EMPATÍA, BURNOUT Y ACTITUDES HACIA LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL:

UN ESTUDIO EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

DANIEL ROMÁN SÁNCHEZ

EMPATÍA, BURNOUT Y ACTITUDES HACIA LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL: UN ESTUDIO EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

Daniel Román Sánchez

Bajo la Dirección de los Dres:

Juan Carlos Paramio Cuevas

Olga Paloma Castro

EMPATÍA, BURNOUT Y ACTITUDES HACIA LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL: UN ESTUDIO EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

Daniel Román Sánchez

Trabajo de investigación presentado en el Centro Universitario de Enfermería "Salus Infirmorum" adscrita a la Universidad de Cádiz para obtener el Grado de:

DOCTOR

Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud

Instituto de Postgrado, Actualización y Especialización

Universidad de Cádiz.

Los doctores D. JUAN CARLOS PARAMIO CUEVAS, Profesor del Centro Universitario de Enfermería "Salus Infirmorum", adscrito a la UCA y Dª OLGA PALOMA CASTRO, Profesora Titular de Universidad, del Departamento de Enfermería y Fisioterapia.

CERTIFICAN QUE:

El trabajo titulado "EMPATÍA, BURNOUT Y ACTITUDES HACIA LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL: UN ESTUDIO EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA" ha sido realizado bajo nuestra dirección por D. DANIEL ROMÁN SÁNCHEZ para optar al grado de Doctor. A nuestro juicio, cumple con todos los requisitos necesarios para ser juzgado.

Cádiz, 18 de Abril de 2022.

Fdo:

Olga Paloma Castro

Fdo:

Juan Carlos Paramio Cuevas

DEDICATORIA

A las mujeres de mi vida,

a mi cañonero

y al policía que me salvó la infancia

AGRADECIMIENTOS

Ha sido un camino duro con alguna satisfacción que creía imposible, enorme y venida de sopetón.

Pero todo esto no habría sido posible sin ellos.

Primero a mi familia, que ha estado presente en todo este proceso, la que me ha dado mi tiempo su apoyo y esperanza. A mi madre única en su especie que a veces dudo que sea la mía y a mi padre por a pesar de contarle cosas demasiado extrañas buscar soluciones. Gracias hermano, teniendo en cuenta tu lucha diaria, encontraste hueco para mí en todo momento.

Gracias a mis compañeros de trabajo, a todos y cada uno.

A Fran por ayudarme a ver la luz, eres y serás un ejemplo a seguir para mí y para toda la Tierra Media. A Carmen y a Mónica por darme calma y paz cuando más la necesitaba, es decir siempre. A Ángel por ayudarme en los dilemas morales de cuando en cuando. A Sisi, que viste siempre la salida y el final con una perspectiva que

aún me sorprende, eres única. A Jose, otro gran amigo que mostró su conocimiento y me brindó su amistad y ayuda que aún perduran.

Mención especial tienen Jose Luis Palazón, que me ha dado todos los conocimientos necesarios para que la bioestadística sea un problema menor. Hemos pasado días de esfuerzos juntos, gracias por tu tiempo y paciencia.

Gracias a Olga Paloma, por la confianza en mí, eso no tiene precio.

A Juan Carlos, mi mentor en la vida, amigo y descubrimiento. Yo pensé que tus amigos se conocen en la infancia y esos son para siempre, pero llegaste y cambiaste todos esos conceptos. Gracias por hacer que todo lo que hay en este escrito esté hecho con corazón y fe.

Por último, llegaste. Siempre al final de las páginas, pero siempre en ellas, la persona más importante, mi primera crítica, mi ayuda imprescindible, mi ancla y mi meta. Reyes López, enfermera, docente y amor.

A TODOS Y CADA UNO.

RESUMEN

Introducción: La empatía es un constructo multidimensional que se encarga de percibir las experiencias, inquietudes y perspectivas de otra persona sin perder la referencia del propio yo. Se puede modificar a través de su entrenamiento y de las experiencias vividas, tanto de forma laboral como personal.

El instrumento más ampliamente usado para su medición es la escala de Jefferson diseñada originalmente para estudiantes de medicina y posteriormente modificada para profesionales de la salud y pacientes. Actualmente existe una versión adaptada a nuestro país.

En el campo del cuidado de la salud, la Empatía, es la característica interpersonal más valorada por profesionales y pacientes. La Enfermería es la profesión sanitaria que más empatía dedica en su contacto con los pacientes. Por tanto, el constructo empático se puede incluir en el currículum de Enfermería como una habilidad de comunicación clave.

Más concretamente en la Enfermería de Salud Mental, que basa la mayoría de sus actuaciones en la terapia de comunicación, la empatía permite reducir las actitudes negativas hacia el paciente con trastorno mental, es decir el estigma. Por ello, los enfermeros Especialistas en Salud Mental son los profesionales sanitarios que, junto a los psiquiatras, mejores actitudes demuestran hacia el usuario con trastorno mental. Siendo dicha actitud uno de los factores que se asocian a la empatía. Además, existe otro factor, denominado burnout que se ha asociado negativamente, ya que se evidencia que dificulta el comportamiento empático. No obstante, se ha demostrado que los niveles altos de empatía ejercen de factor protector contra el burnout.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es analizar el desarrollo de la empatía y los factores asociados (burnout y actitud hacia los pacientes mentales), además de características socio-demográficas, profesionales y académicas a lo largo de la trayectoria profesional de los enfermeros de salud mental. Como objetivos específicos se pretende determinar el grado de empatía y los factores asociados

en los tres grupos de estudio que corresponden con las diferentes etapas de formación del profesional sanitario en Salud Mental: estudiantes de Enfermería, Residentes de la especialidad de enfermería en Salud mental y profesionales de los Servicios de Salud Mental. Además, se estudiarán las relaciones existentes entre las distintas variables dentro de cada grupo de estudio y se comparará cada variable en los diferentes grupos de estudio. Adicionalmente, en el grupo de estudiantes de Enfermería se determinará si existen diferencias en las variables estudiadas antes y después de su paso por las prácticas de salud mental.

Sujetos: Se estudiarán tres grupos de población correspondientes a los alumnos del Grado en Enfermería de la Universidad de Cádiz (Grupo 1), los Enfermeros residentes de la especialidad de salud mental a nivel nacional (Grupo 2) y los Enfermeros que trabajan en dispositivos de salud mental de las áreas sanitarías de los sistemas de salud españoles (Grupo 3).

Variables e instrumentos: Las variables a estudiar en los diferentes grupos serán la empatía, el burnout, la actitud hacia los pacientes

mentales además de características socio-demográficas, profesionales y académicas. Se usará para la medición de la Empatía la Jefferson Scale of Empathy (JSE). La escala Maslach Burnout Inventory (MBI) medirá el Burnout y la Actitud hacia el Paciente Mental será cuantificada por el instrumento Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI), todos ellos instrumentos validados en la población española.

Metodología: El estudio se llevó a cabo en tres fases diferenciadas:

Fase 1: Para esta fase, se diseñó un estudio pseudoexperimental con dos grupos de estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad de Cádiz. Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo intencional no probabilístico y exhaustivo entre los sujetos elegibles. Uno grupo estuvo conformado por sujetos que realizarán las prácticas en dispositivos de Salud Mental y el otro grupo por aquellos que realizaron las prácticas en otros dispositivos. Se partió de una población de estudio de 180 estudiantes matriculados en el Título de Grado en Enfermería en la Universidad de Cádiz, bien en centros propios o adscritos a esta. Se

intentó incluir en la muestra todos los sujetos pertenecientes a la población diana y así evitar sesgos. Finalmente, participó en el estudio el 67,2% de la población diana. A los sujetos de estudio se les realizaron dos mediciones de las variables de estudio, antes del inicio del periodo de prácticas y posterior al periodo de prácticas, tanto para los que pasaron por los dispositivos de salud mental como para los que pasaron por otros dispositivos diferentes.

Fase 2: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, de corte transversal con el Grupo 2. Se realizó un muestreo intencional no probabilístico en bola de nieve no discriminatorio y exponencial para la obtención de la muestra, con el objetivo de obtener sujetos con las características diferenciales buscadas (criterios de inclusión) y de diversas procedencias geográficas españolas. Se utilizó este tipo de muestreo poblacional exhaustivo en el intento de incluir en la muestra todos los sujetos pertenecientes a la población diana y así evitar sesgos. Se partío de una población de estudio de 337 enfermeros internos residentes de la especialidad de salud mental (EIR). La muestra obtenida

representó el 63,5% de la población diana. Una vez reclutados, los participantes completaron los instrumentos de evaluación de las variables de estudio.

Fase 3: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, de corte transversal con el Grupo 3. Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo intencional no probabilístico en bola de nieve no discriminatorio y exponencial con el objetivo de obtener sujetos con las características diferenciales buscadas (criterios inclusión) y de diversas procedencias geográficas españolas. Se parte de una población de estudio de 4000 enfermeras que trabajan en los dispositivos de salud mental de las áreas sanitarias de los sistemas de salud de España, según la estimación realizada por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. En base a estos datos, se seleccionó una muestra aleatoria de 726 individuos como mínimo. Una vez reclutados los participantes completaron los instrumentos de evaluación de las variables de estudio.

Análisis: Previo al análisis se evaluó la normalidad de las variables a través de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov. La fiabilidad de las escalas JSE, MBI y CAMI se evaluó utilizando el alfa de Cronbach. Las variables cuantitativas se expresaron como medianas y rangos intercuartilicos (IQR) ya que mostraron desviaciones significativas de la distribución normal al aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuanlitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes. Las diferencias basales en las variables de caracterización de la muestra entre los grupos pre y post prácticas de la fase I del estudio se compararon usando la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Las diferencias entre las variables empatía, burnout y actitudes hacia los pacientes con trastorno mental se compararon intergrupalmente mediante la prueba U de Mann-Whitney. La correlación entre las puntuaciones de JSE, MBI y CAMI y de estos con las variables sociodemográficas se evaluaron calculando el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (Rho).

Para las fases 2 y 3 se utilizaron los mismos estadísticos utilizados la fase 1. Adicionalmente, las comparaciones entre tres o más grupos se realizaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

Las puntuaciones totales obtenidas en las variables de empatía, burnout y actitudes hacia los pacientes mentales por los estudiantes del grado de Enfermería, enfermeros internos residentes de la especialidad de salud mental (EIR) y enfermeras en dispositivos de salud mental fueron comparadas mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

Todos los valores de p se basaron en una distribución de dos colas y un nivel de significación de 0,05. El análisis estadístico se realizó con la asistencia del programa SPSS versión 27.0 para Windows (IBM).

Resultados: En la fase 1 correspondiente al estudio de los alumnos del Grado Universitario en Enfermería de la Universidad de Cádiz se observó que las prácticas asistenciales realizadas en dispositivos de salud mental por parte de los estudiantes del Grado en Enfermería no mostraron diferencias significativas ($P>0,05$) con las

variables de empatía y sus dimensiones, en comparación con el resto de dispositivos asistenciales. Ni con las de burnout y sus dimensiones de “cansancio emocional” y “despersonalización” (P>0,05), en comparación con el resto de dispositivos asistenciales. Y tampoco mostraron diferencias significativas (P>0,05) con la dimensión de “benevolencia” y “salud mental en la comunidad” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental en comparación con el resto de dispositivos asistenciales. Sin embargo, las prácticas asistenciales realizadas en dispositivos de salud mental por parte de los estudiantes del Grado en Enfermería sí mostraron diferencias significativas (P<0,05) positivas en la dimensión del burnout “realización personal” en comparación con el resto de dispositivos asistenciales y también mostraron diferencias significativas (P<0,05) a su favor en las dimensiones de “autoritarismo” y “restricción social” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental en comparación con el resto de dispositivos asistenciales.

En la fase 2 correspondiente al estudio con residentes de enfermería de la especialidad de salud mental en España se observó que la empatía y sus dimensiones aumentaron positivamente a lo largo de la residencia como especialista en salud mental excepto en la dimensión "cuidado compasivo" en el sexo masculino que se mantuvo estable. Por otro lado, el burnout y su dimensión "realización personal" aumentaron en el sexo masculino y la dimensión "despersonalización" aumentó en el sexo femenino a lo largo de la residencia como especialista en salud mental, mientras que la dimensión "cansancio emocional" permaneció estable a lo largo de la residencia como especialista en salud mental. Para finalizar, las actitudes hacia el paciente con trastorno mental mejoraron a lo largo de la residencia como especialista en salud mental. Disminuyendo la "restricción social" y el "autoritarismo" y aumentando la "benevolencia" y la "salud mental en la comunidad".

En la fase 3 correspondiente al estudio con enfermeros especialistas de salud mental en España se observó que la empatía y sus dimensiones aumentaron positivamente a lo largo de la experiencia

profesional como especialista en unidades de salud mental. El burnout y sus dimensiones aumentaron a lo largo de la experiencia profesional como especialista en unidades de salud mental excepto la "realización personal" que disminuyó y para concluir las actitudes hacia el paciente con trastorno mental mejoraron a lo largo de la experiencia profesional como especialista en unidades de salud mental, disminuyendo la "restricción social" y el "autoritarismo" y aumentando la "benevolencia" y la "salud mental en la comunidad".

Conclusiones: El desarrollo de la empatía a lo largo de la trayectoria académico-profesional (estudiantes, residentes, y especialistas) ayuda a mejorar las actitudes positivas hacia los pacientes que padecen un trastorno mental y hace que el burnout aumente. Por otro lado, la empatía no ejerce de factor protector contra el burnout en las muestras estudiadas.

ABSTRACT

Introduction: Empathy is a multidimensional construct that is responsible for perceiving another person's experiences, concerns and perspectives without losing reference to one's own self. It can be modified through training and lived experience, both occupationally and personally.

The most widely used instrument for its measurement is the Jefferson scale originally designed for medical students and later modified for health professionals and patients. Currently there is a version adapted to our country.

In the field of health care, Empathy is the interpersonal characteristic most valued by professionals and patients. Nursing is the health profession that devotes most empathy in its contact with patients. Therefore, the empathic construct can be included in the nursing curriculum as a key communication skill.

More specifically in Mental Health Nursing, which bases most of its actions on communication therapy, empathy allows to reduce

negative attitudes towards the patient with mental disorder, i.e. stigma. For this reason, Mental Health Nurses are the health professionals who, together with psychiatrists, show the best attitudes towards the user with a mental disorder. This attitude is one of the factors associated with empathy. In addition, there is another factor, called burnout, which has been negatively associated, as it has been shown to hinder empathic behaviour. However, it has been shown that high levels of empathy act as a protective factor against burnout.

Objectives: The main objective of the study is to analyse the development of empathy and the associated factors (burnout and attitude towards mental patients), as well as socio-demographic, professional and academic characteristics throughout the professional career of mental health nurses. The specific objectives are to determine the degree of empathy and the associated factors in the three study groups that correspond to the different stages of training of mental health professionals: nursing students, mental health nursing residents and mental health service professionals. In

addition, the existing relationships between the different variables within each study group will be studied and each variable will be compared in the different study groups. Additionally, in the group of nursing students, it will be determined whether there are differences in the variables studied before and after their passage through the mental health practices.

Subjects: Three population groups will be studied corresponding to the students of the Degree in Nursing of the University of Cadiz (Group 1), the resident Nurses of the mental health speciality at national level (Group 2) and the Nurses working in mental health devices of the sanitary areas of the Spanish health systems (Group 3).

Variables and instruments: The variables to be studied in the different groups will be empathy, burnout, attitude towards mental patients in addition to socio-demographic, professional and academic characteristics. The Jefferson Scale of Empathy (JSE) will be used to measure empathy. The Maslach Burnout Inventory (MBI) scale will measure Burnout and Attitude towards Mental Patients

will be quantified by the Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) instrument, all of them validated instruments in the Spanish population.

Methodology: The study was carried out in three distinct phases:

Phase 1: For this phase, a pseudo-experimental study was designed with two groups of students of the Nursing Degree of the University of Cadiz. In order to obtain the sample, a non-probabilistic and exhaustive purposive sampling was carried out among the eligible subjects. One group was made up of subjects who would do their internship in mental health facilities and the other group was made up of those who did their internship in other facilities. The study population consisted of 180 students enrolled in the Bachelor's Degree in Nursing at the University of Cadiz, either in their own centres or in centres affiliated to the University. An attempt was made to include in the sample all subjects belonging to the target population in order to avoid bias. In the end, 67.2% of the target population participated in the study. The study subjects underwent two measurements of the study

variables, before the start of the internship period and after the internship period, both for those who spent time in mental health facilities and for those who spent time in other facilities.

Phase 2: An observational, prospective, descriptive, cross-sectional, descriptive study was conducted with Group 2. A non-probabilistic, intentional, non-discriminatory and exponential snowball sampling was used to obtain the sample, with the aim of obtaining subjects with the differential characteristics sought (inclusion criteria) and from different Spanish geographical origins. This type of exhaustive population sampling was used in an attempt to include in the sample all subjects belonging to the target population and thus avoid bias. The starting point was a study population of 337 resident nurse interns in the speciality of mental health (EIR). The sample obtained represented 63.5% of the target population. Once recruited, participants completed the assessment instruments for the study variables.

Phase 3: An observational, prospective, descriptive, cross-sectional, descriptive study was conducted with Group 3. In order to obtain

the sample, a non-probabilistic, intentional, non-discriminatory, exponential snowball sampling was carried out with the aim of obtaining subjects with the differential characteristics sought (inclusion criteria) and from different Spanish geographical origins. The starting point was a study population of 4000 nurses working in mental health facilities in the health areas of the Spanish health systems, according to the estimate made by the National Association of Mental Health Nurses (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental). Based on these data, a random sample of at least 726 individuals was selected. Once recruited, the participants completed the instruments for the evaluation of the study variables.

Analysis: Previous to the analysis, the normality of the variables was assessed using the Kolmogorov-Smirnov tests. The reliability of the JSE, MBI and CAMI scales was assessed using Cronbach's alpha. Quantitative variables were expressed as medians and interquartile ranges (IQR) as they showed significant deviations from the normal distribution when applying the Kolmogorov-Smirnov test.

Quantitative variables were expressed as frequencies and percentages. Baseline differences in sample characterisation variables between the pre- and post-practice groups in phase 1 of the study were compared using the Wilcoxon non-parametric test. Differences between the variables empathy, burnout and attitudes towards patients with mental disorders were compared intergroup using the Mann-Whitney U-test. Correlation between JSE, MBI and CAMI scores and of these with sociodemographic variables were assessed by calculating Spearman's rank correlation coefficient (Rho).

For phases 2 and 3, the same statistics used in phase 1 were used. Additionally, comparisons between three or more groups were performed using the Kruskal-Wallis test.

The total scores obtained on the variables of empathy, burnout and attitudes towards mental patients by the undergraduate nursing students, mental health nurse interns (EIR) and nurses in mental health facilities were compared using the Kruskal-Wallis test.

All p-values were based on a two-tailed distribution and a significance level of 0.05. Statistical analysis was performed with the assistance of SPSS version 27.0 for Windows (IBM).

Results: In phase I corresponding to the study of the students of the University Degree in Nursing at the University of Cadiz, it was observed that the care practices carried out in mental health facilities by the students of the Degree in Nursing did not show significant differences (P>0.05) with the empathy variables and their dimensions, in comparison with the rest of the care facilities. Nor with burnout and its dimensions of "emotional exhaustion" and "depersonalisation" (P>0.05), in comparison with the rest of the healthcare devices. Nor did they show significant differences (P>0.05) with the "benevolence" and "mental health in the community" dimensions of attitudes towards patients with mental disorders in comparison with other care settings. However, the care practices carried out in mental health facilities by the students of the Degree in Nursing did show significant differences (P<0.05) positive in the burnout dimension "personal fulfilment" in

comparison with the rest of the care facilities and also showed significant differences ($P<0.05$) in their favour in the dimensions of "authoritarianism" and "social restriction" of attitudes towards patients with mental disorders in comparison with the rest of the care facilities.

In phase 2 of the study with mental health nursing residents in Spain, it was observed that empathy and its dimensions increased positively throughout the residency as a mental health specialist, except for the dimension "compassionate care" in the male sex, which remained stable. On the other hand, burnout and its dimension "personal fulfilment" increased in the male sex and the dimension "depersonalisation" increased in the female sex throughout the residency as a mental health specialist, while the dimension "emotional exhaustion" remained stable throughout the residency as a mental health specialist. Finally, attitudes towards the mentally ill patient improved throughout the residency as a mental health specialist. Social restraint" and "authoritarianism" decreased and "benevolence" and "mental health in the community" increased.

In phase 3 of the study with mental health nurses in Spain, empathy and its dimensions increased positively throughout the professional experience as a specialist in mental health units. Burnout and its dimensions increased throughout the professional experience as a specialist in mental health units except for "personal fulfilment" which decreased and to conclude, attitudes towards the patient with mental disorder improved throughout the professional experience as a specialist in mental health units. Social restraint" and "authoritarianism" decreased and "benevolence" and "mental health in the community" increased.

Conclusions: The development of empathy throughout the academic-professional trajectory (students, residents, and specialists) helps to improve positive attitudes towards patients suffering from a mental disorder and causes burnout to increase. On the other hand, empathy does not act as a protective factor against burnout in the samples studied.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Preámbulo	**1**
Capítulo 1: Introducción	**5**
1.1 Empatía	**6**
1.1.1 Definiciones y dimensiones de la empatía	**6**
1.1.2 Medición de la empatía	**11**
1.1.3 Empatía en los profesionales sanitarios	**13**
1.1.4 Empatía en los estudiantes sanitarios	**15**
1.1.5 Empatía en Enfermería	**18**
1.2 Burnout	**20**
1.2.1 Definiciones y dimensiones del burnout	**20**
1.2.2 Factores implicados en el burnout	**24**

1.2.3 Medida del burnout	**26**
1.2.4 Burnout en las profesiones sanitarias (Enfermería)	**29**
1.2.5 Empatía y Burnout	**31**
1.3 Estigma	**33**
1.3.1 Definición de estigma y aspectos fundamentales	**33**
1.3.2 El estigma del paciente con trastorno mental	**35**
1.3.3 Tipos de estigma en salud mental	**40**
1.3.4 El estigma del paciente con trastorno mental en España	**43**
1.3.5 Instrumentos para la medición del estigma	**44**
1.3.5.1 Instrumentos para la medición del estigma social a nivel internacional	**44**
1.3.5.2 Instrumentos para la medición del estigma social a nivel nacional	**46**

1.3.6 Estigma en las profesiones sanitarias	**46**
1.3.7 Estigma en los estudiantes sanitarios	**47**
1.3.8 Empatía y estigma	**48**
1.4 Justificación	**49**
Capítulo 2: Hipótesis y objetivos	**51**
2.1 Hipótesis	**52**
2.2 Objetivo principal	**52**
2.3 Objetivos secundarios	**53**
Capítulo 3: Metodología	**54**
3.1. Exploración de las variables del estudio en estudiantes de enfermería de la universidad de Cádiz	**56**
3.1.1 Diseño	**56**
3.1.2 Ámbito de estudio	**56**

3.1.3 Participantes	**56**
3.1.3.1 Población de estudio	**56**
3.1.3.2 Criterios de inclusión, exclusión y elegibilidad de la muestra	**57**
3.1.3.3. Criterio de finalización y retirada	**57**
3.1.3.4 Muestreo	**58**
3.1.3.5 Tamaño de la muestra	**59**
3.1.3.6 Reclutamiento	**59**
3.1.4 Prácticas asistenciales	**59**
3.1.5 Variables específicas de la fase	**60**
3.1.5.1 Variables de perfil sociodemográfico	**60**
3.1.5.2 Variables académicas	**60**
3.1.5.3 Variables Instrumentos	**61**

3.2. Exploración de las variables del estudio en enfermeras durante su periodo de formación especializada de salud mental en España	**62**
3.2.1 Diseño	**62**
3.2.2 Ámbito de estudio	**62**
3.2.3 Participantes	**62**
3.2.3.1 Población de estudio	**62**
3.2.3.2 Criterios de inclusión, exclusión y elegibilidad de la muestra	**63**
3.2.3.3 Muestreo	**63**
3.2.3.4 Tamaño de la muestra	**64**
3.2.3.5 Reclutamiento	**64**
3.2.4 Variables específicas de la fase	**65**
3.2.4.1 Variables de perfil sociodemográfico	**65**

3.2.4.2 Variables Profesionales	**65**
3.2.4.3 Variables Instrumento	**65**
3.3. Exploración de las variables del estudio en enfermeras especialistas de salud mental en España	**66**
3.3.1 Diseño	**66**
3.3.2 Ámbito de estudio	**66**
3.3.3 Participantes	**66**
3.3.3.1 Población de estudio	**66**
3.3.3.2 Criterios de inclusión, exclusión y elegibilidad de la muestra	**67**
3.3.3.3 Muestreo	**67**
3.3.3.4 Tamaño de la muestra	**68**
3.3.3.5 Reclutamiento	**68**

3.3.4 Variables específicas de la fase	**69**
3.3.4.1 Variables de perfil sociodemográfico	**69**
3.3.4.2 Variables Profesionales	**69**
3.3.4.3 Variables Instrumento	**69**
3.4. Variables e instrumentos comunes a todas las fases	**70**
3.5 Recolección de los datos	**75**
3.6 Análisis de los datos	**76**
3.6.1 Codificación de los datos	**76**
3.6.2 Análisis de los datos	**76**
3.7 Implicaciones éticas y/o de bioseguridad de la investigación propuesta	**78**
3.7.1 Riesgos para las participantes	**78**
3.7.2 Garantía de participación voluntaria	**78**

3.7.3 Garantía de participación informada	**79**
3.7.4 Confidencialidad de los datos	**79**
3.7.5 Información a los participantes de los resultados del estudio	**79**
Capítulo 4: Resultados	**81**
4.1 Exploración de las variables del estudio en alumnos de enfermería de la universidad de Cádiz	**82**
4.1.1 Descripción de los participantes	**82**
4.1.2 Fiabilidad de los instrumentos	**83**
4.1.3 Empatía	**86**
4.1.3.1 Empatía. Dimensión "Ponerse en el lugar del paciente"	**93**
4.1.3.2 Empatía. Dimensión "Cuidado Compasivo"	**96**
4.1.3.3 Empatía. Dimensión "Toma de Perspectiva"	**100**

4.1.4 Burnout	**105**
4.1.4.1 Burnout. Dimensión "Cansancio Emocional"	**108**
4.1.4.2 Burnout. Dimensión "Despersonalizacion"	**111**
4.1.4.3 Burnout. Dimensión "Realización Personal"	**115**
4.1.5 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental	**120**
4.1.5.1 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Autoritarismo"	**123**
4.1.5.2 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Benevolencia"	**126**
4.1.5.3 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Restricción social"	**130**
4.1.5.4 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Salud Mental en la Comunidad"	**134**
4.2 Exploración de las variables del estudio en enfermeras residentes de salud mental en España	**139**

4.2.1 Descripción de los participantes	**139**
4.2.2 Fiabilidad de los instrumentos	**140**
4.2.3 Empatía	**142**
4.2.3.1 Empatía. Dimensión "Ponerse en el lugar del paciente"	**145**
4.2.3.2 Empatía. Dimensión "Cuidado Compasivo"	**147**
4.2.3.3 Empatía. Dimensión "Toma de perspectiva"	**149**
4.2.4 Burnout	**152**
4.2.4.1 Burnout. Dimensión "Cansancio Emocional"	**154**
4.2.4.2 Burnout. Dimensión "Despersonalización"	**156**
4.2.4.3 Burnout. Dimensión "Realización Personal"	**158**
4.2.5 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental	**161**
4.2.5.1 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental.	**162**

Dimensión "Autoritarismo"	
4.2.5.2 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Benevolencia"	**164**
4.2.5.3 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Restricción social"	**167**
4.2.5.4 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Salud Mental en la Comunidad"	**169**
4.3 Exploración de las variables del estudio en enfermeras especialistas de salud mental en España	**172**
4.3.1 Descripción de los participantes	**172**
4.3.2 Fiabilidad de los instrumentos	**174**
4.3.3 Empatía y dimensiones	**176**
4.3.4 Burnout y dimensiones	**188**
4.3.5 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental y dimensiones	**195**
4.4 Análisis comparativos entre los diferentes grupos de	**203**

estudio	
4.4.1 Empatía entre los diferentes grupos de estudio	**203**
4.4.1.1 Empatía. Dimensión "Ponerse en el lugar del paciente"	**206**
4.4.1.2 Empatía. Dimensión "Cuidado compasivo"	**207**
4.4.1.3 Empatía. Dimensión "Toma de perspectiva"	**208**
4.4.2 Burnout en los diferentes grupos de estudio	**209**
4.4.2.1 Burnout. Dimensión "Cansancio emocional"	**210**
4.4.2.2 Burnout. Dimensión "Despersonalización"	**211**
4.4.2.3 Burnout. Dimensión "Realización personal"	**212**
4.4.3 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental entre los diferentes grupos de estudio	**213**
4.4.3.1 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Autoritarismo"	**214**

4.4.3.2 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Benevolencia"	**215**
4.4.3.3 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Restricción social"	**216**
4.4.3.4 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Salud mental en la comunidad"	**217**
Capítulo 5: Discusión	**218**
5.1 Discusión de las variables del estudio en todas las muestras	**219**
5.2 Limitaciones	**239**
5.3 Relevancia para la práctica clínica	**242**
Capítulo 6: Conclusiones	**244**
6.1 Conclusiones en relación a la hipótesis	**245**
6.2 Conclusiones en relación al grupo de estudiantes de enfermería de la universidad de Cádiz	**245**

6.2 Conclusiones en relación al grupo de residentes de enfermería de la especialidad de salud mental en España	**246**
6.3 Conclusiones en relación al grupo de enfermeras especialistas en salud mental	**247**
6.4 Conclusiones en relación a la comparación entre los diferentes grupos	**248**
Capítulo 7: Bibliografía	**250**
Anexos	**294**
Anexo 1. Certificado de viabilidad científica y ética del proyecto	**295**
Anexo 2. Consentimiento informado-Información al participante	**296**
Anexo 3. Escala de la empatía de Jefferson	**301**
Anexo 4. Escala del burnout de Maslach	**303**
Anexo 5. Cuestionario de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental	**305**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen componentes cognitivo, emocional y conductual del estigma asociado a los trastornos mentales, adaptación de Corrigan y Watson	**42**
Tabla 2. Datos descriptivos demográficos de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**83**
Tabla 3. Alfa de Cronbach para los instrumentos utilizados antes de las prácticas asistenciales de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.	**84**
Tabla 4. Alfa de Cronbach para los instrumentos utilizados después de las prácticas asistenciales de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**85**
Tabla 5. Asociación entre la empatía, el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**87**
Tabla 6. Matriz de correlación por rangos de Spearman	**90**

entre las variables de estudio antes de las prácticas asistenciales de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	
Tabla 7. Matriz de correlación por rangos de Spearman entre las variables de estudio después de las prácticas clínicas generales de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**91**
Tabla 8. Matriz de correlación por rangos de Spearman entre las variables de estudio después de las prácticas clínicas en salud mental de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**92**
Tabla 9. Asociación entre la dimensión "Ponerse en el Lugar del Paciente", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**94**
Tabla 10. Asociación entre la dimensión "cuidado compasivo", el sexo y las prácticas de los Alumnos de	**98**

Enfermería de la Universidad de Cádiz	
Tabla 11. Asociación entre la dimensión "toma de perspectiva", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**102**
Tabla 12. Asociación entre el burnout, el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**106**
Tabla 13. Asociación entre la dimensión "cansancio emocional", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**109**
Tabla 14. Asociación entre la dimensión "despersonalización", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**113**
Tabla 15. Asociación entre la dimensión "realización personal", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**117**

Tabla 16. Asociación entre las actitudes hacia el paciente con trastorno mental, el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**121**
Tabla 17. Asociación entre la dimensión "autoritarismo", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**124**
Tabla 18. Asociación entre la dimensión "benevolencia", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**128**
Tabla 19. Asociación entre la dimensión "restricción social", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**132**
Tabla 20. Asociación entre la dimensión "salud mental comunitaria", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz	**136**
Tabla 21. Datos descriptivos y demográficos de los	**140**

enfermeros residentes de salud mental en España.	
Tabla 22. Alfa de Cronbach para los instrumentos utilizados en los enfermeros residentes de salud mental en España	**141**
Tabla 23. Asociación entre la empatía, el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**142**
Tabla 24. Matriz de correlación por rangos de Spearman entre las variables de estudio de los enfermeros residentes de salud mental en España	**144**
Tabla 25. Asociación entre la dimensión "Ponerse en el Lugar del Paciente", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**146**
Tabla 26. Asociación entre la dimensión "Cuidado Compasivo", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**148**

Tabla 27. Asociación entre la dimensión "Toma de Perspectiva", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**150**
Tabla 28. Asociación entre el burnout, el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**153**
Tabla 29. Asociación entre la dimensión "Cansancio Emocional", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**155**
Tabla 30. Asociación entre la dimensión "Despersonalización", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**157**
Tabla 31. Asociación entre la dimensión "Realización Personal", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**159**
Tabla 32. Asociación entre las actitudes hacia el paciente	**161**

con trastorno mental, el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	
Tabla 33. Asociación entre la dimensión "Autoritarismo", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**163**
Tabla 34. Asociación entre la dimensión "Benevolencia", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**165**
Tabla 35. Asociación entre la dimensión "Restricción Social", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**168**
Tabla 36. Asociación entre la dimensión "Salud Mental en la Comunidad", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España	**170**
Tabla 37. Datos descriptivos demográficos y laborales de los enfermeros especialistas en salud mental en España	**173**

Tabla 38. Alfa de Cronbach para los instrumentos utilizados en los enfermeros especialistas en salud mental en España	**175**
Tabla 39. Asociación entre la empatía, sus dimensiones y las variables sociodemográficas de los enfermeros especialistas en salud mental en España	**178**
Tabla 40. Matriz de correlación por rangos de Spearman entre las variables de estudio de los enfermeros especialistas en salud mental en España	**186**
Tabla 41. Asociación entre el burnout, sus dimensiones y las variables sociodemográficas de los enfermeros especialistas en salud mental en España	**190**
Tabla 42. Asociación entre las actitudes hacia el paciente con trastorno mental, sus dimensiones y las variables sociodemográficas	**197**
Tabla 43. Comparación de los puntajes de las diferentes	**204**

escalas y sus dimensiones según el nivel académico	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de cajas de los puntajes de la Empatía en función del género, del grupo y el tiempo	**88**
Figura 2. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Ponerse en el lugar del paciente en función del género, del grupo y el tiempo	**95**
Figura 3. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cuidado compasivo en función del género, del grupo y el tiempo	**99**
Figura 4. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Toma de perspectiva en función del género, del grupo y el tiempo	**103**
Figura 5. Diagrama de cajas de los puntajes del Burnout en función del género, del grupo y el tiempo	**107**
Figura 6. Diagrama de cajas de los puntajes de la	**110**

dimensión: Cansancio emocional en función del género, del grupo y el tiempo	
Figura 7. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Despersonalización en función del género, del grupo y el tiempo	**114**
Figura 8. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Realización personal en función del género, del grupo y el tiempo	**118**
Figura 9. Diagrama de cajas de los puntajes de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental en función del género, del grupo y el tiempo.	**122**
Figura 10. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Autoritarismo en función del género, del grupo y el tiempo	**125**
Figura 11. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Benevolencia en función del género, del	**129**

grupo y el tiempo	
Figura 12. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Restricción social en función del género, del grupo y el tiempo	**133**
Figura 13. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Salud mental en la comunidad en función del género, del grupo y el tiempo	**137**
Figura 14. Diagrama de cajas de los puntajes de la Empatía en función del género y los años de residencia	**143**
Figura 15. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Ponerse en el lugar del paciente en función del género y los años de residencia	**146**
Figura 16. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cuidado compasivo en función del género y los años de residencia	**149**

Figura 17. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Toma de perspectiva en función del género y los años de residencia	**151**
Figura 18. Diagrama de cajas de los puntajes del Burnout en función del género y los años de residencia	**153**
Figura 19. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cansancio emocional en función del género y los años de residencia	**155**
Figura 20. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Despersonalización en función del género y los años de residencia	**157**
Figura 21. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Realización personal en función del género y los años de residencia	**159**
Figura 22. Diagrama de cajas de los puntajes de las	**162**

Actitudes hacia el paciente con trastorno mental en función del género y los años de residencia	
Figura 23. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Autoritarismo en función del género y los años de residencia	**164**
Figura 24. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Benevolencia en función del género y los años de residencia	**166**
Figura 25. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Restricción social en función del género y los años de residencia	**168**
Figura 26. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Salud mental en la comunidad en función del género y los años de residencia	**170**
Figura 27. Diagrama de cajas de los puntajes de la Empatía en función del género (A), grupos de edad (B),	**182**

años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	
Figura 28. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Ponerse en el lugar del paciente en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	**182**
Figura 29. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cuidado compasivo en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	**183**
Figura 30. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Toma de perspectiva en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	**183**
Figura 31. Diagrama de cajas de los puntajes del Burnout en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	**192**

Figura 32. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cansancio emocional en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	**192**
Figura 33. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Despersonalización en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	**193**
Figura 34. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Realización personal en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	**193**
Figura 35. Diagrama de cajas de los puntajes de Actitudes hacia el paciente con trastorno mental en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).	**199**

Figura 36. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Autoritarismo en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).	**199**
Figura 37. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Benevolencia en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).	**200**
Figura 38. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Restricción social en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	**200**
Figura 39. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Salud mental en la comunidad en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D)	**201**

Figura 40. Diagrama de cajas de los puntajes de la Empatía en función del nivel académico	**205**
Figura 41. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Ponerse en el lugar del paciente" en función del nivel académico	**206**
Figura 42. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Cuidado compasivo" en función del nivel académico	**207**
Figura 43. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Toma de perspectiva" en función del nivel académico	**208**
Figura 44. Diagrama de cajas de los puntajes del burnout en función del nivel académico	**209**
Figura 45. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Cansancio emocional" en función del nivel	**210**

académico	
Figura 46. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Despersonalización" en función del nivel académico	**211**
Figura 47. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Realización personal" en función del nivel académico	**212**
Figura 48. Diagrama de cajas de los puntajes de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental en función del nivel académico	**213**
Figura 49. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Autoritarismo" en función del nivel académico	**214**
Figura 50. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Benevolencia" en función del nivel	**215**

académico	
Figura 51. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Restricción social" en función del nivel académico	**216**
Figura 52. Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "salud mental en la comunidad" en función del nivel académico	**217**

LISTADO ABREVIATURAS

AE	Agotamiento Emocional
CAMI	Community Attitudes towards Mental Illness
CAMI-A	Dimensión "Autoritarismo" del Community Attitudes towards Mental Illness
CAMI-B	Dimensión "Benevolencia" del Community Attitudes towards Mental Illness
CAMI-RS	Dimensión "Restricción social" del Community Attitudes towards Mental Illness
CAMI-SMC	Dimensión "Ideología de salud mental en la comunidad" del Community Attitudes towards Mental Illness
CE	Cansancio Emocional
DP	Despersonalización
EC	Preocupación empática
EIR	Enfermero Interno Residente

FS	Fantasía
IRI	Interpersonal Reactivity Index
JSPE	Escala Jefferson para la Empatía
JSPE-CC	Dimensión "Cuidado compasivo" de la Escala Jefferson para la Empatía
JSPE-LP	Dimensión "Poner en el lugar del paciente" de la Escala Jefferson para la Empatía
JSPE-TP	Dimensión "Toma de perspectiva" de la Escala Jefferson para la Empatía
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-CE	Dimensión "Cansancio emocional" del Maslach Burnout Inventory
MBI-DP	Dimensión "Despersonalización" del Maslach Burnout Inventory
MBI-RP	Dimensión "Realización personal" del Maslach Burnout Inventory
OMI	Opinions about Mental Illness Scale

OMS	Organización Mundial de la Salud
PD	Malestar personal
PT	Toma de perspectiva
RP	Realización personal

PREÁMBULO

La relación entre el personal de enfermería y el paciente es un elemento fundamental en la práctica asistencial del colectivo enfermero, denominándose relación terapéutica (Melero-Lacasia y Garcia-Orellan, 2016; Vidal Blan et al., 2009). A lo largo del tiempo, las competencias de enfermería han ido evolucionando y, con ellas, la relación terapeútica entre el paciente y la enfermera (Bautista-Rodríguez, 2015). Actualmente, uno de los elementos esenciales de este tipo de relación es la denominada empatía (Vaghee et al., 2017). La empatía de los profesionales sanitarios es la característica interpersonal mejor valorada por los profesionales y usuarios de los sistemas de salud (Kelm et al. 2014). Por ello, ha sido objeto de estudio con el fin de mejorar el desempeño laboral de las enfermeras y su interacción con los pacientes (Ahrweiler et al., 2014; Geyer et al., 2018).

Cabe destacar que, según el estudio de Petrucci et al. (2016) la Enfermería es la profesión sanitaria que más empatía profesa en su relación con los pacientes. Se considera una habilidad de comunicación clave para la Enfermería (Vaghee et al., 2017), y diversos estudios sobre la empatía se han centrado en sus profesionales (Bourgault et al., 2015).

Otro de los aspectos a considerar en la relación terapéutica y que, según los estudios, muestra una asociación con la empatía, es el

síndrome de burnout, que se considera un factor estresor del profesional y se ha relacionado con una disminución de la satisfacción del paciente (Summers., 2020). Se ha evidenciado que los años trabajados, la experiencia de estrés, la falta de tiempo, el contacto con otros profesionales y la presión asistencial dificultan en el profesional sanitario las interacciones empáticas y hace que aumente el burnout (Ferri et al., 2015). Entre el 30% y el 40% de los enfermeros en todo el mundo experimentan este síndrome (West et al., 2018). Debido a ello, se originan problemas en la comunicación y una comprensión deficiente de las necesidades de los pacientes (West et al., 2018). Frente a esto hay evidencia de que los niveles altos de empatía actúan como factor protector contra el burnout (Thirioux et al., 2016).

Actualmente, la Enfermería ha desarrollado e implementado especialidades propias de su área de trabajo. Entre ellas destaca la especialidad de Enfermería de Salud Mental, la cual se define como el campo de la Enfermería que se encarga del cuidado de personas de todas las edades con algún trastorno mental. Los enfermeros especializados en esta área reciben formación en terapias psicológicas, relación terapéutica y administración de medicación psiquiátrica (Ministerio Sanidad y Consumo, 1987). La relación terapéutica y por tanto la empatía, son especialmente importantes en el área de la salud mental debido a la vulnerabilidad de los pacientes con trastornos mentales (Fradelos et al., 2015; Gerace et

al., 2018, Tippin and Maranzan., 2019). Tanto es así que, en esta área a las relaciones terapéuticas con los pacientes se les llama vínculo terapéutico (Triana, 2017). Las personas que padecen un trastorno mental tienen que convivir con el prejuicio de la estigmatización por parte de la sociedad y la cultura en la que viven.

Se considera estigma en salud mental a la respuesta negativa emocional, conductual o cognitiva hacia una persona con un trastorno mental (Corrigan, 2000, 2002; Link y Phelan, 2001). El estigma del paciente con trastorno mental es un factor importante que hay que trabajar con las personas con enfermedades psíquicas y con el resto de la sociedad para intentar disminuirlo ya que esto supone un hándicap en sus ambientes sociales, laborales y familiares (Corrigan y Wassel 2008; Patten et al. 2016). Actualmente existen investigaciones en torno al estigma hacia los pacientes con trastorno mentales en entornos sanitarios, observándose que los profesionales también estigmatizan a los pacientes psiquiátricos (Patten et al., 2016), factor que dificulta las relaciones terapéuticas con los mismos. A pesar de lo expuesto, los enfermeros especialistas en salud mental son los profesionales sanitarios, junto con los psiquiatras, que mayor empatía y mejores actitudes profesan al usuario con trastorno mental (Fradelos et al., 2015; Gerace et al., 2018). Es por ello que, la empatía en los enfermeros de salud mental es un elemento clave que según Tippin y Maranzan

(2019) que ayuda a reducir el estigma hacia los pacientes con trastorno mental.

El estudio de la empatía y de sus factores asociados (burnout y actitud hacia el paciente mental) es fundamental para comprender y potenciar la relación terapéutica entre Enfermería y los pacientes con trastorno mental (Ahrweiler et al., 2014; Attar y Chandramani, 2012; Vaghee et al., 2018).

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

En este capítulo se realiza una revisión de los conceptos básicos que conforman esta tesis doctoral, así como los principios que han servido de marco de referencia a la investigación.

1.1 EMPATÍA

1.1.1 Definiciones y dimensiones de la Empatía

El concepto de empatía sigue siendo en la actualidad difícil de definir, ya que es una entidad compleja con consistencia en sí misma y a la vez multidimensional. No existe consenso en la literatura para dar una única definición, y podemos encontrarnos con diferentes términos que han sido objeto de debate desde la primera vez que se comenzó a estudiar. Esto puede observarse en los artículos actuales, ya que todos mencionan la gran variedad de significados con que cuenta el término, y la discrepancia entre quienes lo definen (Olivera Ryberg, 2010).

A pesar de la dificultad para hallar un concepto único y medir la empatía a lo largo de la historia, el constructo empático ha generado confusión, llegando algunos autores a calificar la definición de empatía como "escurridiza" y "resbaladiza", e incluso se llegó a proponer eliminar el término o cambiarlo por uno menos ambiguo y más claro y fácil de entender (Sulzer et al., 2016; Kestenbaum et al., 1989; Basch, 1983; Eisenberg y Strayer, 1987; Levy, 1997). Sin embargo, el término sigue vigente en la actualidad porque el estudio de la empatía permite profundizar en el estudio de las emociones que subyacen a la naturaleza humana y "ser comprendido por los demás" es una necesidad básica del ser humano (Kunyk, 2001).

Debemos incurrir en la historia del origen del término para un mejor entendimiento de la evolución del mismo y el por qué del debate existente sobre el concepto.

El término empatía tiene su origen etimológico en la figura de Robert Vischer, filósofo alemán que usó formalmente el término *einfühlung* a finales del siglo XIX para intentar expresar los sentimientos que se perciben al observar las obras de arte (Davis, 1996). Fue Theodor Lipps en 1903, quien comenzó a usar el término *einfühlung* desde un punto de vista psicológico como la tendencia natural a sentirse dentro de lo que se percibe o se imagina y que permite reconocer la existencia del otro (Lipps, 1903). Posteriormente, Sigmund Freud en 1913, usó el término alemán para su teoría de la identificación, mediante la cual el ser humano a través de la identificación con los demás, puede construir su propia personalidad. En ella describe que las identificaciones son más adecuadas cuando se hacen con *einfühlung,* es decir, cuando se logra alcanzar el punto de vista de otra persona, haciéndose así más armoniosa la relación con otros (Stracheys, 1953).

Mientras el término alemán *einfühlung* se estaba usando en ciertos sectores, fue traducido al inglés "empathy" para ser utilizado en el campo de la psicología experimental de Estados Unidos. El primero en usarlo fue el psicólogo experimental inglés Tichener en 1909 (Wispé, 1987). La definió como la capacidad de poder sentir en primera persona o comprender desde dentro lo que la otra

persona siente (Tichener, 1909). Así del término inglés, se derivó el francés “empathic” y el castellano “empatía”.

Zahn-Waxler en 1990 incluye en la definición de empatía el componente afectivo y cognitivo, dando origen a dos corrientes principales entre quienes consideran la empatía como una respuesta afectiva o emocional del ser humano y quienes toman el concepto desde un punto de vista cognitivo.

La empatía cognitiva se ha definido como la capacidad de reconocer lo que el otro piensa o siente (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004) y la empatía afectiva o emocional, como la capacidad de sentir una emoción apropiada en respuesta a los pensamientos o sentimientos del otro (Cox et al., 2012).

Es por ello que la discusión acabó centrándose en la dicotomía ¿consiste la empatía en “ponerse mentalmente en el lugar del otro” o, por el contrario, está relacionada con “sentir la emoción de forma vicaria”? (Fernández-Pinto et al., 2008; Guilera, 2008).

Sin embargo, los autores contemporáneos abandonaron la división entre aquellos dos tipos de empatía y buscaron llegar a una definición única. Para ello, comenzaron a elaborar definiciones más amplias, y todas coinciden en que abarca un espectro de fenómenos que van desde la generación de sentimientos de preocupación por otras personas a experimentar emociones que coinciden con las emociones de otros individuos (Usher, 2011).

Sin embargo, aunque su definición y conceptualización ha variado considerablemente en los últimos 50 años (Batson, 2009), la definición de Carl Rogers en 1959, creador de la terapia basada en el cliente, sigue siendo la más usada en el ámbito clínico y añade lo siguiente:

"La empatía es percibir el marco de referencia interior de otra persona con precisión y con los componentes emocionales que le pertenecen, como si uno mismo fuera esa persona, pero sin perder nunca la condición de *como si*" (Rogers, 1959).

Es decir, sin perder nunca la característica personal de ser uno mismo. A esto último, se le llama la perspectiva del yo.

Actualmente a la empatía se la considera un constructo multidimensional (Mason y Bartal, 2010) que fue mencionado por primera vez en estos términos por Davis (1980) quien agrupó las dimensiones cognitiva y afectiva, creando una definición más integradora.

"Conjunto de dimensiones que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas"

Davis propuso una visión multidimensional de la Empatía que obtuvo una amplia aceptación en el mundo académico. Este mismo autor concretó el concepto creando un instrumento para medirla, el "Interpersonal Reactivity Index (IRI)" (Davis, 1983). El término

multidimensional hace referencia a la pluralidad de dimensiones que tiene la empatía y por ello, la pluralidad de maneras de entenderla.

La empatía además puede ser analizada desde dos vertientes: la capacidad y la destreza empática, ambas dimensiones ligadas a la persona.

La primera dimensión entiende a la empatía como una capacidad inherente al ser humano desde su nacimiento y presente en su posterior desarrollo. Esta capacidad no varía en el tiempo a pesar del devenir de los años, las experiencias y las tareas de aprendizaje (Neumann et al., 2009).

La segunda dimensión nos remite a la empatía como una destreza que está en continuo desarrollo, capaz de modificarse, entrenarse y variar su cuantía a lo largo del tiempo a través de las experiencias vividas, tanto de forma laboral como personal. (Mennenga et al., 2016). Una revisión sobre el entrenamiento en empatía concluyó que la formación y el entrenamiento de la empatía es posible y tiende a ser eficaz dando lugar a una mayor destreza empática (van Berkhout y Malouff, 2016).

Los estudios recientes de empatía se basan en la destreza, dimensión que puede ser objeto de modificación a lo largo del tiempo, y al estudio de sus variaciones (Berg et al., 2011; Mennenga et al., 2016; Petrucci et al., 2016).

1.1.2 Medición de la empatía

Al mismo tiempo que se desarrollaba el concepto de empatía, fueron surgiendo distintos instrumentos de medida que, debido a la dificultad para conceptualizar el término, también tuvieron dificultades a la hora de cuantificar o medir su presencia.

Algunos autores citan la primera herramienta creada para su medición al instrumento realizado por Dymond en 1949 (Fernández-Pinto et al., 2008). Este instrumento introdujo por primera vez el termino denominado "role-taking" o adopción de perspectiva en la conceptualización de la empatía, señalando Dymond que consiste en una habilidad para transportarse hacia los pensamientos y sentimientos de los demás (1949). Esta escala requería horas para su aplicación y carecía de precisión.

Un hito especialmente relevante fue cuando comenzaron a crearse escalas acordes a las definiciones de empatía que guardaban relación con la multidimensionalidad del constructo. Una de las primeras fue el denominado Interpesonal Reactivity Index (IRI) de Davis en 1980 (Mestre et al., 2004) que mostró poca consistencia en alguna de las dimensiones de la empatía (Fernández-Pinto et al., 2008).

Podemos añadir que esta escala, a pesar de conseguir aunar los componentes cognitivos con los emocionales, es la encargada de medir la empatía como una capacidad inherente al ser humano por lo que no varía o muy difícilmente podría variar en el tiempo.

Sin embargo, el instrumento más ampliamente usado para cuantificar la empatía teniendo en cuenta su multidimensionalidad y entendiendo la empatía como una destreza, es decir como un constructo que se puede entrenar a lo largo del tiempo, según los estudios de Mennenga et al. (2016) y de Petrucci et al. (2016) es la escala de Jefferson para la empatía (JSPE).

La JSPE fue diseñada por el grupo de la Universidad de Jefferson del Centro de Investigación en Educación y Atención Médica, originalmente para estudiantes de medicina (Hojat et al., 2001) y, posteriormente modificada para profesionales de la salud y pacientes (Hojat et al., 2001). La Escala fue construida en base a una revisión bibliográfica del mismo grupo, usando dimensiones de escalas previas como la de IRI (Mestre et al., 2004). Inicialmente fue un instrumento para el lenguaje en inglés con amplia literatura referente a estudios del ámbito clínico, cuya autenticidad y confiabilidad han sido considerablemente demostradas en diversos países (Yu y Kirk, 2009).

Por otro lado, fue aprobada por primera vez en la lengua castellana por la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey, en México y en Venezuela por la Universidad de Carabobo, en Valencia (Alcorta- Garza et al., 2005). Actualmente en España existe una versión validada a nuestro idioma (Blanco et al., 2018).

La JSPE fue reconocida como una herramienta con una base de evidencia suficiente para avalar su uso (Yu y Kirk, 2009). Fue creada para complacer la necesidad de evaluar la empatía de los estudiantes y los profesionales sanitarios de medicina. El instrumento ha demostrado tener una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

1.1.3 Empatía en los profesionales sanitarios

El encuentro entre un paciente y un profesional es el escenario central de la atención sanitaria que, realizada con empatía, se considera un elemento básico de todas las relaciones asistenciales (Yu Y Kirk, 2009). La empatía es la característica interpersonal principal de las profesiones sanitarias, valorada tanto por los profesionales como por sus pacientes, siendo además deseable en todas las carreras de ciencias de la salud (Geyer et al., 2018). Los profesionales de la salud objetivan que la empatía se estimula a través del vínculo con los pacientes y la subrayan como elemento importante en la relación terapéutica (Ahrweiler et al., 2014). Tanto es así, que el entrenamiento de empatía, que ha menudo se realizado a través de cursos después de obtener la titulación sanitaria, hace que los profesionales ayuden a los pacientes a tomar mejores decisiones con respecto a su patología y sus cuidados (Parkin et al., 2014). Por ello, es un valor necesario para todas las profesiones asistenciales, teniendo particular relevancia en el área de la Enfermería (Cowin y Johnson, 2015).

Como se ha comentado anteriormente, los beneficios que conlleva la empatía en los contextos asistenciales vienen demostrados por multitud de estudios que evidencian que es positiva para el bienestar de los pacientes y la adecuada relación profesional (Ickes, 2009; Lelorain et al., 2012). Así, los elevados niveles de empatía del profesional sanitario están relacionados con una mayor satisfacción de los pacientes y con resultados clínicos positivos (Kelm et al., 2014; Rakel et al., 2011) como la disminución del sufrimiento psicológico, un mejor autoconcepto y una disminución de la ansiedad y la depresión (Canale et al., 2012).

Los hallazgos indican que existe una distinción empática por sexos donde las mujeres son más empáticas que los hombres (De Biasio et al., 2016; Gleichgerrcht y Decety, 2013; Ferri et al., 2015; Petrucci et al., 2016).

A medida que el profesional comprenda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que le pueda ofrecer (Alcorta-Garza et al., 2005). Por ello, las conductas empáticas de los profesionales no solo mejoran el cuidado de los pacientes, si no que estimulan el vínculo terapéutico y hacen que los procesos patológicos remitan en menor tiempo (Ahrweiler et al., 2014; Attar y Chandramani, 2012; Parkin et al., 2014; Rakel et al., 2011). Así mismo, se la ha relacionado con un menor agotamiento en el cuidador, ya sea profesional o no, y una reducción del coste sanitario (Epstein et al., 2005; Hunt et al., 2017).

Por ello, la empatía en los profesionales sanitarios puede considerarse un arte que necesita ser aprendido y no se consigue solamente con clases teóricas o guías prácticas. Mejorar la empatía supone observar el comportamiento de otros que la practican; aprender con el ejemplo y con la reflexión y, sobre todo, aprender con el paciente, una fuente inagotable de lecciones empáticas. Además, según algunos autores, la empatía también se puede aprender con la vida personal y con las diversas manifestaciones del arte, entre ellas, la literatura y el cine (Moreto y González-Blasco, 2009).

Dentro del área sanitaria, la profesión que más ejerce la empatía y a la vez es más empática es la Enfermería (Petrucci et al., 2016).

No todo son aspectos positivos alrededor de la empatía, gran cantidad de investigaciones nos muestran como la empatía decrece a lo largo del tiempo, bien durante la realización de los estudios sanitarios (Cowin y Johnson, 2015; Geyer et al., 2018; Ferri et al., 2015) o bien durante el ejercicio de la carrera profesional (Ahrweiler et al., 2014; Ferri et al., 2015).

1.1.4 Empatía en los estudiantes sanitarios

El estudiante universitario es un ser social que está en constante transformación, se transforma de acuerdo a las necesidades que se presentan en su recorrido vital y se encuentra constituido por múltiples procesos que retroalimentan su identidad personal y

estudiantil. Cada uno de ellos entra a la universidad con una trayectoria escolar, vivencias personales, familiares y sociales previas, que marcan su sentido educativo, sus representaciones y recreaciones simbólicas en función de su experiencia escolar (Matus, 2013).

Las Facultades de Ciencias de la Salud actuales observan el continuo entre la enfermedad y la curación desde la perspectiva del paciente, tratando al individuo de manera holística.

En la atención de calidad centrada en el paciente, se requiere que desde la etapa de estudiantes se aprenda a interactuar con todos los factores relacionados con el paciente y entre ellos, la empatía juega un papel primordial.

Las instituciones universitarias están centrando su interés en las intervenciones educativas para desarrollar y mantener la empatía en los estudiantes de ciencias de la salud como cualidad, en beneficio de la atención integral del paciente y de las buenas relaciones en el equipo de salud. Según Hojat (2009) se han propuesto diferentes estrategias durante la formación médica, extrapolables a la ciencia enfermera. Una de ellas es el entrenamiento en habilidades interpersonales (Suchman et al. 1997), que pretendía entrenar en el reconocimiento de las emociones negativas, preocupaciones y experiencias del paciente, para así poder explorarlas, comunicarlas y generar en el paciente el sentimiento de comprensión. Los

estudiantes que participaron en talleres teórico-prácticos sobre habilidades de comunicación mejoraron las puntuaciones de empatía (Fernández-Olano et al., 2008). Un estudio realizado en estudiantes de tercero de medicina, mostró niveles significativamente más altos de empatía en alumnos que tuvieron un entrenamiento en esta variable mediante pacientes simulados respecto a los que no lo realizaron (Wündrich et al., 2017). Hojat et al. (2011) propuso trabajar con los estudiantes de medicina mediante cuatro casos clínicos, el concepto de orientación empática "entender" versus orientación simpática "sentir" y propuso también la discusión en grupo de los aspectos a mejorar. De nuevo Hojat et al. (2013) presentó años después un estudio en dos fases mediante la observación en formato vídeo de entrevistas clínicas y su posterior discusión en grupos focales, mostrando que la empatía se lograba mantener a lo largo del tiempo. A través de la observación, sin intervención en la entrevista clínica, los estudiantes aprendieron a ver los pacientes como personas, no como números ni como enfermedades y la mayoría el ellos afirmaron haber experimentado empatía (Henry-Tillman et al., 2002).

Otra de las estrategias propuestas para el desarrollo de la empatía la conforma el denominado curriculum oculto, formado a partir de modelos de conducta, como pueden ser los compañeros, los profesores dentro del aula y los tutores clínicos durante sus

prácticas en dispositivos sanitarios (Shapiro, 2000), dando como origen modelos de conducta positivos o negativos según su comportamiento.

1.1.5 Empatía en Enfermería

La Enfermería es una profesión con base científica, holística y su esencia abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de toda condición, incluyendo la promoción de la salud, prevención de enfermedades y, fundamentalmente, el cuidado de pacientes entre otras funciones relacionadas con la salud. El concepto de cuidado ha ido evolucionando debido a las relaciones que se desarrollan entre el usuario que necesita los cuidados y la enfermera (Bautista, 2015). Sin embargo, la sociedad actual intenta humanizar el cuidado del paciente con la finalidad de sensibilizar al profesional de la salud ante los problemas psicosociales del usuario. Por otro lado, la ciencia y la tecnología están avanzando, deshumanizando la labor de los profesionales de salud. La deshumanización en la atención sanitaria parte de la indiferencia ante las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes, incluyendo también el olvido de la capacidad de decisión de los pacientes como principales protagonistas de sus procesos de salud.

Como cualidad fundamental de la Enfermería, la empatía es valorada como tal por los estudiantes y, por ello, se percibe un aumento de

esta en los primeros años de carrera y una posterior disminución a partir de las prácticas (Cowin y Johnson, 2015). Según el estudio de Petrucci et al. (2016) la Enfermería es la profesión sanitaria que más empatía profesa en su contacto con los pacientes. Por tanto, el constructo empático se puede incluir en el currículum de Enfermería como una habilidad de comunicación clave (Doyle et al., 2014; Vaghee et al., 2017).

En la relación enfermera-paciente se crea un vínculo especial entre la persona que tiene ciertas necesidades específicas de cuidado y la enfermera, que gracias al trato cercano con el paciente y al uso de la empatía, puede responder con sensibilidad al sufrimiento del otro, enfocándose en el alivio y beneficio del paciente, es decir en su cuidado (Triana, 2017).

Concretamente, en la Enfermería de Salud Mental, que basa la mayoría de sus actuaciones en la terapia de comunicación (Szpak y Kameg, 2013), la empatía permite reducir las percepciones internas de inferioridad entre las personas con trastornos mentales al hacer que el paciente tenga una sensación de valor, respeto y aceptación, es decir, permite reducir el estigma (Vaghee et al., 2018).

1.2 BURNOUT

1.2.1 Definiciones y dimensiones del burnout

El concepto de síndrome de estar quemado o popularmente denominado con el anglicismo "Burnout" de aquí en adelante, comienza en la década de los 60. Concretamente en 1975, con la definición del psiquiatra Herbert Freudenberger, conocido como el padre del burnout, observó en su estudio sobre el trabajo de los voluntarios de una clínica para adictos en Nueva York, un cuadro psicosocial en el que el trabajador desprende una sensación de fracaso, una existencia agotada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza del trabajador, todo lo anterior asociado a un contexto laboral (Schaufeli et al., 2009; Freudenberger, 1974).

Fue en el año 1976 cuando los hallazgos de Maslach y Jackson (1981a; Maslach, 1976), identifican una sintomatología con las mismas características que las definidas por autores anteriores en una investigación centrada en profesionales de medicina, trabajo social, y personal de enfermería, entre otros; observando que los profesionales con trabajos relacionados con entornos de ayuda afrontaban el estrés laboral, junto a sus efectos negativos, mediante el distanciamiento con el usuario. Esto se plantea como un problema en la relación con el trabajo y, habitualmente, con un

problema con los compañeros profesionales. Hecho que afectaba a su situación laboral y sociofamiliar (Maslach et al., 1996).

Gracias a los primeros estudios, el burnout acabó definido (Maslach, 2003; Maslach y Jackson, 1986) como un proceso tridimensional en el que la primera dimensión en aparecer son los altos niveles de agotamiento emocional (AE) seguido de forma secuencial de despersonalización (DP) y por último culmina en una baja realización personal (RP) (Sarsangi et al., 2015; Schaufeli et al., 2009).

A continuación, se describen cada una de las dimensiones que condicionan la tríada del burnout:

1. **Por *agotamiento emocional* (AE)** se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía, una sensación de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (Maslach y Jackson, 1981b). Algunos autores también informan que existe una sensación de esfuerzo físico por encima de lo normal y de cansancio emocional con la situación que se está viviendo laboralmente (Salanova y Llorens, 2008). Es necesario remarcar que en la versión española del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Seisdedos, 1997) esta

dimensión se traduce como "cansancio emocional". Sin embargo, son válidos ambos términos.

Entre sus manifestaciones podemos encontrar que se verbaliza con frases como "no puedo más", y lleva al individuo que la padece a un agotamiento de sus propios recursos y herramientas emocionales y a la aparición de síntomas como cefalea, insomnio, fatiga, falta de energía, reacciones impulsivas, dolor de espalda, taquicardia e hipertensión, entre otros (Díaz-Muñoz, 2005; Ksiazek et al., 2011).

2. **La *despersonalización* (DP)** se define como el desarrollo de actitudes y sentimientos con carácter negativo, como el cinismo hacia las personas a las que va destinada los resultados de tu trabajo (Maslach y Jackson, 1981b). Estas actitudes frías y respuestas provistas de cinismo hacia los pacientes, también pueden ir dirigidas hacia los compañeros de trabajo o a la propia institución (Bresó et al., 2007; Salanova y Llorens, 2008; Schaufeli y Salanova, 2007).

En la traducción al español realizada por Seisdedos (1997), el término más aceptado en español es "despersonalización".

Entre sus manifestaciones podemos encontrar que se verbaliza con frases como "no me importa", y puede llegar a producir en el individuo que la padece conflictos y agresiones profesional-paciente o paciente-profesional, e incluso predispone al maltrato o

negligencia profesional, como consecuencia del endurecimiento de la afectividad que se llega a padecer (Gil-Monte y Peiró, 1999).

3. La falta de *realización personal* (RP) en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, la cual afecta a la habilidad en la realización del trabajo y las relaciones con las personas a las que se atiende. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales (Maslach y Jackson, 1981b).

El término más usado en las investigaciones para esta dimensión del burnout sigue siendo "realización personal", que en el caso del burnout será baja.

En cuanto a las manifestaciones de esta dimensión, la baja realización personal ha sido verbalizada con frases y expresiones como "no valgo", y genera que los profesionales no se sientan felices consigo mismos y se vuelvan insatisfechos con sus resultados a nivel laboral (Gil-Monte, 2002).

Además, la literatura científica informa que unido a la baja realización personal, no solo el campo profesional se ve afectado, si no que la vida personal del trabajador se altera originando diversas patologías psíquicas como la depresión y el intento de suicidio (Ksiazek et al., 2011), llevando estos resultados a darle una importancia esencial y a ser objeto de estudio en cualquier

estamento donde los profesionales se dediquen al trato con el público y se pueda originar este fenómeno.

1.2.2 Factores implicados en el burnout

Muchos autores han intentado descubrir y analizar las variables o factores implicados en el burnout a lo largo de los estudios.

Burke (1987) y Farber (2000), identificaron y analizaron variables como la competitividad laboral, la avaricia o el afán de lucro y la presión social por satisfacer las demandas de los otros.

Sin embargo, fueron Bresó et al. (2007) y Gil Monte y Peiró (1997) los que señalaron que este síndrome era el resultado de las relaciones interpersonales entre el profesional, sus superiores y el ambiente laboral donde convive normalmente. Por ello, la descompusieron en tres tipos de variables que están implicadas de forma directa en la formación del burnout.

1. Variables individuales donde destaca el sexo como variable dicotómica en la que las dimensiones de agotamiento emocional son mayores en mujeres, aunque los hombres muestran más actitudes negativas hacia el trabajo. La edad ha sido objeto de estudio y parece haber acuerdo en que su relación con el síndrome es positiva. A mayor edad mayor afectación, siendo la tercera década en la que se presentan en un grado mayor las manifestaciones del burnout (Losa Iglesias et al., 2010). Sin embargo, debido a la falta de conclusiones, los autores proponen

que esta variable está moderada por otras variables de tipo laboral como la experiencia o los años de antigüedad en el puesto de trabajo (Adriaenssens et al., 2015; Ibáñez et al., 2004; Ríos et al., 2012). Por lo general, el ser joven se considera un factor protector para el agotamiento emocional (Gómez-Urquiza et al., 2017).

2. Variables sociales como el apoyo real o percibido del entorno social que proporcionan ayuda emocional al profesional. Estos pueden ser compañeros de profesión, familiares o amigos que ayudan a crear una estructura para el intercambio de experiencias y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento (Whitebird et al., 2013). Se ha llegado a considerar como una variable o factor protector, debido a que ayuda a evitar la aparición y desarrollo del síndrome de burnout (Albar y García, 2005; Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Hu et al., 2015; Lorenz et al., 2010; Solano et al., 2002). Sin embargo, otros investigadores afirman que el apoyo de profesionales del mismo entorno de trabajo y de los cargos directivos llegar a ser más significativa que el apoyo informal (Velando-Soriano et al., 2019).

3. Variables organizacionales que suelen ser las desencadenantes de las primeras reacciones del burnout (Davis et al., 2013; Velando-Soriano et al., 2019). Están relacionadas con el desempeño laboral en el puesto de trabajo. Entre ellas podemos encontrar la falta de reciprocidad y compañerismo en el trabajo, el clima o ambiente laboral entre compañeros y superiores o la carga

asistencial del puesto que el trabajador ostenta. Además, un factor importante es la remuneración económica, uno de los temas tabúes en la sociedad actual. Por otro lado, Quiceno y Vinaccia (2007) plantean como variables del síndrome de burnout la imposibilidad de toma de decisiones en el entorno laboral, la excesiva burocratización o la complejidad en los procedimientos administrativos. Otras variables que salen a la luz son los cambios en los turnos laborales y el horario de trabajo errático. La inestabilidad y poca seguridad en el puesto también han sido estudiadas (Apiquian, 2007; Gil-Monte, 2004; Martín et al., 2007).

1.2.3 Medida del burnout

El síndrome de burnout se puede analizar a partir de la tridimensionalidad del constructo (De la Fuente et al., 2015), es por ello que resulta de importancia analizar los diferentes instrumentos que a lo largo de la historia se han usado para medir entre síndrome.

Para ello ha sido necesaria una herramienta que mida los signos y síntomas y nos permita identificar el constructo con unas garantías adecuadas.

Las primeras mediciones del síndrome de Burnout, que procedieron generalmente de entrevistas y observaciones, tenían un carácter intuitivo y no sistemático ni estandarizado (Aguayo, 2014). Fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por

Maslach y Jackson (1981b), quienes comenzaron a sentar las bases del síndrome. Basado en las tres dimensiones del síndrome (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal), es el cuestionario más utilizado para medir el Burnout, gracias a sus propiedades psicométricas (De la Fuente et al., 2015; Schaufeli y Buunk, 2003; Schaufeli y Enzmann, 1998). Según sus autoras, su fiabilidad es de 0,89 para la dimensión "cansancio emocional", 0,77 para "despersonalización" y 0,74 para "realización personal" (Albendín, 2016; Maslach, 1978, 1996). Schaufeli y Enzmann (1998) estimaron que el 90% de las investigaciones que medían el síndrome utilizaban el MBI, lo cual se mantiene hasta la fecha (Gómez-Urquiza, 2017).

Para la construcción del MBI los autores siguieron un proceso inductivo y empírico, que acabó estableciendo las tres escalas o dimensiones que lo conforman actualmente. Inicialmente, el MBI (Maslach y Jackson, 1981b) contenía 47 items que se valoraban con dos parámetros de medida que correspondían a la frecuencia y a la intensidad de los sentimientos. Analizaba además cuatro dimensiones: las tres originales estudiadas por Maslach y Jackson y una cuarta denominada "implicación con el trabajo", eliminada posteriormente en la segunda edición (Maslach y Jackson, 1986). Se siguieron los procedimientos de validación de cuestionaros que generó que el instrumento quedara compuesto únicamente por 25

ítems con un formato de respuesta tipo Likert con siete alternativas (de 0 a 6).

Posteriormente, se realizó una segunda versión (Maslach y Jackson, 1986), en la que las autoras redujeron los ítems a 22, eliminaron la dimensión denominada "implicación laboral con el trabajo" y suprimieron las valoraciones de intensidad dejando solamente las de frecuencia.

El MBI fue adaptado a la población española por Seisdedos (1997), consistiendo en un cuestionario que mantenía el número de ítems originales de la segunda versión.

La adaptación se divide en las tres dimensiones o escalas originales que miden las tres dimensiones que configuran el constructo Burnout según Maslach y Jackson. La consistencia interna de la adaptación española del MBI fueron de 0,90 para "cansancio emocional", de 0,79 para la subescala "despersonalización" y 0,71 en "realización personal" (Cañadas-De la Fuente et al., 2014).

Se concluye debido a la evidencia científica que el modelo más aceptado en la gran mayoría de las investigaciones corresponde a originado con el instrumento de Maslach y Jackson donde primero se origina el cansancio emocional, posteriormente la despersonalización y por último la baja realización personal. Este modelo será usado durante el presente estudio.

1.2.4 Burnout en las profesiones sanitarias (Enfermería)

Dentro de los grupos de riesgo asociados al burnout, podemos encontrar a profesionales de la enseñanza, controladores aéreos y profesionales sanitarios (Cañadas de la Fuente et al., 2015; Gil-Monte y Gonçalves-Camara, 2011; Martinussen y Richardsen, 2003). En los profesionales sanitarios, los estudios nos indican que el personal de enfermería es el más afectado por este síndrome, por encima del colectivo médico (Gómez-Urquiza et al., 2017; Molina-Praena et al., 2018; Pradas-Hernández et al., 2018).

Además de los factores de riesgos anteriormente mencionados, los estudios concluyen que existen variables específicas de los profesionales sanitarios, en concreto para enfermería (Gómez Urquiza, 2017; Vargas et al., 2014). La turnicidad es un factor a tener en cuenta ya que se ha demostrado que los turnos rotatorios generan más burnout que el turno fijo en un servicio sanitario (Ilhan et al., 2008). Aun con la alta prevalencia que supone el burnout dentro de la enfermería, las unidades menos afectadas por este síndrome son la atención primaria y los cuidados materno-infantiles, especialmente pediatría (Cañadas et al., 2015; Gómez-Urquiza et al., 2016). En contraposición, los servicios más afectados según los estudios, son aquellos relacionados con las urgencias y los cuidados críticos, con niveles claramente superiores al resto (Albendín et al., 2016). Estos servicios atienden a pacientes complicados y en situaciones críticas que producen un impacto inevitable en las

enfermeras que ejercen su labor profesional en ellos. Seguidamente, nos encontramos el área quirúrgica, donde las condiciones propias del entorno físico cerrado, la presión asistencial y el volumen de trabajo continuado en pie, así como el estrés mantenido por estar siempre la vida de los pacientes en juego, hacen que este lugar cumpla las condiciones idóneas para favorecer el desarrollo del síndrome (Cabana-Salazar et al., 2009). Por último, un área de especial interés es la relacionada con los profesionales de enfermería de salud mental. Debido a las particularidades del trabajo y de los pacientes, indica que la prevalencia de enfermeros de un servicio de salud mental que, al menos, tiene un síntoma de burnout es de un 66,6% (Martín, 2015). La dimensión de la realización personal, es la que menos afectada se encuentra en los servicios de psiquiatría, lo que puede estar relacionado con la motivación de un puesto vocacional (Molina y Avalos, 2007) o bien por las características propias de los profesionales que trabajan con el daño psíquico o el trastorno mental (Olabarría y Mansilla, 2007). No existen demasiados estudios sobre el tema y sería conveniente seguir estudiando el burnout en dichas unidades.

1.2.5 Empatía y Burnout

La empatía en el personal sanitario está íntimamente ligada al síndrome del quemado o burnout.

La asociación entre empatía y burnout es una relación inversamente proporcional (Ferri et al., 2015). Para poder entender lo anterior es necesario comprender que, para mantener una actitud de empatía en las profesiones sanitarias, es fundamental disponer de habilidad de liberarse de la identificación con el paciente después de la labor sanitaria y volver a establecer la distancia emocional. La armonía entre implicación y distancia emocional es primordial para no "quemarse" en el desempeño de la profesión y para no trabajar de forma fría con el enfermo (Ayuso Murillo et al., 2018). Cuando no se realiza este distanciamiento emocional como parte de la relación empática con el paciente, es cuando aparece el burnout. Así mismo, se ha evidenciado que el estrés, la falta de tiempo, el contacto con otros profesionales y la presión asistencial dificulta en el profesional las interacciones empáticas y hace que aumente el burnout (Ahrweiler et al., 2014; Paola et al., 2015).

Ya se ha hablado que existe un declive de la empatía con el paso de los años, hecho que origina repercusiones negativas para las relaciones terapéuticas, para el proceso de enfermedad y para los propios profesionales que acaban bajo el burnout. No obstante, se ha demostrado que los niveles altos de empatía ejercen de factor

protector contra el burnout (Ferri et al., 2015) y aumentan la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, los profesionales con burnout son más proclives a tener alexitimia y angustia personal (Gleichgerrcht y Decety, 2013). Una vez expuesto lo anterior, los estudios concluyen que, a más destreza empática menos burnout en el profesional (Ferri et al., 2015).

1.3 ESTIGMA

1.3.1 Definición de estigma y aspectos fundamentales

La palabra estigma proviene del griego στίγμα que definía a la marca que se grababa con un hierro candente, a los cortes en el cuerpo realizados como castigo ante un delito o como símbolo de esclavitud y cuya función era indicar que la persona debía ser evitada. Sin embargo, fue Goofman (1963) quien lo definió como el atributo que devalúa y descredita a una persona o un grupo. Siendo una valoración subjetiva hacia aquellos que no se ajustaban a las normas de ciertas unidades sociales o a la creencia compartida por muchos individuos sobre cómo debe ser y comportarse una persona (Stafford y Scott, 1986).

Con el tiempo, surgen muchas definiciones que se basan en la imposición o el etiquetado del estigma como atributo indeseable y negativo a partir de un proceso sociocultural que contribuye a la marginación de un grupo por parte de otras personas, llegando a ser incluso peyorativo (Michaels et al., 2012).

De estas definiciones se puede extraer la idea de que el estigma se crea a través de un proceso, por tanto, no existe como algo innato en la propia persona estigmatizada ni en la estigmatizadora.

Ottati et al. (2005) informaron que el proceso del estigma se manifestaba en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación.

En primer lugar, los estereotipos son creencias sobre grupos y que a su vez se crean y comparten en y entre los grupos de una cultura (Huici, 1999). A través de ellas podemos valorar la estructura cognitiva compartida por una sociedad determinada sobre un determinado grupo (Mackie et al., 1996).

El hecho de conocer los estereotipos no tiene que estar relacionado con estar de acuerdo con ellos. Si una persona experimenta una reacción emocional negativa hacia el grupo que pretende ser el foco del estigma, a esta reacción se le llama prejuicio, que se define como aquella actitud hostil o de desconfianza hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente debido a su pertenencia a él (Allport, 1954). Estos estereotipos negativos y prejuicios ponen en marcha la faceta conductual de ciertas personas con comportamientos discriminatorios que son fácilmente objetivables, entre los que se incluye el rechazo o la crítica (Thornicroft et al., 2007).

Podemos concluir que la estigmatización es un fenómeno social de dos roles (el estigmatizado y el que estigmatiza), en el cual cada una de las dos partes ejerce su papel debido únicamente al contexto (un mismo atributo puede ser estigmatizado en un contexto, deseable en otro, e ignorado en otro) (Goffman, 2003).

Existen en la actualidad, sobre todo en las sociedades occidentales, multitud de grupos sociales que experimentan la estigmatización en

función de factores como el sexo, la raza o por tener problemas de salud física o mental (Manzo, 2004).

Crocker et al., (1998) sugieren que la estigmatización cumple diversas funciones para la persona que la ejerce, para su grupo o para la sociedad en la que vive. Entre estas funciones podemos observar que ayudan a simplificar la percepción de los hechos que nos rodean (Ashmore y Del Boca, 1981) para así poder establecer un mejor control sobre ellos (Tajfel y Turner, 1986). También disminuyen la ansiedad ya que permiten reconocer a grupos o individuos indeseables. Gracias a este hecho se pueden anticipar y desarrollar conductas protectoras que incluyen la evitación de socializar con los grupos estigmatizados o la marginación de los mismos (Dovidio et al., 2000). Además de lo anterior permiten conservar las posiciones sociales y económicas de los grupos que se benefician de estas conductas estigmatizantes (Ashmore et al., 1981) y ayudan a conservar la identidad propia como personas y grupos superiores a los estigmatizados, hechos que permite mantener la autoestima (Goffman, 1963).

1.3.2 El estigma del paciente con trastorno mental

A pesar de la controversia que existe a la hora de lograr una definición universal para el trastorno mental, el Manual de Estadística y Diagnóstico de los Trastornos mentales en si quinta

edición (DSM-V) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) los define de la siguiente forma:

"Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente".

La literatura científica muestra que la estigmatización de los pacientes con trastorno mental es significativamente mayor que cualquier otra forma de estigma sociosanitario (Wood et al., 2014).

Según Corrigan (2000) son cuatro los signos que informan que una persona tiene un trastorno mental y por el cual puede verse estigmatizada:

1. Los síntomas positivos de los trastornos mentales relacionados con la productividad psíquica como hablar solo o tener alucinaciones.

2. Los síntomas negativos de los trastornos mentales como el déficit de contacto visual, pobreza en el lenguaje, déficit en las actividades de la vida diaria etc.

3. La apariencia física que a veces cursa con vestimentas extravagantes o déficit en la higiene.

4. Las etiquetas que señalan al individuo y son proporcionadas por el diagnóstico en sí, o por el uso de los servicios de salud mental.

Las etiquetas son la característica que más estigmatiza, ya que aquellas personas que, aún sin presentar el resto de signos, tienen un diagnóstico de trastorno mental, están en grave riesgo de estigmatización (Link, 1987). Además, los diagnósticos de trastornos mentales graves, en especial la esquizofrenia (Wood et al., 2014) son más estigmatizadores que otros trastornos mentales como por ejemplo los trastornos de ansiedad considerados menos graves y más usuales entre la población sana (Wood et al. 2014).

En relación a los estereotipos relacionados con las personas con trastorno mental podemos observar que en la sociedad actual existen los siguientes:

- La peligrosidad o las reacciones violentas.

- La impredecibilidad tanto de su carácter, como de sus reacciones y la falta de control sobre sus comportamientos.
- La incapacidad y la incompetencia, la debilidad de carácter y la dependencia hacia otras personas.
- La responsabilidad o culpabilidad, ya sea sobre el origen del trastorno, o sobre el hecho de no haber sido capaz de ponerle remedio mediante el tratamiento.
- La cronicidad y la no recuperación.

Estos falsos estereotipos dan lugar a falsos prejuicios como suelen ser miedo, pena, enfado, vergüenza, o desconfianza. Originando conductas discriminatorias de rechazo social o evitación, así como a conductas de sobreprotección, coacción y control excesivo (Corrigan, 2000; Corrigan et al., 2005).

El estigma de las personas con trastorno mental dificulta el acceso y la estabilidad dentro de un empleo, limita las relaciones de pareja y la vida social con vecinos y familiares dificultando el proceso de recuperación del trastorno mental (Twenge et al., 2003).

Se ha observado que el estigma puede darse en la propia familia, por parte de los amigos, conocidos o vecinos, en la esfera educativa o laboral, por parte del personal que constituye los sistemas públicos como el judicial, policial o sanitario entre otros (Thornicroft et al., 2009).

También hay que señalar que los estudios realizados al respecto son consistentes en cuanto a que las explicaciones biológicas de los trastornos mentales generan mayor estigma y discriminación que las explicaciones psicosociales (Angermeyer et al., 2011; Mehta y Farina, 1997). Un estudio reciente mostró que la población general cuando relacionaba el origen del trastorno con un desequilibrio bioquímico, se producia un mayor rechazo social y mayor miedo a estas personas, una mayor creencia en la cronicidad, en la falta de responsabilidad del paciente en la mejora de su trastorno y en la dependencia de las personas diagnosticadas (Diego y Vicente-Colomina, 2019). Por ello, se hacen necesarias campañas de concienciación para informar de la etiología psicosocial y modificar la visión del trastorno mental de corte biomédico en la población general (Kvalee et al., 2013), aunque las explicaciones biomédicas han sido bien acogidas por algunos pacientes para disminuir su sentimiento de culpa y de responsabilidad (Read y Dillon, 2013). La idea de que "la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra" ha sido utilizada de forma constante y llamativa durante las últimas décadas para reducir la estigmatización social; pero esta creencia ha promovido actitudes estigmatizantes y la concepción de las personas diagnosticadas como seres sin control sobre sus actos (Read et al., 2006).

Además de lo anterior, el estigma y las actitudes hacia el paciente con trastorno mental varían en función del sexo. Hallazgos en

estudios con adolescentes nos muestran que los chicos tienen conductas más estigmatizadoras y por tanto peor actitud que las chicas (Martínez-Zambrano, 2013). Ewalds-Kvist et al. (2013) sugieren que las mujeres son más positivas en sus actitudes hacia el trastorno mental, favoreciendo la integración de estos pacientes en la sociedad, pero, también muestran más conductas de evitación y miedo.

Por tanto, el estigma es una de las consecuencias adheridas al trastorno mental que padecen los pacientes con trastornos psíquicos a lo largo de la historia dando la imagen de una persona peligrosa que nunca va a mejorar (Wood et al., 2014).

Por todo ello, se ha podido observar cómo el estigma es un elemento que disminuye la calidad de vida, además de ello, incrementa la posibilidad de depresión de la persona que sufre un trastorno mental; esto tiene un efecto sobre la identidad individual y las relaciones interpersonales de los pacientes mentales mermando ambas (Ochoa et al., 2016).

1.3.3 Tipos de estigma en salud mental

Cuando hablamos de estigma relacionado con los trastornos mentales y con la salud mental podemos englobarlo en tres tipos importante según las revisiones de Livingston y Boyd (2010) y Gerlinger et al. (2013).

Primero encontramos el denominado estigma estructural, también denominado estigma institucional que hace referencia a todo lo relacionado con el apartado legal donde se incluyen leyes y procedimientos políticos que restringen los derechos y oportunidades de las personas con trastorno mental. El estigma estructural legítima las diferencias de poder entre personas con y sin trastorno mental a favor de las segundas, al mismo tiempo que permite se perpetúen a gran escala las desventajas sociales y la exclusión social (Bos et al., 2013; Corrigan, et al., 2005; Herek, et al., 2009).

El segundo estigma es el denominado social, por su parte, se refiere al estigma de la población general; aquel estigma de grandes grupos sociales que respaldan y actúan en función de los estereotipos y los prejuicios (Corrigan et al., 2005).

Por último, encontramos el estigma internalizado que se define como un proceso subjetivo, inculcado en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos sobre uno mismo, comportamientos desadaptativos y una transformación de la identidad o una adherencia a los estereotipos; que resultan de una vivencia individualizada acerca de la propia experiencia de percepción o de la anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su trastorno mental (Livingston y Boyd., 2010). Esta definición fue facilitada tras un amplio metanálisis sobre el tema y contempla la complejidad y el carácter multifactorial que está en

base de este constructo y que ha sido formulado por muchos estudios sobre este tema.

Al igual que en el estigma social, el estigma internalizado incluiría componentes cognitivos, emocionales y conductuales (Tabla 1) (Corrigan y Watson, 2002a).

TABLA 1.

Resumen componentes cognitivo, emocional y conductual del estigma asociado a los trastornos mentales, adaptación de Corrigan y Watson (2002a).

Componentes	Estigma Social	Estigma Internalizado
Estereotipos	Creencias erróneas y negativas sobre las personas con TMG	Creencias erróneas y negativas sobre sí mismo por tener un TMG
Prejuicios	Acuerdo con las creencias y reacción emocional negativa derivada	Acuerdo con las creencias, aplicación de la creencia uno mismo y reacción emocional negativa
Conducta	Respuesta conductual al prejuicio sobre los demás	Respuesta conductual al prejuicio sobre uno mismo

El estigma internalizado aparece de forma frecuente en las personas con trastornos mentales con una prevalencia entre el 28% y el 41,7% (Brohan et al., 2010; Boyd et al., 2014; Gerlinger et al., 2013).

Uno de los estudios de prevalencia sobre el estigma internalizado en el ámbito europeo, que incluye datos españoles, fue el llevado a cabo por Brohan et al., (2010). En este estudio el 41,7% de las personas evaluadas presentaban niveles moderados y altos de estigma internalizado. Recientemente, Boyd et al. (2014) han aportado datos de prevalencia de estigma internalizado similares entre el 28% y el 40% en diferentes paises de America, Europa y Asia.

Sin embargo, estos trabajos han encontrado que no todas las personas con trastorno mental muestran un elevado estigma internalizado, existiendo un porcentaje importante de personas con niveles bajos y que muestran cierta resistencia frente al estigma. Este hecho ha sido denominado "paradoja del estigma en la enfermedad mental" (Corrigan y Watson, 2002b) y ha fomentado el intento de desarrollar modelos teóricos para explicar cuál es la forma que tiene el ser humano de internalizar el estigma.

1.3.4 El estigma del paciente con trastorno mental en España

Junto a la evolución del conocimiento y tratamiento de la patología mental, el estigma ha ido cambiando y adaptándose con los tiempos. A pesar de la reforma psiquiátrica iniciada en España en 1986 y concretamente en Andalucía en 1984, estas personas siguen siendo víctimas del estigma inherente a ser paciente con trastorno mental. (Ruiz et al., 2012).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus programas de salud mental, sigue luchando de forma prioritaria contra el estigma del individuo con trastorno mental. A pesar de ello, diversos estudios demuestran que sigue habiendo un estigma considerable en relación a los usuarios de salud mental, considerándolos peligrosos e impredecibles (Wood et al., 2014).

En España, este hecho también es una realidad, y ciertos estudios indican que la población general española identifica la esquizofrenia con conductas violentas. (Ruiz et al., 2012).

1.3.5 Instrumentos para la medición del estigma

1.3.5.1 Instrumentos para la medición del estigma social a nivel internacional

La primera de ellas y en la cual se basa en la actualidad el instrumento más usado se denomina *Cuestionario de Opiniones acerca de la Enfermedad Mental* (*Opinions about Mental Illness Scale,* OMI) (Cohen y Struening, 1962). Fue desarrollado originalmente por Cohen y Struening en la década de 1960. La consistencia interna de la prueba es de 0.83 y constaba de 51 items.

A nivel internacional, la escala más usada para valorar el estigma social hacia las personas con un trastorno mental en la comunidad es la Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) de Taylor y Dear (1981), que fue diseñada con los objetivos de construir un instrumento capaz de discriminar entre aquellos

individuos que aceptan y aquellos que rechazan a las personas con trastornos mentales, y desarrollar una escala para predecir y explicar las reacciones de la comunidad frente a la configuración de la red de salud mental y sus instalaciones. El instrumento fue elaborado mediante la integración de dos cuestionarios previos. Por un lado, Opinions about Mental Illness (OMI) (Cohen y Struening, 1962), este buscaba estudiar las actitudes del personal de salud hacia las personas con trastorno mental y se ha descrito previamente. Y por el otro, Community Mental Health Ideology (CMHI) (Baker y Schulberg, 1967), cuestionario que pretendía enfatizar las relaciones de la población con las personas con trastornos mentales y las instalaciones de salud mental (Taylor y Dear, 1981).

Ha demostrado tener una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

El cuestionario constaba de 40 preguntas divididas en cuatro dimensiones: autoritarismo, benevolencia, rechazo social e ideología de la comunidad. El cual está conformado por 10 ítems en cada dimensión, cinco expresan un sentimiento positivo y cinco un sentimiento negativo, referente al concepto a evaluar.

Esta escala ha sido utilizada en diferentes poblaciones: Enfermería, psiquiatría, familiares, además de en población general (Sun et al., 2014).

1.3.5.2 Instrumentos para la medición del estigma social a nivel nacional

Uno de los principales problemas que existe en España reside en la medición del estigma o las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. En España, solo existía una escala validada para ello denominada Opinions about Mental Illness, desarrollada en los años 60 para un concepto de salud mental que se ha visto modificado con el paso de años, y sin poder compararse con otros estudios a nivel internacional. Por ello, recientemente, se ha validado al español la escala más utilizada para valorar las actitudes hacia las personas con trastorno mental, la Community Attitudes towars Mental Illnes (CAMI) de Taylor y Dear (Ochoa et al., 2016).

1.3.6 Estigma en las profesiones sanitarias

El fenómeno de la estigmatización no sólo se aplica la población general. Los profesionales de la salud tienen actitudes negativas hacia los miembros de la sociedad con trastornos mentales (Wahl y Aroesty-Cohen Eli, 2010). Un estudio realizado en el Reino Unido muestra que los médicos y los estudiantes de medicina tienden a compartir los mismos puntos de vista negativos sobre la salud mental del público en general. Además, los profesionales sanitarios, tienden a considerar que estos pacientes son incapaces de recuperarse y no se sienten preparados para gestionar el trastorno mental (Caplan et al., 2016) y se ha afirmado que el estigma

contribuye al peor trato a estos pacientes por parte de los profesionales de atención primaria (Pérez-Garín, 2016). Por otro lado, los psiquiatras parecen tener una actitud positiva, comparada con las de la población en general y otras profesiones (Fradelos et al., 2015). Sin embargo, esto no siempre fue así, ya que hasta el 2005, las revisiones bibliográficas y los metanálisis sobre este asunto indicaban que las actitudes más negativas hacia las minorías estigmatizadas, y en concreto al paciente mental, las tenían los propios profesionales ligados a la salud mental, hecho que radicalmente cambió debido a las políticas y las líneas de actuación anti-estigma en los sistemas sanitarios (Wahl y Aroesty-Cohen Eli, 2010). En la actualidad, los profesionales sanitarios relacionados con la salud mental presentan menos estigma hacia los pacientes con trastornos mentales que el resto de sanitarios y que la población en general. Este hecho positivo aumenta de forma considerable en la profesión de Enfermería en relación con el resto de profesiones sanitarias. (Wahl y Aroesty-Cohen Eli, 2010).

1.3.7 Estigma en los estudiantes sanitarios

En el estigma también influye el contacto con el paciente mental, siendo los estudiantes en un periodo previo a las prácticas en psiquiatría los que muestran unas mayores actitudes negativas hacia el paciente mental, hecho que varía de forma significativa después de haber cursado sus prácticas (Romem et al., 2008). Los estudios concluyen que el contacto y la comunicación con pacientes con

trastornos mentales durante la realización de las prácticas clínicas que se recogen en los planes de estudios del título de Grado en Enfermería o durante el desarrollo de la residencia de la especialidad de Enfermería en Salud Mental, son un medio para crear una comunicación efectiva y un desarrollo de la destreza empática (Mousa y Marwa Abd El-Gawad, 2015). Mousa (2015) también informó que la capacitación en Enfermería Psiquiátrica aumenta el nivel de Empatía hacia los trastornos psicológicos. Además de ello, los Enfermeros Especialistas en Salud Mental son los profesionales sanitarios junto a los psiquiatras que mejor actitud profesan al usuario con trastorno mental (Fradelos et al., 2015).

1.3.8 Empatía y estigma

Anteriormente se ha objetivado como la empatía es un factor que favorece contra el estigma, sin embargo, para analizar la relación entre la empatía de los profesionales sanitarios y el estigma hacia los pacientes con trastorno mental, es necesario un análisis más pormenorizado.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Según la literatura, la empatía es uno de los factores que, unido a la experiencia con pacientes mentales, protege del Burnout a los profesionales sanitarios, aumenta el vínculo con el paciente mental y modifica sus actitudes hacia ellos de forma positiva. Hecho que se ve reforzado por la experiencia asistencial con esta clase de usuarios del sistema sanitario (Vaghee et al., 2018).

La empatía, el burnout y la relación existente entre ellos se ha estudiado entre estudiantes de enfermería por un lado (Ferri et al., 2015) y los enfermeros de salud mental por otro (Moreno-Poyato y Rodríguez-Nogueira 2020; Sturzu et al., 2019). Sin embargo, no se observan estudios que arrojen datos sobre estas variables durante el tiempo de residencia en la especialidad de enfermería de salud mental. Además, este estudio es el primero que pretende abordar la relación entre la empatía, el burnout y las actitudes hacia el paciente con trastorno mental en universitarios del Grado de Enfermería, residentes de la especialidad de salud mental y enfermeros de salud mental del Sistema Nacional de Salud Español.

Por todo ello, es importante analizar las variables del estudio con el fin de llegar a un mejor entendimiento de cómo interaccionan entre ellas en las diferentes etapas de la trayectoria académico-profesional de las enfermeras de salud mental en España.

Estos resultados nos permitirán en el futuro valorar la necesidad de crear programas de desarrollo de empatía en el Grado Universitario de Enfermería para prevenir el burnout y mejorar las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental; protocolos y guías de actuación para las unidades clínicas de docencia donde se desarrollan los estudios de los residentes de enfermería de salud mental para mejorar estas variables; y políticas sanitarias para los sistemas de salud donde se ejerzan las labores de cuidados enfermeros para el desarrollo positivo de las carreras profesionales de los especialitas y el mejor trato con el paciente.

Por todo ello, el análisis de las tres variables (empatía, burnout y actitudes hacia el paciente con trastorno mental) y sus interacciones sobre la carrera académico-profesional de las enfermeras en salud mental (estudiantes, residentes y profesionales) son el objeto de este estudio.

CAPÍTULO 2: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

A continuación, se definen la hipótesis, el objetivo general y los objetivos específicos de esta tesis doctoral.

La delimitación de la hipótesis sirvió para diseñar los objetivos de investigación teniendo en cuenta las variables a analizar en las diferentes poblaciones.

2.1 HIPÓTESIS

El aumento de la empatía a lo largo de la trayectoria profesional de los enfermeros de salud mental, disminuye el burnout y aumenta de forma positiva las actitudes hacia los pacientes mentales.

2.2 OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar el desarrollo de la empatía, el burnout y la actitud hacia el paciente mental, además de las características socio-demográficas, profesionales y académicas en los tres grupos de estudio, que se corresponden con las diferentes etapas en la formación del profesional sanitario en Salud Mental: estudiantes de enfermería, enfermeras en formación especializada de salud mental y enfermeras de dispositivos de salud mental.

2.3 OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Determinar el grado de empatía y sus factores asociados en los tres grupos de estudio.

2. Estudiar las relaciones existentes entre las distintas variables dentro de cada grupo de estudio.

3. Analizar comparativamente cada variable entre los diferentes grupos de estudio.

4. Determinar si existen diferencias en las variables estudiadas en el grupo de estudiantes de Enfermería antes y después de su paso por las prácticas de salud mental.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

En este apartado se describe la configuración de las distintas fases del estudio para alcanzar los objetivos propuestos y validar o desestimar la hipótesis de partida.

El presente proyecto constó de tres fases específicas. Cada una de ellas realizada en un grupo diferente:

1. Exploración de las variables del estudio en Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

2. Exploración de las variables del estudio en enfermeras en formación especializada de salud mental en España.

3. Exploración de las variables del estudio en enfermeras especialistas de salud mental en España.

3.1. EXPLORACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

Esta fase pretendió dar cumplimiento al objetivo general y a los objetivos específicos 1, 2 y 4 en la población estudiada.

3.1.1 DISEÑO

En la presente fase se realizó un estudio pseudoexperimental con dos grupos según el tipo de dispositivo sanitario (salud mental o general) en el que los alumnos realizaron sus prácticas

3.1.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fué el título de Grado en Enfermería de la Universidad de Cádiz.

3.1.3 PARTICIPANTES

3.1.3.1 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por los estudiantes de 4º curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Cádiz.

3.1.3.2 Criterios de inclusión, exclusión y elegibilidad de la muestra.

Criterios de inclusión:

- Estar realizando sus estudios en el Grado de Enfermería de la Universidad de Cádiz y los Centros Universitarios adscritos a la misma durante el año 2018.

Criterios de exclusión:

- Estar realizando una beca SICUE en el Grado de Enfermería de la Universidad de Cádiz y los Centros Universitarios adscritos a la misma durante el año 2018.
- Realizar sus prácticas correspondientes a los dispositivos asistenciales de salud mental en otras localizaciones diferentes a los de la provincia de Cádiz.
- No haber firmado el consentimiento informado para formar parte del estudio.

Se consideró como criterio de elegibilidad para formar parte del estudio cumplir todos los criterios de inclusión y no cumplir los de exclusión anteriormente descritos.

3.1.3.3. Criterio de finalización y retirada

Se consideró que un sujeto había finalizado el estudio cuando hubo completado los cuestionarios de medida pre y post intervención.

Los criterios de retirada fueron los siguientes:

• Retirada de la conformidad para participar en el estudio.

• No terminar el periodo de prácticas en los dispositivos asistenciales de salud.

• No completar alguno de los cuestionarios de medida

3.1.3.4 Muestreo

Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo intencional no probabilístico en bola de nieve, no discriminatorio y exponencial (Polit y Hungler, 2000). Los participantes fueron divididos en dos grupos, aquellos que realizaron sus prácticas en dispositivos de Salud Mental y aquello que realizaron sus prácticas en otros dispositivos llamados Generales durante el mismo número de horas.

Para evitar el sesgo de selección, este modelo trata de protocolizar el muestreo en cadena y obtener estimadores no sesgados y así poder generalizar a la población. El muestreo comienza a partir de la selección de los colaboradores iniciales denominadas "semillas", estos no entrarán en el análisis posterior. Las semillas seleccionan un número determinado de nuevos participantes que sí servirán para el análisis y así sucesivamente (Lorenzo Ortega et al., 2017).

3.1.3.5 Tamaño de la muestra

Para la presente investigación partimos de una población de estudio de **180** estudiantes matriculados en el Título de Grado en Enfermería en la Universidad de Cádiz, bien sea en centros propios o adscritos a esta, durante el curso 2018 y que cumplían los criterios de selección. Se realizó un muestreo poblacional exhaustivo intentando incluir en la muestra todos los sujetos pertenecientes a la población diana y así evitar sesgos. Finalmente, participó en el estudio el 67,2% de la población diana.

3.1.3.6 Reclutamiento

Para la captación de sujetos de estudio, se contactó con colaboradores en los distintos centros donde se imparte el Título de Grado en Enfermería de la Universidad de Cádiz. De este modo, se solicitó la colaboración de los estudiantes que cumplían los criterios de inclusión para que participasen en el estudio.

3.1.4 PRÁCTICAS ASISTENCIALES

En las prácticas universitarias de enfermería en salud mental los alumnos se dirigen a uno de los dispositivos de salud mental ofertados:

- Comunidad Terapéutica del Hospital Universitario de Puerto Real.

- Unidad de Hospitalización de Agudos del Hospital Universitario de Puerto Real.

En las prácticas universitarias de enfermería en el resto de unidades o dispositivos no relacionados con la salud mental los alumnos se dirigen a uno de los dispositivos ofertados:

- Unidades generales del Hospital Universitario Puerta del Mar y de Puerto Real.

En ellas se incluyen las áreas de cuidados críticos, unidades quirúrgicas y pediátricas.

3.1.5 VARIABLES ESPECÍFICAS DE LA FASE

Se consideraron las siguientes variables.

3.1.5.1 Variables de perfil sociodemográfico

- Edad (Variable cuantitativa) medida en años.
- Sexo (Variable cualitativa) (Mujer, Hombre).

3.1.5.2 Variables académicas

- Tipo de dispositivo de Prácticas (Variable cualitativa) (Dispositivos de salud mental o dispositivos generales)
- Antes o después de pasar por prácticas en los dispositivos elegido (Variable cualitativa).

3.1.5.3 Variables Instrumentos

- Ver apartado “Variables e instrumentos comunes a todas las fases” página 70.

3.2. EXPLORACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO EN ENFERMERAS DURANTE SU PERIODO DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

Esta fase pretendió dar cumplimiento al objetivo general y a los objetivos específicos 1 y 2 en la población estudiada.

3.2.1 DISEÑO

En la presente fase se realizaró un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal.

3.2.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fueron las unidades docentes de la especialidad de Enfermería de salud mental en España.

3.2.3 PARTICIPANTES

3.2.3.1 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por enfermeros internos residentes de la especialidad de salud mental (EIR) que realizaron su formación en unidades docentes de España.

3.2.3.2 Criterios de inclusión, exclusión y elegibilidad de la muestra

Criterios de inclusión:

- Estar realizando la residencia de la especialización de Enfermería en salud mental en las unidades docentes de la especialidad en España.

Criterios de exclusión:

- No haber firmado el consentimiento informado para formar parte del estudio.

Se consideró como criterio de elegibilidad para formar parte del estudio cumplir el criterio de inclusión y no cumplir el de de exclusión anteriormente descrito.

3.2.3.3 Muestreo

Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo intencional no probabilístico en bola de nieve no discriminatorio y exponencial (Polit y Hungler, 2000) descrito en la fase I, con el objetivo de obtener sujetos con las características diferenciales buscadas (criterios inclusión) y de diversas procedencias geográficas españolas.

Este tipo de muestreo nos ayuda a contactar con poblaciones de difícil acceso, ampliar el tamaño de la muestra y favorecer la

validación de los datos mediante el uso de muestreo secuencial de la técnica en bola de nieve (Baltar y Gorjup, 2012).

3.2.3.4 Tamaño de la muestra

Para esta fase del estudio partimos de una población de estudio de **337** enfermeros internos residentes de la especialidad de salud mental (EIR) según las adjudicaciones de plazas de residentes vía EIR en España en 2018. Se realizó un muestreo poblacional exhaustivo, intentando incluir en la muestra todos los sujetos pertenecientes a la población diana y así evitar sesgos. La muestra obtenida representó el 63,5% de la población diana.

3.2.3.5 Reclutamiento

Para la captación de los sujetos de estudio se contactó con colaboradores residentes de Enfermería de salud mental que se encontraban realizando dicha especialidad en las unidades docentes de salud mental de los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas de España (semillas).

Para la recuperación de los datos se contactó de manera personal con los colaboradores de las unidades donde se necesitó realizar el procedimiento y difundieron los instrumentos de medida tantas veces como fue necesario.

3.2.4 VARIABLES ESPECÍFICAS DE LA FASE

Se consideraron las siguientes variables.

3.2.4.1 Variables de perfil sociodemográfico

- Edad (Variable cuantitativa) medida en años.
- Sexo (Mujer, Hombre) (Variable cualitativa).

3.2.4.2 Variables Profesionales

- Año de Residencia (1°, 2°) (Variable ordinal).

3.2.4.3 Variables Instrumento

- Ver apartado "Variables e instrumentos comunes a todas las fases" página 70.

3.3. EXPLORACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO EN ENFERMERAS ESPECIALISTAS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA.

Esta fase pretendía dar cumplimiento al objetivo general y a los objetivos específicos 1 y 2 en la población estudiada.

3.3.1 DISEÑO

En la presente fase se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal.

3.3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fueron los dispositivos de salud mental de las distintas áreas sanitarias de los sistemas de salud de las Comunidades Autónomas de nuestro país.

3.3.3 PARTICIPANTES

3.3.3.1 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por enfermeras especialistas que trabajan en los dispositivos de salud mental de las áreas sanitarias de los sistemas de salud de España.

3.3.3.2 Criterios de inclusión, exclusión y elegibilidad de la muestra

Criterios de inclusión:

- Ser enfermera especialista en salud mental.
- Estar realizando su labor asistencial en los dispositivos de salud mental de las áreas sanitarias de los sistemas de salud españoles.

Criterios de exclusión:

- No haber firmado el consentimiento informado para formar parte del estudio.

Se consideró como criterio de elegibilidad para formar parte del estudio cumplir todos criterios de inclusión y no cumplir los de exclusión anteriormente descritos.

3.3.3.3 Muestreo

Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo intencional no probabilístico en bola de nieve no discriminatorio y exponencial (Polit y Hungler, 2000) descrito en la fase I, con el objetivo de obtener sujetos con las características diferenciales buscadas (criterios inclusión) y de diversas procedencias geográficas españolas.

3.3.3.4 Tamaño de la muestra

Para la presente investigación partimos de una población de estudio de 4000 enfermeras que trabajan en los dispositivos de salud mental de las áreas sanitarias de los sistemas de salud de España según la estimación realizada por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (Molino Contreras et al., 2017).

Se debía seleccionar una muestra de **726** individuos como mínimo, número de sujetos suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 1 unidades, la media poblacional de unos valores que es previsto que tengan una desviación estándar de alrededor de 14.19 unidades según el estudio de Blanco et al. (2018). El porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 10%.

3.3.3.5 Reclutamiento

Para la captación de los sujetos de estudio se contó con colaboradores en las distintas unidades de salud mental de las distintas Comunidades Autónomas españolas (semillas). A través de estos se difundieron los instrumentos de medida necesarios para la realización del estudio, haciéndolos llegar al máximo número de enfermeras especialistas en salud mental posibles.

Para la recuperación de los datos se contactó de manera personal con los colaboradores de las unidades donde se necesitó realizar el

procedimiento y se difundieron los instrumentos de medida tantas veces como fue necesario.

3.3.4 VARIABLES ESPECÍFICAS DE LA FASE

Se consideraron las siguientes variables.

3.3.4.1 Variables de perfil sociodemográfico

- Edad (Variable cuantitativa) medida en años.
- Sexo (Mujer, Hombre) (Variable cualitativa).

3.3.4.2 Variables Profesionales

- Años trabajados como enfermero (Variable cuantitativa).
- Años trabajados en dispositivos de Salud Mental (Variable cuantitativa).

3.3.4.3 Variables Instrumento

- Ver apartado "Variables e instrumentos comunes a todas las fases" página 70.

3.4. VARIABLES E INSTRUMENTOS COMUNES A TODAS LAS FASES

- **Empatía**; entendida desde la dimensión que describe a la Empatía como una destreza. (Variable cuantitativa) operacionalizada mediante la **Jefferson Scale of Empathy (JSE)** de Hojat et al. (2001) en su versión al castellano (Blanco et al., 2018). Este instrumento, es capaz de medir la Empatía que se desarrolla en el contexto de la atención al paciente. Diseñada originalmente para los estudiantes de medicina y posteriormente modificada para profesionales de la salud (Hojat et al., 2001). Ha demostrado tener una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

  Consta de 20 items y la puntuación de cada uno de ellos se realiza a través de una escala tipo Likert de 7 puntos (1=fuertemente en desacuerdo, 7=fuertemente de acuerdo) para responder a cada ítem con el fin de reducir la tendencia de los encuestados a emplear los puntos extremos de la escala sistemáticamente. Diez de estos ítems están expresados en positivo y los 10 restantes en negativo. La puntuación se obtiene al sumar los puntos en los ítems en positivo y la inversa, de los puntos de los ítems en negativo, de modo que cuando un individuo responde con una

puntuación de 7 en un ítem expresado en negativo se considera la puntuación como si fuera 1.

Esta escala analiza la empatía en base a tres factores:

o Toma de perspectiva (JSPE-TP)

Consta de 11 items o declaraciones que se relacionan con el componente cognitivo de la empatía y nos informa acerca de la manera de poder pensar como el paciente.

o Cuidado o atención con compasión (JSPE-CC).

Consta de 6 items y está relacionada con la capacidad de sentir las mismas emociones que los pacientes.

o Ponerse en el lugar del paciente (JSPE-LP).

Consta de 3 items relacionados con la capacidad de imaginarse en la situación de un paciente y poder ser capaz de visualizar que sensaciones podría tener.

La puntuación total, que puede variar entre 20 y 140, determina un alto nivel de empatía al acercarse al valor máximo.

- **Burnout** (variable cuantitativa) operacionalizada mediante el **Cuestionario del Burnout de Maslach en**

profesionales sanitarios (MBI) (Maslach y Jackson, 1981) en su adaptación al español (Seisdedos, 1997).

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%. Está constituida por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Su función es medir el desgaste profesional.

La escala se mide según los siguientes rangos: 0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días.

El cuestionario Maslach mide los 3 aspectos o dimensiones del síndrome de Burnout:

o Cansancio emocional (MBI-CE).

Consta de 9 items. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

o Despersonalización (MBI-DP).

Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

o Realización personal (MBI-RP).

Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

- **Actitud hacia el paciente mental** (variable cuantitativa) operacionalizada mediante el instrumento **Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)** de Taylor y Dear (1981) en su versión al castellano (Ochoa et al., 2016).

  Este instrumento tiene una consistencia interna del 90%.

  Consta de 40 items que se puntúan con 5 opciones de una escala tipo Likert que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo.

  La escala se compone de cuatro factores:

  o Autoritarismo (CAMI-A).

  Opiniones sobre las personas con trastorno mental como si se tratasen de una clase inferior a los individuos sanos.

  o Benevolencia (CAMI-B).

  Actitudes de acogida a los pacientes incluso llegando a actitudes de paternalismo.

o Restricción social (CAMI-RS).

Evalúa el peligro para la sociedad de las personas con trastorno mental y si es razonable limitarlas en su vida diaria antes y/o después de ser hospitalizado.

o Ideología de la salud mental en la comunidad (CAMI-SMC).

Creencias relacionadas con la inserción en la sociedad de las personas con trastorno mental.

Cinco de los 10 items de cada subescala se expresan positivamente, mientras que los otros 5 se escriben negativamente. La puntuación de cada subescala se obtiene al sumar los puntos en los ítems en positivo y la inversa, de los puntos de los ítems en negativo, de modo que cuando un individuo responde con una puntuación de 5 en un ítem expresado en negativo se considera la puntuación como si fuera 1.

3.5 RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Los instrumentos de medición se editaron en formato digital. Para ello, se utilizó la herramienta para encuestas en línea SurveyMonkey®, a la cual se puede acceder a través de cualquier navegador. Este formato respetó por completo la estructura original de la escala y fue acompañado de un mensaje de presentación del proyecto.

El acceso a la aplicación se realizó a través de un enlace web que se envió por correo electrónico a aquellas personas que querían participar en el estudio. En cualquier caso, la participación siempre fue anónima, por lo que la aplicación no registró ningún dato que pudiera identificar a los participantes.

3.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS

3.6.1 CODIFICACIÓN DE LOS DATOS

Los datos exportados fueron codificados y trasladados a una base de datos en formato SPSS versión 27 (IBM, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

3.6.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Previo al análisis se evaluó la normalidad de las variables a través de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov. La fiabilidad de las escalas JSE, MBI y CAMI se evaluó utilizando el alfa de Cronbach. Las variables cuantitativas se expresaron como medianas y rangos intercuartilicos (IQR) ya que mostraron desviaciones significativas de la distribución normal al aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuanlitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes. Las diferencias basales en las variables de caracterización de la muestra entre los grupos pre y post prácticas de la fase I del estudio se compararon usando la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Las diferencias entre las variables empatía, burnout y actitudes hacia los pacientes con trastorno mental se compararon intergrupalmente mediante la prueba U de Mann-Whitney. La correlación entre las puntuaciones de JSE, MBI y CAMI y de estos con las variables sociodemográficas se evaluaron calculando el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (Rho).

Para las fases 2 y 3 se utilizaron los mismos estadísticos utilizados la fase 1. Adicionalmente, las comparaciones entre tres o más grupos se realizaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

Las puntuaciones totales obtenidas en las variables de empatía, burnout y actitudes hacia los pacientes mentales por los estudiantes del grado de Enfermería, enfermeros internos residentes de la especialidad de salud mental (EIR) y enfermeras en dispositivos de salud mental fueron comparadas mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

Todos los valores de p se basaron en una distribución de dos colas y un nivel de significación de 0,05. El análisis estadístico se realizó con la asistencia del programa SPSS versión 27.0 para Windows (IBM).

3.7 IMPLICACIONES ÉTICAS Y/O DE BIOSEGURIDAD DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA

Se obtuvo la aprobación del proyecto por la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria de Hospital Puerta del Mar de Cádiz y el consentimiento informado fue supervisado por el Gabinete jurídico de la propia institución (Anexo 1) considerando que el estudio cumplía los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, y que este se ajustaba a los principios éticos aplicables al tipo de estudio.

Este estudio se apoya en los principios generales de la bioética, la legislación vigente sobre investigación sanitaria y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, considerando los aspectos éticos siguientes:

3.7.1 RIESGOS PARA LAS PARTICIPANTES

No existieron riesgos potenciales para las participantes en el estudio.

3.7.2 GARANTÍA DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Los participantes darán su consentimiento libre e informado a participar, brindándoles la oportunidad en todo momento de no concluir la cumplimentación de los cuestionarios y/o salir de la

aplicación online. La finalización del proceso se considera como autorización implícita de participación como es norma general en la investigación con instrumentos de medida (Burns y Grove, 2004)

3.7.3 GARANTÍA DE PARTICIPACIÓN INFORMADA

Aunque la escala se difundirá a través de una aplicación online, contará con un mensaje de información sobre los objetivos y metodología del estudio. Los participantes contarán con una vía de contacto con el investigador para realizar las consultas que estimen necesarias si lo desean.

3.7.4 CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos de las participantes se recogerán garantizando el anonimato de éstos y se limitarán a los datos pertinentes para el estudio. El material de estudio se codificará mediante claves con el fin de mantener el total anonimato de los participantes. La aplicación online no registrará ningún dato que pudiera identificar al equipo informático desde el que accedió el participante.

3.7.5 INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

Se ofreció a los participantes la posibilidad de que facilitaran un correo electrónico donde los investigadores del estudio les harían llegar los resultados derivados de la investigación. Para evitar que

este dato pudiera identificar a los participantes durante el estudio, en la aplicación online no se asoció este dato al resto de los datos del estudio que fueron analizados.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en cada una de las diferentes fases, con estudiantes de enfermería, enfermeras en formación especializada en salud mental y enfermeras especialistas en salud mental. Así mismo, se exponen los análisis comparativos de las distintas variables entre los diferentes grupos de cada fase.

4.1 EXPLORACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

4.1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Los participantes que respondieron a los cuestionarios conformaron una muestra final en esta fase del estudio de 121 individuos que se encontraban realizando sus estudios del grado de enfermería en la universidad de Cádiz, concretamente en 4º curso. La muestra final estuvo compuesta por 79 estudiantes que formaban el grupo que realizaron sus prácticas asistenciales en dispositivos generales y 42 estudiantes que realizaron sus prácticas asistenciales en dispositivos de salud mental. La mayoría de los participantes fueron mujeres tanto en la muestra general, sin división por grupos (73,6%), como en el grupo de las prácticas generales (70,9%) y en el grupo de las prácticas en salud mental (78,6%) con una mediana de edad de 22 años. Los datos anteriores se pueden consultar con más detalle en la tabla 2.

TABLA 2.
Datos descriptivos demográficos de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

Variable		Total N=121	Prácticas Generales N=79	Prácticas Salud Mental N=42
Sexo				
	Femenino	89 (73,6 %)	56 (70,9%)	33 (78,6%)
	Masculino	32 (26,4%)	23 (29,1%)	9 (21,4%)
Edad		21,00 (21,00-23,00)	21,00 (21,00-24,00)	21,50 (21,00-22,25)
	Femenino	22,00 (21,00-24,00)	22,00 (21,00-25,00)	22,00 (21,00-22,50)
	Masculino	21,00 (21,00-21,00)	21,00 (21,00-21,00)	21,00 (21,00-22,00)

Mediana (rango intercurartilico) para variables cuantitativas, frecuencias (%) para variables cualitativas.

4.1.2 FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La fiabilidad de los instrumentos utilizados en esta fase se calculó antes y después del periodo de prácticas asistenciales.

En relación a la fiabilidad de los instrumentos tanto antes como después de las prácticas asistenciales en los diferentes dispositivos sanitarios se obtuvieron valores aceptables, excepto para el puntaje total del JSPE-LP, JSPE-CC, MBI-DP y del MBI-RP. Por otro lado, el análisis del Alfa de Cronbach mostró que el cuestionario CAMI-A

alcanzaba poca fiabilidad tanto antes como después de las prácticas (Alfa de Cronbach: 0,679; 0,658 respectivamente). El análisis detallado de los ítems de la escala indicó que la mayoría de estos se debían retener, resultando en una disminución en el alfa si se excluían. La excepción fue el ítem 29 cuya exclusión aumentaba el alfa y que tenía una correlación negativa con el total. Por tanto, se decidió excluirlo del análisis. Los valores finales de la fiabilidad de los instrumentos pueden observarse en la tabla 3 y 4.

TABLA 3.

Alfa de Cronbach para los instrumentos utilizados antes de las prácticas asistenciales de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

Variable	Alfa de Cronbach
JSPE	0,797
JSPE-LP	0,529
JSPE-CC	0,556
JSPE-TP	0,761
MBI	0,815
MBI-CE	0,899
MBI-DP	0,659
MBI-RP	0,685
CAMI-A	0,705
CAMI-B	0,727
CAMI-RS	0,774
CAMI-SMC	0,894

TABLA 4.

Alfa de Cronbach para los instrumentos utilizados después de las prácticas asistenciales de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

Variable	Alfa de Cronbach
JSPE	0,840
JSPE-LP	0,405
JSPE-CC	0,534
JSPE-TP	0,806
MBI	0,803
MBI-CE	0,886
MBI-DP	0,662
MBI-RP	0,610
CAMI-A	0,729
CAMI-B	0,733
CAMI-RS	0,863
CAMI-SMC	0,885

4.1.3 EMPATÍA

Los resultados obtenidos en relación a la variable empatía se presentan en la tabla 5 y figura 1. Las medianas de las puntuaciones totales oscilaron entre 109,00 en los hombres del grupo de prácticas generales antes de su inicio y 126,00 en las mujeres del grupo de prácticas de salud mental después de su paso por ellas.

Se puede observar un aumento significativo ($P<0,05$) de la empatía después de las prácticas asistenciales en todos los grupos excepto en los hombres del grupo de salud mental.

Se observaron diferencias significativas ($P<0,05$) entre el sexo masculino y femenino en ambos grupos, tanto antes como después de las prácticas siendo las mujeres las que más empatía profesaban.

No existen diferencias significaticas ($P>0,05$) entre los alumnos que realizaron sus prácticas de forma general y en salud mental, ni antes ni después de sus respectivas prácticas. Este resultado es común en ambos sexos.

TABLA 5.
Asociación entre la empatía, el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

		EMPATÍA		
		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	120,00 (116,00-126,75)	124,00 (119,00-128,00)	0,000
	Hombres	109,00 (105,00-114,00)	115,00 (110,00-119,00)	0,003
P Valor		0,000	0,000	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	121,00 (114,50-126,00)	126,00 (121,50-130,00)	0,000
	Hombres	113,00 (101,00-116,50)	119,00 (102,00-125,00)	0,138
P Valor		0,006	0,012	
Generales VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,929	0,104	
Generales VS Salud Mental en Hombres	P Valor	1,000	0,536	

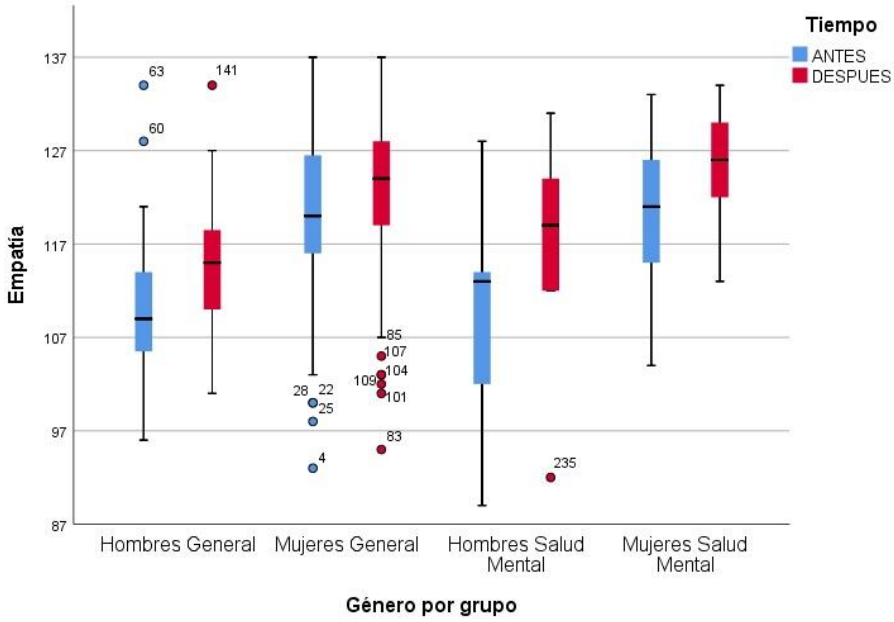

Figura 1.

Diagrama de cajas de los puntajes de la Empatía en función del género, del grupo y el tiempo.

Antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales podemos observar una relación directa o positiva (P<0,05) entre la empatía con sus dimensiones, con el burnout total, las actitudes hacia el paciente con trastorno mental total (CAMI total) y su dimensión "salud mental en la comunidad" (Tabla 6). Tras su paso por las diferentes prácticas generales (Tabla 7) observamos la misma relación directa o positiva (P<0,05) entra la empatía y sus dimensiones asi como, con el burnout total, su dimensión

“despersonalización” y la dimensión “benevolencia” de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Se observa también una relación inversa o negativa (P<0,05) entre la empatía y la dimensión “autoritarismo de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental.

Los resultados de las correlaciones para el grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental se muestran en la tabla 8. En ella se observa que la empatía presenta una relación directa o positiva (P<0,05) con sus dimensiones, el burnout total, sus dimensiones “cansancio emocional” y “despersonalización” asi como con el CAMI Total.

TABLA 6.

Matriz de correlación por rangos de Spearman entre las variables de estudio antes de las prácticas asistenciales de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

VARIABLES	JPSE	JPSE-LP	JPSE-CC	JPSE-TP	MBI TOTAL	MBI-CE	MBI-DP	MBI-RP	CAMI TOTAL	CAMI-A	CAMI-B	CAMI-RS	CAMI-SMC	EDAD
JPSE	1													
JPSE-LP	0,627**	1												
JPSE-CC	0,759**	0,284**	1											
JPSE-TP	**0,896****	0,470**	0,487**	1										
MBI TOTAL	0,192*	0,362**	0,349**	0,557**	1									
MBI-CE	0,177	0,283**	0,274**	0,447**	**0,803****	1								
MBI-DP	0,157	0,317**	0,098	0,326**	0,761**	0,670**	1							
MBI-RP	0,103	0,167	0,236**	0,271**	0,377**	-0,082	0,061	1						
CAMI TOTAL	0,235**	-0,110	-0,128	0,020	0,009	-0,037	0,031	-0,037	1					
CAMI-A	-0,097	-0,235**	-0,239**	-0,316**	-0,032	0,116	0,036	-0,283**	0,325**	1				
CAMI-B	0,105	0,213*	0,270**	0,347**	0,002	-0,135	-0,100	0,252**	0,132	-0,712**	1			
CAMI- RS	-0,105	-0,510**	-0,453**	-0,636**	-0,532**	-0,450**	-0,420**	-0,274**	0,093	0,477**	-0,494**	1		
CAMI-SMC	0,192*	0,493**	0,389**	0,648**	0,540**	0,435**	0,428*	0,312**	0,188*	-0,454**	0,487**	**-0,898****	1	
EDAD	-0,040	0,359**	0,339**	0,388**	0,312**	0,180*	0,143	0,313**	-0,044	-0,274**	0,289**	-0,485**	0,458**	1

* indica una correlación significativa, P<0.05
** indica una correlación significativa, P<0.01

TABLA 7.

Matriz de correlación por rangos de Spearman entre las variables de estudio después de las prácticas clínicas generales de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

VARIABLES	JPSE	JPSE-LP	JPSE-CC	JPSE-TP	MBI TOTAL	MBI-CE	MBI-DP	MBI-RP	CAMI TOTAL	CAMI-A	CAMI-B	CAMI-RS	CAMI-SMC	EDAD
JPSE	1													
JPSE -LP	0,556**	1												
JPSE -CC	0,783**	0,182	1											
JPSE -TP	**0,920****	0,460**	0,566**	1										
MBI TOTAL	0.278*	0,197	0,473**	0,575**	1									
MBI-CE	0.162	0,018	0,407**	0,430**	**0.834****	1								
MBI-DP	0.285*	0,088	0,183	0,387**	0.770**	0.617**	1							
MBI-RP	0.117	0,416**	0,229*	0,339**	0.385**	-0.007	0,109	1						
CAMI TOTAL	0.191	-0,143	0,232*	-0,050	-0,173	-0.207	-0.166	-0.080	1					
CAMI-A	-0.248*	-0,214	0,247*	-0,473**	-0,231*	-0.121	-0.212	-0.334**	0.365**	1				
CAMI-B	0.300**	0,219	0,240*	0,478**	0,076	0,022	-0.047	0.221	0.292**	-0.536**	1			
CAMI- RS	-0.179	-0,406**	0,492**	-0,657**	-0.563**	-0.465**	-0.493**	-0.279*	0.167	0.521**	-0.486**	1		
CAMI-SMC	0.220	0,343**	0,355**	0,582**	0.526**	0.403**	0.402**	0,310**	0.151	-0.453**	0.441**	**-0.855****	1	
EDAD	0.100	0,230*	0,485**	0,457**	0.313**	0.152	0.272*	0.337**	-0.124	-0.378**	0.353**	-0,512**	0.391**	1

* indica una correlación significativa, P<0.05
** indica una correlación significativa, P<0.01

TABLA 8.

Matriz de correlación por rangos de Spearman entre las variables de estudio después de las prácticas clínicas en salud mental de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

VARIABLES	JPSE	JPSE-LP	JSPE-CC	JSPE-TP	MBI TOTAL	MBI-CE	MBI-DP	MBI-RP	CAMI TOTAL	CAMI-A	CAMI-B	CAMI-RS	CAMI-SMC	EDAD
JPSE	1													
JSPE-LP	0,677**	1												
JSPE-CC	0,641**	0,300	1											
JSPE-TP	0,761**	0,371*	0,236	1										
MBI TOTAL	0.278*	-0,001	-0,028	0,475**	1									
MBI-CE	0.498**	-0,055	-0.115	0,478**	**0.815****	1								
MBI-DP	0.307*	-0,082	-0,008	0,288	0.658**	0.398**	1							
MBI-RP	0.087	0,061	0,286	0,114	0.157	-0.261	0,168	1						
CAMI TOTAL	0.319*	0,163	-0,020	0,409**	0.352*	0.403**	0.239	0.060	1					
CAMI-A	-0.117	-0,269	-0,273	-0.115	0.133	0.227	0.194	-0.088	0.412**	1				
CAMI-B	0.250	0,316*	0,233	0,358*	-0,045	-0.053	-0.095	-0.026	0.145	-0.563**	1			
CAMI- RS	-0.189	-0,336*	-0,341*	-0.363*	-0.057	-0.078	-0.044	-0.042	0.034	0.503**	-0.729**	1		
CAMI-SMC	0.285	0,462**	0,218	0,474**	0.179	0.140	0.164	0,103	0.319*	-0.454**	0.583**	**-0.816****	1	
EDAD	0.058	0,386*	-0.033	0.213	0.038	0.086	0.049	-0.087	0,126	-0.083	0.370*	-0,476**	0.502**	1

* indica una correlación significativa, P<0.05
** indica una correlación significativa, P<0.01

4.1.3.1 Empatía. Dimensión "Ponerse en el lugar del paciente"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión "ponerse en el lugar del paciente" de la empatía se muestran en la tabla 9 y la figura 2. Las medianas de las puntuaciones del instrumento oscilan entre 8,00 en los hombres de ambos grupos antes del inicio de las prácticas y 11,00 en las mujeres después de sus prácticas en salud mental.

Se puede observar un aumento signíficativo ($P<0,05$) de los puntajes de la dimensión "ponerse en el lugar del paciente" después de las prácticas asistenciales exceptuando a los hombres de dispositivos de salud mental.

Se observa que existen diferencias significativas ($P<0,05$) entre hombres y mujeres en el grupo que estuvo en dispositivos generales antes de las prácticas, siendo en estos casos mayor en las mujeres.

No existen diferencias significaticas ($P>0,05$) en ninguno de los sexos entre ambos grupos (Prácticas generales vs prácticas en salud mental) ni antes ni después de sus respectivas prácticas.

TABLA 9.

Asociación entre la dimensión "Ponerse en el Lugar del Paciente", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

"Ponerse en el Lugar del Paciente"				
		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	9,00 (8,00-10,75)	10,00 (9,00-12,00)	0,000
	Hombres	8,00 (7,00-8,00)	10,00 (9,00-11,00)	0,000
P Valor		0,016	0,320	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	10,00 (7,00-11,50)	11,00 (10,00-12,00)	0,011
	Hombres	8,00 (7,50-9,00)	10,00 (9,00-11,00)	0,061
P Valor		0,181	0,181	
Generales VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,583	0,447	
Generales VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,509	0,967	

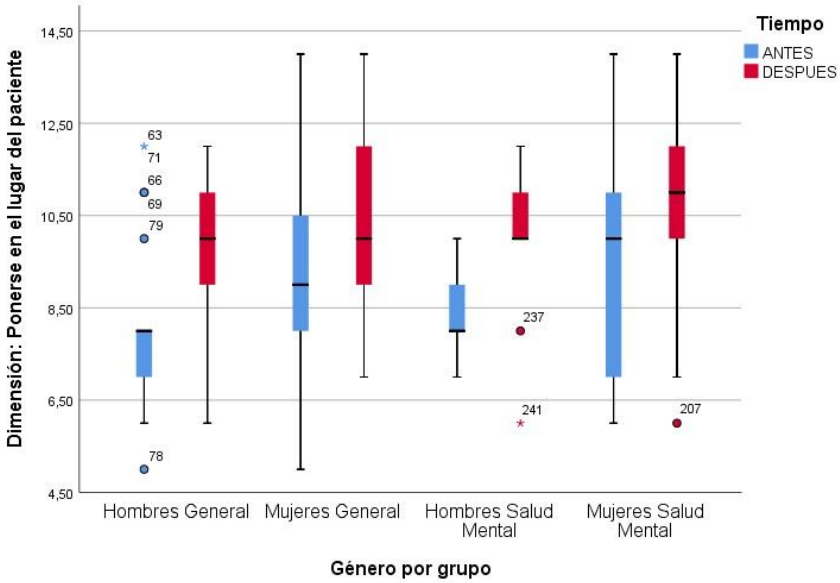

Figura 2.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Ponerse en el lugar del paciente en función del género, del grupo y el tiempo.

La dimensión "ponerse en el lugar del paciente" antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales presenta una relación directa o positiva (P<0,05) con la edad, la empatía y el resto de sus dimensiones, el burnout y sus dimensiones excepto la "realización personal" y el CAMI total. Además, presentó una relacion inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiónes "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental (Tabla 6).

En la tabla 7, se observa que, tras su paso por las diferentes prácticas generales, la dimensión "ponerse en el lugar del paciente" de la empatía solo presentó una relación directa o positiva (P<0,05) con la edad, la empatía, la dimensión "toma de perspectiva" de la empatía, la dimensión "realización personal" del burnout y la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Se pudo observar también una relación inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Por otro lado, los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental mostraron una relación directa o positiva (P<0,05) con la edad, la empatía, la dimensión "toma de perspectiva" de la empatía y las dimensiones de "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Se observó relación inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental (Tabla 8).

4.1.3.2 Empatía. Dimensión "Cuidado Compasivo"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión "cuidado compasivo" de la empatía se pueden observar al detalle en la tabla 10 y en la figura 3. Las medianas de las puntuaciones del instrumento de Jefferson oscilan entre 45,00 en los hombres antes

de comenzar sus prácticas generales y 51,00 en las mujeres después de las mismas en dipositivos de salud mental.

Se puede observar un aumento signíficativo (P<0,05) del "cuidado compasivo" después de las prácticas asistenciales en las mujeres, pero no en los hombres.

Se observa que existen diferencias significativas (P<0,05) entre el sexo masculino y femenino en ambos grupos tanto antes como después de las prácticas excepto en el grupo de salud mental después de cursar las prácticas.

Por ultimo, no existen diferencias significaticas (P>0,05) entre ambos grupos cuando se comparan por sexo y periodo.

TABLA 10.
Asociación entre la dimensión "cuidado compasivo", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

"Cuidado Compasivo"		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	49,00 (42,25-51,00)	50,00 (47,00-51,75)	0,006
	Hombres	45,00 (43,00-48,00)	46,00 (44,00-49,00)	0,055
P Valor		0,002	0,004	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	50,00 (46,50-51,00)	51,00 (50,00-52,00)	0,002
	Hombres	48,00 (38,00-49,50)	50,00 (41,00-52,50)	0,236
P Valor		0,045	0,289	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,620	0,091	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,773	0,301	

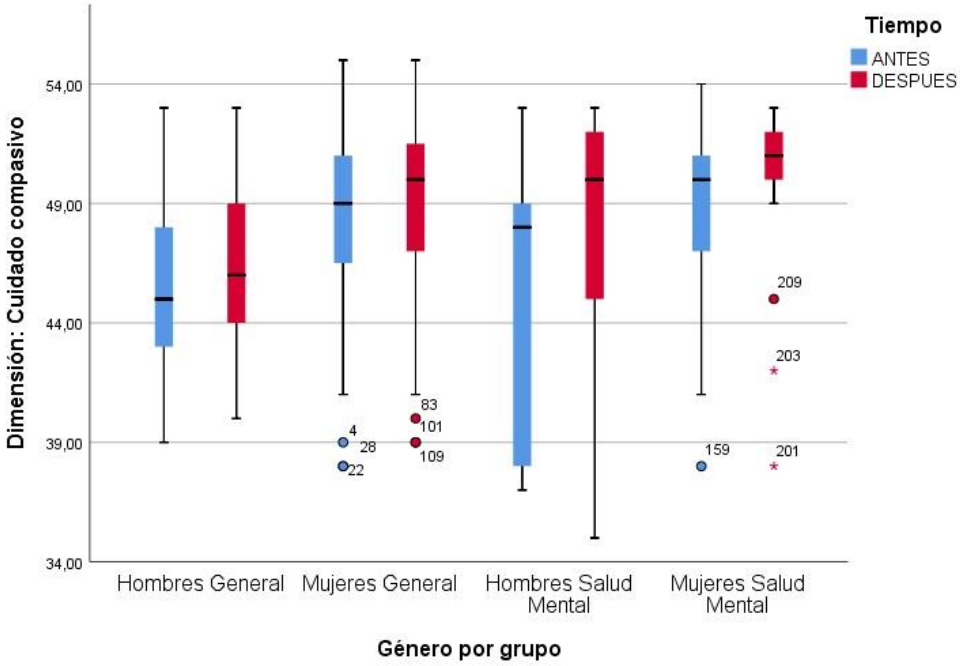

Figura 3.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cuidado compasivo en función del género, del grupo y el tiempo.

En la tabla 6 se muestra que la dimensión "cuidado compasivo" antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales presenta una relación directa o positiva (P<0,05) con la edad, la empatía y sus dimensiones, el burnout y sus dimensiones excepto la "despersonalización" y con las dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Además, presentó una relacion inversa o negativa

(P<0,05) con las dimensiónes “autoritarismo” y “restricción social” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Tras su paso por las diferentes prácticas generales la tabla 7 muestra que la dimensión “cuidado compasivo” de la empatía presentó una relación directa o positiva (P<0,05) con todas las variables de estudio excepto con la dimensión “despersonalización” del burnout. Sin embargo, con la dimensión “Ponerse en el lugar del paciente” no existe relación.

Los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental (Tabla 8) solo mostraron una relación directa o positiva (P<0,05) con la empatía total y una relación inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión “restricción social” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. En el resto de variables no hubo relación alguna.

4.1.3.3 Empatía. Dimensión “Toma de Perspectiva”

Podemos observar en la tabla 11 que las cifras 55,00 en los hombres antes de las prácticas generales y 64,00 en las mujeres después de las prácticas en salud mental son los valores entre los que oscilan las medianas de las puntuaciones del instrumento en esta dimensión de la empatía.

En la tabla 11 y la figura 4 se puede observar un aumento significativo (P<0,05) de “toma de perspectiva” después de las

prácticas asistenciales en todos los grupos excepto en los hombres que realizan sus prácticas en dispositivos de salud mental.

También se observa que existen diferencias significativas ($P<0,05$) entre el sexo masculino y femenino en ambos grupos tanto antes como después de las prácticas asistenciales, siendo en todos los casos mayor en las mujeres.

Tanto en los hombres como en las mujeres no existen diferencias significaticas ($P>0,05$) entre ambos grupos ni antes ni después de sus respectivas prácticas (Tabla 11 y figura 4).

TABLA 11.
Asociación entre la dimensión "toma de perspectiva", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

		"Toma de Perspectiva"		
		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	62,50 (59,00-66,00)	63,50 (60,00-66,75)	0,021
	Hombres	55,00 (52,00-59,00)	58,00 (55,00-61,00)	0,006
P Valor		0,000	0,001	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	62,00 (59,00-65,50)	64,00 (62,00-68,00)	0,000
	Hombres	56,00 (54,50-60,50)	59,00 (48,50-62,00)	0,552
P Valor		0,006	0,001	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,868	0,108	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,592	1,000	

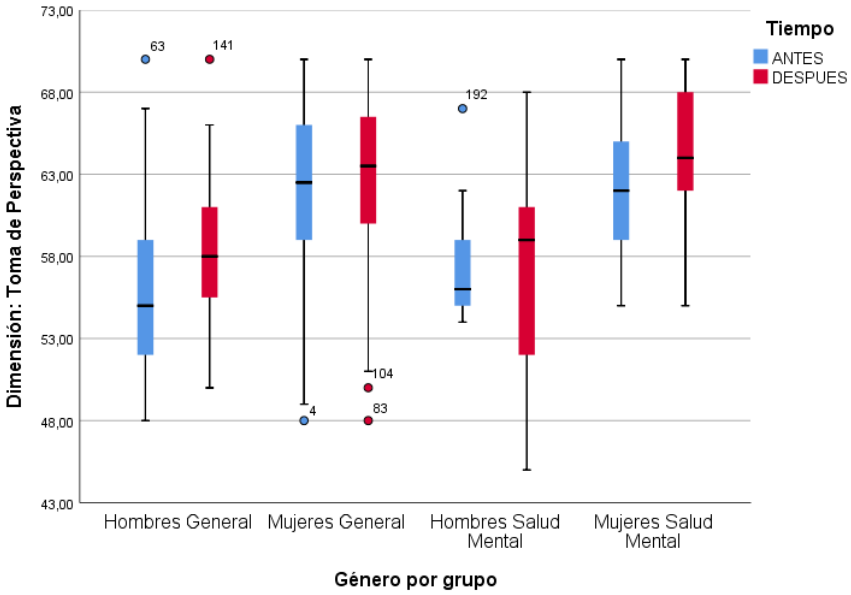

Figura 4.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Toma de perspectiva en función del género, del grupo y el tiempo.

Se puede observar una correlación directa o positiva (P<0,05) entre la dimensión "toma de perspectiva" y la edad, la empatía y sus dimensiones, el burnout y sus dimensiones, y las dimensiones "benevolencia" y ""salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental en la tabla 6. Además, se muestra una relacion inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiónes "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Tras su paso por las diferentes prácticas generales la dimensión "toma de perspectiva" de la empatía presenta una relación directa o positiva (P<0,05) con la edad, la empatía y sus dimensiones, el burnout y sus dimensiones, y las dimensiones de "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Se presentó también una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental (Tabla 7).

Los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental se muestran en la tabla 8. Se observó una relación directa o positiva (P<0,05) entre la "toma de perspectiva" y la edad, la empatía, la dimensión "ponerse en el lugar del paciente" de la empatía, el burnout y su dimensión "cansancio emocional" y el CAMI total y sus dimensiones de "benevolencia" y "salud mental en la comunidad". Solo se observó relación inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

4.1.4 BURNOUT

Los resultados obtenidos en relación a la variable burnout se muestran al detalle en la tabla 12 y la figura 5. Las medianas de las puntuaciones del instrumento de Maslach variaron entre 39,00 en los hombres antes de las prácticas generales y 49,00 en las mujeres después de las prácticas generales.

Se observa un aumento significativo ($P<0,05$) del burnout total después de las prácticas asistenciales en ambos grupos excepto en los hombres del grupo que realizan sus prácticas en salud mental.

Se observa que existen diferencias significativas ($P<0,05$) entre el sexo masculino y femenino en el grupo que asiste a las prácticas generales tanto antes como después, siendo en estos casos los valores más altos en las mujeres. Entre los que asistieron a las prácticas en salud mental no se observaron diferencias entre hombres y mujeres.

No existen diferencias significaticas ($P>0,05$) entre ambos grupos ni antes ni después de sus respectivas prácticas, siendo estos resultados comunes en ambos sexos.

TABLA 12.
Asociación entre el burnout, el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

		BURNOUT Total		
		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	47,00 (41,00-56,75)	49,00 (44,25-57,00)	0,000
	Hombres	39,00 (36,00-47,00)	43,00 (40,00-48,00)	0,012
P Valor		0,005	0,026	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	45,00 (42,00-49,00)	47,00 (45,00-52,00)	0,000
	Hombres	44,00 (39,50-58,00)	46,00 (42,00-59,50)	0,075
P Valor		0,348	0,469	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,628	0,667	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,103	0,433	

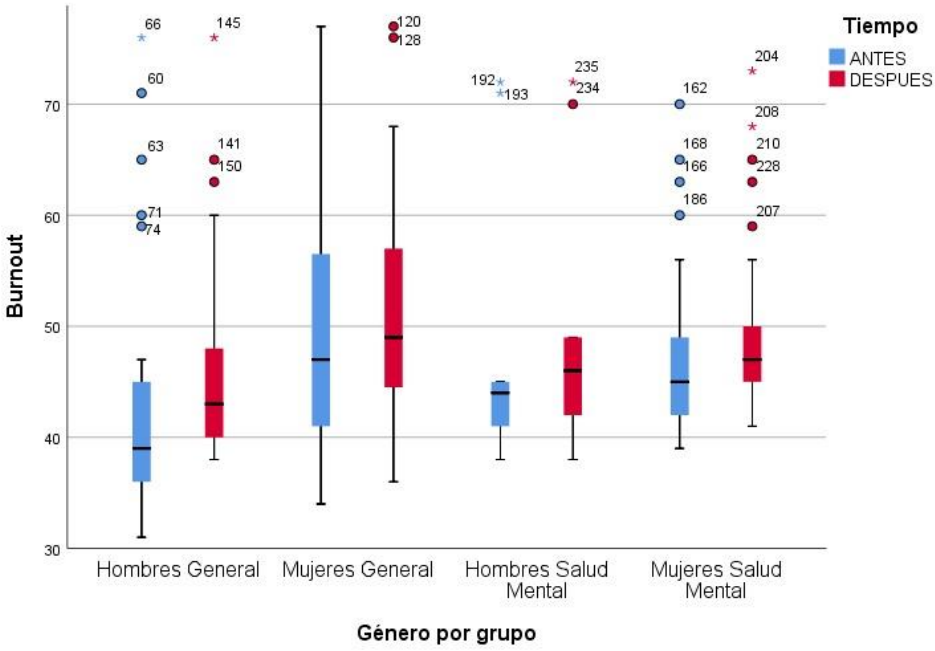

Figura 5.

Diagrama de cajas de los puntajes del Burnout en función del género, del grupo y el tiempo.

Se puede observar en la tabla 6 que el burnout de los estudiantes antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales presenta una correlación directa o positiva (P<0,05) con sus dimensiones, la edad, la empatía y sus dimensiones y la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Además, presentó una relacion inversa o negativa (P<0,05)

con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Tras su paso por las diferentes prácticas generales según se observa en la tabla 7 el burnout presentó una relación directa o positiva (P<0,05) con sus dimensiones, la edad, la empatía, las dimensiones "cansancio emocional" y "toma de perspectiva" de la empatía, la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Se pudo observar también una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Por otro lado, los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental mostraron una relación directa o positiva (P<0,05) con las dimensiones "cansancio emocional" y despersonalización", la empatía, la dimensión "toma de perspectiva" y con el CAMI total (Tabla 8).

4.1.4.1 Burnout. Dimensión "Cansancio Emocional"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión del burnout denominada "cansancio emocional" indican que las medianas de las puntuaciones totales del instrumento de Maslach oscilan entre 1,00 en los hombres de ambos grupos antes de sus correspondientes prácticas y 5,00 en las mujeres después de las prácticas generales.

Se puede observar un aumento significativo (P<0,05) de la dimensión "cansancio emocional" después de las prácticas asistenciales excepto en los hombres del grupo de salud mental.

No existen diferencias significaticas (P>0,05) en ninguno de los sexos entre ambos grupos ni antes ni después de sus respectivas prácticas (Tabla 13 y figura 6).

TABLA 13.
Asociación entre la dimensión "cansancio emocional", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

"Cansancio Emocional"		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	3,00 (1,00-11,00)	5,00 (3,00-12,50)	0,000
	Hombres	1,00 (0,00-4,00)	4,00 (2,00-6,00)	0,015
P Valor		0,071	0,120	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	2,00 (0,00-10,00)	4,00 (1,00-10,00)	0,006
	Hombres	1,00 (0,00-8,50)	3,00 (0,00-11,50)	0,066
P Valor		0,450	0,567	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,113	0,061	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,505	0,061	

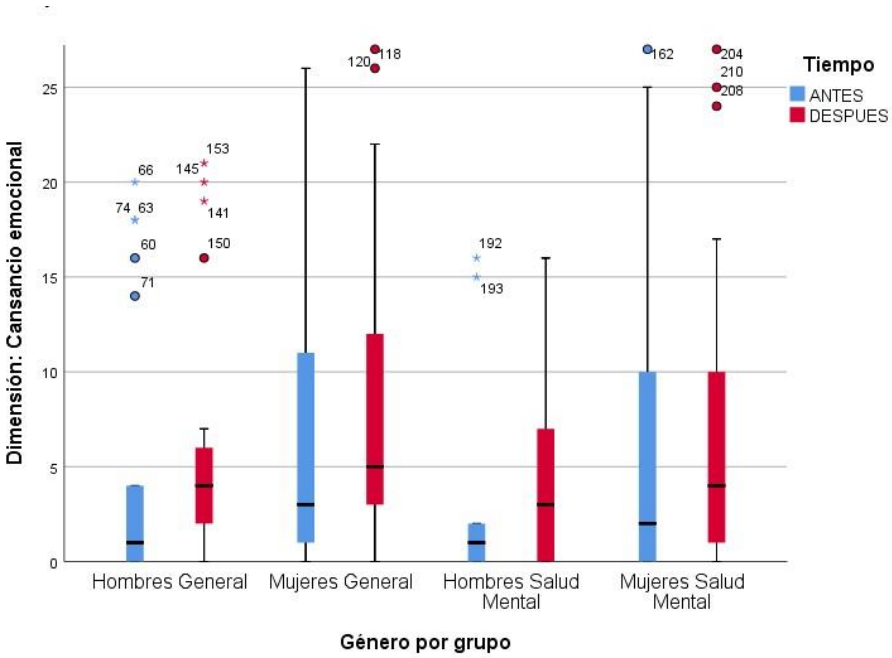

Figura 6.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cansancio emocional en función del género, del grupo y el tiempo.

La tabla 6 muestra que la dimensión "cansancio emocional" antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales presenta una correlación directa o positiva (P<0,05) con la edad, las dimensiones de la empatía, el burnout y su dimensión "despersonalización" y con la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Además, presentó una relacion

inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Tras su paso por las diferentes prácticas generales en la tabla 7 se observa que la dimensión "cansancio emocional" del burnout presentó una relación directa (P<0,05) con la dimensión "cuidado compasivo" y "toma de perspectiva" de la empatía, el burnout y su dimensión "despersonalizacion", y por último, la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Se pudo observar también una relación inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental mostraron según se observa en la tabla 8 una relación directa o positiva (P<0,05) con la empatía, la dimensión "toma de perspectiva" de la empatía y el CAMI total.

4.1.4.2 Burnout. Dimensión "Despersonalizacion"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión "despersonalización" se muestran en la tabla 14 y la figura 7. Las medianas de las puntuaciones variaron entre 1,00 en hombres y mujeres de ambos grupos y 2,00 en las mujeres de ambos grupos después de las prácticas.

Además, se observa que las mujeres son las que, después de las prácticas asistenciales aumentan significativamente ($P<0,05$) su despersonalización en ambos grupos.

También se puede ver que existen diferencias significativas ($P<0,05$) entre el sexo masculino y femenino en el grupo de prácticas generales después de las mismas.

No existen diferencias significaticas ($P>0,05$) entre ambos grupos ni antes ni después de sus respectivas prácticas. Este último resultado es común en ambos sexos.

TABLA 14.
Asociación entre la dimensión "despersonalización", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

		"Despersonalización"		
		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	1,00 (0,00-3,00)	2,00 (1,00-4,00)	0,003
	Hombres	1,00 (0,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,835
P Valor		0,390	0,043	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	1,00 (0,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	0,001
	Hombres	1,00 (0,00-4,50)	1,00 (0,00-4,00)	1,000
P Valor		1,000	0,507	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,340	0,240	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,869	0,711	

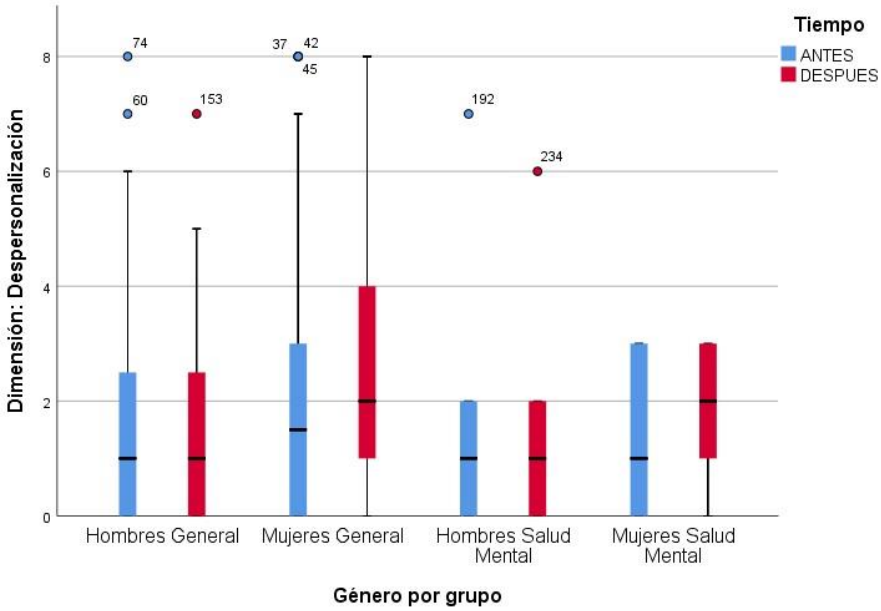

Figura 7.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Despersonalización en función del género, del grupo y el tiempo.

En la tabla 6 observamos que antes de su paso por las diferentes prácticas la dimensión "despersonalizacion" del burnout presentó una relación directa o positiva (P<0,05) con la dimensión "ponerse en el lugar del paciente y "toma de perspectiva" de la empatía, el burnout y su dimensión "cansancio emocional" y la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Se pudo observar también una relación

inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

La tabla 7 muestra que tras su paso por las diferentes prácticas generales la dimensión "despersonalizacion" del burnout presentó una relación directa o positiva (P<0,05) con la empatía y su dimensión "toma de perspectiva", el burnout y su dimensión "cansancio emocional" y la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Se pudo observar también una relación inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Sin embargo, los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental solo mostraron una relación directa o positiva (P<0,05) con la empatía, con el burnout y su dimensión "cansancio emocional" (Tabla 8).

4.1.4.3 Burnout. Dimensión "Realización Personal"

Las medianas obtenidas en las puntuaciones del instrumento de Maslach en relacion a la dimensión del burnout "realización personal" oscilan entre 37,00 en los hombres antes de pasar por las prácticas generales y 41,00 en ambos sexos del grupo de salud mental tanto antes como después de pasar por dichas prácticas.

Se puede observar un aumento significativo (P<0,05) de la dimensión de "realización personal" después de las prácticas asistenciales de las mujeres del grupo de salud mental.

Se observa que existen diferencias significativas (P<0,05) entre el sexo masculino y femenino en el grupo de prácticas generales antes del inicio de las mismas siendo mayor en las mujeres.

Además de lo anterior, se observó que existen diferencias significativas (P<0,05) entre ambos grupos después de las prácticas asistenciales y antes solo en el sexo masculino (Tabla 15 y figura 8).

TABLA 15.

Asociación entre la dimensión "realización personal", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

		"Realización Personal"		
		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	40,00 (37,00-42,00)	40,00 (37,00-42,75)	0,394
	Hombres	37,00 (34,00-39,00)	39,00 (37,00-41,00)	0,060
P Valor		0,010	0,136	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	41,00 (37,50-42,50)	41,00 (40,00-43,00)	0,031
	Hombres	41,00 (39,00-41,50)	41,00 (39,00-44,00)	0,347
P Valor		0,904	0,740	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,366	0,032	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,009	0,031	

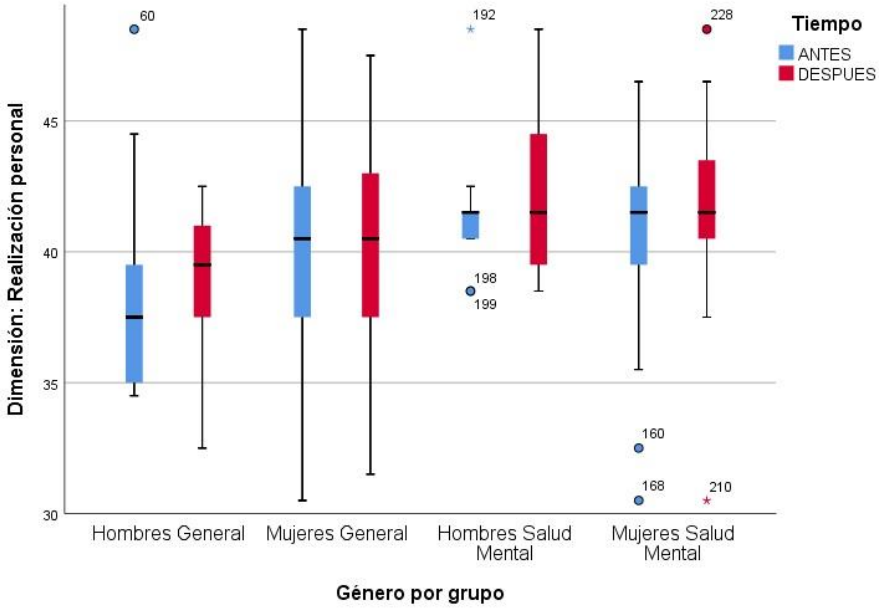

Figura 8.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Realización personal en función del género, del grupo y el tiempo.

La dimensión "realización personal" antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales presenta una relación directa o positiva (P<0,05) con la edad, las dimensiones "cuidado compasivo" y "toma de perspectiva" de la empatía, el burnout y las dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Además, presentó una relacion inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiónes

“autoritarismo” y “restricción social” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental (Tabla 6).

Tras su paso por las diferentes prácticas generales se observó en la tabla 7 que la dimensión “realización personal” del burnout presentó una relación directa o positiva ($P<0,05$) con la edad, todas las dimensiones de la empatía, el burnout y la dimensión “salud mental en la comunidad” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Se pudo observar también una relación inversa o negativa ($P<0,05$) con las dimensiones “autoritarismo” y “restricción social” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Por otro lado, los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental no mostraron en la tabla 8 ninguna relación con el resto de variables.

4.1.5 ACTITUDES HACIA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL

Los resultados obtenidos en relación a la puntuación general de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental se muestran en la tabla 16 y la figura 9. Las medianas de las puntuaciones del instrumento varían desde 125,00 en los hombres después de su paso por salud mental hasta 129,00 en todo el grupo que realizó sus prácticas en dispositivos generales tanto antes como después de su paso por ellos.

Se puede observar una disminución significativa ($P<0,05$) de los valores en las actitudes hacia el paciente con trastorno mental después de las prácticas asistenciales solamente en las alumnas que realizaron sus prácticas en salud mental.

Se observa que existen diferencias significativas ($P<0,05$) entre el sexo masculino y femenino después de su paso por salud mental, siendo mayor en el sexo femenino.

Por último, se presentan diferencias significativas ($P<0,05$) entre los hombres de prácticas generales frente a los de salud mental después de realizar las prácticas

TABLA 16.
Asociación entre las actitudes hacia el paciente con trastorno mental, el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

Actitudes hacia el paciente con trastorno mental		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	129,00 (126,00-132,00)	129,00 (124,00-131,75)	0,215
	Hombres	129,00 (126,00-130,00)	129,00 (128,00-132,00)	0,181
P Valor		0,626	0,363	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	128,00 (126,00-130,00)	127,00 (125,00-129,00)	0,007
	Hombres	128,00 (119,50-130,50)	125,00 (120,50-127,00)	0,172
P Valor		0,718	0,042	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,362	0,272	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,621	0,000	

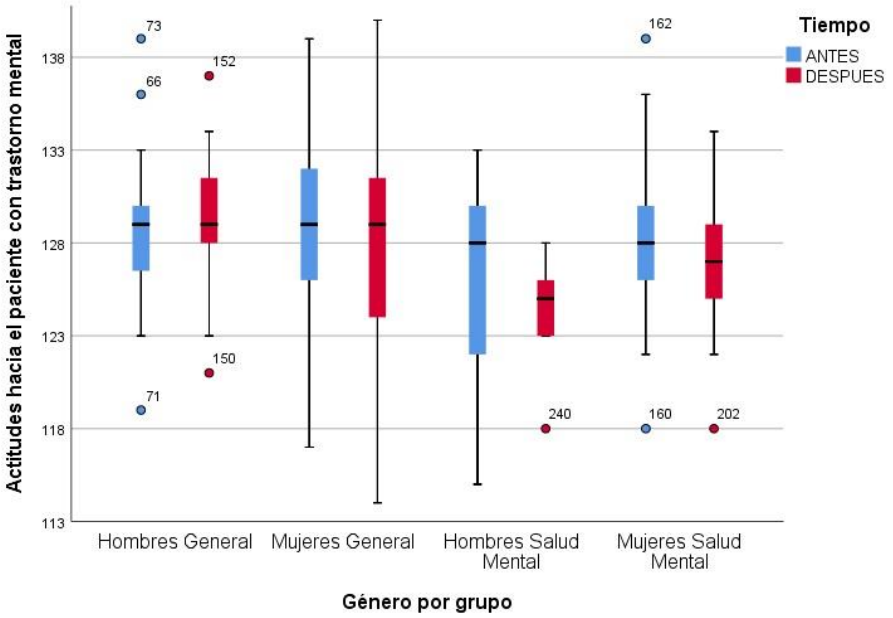

Figura 9.

Diagrama de cajas de los puntajes de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental en función del género, del grupo y el tiempo.

Se puede observar en la tabla 6 que las actitudes generales hacia el paciente con trastorno mental antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales presentan una correlación directa o positiva (P<0,05) con las dimensiones de "autoritarismo" y "salud mental en la comunidad" y con la empatía.

Tras su paso por las diferentes prácticas generales según se observa en la tabla 7 las actitudes hacia el paciente con trastorno mental presentaron una relación directa o positiva (P<0,05) con las

dimensiones de “autoritarismo” y “benevolencia”, y con la dimensión de “cuidado compasivo” de la empatía.

Por otro lado, los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental mostraron una relación directa o positiva (P<0,05) con sus dimensiones de “autoritarismo” y “salud mental en la comunidad”, la empatía, la dimensión “toma de perspectiva” de la empatía y el burnout y su dimensión “cansancio emocional” (Tabla 8).

4.1.5.1 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión “Autoritarismo”

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión “autoritarismo” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental muestran que las medianas de las puntuaciones del instrumento oscilan entre 22,00 en las mujeres del grupo de salud mental y 27,00 en los hombres del grupo de las prácticas generales.

No se observaron diferencias significativas (P>0,05) en “autoritarismo” antes y después de las prácticas en ninguno de los grupos.

Se observa que existen diferencias significativas (P<0,05) entre el sexo masculino y femenino en el grupo de las prácticas generales tanto antes como después del inicio de las mismas, teniendo los hombres valores más altos.

Por último, se muestran diferencias significativas (P<0,05) entre las mujeres del grupo general frente a las del de salud mental después de las prácticas. En la tabla 17 y la figura 10 se presentan los resultados con más detalle.

TABLA 17.
Asociación entre la dimensión "autoritarismo", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

		"Autoritarismo"		
		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	24,50 (22,00-26,00)	24,00 (22,00-26,00)	0,896
	Hombres	27,00 (25,00-30,00)	27,00 (25,00-29,00)	0,170
P Valor		0,000	0,002	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	22,00 (19,00-26,00)	22,00 (20,00-24,00)	0,747
	Hombres	23,00 (21,00-29,50)	26,00 (20,00-29,50)	0,158
P Valor		0,119	0,262	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,053	0,017	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,183	0,433	

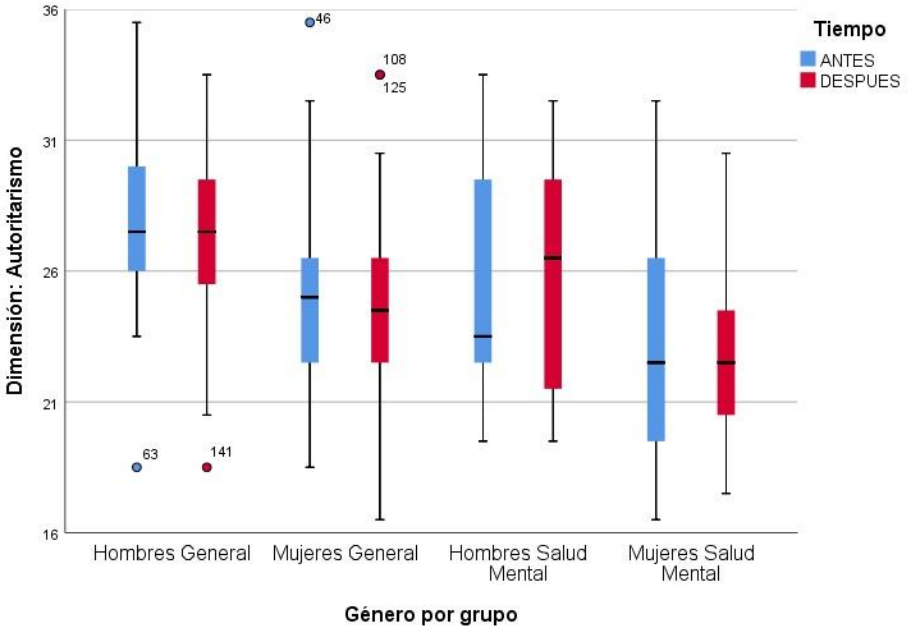

Figura 10.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Autoritarismo en función del género, del grupo y el tiempo.

La tabla 6 muestra que la dimensión "autoritarismo" antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales presenta una relación directa o positiva (P<0,05) con las actitudes hacia el paciente con trastorno mental y su dimensión "restricción social". Además, presentó una relacion inversa o negativa (P<0,05) con la edad, las dimensiónes de la empatía, la dimensión "realización personal" del burnout y las dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la

comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Tras su paso por las diferentes prácticas generales la tabla 7 muestra que la dimensión "autoritarismo" presentó una relación directa o positiva (P<0,05) con la dimensión "cuidado compasivo" de la empatía, y el CAMI total. Se pudo observar también una relación inversa o negativa (P<0,05) con la edad, la empatía y su dimensión "toma de perspectiva", el burnout y la dimensión "realización personal" y las dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Sin embargo, los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental mostraron según la tabla 8 una relación directa o positiva (P<0,05) con el CAMI y su dimensión "restricción social". Se observó relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

4.1.5.2 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Benevolencia"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión "benevolencia" muestran que las medianas de las puntuaciones del instrumento

varian entre 44,00 en los hombres después de las prácticas en salud mental y 48,00 en las mujeres antes de las mismas.

Se observa que existe diferencias significativas (P<0,05) entre el sexo masculino y femenino en ambos grupos antes de las prácticas, y en el grupo de salud mental después de ellas, siendo las mujeres las que valores más altos ostentan.

Se puede observar una disminución significativa (P<0,05) de la puntuación en la dimensión "benevolencia" después de las prácticas asistenciales en las mujeres del grupo de salud mental.

Por último, se muestran diferencias significativas (P<0,05) entre las mujeres de ambos grupos antes de las prácticas asistenciales siendo las del grupo que realizan sus prácticas en salud mental las que mayores puntuaciones ostentan (48,00). En la tabla 18 y la figura 11 se muestran los resultados completos.

TABLA 18.
Asociación entre la dimensión "benevolencia", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

		"Benevolencia"		
		Antes (Mediana IQR)	Después Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	46,00 (43,00-47,75)	46,00 (43,00-47,00)	0,847
	Hombres	45,00 (42,00-46,00)	45,00 (42,00-46,00)	0,058
P Valor		0,030	0,195	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	48,00 (45,00-49,00)	47,00 (45,00-47,00)	0,002
	Hombres	46,00 (35,50-47,00)	44,00 (37,50-45,00)	0,440
P Valor		0,005	0,000	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,002	0,084	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,869	0,071	

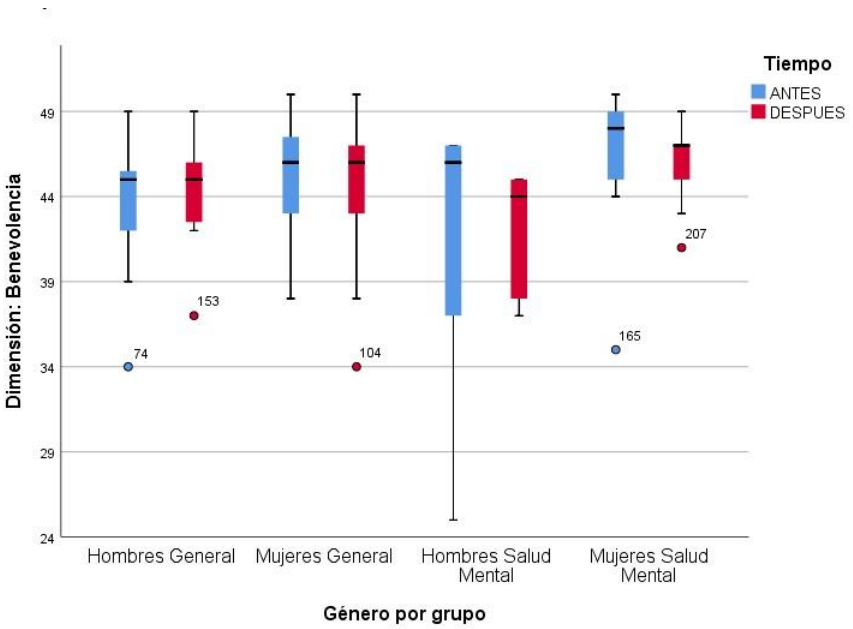

Figura 11.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Benevolencia en función del género, del grupo y el tiempo.

La dimensión "benevolencia" antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales presentó una relación directa o positiva (P<0,05) con la edad, las tres dimensiones de la empatía, la dimensión "realización personal" del burnout y la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Además, presentó una relacion inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiónes "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental (Tabla 6).

Tras su paso por las diferentes prácticas generales se observó en la tabla 7 que la dimensión "benevolencia" presentó una relación directa o positiva (P<0,05) con la edad, la empatía y sus dimensiones excepto "ponerse en el lugar del paciente", el CAMI total y su dimensión de "salud mental en la comunidad". Se pudo observar también una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Por otro lado, los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental mostraron en la tabla 8 una relación directao positiva (P<0,05) con la edad, las dimensiones "ponerse en el lugar del paciente" y "toma de perspectiva" de la empatía y la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastrorno mental. Se pudo observar también una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

4.1.5.3 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Restricción social"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión denominada "restricción social" se pueden observar en la tabla 19 y la figura 12. Las madianas de las puntuaciones totales del intrumento oscilan entre 16,00 en las mujeres después de su paso por las prácticas en

salud mental y 29,00 en los hombres antes de su paso por las mismas.

Se puede ver una disminución significativa ($P<0,05$) de la puntuación en la dimensión "restricción social" después de las prácticas asistenciales en las mujeres de salud mental.

Se observa que existe diferencias significativas ($P<0,05$) entre el sexo masculino y femenino en ambos grupos tanto antes como después de las prácticas, siendo los hombres los que más restricción social profesan.

Por último, se encontraron diferencias significativas ($P<0,05$) entre las mujeres de ambos grupos después de las prácticas, siendo las del grupo de los dispositivos de salud mental las que menos restricción social tienen.

TABLA 19.
Asociación entre la dimensión "restricción social", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

		"Restricción Social"		
		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	19,00 (15,00-23,75)	19,00 (15,00-24,00)	0,013
	Hombres	26,00 (22,00-28,00)	25,00 (25,00-27,00)	0,237
P Valor		0,000	0,000	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	18,00 (19,00-24,00)	16,00 (14,00-19,50)	0,000
	Hombres	29,00 (25,50-35,50)	22,00 (19,00-31,00)	0,065
P Valor		0,000	0,003	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,898	0,044	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,112	0,301	

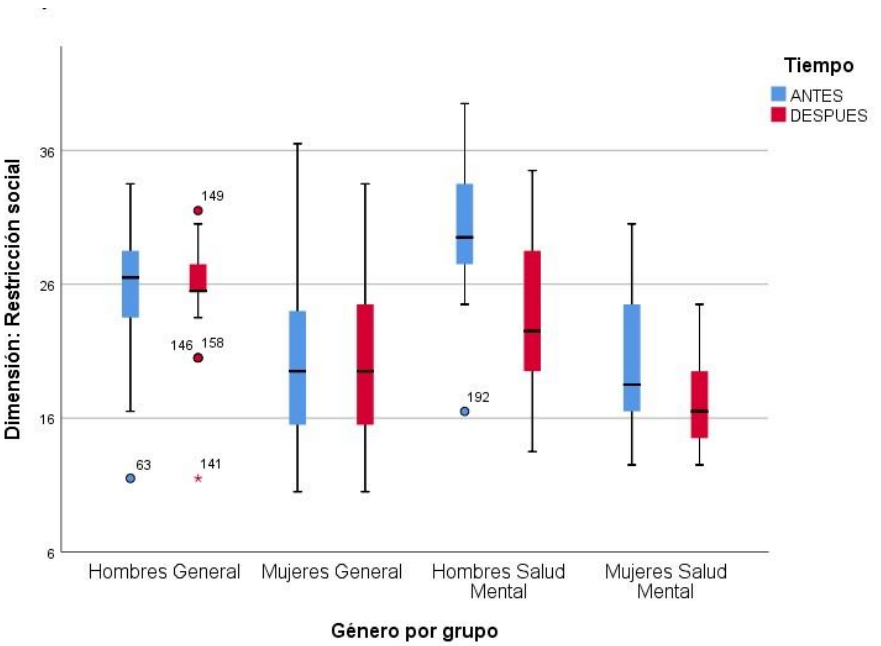

Figura 12.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Restricción social en función del género, del grupo y el tiempo.

La tabla 6 muestra que en la dimensión "restricción social" antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales presentó una relación directa o positiva (P<0,05) con la dimensión "autoritarismo" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Además, presentó una relacion inversa o negativa (P<0,05) con el resto de variables excepto con la empatía y con el CAMI total donde no hubo relación.

Tras su paso por las diferentes prácticas generales en la tabla 7 se observa que la dimensión "restricción social" solo presentó relación directa o positiva (P<0,05) con la dimensión "cuidado compasivo" de la empatía y la dimensión "autoritarismo" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Se pudo observar también una relación inversa o negativa (P<0,05) con el resto de variables excepto con la empatía y con el CAMI total donde no hay relación.

Además, los resultados del grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental solo mostraron, según se observa en la tabla 8, una relación directa o positiva (P<0,05) con la dimensión "autoritarismo" de las actitudes hacia los pacientes mentales. Se observó también una relación inversa o negativa (P<0,05) con la edad, las tres dimensiones de la empatía, y las dimensiones de "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental.

4.1.5.4 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Salud Mental en la Comunidad"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental denominada "salud mental en la comunidad" van desde valores de la mediana de 31,00 en los hombres antes de realizar las prácticas hasta 42,00 en las mujeres despuñes de realizar las prácticas en salud mental.

Se puede observar un aumento de los valores en la dimensión "salud mental en la comunidad" después de las prácticas asistenciales en los hombres de las prácticas generales y en las mujeres de salud mental.

Se evidencia que existen diferencias significativas ($P<0,05$) entre el sexo masculino y femenino en ambos grupos tanto antes como después de las prácticas, siendo los valores mayores en las mujeres.

No existen diferencias significaticas ($P>0,05$) entre ambos grupos en su división por sexos ni antes ni después de sus respectivas prácticas. En la tabla 20 y la figura 13 muestran los resultados detallados.

TABLA 20.

Asociación entre la dimensión "salud mental comunitaria", el sexo y las prácticas de los Alumnos de Enfermería de la Universidad de Cádiz.

"Salud Mental en la Comunidad"		Antes (Mediana IQR)	Después (Mediana IQR)	P Valor
Prácticas Generales	Mujeres	40,00 (36,25-46,75)	40,00 (34,50-46,75)	0,431
	Hombres	31,00 (26,00-35,00)	33,00 (31,00-36,00)	0,043
P Valor		0,000	0,000	
Prácticas Salud Mental	Mujeres	40,00 (37,00-43,50)	42,00 (39,50-45,00)	0,000
	Hombres	31,00 (22,00-37,00)	38,00 (23,00-42,00)	0,096
P Valor		0,001	0,014	
General VS Salud Mental en Mujeres	P Valor	0,667	0,163	
General VS Salud Mental en Hombres	P Valor	0,967	0,301	

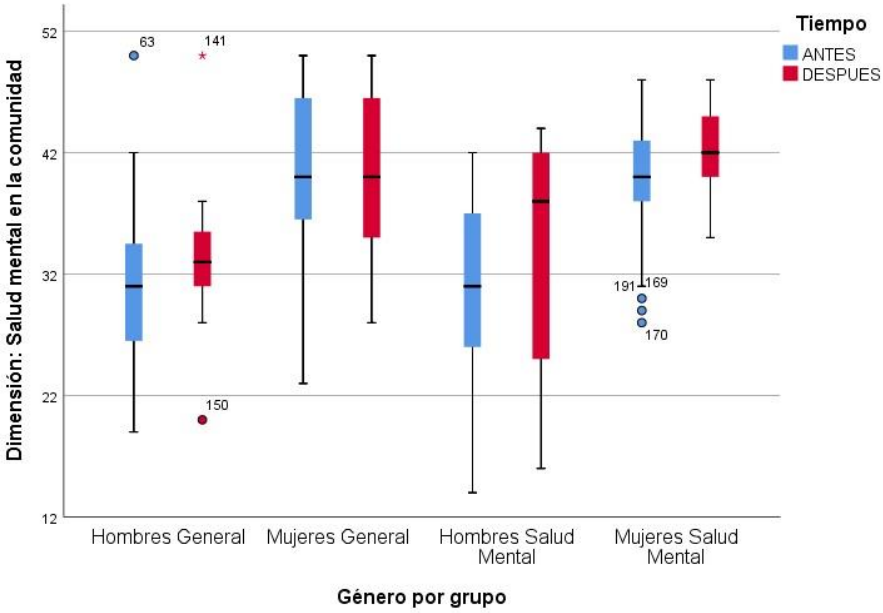

Figura 13.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Salud mental en la comunidad en función del género, del grupo y el tiempo.

Antes de su paso por las diferentes prácticas asistenciales en la tabla 6 podemos observar una relación directa o positiva (P<0,05) entre la dimensión "salud mental en la comunidad" y la edad, la empatía y sus dimensiones, el burnout y sus dimensiones, las actitudes hacia el paciente con trastorno mental total y su dimensión "benevolencia". Se observa también una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "autoritarismo" y

“restricción social” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Tras su paso por las prácticas generales observamos en la tabla 7 una relación directa o positiva (P<0,05) entre la dimensión “salud mental en la comunidad” y la edad, las dimensiones de la empatía, con el burnout y sus dimensiones y la dimensión “benevolencia” de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Se observa también una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones “autoritarismo” y “restricción social” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

Los resultados para el grupo que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental se muestran en la tabla 8. En ella se observa que la dimensión “salud mental en la comunidad” presenta una relación directa o positiva (P<0,05) con la edad, las dimensiones “ponerse en el lugar del paciente” y “toma de perspectiva” de la empatía, el CAMI total y su dimensión “benevolencia”. Se observa también una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones “autoritarismo” y “restricción social” de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

4.2 EXPLORACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO EN ENFERMERAS RESIDENTES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

4.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Los participantes que respondieron a los cuestionarios conformaron una muestra final en esta fase del estudio de 214 residentes de la especialidad de enfermería de salud mental. La muestra estuvo compuesta por 109 residentes de primer año y 105 residentes de segundo y último año. La mayoría de los participantes eran mujeres tanto en la muestra general (78,5%), como en el primer (74,3%) y en el segundo año (82,9%) de residencia con una mediana de edad de 27 años mientras que el sexo masculino las medianas oscilaban entre los 25,5 y los 28 años (Tabla 21).

TABLA 21.
Datos descriptivos y demográficos de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable		Total N=214	Residentes 1º N=109	Residentes 2º N=105
Sexo				
	Masculino	46 (21,5 %)	28 (25,7%)	18 (17,1%)
	Femenino	168 (78,5%)	81 (74,3%)	87 (82,9%)
Edad		27,00 (25,00-29,00)	26,00 (24,00-29,00)	27,00 (25,50-29,50)
	Masculino	25,50 (24,00-29,00)	25,00 (24,00-27,00)	28,00 (25,75-30,00)
	Femenino	27,00 (25,00-29,00)	27,00 (24,00-29,00)	27,00 (27,00-29,00)

Mediana (rango intercuartilico) para variables cuantitativas, frecuencias (%) para variables cualitativas.

4.2.2 FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La fiabilidad de los instrumentos utilizados en esta fase tuvo valores aceptables, excepto para el puntaje total del JSPE-LP y del MBI-DP. Por otro lado, el análisis del Alfa de Cronbach mostró que el cuestionario CAMI-A alcanzaba poca fiabilidad (Alfa de Cronbach: 0,603). El análisis detallado de los ítems de la escala indicó que la mayoría de estos se debían retener, resultando en una disminución en el alfa si se excluían. Las dos excepciones a esto fueron los ítems

13 y 29 cuya exclusión aumentaba el alfa y que tenían unas correlaciones negativas con el total. Por tanto, se decidió excluirlos del análisis. Las puntuaciones finales de la fiabilidad de los instrumentos pueden observarse en la tabla 22.

TABLA 22.

Alfa de Cronbach para los instrumentos utilizados en los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	Alfa de Cronbach
JSPE	0,834
JSPE-LP	0,602
JSPE-CC	0,728
JSPE-TP	0,826
MBI	0,821
MBI-CE	0,894
MBI-DP	0,656
MBI-RP	0,704
CAMI-A	0,786
CAMI-B	0,765
CAMI-RS	0,883
CAMI-SMC	0,851

4.2.3 EMPATÍA

Los resultados obtenidos en relación a la variable empatía muestran que las medianas de las puntuaciones totales del instrumento de Jefferson oscilan entre 106,00 en los hombres del primer año de residencia y 122,00 en las mujeres del segundo año de residencia. Se pueden observar diferencias estadísticamente significativas (P<0,05) a lo largo de los años de residencia siendo mayor en el segundo y último año tanto de forma general como por sexos. También se observa que existen diferencias significativas (P<0,05) entre el sexo masculino y femenino tanto de forma general como en el primer y segundo año de residencia. Siendo las mujeres las que más empatía profesan (Tabla 23 y figura 14).

TABLA 23.
Asociación entre la empatía, el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	EMPATIA Total (Mediana IQR)	EMPATIA R1 (Mediana IQR)	EMPATIA R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	117,00 (107,00-123,00)	111,00 (105,00-118,50)	121,00 (115,00-125,50)	0,000
Masculino	109,50 (105,00-115,00)	106,00 (101,00-109,75)	115,00 (112,50-120,75)	0,000
Femenino	119,00 (111,00-124,00)	112,00 (106,00-120,00)	122,00 (117,00-126,00)	0,000
Valor P	0,000	0,001	0,04	

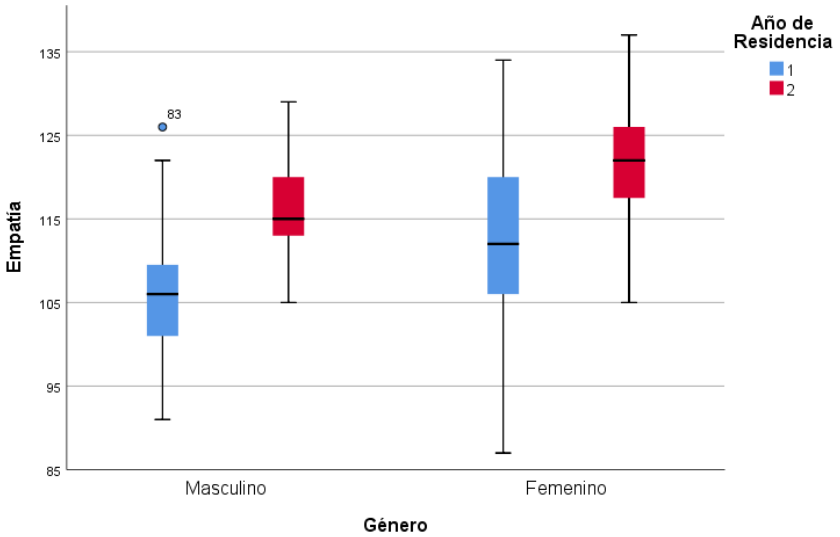

Figura 14.

Diagrama de cajas de los puntajes de la Empatía en función del género y los años de residencia.

Se observó una correlación directa o positiva (P<0,05) entre la empatía con todas las variables estudiadas excepto con las dimensiones "restricción social" y "autoritarismo" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental donde se observa una relación inversa o negativa (P<0,05) (Tabla 24).

TABLA 24.

Matriz de correlación por rangos de Spearman entre las variables de estudio de los enfermeros residentes de salud mental en España.

VARIABLES	JPSE	JPSE-LP	JPSE-CC	JPSE-TP	MBI Total	MBI-CE	MBI-DP	MBI-RP	CAMI Total	CAMI-A	CAMI-B	CAMI-RS	CAMI-SMC	EDAD
JPSE	1													
JPSE-LP	0,613**	1												
JPSE-CC	**0,845****	0,310**	1											
JPSE-TP	**0,920****	0,575**	0,629**	1										
MBI TOTAL	0,496**	0,070	0,578**	0,387**	1									
MBI-CE	0,481**	0,029	0,570**	0,388**	**0,793****	1								
MBI-DP	0,272**	-0,089	0,360**	0,201**	0,623**	0,633**	1							
MBI-RP	0,237**	0,253**	0,134*	0,252**	0,468**	-0,008	-0,043	1						
CAMI TOTAL	0,226**	0,252**	0,126	0,205**	0,207**	0,154*	0,128	0,113	1					
CAMI-A	-0,555**	-0,411**	-0,417**	-0,537**	-0,288**	-0,252**	-0,120	-0,142*	0,207**	1				
CAMI-B	0,525**	0,459**	0,351**	0,520**	0,269**	0,257**	0,128	-0,069	0,566**	-0,599**	1			
CAMI- RS	-0,644**	-0,450**	-0,532**	-0,585**	-0,331**	-0,289**	-0,203**	-0,198**	-0,041	0,635**	-0,526**	1		
CAMI-SMC	0,676**	0,490**	0,538**	0,615**	0,392**	0,335**	0,197**	0,204**	0,418**	**-0,725****	0,628**	**-0,780****	1	
EDAD	0,290**	0,218**	0,161*	0,333**	0,160*	0,073	0,116	0,131	0,144*	-0,244**	0,245**	-0,198**	0,275**	1

* indica una correlación significativa, P<0.05
** indica una correlación significativa, P<0.01

4.2.3.1 Empatía. Dimensión "Ponerse en el lugar del paciente"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión "Ponerse en el lugar del paciente" de la empatía se muestran en la tabla 25 y la figura 15. En ellas puede observarse que las medianas de las puntuaciones del instrumento de Jefferson varían entre 11,00 en los enfermeros de primer año y 12,00 en los de segundo año de residencia.

Se pueden observar diferencias significativas ($P<0,05$) en los puntajes de esta a lo largo de los años de residencia siendo mayor en el segundo y último año tanto de forma general como por sexos.

No se observaron diferencias significativas ($P>0,05$) entre el sexo masculino y femenino en los residentes de forma general ni en el primer y segundo año de residencia.

TABLA 25.

Asociación entre la dimensión "Ponerse en el Lugar del Paciente", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	JSPE-LP (Mediana IQR)	JSPE-LP R1 (Mediana IQR)	JSPE-LP R2 (Mediana IQR)	Valor P
	12,00 (10,00-12,00)	11,00 (9,00-12,00)	12,00 (12,00-13,00)	0,000
Sexo				
Masculino	12,00 (10,00-12,00)	11,00 (10,00-12,00)	12,00 (12,00-13,00)	0,000
Femenino	12,00 (10,00-12,00)	11,00 (9,00-12,00)	12.00 (12,00-13,00)	0,000
Valor P	0,882	0,324	0,612	

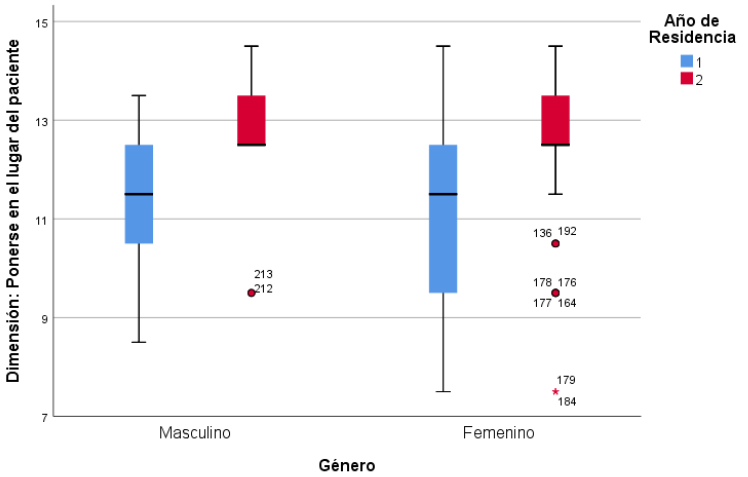

Figura 15.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Ponerse en el lugar del paciente en función del género y los años de residencia.

Como se muestra en la tabla 24 la dimensión "ponerse en lugar del paciente" presentó una correlación directa o positiva (P<0,05) con la edad, la empatía y sus dimensiones, la dimensión "realización personal" del burnout, el CAMI total y sus dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad". Además, se observó una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental.

4.2.3.2 Empatía. Dimensión "Cuidado Compasivo"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión "cuidado compasivo" de la empatía muestran que las medianas de las puntuaciones del instrumento de Jefferson oscilaron entre 41,00 en los hombres del primer año de residencia y 47,00 en mujeres del segundo año de residencia.

Se observa un aumento de la dimensión "cuidado compasivo" estadísticamente significativo (P<0,05) a lo largo de los años de residencia siendo mayor en el segundo y último año tanto de forma general como en el sexo femenino. En el caso de los hombres, las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas (P>0,05).

Se observa que existe diferencias significativas (P<0,05) entre el sexo masculino y femenino en los residentes tanto en la muestra

total como por año de residencia, siendo en todos los casos mayor en las mujeres (Tabla 26; figura 16).

TABLA 26.
Asociación entre la dimensión "Cuidado Compasivo", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	JSPE-CC (Mediana IQR)	JSPE-CC R1 (Mediana IQR)	JSPE-CC R2 (Mediana IQR)	Valor P
	45,00 (42,00-49,00)	44,00 (40,00-46,75)	46,00 (44,27-49,75)	0,000
Sexo				
Masculino	42,50 (40,00-45,00)	41,00 (39,00-44,75)	44,50 (41,00-46,00)	0,056
Femenino	46,00 (43,00-50,00)	44,00 (40,25-49,0)	47,00 (45,00-51,00)	0,000
Valor P	0,000	0,015	0,000	

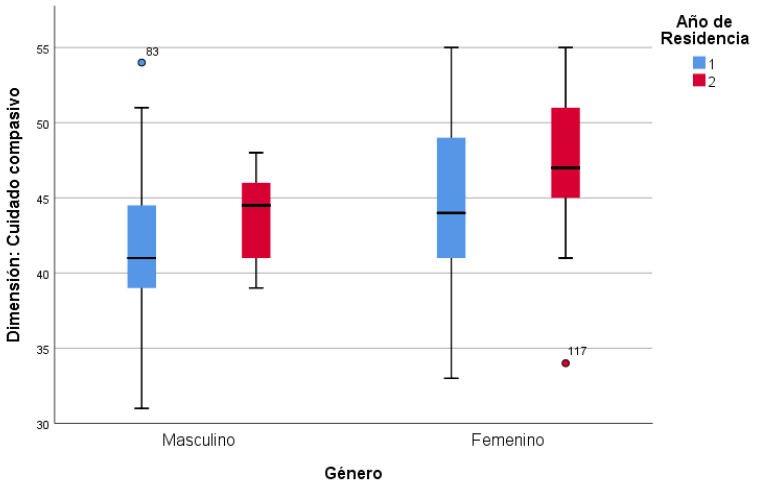

Figura 16.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cuidado compasivo en función del género y los años de residencia

La dimensión de "cuidado compasivo" mostró una correlación directa o positiva (P<0,05) con la edad, la empatía y sus dimensiones, el burnout y todas sus dimensiones, así como con las dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" del CAMI. Además, presentó una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental (Tabla 24).

4.2.3.3 Empatía. Dimensión "Toma de perspectiva"

Los resultados mostrados en la tabla 27 y la figura 17 en relación a la dimensión "toma de perspectiva" de la variable empatía indican que las medianas de las puntuaciones varían entre 54,00 en

hombres del primer año de residencia y 63,00 en las mujeres del segundo año.

Existe un aumento de la dimensión "toma de perspectiva" estadísticamente significativo (P<0,05) a lo largo de los años de residencia siendo mayor en el segundo y último año (63,00) tanto de forma general como por sexos.

Además, existen diferencias significativas (P<0,05) entre el sexo masculino y femenino en los residentes de forma general y específicamente en el primer año donde las mujeres tienen mayores puntuaciones.

TABLA 27.
Asociación entre la dimensión "Toma de Perspectiva", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	JSPE-TP (Mediana IQR)	JSPE-TP R1 (Mediana IQR)	JSPE-TP R2 (Mediana IQR)	Valor P
	60,00 (55,00-63,00)	56,00 (54,00-61,00)	63,00 (59,00-64,75)	0,000
Sexo				
Masculino	56,00 (53,00-59,25)	54,00 (50,25-55,75)	59,00 (57,00-63,25)	0,000
Femenino	61,00 (56,00-64,00)	58,00 (54,00-61,00)	63,00 (59,75-65,00)	0,000
Valor P	0,000	0,000	0,061	

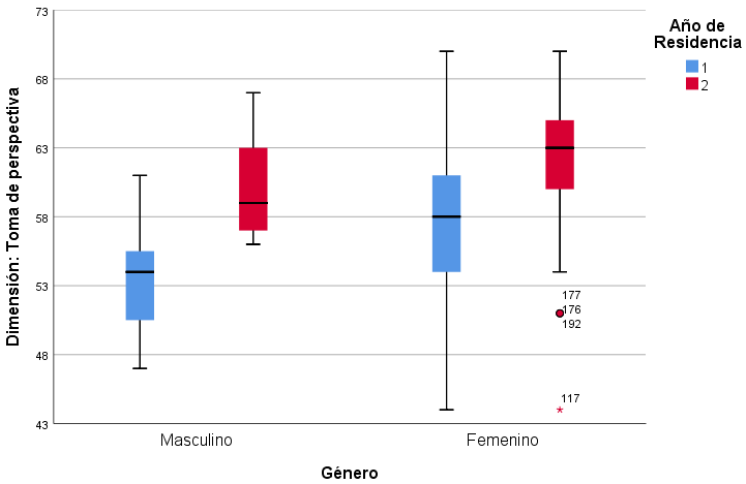

Figura 17.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Toma de perspectiva en función del género y los años de residencia.

La dimensión de "toma de perspectiva" mostró una correlación directa o positiva (P<0,05) con la edad, la empatía y el resto de sus dimensiones el burnout y todas sus dimensiones, el CAMI total y sus dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad". Además, se observó una relación inversa o negativa (P<0,05) entre la "toma de perspectiva" y las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental (Tabla 24).

4.2.4 BURNOUT

Los resultados obtenidos en relación a la variable burnout muestran que las medianas de las puntuaciones totales del instrumento de Maslach mantienen unos valores entre 38,00 en los hombres del primer año de residencia y 43,00 las mujeres del segundo año.

Solo se observan diferencias estadísticamente significativas ($P<0,05$) a lo largo de los años de residencia en el grupo de los hombres, en los que se registra un aumento significativo en el segundo año de residencia.

Además, existen diferencias significativas ($P<0,05$) entre el sexo masculino y femenino en los residentes de forma general y específicamente de primer año donde las mujeres tienen mayor puntuación de burnout. En la tabla 28 y la figura 18 se presentan los resultados con más detalle.

TABLA 28.

Asociación entre el burnout, el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	BURNOUT Total (Mediana IQR)	BURNOUT R1 (Mediana IQR)	BURNOUT R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	41,00 (38,00-50,00)	41,00 (37,00-48,50)	42,00 (39,00-53,50)	0,085
Masculino	40,00 (36,00-43,00)	38,00 (35,00-43,00)	41,50 (39,00-44,00)	0,037
Femenino	42,00 (39,00-54,75)	42,00 (38,50-52,50)	43,00 (39,00-55,00)	0,511
Valor P	0,005	0,014	0,378	

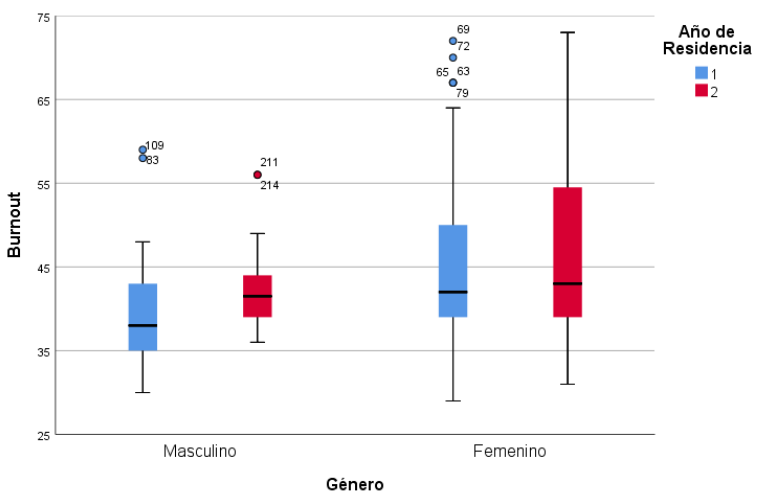

Figura 18.

Diagrama de cajas de los puntajes del Burnout en función del género y los años de residencia.

El burnout muestra una correlación directa o positiva (P<0,05) con sus dimensiones, la edad, la empatía y sus dimensiones "cuidado compasivo" y "toma de perspectiva", el CAMI total y sus dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad". Se observó una relación inversa (P<0,05) entre el burnout y las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental (Tabla 24).

4.2.4.1 Burnout. Dimensión "Cansancio Emocional"

En la tabla 29 y la figura 19 se presentan los resultados obtenidos para la dimensión "cansancio emocional" del burnout. Las medianas de las puntuaciones totales oscilan entre 0,50 en hombres del primer año y 3,00 en las mujeres del segundo.

No existieron cambios estadísticamente significativos (P>0,05) a lo largo de años de residencia en los participantes.

Además, se observa que existe diferencias significativas (P<0,05) entre el sexo masculino y femenino en los residentes de forma general y específicamente de primer año donde las mujeres tienen mayor cansacion emocional.

TABLA 29.

Asociación entre la dimensión "Cansancio Emocional", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	BURNOUT-CE Total (Mediana IQR)	BURNOUT-CE R1 (Mediana IQR)	BURNOUT-CE R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	2,00 (0,00-10,25)	1,00 (0,00-9,00)	3,00 (0,00-11,00)	0,131
Masculino	1,00 (0,00-3,25)	0,50 (0,00-2,00)	2,00 (0,00-4,50)	0,191
Femenino	2,50 (0,00-12,00)	2,00 (0,00-13,00)	3,00 (0,00-12,00)	0,425
Valor P	0,007	0,027	0,180	

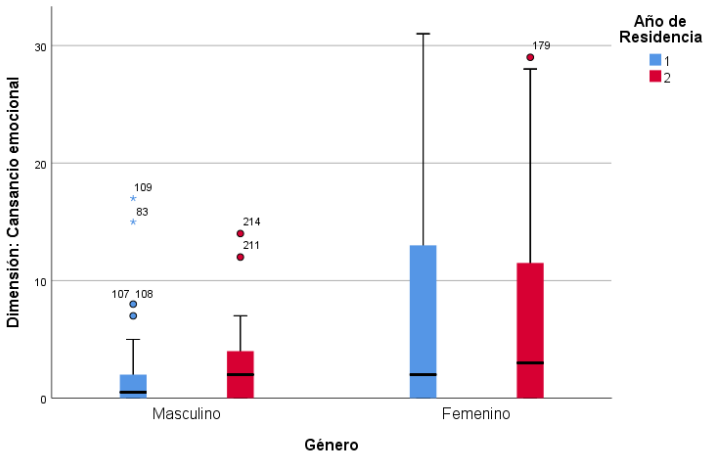

Figura 19.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cansancio emocional en función del género y los años de residencia.

En la tabla 24 se puede observar que existe una correlación directa o positiva (P<0,05) entre la dimensión "cansancio emocional" con el burnout y su dimensión "despersonalización", la empatía y sus dimensiones "cuidado compasivo" y "toma de perspectiva", el CAMI total y sus dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad". El "cansacio emocional" presentó una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental.

4.2.4.2 Burnout. Dimensión "Despersonalización"

Los resultados obtenidos para la dimensión "despersonalización" del burnout se muestran en la tabla 30 y en la figura 20. Las medianas de las puntuaciones oscilaron entre 0,00 puntos en ambos sexos el primer año y 1,00 en el sexo femenino del segundo año de residencia.

Existe un aumento estadísticamente significativo (P<0,05) de la dimensión "despersonalización" a lo largo de los años de residencia tanto de forma general como en el sexo femenino.

No hubo diferencias significativas (P>0,05) entre los sexos en la dimensión "despersonalización".

TABLA 30.

Asociación entre la dimensión "Despersonalización", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	BURNOUT-DP (Mediana IQR)	BURNOUT-DP R1 (Mediana IQR)	BURNOUT-DP R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	0,00 (0,00-1,00)	0,00 (0,00-1,00)	1,00 (0,00-2,00)	0,024
Masculino	0,00 (0,00-1,00)	0,00 (0,00-0,75)	0,00 (0,00-1,00)	0,498
Femenino	0,00 (0,00-1,75)	0,00 (0,00-1,00)	1,00 (0,00-2,00)	0,043
Valor P	0,091	0,395	0,180	

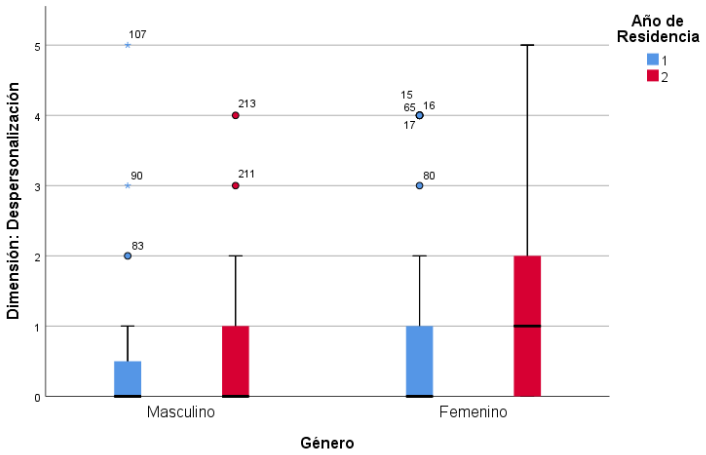

Figura 20.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Despersonalización en función del género y los años de residencia.

Existe una correlación directa o positiva (P<0,05) entre la dimensión "despersonalización" del burnout y la empatía y sus dimensiones "cuidado compasivo" y "toma de perspectiva", el burnout y su dimensión "cansancio emocional", la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Por otro lado, se observó una relación inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental (Tabla 24).

4.2.4.3 Burnout. Dimensión "Realización Personal"

Los resultados de la dimensión "realización personal" de la variable burnout muestran unos valores en las medianas de las puntuaciones totales que van desde 36,00 en los hombres durante el primer año de residencia hasta 38,00 en ambos sexos del segundo.

Se observa un aumento estadísticamente significativo (P<0,05) a lo largo de los años de residencia solo en el sexo masculino.

No hubo diferencias significativas (P>0,05) entre los sexos de la dimensión "realización personal" (Tabla 31 y figura 21).

TABLA 31.

Asociación entre la dimensión "Realización Personal", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	BURNOUT-RP (Mediana IQR)	BURNOUT-RP R1 (Mediana IQR)	BURNOUT-RP R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	38,00 (35,00-41,00)	37,00 (34,00-40,50)	38,00 (35,50-41,00)	0,245
Masculino	37,50 (34,75-39,25)	36,00 (34,00-38,75)	38,00 (36,75-41,00)	0,023
Femenino	38,00 (35,00-41,00)	38,00 (34,50-41,50)	38,00 (35,00-41,00)	0,880
Valor P	0,391	0,147	0,359	

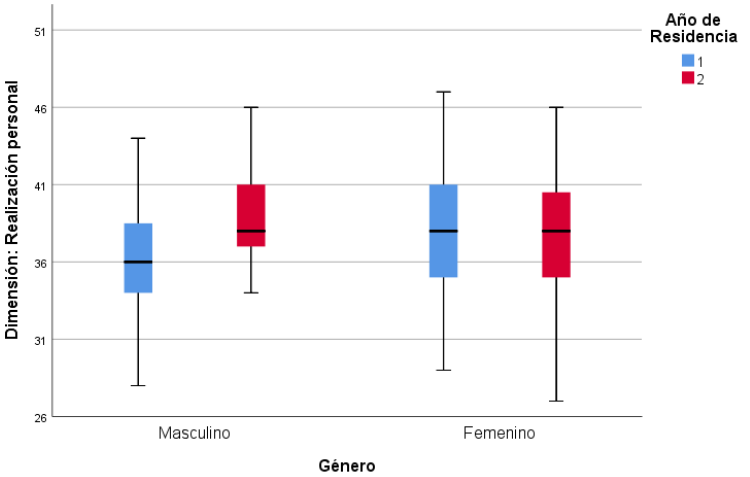

Figura 21.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Realización personal en función del género y los años de residencia.

Existe una correlación directa o positiva (P<0,05) entre la dimensión "realización personal" del burnout con la empatía y sus dimensiones, el burnout total y la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Además, se observó una relación inversa o negativa (P<0,05) con las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental (Tabla 24).

4.2.5 ACTITUDES HACIA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL

Los resultados de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental se muestran en la tabla 32 y la figura 22. Las medianas de las puntaciones totales oscilan entre 125,00 en ambos sexos en el primer año y 127,00 en las mujeres del segundo año de residencia.

Se puede observar un aumento estadísticamente significativo (P<0,05) de la variable a lo largo de los años de residencia tanto de forma general como por sexos. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas (P<0,05) entre los sexos.

TABLA 32.
Asociación entre las actitudes hacia el paciente con trastorno mental, el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	CAMI Total (Mediana IQR)	CAMI Total R1 (Mediana IQR)	CAMI Total R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	125,00 (123,75-128,00)	125,00 (122,00-127,00)	126,00 (124,00-128,00)	0,004
Masculino	125,00 (124,00-127,00)	125,00 (124,00-126,00)	126,00 (125,00-128,00)	0,020
Femenino	126,00 (123,00-128,00)	125,00 (122,00-128,00)	127,00 (124,00-128,00)	0,028
Valor P	0,714	1,000	0,868	

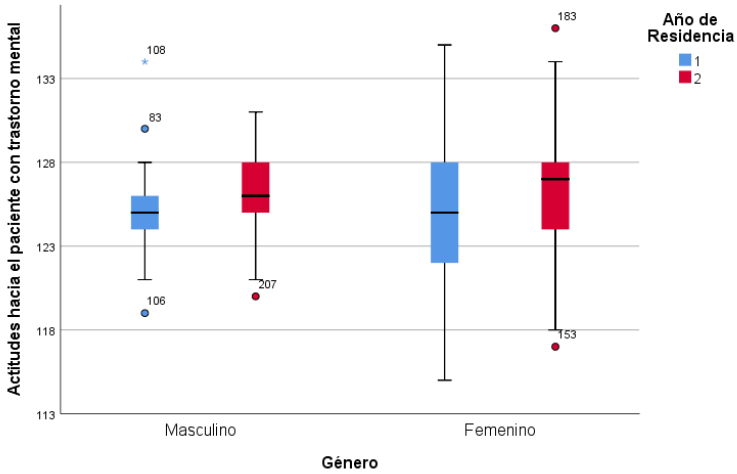

Figura 22.

Diagrama de cajas de los puntajes de las Actitudes hacia el paciente con trastorno mental en función del género y los años de residencia.

Como podemos observar en la tabla 24 existe una relación directa o positiva (P<0,05) entre las actitudes hacia el paciente con trastorno mental con sus dimensiones "autoritarismo", "benevolencia y "salud mental en la comunidad", la edad, la empatía y sus dimensiones de "ponerse en el lugar del paciente" y "toma de perspectiva", el burnout y su dimensión "cansancio emocional.

4.2.5.1 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Autoritarismo"

En la dimensión "autoritarismo" de la variable de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental se obtuvieron los siguientes resultadados presentados en la tabla 33 y la figura 23. Las medianas

de las puntuaciones totales tuvieron una horquilla de valores entre 22,00 para las mujeres del segundo año y 26,00 para los hombres del primer año de residencia.

Se observó una disminución de la dimensión "autoritarismo" estadísticamente significativo (P<0,05) a lo largo de los años de residencia tanto de forma general como por sexos.

Además, se observó que existieron diferencias significativas (P<0,05) entre los sexos en los residentes de forma general y específicamente de segundo año donde los hombres fueron más autoritarios.

TABLA 33.
Asociación entre la dimensión "Autoritarismo", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	CAMI-A (Mediana IQR)	CAMI-A R1 (Mediana IQR)	CAMI-A R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	24,00 (22,00-26,00)	25,00 (23,00-27,00)	23,00 (21,00-24,50)	0,000
Masculino	25,00 (23,75-26,00)	26,00 (24,25-26,75)	24,00 (22,00-25,00)	0,012
Femenino	23,00 (22,00-26,00)	25,00 (25,50-27,00)	22,00 (21,00-24,00)	0,000
Valor P	0,004	0,312	0,015	

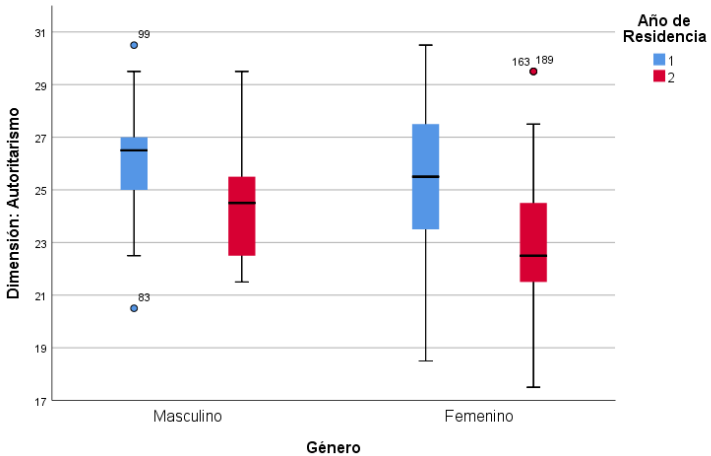

Figura 23.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Autoritarismo en función del género y los años de residencia.

Entre la dimensión "autoritarismo" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental solo existe una relación directa o positiva (P<0,05) con el CAMI total y su dimensión "restricción social". Sin embargo, se hallan relaciones inversas o negativas (P<0,05) con la edad, la empatía y todas sus dimensiones el burnout y sus dimensiones "cansacio emocional" y "realización personal" y por último con las dimensiones de "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental (Tabla 24).

4.2.5.2 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Benevolencia"

En la dimensión "benevolencia" de la variable de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental se observó que las medianas de las puntaciones totales alcanzaban unos valores entre 41,00 en los hombres del primer año hasta 44,00 en ambos sexos del segundo año de residencia.

Se detectó un aumento de la benevolencia estadísticamente significativo (P<0,05) a lo largo de los años de residencia tanto de forma general como por sexos.

No hubo diferencias significativas (P>0,05) entre los sexos para esta variable. Los resultados son mostrados en la tabla 34 y la figura 24.

TABLA 34.
Asociación entre la dimensión "Benevolencia", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	CAMI-B (Mediana IQR)	CAMI-B R1 (Mediana IQR)	CAMI-B R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	43,00 (41,00-45,00)	41,00 (40,00-43,00)	44,00 (43,00-46,00)	0,000
Masculino	42,00 (40,00-44,00)	41,00 (40,00-42,00)	44,00 (43,00-45,00)	0,001
Femenino	43,00 (41,00-45,00)	42,00 (40,00-43,00)	44,00 (43,00-46,00)	0,000
Valor P	0,064	0,355	0,184	

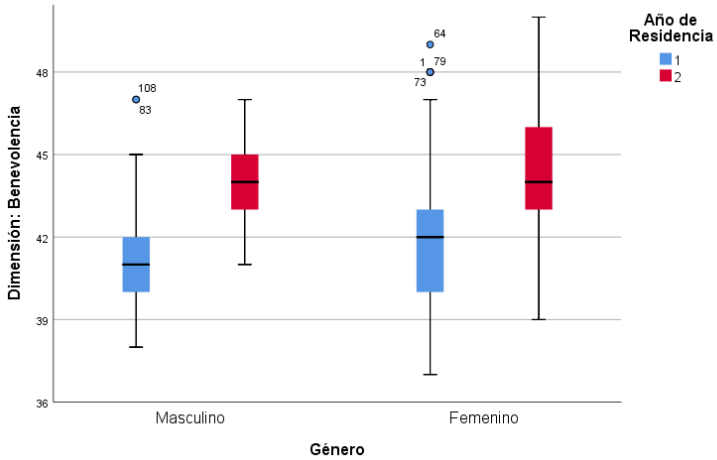

Figura 24.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Benevolencia en función del género y los años de residencia.

Se observa una relación directa o positiva (P<0,05) entre la dimensión "benevolencia" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental con el CAMI total y su dimensión "salud mental en la comunidad", la edad, la empatía y todas sus dimensiones, el burnout y su dimensión "cansancio emocional". Además, se hallaron relaciones inversas o negativas (P<0,05) con las dimesiones "autoritarismo" y "restricción social" (Tabla 24).

4.2.5.3 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Restricción social"

Los resultados obtenidos en relación a la dimensión "restricción social" de la variable de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental son mostradas en la tabla 35 y la figura 25. Las medianas de las puntuaciones oscilaron entre 16,00 en el segundo año del sexo femenino y 19,00 en ambos sexos del primer año de residencia

Se observó una disminución de la "restricción social" estadísticamente significativa ($P<0,05$) a lo largo de los años de residencia tanto de forma general como por sexos. No obstante, no se observaron diferencias significativas ($P>0,05$) entre los sexos de la variable.

TABLA 35.
Asociación entre la dimensión "Restricción Social", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	CAMI-RS (Mediana IQR)	CAMI-RS R1 (Mediana IQR)	CAMI-RS R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	18,00 (16,00-19,00)	19,00 (17,00-20,00)	17,00 (15,00-18,00)	0,000
Masculino	19,00 (17,00-19,00)	19,00 (18,00-20,00)	17,00 (15,75-19,00)	0,024
Femenino	17,00 (16,00-19,00)	19,00 (17,00-20,50)	16,00 (14,00-18,00)	0,000
Valor P	0,058	0,793	0,151	

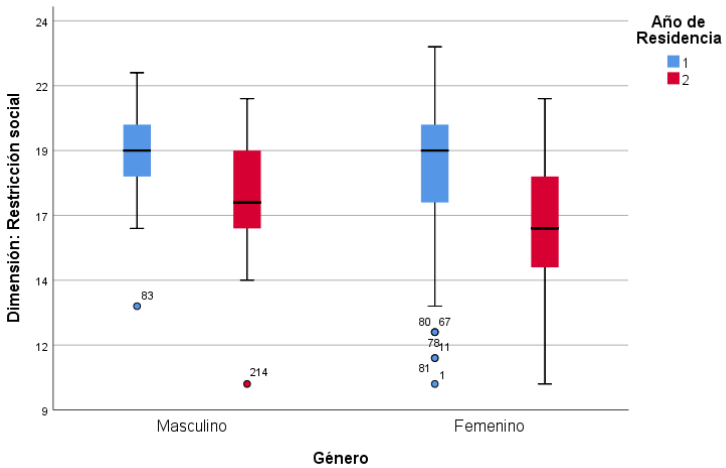

Figura 25.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Restricción social en función del género y los años de residencia.

En la tabla 24 se observa una relación directa o positiva (P<0,05) entre la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental con la dimensión "autoritarismo" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental. Sin embargo, se hallan relaciones inversas o negativas (P<0,05) con la edad, la empatía y todas sus dimensiones, el burnout y sus dimensiones y por último con las dimensiones de "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental.

4.2.5.4 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Salud Mental en la Comunidad"

En la tabla 36 y la figura 26 se presentan los resultados obtenidos en relación a la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Las medianas de las puntuaciones mostraron valores desde 40,00 en ambos sexos del primer año de residencia hasta 43,00 en el sexo femenino del segundo año.

Se observó un aumento de la dimensión "salud mental en la comunidad" estadísticamente significativo (P<0,05) a lo largo de los años de residencia tanto de forma general como por sexos.

Además, se observó que existieron diferencias significativas (P<0,05) entre el sexo masculino y femenino en los residentes de forma general y específicamente de segundo año, siendo mayor la puntuación en el sexo femenino.

TABLA 36.
Asociación entre la dimensión "Salud Mental en la Comunidad", el sexo y los años de residencia de los enfermeros residentes de salud mental en España.

Variable	CAMI-SMC (Mediana IQR)	CAMI-SMC R1 (Mediana IQR)	CAMI-SMC R2 (Mediana IQR)	Valor P
Sexo	41,50 (39,00-44,00)	40,00 (38,00-42,00)	43,00 (41,00-45,50)	0,000
Masculino	40,00 (38,75-42,00)	40,00 (38,00-40,75)	41,00 (39,75-43,25)	0,032
Femenino	42,00 (40,00-45,00)	40,00 (38,00-43,00)	43,00 (41,00-46,00)	0,000
Valor P	0,002	0,266	0,013	

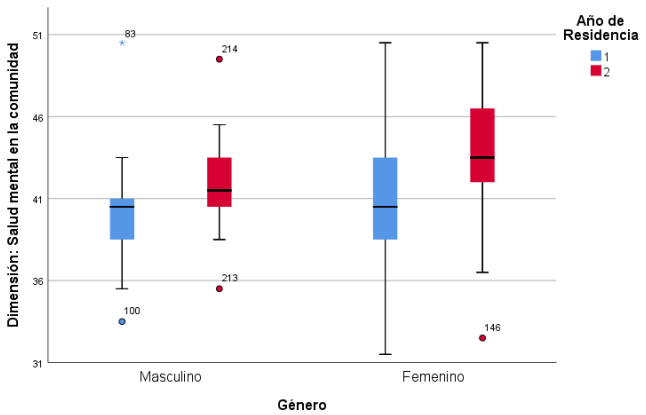

Figura 26.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Salud mental en la comunidad en función del género y los años de residencia.

Se observa una relación directa o positiva (P<0,05) entre la dimensión "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental con todas las variables de estudio excepto con las dimensiones "autoritarismo" y "restricción social" donde se observa una relación inversa o negativa (P<0,05) (Tabla 24).

4.3 EXPLORACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO EN ENFERMERAS ESPECIALISTAS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

4.3.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Los participantes que respondieron a los cuestionarios conformaron una muestra final en esta fase del estudio de 750 participantes profesionales de la enfermería y especialistas en salud mental. Como se puede observar en la tabla 37, la mayoría de los participantes eran mujeres (62,5%) con una edad comprendida entre 40 y 49 años (35,7%.). Un 59,7% de la muestra final tenían más de 20 años de experiencia profesional como enfermeros, además, un 47,6% del total de la muestra llevaban también más de 20 años trabajando en dispositivos especializados en salud mental de los distintos sistemas sanitarios españoles.

TABLA 37.
Datos descriptivos demográficos y laborales de los enfermeros especialistas en salud mental en España.

Variable	N=750
Sexo	
Masculino	281 (37,5 %)
Femenino	469 (62,5%)
Edad	
Masculino	47,0 (41,0-55.5)
Femenino	44,0 (36,0-54,0)
Grupos de edad	
<30	25 (3,3%)
30-39	174 (23,2%)
40-49	268 (35,7%)
50-59	194 (25,9%)
>60	89 (11,9%)
Años como enfermero	
Masculino	25,0 (20,0-34,0)
Femenino	22,0 (14,0-31,0)

Continúa

Tabla 37.

Continuación

Variable	N=750
Grupos de años como enfermero	
<5	22 (2,9%)
5-10	78 (10,4%)
11-15	75 (10,0%)
16-20	127 (16,9%)
>20	448 (59,7%)
Años en salud mental	
Masculino	22,0 (16,0-30,0)
Femenino	19,0 (10,0-28,0)
Grupos de años en salud mental	
<5	67 (8,9%)
5-10	95 (12,7%)
11-15	86 (11,5%)
16-20	145 (19,3%)
>20	357 (47,6%)

Mediana (IQR) para variables cuantitativas, frecuencias (%) para variables cualitativas.

4.3.2 FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La fiabilidad de los instrumentos utilizados en esta fase tuvo valores aceptables, excepto para el puntaje total del JSPE-LP, JSPE-CC, MBI y el MBI-DP. Por otro lado, el análisis del Alfa de Cronbach mostró

que el cuestionario CAMI alcanzaba poca fiabilidad (Alfa de Cronbach: 0,460). El análisis detallado de los ítems de la escala indicó que la mayoría de estos se debían retener, resultando en una disminución en el alfa si se excluían. Las dos excepciones a esto fueron los ítems 9 y 29 cuya exclusión aumentaba el alfa y que tenían unas correlaciones negativas con el total. Por tanto, se decidió excluirlos del análisis. Las puntuaciones finales de la fiabilidad de los instrumentos pueden observarse en la tabla 38.

TABLA 38.

Alfa de Cronbach para los instrumentos utilizados en los enfermeros especialistas en salud mental en España.

Variable	Alfa de Cronbach
JSPE	0,779
JSPE-LP	0,687
JSPE-CC	0,418
JSPE-TP	0,820
MBI	0,534
MBI-CE	0,880
MBI-DP	0,524
MBI-RP	0,854
CAMI-A	0,817
CAMI-B	0,725
CAMI-RS	0,850
CAMI-SMC	0,841

4.3.3 EMPATÍA Y DIMENSIONES

En la tabla 39 y en las figuras 27 a la 30 se muestran los resultados obtenidos en relación a la variable empatía y sus dimensiones (Ponerse en el lugar del Paciente, Cuidado Compasivo y Toma de Perspectiva). La mediana de las puntuaciones totales del instrumento de Jefferson alcanzó un valor de 130,00 puntos para la puntuación de empatía; 14,00 para la dimensión "ponerse en el lugar del paciente"; 49,00 para la dimensión de "cuidado compasivo"; y 67,00 para la dimensión "toma de perspectiva". También se observa que existen diferencias significativas ($P<0,05$) tanto para la empatía como sus dimensiones entre el sexo masculino y femenino; los grupos de edad, los años como enfermeros y los años en salud mental.

En relación a las diferencias significativas ($P<0,05$) entre los grupos de edad, la prueba de comparación múltiple indicó que la mayor puntuación en empatía total y de las dimensiones "toma de perspectiva" y "ponerse en el lugar del paciente" se encuentran en los mayores de 60 años. La mayor puntuación en "cuidado compasivo" se obtuvo en profesionales menores de 40 años.

En relación con los años como enfermeros donde, la prueba de comparación múltiple indicó que las mayores puntuaciones en empatía total y de la dimensión "toma de perspectiva" se encuentran entre los profesionales con más de 20 años de

experiencia. La mayor puntuación en la dimensión de "ponerse en el lugar del paciente" se encuentra en profesionales con más de 16 años de experiencia y, por último, la mayor puntuación en "cuidado compasivo" se obtuvo en profesionales con menos de 5 años de experiencia.

Respecto a los años trabajados en dispositivos de salud mental donde la la prueba de comparación múltiple indicó que la mayor puntuación en empatía y de la dimensión "toma de perspectiva" se encuentra entre los profesionales con más de 20 años de experiencia en este tipo concreto de dispositivos. La mayor puntuación en la dimensión de "ponerse en el lugar del paciente" se encuentra se obtuvo en profesionales con más de 16 años de experiencia y, por último, la mayor puntuación en "cuidado compasivo" se obtuvo en profesionales con menos de 15 años de experiencia.

Se puede observar una tendencia al aumento de la empatía y sus dimensiones con todas las variables sociodemográficas observadas excepto para la dimensión de "cuidado compasivo" donde hay una disminución de los valores (Figuras 27-30).

TABLA 39.

Asociación entre la empatía, sus dimensiones y las variables sociodemográficas de los enfermeros especialistas en salud mental en España

Variable	JSPE Total Mediana (IQR)	JSPE-LP Mediana (IQR)	JSPE-CC Mediana (IQR)	JSPE- TP Mediana (IQR)
	130,00 (128,0,-132.00)	14,00 (13,00-14,00)	49,00 (48,00-50,00)	67,00 (66,00-69,00)
Sexo				
Masculino	130,00 (129,00-132,00)	14,00 (14,00-14,00)	49,00 (48,00-49,00)	68,00 (66,00-70,00)
Femenino	130,00 (128,00-132,00)	14,00 (13,00-14,00)	49,00 (48,00-50,00)	67,0 (66,00-69,00)
Valor P	0,031	0,000	0,000	0,001
Grupos de edad				
<30	124,00 (121,00-129,50)	12,00 (11,00-13,00)	50,00 (47,00-52,50)	62,00 (61,00-66,00)

Continúa

TABLA 39.

Continuación

Variable	JSPE Total Mediana (IQR)	JSPE-LP Mediana (IQR)	JSPE-CC Mediana (IQR)	JSPE- TP Mediana (IQR)
30-39	129,00 (126,00-130,00)	13,00 (12,00-14,00)	50,00 (49,00-51,00)	66,00 (64,00-67,00)
40-49	130,00 (129,00-131,00)	14,00 (14,00-14,00)	49,00 (48,00-49,00)	68,00 (66,00-69,00)
50-59	131,00 (128,00-132,00)	14,00 (14,00-14,00)	49,00 (48,00-49,00)	69,00 (66,00-70,00)
>60	132,00 (130,50-133,00)	14,00 (14,00-14,00)	48,00 (47,00-49,00)	70,00 (69,00-70,00)
Valor P	0,000	0,000	0,000	0,000
Años como enfermero				
<5	126,00 (121,00-129,25)	11,50 (11,00-13,00)	50,50 (48,75-53,00)	64,50 (61,00-66,25)

Continúa

TABLA 39.

Continuación

Variable	JSPE Total Mediana (IQR)	JSPE-LP Mediana (IQR)	JSPE-CC Mediana (IQR)	JSPE- TP Mediana (IQR)
5-10	127,0 (124,00-130,00)	12,00 (12,00-13,00)	50,00 (49,00-51,00)	65,00 (63,00-67,00)
11-15	129,00 (127,00-130,00)	14,00 (12,00-14,00)	50,00 (49,00-50,00)	66,00 (65,00-67,00)
16-20	130,00 (128,00-131,00)	14,00 (14,00-14,00)	49,00 (48,00-49,00)	67,00 (66,00-68,00)
>20	131,00 (129,00-132,00)	14,00 (14,00-14,00)	48,00 (48,00-49,00)	69,00 (67,00-70,00)
Valor P	0,000	0,000	0,000	0,000
Años en salud mental				
<5	126,00 (121,00-129,00)	12,00 (11,00-13,00)	50,00 (49,00-51,00)	64,00 (61,00-66,00)

Continúa

TABLA 39.

Continuación

Variable	JSPE Total Mediana (IQR)	JSPE-LP Mediana (IQR)	JSPE-CC Mediana (IQR)	JSPE- TP Mediana (IQR)
5-10	129,00 (126,00-130,00)	13,00 (12,00-14,00)	50,00 (49,00-50,00)	66,00 (65,00-67,00)
11-15	130,00 (128,00-131,00)	14,00 (13,00-14,00)	49,00 (48,00-50,00)	67,00 (66,00-68,00)
16-20	130,00 (128,00-131,00)	14,00 (14,00-14,00)	49,00 (48,00-49,00)	67,00 (66,00-68,00)
>20	131,00 (129,00-132,00)	14,00 (14,00-14,00)	48,00 (48,00-49,00)	69,00 (69,00-70,00)
Valor P	0,000	0,000	0,000	0,000

IQR=Rango intercuartílico; JSPE total=Puntaje total del cuestionario de Jefferson de la Empatía; JSPE-LP=Ponerse en el lugar del paciente; JSPE-CC = Cuidado compasivo; JSPE-TP =Toma de perspectiva.

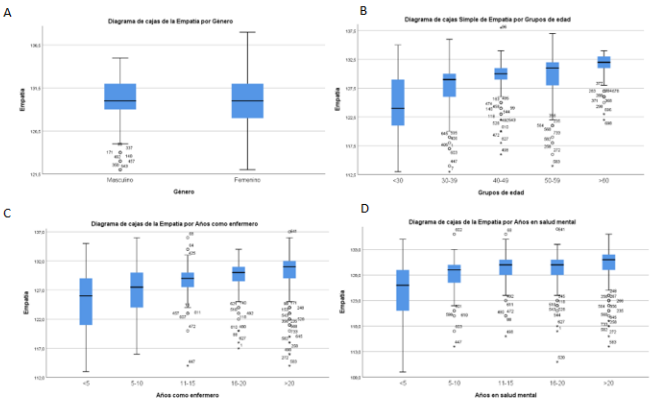

Figura 27.
Diagrama de cajas de los puntajes de la Empatía en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

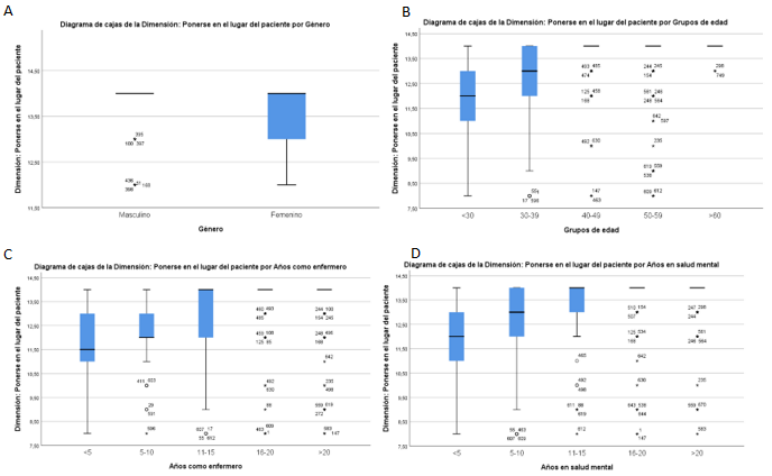

Figura 28.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Ponerse en el lugar del paciente en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

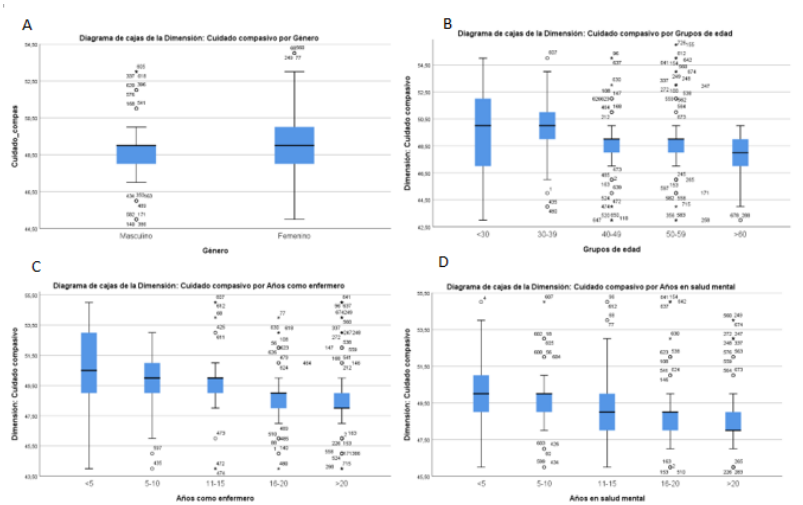

Figura 29.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cuidado compasivo en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

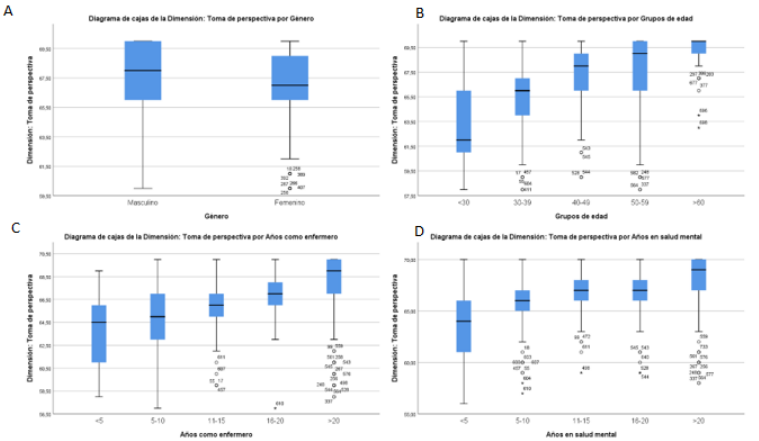

Figura 30.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Toma de perspectiva en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

Se puede observar, según la tabla 40, una relación directa o positiva (P<0,05) entre la empatía con todas las variables estudiadas excepto con la dimensión "realización personal" del burnout y con las dimensiones "restricción social" y "autoritarismo" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental donde se observa una relación inversa o negativa (P<0,05).

En relación a las dimensiones de la empatía, "ponerse en lugar del paciente" y "toma de perspectiva" tienen una relación directa o positiva (P<0,05) con todas las variables excepto con la dimensión "realización personal" del Burnout y la dimensión "autoritarismo" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental con quien tiene una relación inversa o negativa (P<0,05). Además, la "toma de perspectiva" también tiene una relación inversa o negativa (P<0,05) con la dimensión "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental.

La dimensión "cuidado compasivo" tiene una relación inversa o negativa (P<0,05) con todas las variables excepto con las dimensiones "realización personal" del Burnout y "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental con quien tiene una relación directao positiva (P<0,05). Estos resultados indican que una alta empatía se asocia con un mayor burnout ya que cuanto más altos son los niveles de empatía, mayores son los niveles de agotamiento emocional y

despersonalización y más bajos sean los niveles de realización personal que, como indicó Maslach, son los principales requisitos previos para causar el burnout. Además, cuanto más alto son los niveles de empatía mejores actitudes hacia los pacientes con trastorno mental, ya que, a mayor nivel de empatía, más altos los niveles de benevolencia e ideología de salud mental en la comunidad y más bajos los niveles de autoritarismo y restrictividad social.

Tabla 40.

Matriz de correlación por rangos de Spearman entre las variables de estudio de los enfermeros especialistas en salud mental en España.

VARIABLES	JPSE	JPSE-LP	JSPE-CC	JSPE-TP	MBI Total	MBI-CE	MBI-DP	MBI-RP
JPSE	1							
JPSE-LP	0,483**	1						
JSPE-CC	0,235**	-0,300**	1					
JSPE-TP	0,828**	0,481**	-0,187**	1				
MBI Total	0,247**	0,163**	-0,137**	0,303**	1			
MBI-CE	0,204**	0,139**	-0,240**	0,319**	0,817**	1		
MBI-DP	0,179**	0,182**	-0,225**	0,288**	0,717**	0,656**	1	
MBI-RP	-0,072*	-0,103**	0,303**	-0,224**	-0,299**	-0,732**	-0,536**	1
CAMI Total	0,072*	0,111**	-0,069	0,043	0,279*	0,251**	0,171**	-0,087*
CAMI-A	-0,419**	-0,501**	0,322**	-0,562**	-0,170**	-0,226**	-0,250**	0,252**
CAMI-B	0,292**	0,177**	-0,037	0,308**	0,200**	0,140**	0,152**	-0,024
CAMI- RS	-0,396**	0,443**	0,243**	-0,520**	-0,170**	-0,228**	-0,207**	0,239**
CAMI-SMC	0,424**	0,350**	-0,204**	0,529**	0,315**	0,377**	0,292**	-0,308**
Grupos Edad	0,360**	0,446**	-0,350**	0,537**	0,405**	0,581**	0,468**	-0,568**
Años como Enfermero	0,367**	0,466**	-0,344**	0,538**	0,378**	0,555**	0,432**	-0,543**
Años en Salud Mental	0,392**	0,519**	-0,360**	0,568**	0,409**	0,566**	0,451**	-0,527**
								Continuación

Tabla 40.

Continuación.

VARIABLES	CAMI Total	CAMI-A	CAMI-B	CAMI-RS	CAMI-SMC	Edad	Años como Enfermero	Años en Salud Mental
JPSE								
JPSE-LP								
JSPE-CC								
JSPE-TP								
MBI Total								
MBI-CE								
MBI-DP								
MBI-RP								
CAMI Total	1							
CAMI-A	0,214**	1						
CAMI-B	0,398**	-0,323**	1					
CAMI- RS	0,121**	0,693**	-0,397**	1				
CAMI-SMC	0,416**	-0,602**	0,473**	**-0,733****	1			
Grupos Edad	-0,006	-0,549**	0,180**	-0,522**	0,525**	1		
Años como Enfermero	-0,009	-0,560**	0,187**	-0,536**	0,533**	0,973**	1	
Años en Salud Mental	-0,008	-0,569**	0,181**	-0,541**	0,538**	0,942**	0.962**	1

*indica una correlación significativa, P<0.05
**indica una correlación significativa, P<0.01

4.3.4 BURNOUT Y DIMENSIONES

Los resultados obtenidos en relación a la variable burnout y sus dimensiones (Cansancio emocional; Despersonalización; Realización personal) se muestran en la tabla 41 y las figuras 31 a la 34. La mediana de las puntuaciones totales del instrumento de Maslach alcanzó un valor de 55,00 puntos para la puntuación de burnout; 11,00 para la dimensión "cansancio emocional"; 3,00 para la dimensión "despersonalización" y, por último, 41,00 para la dimensión "realización personal".

No se observaron diferencias significativas (P>0,05) entre los sexos masculino y femenino para el MBI total, pero sí para sus dimensiones. Los hombres presentaron valores mayores en las dimensiones "cansancio emocional" y "despersonalización" y las mujeres en la dimensión "realización personal"

Tanto en el MBI total como en sus dimensiones se observaron diferencias significativas (P<0,05) entre los grupos de edad. La prueba de comparaciones multiples indicó que las mayores puntuaciones del MBI total, de la dimensión "cansancio emocional" y la "despersonalización" ocurrieron en los mayores de 60 años siendo estos, además, los que menor puntuación obtenían en la dimensión "realización personal".

En relación a los años de experiencia profesional como enfermeros también se observaron diferencias significativas (P<0,05) entre los grupos. tanto en el MBI total como en sus dimensiones. Según la prueba de comparación múltiple, las mayores puntuaciones se encontraron en los enfermeros con más de 20 años de experiencia profesional en el sector sanitario independientemente de si estaban en dispositivos de salud mental o no; además este mismo grupo obtuvo la puntuación más baja en la dimensión "realización personal".

Respecto a los años trabajados en los dispositivos de salud mental se obtuvieron diferencias significativas (P<0,05) entre los grupos, tanto en el MBI total como en sus dimensiones. La prueba de comparación múltiple indicó que las mayores puntuaciones se encontraron en los enfermeros con más de 20 años de experiencia en dichos dispositivos además de obtener la puntuación más baja en la dimensión "realización personal".

TABLA 41.
Asociación entre el burnout, sus dimensiones y las variables sociodemográficas de los enfermeros especialistas en salud mental en España.

Variable	MBI TOTAL (Mediana IQR)	MBI-CE (Mediana IQR)	MBI-DP (Mediana IQR)	MBI-RP (Mediana IQR)
Sexo	55.0 (51.0-59.0)	11.0 (6.0-15.0)	3.0 (2.0-4.0)	41.0 (38.0-44.0)
Masculino	55.0 (52.0-60.0)	12.0 (7.0-16.0)	3.0 (2.0-4.5)	41.0 (38.0-43.0)
Femenino	55.0 (51.0-58.0)	10.0 (5.0-15.0)	2.0 (2.0-4.0)	42.0 (38.0-45.0)
Valor P	0.106	0.033	0.003	0.015
Grupos de edad				
<30	52.0 (46.0-66.0)	8.0 (2.0-22.5)	2.0 (0.0-5.5)	39.0 (35.5-45.0)
30-39	52.0 (49.0-55.0)	4.0 (2.0-9.0)	2.0 (1.0-3.0)	46.0 (43.0-47.5)
40-49	54.0 (50.0-57.0)	9.0 (6.0-13.0)	2.0 (2.0-3.0)	42.0 (41.0-44.0)
50-59	57.0 (53.0-61.0)	14.0 (11.0-16.0)	4.0 (2.0-5.0)	40.0 (37.0-41.0)
>60	59.0 (56.0-64.0)	18.0 (15.0-21.0)	5.0 (3.5-7.0)	36.0 (34.0-39.0)
Valor P	0.000	0.000	0.000	0.000

Continuación

TABLA 41.

Continuación

Variable	MBI TOTAL (Mediana IQR)	MBI-CE (Mediana IQR)	MBI-DP (Mediana IQR)	MBI-RP (Mediana IQR)
Años como enfermero				
<5	50.0 (46.0-59.25)	7.0 (0.0-16.0)	2.0 (0.0-4.25)	43.5 (36.75-47.0)
5-10	52.0 (48.0-56.25)	4.0 (2.0-11.25)	2.0 (1.0-3.0)	46.0 (41.0-47.0)
11-15	52.0 (49.0-56.0)	5.0 (2.0-8.0)	2.0 (1.0-3.0)	46.0 (42.0-48.0)
16-20	54.0 (49.0-57.25)	8.0 (4.0-11.0)	2.0 (1.0-3.0)	43.5 (41.0-46.0)
>20	56.0 (53.0-60.0)	13.0 (10.0-16.0)	3.0 (2.0-5.0)	40.0 (37.0-42.0)
Valor P	0.000	0.000	0.000	0.000
Años en salud mental				
<5	51.0 (47.0-56.0)	4.0 (0.0-16.0)	2.0 (0.0-3.0)	45.0 (37.0-47.0)
5-10	52.0 (50.0-56.0)	4.0 (2.0-8.0)	2.0 (1.0-3.0)	47.0 (42.0-48.0)
11-15	53.0 (48.0-57.0)	7.0 (4.0-10.25)	2.0 (1.0-3.0)	44.0 (41.0-46.0)
16-20	54.0 (50.0-57.0)	9.0 (6.0-12.0)	2.0 (2.0-3.0)	42.0 (41.0-44.0)
>20	57.0 (54.0-61.0)	14.0 (11.0-17.0)	3.0 (3.0-5.0)	40.0 (37.0-42.0)
Valor P	0.000	0.000	0.000	0.000

Mediana (IQR); MBI total=Cuestionario de Burnout de Maslach; MBI-CE=Cansancio emocional; MBI-DP= Despersonalización; MBI-RP=Realización personal

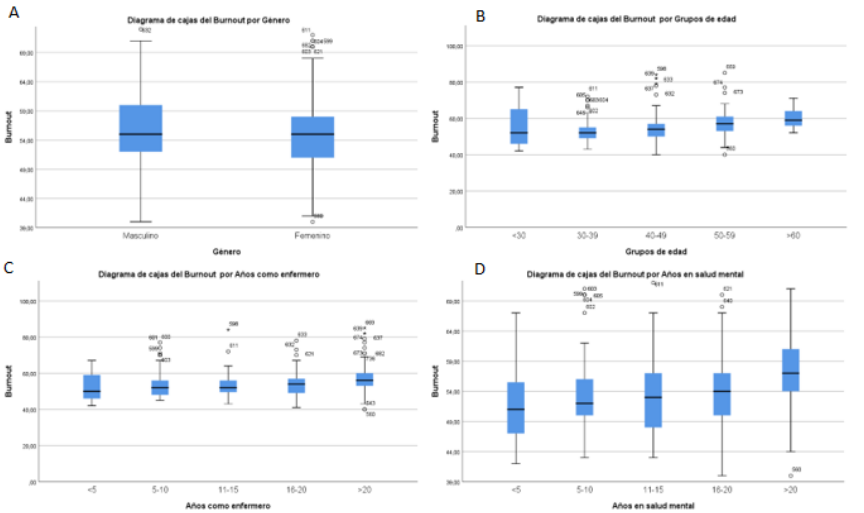

Figura 31.
Diagrama de cajas de los puntajes del Burnout en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

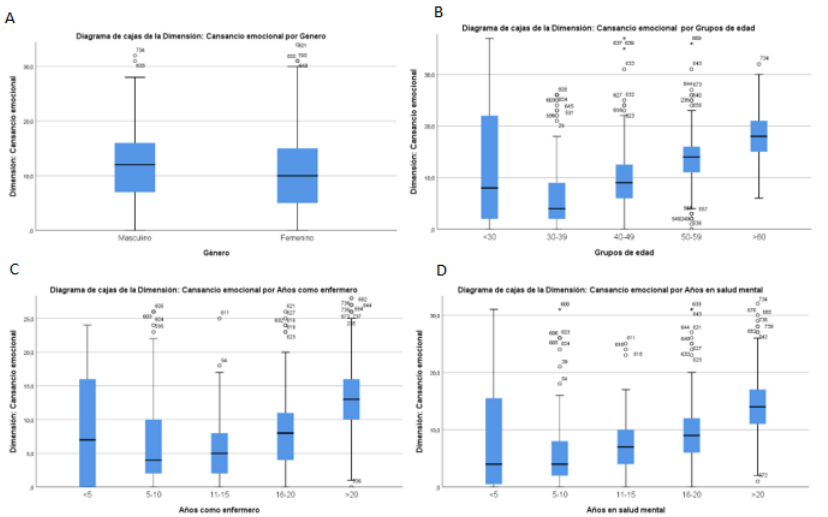

Figura 32.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Cansancio emocional en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

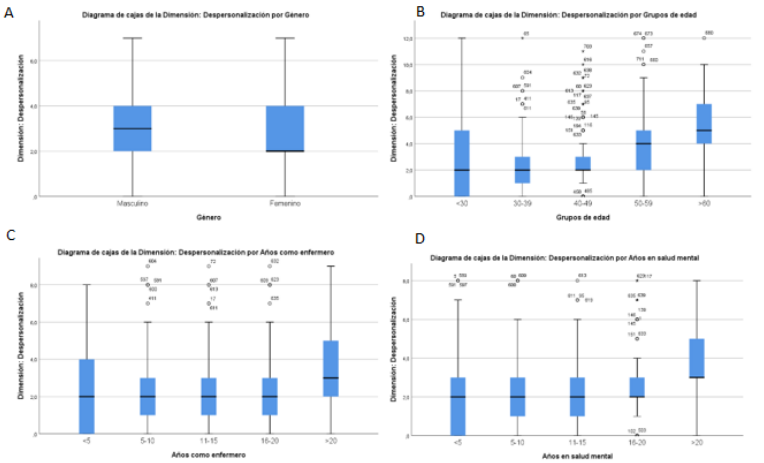

Figura 33.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Despersonalización en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

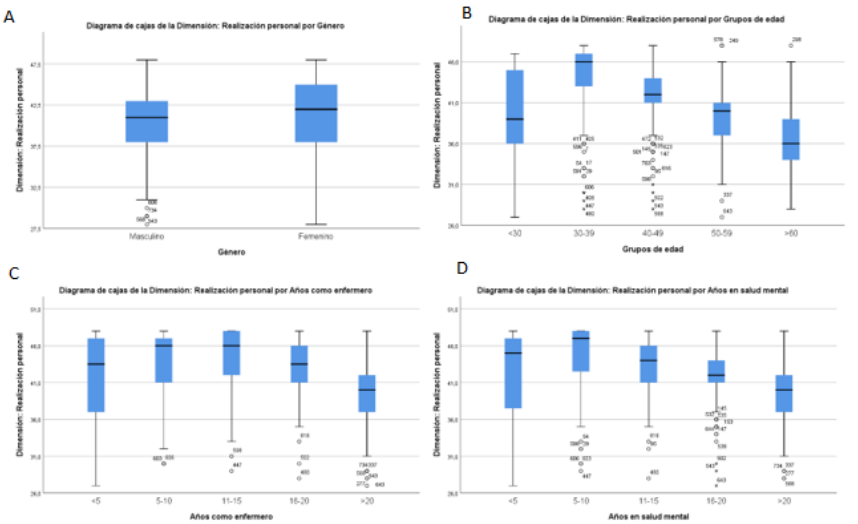

Figura 34.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Realización personal en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

Se puede observar una relación directa o positiva (P<0,05) entre las dimensiones "cansancio emocional" y "despersonalización" del burnout con todas las variables estudiadas excepto con la dimensión de "cuidado compasivo" de la empatía, la "realización personal" del burnout y con las dimensiones "restricción social" y "autoritarismo" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental donde se observa una relación inversa o negativa (P<0,05). Además, la dimensión "realización personal" del burnout presentó una relación inversa o negativa (P<0,05) con todas las variables estudiadas excepto con las dimensiones de "cuidado compasivo" de la empatía, y las dimensiones "restricción social" y "autoritarismo" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental donde se observa una relación directa o positiva (P<0,05) (Tabla 40).

4.3.5 ACTITUDES HACIA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL Y DIMENSIONES

Los resultados obtenidos en relación a la variable actitudes hacia el paciente con trastorno mental y sus dimensiones (Autoritarismo, Benevolencia, Restricción social y Salud mental en la comunidad) se muestran en la tabla 42 y las figuras 35-39. La mediana de las puntuaciones del instrumento de CAMI alcanzan un valor de 114,00 puntos para la puntuación total; 9,00 para la dimensión "autoritarismo"; 46,00 para la dimensión "benevolencia"; 12,00 para la dimensión "restricción social" y, por último, 47,00 para la dimensión "salud mental en la comunidad".

No se observaron diferencias significativas (P>0,05) entre los sexos para el CAMI total y las dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" pero si para el "autoritarismo" y la "restricción social" donde los hombres presentaron valores menores (Tabla 42).

Tanto en el CAMI total como en sus dimensiones se observaron diferencias significativas (P<0,05) entre los grupos de edad. Los resultados de la prueba de comparación múltiple indicaron que las mayores puntuaciones del CAMI, la dimensión "autoritarismo" y la dimensión "restricción social" se observaron en el grupo de menos de 39 años, siendo estos, además, los que menores puntuaciones

obtuverion en las dimensiones “benevolencia” y “salud mental en la comunidad”.

En relación a los años de experiencia profesional como enfermeros se observaron diferencias significativas (P<0,05). La prueba de comparación múltiple en las dimensiones del CAMI indicó que las mayores puntuaciones en las dimensiones “autoritarismo” y “restricción social” se encontraron en los enfermeros con menos de 15 y de 5 años, respectivamente de experiencia profesional en el sector sanitario independientemente de si estaban en dispositivos de salud mental o no. Además, obtuvieron la puntuación más alta en las dimensiones “benevolencia” y “salud mental en la comunidad” los enfermeros con más de 20 años dispositivos sanitarios.

Respecto a los años trabajados en los dispositivos de salud mental se obtuvieron diferencias significativas (P<0,05) entre los grupos. La prueba de comparación múltiple indicó que en la dimensión “autoritarismo” en menores de 10 años de experiencia y en la dimensión “restricción social” en menores de 15 años de experiencia se obtuvieron las puntuaciones mayores. Además, los enfermeros con experiencia de más de 20 años en estos dispositivos obtuvieron las puntuaciones más altas en las dimensiones “benevolencia” y “salud mental en la comunidad”.

TABLA 42.
Asociación entre las actitudes hacia el paciente con trastorno mental, sus dimensiones y las variables sociodemográficas.

Variable	CAMI total (Mediana IQR)	CAMI-A (Mediana IQR)	CAMI-B (Mediana IQR)	CAMI-RS (Mediana IQR)	CAMI-SMC (Mediana IQR)
Sexo	114.0 (113.0-115.0)	9.0 (8.0-9.0)	46.0 (45.2-46.0)	12.0 (10.0-13.0)	47.0 (45.0-49.0)
Masculino	114.0 (113.0-115.0)	9.0 (8.0-9.0)	46.0 (46.0-46.0)	12.0 (10.0-13.0)	47.0 (45.0-50.0)
Femenino	114.0 (113.0-115.0)	9.0 (8.0-10.0)	46.0 (45.0-46.0)	13.0 (11.0-14.0)	47.0 (45.0-49.0)
Valor P	0.136	0.000	0.127	0.003	0.056
Grupos de edad					
<30	114.0 (113.0-116.5)	12.0 (10.0-15.5)	45.0 (44.0-46.0)	16.0 (13.0-18.0)	44.0 (38.0-47.0)
30-39	114.0 (112.7-116.0)	9.0 (9.0-11.0)	46.0 (45.0-46.0)	13.0 (12.0-14.25)	45.0 (44.0-47.0)
40-49	114.0 (112.0-115.0)	9.0 (8.0-9.0)	46.0 (46.0-46.0)	13.0 (11.0-13.0)	46.0 (45.0-48.0)
50-59	114.0 (113.0-115.0)	8.0 (8.0-9.0)	46.0 (46.0-46.0)	11.0 (10.0-13.0)	49.0 (46.0-50.0)
>60	114.0 (114.0-114.0)	8.0 (8.0-8.0)	46.0 (46.0-46.0)	10.0 (10.0-10.0)	50.0 (50.0-50.0)
Valor P	0.018	0.000	0.000	0.000	0.000

Continuación

TABLA 42.
Continuación

Variable	CAMI total (Mediana IQR)	CAMI-A (Mediana IQR)	CAMI-B (Mediana IQR)	CAMI-RS (Mediana IQR)	CAMI-SMC (Mediana IQR)
Años como enfermero					
<5	114.0 (113.0-15.25)	10.0 (9.0-13.5)	45.5 (44.0-46.0)	15.0 (12.0-17.25)	44.0 (39.75-46.25)
5-10	114.5 (112.0-117.25)	10.0 (9.0-12.0)	46.0 (45.0-46.0)	14.0 (12.0-15.0)	45.0 (42.75-47.25)
11-15	114.0 (113.0-115.0)	9.0 (9.0-10.0)	46.0 (45.0-46.0)	13.0 (12.0-14.0)	46.0 (44.0-47.0)
16-20	114.0 (112.0-115.0)	9.0 (9.0-9.0)	46.0 (45.0-46.0)	13.0 (12.0-14.0)	46.0 (44.0-48.0)
>20	114.0 (113.0-114.0)	8.0 (8.0-9.0)	46.0 (46.0-46.0)	11.0 (10.0-13.0)	48.0 (46.0-50.0)
Valor P	0.208	0.000	0.000	0.000	0.000
Años en salud mental					
<5	114.0 (112.0-117.0)	10.0 (9.0-12.0)	46.0 (44.0-46.0)	14.0 (12.0-16.0)	45.0 (41.0-47.0)
5-10	114.0 (112.0-115.0)	9.0 (9.0-10.0)	46.0 (45.0-46.0)	13.0 (13.0-14.0)	45.0 (43.0-47.0)
11-15	114.0 (112.0-115.0)	9.0 (9.0-9.0)	46.0 (45.0-46.0)	13.0 (12.0-14.0)	45.5 (44.0-48.0)
16-20	114.0 (112.0-115.0)	9.0 (9.0-9.0)	46.0 (45.0-46.0)	13.0 (11.0-13.0)	46.0 (45.0-48.0)
>20	114.0 (113.0-114.0)	8.0 (8.0-9.0)	46.0 (46.0-46.0)	11.0 (10.0-13.0)	49.0 (46.0-50.0)
Valor P	0.220	0.000	0.000	0.000	0.000

Mediana (IQR); CAMI total=Cuestionario de evaluación de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental; CAMI-A=Autoritarismo; CAMI-B= Benevolencia; CAMI-RS=Restricción social; CAMI-SMC=Salud mental en la comunidad.

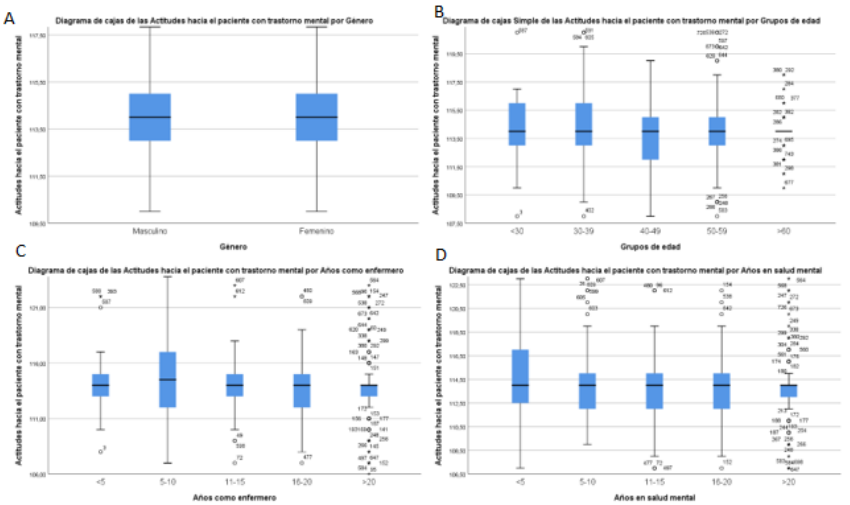

Figura 35.
Diagrama de cajas de los puntajes de Actitudes hacia el paciente con trastorno mental en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

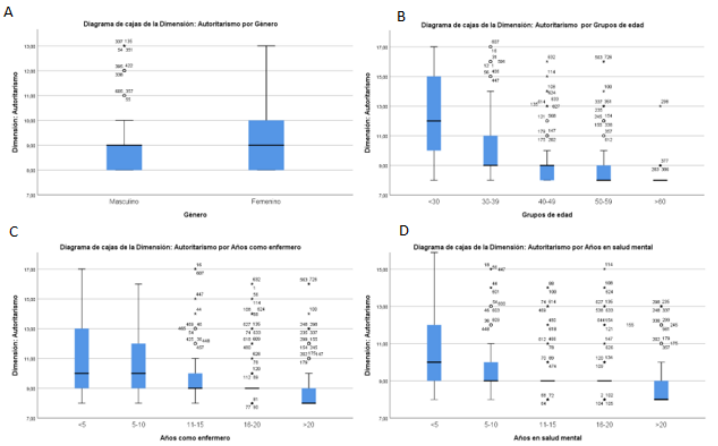

Figura 36.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Autoritarismo en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

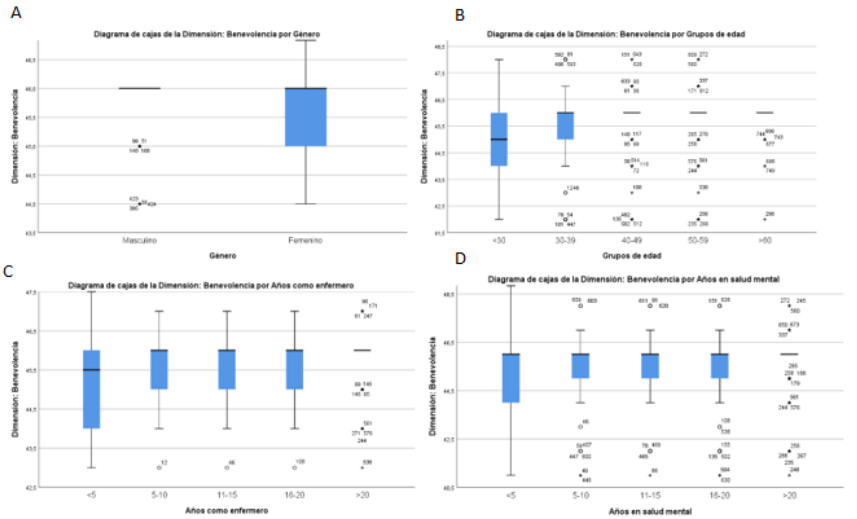

Figura 37.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Benevolencia en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

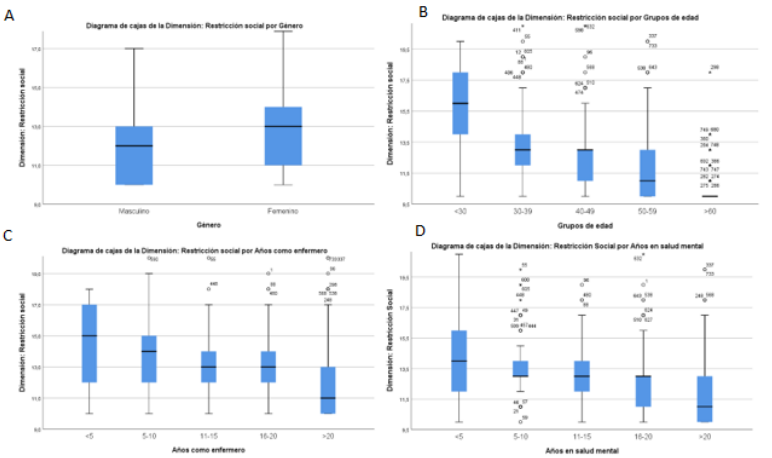

Figura 38.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Restricción social en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

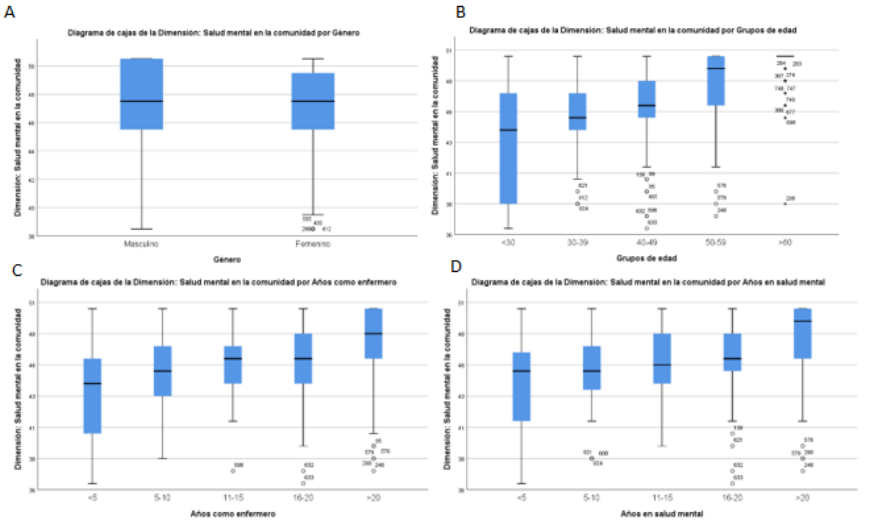

Figura 39.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión: Salud mental en la comunidad en función del género (A), grupos de edad (B), años como enfermero (C) y años en salud mental (D).

Se puede observar una relación inversa o negativa (P<0,05) en la dimensión "autoritarismo" con todas las variables estudiadas excepto con la dimensión de "cuidado compasivo" de la empatía, "restricción social" y la puntuación total de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental; y con la dimensión "realización personal" del burnout con las que se observa una relación directa o positiva (P<0,05).

También, se puede observar una relación directa o positiva (P<0,05) en las dimensiones "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" con todas las variables estudiadas excepto con las

dimensiones de “cuidado compasivo” de la empatía, “restricción social” y “autoritarismo” de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental; y con la dimensión de “realización personal” del burnout con las que se observa una relación inversa o negativa ($P<0,05$).

La dimensión de “restricción social” presentó una relación inversa o negativa ($P<0,05$) con todas las variables estudiadas excepto con las dimensiones de “ponerse en el lugar del paciente” y “cuidado compasivo” de la empatía; “autoritarismo” y la puntuación total de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental; y con la dimensión de “realización personal” del burnout con las que se observa una relación directa o positiva ($P<0,05$). En la tabla 40 se pueden observar los resultados con mayor detalle.

4.4 ANÁLISIS COMPARATIVOS ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ESTUDIO

4.4.1 EMPATÍA ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ESTUDIO

Se observaron diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales de la empatía entre los grupos. La prueba de comparación múltiple indicó que los residentes de primer año presentaron las medianas de las puntaciones más bajas (111,00), mientras que los especialistas en salud mental tienen las medianas de las puntaciones más altas (130,00). No se observan diferencias significativas (P>0,05) entre los estudiantes ni antes ni después de las prácticas de salud mental, ni tampoco con los residentes de segundo año (Tabla 43, figura 40).

TABLA 43.
Comparación de los puntajes de las diferentes escalas y sus dimensiones según el nivel académico.

	ESTUDIANTES PREPRÁCTICAS Mediana (IQR)	ESTUDIANTES POSTPRACTICAS SM Mediana (IQR)	RESIDENTES 1° Mediana (IQR)	RESIDENTES 2° Mediana (IQR)	ESPECIALISTAS SM Mediana (IQR)	VALOR P
Empatía	118,00[A,B] (110,00-125,00)	125,50[A] (120,00-130,00)	111,00[B] (105,00-118,50)	121,00[A] (115,00-125,50)	130,00[C] (128,00-132,00)	0,000
Lugar del paciente	9,00[A] (7,00-10,00)	11,00[A] (10,00-12,00)	11,00[A] (9,00-12,00)	12,00[B] (12,00-13,00)	14,00[C] (13,00-14,00)	0,000
Cuidado compasivo	48,00[A,B] (45,00-51,00)	51,00[C] (50,00-52,00)	44,00[D] (40,00-47,00)	46,00[A] (44,50-50,00)	49,00[B] (48,00-50,00)	0,000
Toma de perspectiva	60,00[A] (56,00-65,00)	63,00[A] (61,00-67,25)	56,00[B] (54,00-61,00)	63,00[A] (59,00-64,75)	67,00[C] (66,00-69,00)	0,000
Burnout	44,00[A] (39,00-56,00)	47,00[A] (44,75-51,00)	41,00[A] (37,00-48,50)	42,00[A] (39,00-53,50)	55,00[B] (51,00-59,00)	0,000
Cansancio emocional	3,00[A] (1,00-11,00)	3,00[A] (0,75-10,00)	1,00[A] (0,00-9,00)	3,00[A] (0,00-11,00)	11,00[B] (6,00-15,00)	0,000
Despersonalización	1,00[A] (0,00-3,00)	2,00[A] (1,00-3,00)	0,00[B] (0,00-1,00)	1,00[A,B] (0,00-2,00)	3,00[C] (2,00-4,00)	0,000
Realización personal	39,00[A] (35,00-42,00)	41,00[B] (40,00-43,25)	37,00[A] (34,00-40,50)	38,00[A] (35,50-41,00)	41,00[B] (38,00-44,00)	0,000

TABLA 43.

CONTINUACIÓN

Actitudes hacia el paciente con trastorno mental	129,00A (126,00-132,00)	126,00A (125,00-128,25)	125,00B (122,00-127,00)	126,00A (124,00-128,00)	124,00C (122,00-124,00)	0,000
Autoritarismo	25,00A (22,00-28,00)	22,00A (20,00-25,25)	25,00A (23,00-27,00)	23,00A (21,00-24,50)	19,00B (18,00-19,00)	0,000
Benevolencia	45,00A (43,00-47,00)	46,00A (44,00-47,00)	41,00B (40,00-43,00)	44,00C (43,00-46,00)	46,00A (45,00-46,00)	0,000
Restricción social	21,00A (16,00-28,00)	17,00A (14,00-20,25)	19,00A (17,00-20,00)	17,00A (15,00-18,00)	12,00B (10,00-13,00)	0,000
Salud mental en la comunidad	38,00A (32,00-44,00)	41,50A (38,00-44,00)	40,00A (38,00-42,00)	43,00A (41,00-45,50)	47,00B (45,00-49,00)	0,000

IQR=Rango intercuartílico; A, B, C, D= Letras iguales en la misma fila indican que no hay diferecias significativas (P>0,05) entre grupos según la prueba de comparación multiple

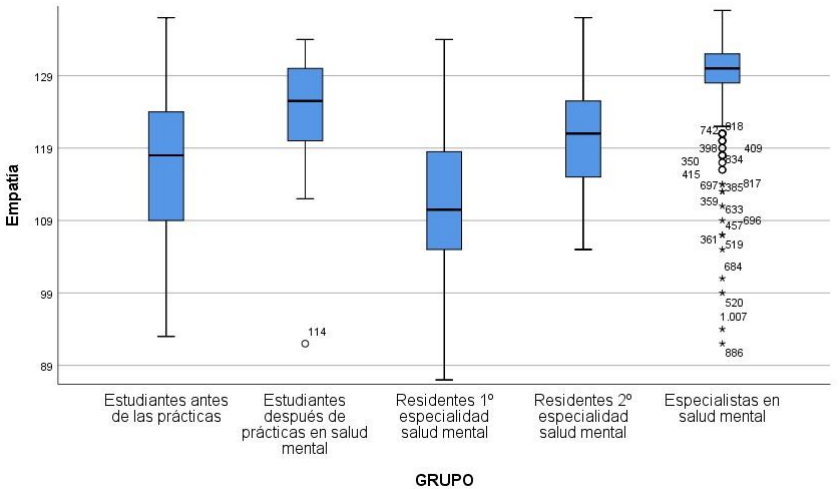

Figura 40.
Diagrama de cajas de los puntajes de la Empatía en función del nivel académico.

4.4.1.1 Empatía. Dimensión "Ponerse en el lugar del paciente"

Se observaron diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales de la dimensión "ponerse en el lugar del paciente" entre los grupos. La prueba de comparación múltiple indicó que no se encuentran diferencias significativas (P>0,05) entre los estudiantes ni antes ni después de las prácticas ni con los residentes de primer año. Estos grupos, son los que obtienen las medianas de las puntuaciones más bajas (9,00; 11,00). Los residentes de 2° año muestran diferencias significativas (P<0,05) con todos los grupos. Los especialistas en salud mental muestran diferencias significativas (P<0,05) con todos los grupos. Además, son los que tienen las medianas de las puntuaciones más altas (14,00) (Tabla 43; Figura 41)

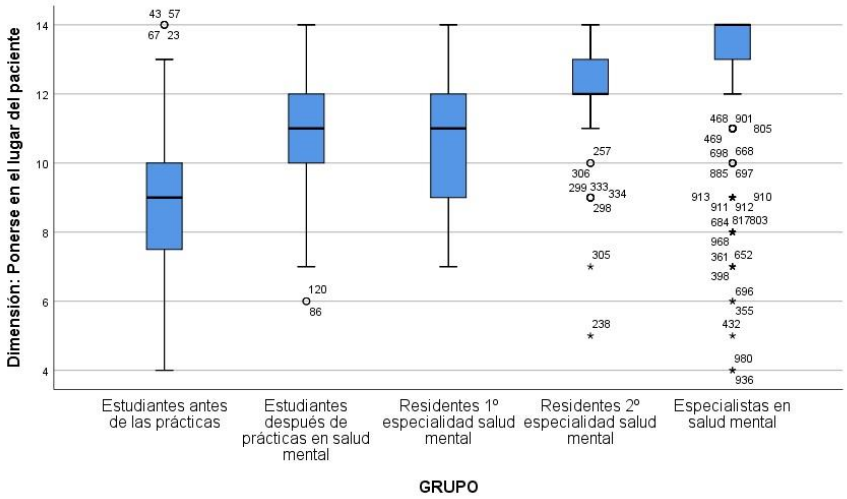

Figura 41.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Ponerse en el lugar del paciente" en función del nivel académico.

4.4.1.2 Empatía. Dimensión "Cuidado compasivo"

En la dimensión "cuidado compasivo" observamos diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. La prueba de comparación múltiple indicó que los residentes de 1° tienen diferencias significativas (P<0,05) con el resto de grupos y las medianas de las puntuaciones más bajas (44,00). Los alumnos después de su paso por las prácticas de salud mental tienen diferencias significativas (P<0,05) con el resto de grupos y alcazan los valores de medianas más altos (51,00). Los alumnos antes de su paso por las prácticas no muestran diferencias significativas (P>0,05) con los residentes de 2° año ni con los especialistas (Tabla 43 y figura 42).

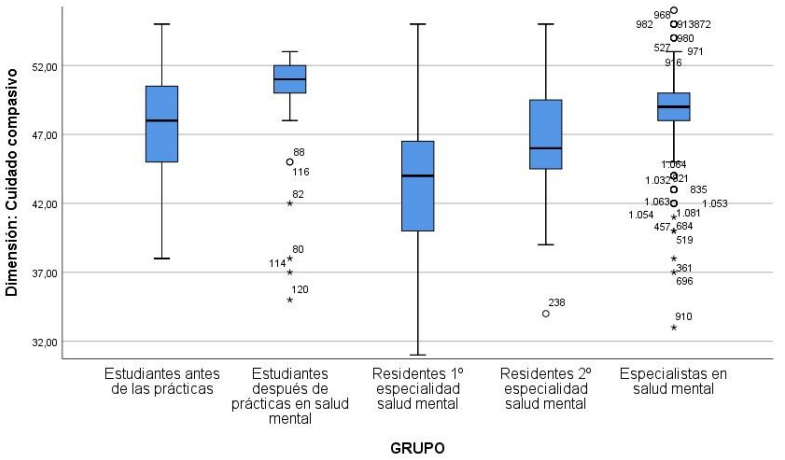

Figura 42.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Cuidado compasivo" en función del nivel académico.

4.4.1.3 Empatía. Dimensión "Toma de perspectiva"

Los resultados de la dimensión "toma de perspectiva" pueden observarse en la Tabla 43 y la figura 43. Observamos diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. La prueba de comparación múltiple mostró que los residentes de primer año tienen diferencias significativas (P<0,05) con el resto de grupos, siendo los que tienen las medianas de las puntaciones más bajas (56,00). Los especialistas en salud mental tienen diferencias significativas (P<0,05) con el resto de grupos, siendo los que tienen las medianas de las puntaciones más altas (67,00). No se observan diferencias significativas (P>0,05) entre los estudiantes ni antes ni después de las prácticas de salud mental, ni tampoco con los residentes de segundo año.

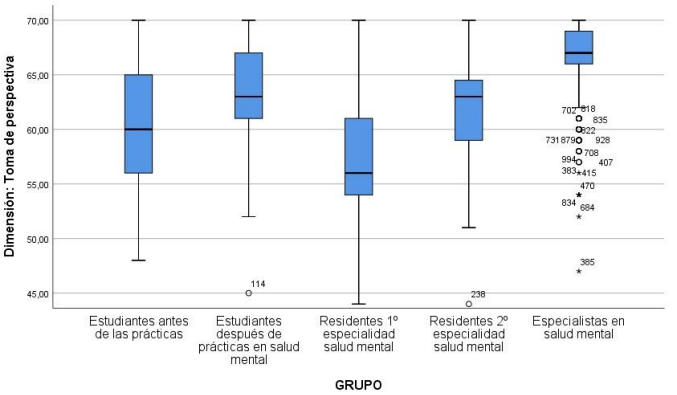

Figura 43.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Toma de perspectiva" en función del nivel académico.

4.4.2 BURNOUT EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE ESTUDIO

En relación al burnout, se observaron (Tabla 43 y figura 44) diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos (Tabla 43 y figura 44). La prueba de comparación multiple indicó que los estudiantes antes y después de las prácticas en salud mental y los residentes de primer y segundo año no tienen diferencias significativas entre ellos (P>0,05) y presentan las menores medianas con valores que oscilaron entre 44,00 y 47,00. Por otro lado, los especialistas en salud mental tienen diferencias significativas (P<0,05) con el resto de grupos y las mayores medianas de las puntuaciones (55,00).

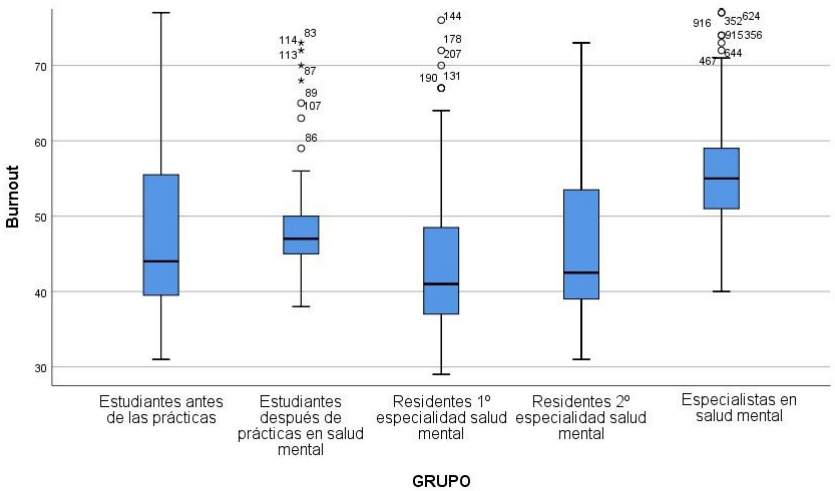

Figura 44.
Diagrama de cajas de los puntajes del burnout en función del nivel académico.

4.4.2.1 Burnout. Dimensión "Cansancio emocional"

En relación a la dimensión "cansancio emocional", podemos observar diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. La prueba de comparación múltiple no mostró diferencias significativas (P>0,05) entre los estudiantes antes y después de las prácticas en salud mental y los residentes de primer y segundo año. Estos grupos presentaron las menores medianas de la dimensión "cansancio emocional" que oscilaron entre 1,00 y 3,00. Por otro lado, los especialistas en salud mental difirieron significativamente (P<0,05) del resto de grupos y presentaron las mayores medianas de las puntuaciones (11,00) (Tabla 43, figura 45).

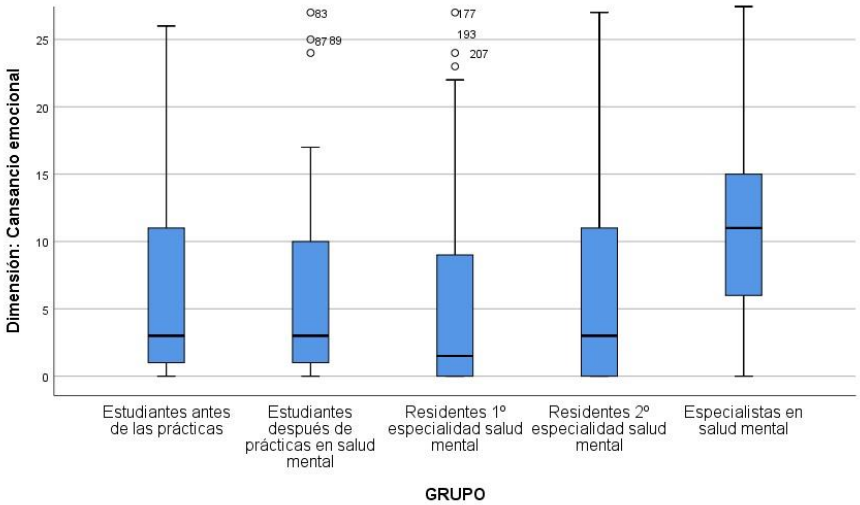

Figura 45.

Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Cansancio emocional" en función del nivel académico.

4.4.2.2 Burnout. Dimensión "Despersonalización"

En relación a la dimensión "despersonalización" se encontraron diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. En la prueba de comparación multiple se observó que los estudiantes antes y después de las prácticas en salud mental y los residentes de segundo año no difirieron significativamente entre ellos (P>0,05). Por otro lado, los residentes de primer y segundo año tampoco tienen diferencias significativas (P>0,05) entre ellos, siendo los que menores medianas de puntuaciones tienen oscilando entre 0,00 y 1,00. Sin embargo, los especialistas en salud mental difirieron significativamente (P<0,05) del resto de grupos presentaron mayor mediana de las puntuaciones con un valor de 3,00 (Tabla 43 y figura 46).

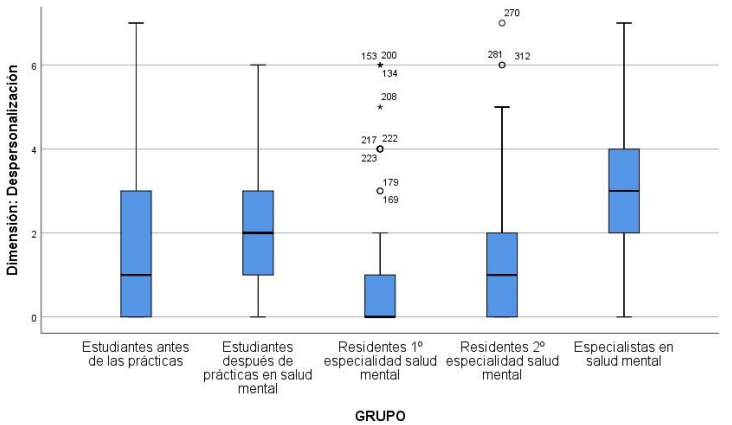

Figura 46.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Despersonalización" en función del nivel académico.

4.4.2.3 Burnout. Dimensión "Realización personal"

En relación a la dimensión "realización personal", podemos observar diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. La prueba de comparación múltiple indicó que los estudiantes antes de las prácticas en salud mental y los residentes de primer y segundo año no difieren significativamente entre ellos (P>0,05), siendo los que menores medianas de puntuaciones tienen, oscilando entre 37,00 y 39,00. Los estudiantes tras su paso por las prácticas de salud mental y los especialistas en salud mental tampoco muestran diferencias significativas entre ellos (P>0,05) y presentaron las mayores medianas de las puntuaciones con un valor de 41,00 (Tabla 43 y figura 47).

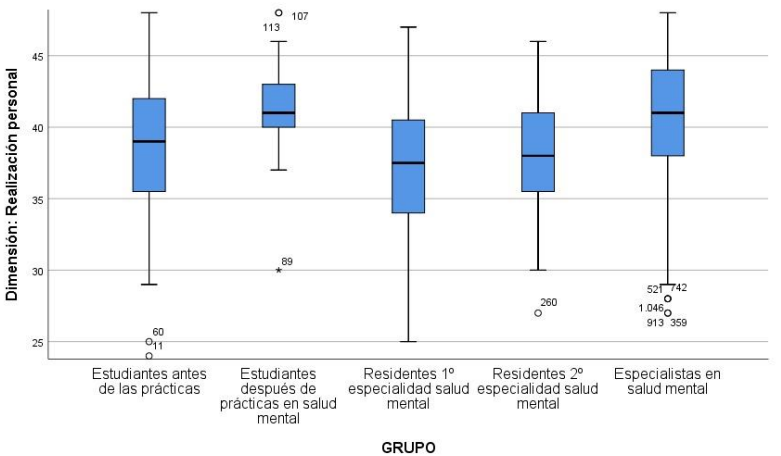

Figura 47.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Realización personal" en función del nivel académico.

4.4.3 ACTITUDES HACIA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE ESTUDIO

En relación a las actitudes hacia el paciente con trastorno mental podemos observar en la tabla 43 y la figura 48 diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. La prueba de comparación múltiple mostró que los estudiantes antes y después de las prácticas en salud mental y los residentes de segundo año no difieren significativamente (P>0,05) entre ellos siendo los que mayores medianas tienen en sus puntuaciones oscilando entre 126,00 y 129,00. Por otro lado, los residentes de primer año tienen diferencias significativas (P<0,05) con todos los grupos y los especialistas en salud mental también, siendo estos últimos los que menores puntuaciones tienen (124,00).

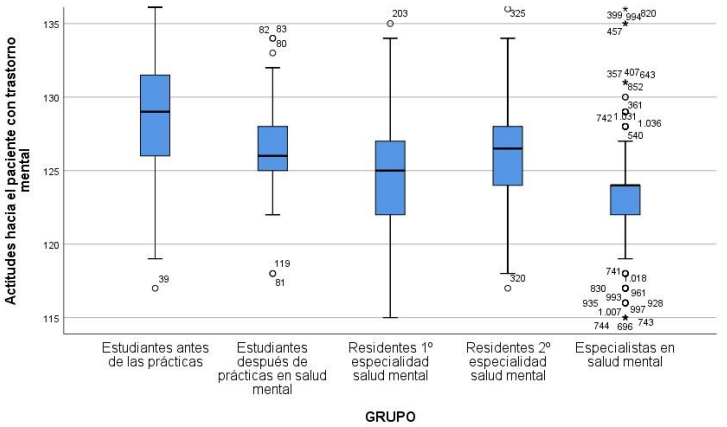

Figura 48.

Diagrama de cajas de los puntajes de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental en función del nivel académico.

4.4.3.1 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Autoritarismo"

En relación a la dimensión "autoritarismo" podemos observar que existen diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. En la prueba de comparación múltiple se observó como los estudiantes antes y después de su paso por salud mental, y los residentes de primer y segundo año no muestran diferencias significativas (P>0,05) entre ellos, siendo los que mayores medianas de las puntuaciones ostentan oscilando entre 22,00 y 25,00. Los especialistas en salud mental muestran diferencias significativas (P<0,05) con el resto de grupos y las menores medianas de las puntuaciones con un valor de 19,00 (Tabla 43 y figura 49).

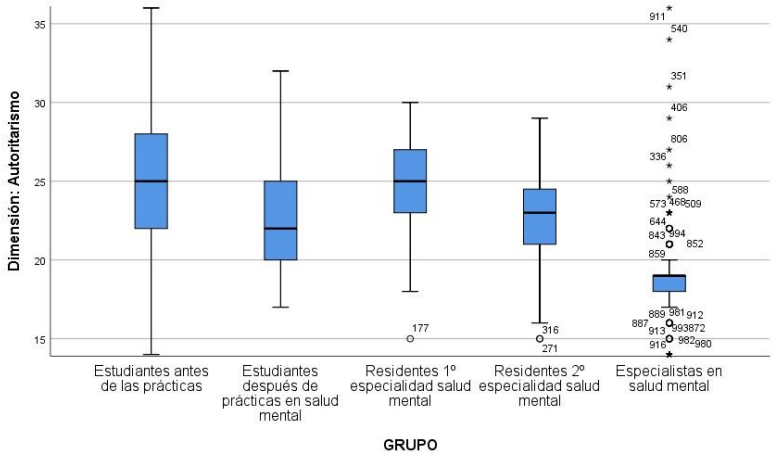

Figura 49.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Autoritarismo" en función del nivel académico.

4.4.3.2 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Benevolencia"

En la dimensión "benevolencia" se observaron diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. La prueba de comparaciones múltiples indicó que los estudiantes antes y después de su paso por las prácticas de salud mental y los especialistas en salud mental no muestran diferencias significativas (P>0,05) entre ellos y tienen las mayores medianas de las puntuaciones oscilando entre 45,00 y 46,00. Por otro lado, los residentes de primer año muestran diferencias significativas (P<0,05) con el resto de grupos y mostraron la mediana más baja (41,00) y los residentes de segundo año también muestran diferencias significativas (P<0,05) con el resto de grupos (Tabla 43; Figura 50).

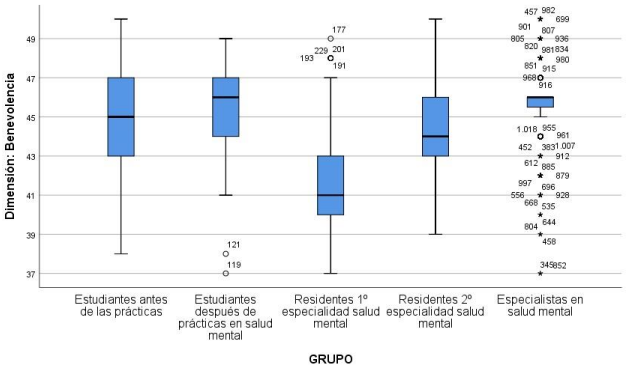

Figura 50.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Benevolencia" en función del nivel académico.

4.4.3.3 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Restricción social"

En relación a la dimensión "restricción social" podemos observar diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. Las comparaciones multiples indicaron que los estudiantes antes y después de su paso por salud mental, y los residentes de primer y segundo año no diferian significativamente (P>0,05) entre ellos, siendo los que mayores medianas de las puntuaciones ostentan, oscilando entre 17,00 y 21,00. Los especialistas en salud mental muestran diferencias significativas (P<0,05) con el resto de grupos y las menores medianas de las puntuaciones con un valor de 12,00 (Tabla 43 y figura 51).

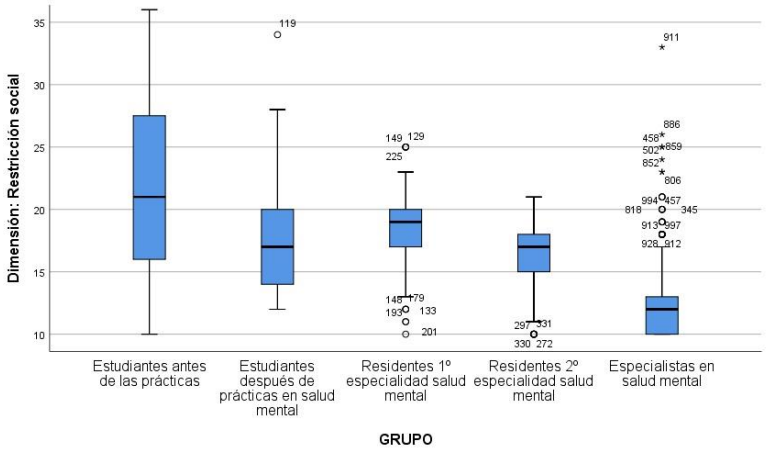

Figura 51.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "Restricción social" en función del nivel académico.

4.4.3.4 Actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Dimensión "Salud mental en la comunidad"

La dimensión "salud mental en la comunidad" mostró diferencias significativas (P<0,05) en los puntajes totales entre los grupos. Además, en las compraciones múltiples se observa que los alumnos antes de las prácticas no difieren significativamente (P>0,05) de los alumnos después de su paso por salud mental, ni de los residentes de primer y segundo año, siendo los que menores medianas de las puntuaciones tienen oscilando entre 38,00 y 43,00. Para finalizar, los especialistas en salud mental muestran diferencias significativas con todos los grupos siendo los que tienen las medianas de las puntuaciones más altas (47,00) (Tabla 43; figura 52).

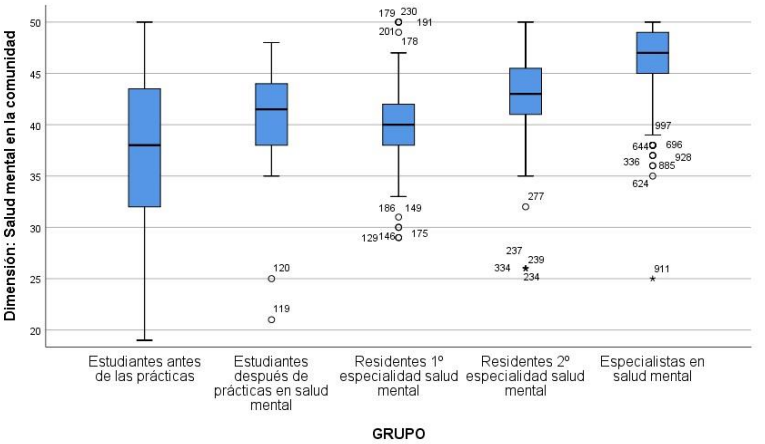

Figura 52.
Diagrama de cajas de los puntajes de la dimensión "salud mental en la comunidad" en función del nivel académico.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

A continuación, se expone la discusión de los resultados obtenidos en cada una de las diferentes fases, con estudiantes de enfermería, enfermeras en formación especializada en salud mental y enfermeras especialistas en salud mental. Así como las limitaciones, las contribuciones teóricas y aplicaciones prácticas del estudio, y las líneas de investigación futuras.

5.1 DISCUSIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO EN TODAS LAS MUESTRAS

Existen pocos estudios en los que se haya medido el grado de empatía en residentes de especialidades de ciencias de la salud y la mayoría de ellos son llevados a cabo en las especialidades de medicina (Blanco et al. 2020; Villalba-Arias et al. 2020). Dentro de los estudios de empatía realizados hasta el momento en residentes y profesionales de las distintas especialidades enfermeras una gran proporción de ellos fueron realizados en el ámbito de los dispositivos de emergencias y atención primaria (Yuguero et al. 2017, 2019). Sin embargo, hasta el momento, se han realizado pocos estudios sobre el nivel de empatía de los enfermeros de salud mental (Sturzu et al. 2019; Ghaedi et al. 2020). Además, ninguno describe la evolución de la empatía desde que se es estudiante hasta su desarrollo como profesional en salud mental.

En relación a la empatía medida de forma general, los resultados en la muestra de estudiantes de enfermería de ambos grupos, tanto antes como después de las prácticas clínicas, indican que la puntuación de los participantes fue relativamente alta en comparación con otras investigaciones (Håkansson et al. 2018). Este hallazgo muestra la importancia de contar con universidades que realicen la propuesta de Brunero et al. (2010) que indicaba que el aprendizaje experiencial a partir de escenarios basados en

simulaciones de casos durante los estudios de carreras sanitarias aumentaba la empatía de los estudiantes. Esta estrategia ha sido implementada en el ambiente universitario del presente estudio mediante talleres prácticos de simulación de técnicas y gracias a ella es posible reportar una mejoría en las cifras de los estudiantes. Los resultados en los residentes indicaron que la puntuación de empatía fue alta. Villalba-Arias et al. (2020) mencionan en sus estudios que la especialidad que se esté estudiando influye en la empatía de la muestra, siendo las dedicadas a la salud mental, las que mayores valores en empatía reportan como podemos observar en nuestros resultados. Este hecho es congruente también con la alta puntuación de la muestra de profesionales de nuestro estudio que verifican otros hallazgos de investigación en enfermería (Bogiatzaki et al. 2019) que llegan a indicar que los enfermeros en áreas psiquiátricas son los que presentan mayores puntuaciones de todos los servicios hospitalarios (Ghaedi et al. 2020). A pesar de ello, Villalba-Arias et al. (2020) sugieren que son necesarios más estudios para poder trazar resultados de tendencia más generales. Por otro lado, la literatura existente muestra resultados mixtos sobre el acuerdo de si la empatía aumenta o decrece con el tiempo en la trayectoria de las profesiones sanitarias. Ferri et al. (2015) encontraron que la empatía disminuía a lo largo de los estudios. Sin embargo, en nuestro estudio encontramos que a los estudiantes masculinos que pasan por dispositivos de salud mental su empatía

se mantiene en el tiempo. Además, en el resto de participantes tras su paso por las prácticas asistenciales, sean estas psiquiátricas o no, existe un aumento de la empatía de forma general. También se observa que, durante la residencia de salud mental, la empatía muestra una relación de aumento con el tiempo de la misma como se puede observar en la literatura (Anta et al. 2021). Este mismo aumento puede observarse en los profesionales de salud mental relacionando mayor edad de los profesionales, más años trabajados en el sistema sanitario y de experiencia profesional en los dispositivos de salud mental, estando estos resultados, en la línea de la literatura internacional actual (Ghaedi et al. 2020; Bogiatzaki et al. 2019; Yuguero et al. 2019).

Si realizamos un análisis dimensional de la empatía podemos observar que, durante el estudio del Grado en Enfermería, los alumnos aumentaron las puntuaciones en todas las dimensiones generalmente originando así mayor capacidad para imaginarse en la situación personal y única que vive el paciente en esos momentos, tomando la perspectiva del mismo, conociendo sus emociones y siendo capaces de vivirlas como la propia persona que las padece. La excepción viene dada por el sexo masculino que tras el paso por las prácticas de salud mental sus dimensiones empáticas siguen estables. Hecho que también es positivo ya que según los estudios se disminuía (Ferri et al. 2015). También durante la residencia de la especialidad en salud mental se aumentaron las puntuaciones en

todas las dimensiones entre el primer año de residencia y el segundo, hecho que hemos podido observar de manera similar en la literatura sobre el tema (Blanco et al, 2018). Sin embargo, también se objetiva que cuando un profesional es especialista, la dimensión de cuidados compasivos, que está relacionada con la forma particular de sentir las emociones de los pacientes, va disminuyendo en comparación con el momento de realizar las prácticas en salud mental como estudiante. Esto puede deberse a que sentir diariamente en su trabajo las emociones de este tipo de pacientes, la mayoría de las veces negativas y estigmatizadas, puede hacer que los profesionales lleguen a aumentar su ansiedad y sus sentimientos negativos llegando a crear problemas en el trabajo y fuera del mismo (Lopez-Lopez et al. 2019).

En relación al sexo, la bibliografía indica diferencias significativas entre hombres y mujeres en la empatía de forma general (Sturzu et al. 2019; Bogiatzaki et al. 2019; Gleichgerrcht y Decety 2013). Esto es coherente con nuestros hallazgos que encontraron también diferencias significativas entre los sexos en la muestra de estudiantes, tanto en el grupo que realizó sus prácticas en dispositivos generales como en el grupo de salud mental siendo las mujeres de este último las que mejores puntuaciones obtuvieron. También se observaron diferencias significativas en la muestra de residentes en ambos años de residencia siendo las mujeres del último año las que mejores puntuaciones alcanzaron y, por último,

en la muestra de profesionales especialistas en salud mental también hubo diferencias significativas pero esta vez las mujeres estaban más igualadas con los hombres. Sin embargo, en al análisis dimensional de la empatía, podemos observar que en la dimensión "ponerse en el lugar del paciente", no se encontró diferencias entre hombres y mujeres hasta que no se llegó a ser especialista en salud mental donde si hubo diferencias, por lo que podemos afirmar que la capacidad para imaginarse en la situación del paciente se desarrolla de manera común e igualitaria hasta que, debido a diferencias culturales atribuidas al sexo y la edad (Bratek et al. 2015), los hombres comienzan a tener una diferenciación donde predominan por encima del sexo femenino una vez llegan a la categoría de especialistas.

Por otro lado, en la dimensión "toma de perspectiva", con puntuaciones mayores en mujeres durante la carrera universitaria y parte de la residencia, el único hito donde no existen diferencias de sexos en nuestro estudio lo observamos en los residentes de segundo año que parece que llegan a un equilibro antes de volver a diferenciarse cuando llegan a ser especialistas siendo los hombres los que tiene mayores puntuaciones. Es posible que este equilibro se deba más a las características del aprendizaje durante la residencia en forma de prácticas contínuas, vivencias laborales en el entorno sanitario con los pacientes con trastorno mental, las clases teorícas y sesiones de casos clínicos que llevan al residente a

equilibrar el dominio de la toma de perspectiva del paciente conociendo sus emociones, que al sexo en sí mismo. Posteriormente y con los años de experiencia, este dominio de la toma de perspectiva adquiere elementos personales del denominado curriculum oculto o viviencias personales de la trayectoria vital que hace que el sexo vuelva a adquirir un punto de diferenciación importante, siendo el masculino el que adquiere mayor capacidad para esta dimensión.

Por ultimo, la manera de experimentar las emociones de los pacientes, que está engoblada dentro de la dimensión "cuidados compasivos", vuelve a tener especial importancia el sexo femenino que se diferencia de los hombres aumentando su puntuación con respecto a ellos durante toda la trayectoria profesional, excepto cuando se es alumno y se pasa por las prácticas de salud mental, donde no existen diferencias entre ambos, posiblemente por el impacto y estigma causado por este tipo de pacientes (Giralt et al. 2019) que hace que el cuidado compasivo no se desarrolle en unos más que en otros. Algunos autores sugieren que todas las diferencias observadas tanto en la empatía general como en sus dimensiones, pueden deberse en gran medida a las expectativas culturales sobre los roles de sexo (Bratek et al. 2015) donde la mujer ejerce un papel de cuidadora principal con componentes afectivos predominantes, de ahí su alta puntuación en la dimensión de cuidados compasivos. A pesar de ello se observa en la muestra

de enfermeros de salud mental una tendencia a ir salvando la diferencia de sexo en las puntuaciones, llegando a ser los hombres más empáticos en la forma de ponerse en el lugar del paciente y tomar la perspectiva del mismo.

Por todo ello, observamos cómo en nuestro trabajo la empatía tiende a aumentar cuanto mayor es la especialización en los estudios desde que se es alumno, pasando por la residencia y culminando en la especialidad, llegando a disminuir exclusivamente tras la salida de la carrera y al inicio de la especialidad, hecho que se podría atribuir al tiempo de estudio sin relación social para conseguir una plaza y a la poca experiencia laboral por estar estudiando, que hace que se pierda la capacidad empática adquirida anteriormente. Si bien es cierto que, a pesar de lo comentado anteriormente, las dimensiones se mantienen mas o menos estables entre los grupos hasta que se ejerce la labor asistencial en unidades de salud mental de forma continuada donde aumentan. Cabe añadir que en los alumnos que habían realizado prácticas asistenciales en dispositivos de salud mental no se han encontrado diferencias signiticativas en la empatía y sus dimensiones con respecto a los alumnos que la realizaron en dispositivos generales. Pudiendose decir que, en líneas generales el aumento de la empatía y sus dimensiones en los alumnos está relacionado con las prácticas asistenciales en cualquier dispositivo y no en algunos específicos.

A pesar que la literatura científica evidencia que la empatía es un factor protector contra el burnout (Lopes y Nihei, 2020; Yuguero et al. 2017, 2019) en nuestro estudio evidenciamos que el burnout aumenta sus niveles cuanto mayor es la puntuación en empatía y sus dimensiones en las tres muestras. El burnout en la muestra de estudiantes aumentó tras el paso por las prácticas clínicas, aunque de forma significativa solo en el grupo que realizó sus prácticas en dispositivos generales y en las mujeres del grupo de salud mental. Esto es contrario a los resultados de otros estudios como el de Ferri et al, (2015) que nos informa del aumento del mismo en áreas de salud mental en todos los sexos. Los hallazgos observados en el grupo de prácticas en dispositivos generales pueden deberse a la importancia que para los alumnos de enfermería tiene los dispositivos no relacionados con la salud mental, que les hace tener una mayor presión en ellos en contrapartida con los relacionados con los trastornos mentales mucho más estigmatizados y relegados a otro nivel (Giralt et al. 2019). Si observamos el estudio de Galdino et al. (2020), los autores relacionaron el burnout con la presión en el entorno académico y las expectativas por tener un buen desempeño en la práctica clínica, hecho que se ve agravado tras pasar por las prácticas asistenciales, que exigen del alumno el control sobre sus emociones, un nivel óptimo de conocimientos aplicables a la realidad del momento y asumir el desconocimiento ante muchas situaciones reales, tanto en los dispositivos generales

como en aquellos dedicados exclusivamente a los pacientes con trastorno mental. Además, en los residentes, el burnout, aumentó con los años de residencia de forma significativa en el sexo masculino, indicando que los mecanismos de defensa de los hombres son menos eficientes a la hora de lidiar con el estrés en el trabajo (Lopez-Lopez et al. 2019). En los enfermeros especialistas en salud mental el burnout aumentó con la edad, con la experiencia laboral como enfermero y, de forma particular, con los años trabajados en dispositivos de salud mental. Podemos observar la misma relación entre el aumento de la empatía y aumento del burnout en los estudios de Bogiatzaki et al. (2019) y Sturzu et al. (2019) que lo relacionan con la intensidad del trabajo del profesional en las áreas con mayor carga emocional como es el área de salud mental frente al resto de entornos sanitarios. En estas áreas, la cercanía en la relación enfermero-paciente y el manejo de los comportamientos difíciles y desafiantes de los pacientes (Lamothe et al. 2014), hacen que los enfermeros de salud mental tengan mayores niveles de burnout que en otras especialidades a pesar de que la empatía sea elevada (Sturzu et al. 2019).

En relación a las diferencias que podría tener el burnout general en cuanto al sexo, sólo hubo diferencias signitificativas entre los alumnos que realizaron sus prácticas en dispositivos generales y los residentes de primer año de especialidad siendo en ambas muestras mayor el burnout en las mujeres. Sin embargo, se evidencia en el

estudio que algunas de sus dimensiones sí estaban relacionadas con el sexo.

El cansancio emocional es la primera dimensión del síndrome de burnout en manifestarse, en la muestra de estudiantes se refleja en la falta de recursos psicológicos del alumno para hace frente a la realidad académica. Tener cansancio emocional tiene repercusiones perjudiciales para el propio estudiante de enfermería y para sus profesores universitarios que intentan realizar su labor con los alumnos cansados emocionalmente. Esto es debido a que el cansacio emocional interfiere en la concentración y la capacidad de aprendizaje (Galdino et al. 2020; Babenko-Mould y Laschinger, 2014). En relación al sexo, se evidencia en el estudio que la dimensión "cansancio emocional" no estaba relacionada con él en ningún grupo de la muestra de estudiantes tras pasar por sus respectivos dispositivos de prácticas. En el estudio de Bogiatzaki et al. (2019) se informó de este hecho indicando que el sexo no es un indicador fuerte de cansancio emocional. A pesar de la vulnerabilidad de los jóvenes al cansancio emocional que se ha informado en varios estudios (Adriaenssens et al. 2015), las bajas cifras en la dimensión parecen indicar que en el Grado de Enfermería de la universidad de Cádiz se llevan a cabo estrategias trasversales para su prevención entre las que se incluyen la distribución adecuada de la carga de trabajo durante el curso que obtiene buenos resultados. Estudios como el de Dooris et al.

(2014) indican que para paliar el burnout las universidades deberían comprometerse en promover la salud y el bienestar de los estudiantes. Por otro lado, se observa que, en los residentes de primer año, los hombres obtienen puntuaciones significativas menores que las mujeres para, posteriormente, siendo especialistas ser los más perjudicados en esta dimensión hallando en ellos las puntuaciones más altas. La revisión sistemática de Lopez-Lopez et al. (2019) indica en sus resultados que los hombres están peor equipados que las mujeres para hacer frente al estrés laboral y se pueden cansar emocionalmente antes. Además, Sturzu et al. (2019) informan que las continuas demandas de los pacientes de salud mental, así como los incidentes violentos pueden provocar un aumento cansancio emocional hecho que se puede observar en los profesionales especialistas que trabajan de manera continua con este tipo de pacientes culminando a partir de los 20 años de experiencia como enfermeros y especialistas.

Por otro lado, Ferri et al. (2015) afirmaron que la dimensión "despersonalización" está relacionada con el distanciamiento del enfermero hacia los pacientes y puede representar un mecanismo defensivo de protección. Aunque ser hombre predispone a los estudiantes a la despersonalización según Ramírez et al. (2018), en nuestro estudio observamos de forma contraria que, en la muestra de estudiantes, las mujeres de ambos grupos experimentan diferencias estadísticamente significativas de aumento de la

dimensión después de su paso por las prácticas asistenciales. También ocurre esta situación durante la residencia de salud mental, sin llegar en ninguna de las muestras, estudiantes y residentes, a tener niveles de importancia. Algunos estudios aluden que esta diferencia está relacionada con el mayor porcentaje de mujeres que estudian en Grado de Enfermería y realizan la residencia en enfermería de salud mental (Novoa-Sandoval et al. 2021). Además, el enfoque humanista de los estudios y formaciones sanitarias, que ayuda a ver y a tratar a los pacientes como seres humanos con emociones que sienten y padecen, en especial de los estudios de enfermería, sugiere el origen de las bajas puntuaciones en "despersonalización" mientras se cursa el grado y se realiza la respectiva residencia ya que en ellos sigue habiendo un gran componente de aprendizaje mediante la enseñanza con profesores y tutores (Limeira et al, 2015). Futuras investigaciones deberían centrarse en hallar más respuestas a estos resultados haciendo hincapié en la diferenciación por sexos. Por el contrario, los especialistas en enfermería de salud mental masculinos tienen mayor puntuación en "despersonalización" que las mujeres. Existen estudios que han mostrado esta variación en la puntuación (Lamothe et al. 2014). Es probable que los hombres utilicen el mecanismo de despersonalización para protegerse del estrés que conlleva el burnout (Bogiatzaki et al. 2019) y que muchos de ellos, una vez son profesionales, tengan cansancio emocional debido a las

características de los pacientes que sufren un trastorno mental (Lopez-Lopez et al. 2019).

La literatura indica que los enfermeros mientras realizan sus estudios o están en activo en las labores asistenciales mantienen la estabilidad en su realización personal (Lopes y Nihei, 2020). Sin embargo, durante la investigación se observó un aumento significativo en las muestras de mujeres estudiantes de enfermería que realizaron sus prácticas clínicas en un entorno de salud mental, en los hombres que cursaron la residencia en salud mental y en los profesionales especialistas de ambos sexos que han dedicado su labor asistencial a los pacientes con trastorno mental. También podemos observar como el grupo de estudiantes que realizó sus prácticas en dispositivos de salud mental obtuvo diferencias significativas con puntuaciones mayores que el grupo que realizó sus prácticas asistenciales en el resto de dispositivos. Según el estudio de Alba-Martín (2015) los servicios de salud mental aumentan el factor motivacional del personal que realiza su labor profesional en ellos. Este hecho, unido a las conductas de protección que se pueden originar con los pacientes que padecen un trastorno mental (Jung et al. 2017) nos informa de los cambios significativos de esta dimensión tras pasar por las prácticas en unidades psiquiátricas. Sin embargo, se debería seguir realizando estudios con residentes de enfermería en salud mental masculinos para poder mostrar conclusiones a estos hallazgos. También se

observó que la realización personal decrece culminando en los 20 años de experiencia como enfermero y especialista hecho coincidente y relacionado con el aumento del cansancio emocional en esta población (Sturzu et al. 2019).

En definitiva, en relación al burnout y sus dimensiones, en la muestra de estudiantes de enfermería no se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos excepto en la realización personal donde el grupo que realizó sus prácticas en salud mental tiene valores estadísticamente signiticativos más altos. En ambos se encontraron niveles poco acentuados de cansancio emocional y de despersonalización que ponen de manifiesto la conciliación existente entre las prácticas asistenciales y el ámbito académico (Valero-Chillerón, 2019) que ayuda a que el estudiante no aumente estás dimensiones. Así, la realización personal puede observarse como un valor con una puntuación destacable que, según la literatura, aumenta por la satisfacción con el entorno de prácticas en dispositivos de salud mental y que origina que no se desarrolle el síndrome de burnout, hecho que concuerda con el estudio de García (2018). Además, los alumnos que realizaron sus prácticas en salud mental tuvieron mayor factor motivacional aumentando esta dimensión (Alba-Martín, 2015). También podemos observar como existe una disminución de la despersonalización y la realización personal durante el primer año de residencia en comparación con la carrera universitaria. Este hallazgo podría deberse al poco tiempo

asistencial que los enfermeros dedican una vez acaban la carrera, para primar el tiempo dedicado al estudio con la finalidad de aprobar el examen de acceso a la residencia. Por ello es posible que los residentes hayan tenido poco contacto con los pacientes, por haber trabajado poco, y comiencen la especialidad en enfermería de salud mental con bajos índices en estas dimensiones. Estos índices acabarán igualando a lo largo de los dos años de residencia a las puntuaciones obtenidas durante los cuatro años del grado universitario que sí incluía prácticas asistenciales continuadas en entornos reales. Posteriormente, durante el trabajo asistencial una vez se es enfermero especialista en salud mental y se trabaja a diario con pacientes con trastorno mental estas puntuaciones seguirán elevándose hasta originar la puntuación obtenida en el estudio y todas las afectaciones físicas y psíquicas derivadas.

A partir de la literatura especializada en salud observamos que existe riesgo de trasmitir a los estudiantes de enfermería las actitudes negativas y estigmatizantes hacia los pacientes que padecen un trastorno mental (Song, 2015; Fokuo et al. 2016). Según la revisión sistemática de Giralt et al. (2019) no existen estudios actualizados que analicen las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental en estudiantes de enfermería. Por otro lado, a pesar que en el programa formativo de la especialidad de enfermería de salud mental publicado en el BOE número 123 del 24 de mayo de 2001 donde se aprueba dicho programa, se indica que

“el residente mostrará una actitud abierta y no discriminatoria, así como luchará contra el estigma que padecen los pacientes con trastorno mental”, no existen estudios que evalúen estas actitudes. Además, existe poca investigación sobre las actitudes hacia el paciente con trastorno mental específicamente en profesionales de salud mental (Sordi et al. 2019).

En nuestro estudio, en la dimensión “autoritarismo”, en los estudiantes de prácticas generales y en la dimensión “restricción social” para todos los estudiantes de ambos grupos, se observa mayor puntuación en los alumnos del sexo masculino. Este hecho también se observa en la dimensión autoritarismo de los residentes de salud mental. Según esta trayectoria, en ellos aún sobreviven conductas paternalistas propias de la estigmatización hacia los pacientes de salud mental (Mascayano et al. 2015) siendo probable que las hayan adquirido de los profesionales de las unidades (Giralt et al. 2019). Sin embargo, con el paso del tiempo estas conductas disminuirán y será en el sexo femenino en el que predomine estas dimensiones (Jung et al. 2017). En los residentes de salud mental estas dos dimensiones disminuyen a lo largo de la estancia de dos años en ambos sexos, hecho que parece indicar una asimilación del paciente con trastorno mental como persona adulta, autosuficiente y sin peligro para los demás. Sin embargo, siguen siendo las mujeres las que mayor autoritarismo profesan volviendo a recalcar la actitud maternalista sobre ellos. Nuestro estudio nos indica que, en la

muestra de enfermeros especialistas en salud mental, las mujeres obtienen una mayor puntuación en la dimensión "restricción social" y "autoritarismo". Este hallazgo puede deberse al distanciamiento que experimentan los hombres debido a su aumento en la dimensión "despersonalización" del burnout y al predominio de actitudes maternalistas de las mujeres profesionales de salud mental con los pacientes con trastornos mentales (Jung et al. 2017). El rol social del sexo es una variable de importancia según Reupert et al. (2020), especialmente después de haber vivido hitos personales de importancia en el denominado curriculum oculto o vivencias personales. Estas actitudes incapacitan al paciente para tomar decisiones y para formar parte activa en el tratamiento de su propia enfermedad, confinándolo a veces, por su salud, en sitios aislados con poco contacto con el resto de individuos. Además, se observa en nuestro estudio diferencias significativas entre las alumnas de ambos grupos después de pasar por las prácticas asistenciales, siendo las que han pasado por unidades de salud mental las que menor "autoritarismo" y "restricción social" profesan debido al contacto continuo con este perfil de pacientes (Happell et al. 2015). Estas actitudes con el tiempo decrecerán (Jung et al. 2017).

En la dimensión "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" se observa en la muestra de estudiantes que el sexo femenino parte de una mayor puntuación y se observan cambios significativos a lo largo de las prácticas asistenciales en ambas dimensiones. Sin

embargo, estos cambios predominan en las mujeres que pasaron por dispositivos de salud mental hecho que remarca el poco "autoritarismo" y la poca "restricción social" que desprenden durante su etapa de estudiantes hacia estos pacientes debido al contacto con los mismos (Happell et al. 2015). Así, las mujeres estudiantes en unidades psiquiátricas aumentan su "salud mental en la comunidad" como parte del proceso de conocimiento de los dispositivos que existen para tratar los problemas mentales y el día a día de los pacientes, y disminuirán su "benevolencia" para en un futuro alcanzar actitudes maternalistas de "restricción social" y "autoritarismo". En la muestra de residentes también puede observarse que, en estas dos dimensiones, el sexo femenino parte de una mayor puntuación, y existen cambios significativos a lo largo de la residencia en todos los participantes que mejoran sus puntuaciones (Sordi et al. 2019). Sin embargo, en la muestra de enfermeros especialistas no hay diferencias entre hombres y mujeres en las dimensiones, hecho congruente con otros estudios en este tipo de muestras (Fradelos et al. 2015; Sordi et al. 2019).

El estudio ha evidenciado que en la muestra de estudiantes de enfermería no se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos a excepción del "autoritarismo" y la "restricción social" de las mujeres después de sus prácticas con pacientes mentales que son considerablemente menores que si no hubieran estado con ellos. Estos hallazgos están en la línea de los propuestos en la

revisión de Giralt el al. (2019) donde se sugiere que la realización de las prácticas en dispositivos de salud mental promueve una reducción en los estereotipos y creencias en relación con el contacto con ellos, así como compasión prevaleciente, responsabilidad y voluntad de ayudar. Sin embargo, en las muestras de residentes y profesionales de salud mental se observa que una mayor puntuación en empatía mejora significativamente las actitudes generales hacia el paciente con trastorno mental, aumentando estas últimas como en el estudio de Jung et al. (2017). Además, si observamos por dimensiones podemos ver que cuanto más empático es un enfermero especialista, más "benevolencia" y mayor "salud mental en la comunidad" profesa; y menos "autoritarismo" y "restricción social". Este fenómeno va unido a la experiencia sanitaria debido a los años de residencia de salud mental en la muestra de residentes, y a la edad y la experiencia laboral tanto en dispositivos generales como especialmente, y de forma más significativa, en los de salud mental en los enfermeros especialistas en salud mental, estando en la línea de la revisión de Sordi Carrara et al. (2019). Estos resultados coinciden con los que se obtuvieron en las investigaciones de Fradelos et al. (2015) y Jung et al. (2017). Sin embargo, aunque estos hallazgos coinciden de manera general con las dimensiones de la empatía observamos que, en los profesionales de salud mental, que tiene una amplia experiencia laboral en el trato de pacientes con trastorno mentales,

la dimensión de "ponerse en el lugar del paciente" aumenta la "restricción social" y la dimensión del "cuidado compasivo" aumenta el "autoritarismo", la "restricción social" y disminuye la "salud mental en la comunidad". Este hecho está relacionado con las actitudes maternalistas que anteriormente se nombraron ya que, al lograr sentir como el paciente (dimensión de "cuidado compasivo") y vivir el sufrimiento que él mismo vive cada día, es probable que los profesionales tomen el control de las vidas de los mismos y quieran ser los responsables de cada hito en su vida diaria "por su bien" (Jung et al. 2017) originando los hallazgos dados, que son especialmente relevantes en el sexo femenino.

Para concluir, las dimensiones de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental no sufren un cambio durante la carrera. Al comienzo de la residencia, hay una disminución inicial con respecto al grado en enfermería de la actitud de benevolencia debido al desapego por la labor asistencial. Esto puede ser debido al tiempo de estudio de las oposiciones para la especialidad. Posteriormente, una vez los enfermeros son especialistas en salud mental y trabajan en dispositivos psiquiátricos a diario, podemos observar como todas las dimensiones de las actitudes sufren una evolución, volviendo a la benevolencia que se tenía de alumno, aumentando la salud mental en la comunidad y disminuyendo aquellas actitudes rígidas y que van en contra del correcto trato con el paciente como son la restricción social y el autoritarismo.

5.2 LIMITACIONES

La fiabilidad de un instrumento es un procedimiento estadístico que debe realizarse de forma general en todas las investigaciones que impliquen el uso de un cuestionario para comprobar si los ítems de ese instrumento se correlacionan entre sí de manera favorable. A pesar que los instrumentos utilizados en el estudio están validados en nuestro idioma, se requiere el cálculo de su fiabilidad cuando se usan (Rodríguez-Rodríguez y Reguant-Álvarez, 2020). En nuestro estudio, además, está justificado pues hay trabajos que evidencian que la escala de Maslach para medir el burnout no muestra fiabilidad cuando se utiliza en enfermeros residentes (Navinés et al. 2021; Ovejas-López et al. 2019).

La fiabilidad de las escalas utilizadas en las tres muestras del estudio fue buena, a excepción de las dimensiones "ponerse en el lugar del paciente" y "cuidado compasivo" de la empatía, como también muestran los análisis realizados por Díaz-Narvaez et al. (2021) que, a pesar de las cifras bajas, las consideran buenas puntuaciones. Debido a estas bajas puntuaciones de las dimensiones de la empatía, estudios actuales recomiendan en la escala de Jefferson solo calcular la fiabilidad del puntaje total, sin dividirlo en dimensiones (Díaz Valentin, 2019). En el burnout, las dimensiones "despersonalización" y "realización personal" del cuestionario de Maslach también fueron bajas, hecho coincidente con el estudio de

Lopes y Nihei (2020) que normalizaron estos resultados dándolos como buenos. También fue baja la dimensión "despersonalización" del burnout exclusivamente para los residentes de salud mental, resultado que observamos también el estudio de Guido et al. (2012) que informan que los resultados bajos son aceptables. Además, en profesionales de salud mental, el alfa de Cronbach del MBI total que se obtuvo tampoco fue bueno, sin embargo, en su cálculo por dimensiones obtuvimos cifras mejores que las del estudio de Yuguero et al. (2017). En este estudio, los autores aprobaron los resultados para la fiabilidad del burnout mediante el alfa de Cronbach a pesar de tener cifras bajas para la misma. Los resultados de todas las muestras de la presente investigación se acercaron más a las cifras de fiabilidad reportadas por el manual del cuestionario del MBI (Kulakova et al. 2017) que los artículos con los que se compararon en esta discusión. Los hallazgos nos indican que la fiabilidad del cuestionario MBI para el burnout, a pesar de ser el instrumento mejor valorado para su medición, no deja de tener controversia en su fiabilidad debido a la cantidad de valores bajos que reporta sobre la misma en diferentes estudios. Por tanto, aunque este estudio utilizó instrumentos adaptados y validados en nuestro entorno y ampliamente utilizados para evaluar la empatía, el agotamiento y las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental, tanto el JSPE como el MBI y el CAMI muestran ciertas debilidades relacionadas con la compleja definición de las tres

variables y su adaptación a culturas diferentes de las angloparlantes (Yuguero et al. 2017; Hemmerdinger et al. 2017; Olivares Faúndez y Gil Monte 2009).

El diseño trasversal del estudio también supone una limitación ya que no permite establecer relaciones causales.

5.3 RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los resultados obtenidos en el presente estudio hacen evidente la importancia de las prácticas clínicas en la carrera de enfermería, ya sean en dispositivos generales como específico, para el correcto desarrollo de la empatía, el burnout y las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. También nos informa de la necesidad de programas que estimulen el desarrollo de la empatía desde los alumnos que están estudiando el Grado de Enfermería, hasta los profesionales sanitarios, tanto en aquellos que están en formación como en los profesionales que ejercen su labor en dispositivos de salud mental. Hay que hacer especial hincapié en las personas que inician la residencia en salud mental ya que, con el tiempo de estudio, se pierde parte de la capacidad empática conseguida anteriormente. Es por ello que los programas para el desarrollo de la empatía deben ser proporcionados y validos en cualquier hito de la carrera profesional.

Por otro lado, los altos niveles de burnout observados en los profesionales especialistas nos indican que los enfermeros que desarrollan su labor con pacientes con trastorno mental tienen, a pesar de su alta empatía, una alta probabilidad de sufrir burnout.

Para paliar este problema serían necesarios programas para disminuir el burnout en profesionales de salud mental. Además de

una correcta administración de la carga laboral, los horarios y el tiempo libre por parte del sistema sanitario español.

Los estudios futuros deberían centrarse en observar y analizar el comportamiento de las variables estudiadas a lo largo de toda la trayectoria academica-profesional de la enfermería, es decir, en realizar seguimientos de muestras desde que son estudiantes del Grado de Enfermería, pasando por ser residentes de la especialidad de salud mental y culminando en profesionales especialistas. Estos futuros estudios permitirían realizar programas de mejora y desarrollo de las las tres variables (empatía, burnout y actitudes hacia el paciente con trastorno mental) a través de toda la trayectoria académica y profesional.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

Para finalizar, se exponen las conclusiones a las que ha llegado la investigación realizada.

6.1 CONCLUSIÓN EN RELACIÓN A LA HIPÓTESIS

1. El desarrollo de la empatía a lo largo de la trayectoria académico-profesional (estudiantes, residentes, y especialistas) ayuda a mejorar las actitudes positivas hacia los pacientes que padecen un trastorno mental y hace que el burnout aumente, por tanto, no ejerce de factor protecto contra el mismo en las muestras estudiadas.

6.2 CONCLUSIONES EN RELACIÓN AL GRUPO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

1. Las prácticas asistenciales realizadas en dispositivos de salud mental por parte de los estudiantes del Grado en Enfermería no muestran diferencias significativas (P>0,05) con las variables de empatía y sus dimensiones, en comparación con el resto de dispositivos asistenciales.

2. Las prácticas asistenciales realizadas en dispositivos de salud mental por parte de los estudiantes del Grado en Enfermería no muestran diferencias significativas (P>0,05) con las de burnout y sus dimensiones de "cansancio emocional" y "despersonalización", en comparación con el resto de dispositivos asistenciales. Sin embargo, sí muestran

diferencias significativas (P<0,05) positivas en la dimensión del burnout "realización personal"

3. Las prácticas asistenciales realizadas en dispositivos de salud mental por parte de los estudiantes del sexo femenino del Grado en Enfermería, muestran diferencias significativas (P<0,05) a su favor en las dimensiones de "autoritarismo" y "restricción social" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental en comparación con el resto de dispositivos asistenciales. Sin embargo, no muestran diferencias significativas (P>0,05) con la dimensión de "benevolencia" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental en comparación con el resto de dispositivos asistenciales.

6.3 CONCLUSIONES EN RELACIÓN AL GRUPO DE RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

1. La empatía y sus dimensiones aumentan positivamente a lo largo de la residencia como especialista en salud mental excepto en la dimensión "cuidado compasivo" en el sexo masculino que se mantiene estable.

2. El burnout y su dimensión "realización personal" aumentan en el sexo masculino a lo largo de la residencia como

especialista en salud mental. Sin embargo, la dimensión de "cansancio emocional" permanece estable y la dimensión "despersonalización" aumenta en el sexo femenino a lo largo de la residencia como especialista en salud mental.

3. Las actitudes hacia el paciente con trastorno mental mejoran a lo largo de la residencia como especialista en salud mental. Disminuyendo la "restricción social" y el "autoritarismo" y aumentando la "benevolencia" y la "salud mental en la comunidad".

6.4 CONCLUSIONES EN RELACIÓN AL GRUPO DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL EN ESPAÑA

1. La empatía y sus dimensiones aumentan positivamente a lo largo de la experiencia profesional como especialista en unidades de salud mental.

2. El burnout y sus dimensiones aumentan a lo largo de la experiencia profesional como especialista en unidades de salud mental excepto la "realización personal" que disminuye.

3. Las actitudes hacia el paciente con trastorno mental mejoran a lo largo de la experiencia profesional como especialista en unidades de salud mental. Disminuyendo la "restricción

social" y el "autoritarismo" y aumentando la "benevolencia" y la "salud mental en la comunidad".

6.5 CONCLUSIONES EN RELACIÓN A LA COMPARACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS

1. La empatía y sus dimensiones tiende a aumentar cuanto mayor es la especialización en los estudios desde que se es alumno, pasando por la residencia y culminando en la especialidad, llegando a disminuir exclusivamente tras la salida de la carrera y al inicio de la especialidad

2. El burnout y sus dimensiones se mantienen estables durante la etapa de estudiante, sufren una disminución tras el inicio de la especialidad y aumentan al finalizar esta y durante la labor asistencial como especialista en salud mental.

3. La dimensión de "benevolencia" de las actitudes hacia los pacientes con trastorno mental sufre una disminución durante la residencia, para volver a equilibrarse de nuevo durante el trabajo diario como especialista.

4. Las dimensiones "autoritarismo", "restricción social" y "salud mental en la comunidad" de las actitudes hacia el paciente con trastorno mental se mantienen estables desde que se es estudiante hasta que se finaliza la especialidad en salud mental, sin embargo, la "salud mental en la comunidad"

aumenta durante la labor asistencial como especialista en salud mental y, por el contrario, las dimensiones "autoritarismo", "restricción social" disminuyen.

CAPÍTULO 7: BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas en formato APA 7ª

Adriaenssens, J., De Gucht, V., y Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud,* 52(2), 649-61. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004

Aguayo, R. (2014). *Modelo clásico para la revisión sistemática de la literatura científica y su aplicación al estudio de Burnout* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.

Ahrweiler, F., Neumann, M., Goldblatt, H., Hahn, E. G., y Scheffer, C. (2014). Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey. *BMC Med Educ*,14, 122. doi: 10.1186/1472-6920-14-122.

Alba Martín, R., (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica De La Sociedad Española De Enfermería Neurológica*, *41*(1), 9-14.

Albar, M., y García, M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *The European Journal of Psychiatry, 19*(2), 96-106.

Albendín, L. (2016). *Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España.

Alcorta- Garza, A., González, J., Tavitas, S., Rodríguez, F y Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes de Medicina Mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57-63

Allport, G. W., Clark, K., y Pettigrew, T. (1954). *The nature of prejudice.* Cambridge, MA: Addison-Wesley.

Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., y Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry, 199*(5), 367-372

Apiquian, A. (2007). *El Síndrome de Burnout en las empresas*. Yucatan, México.

Ashmore, R. D., y Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. En D. L. Hamilton. (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Asociación Amerciana de Psiquiatría (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-VR).* Editorial Médica Panamericana.

Attar, H. S., y Chandramani, S. (2012). Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance. *Ann Indian Acad Neurol*, 15(1), 89-94. doi: 10.4103/0972-2327.100025.

Ayuso, Murillo, D., Tejedor, Muñoz, L., y Serrano, Gil, A. (2017). *Enfermería familiar y comunitaria, actividad asistencial y aspectos ético-jurídicos.* Díaz de los Santos.

Babenko-Mould, Y., y Laschinger H. K. (2014). Effects of incivility in clinical practice settings on nursing student burnout. Int. *J. Nurs. Educ. Scholarsh*, 11(1), 145-54.

Baker, F., y Schulberg H. C. (1967). The development of a community mental health ideology scale. *Community Ment Health J*, 3(3), 216-25. doi: 10.1007/BF01434874.

Baltar, F. & Gorjup, M. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149.

Bautista-Rodríguez, L. M. (2015). Relación terapéutica. *Revista Ciencia Y Cuidado*, *12*(1), 5–13. https://doi.org/10.22463/17949831.318

Baron-Cohen, S. y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Mental Disorders,* 34, 163–175.

Basch, M. F. (1983). Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations. *J Am Psychoanal Assoc,* 31(1), 101-26. doi:10.1177/000306518303100104.

Batson, C. D. (2009). *These things called empathy: Eight related but distinct phenomena.* In J. Decety Y W. Ickes (Eds.), *Social neuroscience. The social neuroscience of empathy* (p. 3–15). MIT Press. https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002

Bekkali, S., Youssef, G. J., Donaldson, P. H., Albein-Urios, N., Hyde, C., y Enticott, P. G. (2021). Is the Putative Mirror Neuron System Associated with Empathy? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev,* 31(1), 14-57. doi: 10.1007/s11065-020-09452-6.

Berg, K., Majdan, J. F., Berg, D., Veloski, J., y Hojat, M. (2011). Medical students self reported empathy and simulated patients assessments of students empathy: An analysis by gender and ethnicity. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges,* 86(8), 984-988. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182224f1f

Berta, Anta, M., Rufino, M. T., Marco, G. M. T., y Martínez, A., C. (2021). Self-perceived empathy in tutors and residents of a teaching unit of Family and Community Care. *Rev Educ Cienc Salud,* 18(1), 27-31

Blanco Canseco, J. M., Valcárcel Sierra, C., Guerra Jiménez, M., Ortigosa Rodríguez, E., García López, F., Caballero Martínez, F., Cabello Ballesteros, L., y Monge Martín, D. (2020). Empatía médica en residentes y tutores de medicina familiar y comunitaria. La visión del profesional y del paciente [Clinical empathy among family and community medicine residents and tutors. The view of physicians and patients]. *Atencion primaria*, *52*(3), 185–192. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.009

Blanco, J. M., Caballero, F., García, F. J., Lorenzo, F. y Monge, D. (2018). Validation of the Jefferson Scale of Physician Empathy in Spanish medical students who participated in an Early Clerkship Immersion programme. *BMC Medical Education,* 18, 1–11. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1309-9

Bogiatzaki, V., Frengidou, E., Savakis, E., Trigoni, M., Galanis, P. y Anagnostopoulos, F. (2019). Empathy and Burnout of Healthcare Professionals in Public Hospitals of Greece. *International Journal of Caring Sciences,* 12, 611–626.

Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., y Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and applied social psychology, 35*(1), 1-9. https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147.

Bourgault, P., Lavoie, S., Paul-Savoie, E., Gregoire, M., Michaud, C., Gosselin, E., y Jhonston, C. C. (2015). Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. *Journal Of Emergenciy Nursing,* 41, 323–325. https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.10.001

Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G. y Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry, 55*(1), 221-231. http://dx.doi.org/210.1016/j.comppsych.2013.1006.1005.

Bratek, A., Bulska, W., Bonk, M., Seweryn, M., y Krysta, K. (2015). Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub,* 27 (1), 48-52.

Bresó, E., Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2007). In search of the "third dimensión" of burnout: Efficacy or inefficacy? *Applied Psychology: An International review*, *56*(3),

460-478.

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. y Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment

and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study.

Schizophrenia Research, 122(1-3), 232- 238. http://dx.doi.org/210.1016/j.schres.2010.1002.1065.

Brunero, S., Lamont, S., y Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, *17*(1), 65–74. https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x

Burke, R. J. (1987). Burnout in police work: an examination of the Cherniss model. *Group Organ Studies, 12*(2), 174-188.

Cabana Salazar, J. A., García Ceballos, E., García García, G., Melis Suárez, A., y Dávila Ramírez, R. (2009). El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Revista Médica Electrónica, 31*(3), 0-0.

Canale, S. Del, Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., y Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, *87*(9), 1243–1249. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf

Cañadas-De la Fuente, G. A., Gómez-Urquiza, J. L., Ortega-Campos, E. M., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., y De la Fuente-Solana, E. I. (2018). Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: a meta-analytic study. *Psycho-Oncology, 27*(5), 1426-1433. doi:10.1002/pon.4632

Cañadas-de la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., y de la Fuente E. I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y

estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología., 46*, 44-52.

Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., y De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies, 52*, 240-249.

Caplan, S., Little, T. V., y Garces-King, J. (2016). Stigma about mental illness among multidisciplinary health care providers in the Dominican Republic. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 5*(3), 192.

Cliffordson, C. (2001). Parents' judgments and students' self-judgments of empathy: The structure of empathy and agreement of judgments based on the interpersonal reactivity index (IRI). *European Journal of Psychological Assessment, 17*(1), 36–47. https://doi.org/10.1027/1015-5759.17.1.36

Cohen, J., y Struening, E. L. (1962) Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol,* 64, 349–60.

Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *American Psychological Association, 12*, 48-67. https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48.

Corrigan, P. W. (2002). Testing social cognitive models of mental illness stigma: The Prairie State stigma studies. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, *6*, 232–254. https://doi.org/10.1080/10973430208408434

Corrigan, P. W., Kerr, A. y Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology, 11*, 179- 190. https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001.

Corrigan, P. W., y Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46, 42–48. https://doi.org/10.3928/02793695-20080101-04

Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002a). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 16-20.

Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002b). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 35-53. http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.1099.1091.1035.

Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social stigma. En D. T. Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*. (4ª ed., pp.504-553). Boston, MA: McGraw-Hill.

Cowin, L. S., y Johnson, M. (2015). From student to graduate: longitudinal changes in the qualities of. *Journal of Advanced Nursing*, *71*(12), 2911–2922. https://doi.org/10.1111/jan.12763

Cox, C. L., Uddin, L. Q., Di Martino, A., Castellanos, F. X., Milham, M. P., y Kelly, C. (2012). The balance between feeling and knowing: affective and cognitive empathy are reflected in the brain's intrinsic functional dynamics. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7, 727–737.

Davis, M.H. (1996) *A Social Psychologial Approach.* Wetview Press

Davis, M.H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. Journal of Personality and Social Psychology, 44 (1), 113-126.

Davis, S., Lind, B.K., y Sorensen, C. (2013). A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. *Oncology Nursing Forum, 40*(1), 303- 311. doi:10.1188/13.ONF.E303-E311

De Biasio, J. C., Parkas, V., y Soriano, R. P. (2016). Longitudinal assessment of medical student attitudes toward older people.

Medical Teacher, *38*(8), 823–828. https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1112891

De la Fuente, E. I., García, J., Cañadas, G. A., San Luis, C., Cañadas, G. R., Aguayo, R., De la Fuente, L. y Vargas, C. (2015). Psychometric properties and scales of the Granada Burnout Questionnaire applied to nurses. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*(2), 130-138.

Díaz-Muñoz, M. J. (2005). Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos. *Revista NURE Investigación*, *18*(1), 1-8.

Díaz-Narváez, V., Dávila-Pontón, Y., Martínez-Reyes, F., Calzadilla-Nuñez, A., Vélez-Calvo, X., Reyes-Reyes, A., Torres-Martínez, P., Díaz-Calzadilla, P. (2021). Psychometry, the Jefferson Medical Empathy Scale and Medical Care in Ecuador. *Salud Uninorte,* 37 (1), 96-111. DOI: http://dx.doi.org/10.14482/sun.37.1.150.15

Díaz, Valentin, M. (2019). *Empatía en estudiantes de enfermería. Validez y fiabilidad de la versión española de la escala de empatía JSE-HPS*. (Tesis Doctoral). Universidad de Castilla La Mancha, Castilla-La Mancha. España

Diego, S. E., y Vicente-Colomina, A. D. (2019). La Atribución Causal y las Creencias sobre los Trastornos Mentales en

Población General y Psicólogos. Un Estudio Exploratorio. *Clinica y Salud, 30*(2), 81-90.

Dooris, M., Wills, J., y Newton, J. (2014). Theorising healthy settings: a critical discussion with reference to healthy universities. *Scand. J. Public Health,* 42(15), 7-16.

Dovidio, J. F., Major, B., y Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York, NY, US: Guilford Press.

Doyle, K., Hungerford, C., y Cruickshank, M. (2014). Reviewing Tribunal cases and nurse behaviour: Putting empathy back into nurse education with Bloom's taxonomy. *Nurse Education Today*, 34(7), 1069–1073. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.02.004

Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology, 13*(2), 127-133. https://doi.org/10.1037/h0061728

Eisenberg, N., y Strayer, J. (1987) *Empathy and its development.* Cambridge University Press.

Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., y Kevin, F. (2005). Patient-Centered

Communication and Diagnostic Testing, *3*, 415–421. https://doi.org/10.1370/afm.348.

Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., y Lützén, K. (2013). Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, *67*(5), 360–368. https://doi.org/10.3109/08039488.2012.748827

Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical psychology*, *56*(5), 675-689.

Fernández-Pinto, I., López Pérez, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24, (2), 284-298.

Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L. & Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: An analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomedica: Atenei Parmensis,* 86, 104–115.

Fokuo, J. K., Goldrick, V. Rossetti, J., Wahlstrom, C., Kundert, C., Larson, J., y Corrigan, P. (2017). Decreasing the Stigma of Mental Illness Through a Student-Nurse Mentoring Program: A Qualitative Study. *Community Ment Health J,* 53(3), 257-265. https://doi.org/10.1007/s10597-016-0016-4

Fradelos, E.C., Velentza, O., Anastopoulou, K., Vasiliadi, E., Argyrou, P., Mitsi, D., Tsaras, K., Alikari, V., Papathanasiou, I. V., y Zyga, S. (2015). Assessment of Factors That Influence Nurses' Attitudes towards Mental Illness. *OALib,* 02(11), 1–7. https://doi.org/10.4236/oalib.1102090

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, *30*(1), 159-165.

Galdino, M. J. Q., Almeida, L. P. B. M., Silva, L. F. R., Cremer, E., Scholze, A. R., Martins, J. T., y Haddad, M. C. F. L. (2020) Burnout among nursing students: a mixed method study. *Invest. Educ. Enferm,* 38(1):e07. DOI: 10.17533/udea.iee.v38n1e07.

García, Espinoza, D. L. (2018) *Prevalencia del síndrome de Burnout en estudiantes que cursan el cuarto año de la Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Tegucigalpa, Honduras Octubre-Noviembre 2017*. Maestría thesis, CIES UNAN-Managua.

Gerace, A., Candice, O., O´Kane, D., Hayman, C. L., y Muir-Chochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse–consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *Int J Ment Health Nurs*, 27, 92–105 https://doi.org/10.1111/inm.12298

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. y Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*(2), 155-164. http://dx.doi.org/110.1002/wps.20040.

Geyer, N-M., Coetzee, S. K., Prscinat, S. M. E., y Dsocsc, L. R. U. (2018). Relationship of nurses' intrapersonal characteristics with work performance and caring behaviors : A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences,* 20, 370-379. https://doi.org/10.1111/nhs.12416

Ghaedi, F., Ashouri, E., Soheili, M. y Sahragerd, M. (2020). Nurses´Empathy in Different Wards: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research,* 25, 117-121. http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_84_19

Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México, 44*(1), 33-40.

Gil-Monte, P. R. (2004). Influencia de la calidad de las relaciones interpersonales en el contexto laboral sobre el "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) y la inclinación al absentismo en policías municipales. *Anuari de psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia,* 10(2), 25-40.

Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S., y Gonçalves Câmara, S. (2011). Prevalence of burnout in a sample of Brazilian teachers. *The European Journal of Psychiatry*, *25*(4), 205- 212.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid, España: Editorial Síntesis.

Gil-Monte, P.R., y Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, *11*(3), 679-689.

Giralt, Palou, R., Prat, Vigué, G., y Tort-Nasarre, G. (2020). Attitudes and stigma toward mental health in nursing students: A systematic review. *Perspect Psychiatr Care,* 56(2), 243-255. doi: 10.1111/ppc.12419.

Gleichgerrcht, E. y Decety, J. (2013). Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empatich Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. *PLOS ONE,* 8, 61526. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Goffman, E. (2003). *Estigma: La identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez, I y Hernández, A. (2004). *Entrevista: Calidad Empática*. Universidad Autónoma de Madrid.

Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Risk factors and burnout levels in primary care nurses: a systematic review. *Atención Primaria, 49*(2), 77-85. doi:10.1016/j.aprim.2016.05.004

Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R., y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Age as a risk factor of burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Research in Nursing & Health, 40*(2), 99-110. doi:10.1002/nur.21774

González-Blasco, P., Moreto, G., Janaudis, M. A., de Benedetto, M. A., Delgado-Marroquín, M. T., y Altisent, R. (2013). Educar las emociones para promover la formación ética. *Persona y Bioética,* 17(1), 28-48.

Guido, L. A., Goulart, C. T., Silva, R. M., Lopes, L. F. D., y Ferreira, E. M. (2012). Estrés y Burnout entre residentes multiprofesionales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* 20(6), 1-8.

Guilera, L. (2008). Empatía. Conceptualización y bases neurobiológicas. *Anales de Psiquiatría*, 24(5), 216-222.

Håkansson, Eklund, J., Holmström, I. K., Ollén, Lindqvist, A., Sundler, A. J., Hochwälder, J., y Marmstål, Hammar, L. (2019). Empathy levels among nursing students: A comparative cross-sectional study. *Nursing Open*, 6: 983–989. https://doi.org/10.1002/nop2.280

Happell, B., Gaskin, C. J., Byrne, L., Welch, A., y Gellion, S. (2015). Clinical placements in mental health: a literature review. *Issues Ment Health Nurs,* 36(1), 44-51. doi: 10.3109/01612840.2014.915899.

https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0902_4.

Hemmerdinger, J. M., Stoddart S. D. R., y Lilford, R. J. (2017). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 7, 1–8. https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-24

Olivares Faúndez, V. y Gil Monte, P. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia & Trabajo,* 33, 160–167.

Henry-Tillman, R., Deloney, L. A., Savidge, M., Graham, C. J., y Klimberg, S. (2002). The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *The American Journal of Surgery,* 183, 659-662.

Herek, G. M., Gillis, J. R., y Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling psychology, 56*(1), 32. http://dx.doi.org/10.1037/a0014672.

Hojat, M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health and Human Services Administration,* 31, 412–50.

Hojat, M., Axelrod, D., Spandorfer, J., y Mangione, S. (2013). Enhancing and sustaining empathy in medical students. *Medical Teacher,* 35, 996–1001.

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, Joseph S Erdmann, J. B., Veloski, J., y Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, *61*(2), 349-365.

Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, D. Z., y Gonnella, J. S. (2011). Empathic and sympathetic orientations toward patient care: Conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges,* 86, 989–95.

Hu, H. X., Liu, L. T., Zhao, F. J., Yao, Y. Y., Gao, Y. X., y Wang, G. R. (2015). Factors Related to Job Burnout Among Community Nurses in Changchun, China. *Journal of Nursing Research, 23*(3), 172-180. doi:10.1097/jnr.0000000000000072

Huici, C. (1999). Estereotipos. En J. F. Morales y C. Huici (Coords.). *Psicología Social* (pp. 73-84). Madrid, España: McGraw-Hill.

Hunt, P. A., Denieffe, S., y Gooney, M. (2017). Burnout and its relationship to empathy in nursing: A review of the literature. *Journal of Research in Nursing*, *22*(1–2), 7–22. https://doi.org/10.1177/1744987116678902

Ibañez, N., Vlaregut, A., y Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermeria Clínica, 14*(3), 142-51.

Ickes, W. (2009). Empathic Accuracy: Its Links to Clinical, Cognitive, Developmental, Social, and Physiological Psychology. *The Social Neuroscience of Empathy*, 57–70. https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0006

Ihan, M. N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., y Bumin, M. A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey KAISA. *Journal of Advanced Nursing, 61*(1), 100-106. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04476.x

Jung, W., Choi, E., Yu, J., Park, D-H., Ryu, S-H. y Ha, J. H. (2017). Attitudes toward the mentally ill among community health‐related personnel in South Korea. *Indian Journal of Psychiatry.* 59, 328–332. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_58_16

Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., y Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Medical Education*, 14, 219. http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-219

Kestenbaum, R., Farber, E. A., y Sroufe, L. A. (1989). Individual differences in empathy among preschoolers: relation to attachment history. *New Dir Child Dev,* 44, 51-64. doi:10.1002/cd.23219894405.

Kulakova, O., Moreno Jiménez, B., Garrosa, E., Sánchez Hernández, M. O. y Aragón, A. (2017). Universality of the construct Maslach Burnout Inventory in a Latin American context. *Psychological Research Records,* 7, 2679–2690. http://dx.doi.org/10.1016/j.aipprr.2017.05.001

Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H., Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: a meta-analytic review of associations among laypeople. *Soc Sci Med,* 96:95-103. doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.017.

Ksiazek, I., Stefaniak, T. J., Stadnyk, M., y Ksiazek, J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A crosssectional study. *European Journal of Oncology Nursing, 15*(4), 347-350. doi:10.1016/j.ejon.2010.09.002

Kunyk, D., y Olson J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *J Adv Nurs,* 35(3), 317-25. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x.

Lamothe, M., Noujut, E., Zenasni, F. y Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: The combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Family Practice,* 15, 1-7. https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-15

Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., y Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cáncer care. *Psychooncology,* 21 (12), 1255–64.

Levy, J. (1997). A note on empathy. *New Ideas in Psychology,* 15(2), 179-184. https://doi.org/10.1016/S0732-118X(97)00007-X.

Limeira, P. C., Seiffert, O. M. L. B., y Ruiz-Moreno L. O. (2015). Que a literatura cientifica e os projetos politico-pedagogicos revelam sobre a qualidade da educacao superior em enfermagem?. *ABCS Health Sci,* 40(3):276-85. doi:10.7322/abcshs.v40i3.808

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review, 52(*1), 96-112. http://dx.doi.org/110.2307/2095395.

Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363

Lipps, T. (1903). Einfühlung, innere Nachahmung und Organempfindung. *Archiv für die Gesamte Psychologie,* 1, 465-519.

Livingston, J. D., y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and metaanalysis. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2150-2161. http://dx.doi.org/2110.1016/j.socscimed.2010.2109.2030.

Lopes, A. R., y Nihei, O. K. (2020). Burnout among nursing students: predictors and association with empathy and self-efficacy. *Rev Bras Enferm,* 73(1), e20180280. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0280

Lopez-Lopez, I. M., Gomez-Urquiza, J. L., Canadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendin-Garcia, L. y Canadas-De, L. F. G. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and metaanalysis. *International Journal of Mental Health Nursing,* 28, 1032–1041.

Lorenz, V. R., Benatti, M. C., y Sabino, M. O. (2010). Burnout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*(6), 1084-1091.

Lorenzo, Ortega, R., Sonego, M., Pulido, J., González, Crespo, A., Jiménez-Mejías, E., Sordo, L. (2017). Métodos indirectos para la estimación de poblaciones ocultas. *Rev. Esp. de Salud Pública*, 91, 1–9.

Losa, Iglesias, M. E., Becerro de Bengoa Vallejo, R., y Salvadores, Fuentes, P. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies 47* (01) 30-37.

Lozano, L., García-Cueto, E., y Lozano, L. M. (2007). *Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Mackie, D. M., Hamilton, D. L., Susskind, J., y Rosselli, F. (1996). Social psychological foundations of stereotype formation. *Stereotypes and stereotyping,* 41-78.

Manzo, J. F. (2004). On the sociology and social organization of stigma: some ethnomethodological insights. *Human Studies, 27*(4), 401-416.

Martín, R. A. (2015). Burnout in nursing: Prevalence and related factors in a hospital. *Revista Cientifica Sociedad Española Enfermería Neurológica,* 41(1), 9-14 DOI:10.1016/j.sedene.2015.02.001

Martín, Rodríguez, M., Campos, Izquierdo, A., Jiménez-Beatty, J. M., y Martínez del Castillo, J. (2007). Calidad de vida y estrés laboral: la incidencia del Burnout (síndrome de quemarse por el trabajo) en el deporte de alto rendimiento madrileño. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, *6*(3), 62-77

Martínez-Zambrano, F. (2013). Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World Journal of Psychiatry*, *3*(2), 18. https://doi.org/10.5498/wjp.v3.i2.18

Martinussen, M., y Richardsen, A. M. (2006). Air traffic controller burnout: survey respondses regarding job demands, job resources, and health. *Aviation, Space, and Environmental Medicine, 77*(4), 422-428.

Mascayano, Tapia, F., Lips, Castro, W., Mena, Poblete, C., y Manchego, Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental,* 38(1), 53-58.

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior, 9*(5), 16-22.

Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.

Maslach. C., y Jackson, S. E. (1981a). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior, 2*(1), 99-113.

doi:10.1002/job.4030020205

Maslach, C., y Jackson, S. (1981b). *Maslach Burnout Inventory.* Palo Alto. C.A.: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., y Jackson, S. E. (2ª Ed.). (1986). *Maslach Burnout Inventory.* Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (3er Ed.). (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual.* Palo Alto, California, EEUU: Consulting Psychologists Press.

Mason, P., y Bartal, B. A. (2010). How the social brain experiences empathy: Summary of a gathering. *Social Neuroscience*, 5, 252–256. http://dx.doi.org/10.1080/17470911003589085

Matus, M. (2013). *Diversidades e identidades de los estudiantes universitarios en sus experiencias escolares. El caso de la Universidad Veracruzana Intercultural, región Selvas* [Tesis de maestria, Univesidad Veracruzana].

Mehta, S., y Farina, A. (1997). Is being "sick" really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical psychology, 16*(4), 405-419.

Melero-Lacasia, A., y Garcia-Orellan, R. (2016). La comunicación en la relación terapéutica entre las competencias de enfermería: análisis en el contexto de oncopediatría. *Ene*, 10(1). Issn 1988-348x

Mennenga, H. A., Bassett, S., y Pasquariello, L. (2016). Empathy development through case study and simulation. *Nurse Educator*, 41, 139–42. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000226

Mestre, V., Frias, M. D., y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema,* 16, 255-260.

Michaels, P. J., López, M., Rüsch, N. y Corrigan, P. W. (2012). Construct and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society y Education, 4*(2), 183-194. http://hdl.handle.net/10835/12865.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1987*). Resolución de la secretaría de estado de universidades, investigación y desarrollo del ministerio de educación y cultura.* Gobierno de España.

http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/EnfermeriaSaludMental.pdf

Molina, J. M., y Avalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional de personal de enfermería. *Revista Tesela, 1*(1), 0-0.

Molina-Praena, J., Ramírez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of Burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research & Public Healt, 15*(12), 2800.

Moreto, G. M., y González-Blasco, P. (2009). Modificación del nivel de empatía de estudiantes de medicina durante la graduación médica, *São Paulo: SOBRAMFA*, 156-165.

Moreno-Poyato, A. R. y Rodríguez-Nogueira, Ó. (2020). The association between empathy and the nurse–patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 0, 1-9.

Mousa, M. A. E. G. (2015). Empathy toward Patients with Mental Illness among Baccalaureate Nursing Students: Impact of a Psychiatric Nursing and Mental Health Educational Experience. *Journal of Education and Practice*, 24(6), 98-107.

Muthukumaraswamy, S. D., Johnson, B. W., McNair, N. A. (2004). Mu rhythm modulation during observation of an object-directed grasp. *Brain Res Cogn Brain Res,* 19(2), 195-201. doi: 10.1016/j.cogbrainres.2003.12.001.

Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., & Martín-Santos, R. (2021). Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemia: An up-date. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Medicina clinica*, *157*(3), 130–140. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003

Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., y Pfaff, H. (2009). Analyzing the «nature» and «specific effectiveness» of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, *74*(3), 339-346. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013

Novoa-Sandoval, P., Burgos-Muñoz, R. M., Zentner-Guevar J. A., y Toro-Huamanchumo C. J. (2017). Burnout syndrome in nursing students from a Peruvian university. Inv Ed Med. http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.05.001

Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., y Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, *9*(3), 150–157. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002

Olabarría, B., & Mansilla, F. (2007). Ante el burnout: Cuidados a los equipos de salud mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12*(1), 1-14.

Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma, *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*, 99-128. Washington D.C.: American Psychological Association.

Ovejas-López, A., Izquierdo, F., Rodríguez-Barragán, M., Rodríguez-Benítez, J., Garcia-Batanero, M., Alonso-Martínez, M., & Alonso-Masanas, C. (2020). Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria [Burnout and psychological distress among trainee General Practitioners]. *Atencion primaria*, *52*(9), 608–616. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.014

Park, K. H., Roh, H., Suh, D. H., y Hojat M. (2015). Empathy in Korean medical students: Findings from a nationwide survey. *Med Teach,* 37(10), 943-8.

Parkin, T., Looy, A. De, y Farrand, P. (2014). Greater professional empathy leads to higher agreement about decisions made in the consultation. *Patient Education and Counseling*, *96*(2), 144–150. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.019

Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Bulloch, A. G. M., Charbonneau, M., Gautam, M., Moss, P., Abbey, S., y Stuart, H. (2016). Perceived stigma among recipients of mental health care in the general Canadian population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 480–488. https://doi.org/10.1177/0706743716639928

Pérez-Garín, D. A. (2016). *Perceived discrimination, internalized stigma and well-being in people with mental illness.* (Doctoral dissertation). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Petrucci, C., La Cerra, C., Aloisio, F., Montanari, P., y Lancia, L. (2016). Empathy in health professional students: A comparative cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 41, 1–5. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.022

Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberría, J., Paz Montes, M., y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, *15*(2), 267-272.

Polit, D., & Hunger, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (6ª). Mexico D.F.: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO.

Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PLoSOne, 13*(4), e0195039.

Quiceno, J. M, y Vinaccia, S. A. (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, *10*(2), 117-125.

Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoeft, T., Chewning, B., Marchand, L., y Scheder, J. (2011). Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns,* 85(3), 390-7. doi: 10.1016/j.pec.2011.01.009.

Ramírez, Baena, L., Avilés, Guzmán, A. B., y Bueno, Gómez, M. (2018). El Síndrome de Burnout en los estudiantes del Grado de Enfermería. *Paraninfo Digital,* 12(28), 106

Ríos, M. I., Martínez, F., Sabuco, E., Lozano, E., y Mateo, G. (2012). Enfermería de urgencias: "quiero cambiar de servicio… ¿estoy quemado?" *Revista ROL de Enfermería, 35*(5), 376-381.

Read, J., Haslam, N., Sayce, L., y Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other'approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(5), 303-318.

Reupert, A., Gladstone, B., Helena Hine, R., Yates, S., Macgaw, V., Charles, G., Drost, L., y Foster, K. (2021) Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 6-26. https://doi.org/10.1111/inm.12820

Rodríguez-Rodríguez, J., y Reguant-Álvarez, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació,* 13(2), 1–13. https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048

Rogers, C. R. (1959). *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-centered Framework*. (S. Koch, Ed.). New York: McGraw-Hill.

Romem, P., Anson, O., Kanat-Maymon, Y., y Moisa, R. (2008). Reshaping students' attitudes toward individuals with mental illness through a clinical nursing clerkship. *J Nurs Educ,* 47(9), 396-402. doi: 10.3928/01484834-20080901-01.

Ruiz, M. Á., Montes, J. M., Correas Lauffer, J., Alvarez, C., Mauriño, J., y de Dios Perrino, C. (2012). [Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder)]. *Revista de Psiquiatrí□a y Salud Mental*, *5*(2), 98–106. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.002

Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. *Papeles del Psicólogo*, *29*(1), 59-67

Sarsangi, V., Motallebi Kashani, M., Khodadadi, R., Shajari Kashani, M., Keyvani, S. y Yousefzadeh, M. (2015). Correlation between occupational stress and burnout in rehabilitation center employees of Kashan, Iran. *Journal International Archives of Health Sciences*, *2*(1), 13-18.

Schaufeli, W. B., y Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology, 2*(1), 282-424.

Schaufeli, W. B., y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice: a critical analysis.* London, UK: Taylor & Francis.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., y Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International, 14*(1), 204-220. doi:10.1108/13620430910966406

Schaufeli, W. B., y Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress and Coping, 20*(2), 177-196.

Shapiro J. (2000). Literature and the arts in medical education. *Family Medicine,* 32, 157-8.

Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach*: manual. Madrid, España: TEA.

Solano, R., Hernández-Vidal, P., Moreno, V., y Reig-Ferrer, A. (2002). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva, 13*(1), 9-16.

Song, E. (2015) The nursing students' experience of psychiatric practice in South Korea. *Arch Psychiatr Nurs,* 29(5), 355-360. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.005

Sordi Carrara, B., Aparecida Arena Ventura, C., Bobbili, S. J., Pimentel Jacobina, O. M., Khenti, A. y Costa Mendes, I. A. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing,* 33, 311-318. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.006

Stafford, M. C., y Scott, R. R. (1986). Stigma, deviance, and social control. In *The dilemma of difference* (pp. 77-91). Springer, Boston, MA

Stracheys, J., y Freud, S. (1953). *The Standard Edition of the complete Psychological* Works. London, Hogarth Press

Sturzu, L., Lala, A., Bisch, M., Guitter, M., Dobre, D. y Schwan, R. (2019). Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *Journal of Medecine and Life,* 12, 21–29. https://doi.org/10.25122/jml-2018-0050

Suchman, A.L., Markakis, K., Beckman, H.B., y Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *The Journal of American Medical Association,* 277, 678–682.

Sulzer, S. H., Feinstein, N. W., y Wendland, C. L. (2016). Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Med Educ,* 50(3), 300-10. doi: 10.1111/medu.12806.

Summers, R.F. (2020). The Elephant in the Room: What Burnout Is and What It Is Not. *Am J Psychiatry,* 177(10), 898-899. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.19090902.

Sun, B., Fan, N., Nie, S., Zhang, M., Huang, X., He, H., y Rosenheck, R. A. (2014). Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in Guangzhou, China. *International Journal of Mental Health Systems*, *8*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-26

Szpak, J. L. y Kameg, K. M. (2013). Simulation Decreases Nursing Student Anxiety Prior to Communication With Mentally Ill Patients. *Clinical Simulation in Nursing,* 9, 13–19. http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2011.07.003

Tajfel, H. y Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. En S. Wordrel y W. G. Austin (Eds.). *The Psychology of Intergroup Relations.* Chicago: Nelson-Hall.

Taylor, S. M., y Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, *7*(2), 225–240. https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225

Thirioux, B., Birault, F., y Jaafari, N. (2016). Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Front Psychol*, 7, 00763. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00763

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., y INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet, 373*(9661), 408-415. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6.

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., y Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *Br J Psychiatry,* 190, 192-3. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025791.

Tichener, C. B. (1909). *Lectures on the Experimental Psychology of the Tought-processes*. New York: Mac-Millan.

Tippin, G. K., y Maranzan, K. A. (2019). Efficacy of a Photovoice-based video as an online mental illness antistigma intervention and the role of empathy in audience response: A randomized controlled trial. *Journal of Applied Social Psychology*, 00, 1–14. https://doi.org/10.1111/jasp.12590

Triana, M, C. (2017) La empatía en la relación enfermera-paciente. *Avances en enfermería*, 35 (2), 121-122. DOI: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.66941.

Twenge, J. M., Catanese, K. R., y Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of personality and social psychology, 85*(3), 409. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.3.409.

Usher, C. (2011). Jean Decety and William Ickes (eds): The Social Neuroscience of Empathy. *Clinical Social Work Journal*, *39*(2), 212-214. https://doi.org/10.1007/s10615-011-0327-4

Vaghee, S., Lotfabadi, M. K., Salarhaji, A., Vaghei, N. y Hashemi, B. M. (2018). Comparing the effects of contact-based education and acceptance and commitment-based training on empathy toward mental illnesses among nursing students. *Iranian Journal of Psychiatry,* 13, 120–128

Vaghee, S., Sepehrikia, M., Saghebi, S.A., y Vashani, H.B. (2017). Comparison of the Effect of Face-to-Face and Multimedia Education on the Anxiety Caused by Electroconvulsive Therapy in Patients with Mood Disorders. *Evid Based Care J*, **7**(1), 25–34. https://doi.org/10.22038/EBCJ.2017.20532.1476

Valero-Chillerón, M. J., González-Chordá, V. M., López-Peña, N., Cervera-Gasch, Á., Suárez-Alcázar, M.P., y Mena-Tudela, D. (2019). Burnout syndrome in nursing students: An observational study. *Nurse Educ Today,* 76, 38-43. doi: 10.1016/j.nedt.2019.01.014.

Van Berkhout, E. T., y Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 32-41. https://doi.org/10.1037/cou0000093

Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández R., y De la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A metaanalytic study. *International Journal Clinical Health Psychology, 14,* 28-38.

Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez- Baena, L., De la Fuente, E. I., y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: a systematic review. *Japan Journal of Nursing Sciences, in press*.

Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J., y Feliu Baute, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*, (17).

Villalba-Arias, Jorge, Barrios, Iván, Palacios, José Miguel, & Torales, Julio. (2020). Niveles de empatía en médicos residentes: un estudio del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Revista de salud publica del Paraguay*, *10*(1), 37-43.https://dx.doi.org/10.18004/rspp.2020.enero.37-43

Wahl, O., y Aroesty-Cohen Eli. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *journal of community psychology*, *38*(1), 49–62. https://doi.org/10.1002/jcop.20351

West, C. P., Dyrbye, L. N., y Shanafelt T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. J Intern Med, 283(6), 516–29. https://doi.org/10.1111/joim.12752

Whitebird, R. R., Asche, S. E., Thompson, G. L., Rossom, R., y Heinrich, R. (2013). Stress, burnout, compassion fatigue, and mental health in hospice workers in Minnesota. *Journal of Palliative Medicine, 16*(12), 1534-1539.

Wispé, L. (1987). History of the concept of empathy. En Eisenberg, N. & Strayer J. (Ed.) *Empathy and its development.* New York: Cambridge University Press.

Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M. y Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research, 220*, 604-608. http://dx.doi.org/610.1016/j.psychres.2014.1007.1012.

Wündrich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C., y Voderholzer, U. (2017). Empathy training in medical students -a randomized controlled trial. *Medical Teacher,* 1–3.

Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J. y Viñas, J. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region. A cross-sectional study. *Medicine (United States),* 96, 1–7. http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000008030

Yuguero, O., Marsal, JR., Esquerda, M., Galvan, L. y Soler-González, J. (2019). Cross-sectional study of the association between empathy and burnout and drug prescribing quality in primary care. *Primary Health Care & Research Development,* 20, 1-9. https://doi.org/10.1017/S1463423619000793

Yu, J., y Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *J.Adv.Nurs,* 65: 1790-1806.

ANEXOS

ANEXO I. CERTIFICADO DE VIABILIDAD CIENTÍFICA Y ÉTICA DEL PROYECTO

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D. ª MÓNICA SALDAÑA VALDERAS COMO SECRETARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CÁDIZ

HACE CONSTAR

Que en su reunión de fecha 28 de marzo de de 2019 se ha revisado el proyecto de tesis de **D. Daniel Román Sánchez** titulado: **Empatía, burnout y actitudes hacia los pacientes con trastorno mental: un estudio en el ámbito de la enfermería**, dirigido por D. Juan Carlos Paramio Cuevas.

Y hace constar que el citado proyecto es viable.

Que presenta suficiente rigor metodológico.

Que la evaluación de costes económicos es correcta.

Que con respecto a su vertiente ética el proyecto cumple los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el siguiente centro y por el siguiente investigador principal:

Centro	Investigador
Universidad de Cádiz	D. Daniel Román Sánchez

Y para que así conste, firmo la presente en Cádiz a 1 de abril de 2019

CONSEJERÍA DE SALUD
Servicio Andaluz de Salud
JUNTA DE ANDALUCIA
Comité de Ética de la Investigación de Cádiz

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR
Avenida Ana de Viya, 21 – 11009 Cadiz
Teléfono 956 00 21 00 www.fupm.com

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO-INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la empatía, el burnout y las actitudes hacia el paciente con trastorno mental en el ámbito de la enfermería

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá rellenar tres cuestionarios relacionados con la medición de la empatía, el burnout y las actitudes hacia el paciente con trastorno mental. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

Los datos recogidos son completamente anónimos, por lo que nadie distinto de los investigadores conocerá de su participación en este estudio.

Importancia:

Con los resultados de este estudio pretendemos contribuir a la mejora en la asistencia enfermera a los pacientes con trastorno mental

Implicaciones para el participante:

• La participación es totalmente voluntaria.

• Su participación en el estudio no supondrá ningún gasto para usted

• El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

• Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018 Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

• La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Financiación:

Este estudio no posee financiación

Riesgos de la investigación para el participante:

De la colaboración en esta investigación no supone ningún riesgo para sus participantes.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con la responsable del proyecto, Daniel Román Sánchez, Profesor del Centro Universitario de Enfermería "Salus Infirmorum" adscrita a la Universidad de Cádiz, en el teléfono: 605012215 o en el correo electrónico: daniel.roman@ca.uca.es.

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE

Empatía, Burnout y actitudes hacia los pacientes con trastorno mental: un estudio en el ámbito de la enfermería.

Yo (Nombre y Apellidos):

• He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Participante)

• Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.

• Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica 3/2018 Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

• Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

• Cuando quiera

• Sin tener que dar explicaciones

También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno.

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado

Empatía, Burnout y actitudes hacia los pacientes con trastorno mental: un estudio en el ámbito de la enfermería.

Firma del participante (o representante legal en su caso)	Firma del profesional sanitario informador
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
Fecha:	Fecha:

ANEXO 3. ESCALA DE LA EMPATÍA DE JEFFERSON

		Puntuación						
1	Comprender cómo se sienten mis pacientes y sus familiares no es un factor relevante para el tratamiento	1	2	3	4	5	6	7
2	Mis pacientes se sienten mejor cuando comprendo sus sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
3	Me resulta difícil ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes	1	2	3	4	5	6	7
4	Considero que entender el lenguaje corporal de mis pacientes es tan importante como la comunicación verbal en las relaciones sanitario-paciente	1	2	3	4	5	6	7
5	Tengo un buen sentido del humor, lo que creo que contribuye a obtener un mejor resultado clínico	1	2	3	4	5	6	7
6	Como todo el mundo es diferente, me resulta casi imposible ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes	1	2	3	4	5	6	7
7	Trato de no prestar atención a las emociones de mis pacientes cuando los entrevisto y hago su historia clínica	1	2	3	4	5	6	7
8	Prestar atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento	1	2	3	4	5	6	7
9	Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando les atiendo	1	2	3	4	5	6	7
10	El hecho de comprender los sentimientos de mis pacientes les aporta una sensación de reconocimiento que resulta terapéutica por sí misma	1	2	3	4	5	6	7
11	Las enfermedades de los pacientes sólo se pueden curar mediante tratamiento médico y, por tanto, ningún vínculo afectivo que establezca con mis pacientes podrá tener un valor significativo en ese cometido	1	2	3	4	5	6	7

12	Considero que preguntar a mis pacientes sobre lo que sucede en sus vidas es un factor sin importancia para comprender sus quejas físicas	1	2	3	4	5	6	7
13	Trato de comprender qué pasa por la mente de mis pacientes prestando atención a su comunicación no verbal y a su lenguaje corporal	1	2	3	4	5	6	7
14	Creo que no hay lugar para las emociones en el tratamiento de las enfermedades médicas	1	2	3	4	5	6	7
15	La empatía es una destreza terapéutica sin la cual mi éxito como profesional estaría limitado	1	2	3	4	5	6	7
16	Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familiares	1	2	3	4	5	6	7
17	Trato de pensar como mis pacientes para prestarles una mejor atención	1	2	3	4	5	6	7
18	No permito que me afecten las relaciones emocionales intensas entre mis pacientes y sus familiares	1	2	3	4	5	6	7
19	No disfruto leyendo literatura no médica ni con actividades artísticas	1	2	3	4	5	6	7
20	Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento	1	2	3	4	5	6	7

1=fuertemente en desacuerdo hasta 7=fuertemente de acuerdo.

Mayor número de escala indica mayor acuerdo.

ANEXO 4. ESCALA DEL BURNOUT DE MASLACH

		Puntuación						
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de la jornada	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4	Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7	Trato muy eficazmente los problemas de las personas	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento quemado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás	0	1	2	3	4	5	6
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6

14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15	No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio	0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	0	1	2	3	4	5	6
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22	Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

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 / 6=Todos los días.

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE LAS ACTITUDES HACIA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL

		Puntuación				
1	En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	1	2	3	4	5
2	Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
3	Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	1	2	3	4	5
4	La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	1	2	3	4	5
5	Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra	1	2	3	4	5
6	Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad	1	2	3	4	5
7	Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
8	La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio	1	2	3	4	5
9	Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales	1	2	3	4	5
10	Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	1	2	3	4	5
11	Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado	1	2	3	4	5
12	Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	1	2	3	4	5
13	Se debería dar menos importancia a proteger a la población	1	2	3	4	5

	de las personas con enfermedad mental					
14	Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público	1	2	3	4	5
15	Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	1	2	3	4	5
16	El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes	1	2	3	4	5
17	Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño	1	2	3	4	5
18	Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
19	No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	1	2	3	4	5
20	Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local	1	2	3	4	5
21	Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales	1	2	3	4	5
22	Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
23	Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal	1	2	3	4	5
24	Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	1	2	3	4	5
25	La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave	1	2	3	4	5
26	Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
27	Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público	1	2	3	4	5

28	La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes	1	2	3	4	5
29	Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto	1	2	3	4	5
30	Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	1	2	3	4	5
31	No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
32	Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales	1	2	3	4	5
33	Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad	1	2	3	4	5
34	Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
35	No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
36	Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	1	2	3	4	5
37	Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental	1	2	3	4	5
38	Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	1	2	3	4	5
39	En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros	1	2	3	4	5
40	Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales	1	2	3	4	5

1=Totalmente de acuerdo / 2=De acuerdo / 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo / 4=No estoy de acuerdo / 5=Totalmente en desacuerdo

ANEXO 6. TRANSFERENCIA

ARTÍCULO

TÍTULO: Empathy, Burnout, and Attitudes towards Mental Illness among Spanish Mental Health Nurses

AUTORES: Daniel Román-Sánchez, Juan Carlos Paramio-Cuevas, Olga Paloma-Castro, José Luis Palazón-Fernández, Isabel Lepiani-Díaz, José Manuel de la Fuente Rodríguez and María Reyes López-Millán

REVISTA: International Journal of Environmental Research and Public Health

INDICE DE IMPACTO: 3,390

CUARTIL: Q1

AÑO: 2022