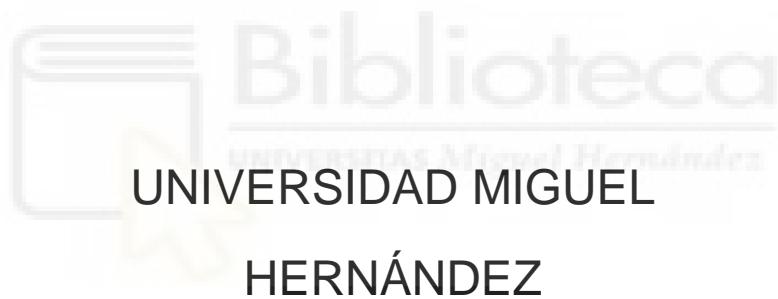


MÁSTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE  
RIESGOS LABORALES



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*



UNIVERSIDAD MIGUEL

HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

"Prevalencia del síndrome de burnout entre el personal  
de una unidad de hospitalización psiquiátrica"

Tutor: Antonio Navarro Sánchez

Alumna: Fuensanta López Teruel

Curso 2024-2025



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

D. Antonio Navarro Sánchez, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado  
“Prevalencia del síndrome de burnout entre el personal  
de una unidad de hospitalización psiquiátrica”  
y realizado por el/la estudiante: Fuensanta López Teruel

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

Fecha de la autorización: 30/06/2025





## AGRADECIMIENTOS

A Carlos, a Carla Victoria y a mis padres Fuensanta y Pepe.

i



## RESUMEN

El presente trabajo plantea como objetivo principal realizar una propuesta metodológica para analizar la prevalencia del síndrome de fatiga del trabajo entre el personal de una unidad de hospitalización psiquiátrica en la Región de Murcia.

Para elaborar dicha propuesta se ha realizado una descripción del funcionamiento y la dotación de personal de una unidad de hospitalización psiquiátrica tipo dentro del servicio de salud de la Región de Murcia, que incluye la organización de la atención a la salud mental de la Consejería de Salud y la descripción de las infraestructuras y procesos. Para completar el estudio del contexto, entendido como necesario y paso previo a la formulación de la propuesta, se ha llevado a cabo una revisión documental de las investigaciones científicas y académicas sobre los riesgos laborales a los que se enfrentan los trabajadores de las unidades psiquiátricas en general, de la prevalencia del agotamiento y del síndrome de burnout en este colectivo, así como de las diferentes metodologías que se han aplicado para evaluar la incidencia de los riesgos laborales relacionados con los factores psicosociales, que son los de mayor prevalencia en el sector sanitario, tal y como lo reflejan las estadísticas de enfermedades laborales.

La propuesta metodológica incluye la elección del método de evaluación, la programación temporal para llevarla a cabo, la preparación de los cuestionarios y la elección del tratamiento de los datos obtenidos, de manera que pueda ser llevado a cabo en cualquiera de las unidades de hospitalización psiquiátrica de la Región De Murcia.

Palabras clave: agotamiento emocional, agresiones sanitarios, personal sanitario, medidas preventivas.



## ABSTRACT

The main objective of this study is to present a methodological proposal for analysing the prevalence of work-related fatigue syndrome among staff in a psychiatric inpatient unit in the Region of Murcia.

To develop this proposal, a description has been provided of the functioning and staffing of a typical psychiatric inpatient unit within the healthcare service of the Region of Murcia. This includes the organisation of mental health care by the Regional Ministry of Health, as well as a description of the infrastructure and processes involved. In order to complete the contextual analysis — considered necessary as a preliminary step in formulating the proposal — a documentary review has been conducted of scientific and academic research on occupational risks faced by staff in psychiatric units in general, the prevalence of exhaustion and burnout syndrome in this professional group, and the various methodologies that have been used to assess the incidence of occupational hazards related to psychosocial factors. These are the most prevalent risks in the healthcare sector, as reflected in occupational disease statistics.

The methodological proposal includes the selection of an evaluation method, a timeline for its implementation, the preparation of questionnaires, and the choice of data analysis procedures. The aim is for the proposal to be applicable to any psychiatric inpatient unit in the Region of Murcia.

Keywords: emotional exhaustion, assaults on healthcare workers, healthcare staff, preventive measures.

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>2.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	16
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>4.</b>	<b>LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA .....</b>	<b>17</b>
4.1.	ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SALUD MENTAL 2023-2026 .....	17
4.2.	PROGRAMAS ASISTENCIALES. MODELOS DE ATENCIÓN.....	20
4.3.	LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSQUIÁTRICA (UHP).....	23
4.4.	PROCESOS DE UNA UHP.....	26
<b>5.</b>	<b>RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL SANITARIO .....</b>	<b>28</b>
5.1.	MARCO LEGAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LAS UHP .....	28
5.2.	ENFERMEDADES LABORALES .....	29
5.3.	SÍNDROME DE BURNOUT. DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO .....	31
5.4.	EL BURNOUT EN EL SECTOR SANITARIO. EVIDENCIA EMPÍRICA.....	35
5.5.	VIOLENCIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO COMO RIESGO LABORAL .....	39
5.6.	METODOLOGÍAS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL Y SÍNDROME DE BURNOUT .....	42
<b>6.</b>	<b>PROPUESTA METODOLÓGICA DE EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS EN LA UHP .....</b>	<b>45</b>
6.1.	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	45
6.2.	OBJETIVO DEL ESTUDIO .....	45
6.3.	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	46
6.4.	INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	46
6.5.	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS .....	47
6.6.	ANÁLISIS Y PUBLICIDAD DE LOS RESULTADOS.....	49
6.7.	PLANIFICACIÓN TEMPORAL .....	50

7. CONCLUSIONES.....	53
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	55
9. ANEXOS .....	63

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Centros de Salud mental 2023 Murcia .....	19
Tabla 2. Población protegida (2023).....	19
Tabla 3. Recursos humanos en la Estrategia de mejora Salud Mental 2023-2026 .....	21
Tabla 4. Posición y porcentaje de patologías declaradas entre los profesionales de la salud (2011-2021).....	31
Tabla 5. Clasificación de la violencia en el trabajo.....	40
Tabla 6. Clasificación de instrumentos de evaluación del burnout .....	44

## **INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Evolución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a los servicios de adultos de salud mental 2020-2022.....	22
Gráfico 2. Evolución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria del programa de adicciones de salud mental 2020-2022 .....	22
Gráfico 3. Evolución del Nº de derivaciones de Atención Primaria a los servicios de infancia y adolescencia de salud mental 2020-2022.....	23

## **INDICE DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1. Proceso de nivel 0 en la UHP .....	27
Ilustración 2. "Modelo de proceso de SQT". Leiter, 1993.....	34
Ilustración 3. Modelo de desarrollo del SQT .....	34
Ilustración 4. Planificación temporal para la realización del estudio.....	52

# 1. INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los pacientes psiquiátricos ha evolucionado a lo largo de los últimos decenios al tiempo que se ha enfatizado la necesidad de atender a los pacientes psiquiátricos desde una perspectiva más humana e integradora en la sociedad. La promoción y la mejora de la salud mental ha atraído una gran cantidad de miradas en los últimos años y de manera muy especial, lo ha hecho desde el año 2020 en que se produce la pandemia de COVID-19. En el caso de España la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, conocida como Ley de Sanidad, establece las bases para garantizar un enfoque integral de la salud (Gobierno de España, 2024).

De acuerdo con los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud y publicados con motivo del Día Mundial de la Salud Mental el 10 de octubre de 2024, unas condiciones de trabajo favorables pueden mejorar la salud mental al ofrecer estabilidad, mientras que unas condiciones desfavorables, pueden perjudicar gravemente la salud mental de los trabajadores, al reducir la satisfacción laboral (OMS, 2024).

En la atención a los pacientes en materia de salud mental se produce la paradoja comentada en el Programa de Acción para el impulso y mejora de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2019-2022, y es que en algunos países occidentales se está priorizando la salud mental pero desde la insuficiencia en la atención a las personas con trastornos mentales, algo que por otra parte, puede deberse a que incluso, dentro del propio sistema sanitario se han mostrado reticentes hacia la salud mental. Esta idea ha evolucionado pero inicialmente la atención psiquiátrica estuvo asociada a la beneficencia (Consejería de Salud de la Región de Murcia, 2019).

En el año 2018 Gómez -Beneyto et al., (2018) publicaron el informe “Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España”, en el que trataron de cuantificar la implementación del modelo de atención comunitaria en Salud Mental (SM) en el 2014. Los resultados obtenidos mostraban que las carencias más importantes estaban relacionadas con la ausencia de una perspectiva de salud pública, junto a una deficiente gestión y rendición de cuentas, y un bloqueo de equipos, servicios y redes de servicios Gómez-Beneyto et al., (2018).

La evaluación de los servicios de salud mental en el contexto de la prevención de los riesgos laborales no ha sido abordada con una especial atención, algo que podría acompañar a la paradoja mencionada anteriormente. No obstante, como una derivación de la mayor

Fuensanta López Teruel

importancia que se viene concediendo a la salud mental, también se comienza a hacer más hincapié en diferentes contextos -académicos, periodísticos, médicos, laborales, etc.-a la necesidad de cuidar la salud de los trabajadores sanitarios y en particular, de aquellos que desarrollan su trabajo en los distintos servicios de salud mental.

También se debe a los cambios en la organización de los servicios de atención a los pacientes y en la redefinición del modelo de cuidados, en general, pues en la actualidad esta organización incluye tanto los servicios de atención centralizada en los hospitales, como los centros que pertenecen a la red de atención territorial y comunitaria, lo que hace que aumente la atención sobre la cualificación, la salud, la satisfacción y el empeño de los trabajadores cuya actividad laboral se desarrolla en estos centros y se relaciona con la calidad de la atención sanitaria prestada (Alves, Santos y Yamaguchi, 2017; Alves et al., 2016).

De manera más específica, la preocupación por las condiciones laborales de los empleados sanitarios ha crecido especialmente desde la pandemia en el año 2020, porque se ha pasado de que los profesionales del sector sanitario sean los “aplaudidos”, a ser los “agredidos”. Tanto es así que en el año 2020 el Ministerio del Interior añadió una nueva funcionalidad a la aplicación móvil “Alertcops”, que estaba enfocada en la protección específica de los miembros del colectivo sanitario teniendo en cuenta el aumento de las agresiones (Ministerio de Sanidad, 2024).

Si bien la cuestión de las agresiones al personal sanitario es una cuestión de creciente preocupación por el aumento experimentado, éstas son solo una parte de los riesgos laborales del personal sanitario, que van desde las agresiones físicas o verbales, la sobrecarga emocional y el estrés, la exposición a riesgos físicos, químicos, biológicos, y psicológicos (Ministerio de Sanidad, 2024).

Si además, esos trabajadores desempeñan su trabajo en un centro sanitario, el riesgo es aún mayor, pues a diferencia de otras profesiones u ocupaciones en el sector sanitario, la prevención de los riesgos laborales que afectan específicamente a los trabajadores, por ejemplo, de hospitales psiquiátricos, genera debate. En el año 2014, ante un hecho producido en el Hospital San Juan de Dios en Palencia en el que una psicóloga perdió la vida, los sindicatos consideraron que era necesario disponer de una formación y reglamentación específicas en este ámbito sanitario, algo que por el momento no ha sido logrado (Abascal, 2014).

Junto a los riesgos anteriores, que podrían ser considerados como más específicos del contexto laboral sanitario que trabaja con los pacientes psiquiátricos, se encuentran los riesgos laborales que más afectan a los profesionales sanitarios, como los riesgos psicosociales. Los estudios sobre la prevalencia de estos riesgos y sus consecuencias han proliferado en los últimos años.

En términos generales, el estudio elaborado por Dogbla et al., (2023) en el que analizan desde una perspectiva comparada a través de un estudio observacional de 20.000 trabajadores, los factores de riesgo laboral por sectores, muestra que el sanitario (encuadrado dentro del sector salud humana y trabajo social), a pesar de presentar una alta prevalencia de riesgos biológicos (69%, 67 a 70%), los factores psicosociales siguieron siendo los más prevalentes (90%, 89 a 91%). A continuación estaban los factores biomecánicos (72%, 74 a 77%) y las horas de trabajo atípicas (61%, 59 a 62%), y los menos declarados fueron los riesgos químicos (39%, 38 a 41%) y los factores físicos (19%, 18 a 20%).

Por tanto, si bien la salud es importante, también lo es la de quienes cuidan de la salud de los demás, que especialmente se ve afectada por riesgos derivados de los factores psicosociales, los biomecánicos, y los biológicos, de acuerdo con Dogbla et al., (2023). Pero además, como se ha visto, las condiciones de trabajo pueden agravar la exposición a estos riesgos en aquellos centros en los que la atención médica se presta a los pacientes con enfermedades mentales. Es por ello por lo que este trabajo pretende ofrecer un análisis sobre los riesgos laborales a los que se encuentran expuestos los trabajadores sanitarios que trabajan en los centros de hospitalización psiquiátrica, pues a medida que la salud mental de los pacientes logra un mayor interés en la sociedad y entre las autoridades sanitarias, también la protección de la salud de los trabajadores sanitarios de esta especialidad, deben recibir una mayor atención.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Son varios los argumentos que justifican la elección del objetivo del presente trabajo, pues los riesgos laborales ponen en peligro la salud y la seguridad de los trabajadores y tienen un impacto negativo en la economía, representando alrededor del 4% del producto interior bruto (PIB) anual mundial, es decir, unos 2,8 billones de dólares (Organización Internacional del Trabajo, 2019).

Tomando como referencia la Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026 de la Región de Murcia, si se consultan los aspectos destinados a la mejora de la seguridad de los servicios asistenciales, se observa la escasa presencia de las cuestiones relacionadas con la seguridad de los trabajadores. De hecho, existen apartados específicos sobre la seguridad del paciente, pero no sobre la seguridad de los sanitarios. Solo en el bloque denominado “L.E:5.1. Gestión de la Calidad”, se incluyen, entre las acciones propuestas para lograr la calidad, algunos objetivos que abordan la seguridad de los trabajadores, como la acción 5.2.3. que promueve la “colaboración con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales para la puesta en marcha de un programa de atención a la salud mental laboral para trabajadores del Servicio Murciano de Salud.”, y la acción 5.2.4. “Programa de formación para la mejora del clima laboral y creación de entornos laborales saludables dirigido a los equipos de salud mental” (Consejería de Salud de la Región de Murcia, 2022). Como se puede comprobar, la atención a la seguridad laboral de los trabajadores tiene un peso residual en el programa, y lo hace dentro del estudio de la calidad del servicio de salud, evidenciando la escasa relevancia que se le concede.

Además, existen motivos de carácter cuantitativo. Junto a los datos expuestos en la investigación de Dogbla et al., (2023) antes citada, hay una gran producción científica que ha expuesto los riesgos y factores de riesgo, así como la prevalencia de las enfermedades que afectan a la salud de los trabajadores sanitarios.

Respecto de las cifras sobre accidentes laborales en España, en el año 2024 se produjeron en torno a los 1,2 millones de accidentes de trabajo, registrando un ligero descenso con respecto a las cifras del año anterior (1,25 menos), pero el sector sanitario es el que ocupa el sexto puesto en cuanto al volumen de estos accidentes. En el año 2024 se contabilizaron en el sector de las actividades sanitarias en torno a los 41.500 accidentes de trabajo con baja, que equivalen al 6,65 del total, y 17 accidentes mortales (Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2024).

Fuensanta López Teruel

Y dentro de este registro, la profesión sanitaria con más accidentes es la enfermería, pues son las que se encuentran más expuestas a los riesgos. En un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (en adelante OCDE) el año pasado sobre el sector sanitario, se recogía que en el sector sanitario, la falta de personal sanitario empeora las condiciones de los trabajadores actuales, quienes pueden verse expuestos a largas jornadas y a recursos y apoyos laborales inadecuados. Además, los trabajadores de la salud reportan altos niveles de problemas de salud mental, daños físicos y bajo bienestar. Esto resulta en una baja satisfacción laboral y puede llevar a los trabajadores a abandonar el sector, ante la elevada prevalencia de problemas de salud laboral como el síndrome del burnout (OCDE, 2024).

A todo lo expuesto se suma otro aspecto mencionado anteriormente, las agresiones. El informe elaborado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2025) que refleja las cifras de las agresiones al personal médico en 2024 resaltando que se produjeron más de 16.500 agresiones en el Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), “lo que supone una cifra récord y un total de 23,98 por cada 1000 profesionales del SNS” (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2025, p. 1). Además, el 78% fueron agresiones a mujeres y el 22% fueron a hombres. EN lo referente al nivel asistencial, se registraron 46,28 notificaciones por cada mil profesionales en Atención Primaria y extrahospitalaria, lo que supone un pequeño descenso en comparación con 2023 que fue un 46,80%. Si se toma como variable de análisis la categoría profesional, el mayor volumen de agresiones se produjo contra los médicos, que acapara el 33,19% de las agresiones sufridas, seguido de las enfermeras con un 26,68%, TCAE con un 14,72%, administrativos con un 14,16% y celadores (3,99%).

Los diferentes argumentos muestran por una parte que, los riesgos laborales en el sector sanitario presentan una elevada siniestralidad en cuanto a los accidentes, una elevada prevalencia de los riesgos psicosociales en profesionales sanitarios en general, y de una elevada incidencia de agresiones en el sector, pero no se especifica qué tipo de riesgos específicos son los que caracterizan a los sanitarios que trabajan en las distintas unidades de psiquiatría. Por tanto, es preciso realizar una investigación que pueda exponer la situación de exposición a riesgos laborales en esos entornos sanitarios de manera más específica.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVO GENERAL

El principal objetivo del presente trabajo es realizar una propuesta metodológica para analizar la prevalencia del síndrome de fatiga del trabajo entre el personal de una unidad de hospitalización psiquiátrica en la Región de Murcia.

### 3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

Para lograr el objetivo principal se han elaborado un conjunto de objetivos secundarios que se describen a continuación:

- Describir el funcionamiento y organización de las unidades de hospitalización psiquiátrica que existen en la red de hospitales y centros hospitalarios de la Región de Murcia.
- Realizar una revisión de la evidencia científica existente sobre riesgos laborales en unidades de psiquiatría.
- Estudiar los métodos de evaluación de los riesgos psicosociales en entornos sanitarios.
- Proponer una metodología de valoración de riesgos psicosociales y medidas preventivas aplicables en una unidad de atención psiquiátrica, sin aplicación práctica en este trabajo.

## 4. LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA

En este capítulo se realiza una descripción del contexto para el que se realizará la propuesta de estudio de los riesgos laborales en las unidades de hospitalización psiquiátricas, para conocer su organización, funcionamiento y dotación de personal.

### 4.1. ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SALUD MENTAL 2023-2026

La Estrategia de Mejora de la Salud Mental 2023-2026 es un plan desarrollado por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Su objetivo principal es fortalecer la atención a la salud mental mediante un enfoque integral, comunitario y centrado en los derechos humanos.

Además, cuenta con los siguientes objetivos entre los más destacados:

- Promocionar la salud mental y prevenir los trastornos mediante la implementación de los programas y campañas de fomento del bienestar emocional y de la prevención de la aparición de trastornos mentales.
- Desarrollar una atención integral mediante la provisión de servicios que permiten ofrecer una atención cercana al entorno del paciente, facilitando su integración y recuperación.
- Reducir el estigma de la enfermedad mental mediante la sensibilización de la sociedad sobre las enfermedades mentales.
- Prevenir el suicidio a través del diseño y puesta en marcha de protocolos y acciones para la detección y prevención de las conductas suicidas.

Para lograr estos objetivos, la Estrategia define una serie de líneas estratégicas que incluyen las siguientes:

- Refuerzo de los recursos humanos que supone incrementar el número de profesionales especializados en salud mental.
- Mejorar las infraestructuras ampliando y actualizando las instalaciones dedicadas a la atención a la salud mental.
- Mejorar la formación y capacitación de los profesionales para mejorar la calidad de la atención,

Fuensanta López Teruel

- Poner en práctica proyectos de investigación y evaluación de la eficacia de las intervenciones para adaptar las estrategias a los resultados.

Las infraestructuras que forman parte del sistema de atención a los pacientes con enfermedades mentales en la Región de Murcia están formadas por los siguientes centros:

1. Red de Centro de Salud Mental Ambulatoria. En la actualidad la red está formada por 19 centros especializados, y se prevé que puedan sumarse otros 7 centros más en Murcia, Águilas, Jumilla, Cartagena, Alcantarilla y Cieza.

Su principal función es la de ofrecer atención ambulatoria especializada, facilitando el acceso a servicios de salud mental en diversas localidades de la región.

2. Unidades de Hospitalización Breve Psiquiátrica. Estas unidades se han creado para proporcionar atención intensiva y especializada a pacientes que requieren hospitalización a corto plazo. En la actualidad hay dos ampliaciones previstas en el Hospital Morales Meseguer (ampliación de la unidad de hospitalización breve para adultos) y en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (ampliación de la unidad de hospitalización para infancia y adolescencia).

3. Remodelación de infraestructuras existentes como el Hospital Román Alberca de El Palmar.

4. Además, está prevista una inversión de 18,8 millones de euros para la ampliación de la red de infraestructuras de salud mental, incluyendo la construcción de nuevos centros y la remodelación de instalaciones existentes.

Respecto a la dotación de personal para dotar a estas infraestructuras de los recursos humanos necesarios, la Estrategia de Mejora de la Salud Mental 2023-2026, propone crear 208 nuevas plazas de profesionales de salud mental entre 2023 y 2026, distribuidas de la siguiente manera:

- 30 psiquiatras.
- 48 psicólogos clínicos.
- 70 enfermeras especialistas en salud mental
- 30 trabajadores sociales
- 25 terapeutas ocupacionales.

Fuensanta López Teruel

En la actualidad la Región de Murcia cuenta con un total de 18 centros de salud mental en los que se despliegan varios programas de atención, 1 centro de atención a drogodependientes, 2 centros de rehabilitación psiquiátrica, 3 hospitales de infancia y adolescencia, 1 hospital de día de adultos y 1 hospital de media estancia, como se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 1. Centros de Salud mental 2023 Murcia

	Región de Murcia
<b>Número de Centros de Salud Mental</b>	18
<b>Programa Atención a adultos</b>	16
<b>Programa Atención infanto-juvenil</b>	12
<b>Programa Rehabilitación psiquiátrica</b>	3
<b>Programa Atención a drogodependientes</b>	10
<b>ETAC(Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario)</b>	8
<b>Centros de Atención a drogodependientes</b>	1
<b>Centros de rehabilitación psiquiátrica</b>	2
<b>Hospital de día de Infancia y Adolescencia</b>	3
<b>Hospital de día de Adultos</b>	1
<b>Media Estancia</b>	1

Fuente: Portal de Transparencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2025)

No obstante estos centros se encuentran repartidos por toda la región, en especial en aquellas localidades que tienen mayor población.

En cuanto a la población que está protegida por este servicio de salud es de 1.540.029 personas de las que 1.225.671 son activos, 291.342 son pensionistas, y 23.016 son mutualistas (tabla 2).

Tabla 2. Población protegida (2023)

Área Sanitaria	Activos	Pensionistas	Mutualidades	Total
<b>Área 1 Murcia Oeste</b>	217.359	51.556	4.019	272.934
<b>Área 2 Cartagena</b>	222.753	57.284	6.105	286.142
<b>Área 3 Lorca</b>	154.771	35.039	1.657	191.467
<b>Área 4 Noroeste</b>	51.641	16.918	1.261	69.820
<b>Área 5 Altiplano</b>	51.058	11.844	737	63.639
<b>Área 6 Vega del Segura</b>	217.253	49.436	4.804	271.493
<b>Área 7 Murcia Este</b>	169.392	37.517	2.839	209.748
<b>Área 8 Mar Menor</b>	99.614	19.791	870	120.275
<b>Área 9 Vega Alta del Segura</b>	41.830	11.957	724	54.511
<b>Total</b>	1.225.671	291.342	23.016	1.540.029

Fuente: Portal de Transparencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2025)

## 4.2. PROGRAMAS ASISTENCIALES. MODELOS DE ATENCIÓN

La atención al paciente se organiza a través de los diferentes centros recogidos en el apartado anterior. Cada uno de ellos, o cada tipología de centro de atención al paciente presta servicios diferentes que se describen a continuación.

### 1. Centros de Salud Mental (CSM)

Su función principal es la de prestar atención ambulatoria especializada en salud mental a la población general gracias a que cuentan con equipos multidisciplinares, esto es, formados por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especialistas en salud mental, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

### 2. Unidades de Hospitalización de Salud Mental de Adultos.

Se encuentran integradas en los hospitales generales, y su objetivo es proporcionar un tratamiento intensivo a pacientes con sintomatología aguda que no puede ser manejada en el entorno comunitario.

El equipo asistencial en estas unidades está formado por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares de enfermería.

Dentro del proceso de atención se incluyen la evaluación clínica integral del ingreso y la planificación del seguimiento después del alta en el CSM correspondiente.

### 3. Unidades de Rehabilitación Psicosocial.

Su finalidad es la de facilitar la recuperación y reintegración social de personas con trastornos mentales graves. Entre sus principales actividades se encuentra la aplicación de los programas de rehabilitación psicosocial, el entrenamiento en habilidades sociales y el apoyo en la vida diaria a los pacientes. Se encuentran en las diferentes áreas de salud.

4. Junto a los centros y unidades descritas se encuentra el programa “Activamente”, que es una iniciativa que promueve la prescripción de actividad física y grupos de apoyo emocional desde Atención Primaria para personas con problemas de la vida cotidiana. Su actividad está coordinada por psicólogos generales sanitarios que colaboran con los ayuntamientos para la realización de actividades de promoción de la salud mental, dado que su objetivo es la mejora del bienestar emocional y la prevención de los trastornos mentales en la población adulta.

En lo referente a los recursos humanos con los que cuenta el sistema de salud mental de la Región de Murcia, tal y como se recoge en la Estrategia de Mejora Salud Mental 2023-2026, son los siguientes:

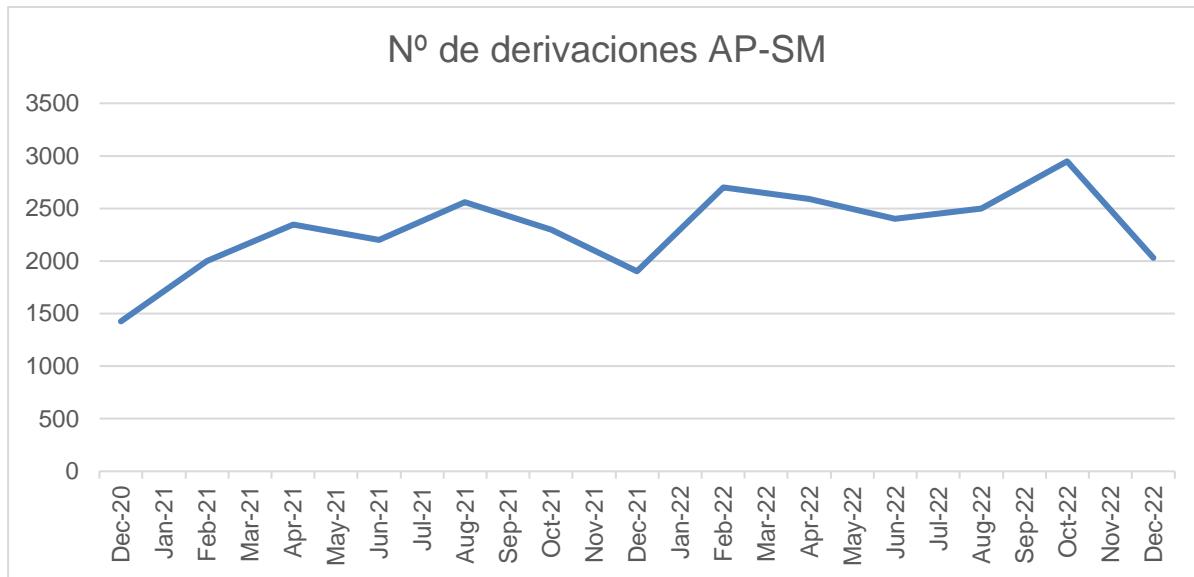
Tabla 3. Recursos humanos en la Estrategia de mejora Salud Mental 2023-2026

CATEGORIA PROFESIONAL	Nº profesionales
<b>Psiquiatría</b>	159
<b>Psicología clínica</b>	114
<b>Psicólogo general sanitario</b>	1
<b>Médicos otras especialidades</b>	3
<b>Farmacéuticos</b>	2
<b>Enfermería</b>	184
<b>Trabajador social</b>	46
<b>Terapeuta ocupacional</b>	31
<b>Auxiliar enfermería</b>	152
<b>Administrativo</b>	29
<b>Auxiliar administrativo</b>	69
<b>Otros profesionales (celadores auxiliares farmacia, analista de aplicaciones, personal de mantenimiento, etc.)</b>	57
<b>TOTAL</b>	<b>847</b>

Fuente: Consejería de Salud de la Región de Murcia (2022)

La plantilla del Red de Salud mental de la Región de Murcia cuenta con 847 profesionales de diferentes áreas, de los cuales 297 trabajan en recursos hospitalarios. Estos profesionales atienden a un volumen de pacientes que en los últimos años ha crecido si se observan los datos de las derivaciones de pacientes desde la Atención primaria (gráfico 1):

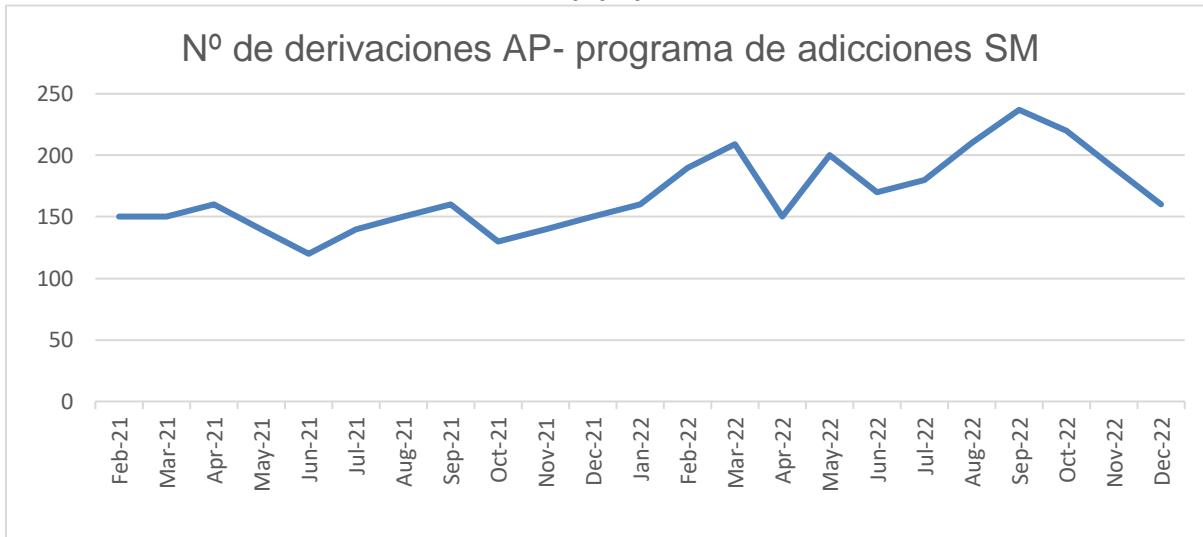
Gráfico 1. Evolución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a los servicios de adultos de salud mental 2020-2022



Fuente: Consejería de Salud de la Región de Murcia (2022)

A estos datos de pacientes derivados por diferentes motivos de salud mental deben incorporarse aquellos pacientes derivados por motivos relacionados con las adicciones, que también han experimentado un crecimiento en el mismo periodo (gráfico 2):

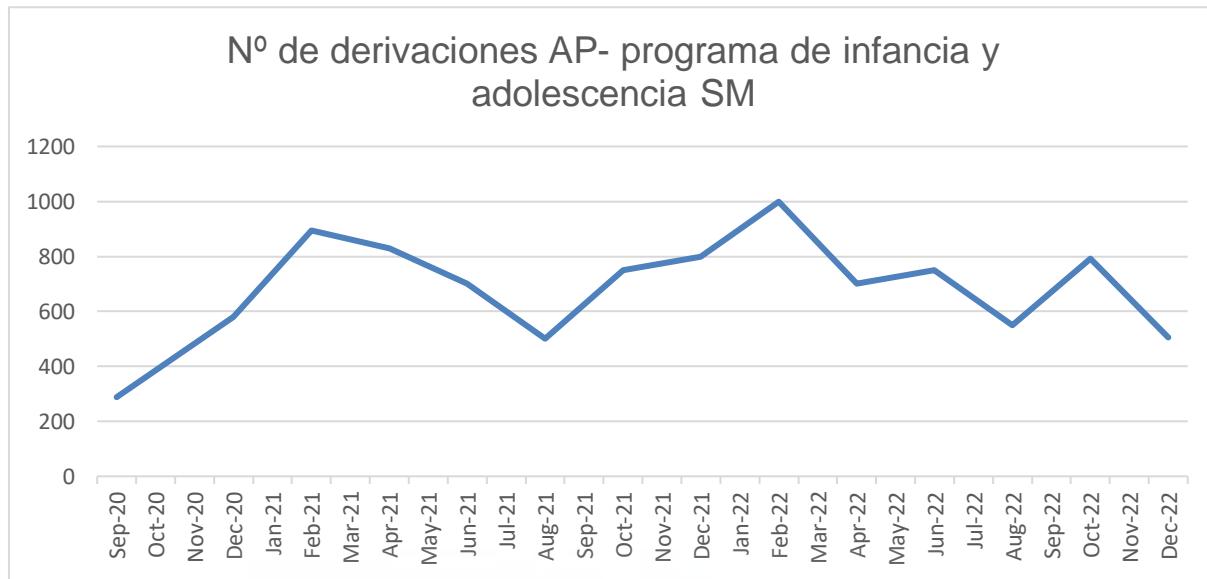
Gráfico 2. Evolución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria del programa de adicciones de salud mental 2020-2022



Fuente: Consejería de Salud de la Región de Murcia (2022)

Donde se observa un leve reducción de las derivaciones desde la Atención Primaria a los Servicios de Salud Mental en los servicios de infancia y adolescencia (gráfico 3):

Gráfico 3. Evolución del Nº de derivaciones de Atención Primaria a los servicios de infancia y adolescencia de salud mental 2020-2022



Fuente: Consejería de Salud de la Región de Murcia (2022)

En conjunto, todos los programas han supuesto un incremento de las atenciones realizadas del 13,2% en el volumen de paciente atendidos en los centros de salud mental, con especial incidencia en el caso de las mujeres donde el incremento es del 15,4%, frente al aumento en los hombres del 10,8%.

#### 4.3. LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (UHP)

Las UHP son una parte esencial de la Estrategia de Salud Mental, centradas en la hospitalización psiquiátrica, una herramienta terapéutica que debe considerarse solo cuando otros recursos comunitarios (familiares y sociales) no resulten suficientes. No obstante, estas unidades no acogen a pacientes que requieran una hospitalización larga, y de hecho el periodo medio de hospitalización se encuentra en torno a los 20 o 30 días en promedio,

Estas unidades ofrecen atención intensiva las veinticuatro horas con personal especializado. Las indicaciones para proceder al ingreso de los pacientes en estas unidades son las siguientes:

- Pacientes que presentan un riesgo para sí mismos (suicidio, automutilación, trastornos alimentarios graves, incapacidad de autocuidado).
- Pacientes que suponen un riesgo para terceros, con origen en la enfermedad mental.
- Pacientes que están sujetos a órdenes judiciales (para evaluación pericial).
- Pacientes que han fracasado en un tratamiento ambulatorio reciente.
- Pacientes que necesitan estar separados del entorno familiar negativo.
- Pacientes que requieren el ingreso programado para su posterior evaluación diagnóstica.

Generalmente el ingreso se gestiona desde las urgencias hospitalarias o desde los centros de salud mental. Durante el periodo de estancia en estas unidades, se procede a realizar el diagnóstico integral del paciente (clínico, psicológico y social) y la prescripción del tratamiento completo (biológico, psicofarmacológico, psicoterapéutico) (Martínez Serrano et al., 2016).

Cada una de estas UHP pueden estar formadas por los siguientes profesionales cuyas principales funciones se describen a continuación:

- Médico psiquiatra: es el responsable de la atención especializada de los pacientes hospitalizados y de decidir la necesidad de hospitalización, incluyendo el ingreso involuntario cuando sea necesario, garantizando los derechos legales del paciente. Colabora con el médico internista para derivar a pacientes con enfermedades comórbidas a otros especialistas. Durante la hospitalización, el psiquiatra realiza evaluaciones psicopatológicas, decide pruebas complementarias y prescribe tratamientos psicofarmacológicos adecuados. Además, colabora con el equipo multidisciplinar para diseñar y ejecutar el Plan Terapéutico Individualizado, orientado a la recuperación del paciente durante su estancia.
- Psicólogo/a clínico/a. Su función principal es la evaluación psicológica y neuropsicológica, la realización de diagnósticos y la intervención breve a los pacientes y con los familiares. Dentro de las tareas clínicas se encuentran la evaluación e intervención individual o familiar, la formación y gestión de grupos de apoyo para abordar cuestiones de salud mental y las intervenciones psicoterapéuticas a pacientes que llegan a la Unidad como resultado de las órdenes

judiciales.

También se encarga de la coordinación, comunicación y recogida de la información de otros recursos y además, participa en el Equipo de Comunicación de la Unidad. En el apartado de tareas administrativas se encarga de la organización de las comisiones de trabajo, del registro de los cuestionarios y de los eventos clínicos.

Se añaden tareas de investigación centradas en la participación y el apoyo a los proyectos de investigación, y tareas relacionadas con la cultura organizacional como el fomento del trabajo en equipo y la cohesión institucional, junto al apoyo a otros profesionales a través de la mediación de los conflictos.

- Los profesionales de medicina general y medicina interna. Su principal función es la valoración clínica general en el momento en que se produce el ingreso en la unidad, y también en los procesos de seguimiento de las patologías somáticas. Forman parte de las actuaciones rutinarias la realización de las analíticas, la solicitud de las pruebas específicas en función del diagnóstico y el tratamiento prescritos, la realización de las pruebas de tóxicos, serologías, test de embarazos, etc.

También se encarga de realizar el seguimiento clínico de los pacientes al ser el responsable del tratamiento médico somático del paciente durante su estancia, y en los casos judiciales, se encarga de realizar las comunicaciones con los juzgados para la tramitación de los traslados médicos.

- El personal de enfermería de la unidad tiene como función principal el proporcionar cuidados integrales especializados durante el ingreso hospitalario. Forman parte de sus competencias asistenciales, el diseño y aplicación de los planes de cuidados individualizados, las intervenciones dirigidas a las familias, y la continuidad asistencial después del alta de los pacientes.

También desarrollan tareas que entroncan con las competencias docentes porque se encargan de la educación sanitaria a pacientes y de la formación de los estudiantes. En el apartado de investigación su papel está centrado en participar en proyectos de investigación y ensayos clínicos que se realizan en la unidad.

No obstante, las intervenciones específicas que realizan son las siguientes.

- ✓ Talleres de educación para la salud.

- ✓ Supervisión de actividades diarias (aseo, autocuidado, medicación).
- ✓ Control de ingreso (revisión de pertenencias, registro en Selene).
- ✓ Acompañamientos a pruebas médicas.
- ✓ Intervención en crisis, control de impulsos y prevención de conductas agresivas.
- ✓ Seguimiento de enfermedades somáticas.
- El personal que ocupa el puesto de auxiliares de enfermería tiene como función principal la atención integral y directa del paciente en lo referente al autocuidado y la prevención de riesgos. Sus tareas clave incluyen prestar apoyo en la puesta en práctica de los protocolos y programas terapéuticos, la estimulación y acompañamiento continuo de los pacientes, la observación y comunicación de las incidencias clínicas al equipo de enfermería, y la prestación de apoyo en tareas como la movilización de los pacientes, la higiene personal, el control de las pertenencias, la alimentación y las actividades ocupacionales.
- El puesto de trabajador o trabajadora social tiene asignada como función principal la atención a las necesidades sociales de los pacientes y su entorno familiar, con intervención individual, familiar, grupal y comunitaria. Entre sus objetivos se encuentran el conocer el contexto sociofamiliar del paciente, detectar factores sociales que inciden en el tratamiento, y reforzar vínculos familiares y facilitar el acceso a recursos sociales y sanitarios.

Por tanto, intervienen en la elaboración de las historias clínicas y los informes sociales, el apoyo a los trámites administrativos, como las pensiones, las tarjetas sanitarias, etc.; la participación en las sesiones clínicas y terapéuticas; la coordinación de los recursos comunitarios como las visitas a los centros de día, a los centros de formación ocupacional, etc.; la atención a los pacientes judiciales a nivel individual o familiar; y el registro de toda la intervención en el sistema de gestión de los pacientes.

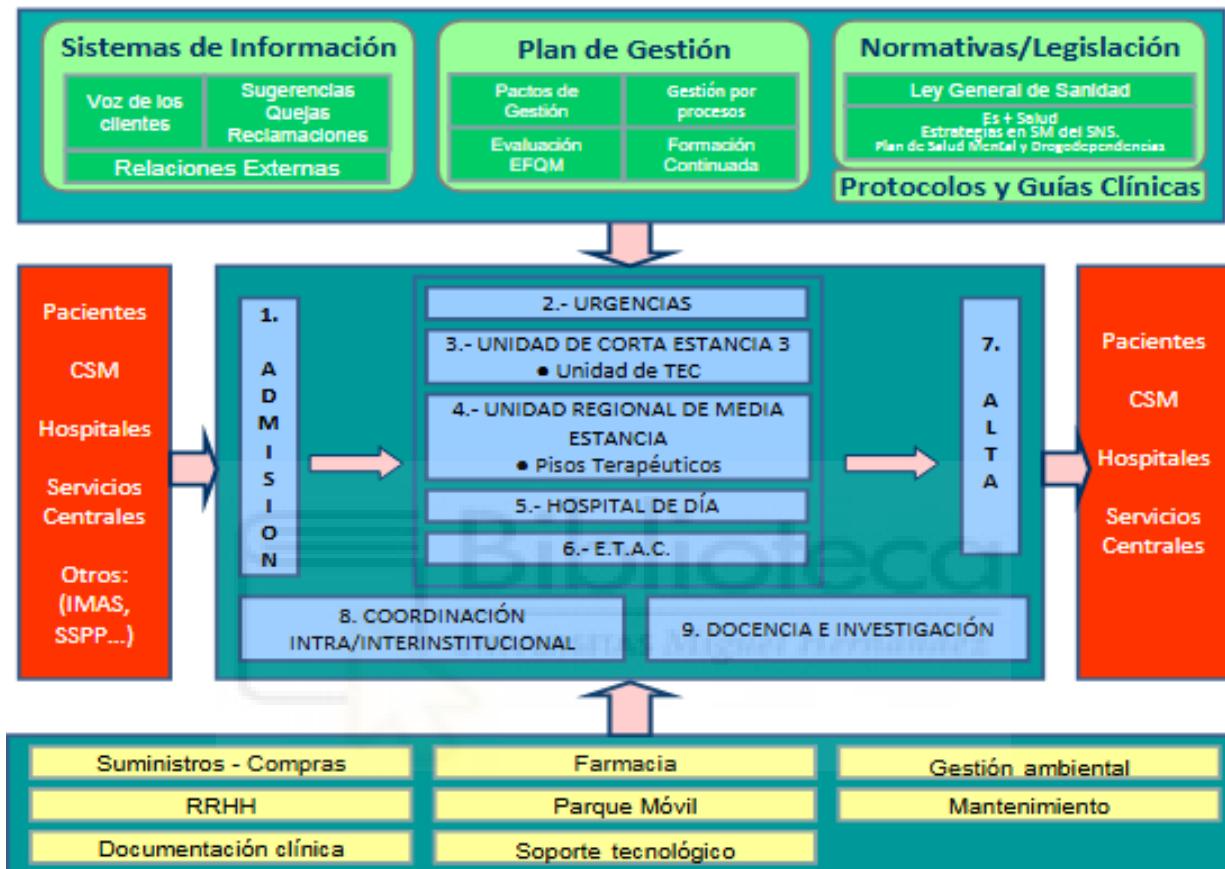
#### 4.4. PROCESOS DE UNA UHP

A continuación se incluyen algunos de los procesos que resumen la actividad diaria en la UHP. El primero de los procesos incluidos refleja los inputs iniciales del proceso a la izquierda, que son los pacientes, los CSM, los hospitales, los servicios centrales, etc.

Fuensanta López Teruel

Cuando el input entra en el proceso, lo hace a través de la 1.Administración, bien por las 2.Urgencias, la 3.Unidad de corta estancia, la 4. Unidad regional de media estancia, la 5.Hospital de día, o 6ETAC, para después de la valoración y periodo de ingreso, ser dados de alta (7.Alta).

### Ilustración 1. Proceso de nivel 0 en la UHP



Fuente: Martínez Serrano et al., (2016, p. 26)

Además del proceso general descrito en la ilustración anterior, se incluyen otros subprocessos que se encuentran relacionados con la labor desarrollada por otros departamentos, como los procesos de apoyo en el departamento de recursos humanos, o de administración, por ejemplo. No obstante, dado que la propuesta que se desarrolla en este trabajo no es fáctica, esto es, no se va a poner en práctica, sino que se va a diseñar, no es necesario profundizar en la descripción de cada uno de los procesos y subprocessos que componen la actividad de las UHP.

## 5. RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL SANITARIO

Los trabajadores que desarrollan su trabajo en unidades de atención sanitaria atendiendo a pacientes con enfermedades mentales, se encuentran expuestos a riesgos laborales que incluyen los derivados del ejercicio de la actividad médica en general, que tal y como se vio son fundamentalmente riesgos asociados a los factores psicosociales y biológicos de manera prevalente, y además, a los riesgos asociados a la exposición a pacientes que por sus patologías pueden ser agresivos (Villar, y Aranaz, 2006), y a los riesgos que se derivan de pertenecer a una de las profesiones que acaparan una mayor tasa de agresiones por las personas en general, es decir, los riesgos de la violencia de los pacientes y familiares.

Con el fin de analizar y exponer los riesgos laborales a los que se encuentran expuestos los trabajadores de las UHP, en este capítulo se realiza una síntesis del marco normativo y legislativo que regula la prevención de riesgos laborales en este sector. Además se incluye una revisión de investigaciones previas que abordan la prevalencia de riesgos laborales en el sector sanitario y, de manera particular entre los profesionales sanitarios de la atención psiquiátrica.

### 5.1. MARCO LEGAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LAS UHP

Con carácter general, los riesgos laborales están regulados a nivel estatal por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales y el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Tal y como establece la normativa citada, corresponde al empresario, en este caso, la Consejería de Salud de la Región de Murcia, tiene el deber de proteger a los trabajadores frente a los riesgos laborales, y de acuerdo con lo recogido en el art. 14.1 de la Ley de Prevención,

"Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales.

Este deber de protección constituye, igualmente, un deber de las Administraciones públicas respecto del personal a su servicio”.

Para dar cumplimiento al mandato legal, la prevención de los riesgos laborales debe integrarse en el seno de la empresa (art.1 RD 39/1997, de 17 de enero), para lo cual, los trabajadores y representantes de estos trabajadores deben

“contribuir a la integración de la prevención de riesgos laborales en la empresa y colaborar en la adopción y el cumplimiento de las medidas preventivas a través de la participación que se reconoce a los mismos en el capítulo V de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales” (art. 1.2 RD 39/1997, de 17 de enero).

Si el análisis se ciñe al sector sanitario debe incluirse como referencia normativa la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027, elaborada por el Ministerio de Trabajo y Economía Social (2023), que hace mención en el objetivo número 4 a la obligación de “reforzar la protección de las personas trabajadoras en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad, es mejorar la protección de los trabajadores y las trabajadoras del sector sanitario y sociosanitario, y del sector asistencial” (Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2023).

En el interés por enfatizar las cuestiones relacionadas con la prevención y la especial atención a la salud mental, la citada Estrategia propone establecer sinergias con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud pues en la “6.Acción especial en salud mental”, define la necesidad de que ambas estrategias se encuentren alineadas por ser el personal sanitario y sociosanitario, quienes desempeñan un trabajo que es esencial, sino también porque es necesario “estudiar específicamente la influencia de los factores psicosociales” (Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2023, p.38-39).

A nivel autonómico existe un corpus legal y normativo aprobado en la Región de Murcia, que tiene un carácter general sin que la normativa aprobada incida especialmente en la labor de los funcionarios del servicio murciano de salud de manera directa, o de manera específica en los riesgos que se abordan en este documento.

## 5.2. ENFERMEDADES LABORALES

De acuerdo con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, el accidente de trabajo se define como “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que se ejecute por cuenta ajena”.

Fuensanta López Teruel

Por su parte, la enfermedad laboral o enfermedad profesional presenta una definición diferente en función de que el trabajador lo sea por cuenta ajena o por cuenta propia. El artículo 157 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, define la enfermedad profesional como la

"contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional."

En cambio, cuando se trata de trabajadores por cuenta propia, la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomohabilita la utilización de esta misma definición, pero el art. 316.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social establece que se entenderá por enfermedad profesional,

"la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia, que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias y en las actividades que se especifican en la lista de enfermedades profesionales con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas, anexa al Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro".

En el caso del personal sanitario en general, ambas definiciones pueden afectar a estos trabajadores. No obstante, aunque exista una definición diferente, las estadísticas sobre enfermedades en España se realizan teniendo en cuenta el tipo de enfermedad. Si se toma como fuente de datos las enfermedades contabilizadas a través del Sistema de Información de Accidentes de Trabajo por Patologías no Traumáticas (PANOTRATSS), a lo largo de los años comprendidos entre 2011 y 2021, los profesionales del sector de la salud ocupaban los primeros puestos de las enfermedades mentales. La siguiente tabla recoge el porcentaje y puesto ocupado en cada una de las patologías no traumáticas analizadas y en el total de profesiones afectadas:

Tabla 4. Posición y porcentaje de patologías declaradas entre los profesionales de la salud (2011-2021)

<b>Principales ocupaciones afectadas por:</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Posición</b>
<b>Enfermedades de la piel</b>	2,3	17
<b>Enfermedades del SNCP</b>	2,4	14
<b>Enfermedades del sistema cardíocirculatorio</b>	5,3	2
<b>Desórdenes mentales</b>	12,1	2
<b>Enfermedades del aparato locomotor</b>	3,8	11

Fuente: elaboración propia a partir de INSST (2022)

Como se puede ver en la tabla 2, los profesionales de la salud ocupan las primeras posiciones y presentan los porcentajes más elevados de enfermedades relacionadas con los desórdenes mentales y los problemas cardiovasculares.

Por tanto, son las enfermedades mentales las que, con la salvedad de las relacionadas con el sistema cardiovascular, las que deben ocupar una posición preeminente en el estudio de las causas y del entorno laboral que contribuye a su aparición, para proceder a la evaluación de los riesgos laborales y la aplicación de medidas preventivas.

### 5.3. SÍNDROME DE BURNOUT. DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO

El síndrome de burnout se ha definido como una respuesta crónica al estrés en el lugar de trabajo, caracterizado por un estado físico, mental y emocional de agotamiento que reduce el sentido de realización personal y profesional (Marasca et al., 2022).

Académicos y profesionales han debatido la definición de burnout, pues definirlo se convirtió en el primer desafío a abordar. El motivo es porque el término en su origen, se adoptó del lenguaje coloquial. En la década de los años setenta del siglo pasado, investigadores como Christina Maslach, Susan Jackson y Herbert Freudenberger buscaron comprender qué querían decir las personas en diversas profesiones de servicios humanos en Estados Unidos al usar el término burnout para describir un malestar que experimentaban.

Maslach y Jackson (1981) trataron de diseñar un método de entrevista utilizado posteriormente para desarrollar el Inventory de Burnout de Maslach (Maslach, Jackson y Leiter, 2017), que pretendía entender y capturar la forma en que las personas usaban el término en ese momento.

De acuerdo con la definición que realiza la Organización Mundial de la Salud (2019) el Fuensanta López Teruel

síndrome de burnout es un fenómeno ocupacional, que forma parte de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se incluye como tal por primera vez en la 11<sup>a</sup> revisión de esta clasificación (CIE-11) como “fenómeno ocupacional”, pero no como una condición médica. Su descripción señala que son “Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud”, y se define como sigue:

“El síndrome de burnout se conceptualiza como resultado del estrés laboral crónico que no se ha gestionado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones:

- sentimientos de agotamiento o pérdida de energía;
- mayor distancia mental con respecto al propio trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el propio trabajo; y
- eficacia profesional reducida.” (OMS, 2019, p.1).

De la misma manera que define el síndrome, la OMS también indica que no es una enfermedad y lo diferencia de otras enfermedades mentales, pues uno de los principales elementos definitorios es la consideración de que el burnout “refleja el estrés que no se ha gestionado correctamente”, lo que hace que el problema no se encuentre en la persona que lo padece, sino en el entorno laboral. A pesar de ello, la clasificación CIE-11, que es una clasificación de enfermedades, lo incluye, y al mismo tiempo lo etiqueta como un fenómeno ocupacional.

Si se tiene en cuenta la legislación española y las normas de prevención de los riesgos laborales en España, se observa que la NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación”, lo define como “una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo” (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo o INSST, 2024, p.1). Tras la revisión del marco conceptual del síndrome a partir de diferentes fuentes, la NTP704, concluye con la formulación de una serie de conclusiones que delimitan el concepto, mostradas a continuación:

- El burnout es la consecuencia de la exposición a estresores laborales. De la interacción del trabajador con estos estresores, surge el burnout. Por lo tanto, se trata de una consecuencia derivada de la relación del trabajador con determinadas condiciones que se dan en ese ambiente de trabajo.
- Esa relación requiere que se produzca un intercambio intenso y duradero entre el

trabajador-cliente, trabajador-paciente, o trabajador-usuario y dichos estresores.

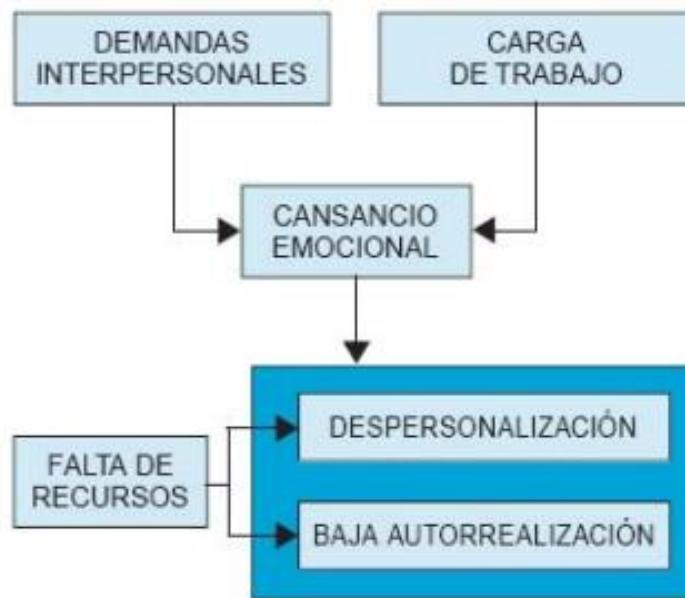
- Se toma como referencia la idea de consenso de la comunidad científica según la cual, el burnout se “sintomatiza” en la tridimensionalidad formada por el cansancio emocional, la despersonalización y la reducida realización personal.



De esta forma, el modelo de proceso del síndrome de estar quemado por el trabajo o “SGT”,  
Fuensanta López Teruel

es el siguiente:

Ilustración 2. "Modelo de proceso de SQT". Leiter, 1993



Fuente: NTP 704(2024, p.3)

De la misma manera, el desarrollo se produce teniendo en cuenta la participación de una serie de factores representados en la siguiente ilustración:

Ilustración 3. Modelo de desarrollo del SQT



Fuente: NTP 704(2024, p.3)

## 5.4. EL BURNOUT EN EL SECTOR SANITARIO. EVIDENCIA EMPÍRICA

El síndrome de burnout siempre ha sido un desafío para la ciencia y sus efectos son significativos tanto en la salud mental, como física. La teoría antes descrita de Maslach y Leiter integra las tres dimensiones subsidiarias de la reactividad al estrés, a saber, el burnout, el cinismo y la pérdida de efectividad en el lugar de trabajo. En cualquier caso, en los sistemas de salud, la reactividad al estrés se ha correlacionado predominantemente con una serie de variables relacionadas con el entorno laboral y variables independientes de este (Taranu et al., 2022).

En el contexto sanitario el agotamiento, la depresión, la ansiedad, la disminución de la satisfacción profesional, el uso excesivo de ciertas sustancias farmacológicas, la estigmatización y la edad joven han demostrado ser predictores importantes del síndrome de burnout, que parece tener una evolución fulminante, con una serie de consecuencias fatales a corto plazo, entre las que se encuentran las tendencias suicidas (Dong et al., 2020; Rothenberger, 2017).

De acuerdo con la revisión sistemática de Johnson et al. (2018), existe una falta de investigación sobre la prevalencia del síndrome de burnout entre los profesionales de la salud mental. Diversos factores laborales específicos distinguen a la psiquiatría de otras disciplinas médicas, como por ejemplo, la intensa implicación emocional, las altas tasas de violencia contra el personal, las hospitalizaciones involuntarias y el mayor riesgo de suicidio de los pacientes, se encuentran entre las diferencias más significativas con respecto a otras ocupaciones, y a otros profesionales sanitarios que desarrollan su labor en otras unidades de atención apacientes o en otras especialidades.

Un análisis de la incidencia del burnout en los profesionales de la salud mental permite comprobar que si bien no es la línea de trabajo más representativa de los estudios sobre burnout en la sanidad, sí ha sido ampliamente estudiada. Así, estudios como el publicado por Biksegn et al., (2016), muestra que a partir del estudio transversal realizado con 403 profesionales de la salud, el 36,7% presentó una puntuación superior a la media de burnout. La mayor prevalencia de burnout (82,8%) se observó entre el personal de enfermería. La menor prevalencia se observó entre los técnicos de laboratorio, con un 2,8%. La inseguridad

laboral, los antecedentes de enfermedades físicas, el escaso interés en la profesión, las malas relaciones con los superiores, la preocupación por contraer infecciones o enfermedades y el maltrato físico/verbal se consideraron factores predictores de burnout.

También Aguglia et al., (2019) estudiaron mediante una encuesta transversal (Inventario de Burnout de Maslach o IBM) con 183 participantes, la asociación entre episodios de agresión de pacientes y burnout en profesionales de la salud mental. El MBI se asoció positivamente con haber experimentado agresión verbal reciente y con el número de síntomas experimentados inmediatamente después del peor evento. El MBI se asoció negativamente con trabajar en una unidad de hospitalización psiquiátrica universitaria. No obstante, la asociación entre la agresión verbal y el síndrome de burnout solo fue significativa en mujeres, de hecho, no detectaron diferencias intergrupales en las puntuaciones del MBI en relación con las diferencias en las tasas de agresión verbal, amenazas verbales, agresión con objetos o agresión física a lo largo de la vida. Las personas expuestas a agresión verbal o por objetos durante el año anterior presentaron puntuaciones del MBI significativamente más altas que las no expuestas (Aguiglia et al., 2019).

En un estudio transversal llevado a cabo por Alqami et al., (2022) con profesionales de la salud mental en Yeddah (Arabia Saudí) entre enero de 2017 y octubre de 2018, los autores evaluaron las características sociodemográficas y los niveles de estrés, agotamiento y satisfacción laboral mediante la Escala de Estrés Percibido-14 (PSS-14), el Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI) y la Escala de Satisfacción Laboral (JSS). Los resultados mostraron que la prevalencia del estrés fue de del 56,1%. Se presentaron altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización de los encuestados, y al mismo tiempo, una puntuación alta de baja realización personal en el 57%. Además, se apreciaron diferencias por sexos, pues los hombres obtuvieron una puntuación de agotamiento emocional significativamente mayor que las mujeres.

A lo anterior se pueden añadir otros estudios que han analizado el burnout en enfermeras o personal sanitario en contextos psiquiátricos que presentan leves pero interesantes variaciones. Łopatkiewicz et al., (2023) introducen la perspectiva comparada para estudiar el síndrome de burnout ocupacional entre las enfermeras psiquiátricas en seis países europeos. Los resultados obtenidos destacan en algunos aspectos diferenciales respecto de otros análisis. EL estudio se llevó a cabo entre los meses de noviembre de 2019 y febrero de 2020, quedando fuera del análisis el periodo en el que los efectos del COVID-19 habrían generado una previsible distorsión en los resultados. En conjunto, participaron en el mismo

327 enfermeras (87% mujeres) que trabajaban en hospitales psiquiátricos en seis países europeos: Polonia, Eslovaquia, República Checa, Alemania, Italia y Hungría. Los participantes completaron el Inventory de Burnout de Maslach (MBI) y el Cuestionario de Salud General-28 (GHQ-28).

Las diferencias en los niveles de burnout aparecen en primer lugar en función de los países, siendo los más altos, los niveles de las enfermeras alemanas, y los más bajos los correspondientes a las enfermeras de Eslovaquia. Además, respecto de los ítems valorados, el resultado muestra que los enfermeros presentaban un mayor nivel de despersonalización que las enfermeras, pero éstas tenían mayores problemas para conciliar el sueño y de ansiedad. Además, se obtuvieron otra serie de hallazgos que se enumeran a continuación:

- La despersonalización disminuye con la edad y la experiencia laboral
- La sensación de logro personal aumenta con la edad.
- El agotamiento emocional fue el único factor de burnout que empeoró con el tiempo, aumentó con la edad y la experiencia laboral total, y fue el predictor más fuerte de mala salud mental.
- Casi todos los síntomas de salud mental empeoraron con la edad y la experiencia laboral.
- Los síntomas de burnout y los problemas de salud mental demostraron estar relacionados.
- El grado de despersonalización y burnout laboral asociado con una sensación autopercebida de logro personal entre las enfermeras incluidas en el estudio disminuyó con la edad, la experiencia laboral total y la experiencia laboral con el mismo empleador.
- A medida que aumentaba el agotamiento, los síntomas de salud mental empeoraban.

En un estudio elaborado específicamente con psiquiatras, Bykov et al., (2022) realizan una revisión sistemática o metaanálisis de estudios que a través de diferentes metodologías abordaron trataron de establecer correlaciones entre la prevalencia de burnout en este grupo de profesionales, y determinadas variables. Se incluyeron 56 estudios con un total de 5.481 participantes, cuyo nivel de estrés y burnout se midieron a través del Inventory de Burnout de Maslach (MBI) y el Inventory de Burnout de Copenhague (CBI).

La prevalencia de todos ellos fue del 43,55, para el agotamiento emocional, del 28,2% para Fuensanta López Teruel

la despersonalización, y del 32,4% para la baja realización personal, reflejando que los psiquiatras tienen una alta prevalencia del síndrome de burnout. Además, como hecho destacable es que los autores no encontraron diferencias significativas en la prevalencia del síndrome de burnout en las subdimensiones del MBI entre estudios europeos y estudios realizados fuera de Europa. Teniendo en cuenta que los altos niveles de agotamiento se definieron considerando como altos los niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos niveles de actividad física, la puntuación por agotamiento emocional en los europeos fue menor que en los psiquiatras de otras zonas geográficas (Bykov et al., 2022).

No obstante, puede que ante el hecho de que se obtuvieron resultados no concluyentes por la diferente correlación entre los factores de estudio, por ejemplo, un grupo de estudios obtuvieron que la prevalencia general de agotamiento derivada del MBI fue del 36% para enfermeras (Rezaei et al., 2018), del 32% para oncólogos (Medisauskaite y Kamau, 2017) y del 35% para residentes médicos (Rodrigues et al., 2018). Sin embargo, en el estudio de Bykov et al., (2022) la prevalencia para los psiquiatras fue del 25,9%, pero en comparación con el estudio sobre el síndrome de burnout de los oncólogos, los autores redujeron el estudio del síndrome al agotamiento emocional. Por tanto, comparar los valores obtenidos entre diferentes análisis es una tarea compleja dada la variabilidad de consideraciones sobre las metodologías usadas y la interpretación de las mismas.

Dado que la propuesta que se pretende realizar en este estudio está dirigida a ser aplicada en una UHP, es interesante añadir los resultados de la valoración de burnout en el personal de un centro de atención a largo plazo de personas con demencia. Este estudio fue realizado por Costello et al., (2019), y sus autores trataban de determinar la relación entre el estrés y el agotamiento del personal de estas residencias con la elevada rotación del personal y la reducción de la calidad en la atención. Del total de estudios analizados, tres determinaron la existencia de síndrome de burnout perro emplearon diferentes puntos de corte, de tal manera que el personal de estas residencias informó de altos niveles de agotamiento emocional, variando desde el 22,1% al 68,6%, de despersonalización del 9,2% al 46% y niveles bajos de realización personal, del 4% al 24,5% (Costello et al., 2019).

Con el objetivo de introducir en el análisis una casuística diferente a los enfoques descritos hasta ahora, se ha revisado el estudio de Leung et al., (2024) en el que se estudia el bienestar psicológico de los trabajadores de un centro de salud mental durante el COVID-19, así como las asociaciones del bienestar psicosocial y el estilo en que afrontan el estrés,

Fuensanta López Teruel

además de las estrategias que las organizaciones pueden poner en práctica para mitigar la carga psicosocial.

Evaluaron el bienestar psicológico de 37 profesionales de la salud mental que desarrollaban su labor en salas con y sin infección, a lo largo de tres momentos diferentes. Además del bienestar psicológico, valoraron la cohesión percibida y el estilo de afrontamiento (Brief-COP), además de recopilar informes sobre el afrontamiento individual.

Los resultados obtenidos mostraron que el personal que trabajaba en las salas infectadas o con personas infectadas, presentaron niveles significativamente más altos de estrés y una alteración del sueño más grave, en comparación con el grupo de control. Respecto de las maneras de afrontamiento, el estilo de afrontamiento negativo se correlacionó con resultados negativos, excepto el afrontamiento centrado en el problema que se correlacionó con resultados negativos (alteración del sueño y síntomas de ansiedad) y positivos (bienestar). El afrontamiento centrado en la emoción se correlacionó moderadamente con niveles más altos de bienestar. Esto significa que el afrontamiento del estrés centrado en las emociones y de manera específica, en el apoyo emocional, tiene un efecto protector, es decir, genera un mayor bienestar, lo que se encuentra en línea con otros estudios como el publicado por Eisenbecket al.(2022), quienes concluyeron que el afrontamiento adaptativo, incluido el apoyo emocional e instrumental, estaba relacionado con un mejor bienestar y menos síntomas depresivos.

## 5.5. VIOLENCIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO COMO RIESGO LABORAL

Un análisis de la producción de investigaciones académicas sobre la violencia y las agresiones a personal sanitario por parte de los pacientes y de los familiares o acompañantes de los pacientes, muestra que no es una cuestión ampliamente abordada, y a pesar de que se produce en el ámbito laboral y se debe estrictamente a la relación laboral.

La violencia en el contexto de trabajo puede ser clasificada como establecen Cooper y Swanson (2000) como violencia externa pues tiene lugar por parte de personas ajenas a la organización; violencia por clientes, como por ejemplo los usuarios de la organización o en el ambiente sanitario, los pacientes y acompañantes; y la violencia interna, que es la que promueven los propios trabajadores contra otros trabajadores, ya sea en sentido vertical u horizontal.

La OSHA (Occupational Safety and Health Administration) la clasifica en varios grupos como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 5. Clasificación de la violencia en el trabajo

<b>Tipo de violencia</b>	<b>Definición</b>
<b>Tipo I</b>	Sin relación con el trabajo. Delincuencia
<b>Tipo II</b>	Ejercida por: clientes, usuarios, pacientes, alumnos, etc.
<b>Tipo III</b>	Ejercida por miembros de la plantilla: jefes, compañeros, subordinados.
<b>Tipo IV</b>	Violencia doméstica o problemas personales sin relación con el trabajo

Fuente: OSHA (2004)

Además, se puede incorporar una tipología adicional de violencia laboral, que es la que tiene su origen en las presiones económicas y sociales que dan lugar a inseguridad en el trabajo, aparición de ansiedad, y sobrecarga laboral, entre otras consecuencias (Calvo, 2013).

Entre los principales efectos de la violencia laboral pueden distinguirse algunos a corto plazo y otros a largo plazo pero en todo caso, hay una afectación en el rendimiento laboral y se puede comprometer la efectividad de las organizaciones (Burgos y Paravic, 2003).

También la violencia laboral en el sector sanitario cuenta con una definición específica, recogida por la OIT en el Programa conjunto sobre la violencia en el sector de la salud (OIT/CIE/OMS/ISP), según la cual “(...) Todos aquellos incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo y viceversa, con la participación de amenaza explícita o implícita a su seguridad, el bienestar o la salud” (OIT, 2002, p.11).

El aumento de esta violencia en los últimos años hace que diferentes estudios consideren necesario poner en marcha una prevención efectiva de estas agresiones externas o violencia externa, aunque no sin antes haber desarrollado estudios que configuren un conocimiento empírico actualizado de la prevalencia y de sus características (Cervantes, Cantera y Blanch, 2007).

Algunas de las investigaciones empíricas que han abordado las agresiones al personal sanitario, son las elaboradas por Ortells et al., (2013) en una unidad de urgencias de un

Fuensanta López Teruel

hospital comarcal; el estudio de Martínez et al., (2012) sobre las agresiones a profesionales sanitarios en Castilla y León; o relacionando estas agresiones con la aparición y desencadenamiento de burnout por parte de Roldán et al., (2013) entre otros estudios.

En un estudio más reciente publicado por Giménez et al., (2021), se analizaron los factores de riesgo que conducen a altos niveles de burnout entre enfermeras y médicos y los factores protectores que los previenen, además de explorar la posible correlación entre la violencia física y verbal producida en el trabajo y los síntomas derivados del burnout. Para llevarlo a cabo incluyeron en su revisión sistemática estudios descriptivos que estimaban la prevalencia de violencia laboral y factores de riesgo y protección y burnout. Los resultados mostraron que el 89,6% de los estudios analizados, pertenecían al sector de la salud. Además, demostraron que en dichos estudios existía una correlación significativa entre los síntomas de burnout y la violencia física en el trabajo., siendo factores de riesgo moderado los factores organizacionales y estructurales como el apoyo social, la calidad del clima laboral, el liderazgo autoritario, la poca autonomía o las largas jornadas laborales, entre los más destacados. Y, entre los factores moderadores de carácter personal, la edad, el género, la nacionalidad o titulación académica, entre otros. Por su parte, distinguieron como factores protectores, la calidad del entorno laboral, las redes de apoyo mutuo o las estrategias de afrontamiento.

También siguiendo una línea de investigación similar a la anterior, Stafford et al., (2022), estudiaron qué influencia podía tener en la intención de las enfermeras de abandonar su trabajo en una unidad de urgencias, la violencia por parte de los pacientes. Tras la revisión sistemática llevada a cabo, las autoras concluyeron que el personal de enfermería de los servicios de urgencias presenta un alto riesgo de sufrir violencia laboral, lo cual, según la literatura, tiene un efecto directo en la intención de abandonar el servicio de enfermería en general, es decir de abandonar su carrera profesional, lo que se traduce en una elevada tasa de rotación que puede desembocar en escasez de personal y consecuentemente, comprometer la calidad de la atención al paciente y aumentar el hacinamiento y los tiempos de espera en los servicios de urgencia. Por tanto, la violencia laboral hacia el personal de enfermería de urgencias afecta a su satisfacción laboral, y tiene un impacto positivo en su deseo de dejar el trabajo.

Un resultado similar se recoge en la investigación de Yeh et al., (2020) que también estudian la exposición del personal de enfermería a la violencia laboral, destacando que afecta a la salud física, emocional y psicológica genera una mayor carga de trabajo, afecta la

Fuensanta López Teruel

reciprocidad médica entre enfermeras y pacientes y, en última instancia, conduce a una mayor rotación del personal.

Estudios centrados en el efecto de la violencia laboral en entornos hospitalarios psiquiátricos no son muy habituales o, al menos, no lo son como en los colectivos mencionados del personal de enfermería o del persona de urgencias, por ejemplo. Uno de los estudios realizados recientemente es el elaborado por Martin Salzmann (2018). En concreto, analizan a los profesionales sanitarios que trabajan en las salas de hospitalización y se enfrentan a la externalización o comportamiento desafiante de los pacientes ingresados en Suecia. El estudio concluyó que el trabajo les parecía motivador y agotador a la vez, puesto que debían enfrentarse a preocupaciones éticas en su trabajo diario, ya que los pacientes a menudo mostraban comportamientos desafiantes. De hecho, las principales preocupaciones de estos sanitarios fueron el impacto del personal en la experiencia de atención de los pacientes, la preocupación por establecer un entorno de trabajo seguro, y la preocupación por la falta de profesionalismo debido a las expectativas y la alta carga de trabajo. En general, las preocupaciones éticas incluían considerar simultáneamente la dignidad y la seguridad de los pacientes, a la vez que se les exponía a altas cargas de trabajo.

Como puede comprobarse, la violencia en el lugar de trabajo y específicamente, en entornos laborales sanitarios, es un problema que afecta a todos los países del mundo, y que se relaciona con la aparición del síndrome de burnout en médicos, enfermeras, etc., especialmente en los servicios de urgencias. Este es un problema laboral de primera línea si se tiene en cuenta que, tal y como demuestra la evidencia empírica, constituye un elemento incentivador del abandono del puesto de trabajo, y de la profesión, algo que además de mostrar la importante afectación sobre el trabajador puede ser un problema para el empleador. Dado que en este contexto el principal empleador es la Administración, sería la Sanidad pública uno de los damnificados por la elevada rotación del personal sanitario, el descenso de la calidad en la atención sanitaria, y la falta de profesionales sanitarios, lo que aumenta los riesgos para la salud de todas las personas.

## **5.6. METODOLOGÍAS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL Y SÍNDROME DE BURNOUT**

Teniendo en cuenta los orígenes del término y las primeras investigaciones sobre el síndrome, el primero de los cuestionarios desarrollados fue el citado de Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), siendo además uno de los que se han generalizado. El Inventario de Burnout

Fuensanta López Teruel

de Maslach operacionaliza el burnout como un síndrome de agotamiento, distanciamiento (cinismo o despersonalización) y disminución de la eficacia (o realización personal) (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Las etiquetas de las subescalas difieren entre la versión específica para proveedores de servicios humanos (MBI-HSS) y la escala general (MBI-GS), relevante para cualquier ocupación, incluyendo a los proveedores de servicios humanos. Al completar la escala, los encuestados indican con qué frecuencia han experimentado lo que describen los ítems (Leiter, 2022).

Algunas otras medidas han definido el burnout únicamente en términos de agotamiento y distanciamiento, mientras que otras han insinuado que el burnout es simplemente otra palabra para agotamiento, utilizando una escala de agotamiento de un solo factor (Leiter, 2022).

En cualquier caso, es importante definir la metodología más adecuada para su estudio. Tomando como elementos de estudio algunos de los trabajos referenciados en esta investigación, se observa que se han citado una gran variedad de instrumentos de análisis.

En el estudio anteriormente citado de Bykov et al., (2022), los autores concluyeron que dependiendo de la herramienta de cribado elegida, la prevalencia del burnout podía diferir casi dos veces (25,9 % frente a 50,3 % para MBI y CBI, respectivamente). Esto les llevó a proponer que lo ideal sería que los investigadores utilizaran al menos dos herramientas de cribado del burnout en sus estudios, además de unificar el procesamiento de los datos, para lograr una mejora de la metodología que redujera la heterogeneidad de los estudios y permitiera contrastar los resultados y determinados aspectos de dichos resultados con el fin de que éstos fueran clínicamente más relevantes.

Si se tiene en cuenta lo expuesto en el metaanálisis publicado por Costello et al., (2019), para estudiar el nivel de estrés y agotamiento de los empleados de las residencias de personas con demencia, se emplearon para su estudio el cuestionario sueco de demanda, control y apoyo (SDCS), el inventario de depresión de Beck (BDI), el inventario de ansiedad de Beck (BAI), la entrevista de sobrecarga del cuidador de Zarit (ZBI), el inventario de agotamiento de Maslach (MBI), la escala de agotamiento de Utrecht (UBOS) o la escala de agotamiento personal del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ), entre otros. Este listado da una idea de las diferentes metodologías empleadas para conocer el nivel de agotamiento y del SQT entre el personal sanitario.

Es relevante que la investigación científica y la evidencia empírica ha mostrado una gran

variedad de medios de estudio. Por tanto, ante esa amplitud de medios y sistemas de valoración, es preciso acudir a la legislación para conocer el método más indicado en el contexto en el que se pretende aplicar.

De acuerdo con la NTP 704, el modelo que se encuentra más extendido y es utilizado para la valoración de los aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales que están implicados en el proceso de aparición y el desarrollo en el tiempo del SQT es el modelo tridimensional de MBI-SGG de Maslach (1980). No obstante, se mencionan otros modelos como el de Golembiewski (1983), Leiter (1988), Edelwich y Brocisky (1980), Price y Murphy (1984), de Cherniss (1980), Cordes y Dougherty (1993).

El trabajo publicado por Edú-Valsania et al., (2022) permite disponer de una clasificación de métodos para la evaluación del burnout, incluyendo dos clasificaciones, por una parte, los métodos sin diferenciar por ocupaciones profesionales, y por otro lado, los instrumentos específicos destinados a evaluar el agotamiento en ocupaciones específicas. Dicha clasificación se puede consultar en la siguiente tabla:



Tabla 6. Clasificación de instrumentos de evaluación del burnout

Instrumentos genéricos	Instrumentos específicos
<b>Inventario de Burnout de Maslach (MBI)</b>	Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)
<b>Cuestionario para la evaluación del síndrome de Burnout en el trabajo (CESQT)</b>	Breve Cuestionario de Burnout Revisado para el personal de enfermería
<b>Inventario de Burnout de Copenhague (CBI)</b>	Cuestionario de Burnout para Médicos
<b>Inventario de Burnout de Oldenburg</b>	Cuestionario de Burnout para Maestros
<b>Cuestionario de subtipos clínicos de Burnout (BCSQ-36/12)</b>	Inventario de Burnout para Psicólogos
<b>Herramienta de evaluación del Burnout (BAT)</b>	Cuestionario de Burnout para Atletas
<b>Cuestionario de Burnout de Shirom-Melamed ( PYMES)</b>	Inventario de Burnout Escolar Inventario de Burnout de Padres

Fuente: Edú-Valsania et al., (2022)

Fuensanta López Teruel

## 6. PROPUESTA METODOLOGICA DE EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS EN LA UHP

### 6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Tomando como referencia los estudios que han sido evaluados para la preparación de esta propuesta, se considera que el estudio más adecuado para evaluar en la práctica los factores de riesgo psicosociales que provocan el agotamiento del personal de la unidad de hospitalización psiquiátrica, es un estudio transversal, a través del cuestionario MBI-HSS (anexo 1), que ha sido revisado para ser aplicado en personal de servicios humanos, o de atención a las personas.

Dicho cuestionario deberá ser completado con otro más específico puesto que, tal y como se ha visto las agresiones al personal sanitario y particularmente a quienes trabajan en unidades psiquiátricas, contribuyen a agravar los efectos de los riesgos psicosociales, y consecuentemente el burnout o SQT. De hecho, para la evaluación de este apartado se ha escogido el “Cuestionario de 2021 sobre violencia y acoso” elaborado por la Organización Internacional del Trabajo para la realización de la Primera encuesta mundial sobre experiencias de violencia y acoso en el trabajo en el año 2023, que se recoge en el anexo 2 del presente trabajo.

Para la aplicación de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, todos los datos procesados serán almacenados en servidores protegidos y únicamente accesibles por los miembros autorizados del equipo. No se almacenarán datos personales identificables, garantizando el anonimato total de las respuestas. Finalizado el análisis, se generarán los informes y tablas correspondientes que permitirán interpretar los resultados obtenidos y elaborar las conclusiones del estudio.

### 6.2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Realizar un estudio transversal para evaluar en la práctica los factores de riesgo psicosociales que provocan el agotamiento del personal de las unidades de hospitalización psiquiátrica de la Región de Murcia, para conocer el riesgo de burnout y la afección de la violencia laboral y las agresiones físicas y verbales en estos trabajadores y en el riesgo de burnout.

Fuensanta López Teruel

Realizar una propuesta de intervención para los trabajadores afectados. La propuesta de intervención sería adaptada en primer lugar para los trabajadores afectados y para quienes estén en alto riesgo con arreglo a los resultados de los dos cuestionarios utilizados en su versión validada en español.

### 6.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio está formada por los empleados de las unidades de hospitalización psiquiátrica del servicio de salud de la Región de Murcia, que de acuerdo con los datos obtenidos, se sitúen en torno a los 297 profesionales. No obstante, teniendo en cuenta la imposibilidad de acceder a estos datos en este momento, solos e trata de una estimación pues además se ha comprobado que está previsto que se incorpore más personal, por lo que en el momento de realización del estudio, este número puede sufrir alteraciones.

### 6.4. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se llevará a cabo de manera presencial y/o telemática, en función de la disponibilidad y las condiciones específicas de cada unidad de hospitalización psiquiátrica participante en el estudio, perteneciente al Servicio Murciano de Salud. La población diana está compuesta por aproximadamente 300 profesionales sanitarios que desempeñan sus funciones en estas unidades, incluyendo personal de enfermería, auxiliares, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y otros perfiles vinculados directamente a la atención de pacientes ingresados en unidades psiquiátricas.

Previamente al inicio del proceso de recogida, se realizará una reunión informativa con los responsables de cada unidad para presentar el estudio, aclarar dudas y coordinar la logística de distribución y recogida de los cuestionarios. Posteriormente, se facilitará a los participantes un documento de información para el participante y un consentimiento informado, en el que se detallan los objetivos del estudio, el carácter voluntario de la participación, la confidencialidad de los datos y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

La participación será completamente anónima. No se recogerán datos identificativos personales que permitan vincular las respuestas con los participantes. Cada cuestionario se identificará con un código numérico asignado de forma aleatoria para garantizar la trazabilidad de los datos sin comprometer la identidad del profesional.

Los datos se recogerán mediante dos instrumentos estandarizados y validados:

- Cuestionario Maslach Burnout Inventory - Human ServicesSurvey (MBI-HSS): se empleará para evaluar el nivel de burnout en los profesionales sanitarios. Este cuestionario consta de 22 ítems distribuidos en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Las respuestas se recogen mediante una escala Likert de frecuencia.
- Cuestionario “Violencia y acoso en el mundo del trabajo” (2021) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT): se utilizará para identificar experiencias de violencia y acoso laboral, tanto físicos como verbales o psicológicos, ocurridos en el entorno de trabajo. Este instrumento fue utilizado en la Primera Encuesta Mundial sobre Violencia y Acoso en el Trabajo (2023) y permite captar diferentes formas y frecuencias de violencia, así como el impacto percibido por la persona afectada.

Ambos cuestionarios se entregarán en formato papel o digital (PDF editable o formulario en línea, según el canal acordado con cada centro). Se estimará un tiempo de cumplimentación de entre 20 y 30 minutos. Para garantizar la máxima tasa de respuesta, se habilitará un plazo de dos semanas para completar los cuestionarios y se realizarán recordatorios durante ese periodo.

Una vez cumplimentados, en el caso del formato físico, los cuestionarios serán depositados por los participantes en sobres cerrados y anónimos en un buzón habilitado en cada unidad. En el caso del formato digital, se garantizará el anonimato mediante plataformas seguras que no recojan direcciones IP ni información identificativa. Los datos serán posteriormente transcritos y almacenados en una base de datos cifrada, de acceso restringido únicamente al equipo investigador.

Todos los procedimientos se ajustarán a lo establecido en la legislación vigente sobre protección de datos personales (Reglamento General de Protección de Datos – Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), así como a los principios éticos de la investigación en seres humanos.

## 6.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez recogidos los cuestionarios, tanto en formato físico como digital, se procederá al procesamiento sistemático de los datos, que se llevará a cabo en varias fases diferenciadas

Fuensanta López Teruel

para garantizar la fiabilidad, la validez y la confidencialidad de la información obtenida.

En primer lugar, los cuestionarios en formato físico serán revisados manualmente para comprobar su integridad (es decir, que estén completos y que las respuestas sean legibles). Aquellos cuestionarios que presenten más de un 20% de ítems sin responder serán descartados del análisis estadístico. Los cuestionarios válidos serán codificados e introducidos en una base de datos diseñada específicamente para este estudio, empleando el programa IBM SPSS Statistics, que será la herramienta principal para el tratamiento estadístico de los datos.

El proceso de codificación se realizará mediante la asignación de valores numéricos a cada categoría de respuesta en los cuestionarios. Por ejemplo, en el caso del MBI-HSS, las respuestas en la escala Likert serán codificadas de 0 a 6, en función de la frecuencia indicada por el participante. Para el cuestionario de la OIT sobre violencia y acoso laboral, se establecerán códigos específicos para cada tipo de experiencia reportada, diferenciando entre agresiones físicas, verbales y psicológicas, así como la frecuencia y el presunto agresor (paciente, compañero, supervisor, etc.).

Los datos digitales se integrarán directamente en el archivo maestro de SPSS, previa revisión para detectar posibles inconsistencias, duplicados o entradas erróneas. Se emplearán técnicas de limpieza de datos para asegurar la calidad del conjunto de datos antes de iniciar los análisis. Esta fase incluirá el análisis de valores perdidos, la identificación de *outliers* y la verificación de supuestos estadísticos básicos como la normalidad y homogeneidad de las variables cuantitativas.

El análisis estadístico se llevará a cabo en varias etapas. En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de la muestra, utilizando frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas, con el fin de caracterizar al colectivo participante y proporcionar una visión general de las variables estudiadas. A continuación, se procederá al análisis inferencial, que permitirá identificar relaciones significativas entre variables, así como establecer asociaciones entre los niveles de agotamiento y las experiencias de violencia laboral.

En función de la naturaleza de las variables, se aplicarán pruebas estadísticas adecuadas como la prueba de chi-cuadrado, *t de Student*, ANOVA, o correlaciones de Pearson o Spearman, según corresponda. En caso de que se pretenda predecir el riesgo de burnout a partir de determinadas variables independientes (como tipo de agresión, frecuencia, antigüedad profesional, etc.), se podrán emplear modelos de regresión logística o regresión

múltiple.

Se estima que el tiempo total para el procesamiento de los datos será de aproximadamente cuatro a seis semanas, considerando tanto la depuración, codificación e introducción de datos como la realización de los análisis estadísticos propiamente dichos. Este trabajo será desarrollado por el equipo investigador, formado por profesionales con formación específica en estadística aplicada a las ciencias sociales y de la salud.

Todos los datos procesados serán almacenados en servidores protegidos y únicamente accesibles por los miembros autorizados del equipo. No se almacenarán datos personales identificables, garantizando el anonimato total de las respuestas. Finalizado el análisis, se generarán los informes y tablas correspondientes que permitirán interpretar los resultados obtenidos y elaborar las conclusiones del estudio.

## 6.6. ANÁLISIS Y PUBLICIDAD DE LOS RESULTADOS

Una vez completado el procesamiento de los datos, se procederá a su análisis e interpretación con el objetivo de identificar patrones relevantes, contrastar hipótesis planteadas y obtener conclusiones fundamentadas sobre la prevalencia del síndrome de burnout y su relación con los factores de riesgo psicosocial y la violencia laboral en el personal de las unidades de hospitalización psiquiátrica de la Región de Murcia.

El análisis estadístico descriptivo permitirá establecer el perfil sociodemográfico y profesional de la muestra, así como la distribución de las respuestas en las distintas dimensiones del cuestionario Maslach (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). Asimismo, se describirán de forma cuantitativa las experiencias de violencia y acoso laboral reportadas, diferenciando por tipo de agresión, frecuencia y posibles agresores, de acuerdo con los ítems del cuestionario de la OIT.

Posteriormente, mediante el análisis inferencial, se evaluará si existen relaciones estadísticamente significativas entre variables, como por ejemplo la asociación entre el nivel de agotamiento emocional y la frecuencia de agresiones físicas o verbales. Igualmente, se examinarán posibles diferencias en el nivel de burnout en función del perfil profesional (enfermería, medicina, auxiliares, etc.), la antigüedad laboral o el sexo del participante. La interpretación de los resultados se realizará desde una perspectiva crítica, teniendo en cuenta el contexto específico del entorno sanitario y psiquiátrico, así como las limitaciones metodológicas del estudio.

Fuensanta López Teruel

Una vez analizados los datos y extraídas las conclusiones, se elaborará un informe final de resultados, que incluirá tablas, gráficos y comentarios interpretativos, con el objetivo de facilitar la comprensión de los hallazgos tanto para profesionales como para responsables de gestión sanitaria y prevención de riesgos laborales. Este informe será compartido con las direcciones de los centros participantes y con las unidades responsables de salud laboral y salud mental del Servicio Murciano de Salud.

En cuanto a la publicación y difusión de los resultados, se contempla la redacción de al menos un artículo científico en una revista especializada en salud laboral, salud mental o gestión sanitaria, con el fin de contribuir al conocimiento científico en este ámbito y fomentar la implementación de políticas preventivas basadas en evidencia. Asimismo, los resultados podrán ser presentados en congresos o jornadas científicas de ámbito nacional e internacional, especialmente en aquellos centrados en riesgos psicosociales, seguridad del personal sanitario o atención en salud mental.

En todos los casos, la difusión de los resultados respetará el principio de anonimato y confidencialidad de los participantes. No se incluirá ninguna información que permita la identificación individual ni de los profesionales ni de las unidades hospitalarias específicas. La información será tratada y publicada de manera agregada y con fines exclusivamente científicos y de mejora de la práctica profesional.

Finalmente, se espera que los hallazgos del estudio puedan servir de base para futuras investigaciones más amplias o longitudinales, así como para el diseño de intervenciones preventivas dirigidas a reducir el impacto del agotamiento y la violencia en el entorno laboral de las unidades de hospitalización psiquiátrica.

## 6.7. PLANIFICACIÓN TEMPORAL

La ejecución del estudio se organizará en varias fases distribuidas a lo largo de un periodo estimado de seis a ocho meses, dependiendo del ritmo de participación y de la disponibilidad de los centros implicados. A continuación se detallan las principales actividades previstas, con una estimación temporal orientativa:

1. Fase preparatoria (Mes 1)
  - Revisión final del diseño metodológico, cuestionarios y documentos legales.
  - Solicitud de permisos y autorizaciones pertinentes ante el Comité de Ética de la Consejería de Salud de la Región de Murcia y las direcciones de los

Fuensanta López Teruel

- centros sanitarios.
- Elaboración del cronograma definitivo
  - Planificación logística de la distribución de cuestionarios.
2. Reuniones informativas con responsables de las unidades (Desde el mes 1 – hasta el inicio del mes 2)
- Organización y desarrollo de reuniones presenciales o virtuales con los responsables de las unidades de hospitalización psiquiátrica implicadas en el estudio.
  - Explicación de los objetivos: presentar el proyecto, explicar la metodología, resolver dudas operativas y acordar fechas y canales de distribución de los cuestionarios.
  - Estas reuniones permitirán adaptar la recogida de datos a las dinámicas de cada unidad y asegurar la colaboración institucional, además de favorecer la adhesión de los centros tratando de fomentar la participación de los empleados.
3. Recogida de datos (Mes 2 – Mes 3)
- Distribución de los cuestionarios (MBI-HSS y cuestionario OIT) al personal de las unidades participantes.
  - Entrega del consentimiento informado y documentación explicativa.
  - Recolección de los cuestionarios tras un plazo de entre 2 y 3 semanas.
  - Cierre de esta fase con la recogida total del material físico o la descarga de respuestas digitales.
4. Procesamiento y depuración de datos (Mes 4)
- Codificación e introducción de datos en el programa SPSS.
  - Revisión los cuestionarios para la detección de errores, análisis de valores perdidos y control de cuestionarios incompletos.
  - Consolidación de la base de datos y preparación para el análisis estadístico.
5. Análisis estadístico e interpretación (Mes 5 – inicio del Mes 6)

- Aplicación de técnicas descriptivas e inferenciales con SPSS.
- Elaboración de gráficos y tablas.
- Redacción de un informe técnico con los principales hallazgos.
- Discusión crítica de los resultados en función de la literatura existente y previamente revisada para la preparación de este estudio, y de acuerdo con el contexto de desarrollo del mismo.

6. Redacción y publicación de resultados (Mes 6 – Mes 7)

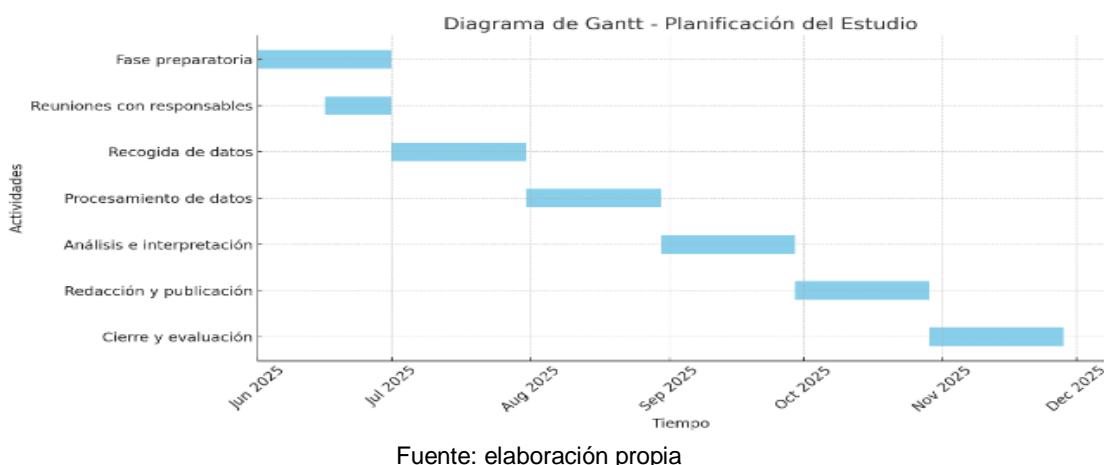
- Redacción de un artículo científico para su envío a una revista especializada.
- Envío del informe de resultados a las unidades participantes y responsables institucionales.

7. Cierre y evaluación final del proyecto (Mes 8)

- Reflexión sobre el proceso, identificación de dificultades y propuestas de mejora.
- Valoración del impacto y posibilidad de continuidad o expansión del estudio en fases posteriores.
- Realización de una propuesta de intervenciones preventivas adaptadas a los resultados obtenidos.

De una manera más visual, se incluye a continuación una representación gráfica de la planificación temporal realizada.

Ilustración 4. Planificación temporal para la realización del estudio



## 7. CONCLUSIONES

Tras la realización del trabajo se puede concluir que ha sido logrado con éxito el objetivo plantado al inicio del mismo que era, realizar una propuesta metodológica para analizar la prevalencia del síndrome de fatiga del trabajo entre el personal de una unidad de hospitalización psiquiátrica en la Región de Murcia.

La investigación realizada para la preparación del trabajo y la realización de la propuesta han permitido obtener una serie de conclusiones que se desarrollan a continuación.

Desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales, un hospital psiquiátrico o una unidad de hospitalización psiquiátrica, son lugares en los que se acumulan factores particularmente estresantes, incluyendo aquellos relacionados con patrones impredecibles de comportamiento de los pacientes con enfermedades mentales graves, lo que hace que el personal sanitario y por extensión cualquier trabajador de estos centros, se encuentren expuestos a múltiples factores desencadenantes de estrés, lo que aumenta el riesgo de burnout.

En los hospitales psiquiátricos, los pacientes residen en mayor proximidad, interactúan de forma más cercana y frecuente con el personal de enfermería y utilizan más espacios comunes, como los baños y el comedor. Todo esto hace de estos centros lugares en los que el contacto paciente -personal sanitario es más intenso y ello puede dar lugar a una mayor prevalencia de SQT.

Con relación a los resultados obtenidos en la observación de los diferentes estudios empíricos sobre la prevalencia del riesgo de burnout y de los factores de riesgos psicosociales en el personal sanitario, y de manera particular en el personal sanitario en entornos psiquiátricos, la característica dominante es la heterogeneidad.

No ha sido posible extraer de los estudios analizados una conclusión uniforme sobre la prevalencia de dichos factores en el público objeto de estudio, de hecho, la principal conclusión que se obtiene de las diferentes revisiones sistemáticas y ensayos aleatorios es que los resultados difieren incluso en función de la metodología de estudio aplicada, lo que dificulta la elección de la más adecuada .

Otra conclusión clara es que existe una escasa investigación de los factores de riesgo psicosociales y en general de los factores de riesgos laborales entre el personal sanitario de los psiquiátricos o de la especialidad de psiquiatría. Sí es posible disponer de múltiples

Fuensanta López Teruel

referencias en cuanto a la investigación sobre los riesgos del personal sanitario en general, del personal sanitario por categorías , como sucede con los segmentos de la enfermería, pero no sobre los empleados de los centros de psiquiatría, donde deberían estar incluidas todas las categorías de personal, desde los médicos, hasta los auxiliares, o incluso el personal administrativo, especialmente teniendo en cuenta las especiales características de estos centros de trabajo.

Es por ello por lo que en futuras investigaciones encontramos que es recomendable utilizar al menos dos instrumentos de medición, esto es, el Inventory de Burnout de Maslach y otro cuestionario o instrumento de medición más específico, que permita complementar los resultados del primero, y ofrecer una visión más completa de los factores de riesgo psicosocial que afectan al personal sanitario y no sanitario de las unidades de psiquiatría o de atención apacientes psiquiátricos.

De la misma forma, es recomendable incentivar la realización de estos estudios de manera periódica, especialmente teniendo en cuenta las tasas de enfermedad laboral y de prevalencia de los riesgos de orden psicosocial en el persona l sanitario, pues su labor es imprescindible para asegurar la salud de los demás, lo cual convierte en crítica la vigilancia de la salud de estos trabajadores, al margen de las obligaciones establecidas legalmente.

Respecto a las limitaciones del presente trabajo, la principal se refiere al hecho de que inicialmente estaba prevista la aplicación práctica de la evaluación de los riesgos en la unidad de hospitalización psiquiátrica , algo que no se ha llevado a término por limitaciones temporales, entre otras. Por tanto, en futuras investigaciones será necesario dar una aplicación fática a la propuesta realizada en el presente documento y de esta manera solventar la limitación expuesta.

Otra importante limitación es la carencia de un estudio específico sobre las intervenciones más adecuadas o las posibles intervenciones ante situaciones de elevado riesgo psicosocial en las unidades psiquiátricas, que podrá ser solventada en futuras investigaciones.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abascal, A. (2014). Muere una psicóloga de 'San Juan de Dios' acuchillada por una paciente. *Diario Palentino* (7 de mayo de 2014). Disponible en <https://www.diariopalentino.es/noticia/z3ffb649e-b740-8589-dbee3cde9f309651/201405/muere-una-psicologa-de-san-juan-de-dios-acuchillada-por-una-paciente> (ref. de 10 de mayo de 2025).
- Aguglia, A., Belvederi Murri, M., Conigliaro, C., Cipriani, N., Vaggi, M., Di Salvo, G., ... & Amore, M. (2020). Workplace violence and burnout among mental health workers. *Psychiatric services*, 71(3), 284-288. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900161>.
- Alqarni, T., Alghamdi, A., Alzahrani, A., Abumelha, K., Alqurashi, Z., & Alsaleh, A. (2022). Prevalence of stress, burnout, and job satisfaction among mental healthcare professionals in Jeddah, Saudi Arabia. *Plos one*, 17(4), e0267578. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267578>.
- Alves, S. R., dos Santos, R. P., & Yamaguchi, M. U. (2017). Satisfação da equipe de enfermagem em serviços de saúde mental: um estudo comparativo entre profissionais de instituição pública e privada. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 21(1). Doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170003>.
- Alves, S.R., Santos, R.P., Gimenes, R.M.T., Yamaguchi, M.U. (2016) Nursing workload in mental health. *Rev Rene.*, 17(5):684-90. Doi: 10.15253/2175-6783.2016000500014.
- Biksegn, A., Kenfe, T., Matiwos, S., & Eshetu, G. (2016). Burnout status at work among health care professionals in atertiary hospital. *Ethiopian journal of health sciences*, 26(2), 101-108. Doi: 10.4314/ejhs.v26i2.3.
- Burgos, M. D. C., & Paravic, T. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 29-42.
- Bykov, K.V., Zrazhevskaya, I.A., Topka, E.O., Peshkin, V.N., Dobrovolsky ,A.P., Isaev, R.N., Orlov, A.M. (2022) Prevalence of burnout among psychiatrists: A systematic review and meta-analysis. *J AffectDisord.*, 308:47-64. Doi: 10.1016/j.jad.2022.04.005.
- Calvo, T. G. (2013). Deberes de los usuarios. En *Derecho y salud: estudios de*

*Bioderecho:(comentarios a la Ley 3/2009, de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia) (pp. 341-363).*

Cervantes Ortega, G., Cantera Espinosa, L., & Blanch Ribas, J. M. (2008). Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto. *Arch. prev. riesgos labor.*(Ed. impr.), 14-19.

Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations.* New York: Praeger.

Consejería de Salud de la Región de Murcia (2019). Programa de Acción para el impulso y mejora de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2019-2022. Disponible en [https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2019/12/Murcia-programa\\_sm\\_2019-2022.pdf](https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2019/12/Murcia-programa_sm_2019-2022.pdf) (ref. de 5 de mayo de 2025).

Consejería de Salud de la Región de Murcia (2022). Estrategia de Mejora Salud Mental 2023-2026. Disponible en <https://www.murciasalud.es/documents/20124/5088102/Estrategia+de+Mejora+Salud+Mental+2023-2026.pdf/6228343c-e908-c3c8-59d8-14cc3c8ef267?t=1679912457740> (ref. de 5 de mayo de 2025).

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2025). Más de 16 500 agresiones a sanitarios en el Sistema Nacional de Salud en 2024 evidencian la necesidad de denunciar. Disponible en <https://www.cgcom.es/noticias/mas-de-16-500-agresiones-sanitarios-en-el-sistema-nacional-de-salud-en-2024-evidencian-la> (ref. de 10 de mayo de 2025).

Cooper, C., & Swanson, N. (2002). *Workplace violence in the health sector. Stateofthe art.* Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos.

Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review, 18*(4), 621-656. Doi: <https://doi.org/10.5465/amr.1993.9402210153>.

Costello, H., Walsh, S., Cooper, C., & Livingston, G. (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International psychogeriatrics,*

31(8), 1203-1216. Doi: 10.1017/S1041610218001606.

Dogbla, L., Gouvenelle, C., Thorin, F., Lesage, F.-X., Zak, M., Ugbolue, U. C., Charbotel, B., Baker, J. S., Pereira, B., & Dutheil, F. (2023). Occupational Risk Factors by Sectors: An Observational Study of 20,000 Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3632. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043632>.

Dong, M., Zhou, F.C., Xu, S.W., Zhang, Q., Ng, C.H., Ungvari, G.S., y Xiang, Y.T. (2020) Prevalence of suicide-related behaviors among physicians: A systematic review and meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav.*, 50(6):1264-1275. Doi: 10.1111/sltb.12690.

Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980) *Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Science Press.

Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Morian, J.A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3):1780. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>.

Eisenbeck, N., Carreno, D. F., Wong, P. T., Hicks, J. A., María, R. R. G., Puga, J. L., ... & García-Montes, J. M. (2022). An international study on psychological coping during COVID-19: Towards a meaning-centered coping style. *International journal of clinical and health psychology*, 22(1), 100256. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.10.001>.

Giménez, J. M., Martínez, J. P., & Morales, F. M. (2021). Doctors and Nurses: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors in Workplace Violence and Burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3280. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18063280>.

Gobierno de España (2024) Plan de acción de salud mental 2025-2027. Disponible en [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan\\_de\\_accion\\_para\\_la\\_salud\\_mental\\_v2.6.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf) (ref. de 6 de abril de 2025).

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461–481. Doi: <https://doi.org/10.1177/002188638301900408>.

Gómez-Beneyto, M., Rodríguez Pulido, F., Caamaño Sánchez, V., Cifre Llull, A., del Río Noriega, F., Estévez Salinas, J. A., ... & Villegas Miranda, F. (2018). Evaluación del Fuensanta López Teruel

modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 19-43. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100002>.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo o INSST (2024). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Disponible en <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> (ref. de 14 de mayo de 2025).

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2022). Epidemiología de las patologías no traumáticas: 11 años de PANOTRATSS. Disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/2927460/Epidemiolog%C3%ADa+de+patolog%C3%ADas+no+traum%C3%A1ticas+11+a%C3%B3n+de+PANOTRATSS.pdf/f9f8-4423-4177-8bca-ede4d68e4dc1?t=1668461662292#page=5.08> (ref. de 14 de mayo de 2025).

Johnson, J., Hall, L.H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K., y Thompson, C. (2018). Mental healthcare staff well-being and burnout: a narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions *Int. J. Ment. Health Nurs.*, 27, 20-32. Doi: 10.1111/inm.12416.

Keashly, L., Trott, V., & McLean, L. M. (1994). Abusive behavior in the workplace: A preliminary investigation. *Violence and Victims*, 9, 341-357.

Leiter, M. P. (1988). Burnout as a function of communication patterns: A study of a multidisciplinary mental health team. *Group & organization studies*, 13(1), 111-128. Doi: <https://doi.org/10.1177/105960118801300112>.

Leiter, M. P. (2022). 1.3 *Implications of the WHO Definition of Burnout.*, 30. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/521880346.pdf#page=30.00> (ref. de 10 de mayo de 2025).

Leung, H., Lim, M., Lim, W.O., Lee, S.A., Lee, J. (2024) Psychological well-being of healthcare workers during COVID-19 in a mental health institution. *PLoS ONE* 19(3): e0300329. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300329>.

Łopatkiewicz, A., Kwaśnicka, A., Nowicki, P., Furmańczyk, K., Zieliński, W., Woynarowska, Fuensanta López Teruel

M., & Krzych-Fałta, E. (2023). Occupational burnout and mental health. A study of psychiatric nurses from six European countries. *Advances in Cognitive Psychology*, 19(1), 80–91. Doi: <https://doi.org/10.5709/acp-0380-0>

Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., y Lo Buono, V. (2022) Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina*, 58, 327. Doi: <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>.

Martínez Serrano, José; Alcaraz Barbero, Fuensanta; Del Baño Sandoval, Salvador; Duque Asensio, Joaquina; Gálvez Alcoba, Irene; García Hernández, Manuel; López Jiménez, Dolores; López Nicolás, Mª Dolores; Lorente Iniesta, Ester; Martí Esquitino, Jesús; Martínez Ballester, Mª Begoña; Muñoz Pina, Enrique; Nicolás López, Teresa; Pascual Olmos, Montserrat; Sáez Sáez, Carmen; Sánchez Pedreño, Maravillas; Sánchez Ruiz, Manuel José; Vera Arce, Mónica; Zapata Arroyo, Ana. (2015). *Procesos de una Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia. Unidad de Corta Estancia. Hospital Psiquiátrico Román Alberca*. Murcia: Hospital Psiquiátrico Román Alberca, Servicio Murciano de Salud.

Martínez-León, M., Burón, D. Q., Muñiz, M. J. I., & Martínez-León, C. (2012). Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). *Revista Española de Medicina Legal*, 38(1), 5-10. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2011.10.001>.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Medisauskaitė, A., & Kamau, C. (2017). Prevalence of oncologists in distress: Systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 26(11), 1732-1740. Doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4382>.

Ministerio de Sanidad (2024) Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2023. Disponible en [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/InformeAgr esiones\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/InformeAgr esiones_2023.pdf) (ref. de 6 de mayo de 2025).

Ministerio de Trabajo y Economía Social (2023). *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023-2027*. Disponible en <https://www.insst.es/documents/d/portal-insst/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2023-2027> (ref. de 1 de

Fuensanta López Teruel

abril de 2024).

Ministerio de Trabajo y Economía Social (2024). Estadística y Análisis Sociolaboral.

Disponible en <https://www.mites.gob.es/es/estadisticas/index.htm> (ref. de 11 de mayo de 2025).

O.S.H.A. Occupational Safety and Health Administration. (2004). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers*. OSHA. Washington.

Organización Mundial de la Salud (2019). *El síndrome de burnout, un «fenómeno ocupacional»: Clasificación Internacional de Enfermedades*. Disponible en <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> (ref. de 10 de mayo de 2025).

Organización Internacional del Trabajo (2002) Programa conjunto: nueva iniciativa contra La violencia laboral en el sector de la salud. Disponible en <https://www.ilo.org/es/resource/news/programa-conjunto-nueva-iniciativa-contra-la-violencia-laboral-en-el-sector> (ref. de 9 de mayo de 2025).

Organización Internacional del Trabajo (2019). International labour standards on occupational safety and health, 2018. Disponible en <http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang--en/index.htm> (ref. de 6 de mayo de 2025).

Organización Internacional del Trabajo (2023). Experiencias de violencia y acoso en el trabajo: Primera encuesta mundial. Disponible en [https://researchrepository.ilo.org/view/pdfCoverPage?instCode=41ILO\\_INST&filePid=13127146840002676&download=true](https://researchrepository.ilo.org/view/pdfCoverPage?instCode=41ILO_INST&filePid=13127146840002676&download=true) (ref. de 15 de mayo de 2025)

Organización Mundial de la Salud (2024) Día Mundial de la Salud Mental 2024. Disponible en <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/2024> (ref. de 6 de abril de 2025).

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (2024) Are workingenvironmentsforhealthcareworkersimproving? Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/are-working-environments-for-healthcare-workers-improving.pdf> (ref. de 11 de mayo de 2025).

Ortells, N., Muñoz, T., Paguina, M., y Morató, I. (2013). Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global.* 12, 2 (mar. 2013). Doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.12.2.163471>.

Portal de Transparencia de la Región de Murcia (2025). Transparencia en Sanidad. Disponible en <https://transparencia.carm.es/web/transparencia/transparencia-en-sanidad> (ref. de 10 de mayo de 2025).

Price, D. M., & Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death education*, 8(1), 47-58. Doi: <https://doi.org/10.1080/07481188408251381>.

Rezaei, S., Karami Matin, B., Hajizadeh, M., Soroush, A., & Nouri, B. (2018). Prevalence of burnout among nurses in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International nursing review*, 65(3), 361-369. Doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12426>.

Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., ... & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 13(11), e0206840. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>.

Roldán, G. M., Salazar, I. C., Garrido, L., & Ramos, J. M. (2013). Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health*, 5(02), 193.

Rothenberger, D.A. (2017) Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Dis Colon Rectum.*, 60(6):567-576. Doi: 10.1097/DCR.0000000000000844.

Salzmann-Erikson, M. (2018), Moral mindfulness: The ethical concerns of healthcare professionals working in a psychiatric intensive care unit. *Int J Mental Health Nurs*, 27: 1851-1860. Doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12494>.

Stafford, S., Avsar, P., Nugent, L., O'Connor, T., Moore, Z., Patton, D., & Watson, C. (2022). What is the impact of patient violence in the emergency department on emergency nurses' intention to leave? *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1852-1860. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13728>.

Taranu, S. M., Ilie, A. C., Turcu, A.-M., Stefanu, R., Sandu, I. A., Pislaru, A. I., Alexa, I. D.,

Fuensanta López Teruel

Sandu, C. A., Rotaru, T.-S., & Alexa-Stratulat, T. (2022). Factors Associated with Burnout in Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14701. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214701>.

Villar, M., & Arranz, J. M. (2006). Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 9(1), 20-27.

Yeh T-F, Chang Y-C, Feng W-H, Sclerosis M, Yang C-C. (2020) Effect of Workplace Violence on Turnover Intention: The Mediating Roles of Job Control, *Psychological Demands, and Social Support*. *INQUIRY*;57. Doi:10.1177/0046958020969313.



## 9. ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario MBI-HSS

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y, en ningún caso, accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.



			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							

16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

#### CORRECCIÓN DE LA PRUEBA:

Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

La conforman los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16, y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en

Realización Personal definen el síndrome.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios. En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6, bajo grado de despersonalización. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores, y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y, superior a 40, sensación de logro.

**Cuestionario incorporado al MBI-HSS para el análisis descriptivo de la muestra y de los resultados obtenidos.**

1. Sexo (hombre/mujer/no binario)
2. Edad (campo libre)
3. Estado civil (casado/soltero/viudo/divorciado o separado/pareja conviviente/ no declarado)
4. Hijos o personas a su cargo (Sí/ No). ¿Cuántos?
5. Puesto de trabajo desempeñado.
6. Antigüedad en el servicio de cuidados intensivos (en meses)

## Anexo 2. Cuestionario sobre violencia y acoso en el trabajo de la OIT

### VH1

¿ALGUNA VEZ ha sufrido usted personalmente violencia y/o acoso FÍSICOS, como ser golpeado, sujetado o escupido, EN EL TRABAJO?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Sí	1
No	2
(El encuestado nunca ha trabajado)	7
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

(En caso de código 1 en VH1, continuar; en caso de código 7 en VH1, terminar; en los demás casos, pasar a VH2)

### VH1\_B

¿Cuántas veces lo ha sufrido? ¿Una o dos veces, de tres a cinco veces, o más de cinco veces?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Una o dos veces	1
De tres a cinco veces	2
Más de cinco veces	3
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

### VH1\_C

Aproximadamente, ¿CUÁNDO fue la ÚLTIMA vez que le pasó esto? ¿Fue durante el último año, hace entre dos y cinco años, o hace más de cinco años?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Durante el último año	1
Hace entre dos y cinco años	2
Hace más de cinco años	3
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

**VH2**

¿ALGUNA VEZ ha sufrido usted personalmente violencia y/o acoso PSICOLÓGICOS, como ser insultado, amenazado, hostigado o intimidado, EN EL TRABAJO?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Sí	1
No	2
(El encuestado nunca ha trabajado)	7
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

(En caso de código 1 en VH2, continuar; en caso de código 7 en VH2, terminar; en los demás casos, pasar a VH3/WP22503)

**VH2\_B**

¿Cuántas veces lo ha sufrido? ¿Una o dos veces, de tres a cinco veces, o más de cinco veces?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Una o dos veces	1
3 a 5 veces	2
Más de 5 veces	3
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

**VH2\_C**

Aproximadamente, ¿CUÁNDO fue la ÚLTIMA vez que le pasó esto? ¿Fue durante el último año, hace entre dos y cinco años, o hace más de cinco años?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Durante el último año	1
Hace entre 2 a 5 años	2
Hace más de 5 años	3
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

**VH3**

¿ALGUNA VEZ ha sufrido usted personalmente algún tipo de violencia y/o acoso SEXUALES EN EL TRABAJO, como por ejemplo tocamientos, comentarios, imágenes, correos electrónicos o solicitudes no deseados de carácter sexual estando en el TRABAJO?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Sí	1
No	2
(El encuestado nunca ha trabajado)	7
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

(En caso de código 1 en VH3, continuar; en caso de código 7 en VH3, pasar a Terminar; en los demás casos, pasar a Nota antes de VH4))

**VH3\_B**

¿Cuántas veces lo ha sufrido? ¿Una o dos veces, de tres a cinco veces, o más de cinco veces?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Una o dos veces	1
De 3 a 5 veces	2
Más de 5 veces	3
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

**VH3\_C**

Aproximadamente, ¿CUÁNDO fue la ÚLTIMA vez que le pasó esto? ¿Fue durante el último año, hace entre dos y cinco años, o hace más de cinco años?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Durante el último año	1
Hace entre 2 a 5 años	2
Hace más de 5 años	3
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

(En caso de código 1 en VH1, VH2, o VH3, Continuar; En los demás casos, Terminar)

**VH4**

¿Alguna vez le habló usted a alguien de la violencia y/o acoso que sufrió usted EN EL TRABAJO?

OPCIONES DE RESPUESTA	
Sí	1
No	2
(No sabe)	8
(Rechazada)	9

(En caso de código 1 en VH4, Continuar; en caso de código 2 in VH4, pasar a VH4\_C/Text; en los demás casos, Terminar)

**VH4\_B**

¿A quién le habló usted de sus experiencias? ¿Fue a ...?

		Sí	No	(No sabe)	(Rechazada)
VH4_B1	Su empleador o supervisor	1	2	8	9
VH4_B2	Un compañero de trabajo	1	2	8	9
VH4_B3	Un amigo o un familiar	1	2	8	9
VH4_B4	Un representante sindical	1	2	8	9
VH4_B5	La policía, un líder de la comunidad o ([ponga un ejemplo concreto de su país, por ejemplo, un inspector del trabajo])	1	2	8	9
VH4_B6	Los servicios sociales o una organización sin ánimo de lucro	1	2	8	9

(En todos los casos de VH4\_B, Terminar)

**VH4\_C**

Por favor, dígame si cada una de las siguientes es una razón por la que no quiso hablar con nadie de su experiencia.  
¿Fue por ...?

		Sí	No	(No sabe)	(Rechazada)
VH4_C1	Considerarlo una pérdida de tiempo	1	2	8	9
VH4_C2	No saber qué hacer	1	2	8	9
VH4_C3	Falta de claridad en los procedimientos en el trabajo	1	2	8	9
VH4_C4	Preocupación por que la gente se enterara de ello en el trabajo	1	2	8	9
VH4_C5	Miedo al castigo	1	2	8	9
VH4_C6	Miedo por su reputación	1	2	8	9
VH4_C7	Desconfianza hacia la policía, los líderes de la comunidad o los inspectores del trabajo, o [ponga un ejemplo concreto de su país, por ejemplo los inspectores del trabajo]	1	2	8	9



### Anexo 3. Consentimiento informado

Título del estudio: El burnout y la violencia laboral en los trabajadores de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de XXXX (Murcia).

Yo, (nombre y apellido).....

- Confirmo que he leído la hoja informativa para la participación en este estudio y han atendido y resuelto las dudas y preguntas que me han surgido.
- Acepto que mi participación en estudio es voluntaria y puede retirarme en cualquier momento, sin ningún tipo de impacto.
- Acepto que mis datos formen parte del estudio de acuerdo con la finalidad expresada en la hoja informativa.
- Consiento en participar en este estudio.
- Al finalizar el estudio, deseo que mis datos sean:
  - Eliminados.
  - Conservados de forma anónima

Fdo.: El/la participante

Fdo.: El/la investigador/a

Nombre, apellidos:

Nombre, apellidos:

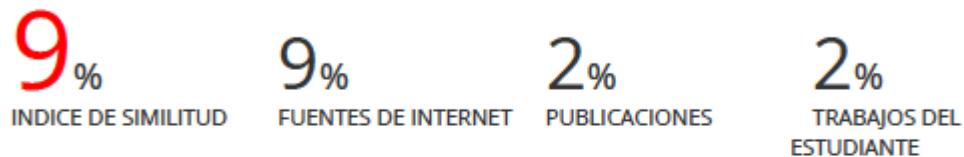
Fecha:

Fecha:

Fuensanta López Teruel

## TFM FLT

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

1	sms.carm.es Fuente de Internet	3%
2	es.scribd.com Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Miguel Hernandez Servicios Informaticos Trabajo del estudiante	2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 2%

Excluir bibliografía

Activo