



MÁSTER UNIVERSITARIO PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN Y MEDIDAS
PREVENTIVAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT
EN PROFESIONALES SANITARIOS QUE
REALIZAN GUARDIAS DE 24 HORAS EN UN
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Alumno: Claudia Moreno Navarro

Tutor: María Luz Arántzazu García González

Curso: 2024-2025

Resumen

El síndrome de burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se trata de una entidad que afecta fundamentalmente a profesionales sanitarios y que se asocia con jornadas laborales largas y falta de descanso adecuado. El objetivo fundamental del estudio fue analizar el grado de burnout entre profesionales que realizan guardias de 24 horas. Como objetivos secundarios, se evaluó la existencia de relación con factores epidemiológicos como edad o sexo, así como condiciones laborales como años de servicio y número de guardias. Además, se propuso a los participantes proponer medidas que consideraban beneficiosas para prevenir el burnout. Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal. Mediante la escala MBI-HSS se evaluaron las tres dimensiones del burnout en profesionales sanitarios. Los datos se recogieron mediante un cuestionario digital autocumplimentado por los participantes. En nuestro estudio, el 15% de los participantes presentaron puntuaciones elevadas en las tres dimensiones del síndrome de burnout. El síntoma más frecuente fue el agotamiento emocional, el cual fue más frecuente en mujeres y en profesionales con menos de 5 años de servicio. Las principales medidas preventivas sugeridas fueron la mejora de los descansos y la reducción de la duración de las guardias, junto con una mejora salarial y formación en gestión emocional.

Palabras clave: sanitarios, burnout, agotamiento, guardias, cuestionario

Abstract

Burnout syndrome, or being "burned out" from work, is characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment. It is a condition that primarily affects healthcare professionals and is associated with long working hours and inadequate rest. The main objective of the study was to analyze the level of burnout among professionals who perform 24-hour shifts. Secondary objectives included evaluating the existence of a relationship with epidemiological factors such as age or gender, as well as work conditions like years of service and number of shifts. Additionally, participants were asked to propose measures they considered beneficial for preventing burnout. A cross-sectional descriptive study was conducted. The MBI-HSS scale was used to assess the three dimensions of burnout in healthcare professionals. Data was collected through a self-administered digital questionnaire completed by the participants. In our study, 15% of the participants had high scores in all three dimensions of burnout syndrome. The most frequent symptom was emotional exhaustion, which was more common in women and professionals with less than 5 years of service. The main preventive measures suggested were improving rest periods, reducing the duration of shifts, improving salaries, and providing training in emotional management.

Keywords: Healthcare workers, burnout, exhaustion, shifts, questionnaire

Índice

1. Introducción	8
1.1 Definición y principales características	8
1.2 Principales aspectos epidemiológicos	11
1.3 Burnout en los profesionales sanitarios.....	12
1.4 Estrategias de detección.....	14
1.5 Estrategias de prevención.....	15
2. Justificación	16
3. Objetivos	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. Material y métodos	18
4.1 Tipo de estudio	18
4.2 Población de estudio	19
4.3 Variables de estudio	19
4.4 Cumplimiento de la normativa vigente	21
4.5 Análisis de datos	21
4.6 Plan de trabajo	22

5. Resultados y discusión	23
5.1 Resultados epidemiológicos	23
5.2 Resultados según los distintos subapartados.....	27
5.3 Estrategias de prevención propuestas	33
5.4 Discusión de los resultados	37
6. Conclusiones	44
6.1 Conclusiones del estudio	44
6.2 Limitaciones del estudio y sugerencias.....	45
7. Referencias bibliográficas	46
8. Anexos	51

Índice de tablas

- Tabla 1. Número de participantes MIR y porcentaje de representación de ambos sexos según el año de residencia.
- Tabla 2. Edad media de los participantes en los distintos años de residencia.
- Tabla 3. Análisis por sexos de porcentaje de altas puntuaciones en los distintos subapartados.
- Tabla 4. Análisis según el número de guardias realizadas porcentaje de altas puntuaciones en los distintos subapartados.



Índice de figuras

- Figura 1. Temporalización del trabajo de investigación
- Figura 2. Porcentaje de participación según el sexo.
- Figura 3. Número de guardias realizadas al mes.
- Figura 4. Participantes con puntuaciones altas en los distintos subapartados de la escala MBI.
- Figura 5. Porcentaje de participantes con menos de 5 años de servicio en el SMS y puntuaciones elevadas en los distintos apartados de la escala MBI.
- Figura 6. Porcentaje de participantes con entre 5 y 10 años de servicio en el SMS y puntuaciones elevadas en los distintos apartados de la escala MBI.
- Figura 7. Porcentaje de participantes con más de 10 años de servicio en el SMS y puntuaciones elevadas en los distintos apartados de la escala MBI.
- Figura 8 . Medidas de prevención de síndrome de burnout sugeridas por los participantes.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

La investigación en prevención de riesgos psicosociales ha demostrado que su origen no radica en la personalidad del trabajador, sino en las condiciones laborales a las que está expuesto. Sin embargo, aún se tiende a considerar que la carga psicológica del trabajo es una parte inherente del puesto, lo cual puede llevar a minimizar su relevancia y a no afrontarlo de manera correcta (1).

El síndrome de estar quemado por el trabajo, conocido como burnout, es un estado de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, generado como respuesta a la exposición prolongada a estresores laborales. Desde sus primeras descripciones en la década de 1970, el burnout ha sido objeto de múltiples estudios que han intentado delimitar sus características y diferenciarlas del estrés laboral común (2).

El síndrome de burnout es un proceso gradual y habitualmente cíclico en el que el trabajador pasa por varias fases (3).

Una primera fase sería de entusiasmo, en la que es común que al iniciar un nuevo empleo, la persona se sienta profundamente motivada y llena de energía, impulsada por las expectativas positivas y el deseo de afrontar con éxito los nuevos desafíos. Esta etapa se caracteriza por una alta tolerancia a las exigencias del entorno laboral y una disposición a invertir muchas horas con tal de alcanzar los objetivos establecidos.

Sin embargo, con el transcurso del tiempo, se puede entrar en una fase de estancamiento en la que esa ilusión inicial puede ir desvaneciéndose al comprobar que la realidad del día a día laboral no se ajusta a lo esperado. Así, surge una sensación de desequilibrio entre el esfuerzo invertido y los beneficios obtenidos, lo que da lugar a una pérdida de motivación y una percepción de estancamiento profesional.

Conforme esta situación se prolonga, aparece la frustración: el trabajo comienza a percibirse como carente de sentido, y las metas que antes motivaban ya no se sienten alcanzables, lo cual puede derivar en malestar emocional, tensiones con el entorno y efectos negativos en la salud física y mental.

La cuarta fase es la de la apatía, en la que es frecuente que el trabajador se torne desinteresado en su trabajo. En esta etapa, también es frecuente que el vínculo con compañeros y clientes se deteriore, ya que el trabajador tiende a adoptar una actitud distante, priorizando únicamente su bienestar personal y evitando las tareas más demandantes como mecanismo de defensa.

Si no se toman medidas, esta dinámica puede culminar en un agotamiento extremo, conocido como burnout, donde la persona se ve completamente desbordada por la carga emocional y cognitiva del trabajo. Este estado de desgaste profundo puede desembocar en la necesidad de abandonar el puesto y experimentar un fuerte sentimiento de fracaso profesional. Este recorrido, compuesto por distintas etapas, no siempre es lineal y puede repetirse a lo largo del tiempo si no se detecta y aborda adecuadamente (3)

En cuanto a los síntomas que definen el síndrome de burnout, diferenciamos entre agotamiento personal, despersonalización y baja autorrealización personal.

El agotamiento emocional lo podemos definir como la sensación de no disponer de más recursos emocionales para afrontar las demandas laborales, lo cual suele producirse en entornos con elevado nivel de exigencia y poco gratificantes.

En la despersonalización, se puede evidenciar una actitud distante y negativa hacia los compañeros o las personas a las que se atiende, desencadenando un trato impersonal e indiferente. Por último, la baja realización personal se caracteriza por una autovaloración negativa del desempeño laboral, generando insatisfacción y desmotivación (4).

Es relevante señalar que el burnout no solo afecta a nivel individual, sino que también puede hacerlo de manera colectiva. Algunos estudios sugieren que este síndrome puede propagarse dentro del entorno de trabajo, lo que explicaría su alta prevalencia en determinados sectores profesionales (5).

1.2 PRINCIPALES ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Como ya hemos mencionado, el síndrome de estar quemado por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico, que se ha descrito en una amplia variedad de sectores, siendo aquellas profesiones en las se exige contacto con las personas en las que más se ha descrito esta patología.

En este sentido, los profesionales sanitarios son en la actualidad el grupo de mayor riesgo de desarrollar burnout(6). Si realizamos una revisión de la literatura, podemos comprobar que la mayoría de trabajos publicados son estudios realizados en personal de enfermería (7) y medicina(8), pero también en odontólogos (9), veterinarios (10) e incluso estudiantes universitarios (11).

El impacto del sexo en la epidemiología del síndrome de burnout ha sido un tema ampliamente analizado en la literatura científica, aunque los resultados no son concluyentes. La mayoría de los estudios disponibles no encuentran diferencias significativas en la prevalencia del burnout entre ambos sexos, lo que sugiere que otros factores, como el entorno laboral, la carga de trabajo o el apoyo social, podrían tener un peso mayor en su desarrollo.

No obstante, algunas investigaciones sugieren que el burnout podría ser más frecuente en el sexo femenino (12). Esta diferencia podría atribuirse a diversos factores, como la carga de trabajo adicional que muchas mujeres asumen en el ámbito familiar, así como a diferencias en la respuesta al estrés y las estrategias de afrontamiento empleadas.

En cuanto a la edad, algunos estudios transversales han señalado que el agotamiento emocional parece ser más prevalente en profesionales sanitarios menores de 40 años, posiblemente debido a la presión de adaptarse al entorno laboral, la falta de experiencia y la exigencia de mantener un alto rendimiento (13).

En contraste, en trabajadores de mayor edad, el síntoma predominante suele ser la despersonalización, reflejada en una actitud de distanciamiento y menor implicación emocional con los pacientes. Esto podría estar relacionado con el desgaste acumulado a lo largo de los años y la necesidad de desarrollar mecanismos de protección ante el estrés laboral constante (13).

1.3 SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Existen múltiples factores que pueden llevar al desarrollo del síndrome de burnout en el ámbito sanitario, siendo las jornadas laborales largas uno de los principales factores y que está siendo tema de debate en la actualidad. Los profesionales sanitarios realizan turnos de 12 horas en el caso de enfermeros y auxiliares, ascendiendo a jornadas de 24 y hasta 36 horas en el caso de facultativos y médicos internos residentes (MIR).

En este sentido, se han publicado estudios en los que se ha demostrado que existe una relación significativa entre turnos de 12 horas o más con la presencia de burnout, somnolencia diurna y alteraciones del patrón de sueño (14).

En este aspecto, es importante mencionar el papel fundamental que la higiene del sueño tiene en la población general y en el sector sanitario en particular. Son muchos los trabajos y estudios que demuestran que el déficit o ausencia de un sueño reparador tiene efectos nocivos sobre el estado físico y mental.

De hecho, se postula que la falta de sueño tiene consecuencias negativas sobre el sistema inmune y el estrés oxidativo, con riesgo de desarrollo de enfermedades cardiovasculares e incluso oncológicas en las personas que lo padecen (15).

Además, funciones cognitivas como la memoria y la capacidad de concentración pueden estar alteradas, ralentizando los tiempos de reacción. Todo esto, puede afectar al rendimiento y capacidad para afrontar situaciones complicadas de los profesionales sanitarios, lo cual puede suponer consecuencias perjudiciales para la población a la que atiende (16).

Por otro lado, los errores y accidentes laborales pueden volverse más frecuentes cuando los profesionales no descansan lo suficiente. Esto no solo pone en peligro su bienestar y el de los pacientes, sino que también genera costos adicionales por indemnizaciones, tratamientos y medidas correctivas (17).

En este sentido, merece la pena destacar que la falta de descanso que en muchas ocasiones precipita el burnout en el personal sanitario, tiene un impacto económico considerable en el sistema de salud.

Aunque existen pocos estudios que cuantifiquen con precisión esta relación, algunos estiman que las pérdidas anuales podrían oscilar entre los 6.000 y 10.000 millones de euros (17).

La fatiga y el agotamiento pueden provocar un aumento en el ausentismo y de las bajas laborales, lo cual perturba por un lado la continuidad del servicio, la asistencia de los pacientes y genera además costes adicionales para la administración, dada la necesidad en muchas ocasiones de contratar y formar a más personal sanitario (17).

Todo esto sin olvidar que la calidad asistencial y la percepción pública del sistema de salud pueden verse gravemente afectadas (17).

Como ya hemos comentado, cada vez son más los estudios publicados acerca del síndrome de burnout y sus características. El motivo por el cual se trata de una entidad creciente es también objeto de estudio.

Este año se cumplen cinco años de la pandemia del coronavirus, y merece la pena mencionar la importancia que la COVID-19 tuvo en el mundo sanitario en general y en el síndrome de estar quemador en particular.

La crisis sanitaria provocó un aumento en la carga de trabajo, con jornadas extenuantes que muchas veces superaban los límites físicos y emocionales del personal. Además, la escasez de recursos y la excesiva presión emocional intensificó los niveles de ansiedad y agotamiento (18).

La magnitud del problema impulsó un aumento en la investigación sobre el síndrome de burnout en el sector sanitario. Numerosos estudios y publicaciones surgieron en los últimos años, permitiendo visibilizar con mayor claridad las consecuencias de esta condición y la necesidad de desarrollar estrategias para mitigar su impacto en el personal de salud (19).

1.4 ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La detección del síndrome de burnout debe basarse en herramientas validadas y métodos sistemáticos que permitan identificar sus signos de manera temprana. En este sentido, la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), continúa siendo desde que se publicó en 1981 el método de evaluación de este burnout más empleado, dado su facilidad y rapidez de aplicación (20).

Su propósito es evaluar de forma objetiva la experiencia de desgaste profesional a través de respuestas autocumplimentadas. Se trata de una herramienta cuyo objetivo fundamental es facilitar la detección precoz con objetivo de establecer de manera rápida y eficiente intervenciones preventivas o correctivas (20).

El MBI es un cuestionario autocumplimentado de 22 ítems con respuestas tipo Likert (0: nunca, 6: todos los días), sobre afirmaciones de sentimientos y actitudes del profesional (18). Las dimensiones evaluadas incluyen el agotamiento emocional, que refleja el grado de cansancio mental causado por el trabajo; una puntuación alta en esta categoría indica mayor riesgo de burnout (20).

La segunda dimensión, la despersonalización, mide la tendencia a desarrollar actitudes frías o cínicas hacia los demás, especialmente en contextos laborales. Finalmente, la realización personal evalúa el nivel de satisfacción y competencia en el trabajo, siendo una puntuación baja un indicador de mayor vulnerabilidad al burnout (20).

Otras posibles herramientas podrían ser la realización de entrevistas periódicas, encuestas de clima laboral y evaluaciones de salud mental, de manera que los posibles cambios en el comportamiento o actitud de los trabajadores pudiera servir como un indicador complementario.

1.5 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Por último, la prevención del síndrome de burnout puede abordarse desde dos enfoques: a nivel individual y organizativo. A pesar de que, como hemos comentado, las principales causas de burnout suelen estar vinculadas al entorno laboral, recalcar que son muchas las intervenciones que apelan a la responsabilidad individual, con el objetivo fundamental de evitar alcanzar un nivel crítico de agotamiento.

Algunas de estas medidas incluyen establecer límites entre el trabajo y la vida personal, evitar prolongar innecesariamente la jornada laboral en detrimento del tiempo de descanso y ocio, así como reducir la conexión permanente a dispositivos móviles y correos electrónicos. Se recomienda además, mantener un estilo de vida saludable, con actividad física regular, una alimentación equilibrada y un descanso adecuado (21).

A nivel organizativo, las empresas y gestores de recursos humanos deben implementar medidas para mitigar los factores que propician el burnout. Evaluar y corregir los riesgos psicosociales, establecer objetivos laborales claros y fomentar un ambiente colaborativo son pasos clave. La promoción de la flexibilidad horaria, la autonomía en la toma de decisiones y la formación continua pueden reducir la sensación de sobrecarga y mejorar el bienestar del personal.

Además, contar con mecanismos de apoyo, como grupos de supervisión o asistencia psicológica especializada, así como fortalecer las relaciones entre compañeros y fomentar el trabajo en equipo, resultan medidas esenciales para prevenir el desgaste profesional (21).

2. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de burnout es un problema creciente entre los profesionales sanitarios, y que está adquiriendo especial relevancia y visibilidad en los últimos tiempos. La sobrecarga laboral, el estrés continuo y la falta de descanso adecuado pueden generar consecuencias físicas y psicológicas que afectan tanto a los propios profesionales como a la calidad asistencial que brindan a los pacientes.

Diversos estudios han demostrado que la fatiga y la falta de recuperación adecuada tras largas jornadas pueden incrementar el riesgo de padecer trastornos del sueño, ansiedad, depresión y enfermedades cardiovasculares.

Los facultativos son en la actualidad el único colectivo sanitario que continúa haciendo turnos de 24 horas. La duración de las jornadas, que pueden extenderse hasta 36 horas, es uno de los principales puntos de controversia que a día de hoy se está debatiendo de acuerdo a las últimas propuestas que se incluyen en el borrador del Estatuto Marco propuesto por el ministerio de Sanidad.

Por otro lado, se ha visto que la fatiga mental y física secundarias a largas jornadas laborales entre otros factores, puede llevar a una mayor incidencia de errores médicos, fallos en la toma de decisiones y disminución de la capacidad de respuesta en situaciones críticas. Todo esto puede repercutir en la seguridad del paciente, que es valorado en ocasiones por profesionales que pueden no estar en perfectas condiciones para atender sus necesidades.

Además, el desgaste emocional y el agotamiento prolongado pueden llevar a una menor satisfacción laboral, incrementando la rotación del personal y afectando el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Por todo ello, este estudio busca proporcionar un análisis integral sobre la detección del burnout en profesionales que realizan guardias de 24 horas y proponer estrategias preventivas eficaces. La identificación temprana de los síntomas y la adopción de intervenciones adecuadas pueden mejorar la calidad de vida de los sanitarios y garantizar un entorno laboral más seguro y saludable para todos los implicados en la atención médica.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar el grado de burnout entre los profesionales sanitarios que realizan guardias de 24 horas en un hospital de segundo nivel.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de burnout en los participantes en relación a los años de trabajo en el servicio público
- Analizar la relación entre el sexo y los niveles de burnout referidos por los participantes
- Definir la relación entre la edad y los niveles de burnout referidos por los participantes
- Examinar las estrategias que pueden implementarse para prevenir la aparición del síndrome de burnout en el entorno laboral
- Desarrollar recomendaciones y acciones efectivas que faciliten la generación de conocimiento y la adopción de medidas adecuadas para gestionar y prevenir el burnout

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal, cuyo objetivo es analizar la presencia y características del síndrome de burnout en los participantes. Para la recolección de datos, se empleó la escala Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), un cuestionario aplicado para profesionales de los servicios humanos y adaptado en este caso a personas que trabajan atendiendo pacientes.

Como ya hemos comentado anteriormente, esta escala evalúa mediante 22 ítems las tres dimensiones del burnout, relacionándose puntuaciones altas (> 26 en el apartado de cansancio emocional, > 9 en despersonalización y < 34 en realización personal) con mayor riesgo de burnout. Se trata de una escala con alto nivel de validez y fiabilidad según el coeficiente Alpha de Cronbach (α).

El procedimiento de recopilación de la información se llevó a cabo a través de un cuestionario de autocumplimentado, diseñado en la plataforma Google Docs. Antes de completar el cuestionario. Los participantes daban su consentimiento de manera implícita para el manejo de datos realizando la encuesta.

El cuestionario incluyó preguntas destinadas a evaluar los tres componentes fundamentales del síndrome de burnout según el modelo de Maslach: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Además, se recopilaron datos sociodemográficos y laborales relevantes para analizar posibles factores asociados al desarrollo de este síndrome y se propuso a los participantes proponer medidas que pudieran considerar beneficiosas para prevenir el burnout.

Gracias al formato digital del cuestionario, se optimizó la recopilación y el almacenamiento de la información, facilitando el posterior análisis de los resultados.

4.2 Población de estudio

La población de estudio fueron todos profesionales sanitarios (facultativos y MIR) con jornadas laborales de 24 horas que cumplimentaron la encuesta entre los meses de marzo y mayo de 2025 en un hospital de tercer nivel.

4.3 Variables de estudio

Para la elaboración del estudio, se incluyeron variables fundamentalmente cualitativas con dos o más opciones posibles.

- Sexo: hombre, mujer, otro
- Edad: número
- Años de ejercicio en el sistema público: menos de 5 años, entre 5-10 años, más de 10 años.
- Tipo de guardias: presenciales, localizadas.
- Número de guardias al mes: menos de 2 al mes, entre 2-4, más de 4 al mes.
- Para medir el síndrome de burnout se empleó la escala MBI-HSS, en la que se plantean las siguientes 22 preguntas:

1. *Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.*
2. *Cuando termino mi jornada de trabajo me siento cansado.*
3. *Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento cansado.*
4. *Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.*
5. *Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.*
6. *Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.*
7. *Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.*
8. *Siento que mi trabajo me está desgastando.*
9. *Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi*

trabajo.

- 10. Siento que me he hecho más duro con la gente.*
- 11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.*
- 12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.*
- 13. Me siento frustrado en mi trabajo.*
- 14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.*
- 15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.*
- 16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.*
- 17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.*
- 18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.*
- 19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.*
- 20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.*
- 21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.*
- 22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.*

A cada ítem de las anteriores preguntas se le otorga un valor de una escala numérica según el grado de afectación del mismo, siendo los siguientes las diferentes opciones:

- 0 = Nunca / Ninguna vez.*
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año.*
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos.*
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes.*
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana.*
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana.*
- 6 = Siempre / Todos los días.*

4.4 Cumplimiento de la normativa vigente en materia de investigación

Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, los investigadores de este estudio se comprometen a velar por el anonimato de los participantes, así como la seguridad de los datos y resultados obtenidos con el objeto de respetar el derecho a la autonomía y privacidad .

Los cuestionarios se distribuyeron entre aquellos sujetos que voluntariamente accedieron a responderlos; con el objeto de garantizar la confiabilidad de sus respuestas se cumplieron en forma anónima.

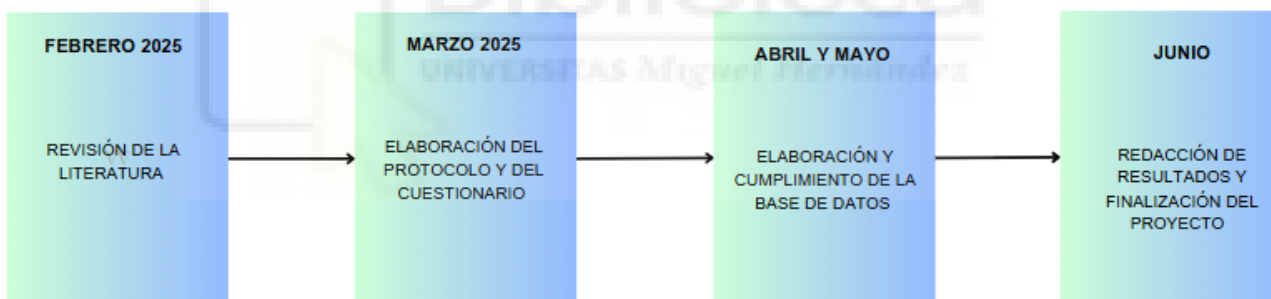
4.5 Análisis de datos

En primer lugar, se comprobó la distribución normal de las variables cuantitativas con el test de Kolmogorov-Smirnov, de manera que aquellas que siguen una distribución normal se expresaron como media y desviación estándar (DE), mientras que las que no lo cumplan se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas se expresaron como porcentaje, y algunas como valor absoluto. La comparación entre variables cualitativas se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson. La comparación entre variables cuantitativas y cualitativas se realizó mediante prueba T de Student o Mann Whitney dependiendo de si la variable cuantitativa se distribuía de forma normal o no. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa IBM SPSS Statistics 25 (SPSS Inc., Chicago, IL

4.6 Plan de trabajo

El proyecto de investigación comenzó en febrero de 2025. Inicialmente, se realizó una revisión de la literatura disponible de burnout en profesionales sanitarios, incluyendo revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios transversales. En marzo se inició el protocolo del estudio, estableciendo los objetivos que se iban a analizar así como las variables empleadas. Ese mismo mes, se inició la elaboración del cuestionario según la escala MBI-HSS adaptada a profesionales sanitarios. Los participantes del estudio podían cumplimentar el cuestionario entre los meses de marzo y el 1 de mayo de 2025. La base de datos fue creada y pulida durante el mes de abril, iniciándose el procesamiento estadístico de la información obtenida a lo largo del mes de mayo. La redacción de los resultados y del resto del trabajo finalizó en el mes de junio de 2025. El trabajo será presentado ante un tribunal en julio de 2025.

Figura 1. Temporalización del trabajo de investigación

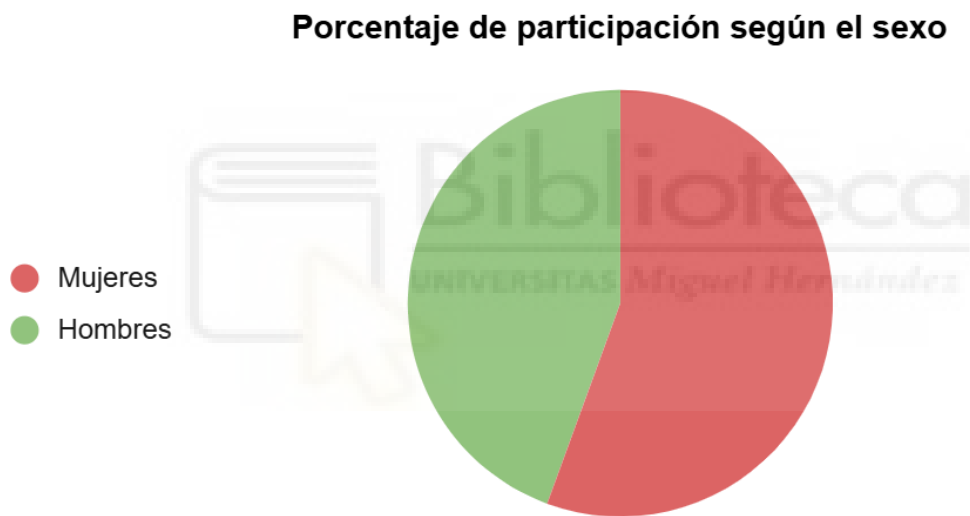


5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados epidemiológicos

Se obtuvieron un total de 45 respuestas, de las cuales 25 (55.6%) fueron mujeres y 20 (44.4%) hombres (Figura 1). La edad media fue de 37 años (RIC 26-50).

Figura 2. Porcentaje de participación según el sexo.



Del total de participantes, 23 (51.1%) fueron Médicos Internos Residentes (MIR) y 22 48.9% facultativos adjuntos de los distintos servicios hospitalarios. De los 23 MIR que respondieron el formulario, 17 eran mujeres y 6 hombres. El número de participantes en función del año de residencia se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Número de participantes MIR y porcentaje de representación de ambos sexos según el año de residencia.

Año de residencia	Nº participantes	%respecto al total (n=45)	% de hombres respecto al total (n=45)	% de mujeres respecto al total (n=45)
R1	3	6.6	2.2(n=1)	4.4(n=2)
R2	5	11.1	2.2(n=1)	8.9(n=4)
R3	5	11.1	4.4(n=2))	6.7(n=3)
R4	6	13.3	2.2(n=1)	11.1(n=5)
R5	4	8.8	2.2(n=1)	6.7(n=3)

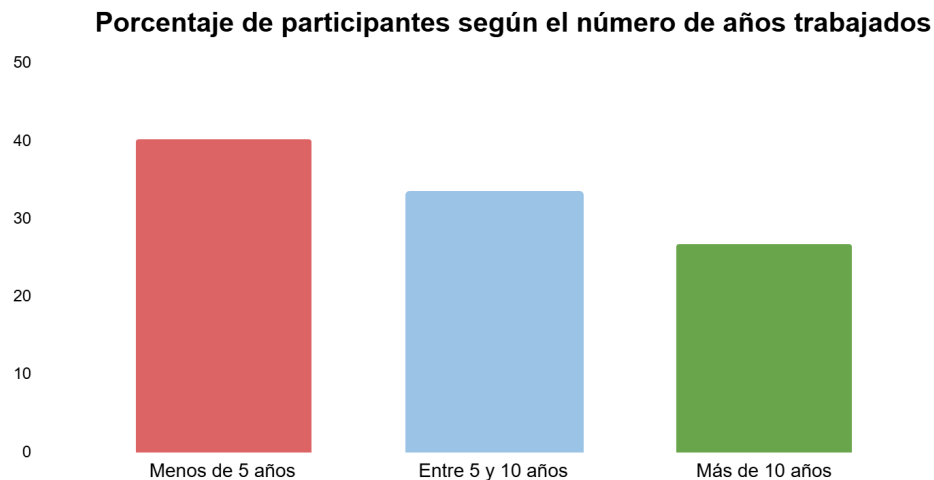
La edad media de los 23 participantes MIR que completaron la encuesta fue de 28.5 años (RIC 26-33). La edad de los participantes en los distintos años de residencia se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Edad media de los participantes en los distintos años de residencia.

Año de residencia	Nº participantes	%respecto al total (n=45)	Edad media (años)
R1	3	6.6	26
R2	5	11.1	27.8
R3	5	11.1	28.8
R4	6	13.3	29
R5	4	8.8	30

En relación al tiempo medio trabajado en el Servicio Murciano de Salud (SMS), 18 personas (40.2%) llevaban menos de 5 años en la sanidad pública, 15 personas (33.3%) entre 5 y 10 años y 12 personas (26.7%) más de 10 años. Los datos mencionados se representan en la figura 3.

Figura 3. Porcentaje de participantes según el número de años trabajados al servicio del SMS.



En lo que respecta a los datos obtenidos sobre las guardias, el 80.2% se llevaron a cabo de manera presencial, y sólo el 19.8% fueron localizadas, siendo todos los participantes facultativos no residentes.

El 22.2% de los participantes realizó máximo dos guardias mensuales, el 48.9% de dos a cuatro guardias mientras que el 28.9% de los facultativos hizo cuatro o más guardias al mes. Estos datos los podemos ver representados en la figura 4.

Figura 4. Número de guardias realizadas al mes.

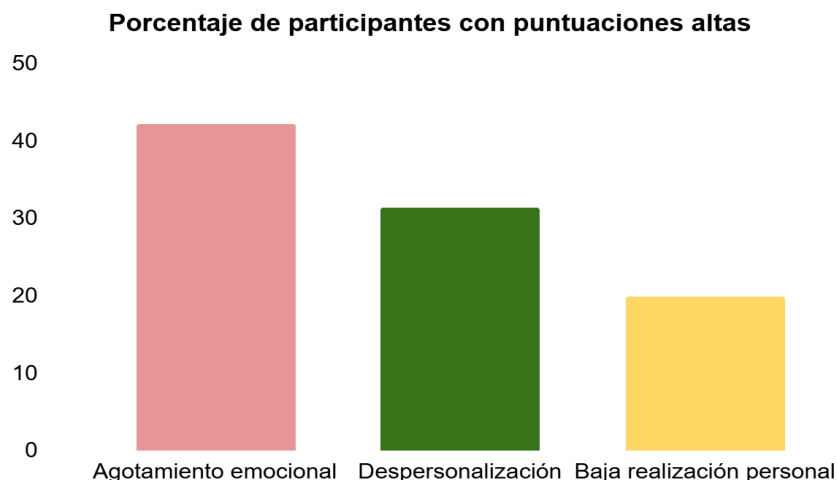


5.2 RESULTADOS EN LOS DISTINTOS SUBAPARTADOS DE LA ESCALA MBI

Del total de participantes de la muestra, 7 personas (15% de la muestra), cumplían criterios de síndrome de burnout en las tres dimensiones evaluadas (cansancio emocional >26, despersonalización >9 y baja realización personal <34).

En el análisis por subapartados, la puntuación media en el ámbito del agotamiento emocional fue de 27.6 (DE 8.3), presentando 19 participantes (42.2%), niveles altos de cansancio emocional. En cuanto a despersonalización, la puntuación media fue de 11.3 (DE 4.7). El 31.5% de los participantes (n=17) tenían puntuaciones altas en este ámbito. Por último, la puntuación media en la autorrealización personal fue de 38.8 (DE 6.5), presentando 9 participantes (20% de la muestra) baja percepción de autorrealización.

Figura 5. Participantes con puntuaciones altas en los distintos subapartados de la escala MBI.



En el análisis por sexo, el 48% de las mujeres (n=12) y el 35% de los hombres (n=7); obtuvieron puntuaciones superiores a 26 en el apartado de agotamiento emocional. Sin embargo, en el apartado despersonalización, se objetivó un mayor porcentaje de hombres, 40% (n=8) respecto al 36% (n=9) en mujeres con puntuaciones superiores a los 9 puntos. En el ámbito de realización personal percibida obtuvieron menos de 34 puntos 5 mujeres y 4 hombres (41.6% y 57.1% respectivamente). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres apartados.

Tabla 3. Análisis por sexos de porcentaje de altas puntuaciones en los distintos subapartados.

Dimensión	Hombres (%)	Mujeres (%)	p-valor
Agotamiento emocional (>26)	48 (12/25)	35 (7/20)	p=0.37
Despersonalización (>9)	36 (9/25)	40 (8/20)	p=0.77
Baja realización personal (<34)	41.6 (5/12)	55.1 (4/7)	p=0.62

En lo que respecta a la edad, el 53.3% (n=8) de los menores de 30 años presentaron niveles altos de agotamiento emocional, siendo la media de 27.3 (DE 7.8). En los profesionales entre los 30 y 45 años y aquellos mayores de 45 años, destacar que aunque el agotamiento emocional fue también el síntoma más frecuente, había más porcentaje de participantes con puntuaciones elevadas en la escala de despersonalización que en los más jóvenes. Tampoco se encontraron diferencias significativas en ninguno de los subgrupos.

Como uno de los principales objetivos del estudio, se realizó un análisis con el objetivo de relacionar el número de guardias con puntuaciones altas en las tres dimensiones del síndrome de burnout.

De los 10 participantes que realizaban menos de 2 guardias al mes, el 30% (n=3), presentaban puntuaciones altas en la escala de agotamiento emocional, 20% (n=2) en el ítem de despersonalización y ninguna en baja realización personal.

En el caso de los 22 profesionales que realizaban entre 2 y 4 guardias al mes, el 40.9% (n=9), obtuvieron puntuaciones altas en la escala de agotamiento emocional, 31.8% (n=7) en despersonalización y 5 (22.7%) baja realización personal.

Por último, de los 13 profesionales que realizaban más de 4 guardias al mes, 7 (53.85%) obtuvieron puntuaciones altas de agotamiento emocional, 7 (53.8%) en despersonalización y 4 (30.8%) baja autorrealización personal.

Tabla 4. Análisis según el número de guardias realizadas porcentaje de altas puntuaciones en los distintos subapartados.

Dimensión	<=2 guardias (n=10)	2-4 guardias (n=22)	>=4 guardias (n=13)	p-valor
Agotamiento emocional (>26)	3 (30%)	9 (40.9%)	7 (53.8%)	0.42
Despersonalización (>9)	2 (20%)	7 (31.8%)	7 (53.8%)	0.18
Baja realización personal (<34)	0 (0%)	5 (22.7%)	4 (30.8%)	0.09

Las puntuaciones consideradas como elevadas en los tres subapartados recopilados de los participantes según los años de servicio en el Sistema Murciano de Salud se recogen en las figuras 6, 7 y 8 respectivamente.

Figura 6. Porcentaje de participantes con menos de 5 años de servicio en el SMS y puntuaciones elevadas en los distintos apartados de la escala MBI.

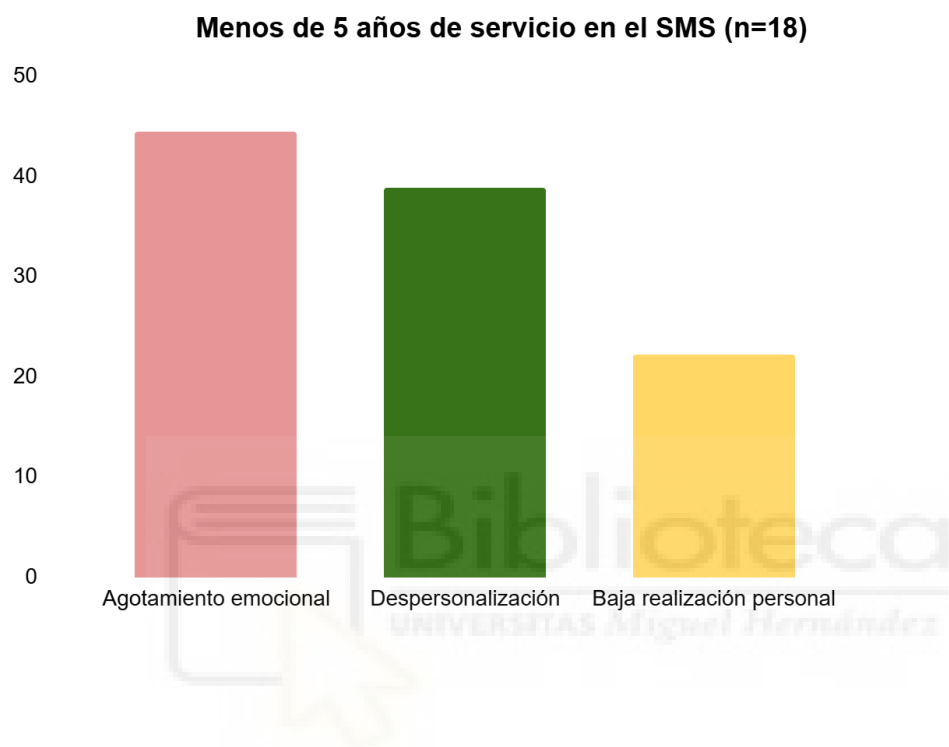


Figura 7. Porcentaje de participantes con entre 5 y 10 años de servicio en el SMS y puntuaciones elevadas en los distintos apartados de la escala MBI.

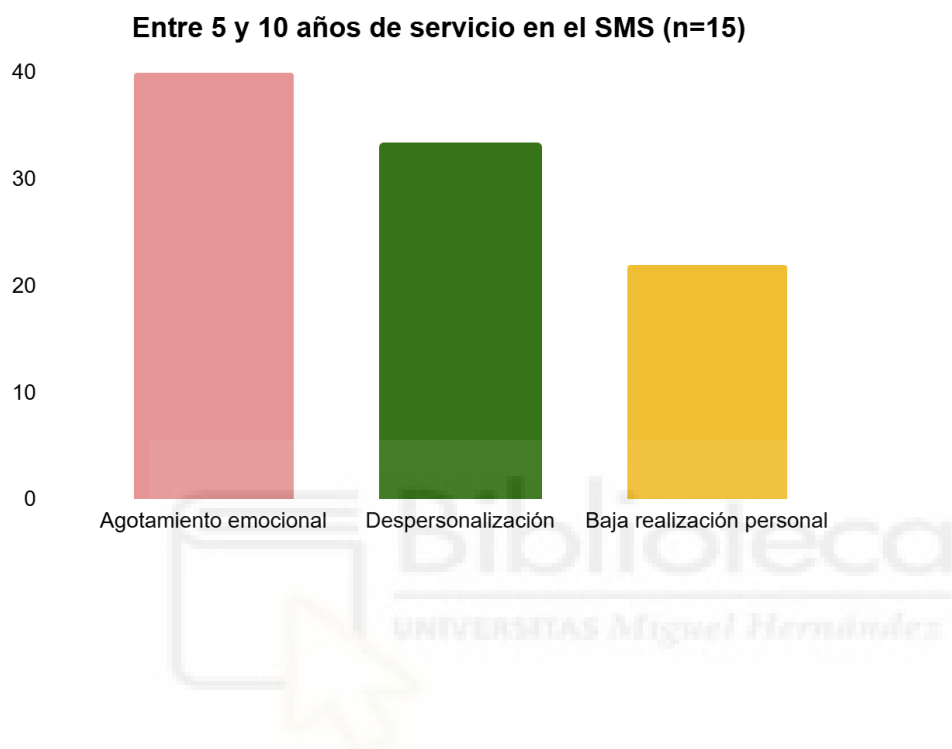
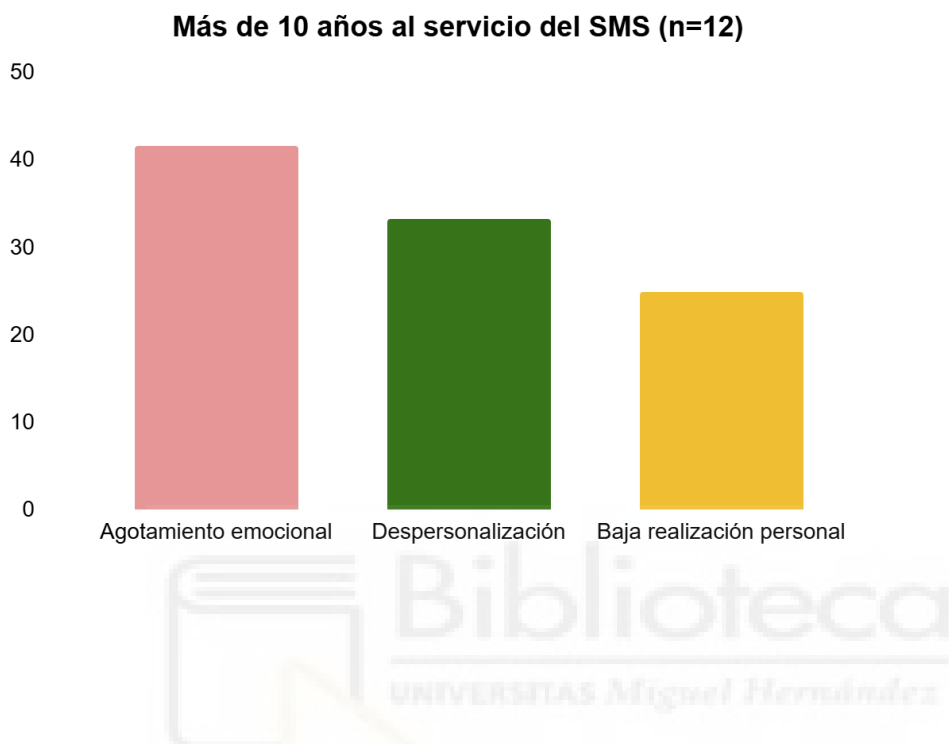


Figura 8. Porcentaje de participantes con más de 10 años de servicio en el SMS y puntuaciones elevadas en los distintos apartados de la escala MBI.



5.3 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PROPUESTAS POR LOS PROFESIONALES

Como parte del cuestionario, se incluyó un apartado de texto libre destinado a que los participantes pudieran expresar libremente sus opiniones y sugerencias sobre posibles medidas de prevención del síndrome de burnout, basadas en su experiencia personal y en su conocimiento del entorno laboral.

Una de las medidas más repetidamente mencionadas fue la importancia de garantizar descansos reales y efectivos tras las jornadas de 24 horas. Muchos participantes señalaron que, en la práctica, estos periodos de recuperación no se respetan como deberían, debido principalmente a la sobrecarga asistencial o a la falta estructural de personal. Esta situación impide un descanso físico y mental adecuado, lo que incrementa los niveles de agotamiento y favorece la aparición del síndrome de burnout.

Dos de los participantes incluso propusieron de manera concreta la necesidad de prolongar el tiempo de descanso tras una guardia, pasando de las actuales 24 horas a un mínimo de 48 horas continuas, con el objetivo de asegurar una recuperación plena antes de volver a enfrentarse a nuevas exigencias laborales.

En el mismo sentido, uno de los participantes propuso la reducción de las guardias de las 24 a las 12 horas, con el objetivo de no realizar turnos tan prolongados. Para que esta medida pueda ser viable, consideró imprescindible aumentar el número de trabajadores disponibles, de manera que la carga asistencial pueda repartirse de forma más justa y sostenible.

Uno de los aspectos que recibió una mención especialmente destacada entre los participantes, fue el relacionado con las condiciones económicas y salariales de los profesionales sanitarios.

En esta encuesta, un 80% del total de participantes, es decir, 36 de las 45 personas encuestadas, señalaron la necesidad urgente de mejorar las condiciones económicas como una de las principales estrategias a implementar.

Esta demanda afecta tanto al sueldo base, el cual es incluso inferior al mínimo vital en el caso de los residentes, como al percibido durante las horas de guardia. Se trata de una cuestión, mencionada por uno de los participantes, directamente relacionada con el reconocimiento del esfuerzo, la responsabilidad y las condiciones de trabajo exigentes a las que están sometidos de forma habitual.

Dentro de este grupo, la mayoría de quienes hicieron esta propuesta expresaron también su malestar ante lo que consideran una injusticia estructural, el tratamiento fiscal y laboral de las guardias.

Las jornadas de 24 horas no son computadas en los años de cotización para la jubilación, lo que contrasta con el hecho de que sí se consideran a efectos del impuesto sobre la Renta (IRPF).

Este hecho desencadena un profundo sentimiento de injusticia y podría considerarse uno de los principales motivos de agotamiento emocional en los médicos.

Por otra parte, un total de cinco participantes subrayaron la importancia de contar con una preparación específica en temas vinculados al manejo del estrés y a la autorregulación emocional.

Este grupo de profesionales expresó que enfrentarse a situaciones laborales emocionalmente intensas y exigentes requiere no solo experiencia práctica, sino también conocimientos técnicos que permitan gestionar adecuadamente las emociones y mantener la estabilidad mental.

En este sentido, consideraron crucial la incorporación de programas de formación especializados que doten al personal de herramientas prácticas, estrategias adaptativas y recursos psicológicos útiles para hacer frente a la presión diaria y a las demandas emocionales propias del entorno sanitario.

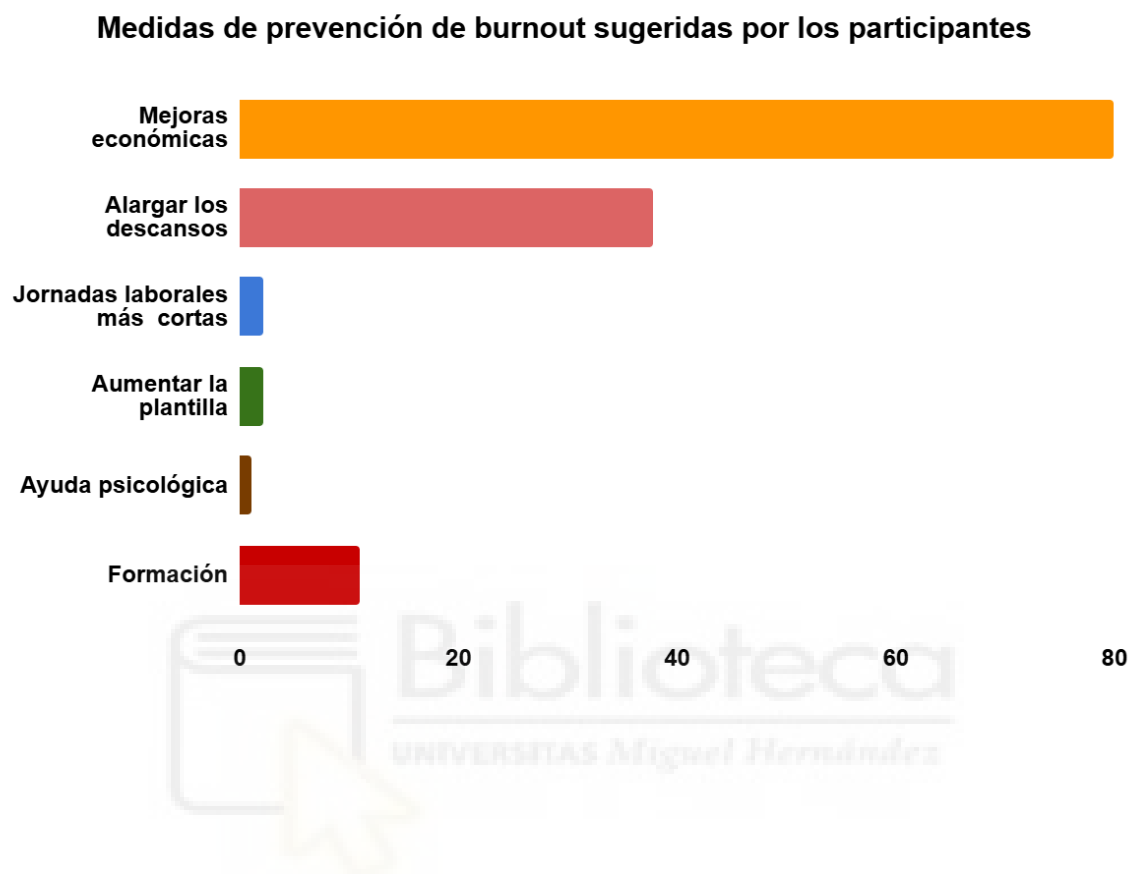
Asimismo, se destacó la necesidad de que estos cursos formativos no solo aborden contenidos teóricos, sino que también incluyan dinámicas vivenciales, simulaciones y espacios de reflexión que faciliten la interiorización de habilidades de afrontamiento, con el objetivo de fortalecer la resiliencia individual y colectiva dentro de los equipos de trabajo.

Finalmente, uno de los participantes hizo hincapié en la conveniencia de mejorar el acceso a servicios de apoyo psicológico orientados específicamente al personal sanitario.

Esta propuesta busca garantizar que aquellos profesionales que atraviesen momentos de malestar emocional o estrés elevado puedan disponer, de forma rápida y confidencial, de atención especializada que les permita recuperar su bienestar psicológico.

Según este testimonio, implementar sistemas de ayuda emocional accesibles contribuiría significativamente a promover un entorno laboral más saludable, humano y sostenible, donde se priorice la salud mental como un componente esencial del desempeño profesional.

Figura 9. Medidas de prevención de síndrome de burnout sugeridas por los participantes.



5.4 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.4.1 Resultados obtenidos según edad y sexo

Los resultados obtenidos en este estudio revelan una presencia significativa del síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios encuestados, lo que confirma la preocupación creciente sobre el impacto del desgaste emocional en este colectivo. En nuestro estudio, el porcentaje de participantes que cumplían criterios de síndrome de burnout fue del 15% .

En este punto, merece la pena destacar una revisión sistemática publicada en Revista Clínica Española en 2023 por Pujol-de Castro et al. (2023). Se titula "Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: Revisión sistemática y metaanálisis". Se trata de un estudio multicéntrico en el que se incluyeron 67 estudios observacionales realizados en España, con un total de 16.076 participantes. En este estudio, la prevalencia global del síndrome de burnout en médicos fue del 24% (IC95%: 19%-29%) (13).

Las diferencias entre los resultados de nuestro estudio y el mencionado podrían estar en relación con una muestra significativamente menor.

Como ya hemos comentado, se trata de datos preocupantes que afectan tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes a los que atienden. Si nos planteamos cómo hemos llegado a este punto, se podría atribuir a múltiples factores; pudiendo ser la estructura del sistema sanitario o la masificación del sistema factores fundamentales.

En este sentido, existen estudios que demuestran que la pandemia del coronavirus tuvo también un impacto muy importante en los sanitarios así como en la concepción del síndrome de burnout.

Si bien este estudio no analiza este punto, destacar un artículo publicado en 2020 en el que se analizaba el síndrome de burnout durante la pandemia en 1000 médicos internistas de toda España, ya que fue junto con urgencias, neumología y las unidades de cuidados intensivos una de las especialidades más damnificadas (18).

El 40.1% de los participantes de ese estudio presentaban síntomas compatibles con síndrome de burnout, siendo en este caso la despersonalización el síntomas más frecuente (18).

De acuerdo con la literatura actual, el síndrome de burnout podría ser más frecuente en mujeres que en hombres en términos generales. En el análisis por sexos, en nuestro estudio no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

No obstante, mencionar que en este estudio fueron las mujeres las que presentan mayor frecuencia de agotamiento emocional, mientras que los hombres tienen puntuaciones altas más frecuentemente en el ámbito de la despersonalización.

A pesar de que no se pueden extraer conclusiones de estos datos, no parece descabellado pensar que estas diferencias podrían deberse a diferencias biológicas y de comportamiento social que existen entre hombres y mujeres, siendo en ellas el componente emocional fundamental en las relaciones interpersonales.

Por otro lado, si extrapolamos al personal de enfermería o técnicos auxiliares de enfermería, las mujeres representan aproximadamente el 70% del personal sanitario, y ocupan de manera habitual puestos peor remunerados y de menor prestigio social, lo que podría afectar fundamentalmente a los aspectos de agotamiento emocional y baja realización personal (22).

En cuanto a la edad y números de años trabajados al servicio del sistema murciano de salud, destacar que más de la mitad de la muestra eran médicos internos residentes, con entre 4 y 5 años de experiencia, siendo este subgrupo de edad el que más niveles de agotamiento emocional presentaba.

Si bien es cierto que no encontramos diferencias significativas, se trata de una tendencia que sigue la misma línea que la publicada en la literatura, en la que son los médicos más jóvenes los que más frecuentemente sufren este síntoma en concreto (23).

Como comentaremos más adelante, esto podría además verse influido por el mayor número de guardias y carga laboral a la que habitualmente se ven sometidos.

5.4.2 Resultados obtenidos en las distintas dimensiones del síndrome de burnout.

Como ya hemos comentado, en nuestra serie, el agotamiento emocional obtuvo el mayor porcentaje de puntuaciones altas en los análisis por edad, años al servicio del SMS y número de guardias realizadas. Coincidiendo con la literatura revisada, se trata por lo tanto del síntoma más frecuente entre los profesionales sanitarios (4).

Esto tiene una clara relación con todos los aspectos que hemos mencionado previamente, fundamentalmente de elevada presión asistencial, jornadas laborales excesivamente largas y descansos insuficientes.

En este estudio unas de las principales medidas de prevención sugeridas por los participantes fue la de alargar los descansos. En la mayoría de los casos, los médicos tienen menos de 24 horas de libranza después de una guardia. Teniendo en cuenta que deberían recuperar las horas de sueño perdidas el número de horas de tiempo libre es todavía menor.

Es cierto que esto no ocurre en todas las especialidades médicas, puesto que por ejemplo los médicos de urgencias o los de atención extrahospitalaria habitualmente tienen turnos más prolongados de descanso.

En este aspecto, destacar que existen estudios en los que se demuestra que los profesionales sanitarios que descansan menos de 24 horas tienen una calidad de sueño inferior a aquellos que descansan más de 24 horas (15).

Como hemos comentado previamente, la falta de sueño puede tener consecuencias negativas importantes tanto en la salud física, como el debilitamiento del sistema inmunológico, como en la salud mental, al aumentar el estrés, la ansiedad y la depresión, pudiendo por lo tanto tener impacto en la calidad de la atención a los pacientes.

Todo ello resalta la importancia de asegurar periodos adecuados de recuperación entre turnos para prevenir la fatiga por lo tanto, el agotamiento emocional y el síndrome de burnout (16).

En cuanto a la despersonalización, la puntuación media de 11.3 (DE 4.7) y un 31.5% de los profesionales con puntuaciones altas indican una desconexión progresiva del vínculo empático con los pacientes.

Esta situación, aunque menos frecuente que el agotamiento, no es menos preocupante, puesto que la empatía por parte de los profesionales sanitarios deben de ser uno de los principales pilares de la relación médico-paciente.

Finalmente, la baja autorrealización, aunque menos prevalente, sigue siendo una dimensión importante, ya que su aparición refleja una pérdida de sentido y satisfacción en la tarea profesional.

Sin embargo, destacar que en este análisis, aproximadamente el 50% tanto de hombres como de mujeres, presentaron puntuaciones medias o altos en esta subescala, lo cual sugiere que muchos de los profesionales sanitarios del estudio si encuentran sentido y satisfacción en su trabajo, lo cual es fundamental para su bienestar psicológico, su compromiso con la profesión y el buen trato con el paciente.

Como observación, destacar que a pesar de que también se puede encontrar en médicos, se trata de una dimensión más prevalente afectada en otros profesionales sanitarios como enfermería o auxiliares. Mencionar una revisión sistemática publicada en 2021 en el que se analizaba el síndrome de burnout en enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, en las que la baja realización personal se presentaba hasta en el 50% de los participantes (7).

5.4.3 Resultados obtenidos según el número de guardias

Una vez evaluados los datos obtenidos en según características epidemiológicas como edad y sexo y analizadas las distintas dimensiones del síndrome de burnout, quisimos analizar como influía el número de guardias en los participantes del estudio.

En nuestro estudio, el número de guardias mensuales estuvo directamente relacionado con los niveles de burnout. Los profesionales que realizaban más de cuatro guardias al mes, presentaron los porcentajes más altos en las tres dimensiones del burnout (agotamiento emocional 53.85%, despersonalización 53.8% y baja autorrealización personal 30.8%).

Este dato refuerza la hipótesis de que la carga asistencial, especialmente la nocturna y prolongada, es uno de los factores más influyentes en la aparición del síndrome. Asimismo, incluso en el grupo que realiza entre dos y cuatro guardias mensuales, se observa un impacto relevante, lo que sugiere que no solo la cantidad, sino también la

calidad del descanso y la intensidad del trabajo durante esas guardias son elementos clave.

Como comentábamos previamente, los médicos internos residentes son habitualmente los que más número de guardias realizan al mes, puesto que al estar en periodo formativo se les exige un mínimo de 3-5 guardias mensuales. Además, en la mayoría de las ocasiones, el peso de la guardia recae fundamentalmente en ellos, que se ven sometidos a carga laboral excesiva y exceso de responsabilidades, con salarios muy inferiores a los de los facultativos (23, 24).

Comentar que nuestro análisis evalúa a profesionales médicos que trabajan en el ámbito hospitalario en general, sin hacer diferencias en lo que respecta a las distintas especialidades.

Sin embargo, existen estudios publicados en los que se analiza el grado de burnout en las distintas especialidades, siendo las quirúrgicas, los médicos de urgencias y los intensivistas los que mayores niveles de burnout presentan.

En este sentido, sería interesante evaluar el grado de burnout según las diferentes especialidades médicas tanto en los hospitales como en los medios extrahospitalarios, con el objetivo de intentar evaluar si existen diferencias entre los distintos profesionales médicos, e intentar mejorar las condiciones de aquellos que tienen peores circunstancias laborales.

5.4.2 Discusión de las propuestas de prevención

Respecto a las propuestas orientadas a mejorar las condiciones laborales dentro del ámbito sanitario, cabe señalar que muchas de las sugerencias realizadas por los participantes coinciden con aquellas que ya han sido ampliamente discutidas y documentadas en la literatura científica más reciente.

Estas propuestas no solo reflejan una preocupación compartida por el colectivo profesional, sino que también evidencian la necesidad urgente de introducir cambios estructurales en la organización del trabajo médico (25).

Uno de los aspectos más reiterados fue la necesidad de modificar los esquemas actuales de turnos laborales. En particular, se puso énfasis en la petición de asegurar descansos reales y efectivos tras la realización de guardias de 24 horas.

Diversos profesionales señalaron que, aunque sobre el papel está contemplado el descanso post-guardia, en la práctica este no se respeta adecuadamente, lo cual compromete seriamente los procesos de recuperación física y mental necesarios para afrontar el siguiente turno con garantías.

Algunas propuestas específicas incluyeron la posibilidad de extender el período de descanso posterior a las guardias hasta las 48 horas, o bien, la opción de reducir directamente la duración de las guardias, limitándolas a un máximo de 12 horas.

Ambas medidas reflejan un creciente malestar y una percepción generalizada de que las condiciones laborales actuales no son sostenibles a largo plazo.

Otro tema que surgió con fuerza fue la dificultad para compatibilizar la vida profesional con la esfera personal. A pesar de los intentos por establecer límites entre ambas, muchos médicos y médicas se ven en la obligación de prolongar su jornada laboral más allá del horario establecido.

Preparar quirófanos, gestionar consultas pendientes, asistir a sesiones clínicas, participar en programas formativos, cursar másteres o asistir a congresos forman parte de una rutina que frecuentemente se realiza fuera del horario oficial y, en la mayoría de los casos, sin compensación económica.

Este exceso de trabajo no remunerado no sólo repercute negativamente en la calidad de vida del profesional, sino que también interfiere en sus relaciones interpersonales, afectando el equilibrio emocional y contribuyendo al agotamiento físico y psicológico.

En este contexto, aunque fue mencionado con menor frecuencia, algunos participantes propusieron introducir herramientas y recursos enfocados en el desarrollo de habilidades emocionales y en la resolución constructiva de conflictos, aspecto en el que se hace hincapié en trabajos como el publicado por Kabat-Zinn et al en el que se comenta los beneficios de la meditación en el tratamiento de los estados de ansiedad (25).

Esta línea de trabajo apunta a la implementación de intervenciones preventivas que puedan actuar frente al riesgo de burnout, un problema cada vez más prevalente entre los profesionales de la salud.

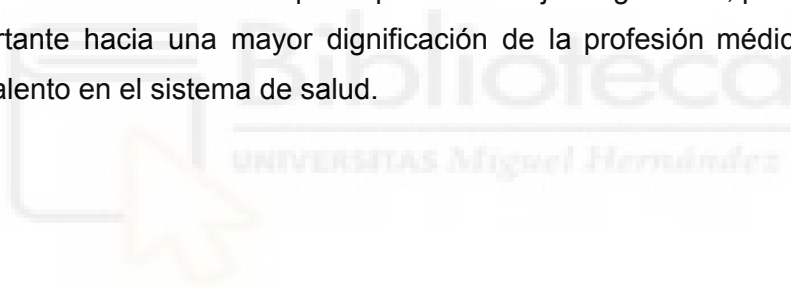
En relación con ello, se hace imprescindible destacar los resultados de una revisión sistemática que evaluó más de una veintena de investigaciones centradas en el síndrome de desgaste profesional (26).

Esta revisión concluyó que la inclusión de prácticas como el yoga, la meditación guiada o los ejercicios de respiración consciente puede tener efectos positivos en la gestión del estrés, aliviando la presión emocional acumulada y mejorando la respuesta ante la carga de trabajo sostenida (26, 27).

Por último, uno de los puntos que generó mayor consenso entre los encuestados fue la necesidad urgente de revisar las condiciones económicas, con especial atención al reconocimiento efectivo de las guardias como horas extraordinarias debidamente remuneradas.

Esta reivindicación ha tomado fuerza en los últimos años, y actualmente representa una de las principales banderas de lucha de los sindicatos médicos, quienes insisten en que la falta de reconocimiento económico a este tipo de jornada intensiva es una forma de precarización encubierta del trabajo sanitario.

En consecuencia, lograr una mejora sustancial en la retribución, junto con una mayor valoración institucional del esfuerzo que implica el trabajo en guardias, podría representar un paso importante hacia una mayor dignificación de la profesión médica y una mejor retención del talento en el sistema de salud.



6. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

6.1. Conclusiones del estudio

El síndrome de burnout representa un problema creciente entre los profesionales sanitarios, evidenciado por numerosos estudios recientes que alertan sobre su impacto en la salud emocional y el rendimiento laboral. Analizar sus características, factores de riesgo y maneras de prevenirlo debería ser un objetivo fundamental tanto de los organismos de gestión como de los propios sanitarios, puesto que este fenómeno no solo compromete el bienestar del personal médico, sino también la calidad de la atención prestada.

Las principales conclusiones del presente trabajo se pueden resumir en los siguientes puntos :

- En nuestro estudio los profesionales sanitarios que llevaban menos de 5 años al servicio del sistema murciano de salud fueron los que presentaron niveles más elevados de burnout.
- Los profesionales sanitarios más jóvenes expresaron más grado de agotamiento emocional, mientras que en los más experimentados destaca la despersonalización como síntomas más frecuente.
- De acuerdo con la literatura, existe una mayor tendencia de síndrome de burnout en mujeres que en hombres, siendo en ellas el agotamiento emocional el síntoma más frecuente.
- La implementación de descansos adecuados, la reducción de la duración de las guardias, la mejora de las condiciones salariales y el fomento de la gestión emocional fueron las estrategias son estrategias clave propuestas por los participantes para prevenir la aparición del burnout

6.2. Limitaciones del estudio y sugerencias

La principal limitación del estudio fue el tamaño muestral, ya que solo hubo 45 personas que respondieron el cuestionario. Además, la mayoría de los participantes formaban parte del servicio de medicina interna, una especialidad habitualmente con una carga alta de trabajo, fundamentalmente de sus residentes los cuales están expuestos a mucha presión laboral.

Sería interesante como se ha comentado previamente realizar un estudio en el que se pudiera analizar el síndrome de burnout según las diferentes especialidades médicas, puesto que posiblemente se podrían establecer unos objetivos de prevención más específicos.

En cuanto a las posibles recomendaciones y sugerencias con objetivo de prevenir el síndrome de burnout entre los médicos, por parte de las organizaciones sería fundamental facilitar los recursos necesarios para conseguirlo, con objetivo de promover un equilibrio adecuado entre las responsabilidades laborales y la vida personal.

Por otro lado, sería beneficioso designar a personal cuyo objetivo sea detectar y gestionar de forma temprana los factores de riesgo que pueden derivar en síndrome de burnout, como la sobrecarga de tareas, la escasa autonomía, la falta de apoyo o el reconocimiento insuficiente. Para ello, sería recomendable capacitar a trabajadores responsables de la identificación de señales de agotamiento emocional así como de la creación de un ambiente de apoyo para aquellos trabajadores que lo necesiten o lo deseen.

Por último, y no menos importante, a los trabajadores se les debería hacer énfasis en la importancia del autocuidado. Actividades que fomenten la alimentación equilibrada, el ejercicio físico, así como técnicas de relajación y establecimiento de límites serían posiblemente beneficiosas para muchos profesionales, señalando la importancia de cuidarse para poder cuidar a los demás.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician- reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev.* 2007;32:203–212. doi: 10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59. [PubMed].
2. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
3. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974;30(1):159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2005). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I): Definición y proceso de generación. <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/20-serie-ntp-numeros-681-a-715-ano-2005/ntp-704-sindrome-de-estar-quemado-por-el-trabajo-o-burnout-i-definicion-y-proceso-de-generacion>
5. Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross- sectional study. *PLoS One.* 2021;16:e0238666. doi: 10.1371/journal.pone.0238666. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef][Google Scholar].
6. Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), 147–152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>

7. Papazian, L., Hraiech, S., Loundou, A., Herridge, M. S., & Boyer, L. (2023). High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care medicine*, 49(4), 387–400. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07025-8>
8. Hiver, C., Villa, A., Bellagamba, G., & Lehucher-Michel, M. P. (2022). Burnout prevalence among European physicians: a systematic review and meta-analysis. *International archives of occupational and environmental health*, 95(1), 259–273. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01782-z>
9. Moro, J. D. S., Soares, J. P., Massignan, C., Oliveira, L. B., Ribeiro, D. M., Cardoso, M., Canto, G. L., & Bolan, M. (2022). Burnout syndrome among dentists: a systematic review and meta-analysis. *The journal of evidence-based dental practice*, 22(3), 101724. <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2022.101724>
10. González, Á. S. M., González, P. S. M., Míguez-Santiyán, M. P., Rodríguez, F. S., & Pérez-López, M. (2023). Prevalence of burnout syndrome among veterinarians in Spain. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 261(5), 1–8. <https://doi.org/10.2460/javma.22.09.0407>
11. Gil-Calderón, J., Alonso-Molero, J., Dierssen-Sotos, T., Gómez-Acebo, I., & Llorca, J. (2021). Burnout syndrome in Spanish medical students. *BMC medical education*, 21(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02661-4>
12. Martínez, F., López, R., & Gómez, A. (2022). Prevalencia del síndrome de burnout en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina: Un estudio transversal. *Revista Española de Salud Pública*, 96(4), 451-468. <https://doi.org/xxxxx>

13. Pujol-de Castro, A., Valerio-Rao, G., Vaquero-Cepeda, P., & Catalá-López, F. (2023). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Clínica Española*, 223(3), 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2023.01.002>
14. Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2021). Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11432. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111432>
15. Gómez-García T, Ruzafa-Martínez M, Fuentelsaz-Gallego C, Madrid JA, Rol MA, Martínez-Madrid MJ, et al. Nurses' sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: observational study among different shifts. *BMJ Open*. 016;6(8):e012073.
16. Gothe NP, Ehlers DK, Salerno EA, Fanning J, Kramer AF, McAuley E. Physical Activity, Sleep and Quality of Life in Older Adults: Influence of Physical, Mental and Social Well-being. *Behav Sleep Med*. 2020;18(6):797-808
17. De Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Apr;33(4):883-894. doi: 10.1007/s40520-019-01368-3. Epub 2019 Oct 9. PMID: 31598914.
18. Macía-Rodríguez C, Alexandre de Oña Á, Martín-Iglesias D, Barrera-López L, Pérez-Sanz MT, Moreno-Díaz J, González-Munera A. Burn-out syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2021 Feb 11;11(2):e042966. doi:10.1136/bmjopen-2020-042966. PMID: 33574150; PMCID: PMC7880089.

19. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C. Association Between Physician Burnout and Patient Safety Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2018;178:1317–1331. [PMC free article] [PubMed] [GoogleScholar] Retracted.
20. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup*
21. Zhang XJ, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi TY. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Jun 26;99(26):e20992. doi: 10.1097/MD.00000000000020992. PMID: 32590814; PMCID: PMC7328917
22. Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, C., & Bustos Aguilar, J. (2015). Burnout en enfermería: Prevalencia y factores relacionados. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 41(1), 28-36. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-burnout-enfermeria-prevalencia-factores-relacionados-S201352461500045>
23. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002 Mar 5;136(5):358-67. doi: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008. PMID: 11874308.
24. García-Flores, R., Zárate-Camargo, N., Castillo-Cruz, J., Acosta-Quiroz, C. O., & Landa-Ramírez, E. (2022). Estresores percibidos asociados a la presencia de burnout en médicos residentes [Perceived stressors associated with the presence of burnout in resident physicians]. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(1), 12–18.

25. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, et al. Effectiveness of a meditation- based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 1992;149(7):936-943. doi:10.1176/ajp.149.7.936.
26. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). El 'burnout' entre el personal sanitario: una “epidemia” que afecta a la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud [Internet]. SESPAS; 2024 [citado 2025 may26]. Disponible en: <https://sespas.es/2024/05/28/el-burnout-entre-el-personal-sanitario-una-epidemia-que-afecta-a-la-calidad-asistencial-del-sistema-nacional-de-salud/>
27. McGrath JE. A conceptual formulation for research on stress. In: Social and Psychological Factors in Stress. New York: Holt, Rinehart, and Winston; 1970. p. 10-21.



8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1. ENCUESTA FORMULARIO DE GOOGLE

BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS QUE REALIZAN JORNADAS DE 24 HORAS

Soy Claudia Moreno Navarro, R5 de Medicina interna. Estoy realizando el máster de prevención de riesgos laborales, y mi objetivo es analizar el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios que realizan jornadas laborales de 24 horas. La participación en el estudio es completamente voluntaria y confidencial. Gracias de antemano por la colaboración.

Género *

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Otra...

Edad *

Texto de respuesta corta

Profesional sanitario *

- ☐ Médico facultativo
- ☐ Médico interno residente

Años de trabajo en el SMS

- ☐ Menos de 5 años
- ☐ Entre 5-10 años
- ☐ Más de 10 años

Número de guardias al mes *

- ☐ Menos de dos al mes
- ☐ Entre dos y cuatro al mes
- ☐ Más de 4 al mes

Tipo de guardias *

- ☐ Presenciales
- ☐ Localizadas

A continuación se presenta un cuestionario con la escala Maslach Burnout Inventory (MBI). A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con la que experimenta ese sentimiento de la siguiente forma:

- ☐ 0- Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5-Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días



1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo. *

- ☐ 0- Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5-Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento cansado. *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5-Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento cansado.

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1- Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5-Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5-Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1- Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5-Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5-Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes. *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

8. Siento que mi trabajo me está desgastando *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

10. Siento que me he hecho más duro con la gente.

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo. *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

13. Me siento frustrado en mi trabajo. *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

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

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

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

- ☐ 0-Nunca
 - ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
 - ☐ 2-Una vez al mes o menos
 - ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
 - ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
 - ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
 - ☐ 6-Siempre/ Todos los días
-

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

- ☐ 0-Nunca
 - ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
 - ☐ 2-Una vez al mes o menos
 - ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
 - ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
 - ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
 - ☐ 6-Siempre/ Todos los días
-

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

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. *

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

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

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

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

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días

22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

- ☐ 0-Nunca
- ☐ 1-Casi nunca/Pocas veces al año
- ☐ 2-Una vez al mes o menos
- ☐ 3-Regularmente/Pocas veces al mes
- ☐ 4-Bastantes veces/ Una vez por semana
- ☐ 5- Casi siempre/ Pocas veces por semana
- ☐ 6-Siempre/ Todos los días