

# Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención

Guadalupe Manzano García<sup>1</sup>

Universidad de La Rioja. Departamento Ciencias de la Educación

## resumen/abstract:

En este artículo hemos tratado de dar una visión lo más exhaustiva posible de los riesgos psicosociales que afectan a la profesión de enfermería. Este trabajo pretende incidir en la prevalencia del síndrome de *burnout*. Se llevó a cabo una revisión de la literatura al respecto tanto en Europa como en el resto de países. Es difícil llegar a un consenso respecto a la prevalencia del síndrome en personal de enfermería ya que habría que aunar criterios, entre otras cuestiones, a la hora de la elaboración de los autoinformes, tipos de servicios, diferencias transculturales, etc. Dado que la prevención es uno de los pilares para frenar dicho fenómeno, hemos tratado de aportar estrategias de intervención que permitan reducir el síndrome de *burnout*. Dichas estrategias facilitarían una mayor calidad de vida laboral del personal de enfermería y de los cuidados ofrecidos a los pacientes.

*This paper aims to give a comprehensive view of the psychosocial risks faced by nursing staff. It also focuses on the extent of burnout syndrome. It includes a review of the literature on this subject in the European Community and other countries. It is difficult to reach a consensus on the prevalence of burnout syndrome in nursing staff because it would be necessary among other things to unify criteria, in order to create self-evaluation reports, define the various types of services, consider cross-cultural differences, etc. Since prevention plays a key role in reducing this phenomenon, the authors propose a number of intervention strategies for reducing the prevalence of burnout syndrome. These strategies would provide nursing staff with better quality working conditions and patients with better care.*

## palabras clave/keywords:

Estrés laboral, *burnout*, prevalencia, enfermería, riesgos psicosociales.  
*Occupational stress, burnout, prevalence, nursing staff, psychosocial risks.*

Vivimos en una sociedad estresante. El ambiente que nos circunda favorece este estado de estrés; tanto los agentes ambientales naturales (frío, calor, viento, humedad); como los artificiales (ruido, contaminación atmosférica) contribuyen al llamado estrés ambiental, y tienen tanta importancia como los estresores psicosociales en el estrés laboral. Estos agentes son altamente patógenos para la salud somática y psicológica.

No debemos olvidar que uno de los principales estresores en la vida de una persona adulta es el trabajo que realiza. El estrés laboral desde un punto de vista ecológico o transaccional, se considera como una falta de acoplamiento entre las capacidades, percibidas o reales, de un individuo y las exigencias, percibidas o reales, del entorno (Lazarus y Folkman, 1986). En consecuencia, el estrés laboral se produciría cuando no se logra un acoplamiento adecuado entre la persona y el trabajo que realiza, bien porque las aptitudes y capacidades de la persona no responden a

<sup>1</sup> C/ Luis de Ulloa, s/n. 26004 Logroño. Tel.: 941.299.783 / Fax: 941.299.333. E-mail: Guadalupe.manzano@unirioja.es

las que su trabajo requiere, o bien porque el trabajo no satisface las necesidades o expectativas de la persona, o no le permite utilizar sus conocimientos o habilidades.

Esta falta de acoplamiento persona-trabajo se da muy frecuentemente entre los profesionales de enfermería, siendo la causa de la gran insatisfacción que sufre esta profesión. Existen muchas razones que justifican o permiten entender esta situación, que ha sido engendrada por el propio sistema sanitario.

En primer lugar, cabe señalar la creciente demanda de ciudadanos que solicitan al hospital, y en el domicilio propio, atención sanitaria. A esto debemos añadir todos los requerimientos exigidos para estar al día respecto a la profesión, o los riesgos existentes en relación a la accidentabilidad en la profesión, que exige a las /os enfermeras/os un esfuerzo sobreañadido tanto físico como intelectual, que llega a producir disfunciones físicas y psicológicas.

En cuanto al esfuerzo físico que realiza la/el enfermera/o, uno de los factores más importantes a tener en cuenta son las largas distancias que ha de recorrer cada día (hospital y atención domiciliaria). Estudios realizados por, entre otros, Estry-Behar (1996), muestran que una/un enfermera/o del servicio de reanimación pediátrica puede recorrer diariamente una distancia de 2,5 kms, mientras que otra/o del servicio de reumatología puede tener un recorrido medio diario de 17 kms.

Por lo que respecta al esfuerzo mental que afecta a las/os enfermeras/os, viene representado por la presión, la falta de tiempo, la minuciosidad de la intervención, los controles especiales, y cualquier otra consideración de tipo mental (valores, capacidad profesional, autocrítica, etc.) que puede generar un nivel importante de estrés.

A esto hay que añadir las interrupciones, las llamadas telefónicas, la falta de organización, de planificación y colaboración, las preguntas y demandas de los familiares, los contenidos y mensajes de la comunicación y un conjunto de datos indirectos (estudios, cartas, informes, registros de enfermería, redacción de trabajos, actualizaciones bibliográficas, sesiones clínicas y/o seminarios, etc.) que aumentan considerablemente este estado de estrés mental, que termina en cualquier tipo de disfunción psicológica (irritabilidad, agresividad, sensación de vacío, de aislamiento y/o marginación, autoconcepto disminuido, etc.)

El sistema de atención primaria y especializada u hospitalaria debe de tratar de conseguir y desarrollar “sistemas adecuados de recompensa”, reconocimiento del trabajo y oportunidades de desarrollo personal. Es necesaria más imaginación y mayor profundización psicológica en los tratamientos, con el fin de conseguir que los hospitales y los centros de salud sean más acogedores y humanos para el paciente y más atractivos para el personal que presta sus servicios en ellos.

Tal como afirma Sanz (1991) “los profesionales de enfermería ante el enfermo con enfermedad progresiva (terminal) perciben el choque interior que se produce entre su capacidad para curar (para la que están técnicamente preparados) y la dificultad que tienen para cuidar, ayudar y apoyar al paciente por no haber sido entrenados para ello”.

Paradójicamente, existe una contradicción muy importante. Por un lado, los profesionales de enfermería y sanitarios en general, están preparados técnica, científica y clínicamente; y por otro, se encuentran “inseguros” psicológicamente, tanto en el plano de la comunicación como en el de la interacción y apoyo psicológico.

El decir o no decir el verdadero pronóstico al paciente, el ver a un paciente sufriendo irreversiblemente (dudas éticas), las presiones de los familiares e incluso, de los propios compañeros, así como la administración o suspensión de los medicamentos, constituye un conjunto de factores psicoafectivos y profesionales muy importantes a la hora de valorar las auténticas dimensiones del estrés de las/os enfermeras/os.

Muchos trabajos tienen riesgos para la salud, pero la posibilidad de infecciones, la exposición a sustancias tóxicas o a radiaciones, constituyen amenazas difícilmente prevenibles para el personal de enfermería (Collado, Pardo, Mallebrera y Delicado, 1993). A esto hay que añadir nuevas formas de enfermedad viral, como el SIDA, que despiertan actitudes negativas entre los sanitarios que deben atender pacientes con dicha enfermedad.

Los cambios en las condiciones de trabajo (horarios, turnos, guardias, con todo lo que supone en los ritmos biológicos), o en los roles, sin consultar directamente a los profesionales implicados, y los nuevos sistemas terapéuticos: las nuevas tecnologías, los equipos de monitorización, cada vez más sofisticados y el aumento de la cantidad y complejidad de la información disponible; así como la insuficiencia de personal en muchísimos servicios, y el esfuerzo intelectual continuado que supone la lectura de libros y artículos de la especialidad o profesión para tratar de “estar al día”, lleva consigo que el personal de enfermería no tenga tiempo para ocuparse de “sí mismo” (relaciones sociales, aficiones, entretenimientos, relaciones familiares, deportes, etc.), y en consecuencia, se produce con relativa facilidad la pérdida de autocontrol y la manifestación de conductas psicopatológicas (agresividad, irritabilidad, ansiedad, mal humor, etc.) que son potencialmente generadoras de estrés.

A todo lo anterior pueden añadirse ciertos factores de frustración económica. Se ha señalado que el bajo salario entre los profesionales de enfermería es una de las fuentes más importantes de frustración, disminución de la satisfacción laboral y descenso de la productividad. Al mismo tiempo, sus aspiraciones de promoción profesional en función de dedicación, esfuerzo y estudio, difícilmente son satisfechas, lo que origina desidia y desilusión.

Además de todas las posibles variables negativas que realmente pueden confluir en el comportamiento del personal de enfermería, hay que añadir el hecho de los efectos que sobre el rendimiento tiene una jornada de trabajo continua y extenuante. Con todas estas circunstancias laborales, no resulta extraño que el “virus del desencanto” encuentre su adecuado caldo de cultivo y empiece a dar los primeros síntomas de hastío, fatiga y desmotivación.

El absentismo laboral suele ser una fórmula, socialmente aceptada, de rechazo ante el trabajo, mediante una pseudoenfermedad en la que subyace un trastorno de tipo funcional. Naturalmente, los incentivos, las motivaciones, las interacciones y los sistemas sociolaborales tienen mucho que explicar a la hora de comprender la insatisfacción laboral, así como la naturaleza del trabajo.

Como señala la Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1987), los problemas en el trabajo afectan al sujeto y se manifiestan mediante absentismos, huelgas, abandono del puesto de trabajo, movilidad del puesto o empleo a otro, en una jubilación anticipada, pero también en problemas de salud (accidentes, bajas por enfermedad, etc.).

La idea de que existe una relación evidente entre el tipo de trabajo que realizan los

individuos y la posibilidad de disfrutar de una buena salud o de padecer una enfermedad parece generalmente aceptada entre los estudiosos del estrés ocupacional.

La exposición crónica a los estresores que hemos visto puede llevar a estos profesionales a sufrir un síndrome de “desgaste” (*Burnout*) que puede tener como consecuencia un descenso del rendimiento o un deterioro de la calidad del trato ofrecido al paciente.

El personal de enfermería que padece este síndrome pierde los sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia sus pacientes, a quienes pueden dirigirse con una actitud deshumanizante y única. El ambiente suele esgrimirse como la causa fundamental del estrés que sufren las/los enfermeras/os y que les conduce finalmente a esa sensación de “estar quemado”. Las características psicológicas del individuo también son, en cierta medida, determinantes en el síndrome de *Burnout*. Así, los individuos tipificados de conducta tipo “A” son más vulnerables a padecer trastornos relacionados con este síndrome.

Otros hallazgos (Manzano, 1998, 2000) subrayan la importancia de factores de personalidad en la forma de responder al estrés laboral. Parece que la dimensión del desgaste profesional (*burnout*) caracterizada por la falta de entrega e implicación emocional en el trabajo, es más probable que se de en personas que tienden a volcar su agresividad contra sí mismos, que presentan conductas de resistencia al cambio, de huida ante los problemas y cuando hay que tomar decisiones.

Por otro lado, están más expuestos a sentimientos y actitudes despersonalizadas en la atención al paciente, aquellas personas que en situaciones de tensión tienden a volcar su agresividad sobre los demás y a ser más

duros e insensibles con ellos. Greenglass, Burke y Moore (2004) encontraron que la ambigüedad de rol percibida por el personal de enfermería presenta una fuerte relación con la depresión profesional y con conductas de evitación o huida, así como con diversas dimensiones del *burnout*, como el agotamiento emocional, despersonalización y falta de sensación de éxito o logro en el trabajo.

Manzano (1998), al igual que Bartz y Maloney (1986), estudió la relación entre desgaste profesional y diversas variables demográficas. Los resultados mostraron que algunas variables se relacionaron con algunas dimensiones del desgaste profesional: la edad se asoció negativamente, el personal de enfermería de género masculino presentó niveles más altos en intensidad del agotamiento emocional y despersonalización; el nivel educacional alto se asoció con mayor frecuencia e intensidad al agotamiento emocional; y los años de ejercicio profesional con agotamiento emocional y despersonalización. Los autores afirman que a más años ejerciendo la profesión de enfermería es menos probable la experiencia de *burnout*. Los profesionales de enfermería de mayor edad, con menor nivel educativo y de sexo femenino están menos expuestos a las diversas dimensiones del desgaste profesional.

Desde la perspectiva puramente laboral, las/los enfermeras/os, en su conjunto, están entre los profesionales más vulnerables, ya que no tienen expectativas ni salidas que les hagan atractivo el trabajo; por otra parte, la/el enfermera/o está en estrecho contacto con el enfermo, su trabajo es muy duro y está mal pagado. Es claramente uno de los tipos de trabajadores que además de tener riesgos físicos, biológicos, etc., también

tiene riesgos de la motricidad, ya que deben trabajar en posiciones que no tienen nada de “ergonómicas”.

Tanto el sistema hospitalario como la atención primaria no tienen en cuenta cuáles son las actitudes, aptitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en dicha institución. Esto trae consigo gran desmotivación, desilusión y desgaste profesional. En la muestra estudiada por Manzano (1998) (n = 265 enfermeras/os), las/los enfermeras/os que poseen especialidad no trabajan en los servicios correspondientes a ésta. Esta falta de acoplamiento entre las competencias percibidas y demandadas hace que los profesionales, a la larga, presten unos cuidados de una calidad “relativa”, debido a esa falta de atención del sistema.

Vista la poca consideración que presta la institución a este tipo de cuestiones, el personal de enfermería ha optado por hacer el trabajo mecánicamente y lo antes posible, sin detenerse en cuestiones como, por ejemplo, la buena comunicación, información a los pacientes, trato afable, etc. Esta estrategia de afrontamiento, llamada despersonalización, es una forma más de proteger su propio “yo” ante las agresiones continuas que presenta el sistema sanitario.

## Prevalencia

La frecuencia de *burnout* ha sido estudiada en muchos tipos de colectivos, incluyendo personal sanitario, educación, fuerzas de seguridad, etc. En España, centrándonos en el personal de enfermería, el tema ha sido objeto de multitud de estudios en los últimos años; estudios que se han desarrollado en prácticamente todas las comunidades autónomas. Sin embargo, pese a la gran cantidad de información recibida y procesada, no es

posible mostrar datos concluyentes de la prevalencia del síndrome en el personal de enfermería.

Reig, Solano, Vizcaya y Vidal (2002) llevaron a cabo un estudio que tenía por objetivo estimar la prevalencia del *burnout* en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de diferentes hospitales de la provincia de Alicante. Sus conclusiones mostraron que este es un grupo de alto riesgo para el desarrollo del síndrome. Se obtuvo un MBI medio total de 55,05 %. Según el estudio, el personal de enfermería de cuidados intensivos tiene valores de bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada realización personal.

Del Río, Pereagua y Vidal (2003) analizaron la prevalencia del síndrome en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Concluyeron que el 17,83 % de la muestra sufría *burnout*. Se objetivó la presencia de cansancio emocional en el 43,3 % de los/as enfermeros/as, despersonalización en el 57 % y falta de realización en el trabajo en el 35,66 %. El tanto por ciento de prevalencia mostrado en este estudio está dentro del rango en el que se mueven estudios similares realizados recientemente (17 % - 25 %). Avalos, Jiménez y Molina (2005) llevaron a cabo en la Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves de Granada un estudio sobre *burnout* en enfermería de atención hospitalaria. Concluyeron que entre un 27% y un 39% de los profesionales encuestados presentaba puntuaciones indicativas de *burnout* en alguna de las tres subescalas. Se encontró un nivel medio de desgaste profesional, que es mayor en los bloques de hospitalización y servicios generales, y menor en los de especialidades y el quirúrgico. Puialto; Antolín y Moure (2006) obtuvieron, en una muestra del complejo hospitalario Universitario de Vigo, un nivel general de *burnout* del 13%.

En otros países como Bélgica, De Witte, Moors, Symons, Van Der Meeren y Evers (2001), quiénes llevaron a cabo un estudio entre 2.075 enfermeras flamencas, concluyeron que los individuos de la muestra presentaban un bajo nivel de cansancio emocional y moderado de despersonalización. El 47% de las enfermeras presentaban un alto nivel de *burnout* en términos generales.

En el Reino Unido (Londonderry), Gillespie y Melby (2003) también demostraron que las enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias presentan altos niveles de agotamiento emocional. Los autores afirman que el trabajo continuado en este entorno, sin disponer de recursos, da como resultado un aumento del síndrome de *burnout*.

En Japón (Kihara), Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda y Katoh (2004) llevaron a cabo un estudio con enfermeras que trabajaban en un servicio de salud mental llegando a la conclusión que la prevalencia del síndrome en este servicio y con estas enfermeras eran de 59,2%.

En la Universidad de Udine (Italia), Quattrin, Zanini, Nascig, Annunziata, Calligaris y Brusaferrò (2006) con una muestra de 100 enfermeras que trabajaban en una unidad de oncología, encontraron que las enfermeras presentaban altos niveles de agotamiento emocional (35%); un 17% de despersonalización y un 11% de eficacia profesional.

En Alemania (Bavaria), Mebenzehl, Lukesc, Klein, Hajak, Schreiber y Putzhammer (2007) encontraron que el 11,5% de las enfermeras que trabajaban en 6 hospitales psiquiátricos de Bavaria presentaban niveles altos de *burnout*.

En China (Fujian), Wu, Zhu, Wang y Lan (2007) encontraron que las enfermeras más jóvenes presentan niveles más altos de *burnout*.

Lo más significativo y predictor del cansancio emocional fue la ambigüedad y el conflicto de rol, junto con la responsabilidad. Los mejores predictores del cinismo o despersonalización fueron la ambigüedad de rol, roles redundantes, responsabilidad y los cuidados. Los predictores de la realización personal fueron la ambigüedad de rol, el apoyo social y las estrategias de afrontamientos racionales cognitivas.

A la vista de la disparidad de porcentajes que aparece en los diferentes países (incluido el nuestro) resulta atrevido dar una cifra o porcentaje de “cuántas enfermeras/os están quemadas/os”. Las razones que pueden justificar dicha disparidad pueden hallarse en: a) la mala utilización y aplicación de los cuestionarios (Gil-Monte, 2003); b) las cifras pueden estar desvirtuando la realidad, debido a un mal diagnóstico diferencial; c) las diferencias culturales entre los sujetos muestrales, lo que dificulta la comparación; d) mala interpretación de los resultados en su contexto real (diferencias en los diversos servicios), etc. Todos estos aspectos contribuyen a la aparición de sesgos insalvables que dificultan enormemente la comprensión de la realidad del síndrome de *burnout*.

## Intervención

Son escasos los estudios centrados en qué estrategias de intervención son las más adecuadas para paliar el *burnout* en el personal de enfermería, ya que pese a los veinte años de investigación acerca del síndrome de *burnout*, todavía hoy los estudios se orientan a investigaciones descriptivas del síndrome, o bien a la consecución de instrumentos de medida.

Nuestra experiencia personal en el campo de los cuidados asistenciales de enfermería, así como la adquirida en los años que llevamos



investigando el síndrome de *burnout*, nos lleva a afirmar que la base de una adecuada estrategia de intervención debe apoyarse en un correcto diagnóstico de la situación para conocer la dimensión del problema, ya sea en el hospital o centro de salud, y sus causas.

Tanto el medio hospitalario como el de atención primaria son un potente agente estresante para el personal de enfermería por ello, es necesario desarrollar un estilo cognitivo o atribucional adecuado, propiciando o induciendo en la/el enfermera/o expectativas de autoeficacia y estilo de afrontamiento que permitan al individuo defenderse de las acciones amenazantes para su propio “Yo”.

Teniendo esto en consideración, en términos generales, algunas de las posibles estrategias pueden ser:

1. Proporcionar apoyo social que permita afrontar las exigencias laborales (un buen amigo es un tesoro).
2. Inoculación de estrés. Aumentar la resistencia individual al estrés mediante cursos de formación, ofrecidos por la propia institución con carácter gratuito.
3. Proporcionar un estilo de vida sano: dieta, ejercicio y descanso (comedores con dietas equilibradas, gimnasio gratuito para el personal de enfermería).
4. Aportar recursos humanos (por ejemplo, personal bien preparado) así como los medios necesarios para que puedan realizar correctamente su trabajo.
5. Entrenamiento en habilidades de comunicación. El sistema sanitario, en general, es un sistema altamente jerárquico donde se establecen relaciones muchas veces autoritarias, o en donde no existen canales de comunicación, tan fundamentales para un buen clima laboral. Freudenberger (1974)

plantea que una forma de disminuir el impacto del *burnout* es estableciendo una adecuada comunicación o *feedback* positivo, entendida como la mejora de los canales de comunicación existentes en la organización tanto a nivel vertical como horizontal. Este aspecto permitirá mayor claridad en el desempeño del puesto de trabajo, recompensas adecuadas, igualdad en cuanto a las expectativas potenciales y reales y, como consecuencia de lo expuesto anteriormente, una mayor satisfacción en el trabajo.

6. Abordar los procesos inconscientes relacionados con el síndrome. Garden (1991) señala que, una vez que se conozca la naturaleza precisa de los procesos no conscientes que subyacen al *burnout*, la intervención habrá que dirigirla a estos procesos con un programa terapéutico. La autora, al igual que nosotros, acepta la influencia negativa del contexto organizacional en el nacimiento del *burnout*, pero consideramos que las características de personalidad son de gran importancia en el desarrollo del síndrome, por ello la intervención requiere un enfoque clínico.

7. Obligatoriedad de un equipo de salud mental, que dé apoyo y asesoramiento psicológico al personal con carácter gratuito, tanto en el medio hospitalario como en atención primaria.

8. La carga de trabajo, falta de tiempo y escasez de personal podría solucionarse de forma “ergonómica” optimizando la eficiencia del personal y disminuyendo el tiempo dedicado a tareas inespecíficas. En diferentes hospitales españoles ha surgido una nueva figura: “enfermera canguro”. Otra de las nuevas tendencias podría ser limitar el trabajo por turnos y nocturno en función de la edad del personal de enfermería.

9. La profesión exige una puesta al día continua para seguir progresando profesionalmente, lo cual conlleva una sobrecarga de trabajo a realizar fuera del horario laboral. Esto puede solucionarse en parte con la tecnología de la información. Los cursos de formación y perfeccionamiento deberían realizarse dentro del horario laboral, para lograr una mejor conciliación entre la vida laboral y familiar.

10. Rotación. Hiscott y Connop (1989) desde una perspectiva organizacional, mantienen que una forma de solucionar el *burnout* es establecer rotaciones regulares entre los trabajadores. Otra opción sería dar la posibilidad de realizar rotaciones externas opcionales del medio hospitalario al primario o viceversa. Esta alternativa sería viable, siempre y cuando, existiese flexibilidad en el sistema sanitario, dando la oportunidad de este beneficio de “cambio de aires”.

11. La escasa implicación en la toma de decisiones, junto con relaciones insatisfactorias con los colegas, podrían solucionarse favoreciendo la formación de equipos donde cada miembro ejerza una función específica y se sienta responsable de ella.

12. Terapia racional emotiva. Ursprung (1986) señala que puesto que en el *burnout* están inmersos pensamientos irracionales, consecuencia de los diferentes eventos estresantes, sería conveniente utilizar la reestructuración cognitiva para combatir dichos pensamientos, con el fin de dotar al sujeto de estrategias de afrontamiento eficaces para superar dicho evento estresante.

13. Además, sería interesante modificar los ambientes de trabajo que se han visto asociados a altos niveles de estrés y *burnout*; ambientes que exigen alta adherencia y discrecionalidad de los trabajadores.

14. Una posible solución al problema sería la creación de hospitales y centros de salud con “magnetismo” (Manzano, 1998). En los EEUU dichas instituciones han surgido de forma natural como resultado de la búsqueda de la excelencia. Estos centros se estructuran en torno a la noción de que enfermería es el componente más importante del cuidado hospitalario y de atención primaria, y tienen en común una serie de atributos organizativos: a) estructura horizontal, b) autogobierno (decisiones descentralizadas), que confiere una sensación de control sobre el entorno, favorece la creatividad, la innovación y la satisfacción laboral, c) unidades autosuficientes, una unidad actúa con independencia para proporcionar los cuidados prescritos por las necesidades del paciente, d) promociones, e) flexibilidad horaria, f) práctica especializada: se insta a las/los enfermeras/os a especializarse en su campo de interés para aumentar la competencia y promover la confianza en una/o misma/o, g) apoyo a la educación: disponen de incentivos y oportunidades para la formación continuada y el desarrollo de la investigación.

Creemos que los hospitales y centros de salud “magnéticos” podrían solucionar gran parte de la problemática del síndrome de *burnout*. Somos conscientes que dichos modelos institucionales son un ideal al que tender más que una realidad existente en nuestro país.

No debemos olvidar que, en definitiva, la “columna vertebral” de los hospitales y centros de salud reside en el personal de enfermería, que es quien tiene un trato más duradero y frecuente con los pacientes. Si las políticas sanitarias no mejoran la situación de este colectivo, cada vez habrá menos enfermeras/os. Esta situación, que en Europa está planteando problemas bastante serios,



debería hacer reflexionar a las autoridades sanitarias sobre la situación, que se mostrará a largo plazo, cuando exista carencia de personas dispuestas a ser enfermeras/os.

A pesar de los numerosos estudios realizados sobre el *burnout* en personal de enfermería, sería conveniente un esfuerzo investigador acerca de las estrategias válidas de prevención que tratarían de disminuir la incidencia y prevalencia del síndrome. Por otra parte, resulta necesario realizar investigaciones que permitan aclarar los factores que intervienen tanto en la experiencia como en las manifestaciones del *burnout* psicológico. Es de vital importancia hacer hincapié en la combinación investigación e intervención.

## Bibliografía

- Avalos, F., Jiménez, I., y Molina, J. M. (2005) Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15, 275-282.
- Bartz, C. y Maloney, J. P. (1986) Burnout among intensive care nurses. *Research in Nursing and Health*, 9, 147-153.
- Collado, M., Pardo, C., Mallebrera, E., y Delicado, V. (1993) Salud laboral del personal de enfermería en quirófano. *Enfermería Científica*, 131, 33-36.
- De Witte, K., Moors, K., Symons, C., Van der Meeren, E., y Evers, G. (2001) Professionalisation: a remedy for burnout in nursing. *Acta Hospitalia*, 41, 5-17.
- Del Río, O., Pereagua, M. C., y Vidal, B. (2003) El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en Cardiología*, 29, 24-29.
- Estryn-Behar, M. (1996) Ergonomía y salud en el trabajo: el caso de las profesiones sanitarias. *Revista Rol*, 220, 61-65.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y del Trabajo (1987) Estrés físico y psicológico en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Freudenberger, H. J. (1974) Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Garden, A. M. (1991) The purpose of burnout: a Jungian interpretation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 73-93.
- Gil-Monte, P.R. (2003) ¿Se quema la sanidad española?. *Revista Española de Economía de la Salud*, 2, 139-140. Disponible el 6 de diciembre de 2007 en: <http://www.economia-salud.com/Ediciones/07/07pdf/07EnPortadaBurnOut.pdf>
- Gillespie, M., y Melby, V. A. (2003) Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 842-851.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., y Moore, K. A. (2004) Reactions to increased workload: effects on professional efficacy of nurses. *Applied Psychology*, 52, 580-597.
- Hiscott, R. D., y Connop, P. J. (1989) Job stress and occupational burnout. Gender differences among mental health professionals. *Sociology and Social Research*, 74, 10-15.
- Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., y Katoh, T. (2004) Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 764-768.
- Lazarus R.S. y Folkman S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. Madrid: Martínez Roca.
- Manzano, G. (1998) Estrés en personal de enfermería. Tesis doctoral. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Manzano, G. (2000) Organizaciones magnéticas: solución al síndrome de burnout. *Capital Humano*, 138, 50-64.
- Mebenzehl, M., Lukesch, H., Klein, H., Klein, H., Hajak, G., Schreiber, W., y Putzhammer, A. (2007) Burnout in mental health professionals in psychiatric hospitals. *Psychiatrische Praxis*, supplement, 34, 151-167.
- Puialto, M. J., Antolín, R., y Moure, L. (2006) Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores relacionados en las enfermeras del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, 8. Disponible el 6 de diciembre de 2007 en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/issue/view/63/showToc>
- Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., Calligaris, L., y Brusaferrero, S. (2006) *Oncology Nursing Forum*, 33, 815-825.
- Reig, A., Solano, C., Vizcaya, F., y Vidal, P. (2002) Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13, 9-16.
- Sanz, J. (1991) El estrés de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 96, 377-378.
- Ursprung, A. W. (1986) Burnout in the human services: a review of the literature. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 29, 190-199.
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., y Lan, Y. (2007) Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal Advance Nursing*, 59, 233-239.

Fecha de recepción: 15/10/2007  
Fecha de aceptación: 26/11/2007