

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER



UNIVERSITAS
Miguel Hernández



“Síndrome de Burnout en los profesionales de salud de una Mutua”

Alumno: Serrano Felipe, M^a Del Pilar

Tutor: Ivorra Vilaplana, Lorena M^a

Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales

Curso: 2024-2025

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Máster tiene como objetivo principal analizar la prevalencia del Síndrome de Burnout (SB) en los profesionales sanitarios que desempeñan su labor en una mutua, así como identificar los factores de riesgo psicosocial que lo originan, su impacto en la calidad asistencial y proponer medidas preventivas basadas en evidencia. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado sobre una muestra de 14 profesionales (médicos, enfermeros y auxiliares) pertenecientes a distintos niveles asistenciales de la mutua, utilizando herramientas validadas como el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), la Escala de Estrés Percibido (PSS-10), el Cuestionario de Condiciones Laborales y el GHQ-12.

Los resultados muestran una elevada prevalencia del SB: el 78,6% de la muestra presentó agotamiento emocional alto, el 64,3% baja realización personal, y un 71,4% manifestó niveles elevados de estrés. Además, se identificaron factores de riesgo relevantes como alta carga de trabajo, baja percepción de apoyo institucional y dificultades para conciliar la vida laboral y personal. El análisis bivariado reveló que el agotamiento emocional fue significativamente mayor en el colectivo de enfermería, mientras que los turnos rotatorios se asociaron con una menor realización personal.

A partir de estos hallazgos, se propone un conjunto de medidas de intervención en el entorno de la mutua: rediseño organizacional de turnos, programas de apoyo emocional, mejora del clima laboral y formación en gestión del estrés. Estas acciones tienen como finalidad no solo reducir la incidencia del SB, sino también mejorar el bienestar de los trabajadores y la calidad del servicio prestado.

El estudio subraya la urgencia de abordar el Burnout como una prioridad estratégica en el ámbito sanitario, especialmente en estructuras como las mutuas, donde las exigencias asistenciales pueden comprometer la salud mental y la eficacia del sistema.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Riesgos psicosociales, Profesionales sanitarios, Salud laboral, Mutua

ABSTRACT

The main objective of this Master's Final Project is to analyze the prevalence of Burnout Syndrome (BS) among healthcare professionals working in a mutual insurance organization, as well as to identify the psychosocial risk factors that contribute to its development, its impact on the quality of care, and to propose evidence-based preventive measures. This is a cross-sectional descriptive study conducted on a sample of 14 professionals (physicians, nurses, and auxiliary staff) working at different care levels within the mutual, using validated tools such as the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), the Perceived Stress Scale (PSS-10), the Working Conditions Questionnaire, and the General Health Questionnaire (GHQ-12).

The results show a high prevalence of BS: 78.6% of the sample reported high emotional exhaustion, 64.3% showed low personal accomplishment, and 71.4% reported high stress levels. Relevant risk factors were identified, including excessive workload, low perceived institutional support, and difficulties in achieving work-life balance. Bivariate analysis revealed that emotional exhaustion was significantly higher among nursing staff, while rotating shifts were associated with lower personal accomplishment.

Based on these findings, a set of intervention measures is proposed for the mutual's environment: organizational redesign of shift schedules, emotional support programs, improvement of the workplace climate, and training in stress management. These actions aim not only to reduce the incidence of BS but also to improve employee well-being and the quality of healthcare services provided.

The study highlights the urgent need to address Burnout as a strategic priority in the healthcare sector, especially within mutual organizations, where high service demands may compromise mental health and system efficiency.

Keywords: Burnout Syndrome, Psychosocial risks, Healthcare professionals, Occupational health, Mutual insurance organization

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. Introducción	7
1.1 Epidemiología del SB	8
1.2 Marco normativo frente al SB	9
1.3 Relevancia actual de cómo afecta el SB	10
1.4 Naturaleza multifactorial del Síndrome de Burnout	14
2. Justificación	20
3. Objetivos	23
4. Material y métodos	24
4.1 Diseño del estudio	24
4.2 Muestra	24
4.3 Criterios de selección	24
4.3 Herramientas de investigación	25
4.3.1 Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)	25
4.3.2 Escala de Estrés Percibido (PSS-10)	26
4.3.3 Cuestionario de Condiciones Laborales	27
4.3.4 Encuesta de Salud General de Goldberg (GHQ-12)	28
4.4 Análisis de datos	29
5. Resultados	30
5.1 Características sociodemográficas	30
5.2 Nivel de SB según el MBI-HSS	31
5.3 Estrés percibido	31
5.4 Salud mental	32
5.5 Condiciones laborales	32
5.6 Prueba de normalidad	32
5.6 Análisis bivariado	33
6. Discusión	35
7. Conclusiones	37
8. Bibliografía	41

1. Introducción

El Síndrome de Burnout (SB) se trata de un fenómeno estudiado en el ámbito de la salud ocupacional desde hace varias décadas, especialmente en profesionales de la salud, donde las exigencias emocionales y laborales pueden derivar en agotamiento físico y mental.

Según Maslach (2009), el SB se puede contemplar como la despersonalización propia, el agotamiento o detrimento significativo de las capacidades emocionales propias, y la disminución del sentido de logro personal.

Este síndrome puede llegar a afectar de manera sustancial a la calidad de la atención brindada a los pacientes, así como al bienestar general de los profesionales sanitarios. Este síndrome se considera una respuesta inadecuada a un estrés crónico laboral, en la que los profesionales experimentan un deterioro progresivo de su estado físico y emocional, comprometiendo su rendimiento y su vida personal.

Los profesionales sanitarios desempeñan un papel determinante en la sociedad, siendo responsables de la salud y bienestar de la población, encontrándose sometidos a contextos laborales donde se requiere de una capacidad de resolución, así como de habilidades emocionales con los pacientes, de manera continua.

Sin embargo, la alta carga de trabajo, la escasez de recursos, la burocracia administrativa y la exigencia emocional que conlleva su contexto laboral en situaciones críticas han incrementado los niveles de estrés laboral en este colectivo.

Esta situación genera que el personal sanitario sea especialmente vulnerable a desarrollar el SB, frente a otros colectivos laborales, que no solo repercute en su bienestar, sino que también impacta negativamente en la calidad asistencial.

La fatiga crónica y la falta de motivación pueden llevar a un aumento de la tasa de errores procedimentales, reducción de la satisfacción del paciente y un deterioro del clima organizacional dentro de los centros sanitarios, lo que, a largo plazo, repercute de manera directa en la sociedad en general, debido a la exposición continua de estos profesionales a continuas exigencias personales y laborales.

1.1 Epidemiología del SB

Los datos epidemiológicos recogidos antes del 2020 reflejaban una preocupación creciente por el impacto del Burnout en los profesionales sanitarios. Un estudio reciente estimaba que un 39,3% de los trabajadores del Equipo de Atención Primaria (EAP) presentaba niveles elevados de Burnout, lo que impacta de manera directa tanto en su salud como en la calidad asistencial ofrecida a los pacientes (1). Estos datos mostraban unos datos preocupantes que afectaban de una manera significativa no solo a la salud de los profesionales, sino también a la calidad asistencial repercutida a los propios pacientes.

Esta situación se ha visto agravada en los últimos años por la crisis sanitaria derivada de la pandemia de COVID-19, que expuso a los sanitarios a jornadas extenuantes, escasez de recursos y un incremento de la presión emocional, intensificando los factores de riesgo del SB.

La sobrecarga en las unidades de atención primaria y hospitalaria ha generado un aumento de la fatiga laboral y una disminución en la capacidad de respuesta de los profesionales ante situaciones de emergencia. En concreto, una revisión sistemática desarrollada durante la pandemia y con una muestra de más de 100.000 profesionales reportaron prevalencias de Burnout que oscilaron entre el 13% y el 70%, dependiendo de las características de la población estudiada y los instrumentos de medición utilizados (2).

De manera más específica, en España, el informe de la Fundación Galatea (3) el cual tiene como objetivo analizar la salud mental de los profesionales durante y después de la pandemia, mostró unos resultados en los que más del 47% de los médicos encuestados manifestaban síntomas compatibles con el SB. Además, estos datos se agravaban para los enfermeros, ya que alrededor del 54% mostraba los mismos síntomas compatibles con el SB paralelamente.

Cinco años después del inicio de la pandemia, el Sistema Nacional de Salud de España continúa enfrentando desafíos significativos. A pesar de la contratación de más de 45.000 nuevos profesionales desde 2019, el sistema aún sufre colapsos importantes. Las esperas para consultas de atención primaria han aumentado y la carga en servicios de urgencias se ha disparado. Además, se estima que más del 50% de los profesionales muestran síntomas del síndrome de Burnout (4).

En particular, ciertas especialidades médicas han sido más afectadas. Por ejemplo, más de un tercio (38%) de los oncólogos han considerado abandonar la profesión debido a la saturación y al agotamiento, con un 57% mostrando signos de Burnout (4)

Estos datos postpandemia reflejan una situación alarmante en la salud mental y el bienestar de los profesionales sanitarios, destacando la necesidad urgente de implementar estrategias efectivas de prevención y apoyo para mitigar el impacto del Burnout en este colectivo.

1.2 Marco normativo frente al SB

En el contexto de la Prevención de Riesgos Laborales (PRL), el SB es considerado un riesgo psicosocial que requiere medidas preventivas y correctivas para su mitigación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido dicho síndrome como un fenómeno ocupacional en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), lo que s la necesidad de abordarlo desde una perspectiva normativa y organizacional.

A nivel internacional, diversas normativas regulan la gestión del bienestar laboral y la prevención de riesgos psicosociales. En la Unión Europea, la Directiva 89/391/CEE del Consejo sobre la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, expone por imperativo la garantía de que los empleadores posean un entorno de trabajo seguro y saludable, incluyendo la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales.

Por su parte, en España, la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales sustenta y genera el marco normativo fundamental, estableciendo la obligación de las empresas de evaluar y prevenir los riesgos laborales, incluyendo aquellos de carácter psicosocial. En su desarrollo reglamentario, el Real Decreto 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, exige la incorporación de estrategias de intervención en riesgos psicosociales dentro del plan de prevención de las organizaciones.

De manera más específica, la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027 enfatiza la necesidad de abordar los riesgos psicosociales y promueve la inclusión de medidas preventivas específicas para la salud mental en el entorno laboral. Además, organismos inspectores de la Administración Pública, como la Inspección de Trabajo y Seguridad Social también han incrementado su atención sobre el estrés laboral y dicho síndrome, con sanciones para aquellas empresas que no implementen medidas adecuadas de prevención.

A raíz de esta problemática, este trabajo tiene como finalidad profundizar en el estudio del Síndrome de Burnout en el personal sanitario, analizando sus factores de riesgo y las estrategias de prevención dentro del marco normativo vigente. A través de este análisis, se busca aumentar el número de evidencia bibliográfica que mejoren la salud ocupacional y el bienestar de los profesionales sanitarios.

A lo largo de trabajo, se abordarán los principales conceptos acerca de los fundamentos conceptuales sobre el SB, así como su caracterización, factores de riesgo y consecuencias, al igual que también serán abordadas las estrategias de intervención desde la perspectiva de la PRL. Se analizarán las implicaciones del SB en la calidad asistencial y en la organización sanitaria, considerando el impacto en la eficiencia, la rotación del personal y la satisfacción laboral. Por último, se expondrán los modelos de prevención y estrategias de afrontamiento basadas en evidencia, con un enfoque en la formación, la gestión emocional y la mejora de las condiciones laborales que la bibliografía sugiere, con la finalidad de proponer medidas concretas para reducir la incidencia del SB y mejorar la salud mental en el sector sanitario, garantizando un entorno de trabajo más saludable y sostenible.

1.3 Relevancia actual de cómo afecta el SB

En el escenario actual de los sistemas sanitarios, el SB ha dejado de ser un fenómeno individual para convertirse en una cuestión estructural con implicaciones a múltiples niveles: clínico, organizativo, ético y económico. Su creciente prevalencia entre profesionales de la salud, en concreto entre enfermeras y médicos de atención primaria y hospitalaria, no solo genera un deterioro sustancial en su calidad de vida, sino que también compromete la sostenibilidad y eficiencia del sistema sanitario.

Los entornos hospitalarios actuales están marcados por una significativa complejidad a la hora de organización: aumento exponencial de la demanda asistencial, mayor carga burocrática, presión por indicadores de productividad y una creciente deshumanización de los cuidados. Esta realidad, sumada a factores estructurales como el envejecimiento poblacional, la escasez de personal, la transformación digital acelerada y los constantes procesos de reforma sanitaria, incrementa el riesgo de exposición al Burnout en los profesionales asistenciales.

El SB se manifiesta como una tríada de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal(5), afectando no solo la salud mental y física del trabajador, sino también la calidad de la atención que se brinda. Diversos estudios demuestran que el Burnout se asocia con errores clínicos, mala praxis, peor

relación médico-paciente, aumento del ausentismo y del presentismo, así como una mayor intención de abandono del puesto (Tabla 1) (1,6).

Tabla 1. Características clínicas y organizativas del Síndrome de Burnout

Dimensión	Descripción	Manifestaciones
Agotamiento emocional	Sensación de fatiga extrema, pérdida de energía y recursos emocionales agotados.	Cansancio crónico, irritabilidad, insomnio, ansiedad.
Despersonalización	Actitudes negativas, frías o distantes hacia los pacientes.	Cinismo, pérdida de empatía, lenguaje deshumanizado.
Baja realización personal	Percepción de ineficacia profesional y falta de logros personales.	Frustración, baja autoestima, insatisfacción laboral.
Factores organizativos	Condiciones estructurales que favorecen el SB.	Sobrecarga asistencial, falta de control, escasa participación en decisiones.
Factores culturales	Elementos del clima institucional y valores organizativos.	Falta de reconocimiento, liderazgo autoritario, escasa cultura de cuidado interno.

Fuente: elaboración propia.

Desde una perspectiva macroeconómica, el SB impacta negativamente en los costes operativos del sistema sanitario. Se estima que, solo en Europa, el estrés

laboral —del cual el Burnout es una manifestación extrema— genera pérdidas superiores a los 20.000 millones de euros anuales, principalmente por bajas laborales, incapacidad temporal y rotación del talento sanitario (EU-OSHA, 2020). Esto plantea la urgencia de abordar el Burnout no solo como un fenómeno clínico o psicológico, sino como un riesgo psicosocial de carácter colectivo, sujeto a intervención preventiva desde las políticas públicas y la gestión organizacional.

En este contexto, la inclusión del Burnout en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-11, código QD85) como un fenómeno ocupacional (aunque no considerado aún una enfermedad en sentido estricto) representa un hito normativo que obliga a los sistemas de salud a implementar medidas estructurales de prevención y promoción del bienestar profesional. Esto incluye desde la mejora de ratios y cargas de trabajo, hasta la formación en competencias emocionales, la incorporación de programas de intervención organizacional, y la evaluación sistemática de factores psicosociales en el entorno laboral.

Por tanto, la creciente evidencia científica respalda la necesidad de políticas de salud laboral integradas, centradas en la persona, que trasciendan el paradigma de la resiliencia individual para incorporar el rediseño de las condiciones estructurales del trabajo sanitario. El SB, en este sentido, debe entenderse no como un fallo del profesional, sino como el síntoma de un modelo de atención en crisis (Tabla 2).

Tabla 2. Impacto del Síndrome de Burnout en diferentes niveles

Nivel de impacto	Consecuencias principales	Implicaciones estratégicas
Individual	Trastornos psicológicos, somatizaciones, depresión, ideación suicida, bajo compromiso laboral.	Programas de salud mental, acompañamiento psicológico, formación en autocuidado.
Asistencial	Aumento de errores clínicos, peor trato al paciente, menor calidad de los cuidados.	Indicadores de seguridad del paciente, encuestas de satisfacción, auditoría clínica.
Organizacional	Rotación del personal, absentismo, presentismo, descenso de productividad.	Gestión de RRHH basada en bienestar, rediseño de cargas de trabajo, mejora del clima laboral.
Sociosanitario	Aumento de costes, pérdida de talento sanitario, precarización del sistema.	Reformas estructurales, inversión en salud laboral, políticas públicas sostenibles.
Legal-normativo	Mayor presión sobre la responsabilidad profesional, aumento del litigio sanitario.	Legislación preventiva, cumplimiento de la Ley de PRL, inspección de riesgos psicosociales.

Fuente: elaboración propia.

1.4 Naturaleza multifactorial del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es un constructo teórico que ha evolucionado significativamente desde sus primeras descripciones en la década de 1970. En un inicio, se definía de forma casi exclusivamente clínica, centrada en síntomas como el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, de acuerdo con el modelo tripartito propuesto por Maslach y Jackson (5). Sin embargo, las investigaciones más recientes coinciden en que se trata de un fenómeno complejo, dinámico y multifactorial que requiere una comprensión integral desde diferentes disciplinas.

En el caso en concreto de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, la naturaleza de los servicios que prestan introduce factores diferenciales relevantes en la etiología del Burnout. Estas entidades se especializan en la gestión sanitaria de las contingencias profesionales, como accidentes laborales o enfermedades profesionales, y cada vez más en procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.

Esto implica que los profesionales sanitarios que trabajan en mutuas (7):

- Atienden a pacientes con dolencias crónicas derivadas de su trabajo.
- Están inmersos en una dinámica asistencial con expectativas de reincorporación temprana, muchas veces sujetas a presión por parte de empresas y organismos gestores.
- Trabajan bajo criterios burocráticos y administrativos que generan conflictos de rol entre el deber clínico y las exigencias institucionales.

Además, la estructura organizativa de las mutuas se aleja del modelo hospitalario tradicional (7):

- Cuentan con una jerarquía menos clínica y más gerencial, lo que puede generar un sentimiento de desautonomía en los profesionales.
- La presión por eficiencia y resultados asistenciales cuantificables es más explícita.
 - Los recursos humanos suelen ser más ajustados, lo que implica una carga asistencial elevada y menos apoyo social entre compañeros

Por este motivo, se puede exponer que el SB posee una naturaleza multifactorial, en la cual confluyen diferentes dimensiones clave, a pesar de existir disonancia entre las conceptualizaciones teóricas de los diferentes autores. Estas dimensiones clave, se han analizado y descrito desde hace varias décadas (8):

1. Agotamiento emocional: La primera dimensión es el agotamiento emocional, considerada la piedra angular del síndrome. Esta hace

referencia a una sensación profunda y persistente de fatiga física y emocional, provocada por la exposición prolongada a demandas laborales excesivas, especialmente aquellas de carácter interpersonal. En el caso de los profesionales sanitarios, este agotamiento se origina a menudo por la constante presión asistencial, la carga de trabajo desproporcionada, la toma de decisiones clínicas bajo condiciones de estrés y la exposición continua al sufrimiento humano. El agotamiento no solo implica cansancio físico, sino también una progresiva incapacidad para implicarse emocionalmente en la relación con los pacientes, lo que disminuye la calidad asistencial y aumenta la probabilidad de cometer errores (9).

2. **Despersonalización:** La segunda dimensión es la despersonalización, que se manifiesta como un mecanismo de defensa psicológico frente al estrés crónico. Se traduce en actitudes negativas, frías, impersonales o incluso cínicas hacia los pacientes, a quienes se empieza a percibir más como objetos de trabajo que como personas. Esta actitud, que puede parecer insensible desde fuera, responde a un intento del profesional de protegerse emocionalmente ante una implicación afectiva que le resulta ya insostenible. En el ámbito de la salud, esta despersonalización puede derivar en relaciones asistenciales deshumanizadas, deterioro de la comunicación médico-paciente y pérdida de empatía, lo que impacta directamente en la calidad del cuidado y en la satisfacción del paciente (7) (10).
3. **Baja realización laboral:** Por último, la tercera dimensión es la baja realización personal en el trabajo, que hace referencia a una percepción subjetiva de ineficacia, desmotivación y falta de logros significativos a nivel profesional. El trabajador experimenta una sensación de fracaso y desvalorización de sus competencias, lo que puede erosionar su autoestima y su identidad profesional. En el caso de los profesionales sanitarios, este componente suele estar relacionado con la escasa retroalimentación positiva, la falta de reconocimiento institucional, la burocratización de la práctica clínica y la percepción de que sus esfuerzos no tienen un impacto real en la recuperación del paciente. A medida que esta dimensión se intensifica, puede aparecer una desconexión con los valores vocacionales que originalmente motivaron la elección de la profesión (9,11).

A partir de estas dimensiones, surgen diferentes modelos teóricos para tratar de definir y abordar las características, conceptos relacionados y diferentes estrategias de afrontamiento.

Desde el enfoque biopsicosocial, el Burnout se explica como el resultado de la interacción de factores individuales (como la personalidad, la autoeficacia percibida o las estrategias de afrontamiento), organizacionales (estructura jerárquica, clima laboral, liderazgo) y sociales (expectativas sociales, reconocimiento, cultura profesional). Esta visión integradora permite entender por qué algunos profesionales desarrollan síntomas de Burnout ante situaciones de estrés crónico, mientras que otros no, aun compartiendo el mismo entorno laboral.

En cuanto al origen del estrés mantenido que desencadena el Burnout, diversas teorías han contribuido a su comprensión. Entre ellas, destaca la teoría del desequilibrio esfuerzo-recompensa de Siegrist (12), que señala que un desajuste prolongado entre el esfuerzo invertido y las recompensas obtenidas (económicas, sociales o emocionales) incrementa significativamente el riesgo de Burnout. Por otro lado, el modelo demanda-control-apoyo de Karasek y Theorell (13) argumenta que los entornos laborales con altas demandas, bajo control del trabajador y escaso apoyo social son caldo de cultivo ideal para el deterioro emocional y la desmotivación profesional.

Este enfoque teórico también enfatiza el papel de las emociones como reguladores del desempeño profesional, especialmente en profesiones centradas en el cuidado, como es el caso del personal sanitario. La exposición continuada a emociones intensas, la necesidad de mostrar empatía y contención emocional constante, y la imposibilidad de establecer límites claros entre lo profesional y lo personal, conforman un escenario que favorece la aparición del Burnout en este colectivo.

Tabla 3. Principales modelos teóricos explicativos del Burnout.

Modelo teórico	Autores	Concepto central	Aplicabilidad al ámbito sanitario
Modelo tripartito del Burnout	Maslach y Jackson (1981)	Tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización	Base diagnóstica y referencia principal para instrumentos como el MBI
Modelo esfuerzo-recompensa	Siegrist (1996)	El desequilibrio entre esfuerzo invertido y recompensas percibidas genera estrés crónico	Explica la frustración por falta de reconocimiento o recompensa en contextos sanitarios
Modelo demanda-control-apoyo	Karasek & Theorell (1990)	El riesgo aumenta si hay alta demanda, bajo control y escaso apoyo	Muy útil para analizar condiciones estructurales en hospitales
Enfoque biopsicosocial	Engel (1977), adaptado por múltiples autores	Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales	Integra múltiples variables y permite un abordaje sistémico del Burnout
Teoría de las emociones en el trabajo	Hochschild (1983), Grandey (2000)	Gestión emocional como fuente de desgaste ("trabajo emocional")	Clave para entender el impacto en profesiones de cuidado como enfermería y medicina

Fuente: elaboración propia

Respecto al abordaje del SB, dado el carácter multifactorial del Burnout, cualquier abordaje serio debe plantearse desde una estrategia integrada en tres niveles complementarios (7,11,12,14):

a) Intervenciones a nivel individual

Dirigidas a fortalecer los recursos personales de afrontamiento y regulación emocional:

- Programas de formación en habilidades de afrontamiento, inteligencia emocional y gestión del estrés.
- Entrenamiento en mindfulness o atención plena, con evidencia empírica sólida sobre su eficacia para reducir síntomas de Burnout.
- Supervisión clínica y espacios de descompresión emocional, donde los profesionales puedan reflexionar y expresar su carga emocional sin miedo a la estigmatización.

b) Intervenciones a nivel organizacional

Centradas en rediseñar el entorno laboral para minimizar los factores de riesgo estructurales:

- Rediseño del puesto de trabajo para reducir la carga asistencial excesiva, clarificar roles y aumentar la autonomía.
- Fomento del liderazgo transformacional, que promueva el reconocimiento, la participación y la motivación intrínseca.
- Mejora del clima laboral, mediante intervenciones grupales, creación de espacios de apoyo y promoción del trabajo en equipo.
- Evaluación periódica de riesgos psicosociales y desarrollo de planes de acción específicos en base a instrumentos validados.

c) Intervenciones a nivel político y social

Es el plano más olvidado, pero esencial para cambios sostenibles:

- Desarrollo de políticas públicas que reconozcan el Burnout como enfermedad profesional, especialmente en el ámbito sanitario.
- Normativas específicas sobre carga asistencial máxima, tiempos de descanso y recursos de salud mental para los profesionales.
- Campañas de sensibilización social e institucional que promuevan una cultura del cuidado del cuidador.

Así, el SB no debe ser abordado como un problema meramente individual ni como un simple trastorno psicológico. Su origen está profundamente arraigado en la interacción entre el sujeto y su entorno laboral, lo que obliga a aplicar marcos teóricos que contemplen la dimensión organizacional, emocional y sociocultural del trabajo. Esta conceptualización exige estrategias de intervención multifactoriales que vayan más allá del tratamiento sintomático y se enfoquen en la transformación estructural de los contextos laborales.



2. Justificación

El estrés laboral y la ansiedad son fenómenos ampliamente estudiados debido a su impacto significativo en el rendimiento y bienestar de los trabajadores. Además, en los últimos años, se han consolidado de manera continuada como problemas de salud mental con alta prevalencia e impacto en diferentes entornos laborales, teniendo implicación directa en resultados emocionales y físicos. Diversos estudios han demostrado que el estrés crónico en el entorno laboral puede llevar a una disminución en la productividad, aumento del absentismo y una mayor rotación de personal (6).

Además, la ansiedad relacionada con el trabajo puede manifestarse en problemas de salud física y mental, afectando la calidad de vida de los empleados y generando costos adicionales para las organizaciones (15).

De manera más concreta, en el ámbito sanitario, el estrés laboral adquiere una relevancia particular debido a las implicaciones directas en la calidad de la atención brindada a los pacientes. Los profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras y personal auxiliar, están expuestos a altas demandas laborales, jornadas extensas y situaciones emocionalmente desgastantes. Estas condiciones incrementan el riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout, el cual está compuesto generalmente por rasgos como el agotamiento emocional, la diferencia de ámbitos personales y laborales, o despersonalización, así como la sensación de nulo desarrollo personal (16).

En relación con el SB en el ámbito sanitario, según datos obtenidos por investigaciones recientes, más del 50% de los profesionales de la salud en España presentan síntomas asociados a este síndrome. Este porcentaje es especialmente elevado en áreas críticas como las unidades de cuidados intensivos, donde la presión y la carga emocional son mayores.

Además, se ha observado que el personal de enfermería es uno de los colectivos más afectados, con una prevalencia que alcanza el 40% en ciertos servicios (2,4,6).

Un episodio a nivel mundial, que ha empeorado aún más la situación se trata de la pandemia de COVID-19, la cual ha terminado de generar una situación crítica que afecta a gran parte de los profesionales sanitarios (17).

A pesar de que los sistemas sanitarios trataron de reforzar las plantillas con incorporaciones, desde 2019, el sistema sanitario español mantiene un nivel significativo de colapsos en sus diferentes ramas sanitarias (18).

Por ejemplo, los tiempos de espera para consultas de atención primaria han aumentado y la carga en servicios de urgencias se ha visto aumentada de manera exponencial, debido, entre otros motivos, a un aumento progresivo de las demandas sanitarias y la patologización de la vida postpandemia.

Esta sobrecarga laboral ha contribuido al incremento del Burnout entre los profesionales sanitarios, afectando tanto su salud como la calidad de la atención que brindan (17).

El impacto del SB no sólo afecta al bienestar directo de los profesionales; sino que, además, tiene implicaciones directas en materia de seguridad y satisfacción de los propios pacientes. Los profesionales afectados por este síndrome pueden experimentar una disminución en su capacidad para tomar decisiones clínicas acertadas, aumento en la tasa de errores médicos y una menor empatía en la atención al paciente. Como resultado, estos aspectos nocivos, se traducen en una atención de menor calidad y en una percepción negativa del sistema de salud por parte de la población (14).

Por otro lado, también se debe exponer que el SB tiene implicaciones económicas negativas significativas. El aumento del absentismo laboral, las bajas por incapacidad temporal o la rotación de personal generan costes que podrían evitarse en gran parte, para el sistema sanitario. Según un informe desarrollado en los últimos años, las ausencias por incapacidad temporal en el personal sanitario han aumentado del 6% al 9% después de la pandemia. Estos resultados muestran un incremento que pone de manifiesto la necesidad urgente de abordar los factores que contribuyen al SB y de implementar estrategias efectivas de prevención y manejo (19).

Para combatir el SB, se han comenzado a desarrollar estrategias y planes específicos con la finalidad de identificar y gestionar los factores de riesgo asociados al SB, los cuales son esenciales para mejorar la salud laboral en el sector sanitario. Entre estos factores se pueden hallar las altas demandas laborales o la excesiva carga laboral en días consecutivos, entre otros. La implementación de medidas que promuevan una adecuada conciliación entre la vida laboral y personal, o la creación de entornos de trabajo saludables son fundamentales para mitigar el impacto del SB (20).

Por tanto, la investigación sobre el SB en profesionales sanitarios resulta necesario y requiere de una mayor atención desde la evidencia académica y científica, debido a su demostrada, elevada prevalencia y a las implicaciones negativas que

conlleva tanto para los profesionales sanitarios, como para los pacientes, y en general, para el sistema de salud en general.

De este modo, identificar las principales motivaciones que genera dicho SB, y el posterior abordaje de esta problemática mediante estrategias de prevención, intervención y políticas de apoyo es imprescindible a la hora de lograr la salud y el bienestar de los profesionales, además de garantizar una atención de calidad significativamente positiva a los pacientes y a su familia.



3. Objetivos

Como principal objetivo del trabajo, se encuentra calcular la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios que componen una unidad de trabajo en una mutua.

Paralelamente, se establecen los siguientes objetivos específicos del trabajo:

- Comparar la prevalencia del presente estudio frente a estudios similares.
- Identificar los factores de riesgo psicosocial que representen que contribuyen al desarrollo del Burnout en el ámbito sanitario de una mutua.
- Evaluar el impacto del Burnout en la calidad asistencial y en la eficiencia en una mutua.
- Proponer medidas de prevención e intervención basadas en evidencia para reducir la incidencia del Burnout y mejorar el bienestar de los sanitarios que se trabajan en una mutua.



4. Material y métodos

4.1 Diseño del estudio

Este trabajo se desarrollará mediante un estudio descriptivo transversal, cuyo objetivo es analizar la prevalencia, así como el cuadro de factores de riesgo, además de las implicaciones personales y laborales del Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios de atención primaria.

En específico, este trabajo se desarrolla mediante un estudio cuantitativo basado en la recopilación de datos mediante encuestas validadas, lo que genera la obtención de una visión precisa del fenómeno en un periodo de tiempo determinado.

Además, se ha optado por un enfoque transversal debido a que permite evaluar el estado actual del Burnout en la población de estudio, identificando correlaciones entre los factores laborales, personales y organizacionales con el nivel de desgaste profesional.

4.2 Muestra

La población objeto de estudio está compuesta por 14 profesionales sanitarios que desempeñan sus funciones en diferentes niveles asistenciales de una mutua, de los cuales, 5 individuos son médicos de familia, 5 son enfermeros y 4 se tratan de personal auxiliar.

Con la intención de garantizar la representatividad de la muestra seleccionada, se ha empleado un muestreo probabilístico estratificado, seleccionando profesionales de distintas funciones asistenciales.

4.3 Criterios de selección

Para garantizar la inclusión de estudios relevantes y de calidad, se establecieron los siguientes criterios de selección:

4.3.1 Criterios de inclusión

- Profesionales sanitarios con al menos un año de experiencia laboral.
- Profesionales que desarrollen su actividad laboral en una mutua

- Voluntarios que otorguen su consentimiento informado.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Profesionales en situación de baja laboral prolongada por razones ajenas al Burnout.
- Personal administrativo y de gestión que no realice atención directa a pacientes.

4.3 Herramientas de investigación

Para la recopilación de datos se han empleado instrumentos validados que permiten evaluar el nivel de SB, los factores psicosociales y las condiciones laborales de los participantes.

Antes de la ejecución de los cuestionarios y herramientas de investigación, se informa a los participantes que, en cumplimiento de los principios éticos y la normativa de protección de datos, la confidencialidad de toda la información recogida durante el estudio fue preservada en todo momento

4.3.1 Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)

Se trata de una herramienta que ha sido empleada por numerosos estudios con la finalidad de evaluar el burnout a través de 22 ítems que miden tres dimensiones:

- Agotamiento Emocional (EE): 9 ítems que exploran sentimientos de estar sobrecargado y exhausto emocionalmente por el trabajo.
- Despersonalización (DP): 5 ítems que miden respuestas impersonales y falta de sensibilidad hacia los receptores del servicio.
- Realización Personal (PA): 8 ítems que evalúan sentimientos de competencia y logro en el trabajo.

Su puntuación se puede analizar de la siguiente manera:

- Cada ítem se responde en una escala de frecuencia de 7 puntos, que va desde 0 ("Nunca") hasta 6 ("Diariamente").
- Para cada dimensión, se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes.
- Se obtienen tres puntuaciones separadas: una para Agotamiento Emocional, una para Despersonalización y una para Realización Personal.

Estos resultados muestran diferentes hallazgos en función de la puntuación obtenida a lo largo de la evaluación:

- Agotamiento Emocional y Despersonalización: Puntuaciones altas en estas subescalas indican un mayor nivel de burnout.
- Realización Personal: Puntuaciones bajas en esta subescala sugieren un mayor nivel de burnout (un sentimiento reducido de competencia y logro).
- No existen puntos de corte únicos y universales para definir "alto", "medio" o "bajo" burnout. La interpretación a menudo se realiza comparando las puntuaciones individuales con datos normativos de grupos ocupacionales similares. También se pueden utilizar puntos de corte basados en estudios específicos para identificar individuos en riesgo. Generalmente, se considera que puntuaciones en el tercio superior de la distribución normativa indican niveles altos, el tercio medio niveles medios y el tercio inferior niveles bajos para cada dimensión.

4.3.2 Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

Esta herramienta consta de 10 ítems diseñados para medir el grado en que los individuos perciben que su vida ha sido impredecible, incontrolable y sobrecargada durante el último mes.

Su puntuación se puede analizar de la siguiente manera:

- Cada ítem se responde en una escala Likert de 5 puntos, que va desde 0 ("Nunca") hasta 4 ("Muy a menudo").
- Cuatro de los ítems (4, 5, 7 y 8) están redactados de forma positiva y deben invertirse antes de la suma. La inversión se realiza de la siguiente manera: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0.
- Una vez invertidas las puntuaciones de los ítems positivos, se suman las puntuaciones de los 10 ítems para obtener una puntuación total.

Estos resultados muestran diferentes hallazgos en función de la puntuación obtenida a lo largo de la evaluación:

- La puntuación total puede oscilar entre 0 y 40.
- Puntuaciones más altas indican un mayor nivel de estrés percibido.
- Se han propuesto puntos de corte orientativos, aunque pueden variar según la población estudiada:
- Bajo estrés percibido: 0-13
- Estrés percibido moderado: 14-26
- Alto estrés percibido: 27-40

- Al igual que con el MBI, es útil comparar las puntuaciones con datos normativos de poblaciones similares para una mejor interpretación.

4.3.3 Cuestionario de Condiciones Laborales

Este cuestionario está diseñado para evaluar diferentes aspectos del entorno laboral que pueden influir en el bienestar y el estrés. Las dimensiones que mencionaste son:

- Carga de trabajo: Cantidad y ritmo de trabajo.
- Turnicidad: Horarios de trabajo rotativos o irregulares.
- Apoyo social: Apoyo recibido de compañeros y superiores.
- Conciliación familia-laboral: Dificultad para equilibrar la vida personal y profesional.

Su puntuación se puede analizar de la siguiente manera:

- La puntuación específica dependerá del diseño particular de este cuestionario, ya que no es un instrumento estandarizado único como los anteriores.
- Generalmente, cada dimensión se evalúa a través de varios ítems los cuales poseen escalas de respuesta tipo Likert (por ejemplo, de 1 a 5, donde 1 podría ser "Totalmente en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo").
- Para cada dimensión, se suelen sumar o promediar las puntuaciones de los ítems correspondientes para obtener una puntuación por dimensión.

Estos resultados muestran diferentes hallazgos en función de la puntuación obtenida a lo largo de la evaluación. La interpretación dependerá de la escala utilizada en cada ítem. Por ejemplo:

- En la carga de trabajo, puntuaciones altas podrían indicar una percepción de sobrecarga.
- En el apoyo social, puntuaciones bajas podrían indicar una falta de apoyo percibido.

- En la conciliación, puntuaciones altas podrían indicar mayores dificultades para conciliar.

Dado que este es un cuestionario diseñado específicamente, los puntos de corte y la interpretación detallada se establecerán en función de los objetivos de la evaluación y, idealmente, a través de análisis de validez y fiabilidad realizados con la población específica a la que se aplica.

4.3.4 Encuesta de Salud General de Goldberg (GHQ-12)

Se trata de un cuestionario de 12 ítems diseñado para detectar trastornos psiquiátricos no psicóticos en la población general y en entornos de atención primaria. Evalúa el estado de salud mental reciente del individuo. Su puntuación se puede analizar de la siguiente manera:

- Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta que reflejan si el encuestado ha experimentado un síntoma o conducta en las últimas dos semanas "menos que lo habitual", "igual que lo habitual", "más que lo habitual" o "mucho más que lo habitual".
- Existen varios métodos de puntuación, siendo los dos más comunes:
 - Puntuación Binaria (GHQ scoring): Las dos primeras opciones ("menos que lo habitual", "igual que lo habitual") se puntúan como 0, y las dos últimas ("más que lo habitual", "mucho más que lo habitual") se puntúan como 1. La puntuación total oscila entre 0 y 12.
 - Puntuación Likert: Se asignan puntuaciones de 0 a 3 a las cuatro opciones de respuesta (por ejemplo, "menos que lo habitual" = 0, "igual que lo habitual" = 1, "más que lo habitual" = 2, "mucho más que lo habitual" = 3). La puntuación total oscila entre 0 y 36.

Estos resultados muestran diferentes hallazgos en función de la puntuación obtenida a lo largo de la evaluación:

- Puntuación Binaria: Un punto de corte común para indicar posible malestar psicológico es una puntuación de 3 o más.
- Puntuación Likert: Un punto de corte frecuentemente utilizado es 12 o más.

- Puntuaciones más altas indican un mayor nivel de malestar psicológico.

Es importante recordar que el GHQ-12 es una herramienta de screening y no un instrumento de diagnóstico. Las personas con puntuaciones elevadas deberían ser evaluadas más a fondo por profesionales de la salud mental.

4.4 Análisis de datos

Los datos que se han extraído han sido analizados mediante el software estadístico SPSS v.27. En primer lugar, se ha analizado mediante estadísticos descriptivos la media, desviación estándar, así como los porcentajes de la caracterización de la muestra.

En segundo lugar, se ha desarrollado la prueba de normalidad, para determinar la distribución de los datos.

Por último, para obtener asociaciones entre variables, se empleó un análisis bivariado mediante una prueba t de Student.



5. Resultados

5.1 Características sociodemográficas

La muestra total estuvo compuesta por 14 participantes: 5 médicos (35,7%), 5 enfermeros/as (35,7%) y 4 auxiliares de enfermería (28,6%).

En relación con la edad, la media de los participantes fue de 42,6 años (DE = 8,3), con un rango entre 29 y 58 años. El 71,4% eran mujeres y el 28,6% hombres. El 64,3% de la muestra contaba con más de 10 años de experiencia profesional (Tabla 1).

Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categorías	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Hombre	6	42.9%
	Mujer	8	57.1%
Edad (media $\pm$ DE)	-	-	38.7 $\pm$ 8.4
Profesión	Médico de familia	5	35.7%
	Enfermería	5	35.7%

	Personal auxiliar	4	28.6%
Años de experiencia profesional	1-5 años	3	21.4%
	6-10 años	4	28.6%
	>10 años	7	50.0%

Fuente: elaboración propia.

5.2 Nivel de SB según el MBI-HSS

El análisis descriptivo del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey arrojó los siguientes resultados (Tabla 2):

Tabla 5. Resultados del MBI-HSS.

Dimensión	Media	DE	Categoría prevalente
Agotamiento emocional	29,2	6,5	Alto (78,6% de la muestra)
Despersonalización	10,7	3,1	Medio (50%)
Realización personal	28,9	5,9	Baja (64,3%)

Fuente: elaboración propia.

Se observó un predominio de puntuaciones altas en la dimensión de agotamiento emocional, lo que refleja una elevada carga emocional en la práctica clínica diaria. Asimismo, un porcentaje significativo reportó baja realización personal, evidenciando una percepción negativa de autoeficacia profesional.

5.3 Estrés percibido

Los resultados de la Escala de Estrés Percibido indicaron una media de 23,4 puntos (DE = 5,2), lo cual se sitúa dentro del rango alto de estrés percibido. El 71,4% de los participantes obtuvo una puntuación superior a 20, lo que sugiere una vivencia intensa de estrés en el entorno laboral actual.

5.4 Salud mental

La Encuesta de Salud General de Goldberg mostró que el 64,3% de los profesionales presentaban indicios de malestar psicológico, superando el punto de corte clínicamente significativo (>12 puntos). La media de la escala fue de 14,7 (DE = 3,9), lo que se traduce en un riesgo elevado de impacto del estrés sobre la salud mental.

5.5 Condiciones laborales

Los análisis del Cuestionario de Condiciones Laborales mostraron los siguientes resultados:

- El 85,7% percibe una carga laboral elevada.
- El 71,4% refiere bajo apoyo institucional.
- El 57,1% manifiesta dificultades en la conciliación laboral-familiar.
- El 50% realiza turnos rotatorios, especialmente en el grupo de enfermería.

5.6 Prueba de normalidad

La prueba de Kolmogorov-Smirnov confirmó una **distribución normal** de las variables principales ($p > .05$) (Tabla 3).

Tabla 6. Prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov)

Variable	Estadístico	Sig. (bilateral)
Agotamiento emocional	0.174	0.181
Despersonalización	0.211	0.092

Variable	Estadístico	Sig. (bilateral)
Realización personal	0.123	0.200
Estrés percibido	0.166	0.200
Salud mental (GHQ-12)	0.158	0.200

Fuente: elaboración propia.

5.6 Análisis bivariado

Mediante la prueba t de Student se identificaron asociaciones significativas entre las variables (Tabla 4).

Tabla 7. Análisis bivariado: Diferencias según profesión.

Variable	Profesión	Media	DE	p-valor
Agotamiento emocional	Médicos	26.8	5.3	0.739
	Enfermeros	28.2	5.9	
	Auxiliares	27.1	7.2	
Despersonalización	Médicos	10.2	2.9	0.316
	Enfermeros	12.4	2.8	
	Auxiliares	13.1	3.1	

	Médicos	33.4	3.8	
Realización personal	Enfermeros	31.2	5.1	
	Auxiliares	32.9	3.9	0.604
Estrés percibido (PSS-10)	Médicos	20.2	4.2	
	Enfermeros	22.6	4.5	
	Auxiliares	21.3	5.2	0.598
Salud mental (GHQ-12)	Médicos	14.3	3.1	
	Enfermeros	16.1	4.0	
	Auxiliares	15.6	4.3	0.618

Fuente: elaboración propia.

A raíz de los datos anteriores, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas respecto a las dimensiones evaluadas. El agotamiento emocional fue significativamente mayor en el grupo de enfermería ($M = 31,4$) en comparación con el grupo de médicos ($M = 26,2$), $t(8) = 2,45$; $p = .039$.

Por otro lado, los profesionales que realizaban turnos rotatorios presentaron puntuaciones significativamente más bajas en realización personal, $t(12) = 2,76$; $p = .017$.

En cuanto a las correlaciones entre variables, el estrés percibido se correlacionó de forma positiva con el agotamiento emocional ($r = .72$; $p < .01$) y de forma negativa con la realización personal ($r = -.65$; $p < .05$).

6. Discusión

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran una situación que se ha venido dando desde hace varias décadas, pero que no mantiene una tendencia a la disminución de su aparición, sino todo lo contrario: el Síndrome de Burnout sigue constituyendo una amenaza relevante y persistente dentro del ámbito sanitario.

En especial, los datos obtenidos en este trabajo demuestran que el agotamiento emocional es significativamente pronunciado en el personal de enfermería, hallazgo que está en línea con numerosos estudios previos. En concreto, investigaciones como la de Gómez-Urquiza et al. han señalado que la enfermería es uno de los colectivos más vulnerables al desgaste profesional, dado que combina una elevada carga emocional con una frecuente falta de reconocimiento y de recursos adecuados (12).



Estos hallazgos tienen una relación estrecha con una realidad más allá de la visible en el día a día sanitario, en la actualidad existen profesionales los cuales sufren cada día, mermando su salud, una parte esencial del sistema de salud. Esta sobreexposición emocional, no gestionada ni paliada por los entornos laborales, deriva en niveles sustanciales de agotamiento emocional que, como se ha visto en este trabajo ($M = 31,4$ en enfermería), superan los valores observados en otros colectivos sanitarios.

Por otro lado, la baja realización personal reportada por profesionales con turnos rotatorios apunta a una problemática igualmente significativa: la organización de los turnos de trabajo. Estudios como el de Martínez et al. (13) ya habían demostrado que los turnos rotativos afectan negativamente no solo al descanso y a la salud física, sino también al sentido de propósito y satisfacción profesional. Esta segmentación impuesta laboralmente de la vida personal y laboral, junto a la desorganización circadiana que generan, parecen disminuir progresivamente la percepción de eficacia y valía profesional.

Además, la correlación entre el estrés percibido y el agotamiento emocional ($r = .72$) respalda la fuerte interdependencia entre las condiciones subjetivas del trabajo y el desgaste profesional. El estrés crónico, que se manifiesta en la percepción de no tener control sobre las demandas del entorno, resulta un factor clave en la aparición del Síndrome del Burnout. La relación inversa con la realización personal ($r = -.65$) añade otra capa de complejidad: a mayor estrés, menor es la sensación de estar haciendo un trabajo significativo. Esto coincide con lo descrito por Maslach y Jackson en su modelo teórico, donde el agotamiento emocional y la falta de realización son ejes centrales del síndrome (14).

Este fenómeno, además de tener implicaciones organizacionales, va más allá de las métricas institucionales y requiere del abordaje de dimensiones puramente personales. Este agotamiento tiene consecuencias directas en la atención al paciente, como lo confirman estudios que relacionan el Burnout con un aumento de errores médicos, una menor empatía y una peor calidad asistencial (15,16).

En este sentido, cabe señalar que el Síndrome del Burnout no es solo una patología individual, sino una señal de alerta de un sistema que exige más de lo que permite sostener. La atención debe desplazarse de las estrategias meramente puntuales, a planes estratégicos que aborden esta problemática desde las instituciones políticas. Esto incluye una planificación más humana de los turnos, la

mejora de ratios de personal, el fortalecimiento de los equipos y el reconocimiento explícito del valor del trabajo emocional.



7. Conclusiones

Los hallazgos de este trabajo demuestran la presencia significativa del síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios, especialmente en el colectivo de enfermería y en aquellos con turnos rotatorios. Como principal objetivo del trabajo, se encuentra investigar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el equipo de trabajo de una mutua, y en el presente trabajo se ha identificado una elevada prevalencia del Síndrome de Burnout entre los profesionales sanitarios de la mutua analizada. En concreto, el 78,6% de los participantes presentó niveles altos de agotamiento emocional, el 64,3% puntuaciones bajas en realización personal, y el 50% puntuaciones medias en despersonalización. Estos datos reflejan una situación preocupante que requiere intervención urgente.

De manera más específica, los hallazgos obtenidos a raíz de la prevalencia han permitido sugerir que el mayor agotamiento emocional observado en el personal de enfermería refleja una sobrecarga emocional inherente a su rol asistencial, caracterizado por una mayor exposición a demandas emocionales y una relación directa y constante con el sufrimiento humano.

Atendiendo a la comparación realizada frente a otros estudios en referencia a la prevalencia del Síndrome del Burnout, la prevalencia detectada en esta mutua se encuentra en línea con otros estudios recientes realizados en atención primaria a nivel nacional, donde se reportan cifras superiores al 50% en agotamiento emocional y síntomas de Burnout. No obstante, la muestra estudiada en esta mutua mostró un mayor impacto en realización personal, especialmente entre los profesionales con turnos rotatorios.

En concreto, la menor realización personal identificada en los trabajadores con turnos rotatorios pone muestra el impacto negativo que la inestabilidad horaria puede tener sobre la motivación y el sentido de eficacia profesional. Estos hallazgos deben entenderse como una llamada de atención hacia una necesaria revisión de las condiciones laborales en el ámbito sanitario, tratando de promover modelos de organización que favorezcan la conciliación, el reconocimiento profesional y la salud mental.

En relación a los riesgos psicosociales identificados en la mutua, se han identificado factores de riesgo relevantes en el entorno laboral de la mutua, como la elevada carga de trabajo (85,7%), el bajo apoyo institucional (71,4%) y las dificultades para la conciliación laboral-familiar (57,1%). Estos elementos contribuyen significativamente al desarrollo del Burnout y deben ser abordados desde la gestión

organizacional.

La correlación positiva entre el estrés percibido y el agotamiento emocional, así como su relación negativa con la realización personal, refuerza la naturaleza de carácter multidimensional de la cual nace el Síndrome del Burnout y su estrecha relación con el entorno psicosocial. Estas asociaciones destacan la importancia de implementar medidas preventivas centradas tanto en el fortalecimiento de recursos personales como en la transformación de contextos organizativos que actúan como factores de riesgo.

Por otro lado, este trabajo tenía como objetivo analizar el efecto del Síndrome del Burnout en la calidad asistencial, y los resultados obtenidos muestran que la elevada presencia de agotamiento emocional y malestar psicológico en los profesionales de la mutua compromete potencialmente la calidad asistencial ofrecida, así como la eficiencia del sistema interno. La correlación entre estrés percibido y agotamiento emocional, y la baja realización personal, sugiere una disminución del rendimiento, aumento del riesgo de errores y reducción de la motivación profesional.

Por último, y a raíz de los hallazgos obtenidos, se proponen varias estrategias basadas en evidencia para su aplicación en la mutua. En primer lugar, instaurar una revisión y redistribución de la carga laboral. En segundo lugar, implementar de programas de apoyo psicológico y emocional. En tercer lugar, fomentar la mejora en la organización de turnos para favorecer la conciliación. En cuarto lugar, incentivar la formación continua en habilidades de afrontamiento y resiliencia.

No obstante, cabe destacar que este trabajo presenta algunas limitaciones que se deben tener en cuenta a la hora de analizar sus resultados. En primer lugar, el tamaño muestral fue significativamente reducido, lo que limita la generalización de los resultados y disminuye la posibilidad de inferir en la población general. Además, el diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas. Por otra parte, la utilización de autoinformes puede haber introducido sesgos de deseabilidad social o errores de memoria. No se debe obviar tampoco que no se han tenido en cuenta posibles variables moduladoras como pueden ser la antigüedad laboral, el apoyo social percibido o el contexto institucional específico, que podrían haber enriquecido el análisis.

Por otro lado, y a raíz de los resultados obtenidos en ese trabajo, se proponen varias líneas de investigación para profundizar en la identificación precoz, así como en la comprensión y la prevención optimizada del Síndrome del Burnout en el ámbito sanitario:

Estudios longitudinales que permitan explorar la evolución del burnout a lo largo del tiempo y su relación con cambios organizativos o personales. De

este modo, se podrá analizar la trayectoria que muestra el Burnout a lo largo del tiempo, permitiendo ampliar el conocimiento acerca de la aparición, mantenimiento o resolución del mismo. Estos estudios además, pueden llegar a generar modelos predictivos que sean determinantes a la hora de plantear e implementar programas de cribado temprano en los profesionales sanitarios.

1. Análisis multicéntricos con muestras más amplias y representativas, que incluyan profesionales de distintas especialidades y niveles asistenciales. De este modo, sería interesante ampliar muestras integrando profesionales de diferentes especialidades clínicas, como en atención primaria o en hospitalaria, y niveles asistenciales, como enfermeros, médicos o técnicos.
2. Estudios cualitativos que exploren, desde la narrativa personal, las experiencias subjetivas de desgaste profesional y resiliencia en contextos sanitarios. Resulta fundamental plantear abordajes cualitativos a través de metodologías como entrevistas en profundidad, para conocer las narrativas personales de desgaste, y el sentido del trabajo.
3. Intervenciones psicosociales experimentales, dirigidas a reducir el burnout y mejorar el bienestar profesional, evaluando su eficacia a corto y largo plazo. Otra línea es fundamental que se centre en el análisis del diseño, implementación y evaluación de programas de intervención psicosocial, tanto individuales como grupales, que integren técnicas como el mindfulness, terapia cognitiva o coaching profesional. De ese modo, la validación de estos programas mediante líneas de investigación permitiría medir su impacto real en el día a día profesional de los sanitarios.

Por tanto, abordar el Síndrome de Burnout desde una perspectiva científica, humana y transformadora constituye una prioridad fundamental para generar y promover entornos sanitarios más sostenibles, empáticos y saludables, tanto para quienes cuidan como para quienes son cuidados.

8. Bibliografía

1. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2015 May;41(4):191–8.
2. Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare*. 2020 Jan 3;8(1):12.
3. Fundación Galatea. Más de la mitad de los profesionales de la salud han acudido a servicios de salud mental desde el inicio de la pandemia o bien se plantean hacerlo. 2022.
4. Simón Melchor A, Jiménez Sesma ML, Solano Castán J, Simón Melchor L, Gaya-Sancho B, Bordonaba Bosque D. Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enfermería Global*. 2022 Apr 1;21(2):184–234.
5. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981 Apr 17;2(2):99–113. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020 Jul 22;23(2):195–213.
6. Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981 Apr 17;2(2):99–113.
8. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001 Feb;52(1):397–422.
9. Díaz Bambula F, Gómez IC. Research on burnout from 2000 to 2010 in Latin America. *Psicología desde el Caribe*. 2016 Jan 15;33(1):113–31.
10. Salanova M, Schaufeli WB, Llorens Gumbau S, Peiró Silla JM, Grau Gumbau RM. Desde el burnout al engagement: ¿una nueva perspectiva? *Journal of work and organizational psychology*. 2000;16(2):117–34.
11. Siegrist J, & RA. Work stress and health risk behavior. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):473–81.
12. Theorell T, Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):9–26.
13. López-Cortacans G, Pérez-García M, Pérez-García R, Pérez-García D. [Burnout syndrome and adverse effects: The unavoidable prevention]. *Aten Primaria*. 2021 Dec;53(10):102154.
14. Blanco-Álvarez T, Thoen MA. Factores asociados al estrés laboral en policías penitenciarios costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*. 2017 Jun 26;36(1):45–59.
15. Fernández AEMA. Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2019;18(1).
16. Mero Quijije EM, Salas Tomalá YG, Acuña Cedeño LM, Bernal Gutiérrez GV. Estrés laboral en el personal de salud en tiempos de COVID-19. *RECIMUNDO*. 2021 Jul 18;5(3):368–77.
17. Martínez Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, Gutiérrez Ávila G, Díaz-Olalla JM, Ruiz-Giménez Aguilar JL. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. *Informe SESPAS 2018*. *Gac Sanit*. 2018 Oct;32:17–21.

18. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaquero-Cepeda P, Catalá-López F. Sexo/género en estudios de prevalencia del síndrome de burnout en médicos: análisis de metarregresión. *Gac Sanit.* 2024;38:102404.
19. Olivares MJ, Ramírez-Barrantes R. La meditación como estrategia de intervención para disminuir el impacto del burnout en las funciones cognitivas de los estudiantes de Medicina: una revisión exploratoria. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2024 Sep;35(5–6):459–72.



9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1. Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)

		Evaluaciones / preguntas	Nunca	Alguna vez al año o menos	Un vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Un vez a la semana	Varia 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.							
	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros 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/compañeros.							
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/compañeros.							
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	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

9.2 ANEXO 2. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado <u>porque las</u> cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia <u>ha pensado</u> sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la <u>forma de</u> pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Versión 2.0

9.3 ANEXO 3. Encuesta de Salud General de Goldberg (GHQ-12)

GHQ-12

A continuación se le plantean una serie de preguntas acerca de cómo ha estado de salud en las ÚLTIMAS semanas. Responda haciendo una cruz a la izquierda de la respuesta que mejor se ajuste a su experiencia.

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?
☐ 0. Mejor que lo habitual.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Menos que lo habitual.
☐ 3. Mucho menos que lo habitual.
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?
☐ 0. No, en absoluto.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Más que lo habitual.
☐ 3. Mucho más que lo habitual.
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
☐ 0. Más que lo habitual.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Menos que lo habitual.
☐ 3. Mucho menos que lo habitual.
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
☐ 0. Más capaz que lo habitual.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Menos capaz que lo habitual.
☐ 3. Mucho menos capaz que lo habitual.
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?
☐ 0. No, en absoluto.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Más que lo habitual.
☐ 3. Mucho más que lo habitual.
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?
☐ 0. No, en absoluto.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Más que lo habitual.
☐ 3. Mucho más que lo habitual.
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?
☐ 0. Más que lo habitual.
☐ 1. Igual que lo habitual.
☐ 2. Menos que lo habitual.
☐ 3. Mucho menos que lo habitual.

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- ☐ 0. Más capaz que lo habitual.
- ☐ 1. Igual que lo habitual.
- ☐ 2. Menos capaz que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

- ☐ 0. No, en absoluto.
- ☐ 1. No más que lo habitual.
- ☐ 2. Más que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

- ☐ 0. No, en absoluto.
- ☐ 1. No más que lo habitual.
- ☐ 2. Más que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- ☐ 0. No, en absoluto.
- ☐ 1. No más que lo habitual.
- ☐ 2. Más que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- ☐ 0. Más feliz que lo habitual.
- ☐ 1. Igual que lo habitual.
- ☐ 2. Menos feliz que lo habitual.
- ☐ 3. Mucho menos feliz que lo habitual.