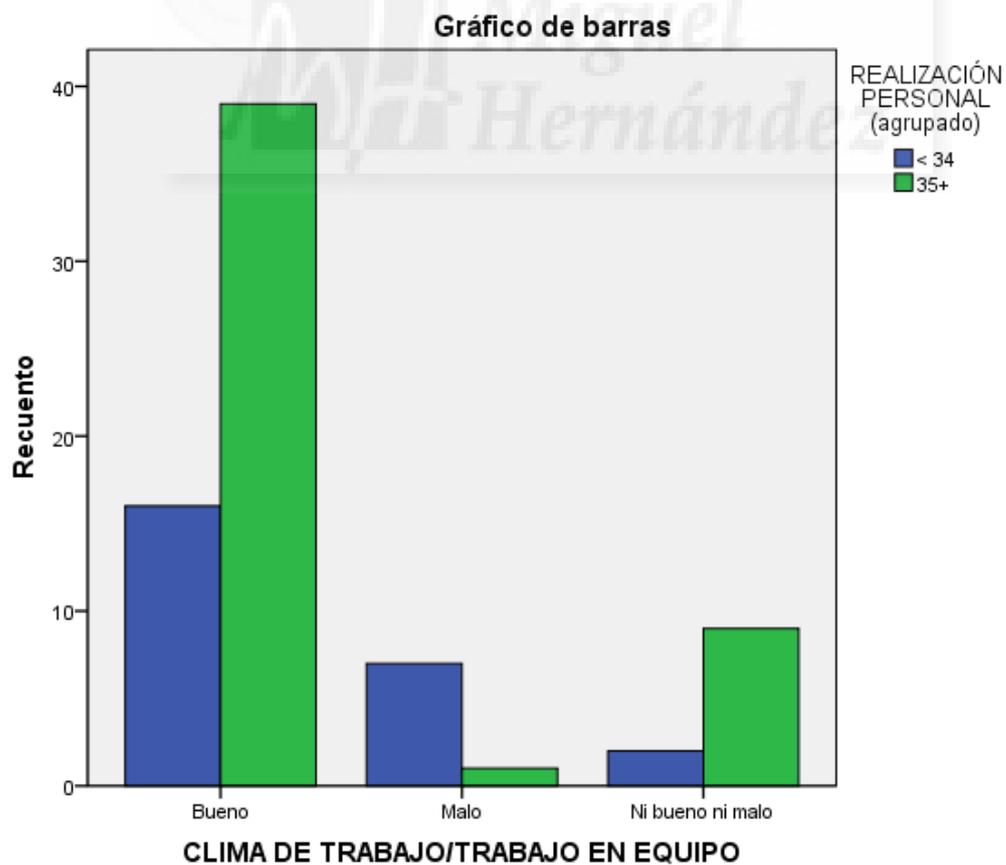
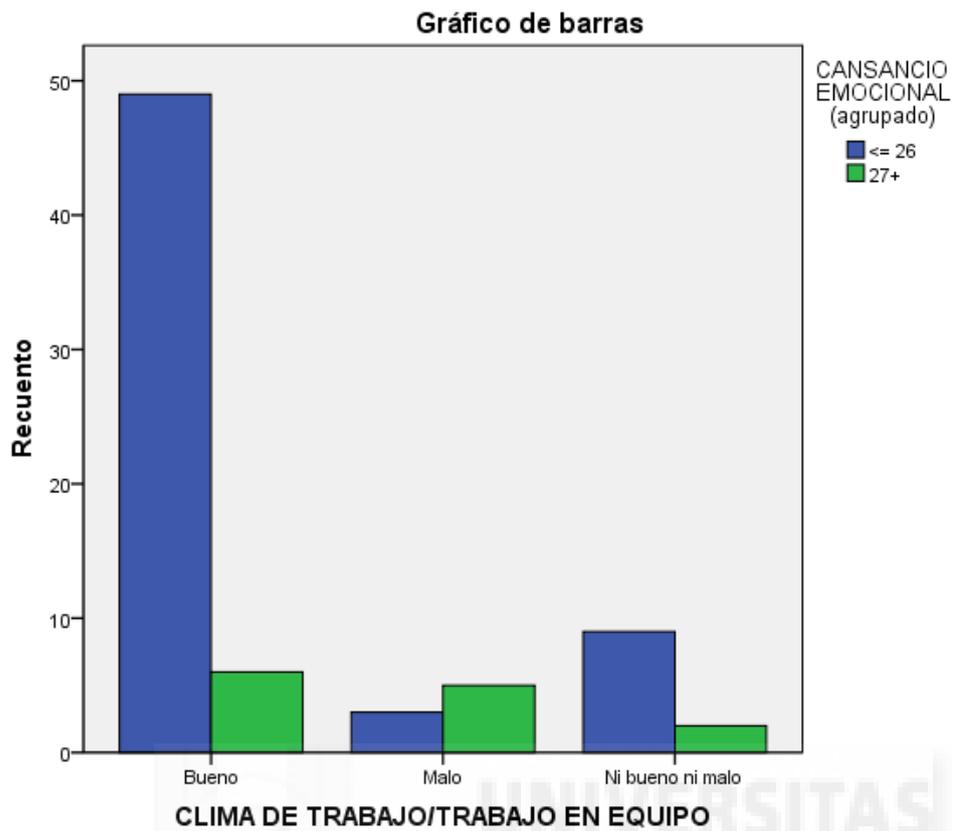
6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

## ANEXO 2: TABLAS POR PUNTUACIÓN DE LAS ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS

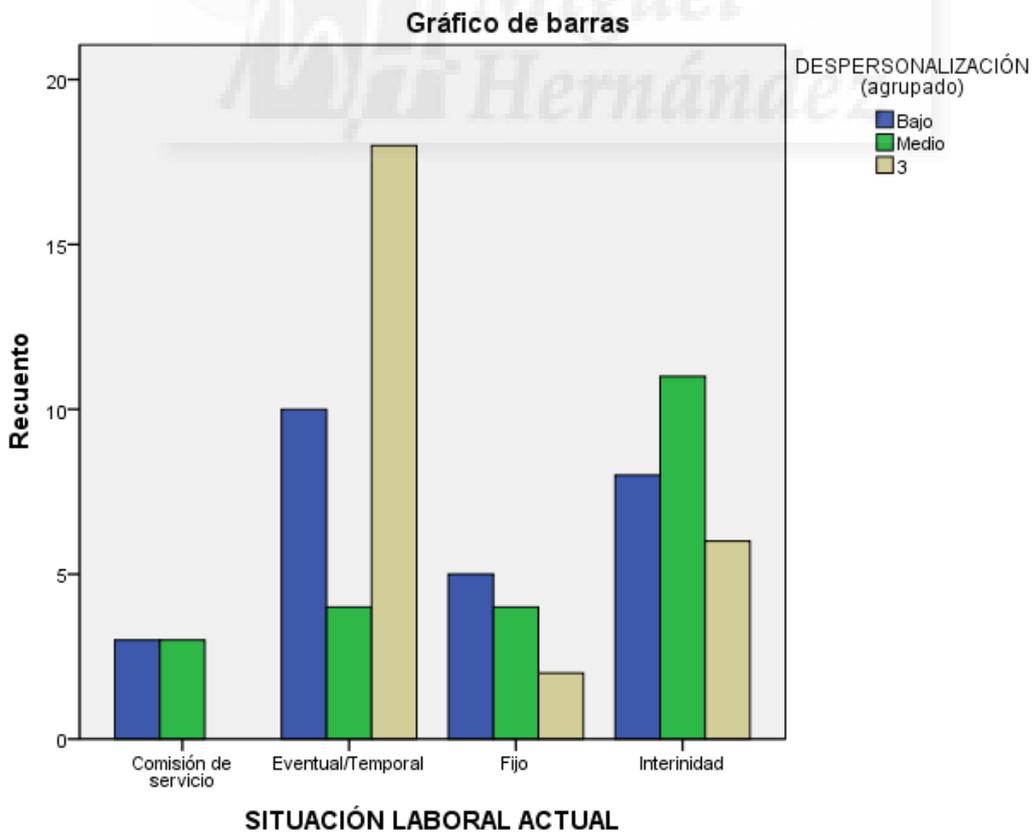
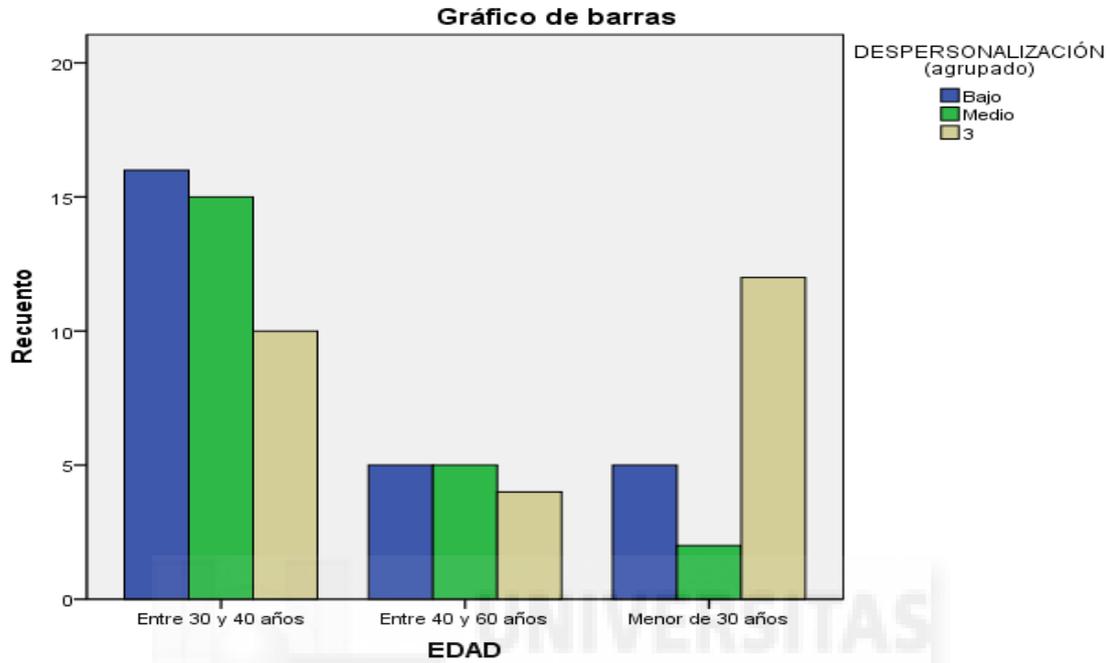


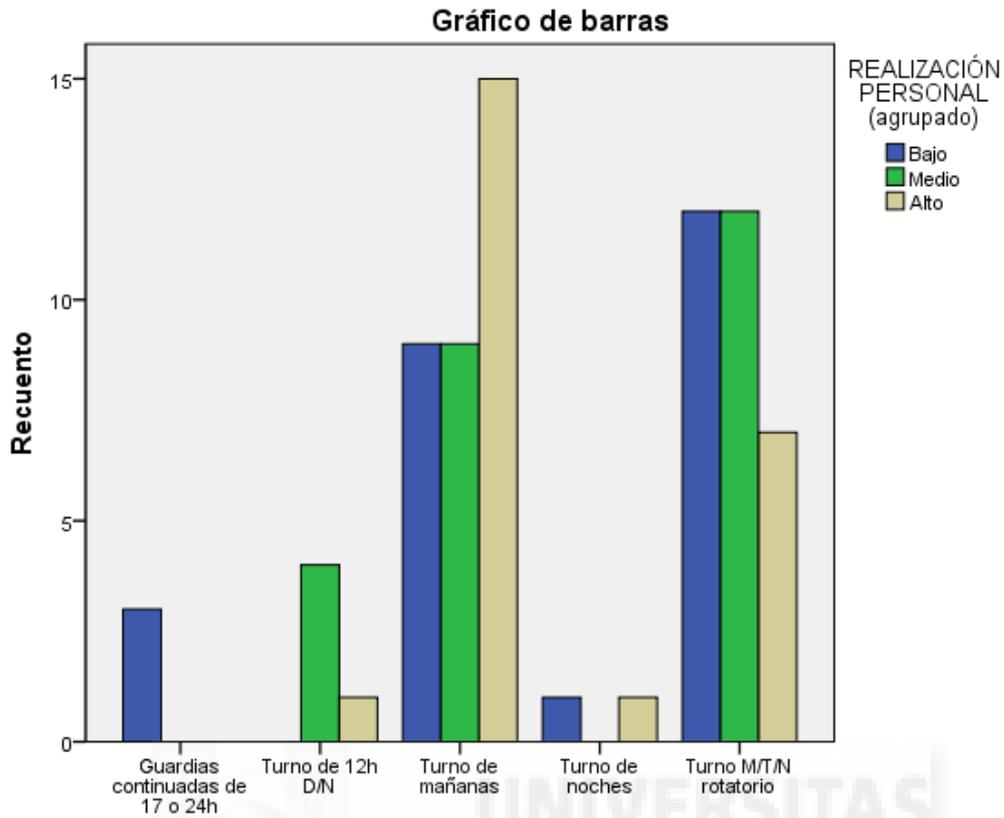




### ANEXO 3: TABLAS POR CATEGORÍA BAJO, MEDIO, ALTO DE LAS ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS

En la leyenda de los gráficos de barras, “3” equivale a “Alto”.





### Turnicidad

