



Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España

Burnout syndrome among nursing staff: hospital-environment stress associations, Andalusia, Spain

Síndrome de burnout no pessoal de enfermagem: associação com estressores do entorno hospitalar, Andaluzia, Espanha

J.J. Blanca-Gutiérrez^a, A. Arias-Herrera^b

^a Unidad de Hospitalización. Centro Hospitalario de Alta Resolución de Alcalá la Real. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Alcalá la Real, Jaén, España

^b Unidad Especial. Hospital de Montilla. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Montilla, Córdoba, España

Recibido: 1 Abril 2017

Aceptado: 22 octubre 2017

Resumen

Introducción. El síndrome de burnout, es un padecimiento de contrastada prevalencia en un entorno como el sanitario, donde se convive con altas dosis de responsabilidad, contacto directo con las personas, situaciones cercanas a la muerte. Este problema es causa directa del absentismo y es necesaria su prevención. **Objetivo.** Identificar con base en el Inventario de Maslach la presencia de síndrome de burnout en personal de enfermería y su asociación con estresores comprendidos en la Escala de Estrés en enfermería (NSS por sus siglas en inglés). **Método.** Estudio observacional, descriptivo, transversal, de corte prospectivo. La población la componen 140 profesionales de enfermería que trabajan en el Hospital de Montilla (España). Mediante muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple se obtiene una muestra representativa de 43 participantes. Se determina la asociación entre cansancio emocional, despersonalización y realización personal (Maslach Burnout Inventory), con cada uno de los nueve factores que miden la presencia de estresores en la escala NSS. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y la T de Student. **Resultados.** Existe asociación entre los niveles de cansancio emocional y los siguientes estresores: muerte y sufrimiento, carga de trabajo, incertidumbre respecto el tratamiento, problemas con la jerarquía, preparación insuficiente, problemas entre el personal enfermero y pasar

temporalmente a otros servicios por falta de personal. Con respecto a la *despersonalización*, sus niveles están asociados con: incertidumbre respecto el tratamiento, preparación insuficiente y problemas entre el personal de enfermería. *Conclusiones.* Actuar directamente sobre los factores asociados con el desgaste, permitirá a los gestores sanitarios prevenir el avance del burnout entre sus trabajadores.

Palabras clave: Agotamiento profesional; enfermeros; administración de personal; prevención primaria; España.

Abstract

Introduction. The burnout syndrome is highly prevalent in the health care environments which normally include high levels of responsibility, direct contact with many persons, and near death experiences, among other stressful situations. This syndrome is a direct cause of absenteeism and thus its prevention becomes important. *Objective:* Based on the Maslach Inventory, to identify the prevalence of burnout among nursing personnel and its associations with the stressors contemplated by the Nursing Stressor Scale (NSS). *Method:* This is an observational, descriptive, transversal and prospective study. The population is constituted by 140 nursing professors working at the Montilla Hospital in Spain. The representative sample of 43 was obtained by probabilistic sampling. Associations were found between emotional wasting, depersonalization, and individual achievement (Maslach Burnout Inventory) with each of the 9 factors measuring the presence of stressors contemplated by the NSS. The Pearson coefficient and the Student's t were calculated. *Results:* There are associations between diverse levels of emotional wasting and the following stressors: death and suffering, workload, uncertainty regarding the treatment, hierarchy problems, insufficient preparation, problems among nursing staff, and moving to other services lacking enough personnel. Regarding depersonalization, the different levels are associated with: uncertainty about the treatment, insufficient preparation, and problems among the nursing personnel. *Conclusions:* Directly addressing the factors associated with emotional wasting will allow healthcare managers to prevent the incidence of burnout syndrome among the staff.

Keywords: Burnout, professional; nurses; personnel management; primary prevention; Spain.

Resumo

Introdução. A síndrome de burnout, é um padecimento de prevalência contrastada em um entorno como de cuidados de saúde, onde se convive com altas doses de responsabilidade, contato direto com as pessoas, situações próximas à morte. Este problema é causa direta do absentismo e é necessária sua prevenção. *Objetivo.* Identificar com base no Inventário de Maslach a presença de síndrome de burnout no pessoal de enfermagem e sua associação com estressores compreendidos na Escala de Estresse em enfermagem (NSS por suas siglas em inglês). *Método.* Estudo observacional, descritivo, transversal, de corte prospectivo. A população a compõem 140 profissionais de enfermagem que trabalham no Hospital de Montilla (Espanha). Mediante amostragem probabilística de tipo aleatório simples obtém-se una amostra representativa de 43 participantes. Determina-se a associação entre cansaço emocional, despersonalização e realização pessoal ("Maslach Burnout Inventory"), com cada um dos nove fatores que medem a presença de estressores na escala "Nursing Stress Scale". Utilizou-se o "coeficiente de correlação de Pearson" e a "T de Student". *Resultados.* Existe associação entre os níveis de "cansaço emocional" e os seguintes estressores: morte e sofrimento, carga de trabalho, incerteza respeito ao tratamento, problemas com a jerarquia, preparação insuficiente, problemas entre o pessoal enfermeiro e passar temporalmente a outros serviços por falta de pessoal. Com respeito à "despersonalização", seus níveis estão associados com: incerteza respeito ao tratamento, preparação insuficiente e problemas entre o pessoal de enfermagem. *Conclusões.* Atuar diretamente sobre os fatores associados com o desgaste

identificados através desta ferramenta, permitirá aos gestores de saúde prevenir o avance do “burnout” entre sus trabalhadores.

Palavras chave: Esgotamento profissional; enfermeiros; administração de pessoal; prevenção primária; Espanha.

Introducción

En 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberg, fue el primero en acuñar en la literatura científica la locución: burnout (“estar quemado”), con un significado similar al que le aplicamos en el contexto actual. No obstante, este término ya se utilizaba en el mundo del arte, o del deporte. Freudenberg, trabajaba como voluntario en una clínica de Nueva York, con pacientes toxicómanos y de hecho, en un primer momento, usaba esta palabra para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas. Constató como sus propios compañeros, tras un período de tiempo relativo, experimentaban un “patrón conductual homogéneo” caracterizado por agotamiento, pérdida de motivación y una serie de síntomas asociados compatibles con la ansiedad y la depresión ^{1,2}.

La psicóloga social Cristina Maslach, estudiaba en aquella misma época las reacciones que experimentaban las personas que trabajaban dentro de las profesiones de servicio-ayuda, caracterizadas por una relación continua de ayuda hacia el cliente, turnos rotatorios, muchas horas de trabajo, sueldos escasos, elevada responsabilidad y tensión. Junto con Jackson ³, define el burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse como consecuencia de la exposición continuada a estresores laborales ⁴.

Por lo tanto, el burnout se puede considerar compuesto de tres dimensiones ⁵:

- Agotamiento emocional: se trata de una fatiga que puede manifestarse física y psicológicamente.
- Despersonalización: se desarrollan actitudes y respuestas negativas, distantes, frías, incluso hacia las personas a las que va dirigido el trabajo.
- Baja realización personal: baja autoestima, sensación de fracaso, desilusión hacia la propia vida y hacia los logros personales y profesionales.

Gil-Monte y Peiró, definen este trastorno como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado ⁶.

Parece complicado diferenciar este síndrome de otras afecciones tales como la depresión, la ansiedad, la insatisfacción laboral, la fatiga, lo que ha hecho que en ocasiones la locución de burnout se haya convertido en una especie de “cajón de sastre”. Mingote señala una serie de características comunes para las distintas definiciones: se trataría de un síndrome clínico-laboral producido por una inadecuada adaptación al trabajo, con predominio de los síntomas disfóricos y del agotamiento emocional, alteraciones conductuales que se manifiestan en la despersonalización de la relación hacia el cliente, asociación con síntomas físicos (cansancio, malestar general), vinculado con conductas adictivas que contribuyen a deteriorar la calidad de vida, y manifestaciones que se manifestarían a través de un menor rendimiento laboral, sentimientos de baja realización personal, ineficacia laboral, desmotivación y desvinculación de la propia organización ⁷.

Se han identificado diversos factores de riesgo o variables relacionadas con este síndrome, que a continuación se presentan por categorías ⁸:

- Variables individuales

Con respecto al sexo, no se ha podido precisar que los hombres o las mujeres tengan una mayor prevalencia de este síndrome. Algunos autores, como Martínez Pérez⁸, postulan que las mujeres pueden verse en una situación de mayor vulnerabilidad, debido a que en ocasiones desempeñan su labor en

trabajos donde tienen una capacidad de decisión más restringida en comparación con sus compañeros hombres, o debido a su mayor implicación en el cuidado de los hijos o las tareas domésticas. Con respecto al estado civil, los datos de los numerosos trabajos tampoco son homogéneos ⁵.

Diversos estudios señalan los mayores niveles de burnout entre los 40 a 45 años ⁵. En cuanto a la antigüedad en el puesto de trabajo, Atance sitúa entre los 11 y los 19 años como el período en que el problema aparece más frecuentemente ⁹.

- Variables sociales

Numerosos trabajos evidencian como el apoyo de la pareja, familiares y/o amigos, reduce o acaba con los estímulos estresantes, modifica la percepción de esos estresores, influye positivamente sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado anímico, la motivación y la autoestima de los profesionales ⁵. De manera similar, Albar Marín et al., demostraron en un Hospital andaluz como una suficiente existencia del apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada con mayores niveles de realización personal ⁴.

- Variables laborales

Los resultados de las investigaciones han mostrado que cuanto más favorable es el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral, es menor el estrés que los profesionales perciben en su trabajo. Por el contrario, instituciones donde no están bien definidos los roles profesionales, favorecen el conflicto en el equipo multidisciplinar y en consecuencia situaciones de ansiedad, insatisfacción e incluso se favorece el abandono voluntario del trabajo actual ⁵.

Manzano evidenció en sus trabajos que el tener un contrato laboral estable aumentaba el grado de satisfacción personal ^{10,11}. Otras publicaciones evidencian un mayor nivel de síndrome de desgaste en aquellos profesionales que desempeñan un mayor número de horas de trabajo, los de contrato de tipo eventual, así como los trabajadores de servicios donde el impacto emocional es alto como en oncología infantil o cuidados paliativos ⁶.

Edelwich y Brodsky plantearon una serie de etapas implicadas en el desarrollo de este padecimiento ¹²⁻¹⁵: a) Entusiasmo idealista, b) Estancamiento, c) Frustración, d) Apatía, e) Etapa de burnout.

Otros autores, como Porras Santos, mencionan el llamado “efecto contagio”¹⁶. Bakker y Schaufeli señalaron como los profesionales que percibían altos niveles de agotamiento en sus compañeros, eran más propensos a padecer este mal ellos mismos. En su trabajo demostraron como las quejas continuas de los compañeros podían ser auténticos predictores del agotamiento emocional y la despersonalización propias, por encima incluso de otros factores como las altas cargas de trabajo y el escaso poder de decisión ¹⁷.

Existen toda una serie de alteraciones producidas por este síndrome, que afectan tanto al profesional como a la organización a la que pertenece ^{5,17}:

- Síntomas emocionales: depresión, sentimientos de fracaso, disminución del nivel de autoestima, irritabilidad, apatía, hostilidad, agresividad e intolerancia.
- Síntomas cognitivos: desvalorización, hipercriticismo, cinismo, pérdida de valores, falta de expectativas, falta de concentración, dificultad en la toma de decisiones.
- Síntomas conductuales: evitar las responsabilidades, inadaptación, desorganización, sobreimplicación, conductas de riesgo, uso de estimulantes y de otras sustancias, alteraciones de la conducta, falta de planificación.
- Síntomas sociales: aislamiento, conflictos interpersonales, formación de grupos críticos, evitación del contacto con otros profesionales.
- Síntomas físicos: fatiga crónica, cefalea, dolor muscular, falta de apetito, disfunciones sexuales, insomnio, aumento de ciertos parámetros fisiológicos (triglicéridos, glucosa, ácido úrico, tensión

arterial, taquicardias), trastornos alérgicos, gastrointestinales, cardiovasculares, autoinmunes y respiratorios.

- Consecuencias para la organización: disminución de la productividad, cambios de puesto de trabajo, incompetencia, pérdida de calidad del servicio, insatisfacción del paciente, absentismo laboral y abandono de la organización.

Davey et al¹⁸ y Lu et al¹⁹ enfatizaron claramente como predictores del absentismo de enfermería hospitalaria al síndrome de burnout y al estrés laboral y ponen énfasis en la necesidad de contrarrestarlos con factores protectores tales como la satisfacción laboral, el compromiso de la organización y la implicación de los propios profesionales con ella. Blanca et al²⁰, en una revisión sistemática sobre las intervenciones útiles para prevenir el absentismo de enfermería, concluyen como el absentismo puede ser considerado como un resultado final y una consecuencia de la satisfacción de los profesionales.

Respecto a la prevalencia del problema, Linda Aiken et al, precursora de los Hospitales Magnéticos, publicó junto con sus colaboradores un estudio en el año 2012, en el que a través de una muestra de 33,659 profesionales de enfermería de 12 países europeos y 27,509 estadounidenses, evaluó entre otras cuestiones la subescala de agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory y obtuvo los siguientes porcentajes de profesionales que padecían el citado agotamiento emocional²¹: Bélgica 25%, Inglaterra 42%, Finlandia 22%, Alemania 30%, Grecia 78%, Irlanda 41%; Países Bajos 10%, Noruega 24%, Polonia 40%, España 29%, Suecia 29%, y Suiza 15%.

Grau et al.²², en un trabajo con datos del año 2007, en una muestra de 6,150 profesionales sanitarios españoles y otros iberoamericanos, obtuvieron las siguientes cifras porcentuales de profesionales con síndrome de desgaste: España 14.9%, Argentina 14.4%, Uruguay 7.9%. Los encuestados de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias menores que oscilaron entre el 2.5% y el 5.0%. Los médicos resultaron ser los profesionales más afectados con cifras del 12.1%, enfermería del 7.2%, mientras que odontólogos, psicólogos y nutricionistas obtuvieron cifras por debajo del 6%.

Manzano¹¹, revisó las investigaciones que en España habían determinado porcentajes de profesionales de enfermería que padecían el síndrome y obtuvo un rango entre el 13% y el 39%.

En la revisión de la literatura, se aprecian un mayor número de estudios enfocados a la gestión del estrés individual de la enfermería, aunque los propios expertos sobre el tema coinciden en que las intervenciones dirigidas hacia la organización del trabajo son más eficaces²³⁻²⁵. Para ello se hace necesario el empleo rutinario de herramientas de detección de los elementos propios de la organización, que son fuentes potenciales de estrés ocupacional. Conforme a esto, en el presente trabajo el objetivo fue: Identificar mediante el empleo del Inventario de Maslach la presencia de síndrome de burnout en personal de enfermería y su asociación con estresores comprendidos en la Escala de Estrés en Enfermería (NSS por sus siglas en inglés).

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal, de corte prospectivo.

Hipótesis

Los niveles de desgaste profesional de la enfermería hospitalaria podrían presentar asociación con una serie de estresores concretos propios de este entorno.

Se utilizaron dos instrumentos: el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) y la escala Nursing Stress Scale (NSS). El primero fue desarrollado por Maslach et al. en 1996 y dirigido específicamente a los profesionales de servicios humanos²⁶. Este evalúa las tres dimensiones del problema a través de 22 cuestiones: Agotamiento emocional: 9 preguntas; Despersonalización: 5 preguntas; y, Realización personal: 8 preguntas. Cada pregunta se puntúa con una frecuencia desde 0

(nunca), 1 (alguna vez al año o menos), 2 (una vez al mes o menos), 3 (algunas veces al mes), 4 (una vez por semana), 5 (algunas veces por semana), a 6 (todos los días). En España, la herramienta ha sido traducida y validada en diversos ámbitos profesionales, mediante trabajos de investigación como los de Gil-Monte y Peiró ²⁷, o el de Moreno et al ²⁸.

La Nursing Stress Scale (NSS) fue construida por Gray-Toft y Anderson en el año 1981²⁹. Está formada por 34 cuestiones, las cuales tratan de estimar la frecuencia con que aparecen una serie de estresores propios del trabajo de enfermería en el ámbito hospitalario. La puntuación para cada pregunta varía desde: nunca (0), a veces (1), frecuentemente (2), muy frecuentemente (3). La puntuación total oscila desde 0 hasta 102 puntos. Las cuestiones se pueden agrupar en las siguientes categorías: muerte y sufrimiento: 6 preguntas; carga de trabajo: 6 preguntas; incertidumbre respecto el tratamiento: 5 preguntas; problemas con la jerarquía: 4 preguntas; preparación insuficiente: 6 preguntas; falta de apoyo: 3 preguntas; no saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado: 1 pregunta; problemas entre el personal de enfermería: 2 preguntas; falta de personal: 1 pregunta. La escala fue traducida y validada en castellano por Escribá et al., en el año 1999 ³⁰.

La población la componen los 140 profesionales de enfermería que trabajan en el Hospital de Montilla (España). Este centro proporciona cobertura sanitaria a 63,400 habitantes de la comarca, repartidos entre las localidades de Aguilar de la Frontera, Fernán Núñez, Montalbán, Montemayor, Montilla y La Rambla. Dispone de un total de 77 camas hospitalarias y consta de las siguientes áreas de atención: Unidad Especial, Urgencias, Hospitalización, Consultas Externas, Quirófano, Paritorio, Hospital de Día, Unidad de Neonatos y Radiodiagnóstico.

Para calcular el tamaño mínimo muestral se empleó el programa GRANMO ³¹: “una muestra aleatoria de 43 individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de 2.5 unidades, la media poblacional de unos valores que es previsto tengan una desviación estándar de alrededor de 10 unidades”. Se asumió un valor de desviación estándar de 10 unidades, con base en los trabajos de otros autores tales como Albar Marín et al. ⁴, y Molina et al ³². Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, a partir de un listado numerado que recogía a los integrantes de la población, los 140 profesionales, de todas las áreas de atención mencionadas.

El período de recopilación de la información transcurrió desde marzo a junio del año 2016. Se construyó un cuadernillo de datos que incluía las dos escalas implicadas en el estudio, así como las variables sociodemográficas (edad, sexo, años de experiencia y tipo de contrato). Los criterios de inclusión consistían en ser graduada en enfermería contratada en el período de estudio en el Hospital de Montilla, conservándose como único criterio de exclusión la negativa a participar voluntariamente por parte del personal seleccionado de forma aleatoria como muestra.

Puesto que el tamaño de la muestra es mayor que 30 ($n=43$), el teorema central del límite permite considerar que los datos de la muestra se distribuyen de manera normal. Por lo tanto, para realizar el análisis se emplearon métodos paramétricos sin necesidad de comprobar previamente la normalidad con pruebas como el test de Kolmogorov-Smirnov.

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar si existe asociación entre las tres dimensiones del síndrome de desgaste (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y cada uno de los nueve factores a través de los cuales se mide la presencia de estresores en la Nursing Stress Scale. En particular estudiar si se produce asociación entre las tres dimensiones del síndrome de desgaste y la edad; investigar si hay asociación entre el desgaste profesional y el número de años de experiencia laboral.

La prueba de T de Student se empleó para conocer si hay diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de desgaste profesional en función del sexo, así como determinar si hay diferencias según el tipo de contrato, eventual o indefinido.

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Consideraciones éticas

La realización de los cuestionarios ha sido voluntaria y anónima. Junto con los cuadernos de recopilación de datos se ha incluido un documento de consentimiento informado. Este trabajo no ha implicado ninguna intervención de tipo experimental para los participantes.

Resultados

De los 43 participantes, 34.9% son hombres y 65.1% mujeres. El 62.8% están adscritos al Hospital con un contrato indefinido, mientras que el 37.2% lo tienen de tipo eventual.

La media de edad es de 37.3 años (Desviación estándar 4.9). La media de experiencia profesional total es de 13.7 años (DE 3.9) y la de experiencia en el Hospital de Montilla de 8.3 años (DE 3.7).

La media de la puntuación obtenida por participantes en la subescala que evalúa el *cansancio emocional* es de 16.4 puntos. Para la población de referencia, los 140 profesionales de enfermería del Hospital, podemos afirmar que la media del *cansancio emocional* estaría comprendida entre 13.8 y 19.1 con un intervalo de confianza del 95%.

En cuanto a la subescala de *despersonalización*, la media es de 6.7 puntos. Si generalizamos a la población referente, la media estaría comprendida entre 4.9 y 8.5 dentro de un intervalo de confianza del 95%.

Por último, respecto a la *realización personal*, la media de la muestra es de 37.6 y la de la población de referencia, estaría entre 35.2 y 39.9, con el citado intervalo de confianza del 95%.

El *cansancio emocional* (entre 13 a 19 puntos) estaría en un nivel medio, ya que se considera un nivel alto de este padecimiento a partir de 27 puntos²³. La *despersonalización* (4 a 8 puntos) estaría en un nivel bajo y la *realización personal* (35 a 39 puntos) en un nivel medio. (Tabla 1)

Tabla 1. Categorización de las puntuaciones del Maslach Burnout Inventory

Subescalas del Maslach Burnout Inventory	Rangos del Burnout		
	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	≤16	17 a 26	≥27
Despersonalización	≤8	9 a 13	≥14
Realización personal	≥37	31 a 36	≤30

No hay asociación que se pueda extrapolar a la población de referencia, entre las puntuaciones obtenidas en las subescalas del Maslach Burnout Inventory frente a la edad, la experiencia total y la experiencia dentro del Hospital de Montilla. (Tabla 2)

Tabla 2. Asociación entre subescalas del Maslach Burnout Inventory, la edad y la experiencia profesional

	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
	Correlación	p	Correlación	p	Correlación	p
Edad	-0.017	NS	-0.0918	NS	-0.243	NS
Experiencia profesional total	0.029	NS	0.043	NS	-0.195	NS
Experiencia en Hospital de Montilla	0.139	NS	0.182	NS	-0.297	NS

* NS: no hay significación estadística. $p > 0.05$.

En cuanto al sexo, si bien los hombres de la muestra tienen niveles más altos en cuanto al *cansancio emocional* y la *despersonalización*, estas diferencias no son estadísticamente significativas, es decir, no son extrapolables a la población de referencia. (Tabla 3).

		media	diferencia de medias	p
Cansancio emocional	hombre	19.3	4.4	NS
	mujer	14.9		
Despersonalización	hombre	8.8	3.2	NS
	mujer	5.6		
Realización personal	hombre	37.9	0.5	NS
	mujer	37.4		

* NS: no hay significación estadística. $p > 0.05$.

La situación es bastante similar si comparamos el burnout según el tipo de contrato laboral o indefinido. Si bien el personal eventual tiene niveles más favorables respecto al síndrome (menor *cansancio emocional*, menor *despersonalización*, mayor *realización personal*), estas diferencias no pueden ser generalizadas a la población total (Tabla 4).

		media	diferencia de medias	p
Cansancio emocional	eventual	14.7	2.8	NS
	indefinido	17.5		
Despersonalización	eventual	5.9	1.3	NS
	indefinido	7.2		
Realización personal	eventual	40.4	4.5	NS
	indefinido	35.9		

* NS: no hay significación estadística. $p > 0.05$.

En la Tabla 5 se presentan las correlaciones entre las subescalas del Maslach Burnout Inventory y los factores evidenciados por la Nursing Stress Scale.

En la población de referencia (los 140 profesionales de enfermería del Hospital de Montilla), existe asociación entre los niveles de *cansancio emocional* y los siguientes factores estresantes: muerte y sufrimiento, carga de trabajo, incertidumbre respecto al tratamiento, problemas con la jerarquía, preparación insuficiente, problemas entre el personal de enfermería y pasar temporalmente a otros servicios por falta de personal.

Con respecto a la *despersonalización*, sus niveles están asociados con: incertidumbre respecto al tratamiento, preparación insuficiente y problemas entre el personal de enfermería.

La *realización personal* está inversamente asociada (es decir, a menor presencia de estos factores estresantes, mayor nivel de *realización personal*) con los siguientes: preparación insuficiente y falta de apoyo.

Tabla 5. Asociación entre subescalas del Maslach Burnout Inventory y estresores del entorno sanitario

	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
	Correlación	p	Correlación	p	Correlación	p
Muerte y sufrimiento	0.522	0.000	0.167	NS	-0.125	NS
Carga de trabajo	0.483	0.001	0.279	NS	-0.187	NS
Incertidumbre respecto al tratamiento	0.597	0.000	0.520	0,000	-0.181	NS
Problemas con la jerarquía	0.370	0.150	0.260	NS	-0.294	NS
Preparación insuficiente	0.669	0.000	0.590	0.000	-0.498	0.001
Falta de apoyo	0.107	NS	0.059	NS	-0.397	0.008
No saber bien el manejo y funcionamiento de equipo	0.079	NS	0.073	NS	-0.139	NS
Problemas entre el personal de enfermería	0.513	0.000	0.392	0.009	-0,262	NS
Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal	0.312	0.042	0.221	NS	0,145	NS

* NS: no hay significación estadística. $p > 0.05$.

En la Tabla 6, se muestra de una forma muy gráfica lo que podría ser el mapa de la configuración del síndrome de desgaste de la enfermería del Hospital de Montilla.

Discusión

Aunque no se alcanzó significancia estadística, se observó diferencia de niveles de desgaste profesional según el sexo: los hombres de este estudio muestran niveles más altos de *despersonalización* y *cansancio emocional*, que discrepan con las consideraciones que señala Martínez Pérez ⁸, según el cual las mujeres pueden verse en una situación más estresante, por poder tener su capacidad de decisión más restringida en comparación con sus compañeros hombres y/o porque suelen estar más implicadas en el cuidado de los hijos o las tareas domésticas. Otros estudios no encuentran igualmente significación estadística para poder señalar que uno u otro sexo sean más proclives a desarrollarlo ^{4,5}.

También, se observaron ligeras diferencias según el tipo de contrato, pero sin alcanzar el nivel de significación estadística: los profesionales con contratos eventuales tienen niveles más deseables en relación al padecimiento del desgaste profesional, pues puntúan con menor *cansancio emocional* y *despersonalización* y mayor *realización personal*. Por lo tanto, los resultados de este estudio, no son coincidentes con los de Manzano ^{10,11} y Gómez et al ³³, las cuales evidenciaban que tener un contrato laboral estable aumentaba el grado de satisfacción profesional, mientras que trabajos como el de Molina et al ³² y Ríos et al ³⁴, sí encuentran una mayor vulnerabilidad al desgaste en aquellos trabajadores que poseen plaza en propiedad.

Porras, en su tesis doctoral ¹⁶, trabajó con una muestra de 381 enfermeros y auxiliares del Complejo Hospitalario de Salamanca. Para cada uno de los nueve factores del cuestionario de estrés laboral (NSS), estableció dos grupos, a partir del percentil 50, uno con valores altos y otro con valores bajos para cada uno de ellos. Los profesionales que estaban en los grupos más expuestos a la muerte y sufrimiento, con carga de trabajo, incertidumbre en el tratamiento, con problemas con la jerarquía, una preparación insuficiente, falta de apoyo y problemas entre sus compañeros, tenían mayores niveles de *agotamiento emocional* y *despersonalización*. En cuanto a la *realización personal* mostraban diferencias significativas, solamente, en la situación de preparación insuficiente. Las situaciones de cambio de servicio y problemas en el manejo del equipo no producían diferencias significativas con respecto a las tres dimensiones de burnout. Se tratan pues de unos resultados muy similares a los del trabajo que se presenta.

Tabla 6. Mapeo del síndrome de desgaste de la enfermería del Hospital

Dimensión burnout	Factor estresor	Componentes del factor estresor	Correlación Pearson	
Cansancio emocional (Media de 13.82-19.06 puntos; IC 95%) Máx. 54 puntos	Preparación insuficiente	Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente	0.669*	
		Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente		
		Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente		
		No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente		
		Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente		
	Incertidumbre respecto al tratamiento	El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo	Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente	0.597*
			Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible	
			El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente	
			El médico no está presente en una urgencia médica	
	Muerte y sufrimiento	Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes	Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora	0.522*
Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana				
La muerte de un paciente				
Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha				
Ver a un paciente sufrir				
Problemas entre el personal de enfermería	Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros de otros servicios	Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros del servicio	0.513*	
		Personal y turno imprevisible		
Carga de trabajo	Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej.: tareas administrativas)	No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente	0.483*	
		No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería		
		Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio		
		Interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas		
		Recibir críticas de un médico		
Problemas con la jerarquía	Problemas con su supervisor	Problemas con uno o varios médicos	0.37*	
		Recibir críticas de un supervisor		
		Pasar a otros servicios		
Pasar a otros servicios	Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal	0.312*		

Tabla 6. Mapeo del síndrome de desgaste de la enfermería del Hospital. (continuación).

Dimensión burnout	Factor estresor	Componentes del factor estresor	Correlación Pearson
Despersonalización (Media de 4.87-8.53 puntos; IC 95%) Máx. 30 puntos	Preparación insuficiente	Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente	0.59*
		Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente	
		Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente	
		No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente	
		Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente	
	Incertidumbre respecto al tratamiento	No saber que se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento	0.52*
		El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo	
		Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente	
		Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible	
	Problemas entre el personal de enfermería	El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente	0.392*
El médico no está presente en una urgencia médica			
Realización personal (Media de 35.25-39.91 puntos; IC 95%) Máx. 48 puntos	Preparación insuficiente	Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros de otros servicios	-0.498**
		Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros del servicio	
		Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente	
		Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente	
		Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente	
	Falta de apoyo	No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente	-0.397**
		Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente	
		No saber que se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento	
		No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros del servicio sobre problemas en el servicio	
		No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros del servicio	
		No tener ocasión para expresar a otros compañeros del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes	

Tipo de correlación: *Directa, **Inversa

La preparación insuficiente, como factor asociado al desgaste profesional y en concreto al agotamiento emocional, aparece también en otros estudios previos desarrollados incluso en esta propia provincia de Córdoba (España), tal como el de Alba Martín³⁵, autora que encontró también relación significativa entre satisfacción y participación-supervisión, así como con el hecho de realizar reuniones periódicas de equipo. Los problemas con los compañeros y con la jerarquía son otros de los factores que identificamos como asociados con unos mayores niveles de desgaste. Bacaicoa³⁶, identifica entre las situaciones estresantes específicas la falta de unión entre el equipo multidisciplinar. La incertidumbre con respecto al tratamiento, uno de los factores más determinantes con relación al desgaste en el presente trabajo, también es coincidente con el citado estudio de Bacaicoa³⁶, que establece como su factor clave de estrés los errores en la prescripción médica.

En la investigación desarrollada no es el estresor estadísticamente más determinante con respecto al agotamiento emocional, no obstante, la carga de trabajo, y en definitiva, unas dotaciones de enfermería suficientes, son factores concluyentes identificados por Linda Aiken para garantizar unos cuidados de calidad, así como la satisfacción no solo de los profesionales sino también de los pacientes asistidos²¹. La sobrecarga laboral es ampliamente identificada en la literatura científica como una de las fuentes principales de desgaste profesional³⁷.

En relación con los estresores hospitalarios identificados por la escala NSS destacar que la dimensión de *despersonalización*, se ve influenciada por la preparación insuficiente, la incertidumbre respecto al tratamiento y los problemas, entre compañeros, sin mostrar con los demás asociación estadísticamente significativa. Grau et al³⁸, con una muestra de 1095 trabajadores sanitarios de Gerona, encontraron que el número de años de profesión, el optimismo, la percepción de utilidad del trabajo realizado y la percepción de que se es valorado por los demás se relacionaban con niveles bajos de *despersonalización*.

El último de los tres componentes del síndrome de desgaste es una *realización personal* disminuida. Se trataría de una auténtica crisis de la propia identidad por sentirse profesionalmente fracasado. En los profesionales de la actual investigación, esta *realización personal* no se ve reducida, asomándose simplemente al límite de sus valores medios. Los factores más fuertemente asociados, en este caso de manera inversa, serían de nuevo la preparación insuficiente y la falta de apoyo. Alba Martín, también evidencia en su trabajo una asociación entre la falta de formación y una menor *realización personal*³⁵. De nuevo mencionamos a los citados Grau et al³⁸, cuyos datos mostraban como la *realización personal* se relacionaba con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el trabajo en equipo.

Hay otros factores, que no son típicos de encontrar en este tipo de trabajos pero que también parecen tener una clara influencia en el síndrome de desgaste. Tal es el caso, de las habilidades de comunicación. Así, trabajos como el de Leal-Costa et al³⁹, a través de una muestra de 927 profesionales sanitarios (médicos, enfermería y auxiliares), ponen de manifiesto una correlación negativa y estadísticamente significativa entre las diferentes dimensiones de las habilidades de comunicación y las dimensiones *agotamiento emocional* y *despersonalización* del burnout. Así mismo, observan una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las dimensiones de las habilidades de comunicación y la *realización personal* en el trabajo. Gil-Monte et al⁴⁰, encuentran de nuevo que la sobrecarga laboral es un predictor del síndrome de desgaste y que la *autoeficacia conjunto de creencias sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos, que producirán determinados logros o resultados*, genera por el contrario un efecto modulador sobre las dimensiones implicadas en el síndrome. La *resiliencia, capacidad para resistir el estrés, tolerar la presión ante situaciones adversas y reaccionar desplegando estrategias para superar las experiencias negativas o traumáticas*, fue tratada en el trabajo de Arrogante a través de un tipo concreto de análisis correlacional denominado análisis mediacional⁴¹. Dichos análisis estadísticos revelaron que la resiliencia medió, por un lado, las relaciones entre el *agotamiento emocional* y la *despersonalización* con la salud mental (mediación parcial), y por otro lado, las relaciones entre la falta de *realización personal* con la salud mental (mediación total).

Desde el punto de vista de la investigación cualitativa, también se han realizado aproximaciones a este tema del desgaste profesional. Este enfoque metodológico ofrece un conocimiento de este tema

desde un punto de vista más personal y subjetivo, acerca al mundo de las vivencias particulares de las personas que están inmersas en este padecimiento, del mismo modo ofrece un punto de vista más comprensivo y complementario a los meros datos numéricos que proporciona la estadística. En este caso, los relatos bibliográficos, como el de Enríquez y Correa⁴²; Blanca⁴³ y, González⁴⁴, apuntan hacia la eventualidad como unos de los factores que llevarían mayores niveles de desgaste.

Conclusiones

Con la presente investigación se pretende mostrar el uso de una herramienta metodológica sistematizada, que a través del cruce dos escalas, la MBI y la NSS, y a través de un análisis estadístico sencillo, permite evidenciar qué niveles del síndrome de desgaste padecen los profesionales de las instituciones de tipo sanitario y con que estresores concretos está relacionado, tal y como se mencionaba en la hipótesis de partida de este estudio. Trabajos de este tipo pueden acompañarse además de alguna representación gráfica (como la que mostramos en la tabla 6), que ilustre los resultados de una forma visual y muy fácilmente comprensible. De forma directa actuar sobre esos factores asociados con el desgaste, permitirá a los gestores sanitarios prevenir un avance del burnout entre sus trabajadores, por lo tanto, evitará el desarrollo de las numerosas consecuencias negativas para los profesionales, los pacientes y para el propio sistema sanitario que conlleva.

Las limitaciones del estudio pasan por haber incluido como participantes a profesionales de enfermería de un mismo Hospital pero que ejecutan su trabajo asistencial en unidades distintas (quirófano, UCI, Hospitalización, Consultas y Urgencias), con las diferencias organizacionales implicadas en cada uno de estos entornos concretos. El desarrollo de este trabajo a través de un abordaje multicéntrico, podría en el futuro diagnosticar el estado del estrés laboral de la enfermería de áreas geográficas amplias, agrupadas por Hospitales en general, por Hospitales según su grado de complejidad e incluso por unidades de trabajo concretas.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento. No se ha contado con ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses. No hay ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J.Soc Issues*. 1974; 30(1): 159- 65. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
2. Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *An Psicol*. 2010; 26(1): 169-80.
3. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. 3ª.Ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1981.
4. Albar Marín MJ, Romero Hernández ME, Carbayo Pérez E, et al. Apoyo social, características socio-demográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm Clín*. 2004; 14(5): 281-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73899-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73899-1)

5. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*. 2004; 4(1): 137-60
6. Gil-Monte PR, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis; 1997.
7. Mingote JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC*. 1998; 5(8): 493-508.
8. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Acad*. 2010; 112.
9. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71: 293-303.
10. Manzano G. *Estrés en personal de enfermería*. Tesis doctoral. Bilbao: Universidad de Deusto; 1998.
11. Manzano G. Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería: prevalencia e intervención. *Inform psicol*. 2008; 91-92: 23-31.
12. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: stages of disillusionment in the helping profession*. Nueva York: Human Sciences Press; 1980.
13. Ruiz Cazorla A, Hijano Muñoz JM, Muñoz Salido A. Burnout: Expresión del estrés laboral en el personal sanitario. *Rev Paraninfo Digital*. 2014; 20. [Consultado 18 Mayo 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2unwo2X>
14. Peiró JM. *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema, S.A; 1993.
15. Sandrín L. *Ayudar sin quemarse. Cómo superar el Burnout en las profesiones de ayuda*. Madrid: San Pablo; 2004.
16. Porras Santos N. *Variables psicosociológicas y burnout en sanitarios*. Tesis Doctoral. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2010.
17. Bakker A, Schaufeli W. Burnout contagion processes among teachers. *J Applied Soc Psychol* 2000; 30(11): 2289-308. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02437.x>
18. Davey M, Cummings G, Newburn-Cook C. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2009; 17: 312-30. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x>
19. Lu H, Barriball KL, Zhang X, et al. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(8): 1017-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009>
20. Blanca Gutiérrez JJ, Jiménez Díaz MC, Escalera Franco LF. Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalario. *Gac Sanit*. 2013; 27 (6): 545-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.006>
21. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*; 2012.344. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>
22. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, et al. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*, 2009; 83(2): 215-30.
23. Grazziano ES, Ferraz Bianchi ER. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enferm Glob*. 2010; 9(1)18.
24. Novoa Gómez MM, Nieto Dodino C, Forero Aponte C, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Univ Psychol*. 2005; 4(1):63-75.
25. Sanclemente Vinué I, Elboj Saso C, Iñiguez Berrozpe T. Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas Enferm*. 2014; 17 (10).
26. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual (3ª ed)* Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
27. Gil-Monte PR, Peiró J. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el M.B.I.-HSS en España. *Rev psicol.trab.organ*. 2000; 16 (2): 135-49.

28. Moreno B, Rodríguez R, Escobar E. La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI.-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad estrés*, 2001; (7)1: 69-78.
29. Gray-Toft P, Anderson JG. Stress among nursing staff: its causes and effects. *Soc Sci Med*. 1981; 15(5): 639-47.
30. Escribà V, Más R, Cárdenas M, et al. Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: "the nursing stress scale". *Gac Sanit*. 1999; 13 (3):191-200.
31. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Calculadora de tamaño mínimo muestral GRANMO. Barcelona, España, 2012. [Consultado el 29 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2vts0n2>
32. Molina JM, Avalos LF, Jiménez MI. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferm Clín*. 2005; 15 (5): 275-82. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71127-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71127-X)
33. Gómez M, Álamo M, Amador M, et al. Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Med Seg Trab*. 2009; 55(215): 52-62.
34. Ríos MI, Peñalver F, Godoy C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2008; 19 (4):169-78. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(08\)75832-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(08)75832-2)
35. Alba Martín R. Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2015; 41 (1):9-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2015.02.001>
36. Bacaicoa P, Díaz V, Gea M, et al. Comparativa del síndrome de Burnout entre el personal de enfermería en Cardiología de dos Hospitales de tercer nivel. *Enferm Cardiol*. 2012; 1(55-56): 34-40
37. Moreno B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional en enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Arch. prev. riesgos labor*. 2000; 3 (1):18-28.
38. Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales *Gac Sanit*. 2005; 19(6): 463-70.
39. Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Tirado-González S, et al. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales Sist San Navarra*. 2015; 38 (2): 213-23. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000200005>
40. Gil-Monte P, García-Juesas JA, Caro Hernández M. Influencia de la Sobrecarga Laboral y la Autoeficacia sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en Profesionales de Enfermería. *Interam J Psychol*. 2008; 42 (1): 113-18.
41. Arrogante O. Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enferm Clín*. 2014; 24(5): 283-89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.06.003>
42. Enríquez AC, Correa Casado MM. Inestabilidad laboral: detonante del estrés en enfermería. Relato de una enfermera. *Archivos de la Memoria*. 2010; 7 (5). [Consultado 4 julio 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2vtulyl>
43. Blanca Gutiérrez JJ. La enfermeras nómadas. Relato biográfico de una enfermera en contratación temporal. *Archivos de la Memoria*. 2005; 2. [Consultado 4 julio 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2vwTF7h>
44. González JM. Un vacío profesional. El relato de una enfermera que padeció el síndrome del burnout. *Archivos de la Memoria*. 2009; 6 (2). [Consultado 4 julio 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2vwTF7h>