



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

EVALUACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO

**EVALUATION OF BURNOUT IN
HEALTHCARE PROFESSIONALS**

Alumna: Elena García Salas

Tutor: Marceliano Coquillat Mora

Máster Universitario en PRL 2024-25.

Universidad Miguel Hernández

TFM_Curso 2024-25



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

D. Marceliano Coquillat Mora, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado 'Evaluación del Burnout en profesionales del sector sanitario' y realizado por el/la estudiante Elena García Salas.

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

Fecha de la autorización: 27/05/2025



MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Campus de Sant Joan - Carretera Alicante-Valencia Km. 87
03550 san Juan (Alicante) ESPAÑA Tfno: 965919525
E-mail: masterprl@umh.es

RESUMEN:

Introducción: el síndrome del burnout supone un riesgo cada vez más importante en la salud mental de los profesionales sanitarios y en la calidad asistencial. Este trabajo se enfoca en el análisis del burnout entre cuatro categorías de los profesionales de la salud del Área 1 de Salud de Murcia.

Material y métodos: se ha realizado un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal utilizando el cuestionario Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) con una muestra de 131 personas. Para el análisis de los datos se ha empleado el programa estadístico SPSS para el cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y determinar significaciones estadísticas

Resultados: el 58,5% de la muestra estudiada refleja altos niveles de agotamiento emocional siendo los MIR el grupo con mayor afectación (67,3%), seguido de los DUE (57,1%) y los FEA (54,1%). En el caso de los EIR mostraron niveles intermedios. Se observa mayor prevalencia de burnout en mujeres, profesionales jóvenes, con mejor trayectoria profesional y en los que realizan guardias o turnos nocturnos. En cuanto a la despersonalización afecta al 66,4% y la baja realización a un 48,9%

Conclusiones: existe alta prevalencia de burnout entre los trabajadores sanitarios especialmente en los residentes, hallazgos que sugieren la relevancia de implementar intervenciones preventivas y desarrollo de nuevas estrategias para la mejora del entorno asistencial. La influencia de factores como edad, sexo, contexto laboral resaltan la relevancia de medidas ajustadas a cada perfil profesional

Palabras clave: burnout, agotamiento emocional, profesionales sanitarios, MBI-HSS, Médico Interno Residente

ABSTRACT

Introduction: burnout syndrome is an increasingly important risk to the mental health of healthcare professionals and to the quality of care. This study focuses on the analysis of burnout among four categories of health professionals in Area 1 of Murcia.

Material and methods: an observational, descriptive and cross-sectional design was carried out using the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) questionnaire with a sample of 131 people. For the analysis of the data, the statistical programme SPSS was used to calculate frequencies, percentages, measures of central tendency and to determine statistical significance.

Results: 58.5% of the sample studied showed high levels of emotional exhaustion, with the MIRs being the group most affected (67.3%), followed by the DUEs (57.1%) and the FEAs (54.1%). In the case of EIRs, they showed intermediate levels. A higher prevalence of burnout was observed in women, young professionals, those with a better professional career and those working on call or night shifts. Depersonalisation affected 66.4% and low self-fulfilment 48.9%.

Conclusions: there is a high prevalence of burnout among healthcare workers, especially among residents, findings that suggest the relevance of implementing preventive interventions and developing new strategies to improve the healthcare environment. The influence of factors such as age, sex and work context highlight the relevance of measures adjusted to each professional profile.

Keywords: burnout, emotional exhaustion, healthcare professionals, MBI-HSS, resident Physician

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Historia y definición del término burnout
- 1.2. Importancia del estudio en el contexto actual
- 1.3. Impacto del burnout en los profesionales de la salud
- 1.4. Diferencias entre médicos, enfermeros, residentes y su vulnerabilidad al burnout

2. JUSTIFICACIÓN

- 2.1. Relevancia del estudio en el ámbito sanitario
- 2.2. Consecuencias del burnout en la calidad asistencial y en la salud de los profesionales
- 2.3. Necesidad de intervenciones basadas en evidencia

3. MARCO TEÓRICO

- 3.1. Concepto y modelos teóricos del burnout
- 3.2. Factores de riesgo asociados al burnout en el sector sanitario
- 3.3. Estrategias de afrontamiento y resiliencia
- 3.4. Herramientas de evaluación del burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI); Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

4. OBJETIVOS

5. METODOLOGÍA

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7. CONCLUSIONES

8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Historia y definición del término burnout

El concepto de agotamiento o burnout ha cobrado gran relevancia en la discusión contemporánea sobre la salud mental y las condiciones laborales, especialmente en profesiones que implican la interacción con otras personas (1,2). Sin embargo, su desarrollo histórico y teórico ha mostrado una evolución compleja, sujeta a constantes cambios y reinterpretaciones (3).

Este concepto originalmente no fue concebido como una categoría científica clara, sino que apareció en los años 70 del siglo XX como una forma de aportar una sensación síntomas de agotamiento físico y emocional en trabajadores sociales. Su aparición ocurrió en el contexto de la cultura social, bajo la influencia de los ideales del movimiento cultural de esa época (3,4). Científicos como Herbert Freudenberger y Christina Maslach son la legitimidad académica básica de este concepto, especialmente cuando lo investigaron en servicios clínicos y sociales gratuitos. Estos expertos representan signos de agotamiento de la emoción, personalización y notable reducción en la percepción del rendimiento personal (1,4). Freudenberger, basándose en su propia experiencia en estos contextos, registró patrones de síntomas comunes vinculados a un excesivo compromiso emocional hacia grupos vulnerables (3,4). Además, Maslach presentó una visión psicológica integradora, teniendo en cuenta tanto elementos situacionales como interpersonales, y creó herramientas diagnósticas como el Maslach Burnout Inventory (1).

Con el aumento del interés social y académico por este fenómeno, se puso de manifiesto la falta de una definición uniforme. Investigaciones subsiguientes, como la realizada por **Blostein et al. (1985)**, subrayaron la naturaleza multidimensional del burnout, indicando que no se limita a una sola expresión, sino que engloba una variedad de síntomas físicos, emocionales y de actitud, tales como la pérdida de significado, la separación interpersonal y posturas adversas hacia los usuarios. Esta complejidad ha complicado su definición teórica. Sin embargo, también ha potenciado su uso en diversos contextos, expandiéndose más allá del campo de la salud hacia áreas como la educativa, administrativa y empresarial (1,3,5,6).

En este contexto, la evolución del concepto no solo muestra una creciente inquietud por el bienestar psicológico en el trabajo, sino también una modificación en las perspectivas predominantes: de una mirada grupal enfocada en la transformación estructural, a una visión más personalizada fundamentada en el autocuidado y la

autorregulación de las emociones (3,7,8). Entender esta trayectoria es crucial para examinar de manera crítica cómo se establecen y tratan las narrativas sobre el malestar laboral en las sociedades actuales.

Desde las opiniones clínicas, el síndrome de agotamiento se define como una larga reacción al estrés crónico en el entorno laboral, caracterizado por el agotamiento físico, mental y emocional, afectando negativamente la percepción de los logros personales y profesionales (9,10). Los factores de riesgo más comunes son la sobrecarga de trabajo, los conflictos de los trabajadores, las dificultades económicas y los problemas de gestión de la comunicación u organización (11). Aunque esto puede afectar diferentes registros profesionales algunos son altamente sensibles. Estos trabajos se centraban en el análisis del agotamiento de los trabajadores de la salud, debido a la naturaleza emocional del trabajo y el contacto continuo con situaciones importantes, formando uno de los grupos más vulnerables del grupo (12).

1.2. Importancia del estudio en el contexto actual

El agotamiento supone un problema presente en la investigación académica de salud en el contexto de las dinámicas socioculturales predominantes (13). No debe ser visto como singular, sino como una combinación de factores. No obstante, el síndrome de agotamiento, como síndrome en general, se caracteriza por una respuesta inapropiada a las exposiciones crónicas y prolongadas de estrés en el trabajo, que ocurren repetidamente con el tiempo. A menudo es crónico y puede impactar negativamente otras áreas de la salud y los profesionales informan tener baja energía y poca motivación para volver al trabajo, además de que su satisfacción en la vida disminuye (14,15). La asociación del síndrome de burnout con una serie de efectos negativos confirma su relevancia hoy en día ya que además de los impactos anteriores a nivel psicológico, los individuos con esta condición tienden a un peor desempeño en aspectos como las funciones cognitivas (16), lo que conlleva una incapacidad para controlar sus respuestas emocionales (17) y un mayor riesgo de padecer depresión (18).

La falta de organización y supervisión adecuadas en el trabajo y los entornos profesionales puede imponer una carga a los empleados cuando sus recursos se agotan. El síndrome de agotamiento ha surgido como uno de los principales riesgos psicosociales del lugar de trabajo, conllevando costos significativos para el personal y las organizaciones (19–22).

Algunos de los factores que contribuyen al incremento del burnout pueden encontrarse en el agotamiento causado por las largas horas de trabajo (23). Varios estudios han evidenciado que las extensas jornadas de trabajo están relacionadas con el aumento del estrés psicológico y laboral. Aquellas jornadas laborales que comprenden más de 10 horas diarias o más de 60 horas semanales incrementan la posibilidad de padecer estrés (24).

Otro factor para tener en cuenta es el estigma social que puede existir hoy en día sobre la ansiedad, agotamiento y el ambiente laboral en el cual vivimos. Autores como **Link y Phelan** ya definieron distintos mecanismos de discriminación. El primero de ellos consiste en la discriminación directa que hace referencia a actitudes y creencias que pueden discriminar. El segundo mecanismo sería discriminación estructural en el que las relaciones desiguales en la estructura social conducen a discriminación más sutil. El tercero de ellos se refiere al autoestigma que puede resultar en comportamientos sobre todo de autodesvalorización. Estos mecanismos pueden complementarse entre sí teniendo consecuencias perjudiciales para los individuos estigmatizados (25). En el contexto del síndrome del burnout y sobre todo teniendo en cuenta la corriente del tercer proceso, el estigma percibido puede reflejar la idea de que la mayoría de las personas consideran que aquellos que padecen burnout son menos competentes para el desarrollo de su trabajo. Este estigma percibido a menudo se internaliza, dando lugar a la autoestigmatización que influye en actitudes y comportamientos que se relacionan con la búsqueda de ayuda, lo cual supone otra barrera importante en el paradigma actual (26–28).

El burnout parece estar fuertemente estigmatizado en aquellos que se dedican al sector sanitario ya que se suele relacionar la salud mental como un reflejo de las competencias profesionales. Un médico que de manera potencial pueda sufrir el síndrome de burnout podría ser percibido tanto por el sistema, su entorno o ellos mismos como incompetente para desempeñar su trabajo (21,29).

1.3. Impacto del burnout en los profesionales de la salud

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) es la clasificación de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría que no categoriza el síndrome de burnout como una enfermedad específica, sino que lo incluye entre otros problemas que pueden requerir asistencia médica, en este caso vinculados al trabajo. No obstante, en 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) aceptó formalmente el burnout como un fenómeno laboral en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11) (30). Aunque previamente a la pandemia de COVID-19 los profesionales de la salud ya percibían un alto nivel de estrés (31) parece ser que en el contexto de la misma los profesionales de la salud han tenido que trabajar en situaciones realmente estresantes, llenas de incertidumbre y desconocidas donde abundaba sobrecarga asistencial. Ello se vio sobre todo en aquellos que se encontraron en primera línea de atención asistencial donde había escasez de recursos humanos como materiales, un aumento de la responsabilidad en la toma de decisiones conllevando al incremento de fatiga física, mental, tensión emocional y estigmatización por la situación de incertidumbre (31,32).

Estudios transversales han asociado el agotamiento médico con disminución de la productividad e insatisfacción laboral (33). Otros estudios corroboran la conexión entre los síntomas de fatiga y los médicos que dejan sus prácticas clínicas, lo que ocasiona un incremento en las bajas y absentismo laboral. Adicionalmente, sus efectos no se restringen al ámbito personal, sino que impactan directamente en la calidad de la atención, la seguridad del paciente y el rendimiento institucional (34,35) generando mayor presión sobre los sistemas de salud que ya batallan para cubrir demandas de las poblaciones a las que asisten (33).

El personal sanitario es cada más más vulnerable al agotamiento laboral, un fenómeno que ha comenzado a recibir mayor atención recientemente (36). Diversos metaanálisis han indicado que la tasa de agotamiento entre los trabajadores de la salud se estima aproximadamente en más de un 30% (37,38), cifras que suponen más del doble en comparación con otras áreas (36).

Frente a esta situación social parece surgir la necesidad y la relevancia de realizar una investigación más profunda sobre el tema subrayando la significación de estrategias para abordar la reducción de carga tanto a nivel burocrático como asistencial (39).

1.4. Diferencias entre la vulnerabilidad al burnout entre médicos, enfermeros y residentes.

El impacto y perfil del síndrome de burnout no se han distribuido de manera uniforme entre las diferentes categorías profesionales en la comunidad sanitaria. Estas discrepancias pueden explicarse por las especificidades de la profesión, por el contexto laboral en la que se desarrollan y las demandas emocionales que experimentan diariamente estos profesionales (40,41).

De manera general, los profesionales sanitarios que experimentan burnout pueden, en su totalidad, llegar a sentirse “quemados” cuando están rodeados de entornos de atención angustiosos, manifestando síntomas como irritabilidad, ansiedad, depresión y/u otras patologías (42).

El cansancio ha aumentado entre las enfermeras en los últimos años (43) siendo una preocupación a nivel global como un grupo de alto riesgo para sufrir agotamiento (44). Varios elementos pueden ser la razón de tal incremento, como el nivel de exigencia laboral (37,45), el desajuste entre las exigencias del entorno clínico y los medios con que se cuenta para responder (46) y la alternancia de horarios los cuales se caracterizan por no ser fijos además de rotatorios (47). Es importante tener en cuenta el contacto regular con pacientes y sus familias, y el esfuerzo emocional que requieren los contactos personales (48). Todo esto sumado a que los roles pueden variar enormemente entre diferentes servicios derivan en una flexibilidad continua. Este grado de flexibilidad incluye el aprendizaje de nuevas habilidades e integrarse en nuevos equipos y dinámicas de atención (49). Por todo lo mencionado con anterioridad las tareas que este tipo de profesionales desempeñan pueden verse comprometidas (50). Una de sus tareas es la distribución y administración de los medicamentos, lo que implica una secuencia de pasos que requieren precisión por parte de enfermería (51).

Cuantas más manifestaciones hay de burnout mayor es la probabilidad de cometer errores afectando negativamente a la atención y calidad del servicio prestado (52). Además, este tema ha adquirido mayor relevancia a raíz de la pandemia del COVID-19, que ha supuesto mayores demandas asistenciales y mayor repercusión en la salud física y mental de los profesionales de la salud (53).

Desde el punto de vista de los médicos, estos son considerados como un grupo potencial de sufrir burnout, presentando gran parte de los síntomas que se relacionan con este síndrome cada vez más común en este sector (54). Cuando se cronifican las circunstancias y ambientes negativos puede conllevar a que el personal médico padezca una reducción en su motivación laboral, su implicación con su trabajo o sus pacientes, mala praxis, errores en el diagnóstico y tratamiento pautado a sus pacientes (55). Cuando los profesionales se encuentran desbordados, esto se ve reflejado en el aumento de fallos en sus competencias profesionales mermando la calidad asistencial que ofrece a la población general, poniendo en jaque la relación médico-paciente, piedra angular de esta profesión (56). Si este agotamiento se hace constante y no se hace una intervención temprana junto con un mantenimiento en el tiempo de la situación la situación laboral como largas jornadas de trabajo, gran responsabilidad tanto administrativa como en la toma de decisiones importantes en el paciente, autoexigencia y exigencia por el sistema conllevará a repercusiones negativas tanto a nivel de salud física y mental de los sanitarios(57). Es por ello por lo que esta situación puede ir desencadenando progresivamente a patologías como ansiedad, insomnio, depresión entre otros cuadros clínicos mentales. Llama la atención que diversos estudios avalan que la tasa de riesgo de suicidio en el personal médico es más alta que en el resto de la población, dato que pone en alerta la magnitud de la situación actual (58).

Durante la pandemia, la situación de los médicos, que ya era difícil, simplemente se desbordó. En los momentos más complicados, trabajaban sin parar, muchas veces sin los recursos necesarios y con el miedo constante a contagiarse. Y como si eso no fuera suficiente, ni siquiera sabían si el equipo que usaban realmente los protegía. Esa incertidumbre, sumada al cansancio físico y emocional que ya traían, solo empeoró las cosas (59).

Lo triste es que, aunque muchos están al borde del colapso, siguen sin buscar ayuda. En el mundo médico todavía pesa la idea de que pedir apoyo es un signo de debilidad. Por eso, muchos se lo callan. Les da miedo que sus compañeros piensen que no pueden con la presión, así que aguantan hasta que ya no pueden más (60).

Durante los años de residencia, tanto médicos como enfermeros residentes atraviesan una etapa dura, cargada de exigencias físicas, emocionales y mentales (61). Los residentes de medicina figuran entre los profesionales más vulnerables al agotamiento emocional. Su etapa de formación está marcada por jornadas extensas, una carga laboral abrumadora, escasa autonomía para tomar decisiones y una presión constante

por demostrar competencia bajo la mirada de sus superiores (62) siendo uno de los factores más determinante la carga horaria excesiva, con turnos que superan en muchas ocasiones las 80 horas semanales (63). Estos sentimientos destacan sobre todo en su primer año de residencia debido a la gran carga de responsabilidad, falta de experiencia y formación, terminando completamente agotados (64). Es por ello que el síndrome del burnout también se ha evidenciado en este grupo a pesar del poco tiempo que llevan desempeñando su rol profesional afectando a gran parte de ellos (65) llegando hasta niveles cercanos al 50% (66). Todo ello podría tener también un impacto negativo en realizar una mala praxis, abuso de sustancias y padecer enfermedades psiquiátricas (67).

Esta situación se vio agravada desde la pandemia donde la falta de recursos, la sobrecarga de trabajo y el miedo al contagio solo hicieron que muchos llegaran al límite. En esos meses, muchos residentes vivieron experiencias que, sin duda, les marcaron para siempre. Aun así, pedir ayuda sigue siendo difícil. En el mundo sanitario, reconocer que uno no puede más se sigue viendo como un signo de debilidad. Por eso, muchos aguantan y siguen adelante (60).



2. JUSTIFICACIÓN

2.1. Relevancia del estudio en el ámbito sanitario

Ya fue en 1974 cuando se comenzó a hablar del concepto que hoy conocemos como burnout. Freudenberger en sus estudios observó la pérdida de motivación y compromiso con su desempeño laboral (4) lo que sirvió como punto de partida para posteriores investigaciones. Maslach y colaboradores expusieron que en este síndrome podían diferenciarse tres componentes: el agotamiento emocional, la despersonalización e insuficiente realización personal (14). En el mundo de la salud, hablar del agotamiento profesional no es un tema menor. Quienes trabajan en este ámbito cargan con una presión constante, tanto física como emocional. A medida que pasan los días y se acumulan los turnos, no es raro que muchos terminen sintiéndose vacíos y desconectados de lo que hacen. En consecuencia, cuando las exigencias superan lo que una persona puede dar sumado a la falta de apoyo, el desgaste aumenta (68,69).

Trabajar en el ámbito de la salud es algo que muchas personas idealizan desde fuera, pero quienes forman parte del sistema experimentan que la realidad es mucho más dura de lo que parece. Las largas jornadas laborales, turnos rotatorios, turnos de nocturnidad sumado a las altas exigencias para atender correctamente al paciente de manera eficiente y rápido van acumulándose (70). Por tanto, este síndrome no aparece de un día para otro, sino que va desarrollándose progresivamente y tiende a cronificar si la persona tiene una exposición prolongada a condiciones laborales desfavorables sin estrategias concretas de intervención (70).

Es síndrome no es algo específico de médicos. También en enfermería se vive un gran desgaste sobre todo en áreas con gran impacto emocional. La gente se olvida que acompañar el sufrimiento ajeno todos los días también repercute. Cuando nadie lo reconoce, el agotamiento se intensifica (71). Asimismo, los residentes son probablemente los que más lo sufren. Están aprendiendo, pero se espera que actúen como si ya estuvieran totalmente formados, aunque estén en su periodo de formación profesional. Cambian de servicio todo el tiempo, reciben órdenes de todos lados. En algunos estudios ya se habla de que más del 20% presentaba síntomas claros de burnout, y el número era aún mayor en los que trabajaban más de 56 horas semanales (62).

Por eso es necesario que este tema se ponga sobre la mesa. No se trata de una queja, sino de reconocer que el cuidado del personal de salud es clave para que todo el sistema funcione. Si quienes sostienen el día a día en hospitales y centros de salud no están bien, tarde o temprano el impacto se sentirá en todo el entorno sanitario.

2.2. Consecuencias del burnout en la calidad asistencial y en la salud de los profesionales

El síndrome de agotamiento existe en todo el mundo y es prevalente entre el personal de salud, especialmente entre aquellos expuestos a una alta demanda de cuidados y exceso de trabajo (71).

Este agotamiento emocional, que llega a tantos trabajadores, no puede ser simplemente un problema individual, sino que es común o incluso estructural. Así, impacta en el profesional en la forma en que maneja la práctica médica, ya que se materializa de manera personal, en síntomas y elecciones, como sentimientos incontrolables, cansancio y falta de interés (72–74).

Aquellos con el tipo más severo de agotamiento no solo han perdido su energía y motivación, sino que también muestran ansiedad, síntomas depresivos, insomnio y, en los casos más extremos, pensamientos suicidas (72). Esto se hace más evidente en los profesionales que atienden en cuidados intensivos y emergencias (73).

Y lo más preocupante es que muchos, simplemente, deciden marcharse abandonando su trabajo y vocación porque ya no pueden más (75).

El burnout no solo deja huella en quien lo sufre sino también en quienes están al otro lado: los pacientes. Cuando un profesional llega a su puesto arrastrando un cansancio que va más allá del cuerpo no siempre consigue estar del todo presente. Puede costarle mantener la atención, responder con paciencia o simplemente conectar con la persona que tiene delante. La empatía, esa que suele ser tan natural en el día a día clínico, se va apagando casi sin darse cuenta (76).

Esa desconexión que genera el burnout no se queda solo en lo emocional; también afecta de forma concreta al día a día del trabajo clínico. Cuando un profesional está física y emocionalmente al límite, es fácil que las cosas empiecen a fallar. Cuesta mantener el orden, las indicaciones pueden no quedar del todo claras y la relación con el paciente empieza a deteriorarse. Esa falta de energía y foco se traduce, casi

sin querer, en una atención menos precisa y en una percepción de cuidado más fría o desconectada por parte de quien recibe el servicio (77,78)

Y si este agotamiento se vuelve algo constante, no tarda en extenderse al equipo entero. El ambiente se carga, la coordinación se complica y el ritmo de trabajo se vuelve más lento. Todo esto, al final, acaba notándolo el paciente: las esperas son más largas, el trato más distante y la atención pierde ese componente humano que debería estar siempre presente (79).

2.3. Necesidad de intervenciones basadas en la evidencia

Quienes trabajan en sanidad lo saben bien: el agotamiento no es algo anecdótico ni raro. Hablar de burnout no es hablar de algo nuevo, pero sí de algo urgente. Ya no basta con saber qué lo causa lo que hace falta es actuar adoptando medidas que funcionen, que estén probadas, y que tengan sentido dentro del ritmo del hospital o del centro de salud (80,81).

En los últimos años se han puesto en marcha varios programas enfocados a cuidar al que cuida. Uno de ellos es el programa I.R.I.S., pensado para el personal sanitario no médico. Este programa utiliza técnicas de terapia cognitivo-conductual y ha asistido a numerosas personas en el manejo del estrés cotidiano, permitiéndoles recuperar cierta estabilidad emocional (82). Investigaciones adicionales han evidenciado que, incluso con sesiones cortas, es posible disminuir el agotamiento emocional y el cinismo, que son dos de los síntomas más comunes del burnout (83).

Además, hay herramientas que pueden integrarse en la rutina sin grandes estructuras, como el mindfulness o la autocompasión. Algunas personas que participaron en talleres de este tipo contaron que, tras unas semanas, se sentían más centradas y menos sobrepasadas. Y lo interesante es que funcionan incluso en formato digital, algo que cobró mucho valor durante la pandemia (84).

Pero no todo tiene que pasar por terapias formales. También han surgido propuestas más alternativas, como la cantoterapia que ha ayudado a ciertos grupos a liberar tensiones y reforzar vínculos dentro de los equipos (85). Otras iniciativas se han centrado más en el clima laboral. Algunas unidades han introducido pequeñas rutinas, como breves reuniones de equipo al comienzo del turno (huddles), espacios para dar las gracias o momentos donde se puede hablar de lo que está pesando. Y aunque parezcan gestos simples, marcan una diferencia cuando se sostienen en el tiempo (86).

En el fondo, hay algo que todas estas intervenciones tienen en común: el reconocimiento de que el cuidado no puede seguir dándose desde el agotamiento. Cuando un profesional siente que no está solo, que su esfuerzo tiene sentido y que su entorno lo respalda, es más fácil seguir adelante. Por eso tiene tanto peso trabajar la resiliencia, la conexión con los compañeros y el propósito personal en la tarea diaria (87)

La pandemia por COVID-19 fue, para muchos, un punto de inflexión. En esos meses, quedó claro que, sin apoyo emocional, sin una red que te respalde o sin espacios para pedir ayuda, el desgaste se multiplica. Los equipos que contaron con un acompañamiento institucional sólido resistieron mejor. Y esa lección no se puede quedar en el olvido (31,88).

En definitiva, no se trata solo de que los profesionales aprendan a “aguantar”. Las soluciones tienen que llegar también desde arriba. Si no hay cambios reales en la organización del trabajo, si no se ajustan las cargas, si no se protege el descanso y se fortalece el liderazgo humano, ninguna herramienta individual será suficiente (89,90). La clave está en crear entornos donde el trabajo de cuidar no se convierta, también, en una forma de quebrarse.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos y modelos teóricos del burnout

En muchos hospitales y centros de salud, es común oír a profesionales que confiesen sentirse desbordados, como si estuvieran cargando con más peso del que pueden soportar. Comentarios como “no doy más” o “me supera todo” se han vuelto parte de conversaciones cotidianas. Este tipo de agotamiento no se limita a una simple fatiga después de un turno duro. Es algo que se instala poco a poco, que va minando no solo las fuerzas físicas, sino también el ánimo y la manera de relacionarse con los pacientes y el entorno. Ese desgaste profundo tiene un nombre conocido: burnout (91).

No hay una única forma de definir el burnout en la que todo el mundo esté de acuerdo, pero sí hay consenso en algo fundamental: es una respuesta que se va gestando poco a poco, cuando el estrés en el trabajo no da tregua y se vuelve parte del día a día. Ese desgaste termina por afectar a la persona en todos los planos (físico, emocional y mental), pero también se extiende a lo que la rodea. Un profesional agotado no solo lo siente él mismo; su equipo lo percibe, y los pacientes también. El clima laboral cambia, y con él, la calidad del trato y del cuidado que se ofrece (66,92).

Maslach y Jackson fueron dos de los primeros en ponerle palabras claras a lo que muchos profesionales sienten, pero no siempre saben nombrar. Para ellos, el burnout se manifiesta en tres formas muy concretas. La primera es el agotamiento emocional, esa sensación de no tener más energía, de levantarse cansado incluso después de descansar. Luego está la despersonalización, que es cuando uno empieza a tomar distancia emocional de los demás, a volverse más frío, quizás como una forma de protegerse del desgaste diario. Y, por último, aparece la baja realización personal, ese sentimiento frustrante de que, por más que se trabaje, nada parece suficiente o valioso. A partir de esta mirada, desarrollaron un cuestionario el Maslach Burnout Inventory (MBI) que todavía hoy se usa ampliamente para identificar estos síntomas, sobre todo en profesiones donde cuidar a otros forma parte del día a día (80).

Con el tiempo, distintas voces han ido aportando nuevas formas de entender el burnout, enriqueciendo la mirada inicial de Maslach. **Golembiewski**, por ejemplo, propuso que este síndrome no aparece de golpe, sino que va escalando por fases, desde una incomodidad leve hasta un desgaste mucho más profundo y difícil de revertir. **Pines y Aronson** pusieron el foco en algo que muchos profesionales

reconocen enseguida: esa sensación de estar perdiendo poco a poco la ilusión, la energía y el sentido de lo que se hace. **Shirom**, por su parte, optó por abordar el agotamiento como una experiencia que afecta no solo el estado de ánimo, sino también el cuerpo y la mente, como si todo el sistema estuviera al borde. Desde un enfoque más alineado con nuestra realidad, **Gil-Monte** subrayó que el burnout representa también una forma de sufrimiento emocional, que no solo perjudica a quien lo experimenta, sino que también repercute en la calidad del trabajo que puede realizar (80,93)

Otras investigaciones más recientes insisten en la misma línea. **Popescu y sus colegas (2017)** recordaron que el burnout no puede explicarse solo desde lo individual: nace y crece en entornos laborales que muchas veces son exigentes, poco humanos o mal organizados. Del mismo modo, **Shankar (2023)** remarca cómo las expectativas desmedidas y la sobrecarga constante hacen que muchos profesionales terminen desconectándose de su labor. **Ntalouka et al (2023)** añade que, por su complejidad, este síndrome no puede analizarse en partes, sino como un todo que mezcla lo emocional, lo físico y lo relacional, especialmente en profesiones como la sanitaria, donde el vínculo con el otro es constante.

Aunque cada profesional vive el agotamiento de una forma particular, hay algo en lo que coinciden la mayoría de los estudios: el entorno laboral tiene un peso enorme. No se trata solo de la personalidad de cada uno o de cómo maneja el estrés, sino de las condiciones en las que se trabaja. Jornadas eternas, presión constante, escaso respaldo por parte de los superiores o compañeros, y esa sensación frustrante de que ningún esfuerzo es suficiente, son factores que, con el tiempo, van pasando factura. Son precisamente esas dinámicas, más que las características individuales, las que terminan generando un desgaste profundo y sostenido (14,91).

En sanidad, esta situación se agrava. El contacto continuo con el dolor, la urgencia, la toma de decisiones difíciles y, en muchos casos, la falta de recursos, hacen que el agotamiento sea casi inevitable si no se toman medidas. Y sus consecuencias no se quedan en el plano emocional: se ha relacionado con problemas físicos, insomnio, uso de psicofármacos y una disminución clara en la calidad del cuidado. Es especialmente preocupante en áreas como la geriatría, donde la carga emocional es intensa y constante (91).

Lo más preocupante es que, a pesar de su impacto, aún hay muchos ámbitos donde el burnout no se estudia con la profundidad que merece. Esto limita las posibilidades de intervención y deja a los profesionales sin el apoyo que necesitan. Por eso, no

basta con mirar al trabajador como único responsable de su bienestar. Es necesario que las instituciones se impliquen activamente: creando entornos saludables, revisando condiciones de trabajo, promoviendo una cultura de apoyo y reconociendo la importancia de cuidar a quienes cuidan. Si no se actúa, el riesgo es que esta fatiga se cronifique y termine afectando no solo a los profesionales, sino a todo el sistema de atención (80,93).

3.2. Factores de riesgo asociados al burnout en el sector sanitario

Trabajar en salud ya no solo implica cuidar a otros, sino también lidiar con un desgaste que se va haciendo cada vez más notorio. Lo que antes era vocación pura, hoy muchas veces se vive como el peso de la rutina, la presión constante y un cansancio que no desaparece al final del turno. Es una realidad que atraviesan aquellos que trabajan en primera línea. Cuando algún profesional sanitario se quiebra o admite que no puede más puede ser consecuencia de estar atrapado en un sistema que dejó de sostener a los que sostienen. El problema no está en quién cuida, sino en cómo se organiza el cuidado. Aunque el compromiso sea inmenso, ningún profesional puede resistir indefinidamente en un sistema que no lo protege (45,80).

En los sistemas de salud actuales, el burnout ha dejado de ser un problema individual para convertirse en una señal de alarma colectiva. Su aumento entre los profesionales refleja no solo el desgaste personal, sino también las fallas estructurales de un modelo de trabajo exigente, prolongado y poco humano, que termina afectando seriamente la salud emocional de quienes están al frente del cuidado. Representa una respuesta a largo plazo al estrés laboral crónico y se caracteriza notablemente por tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal (94,95).

Entre los factores de riesgo más reportados en la literatura se asocian con el entorno laboral. Las largas jornadas de trabajo, los cambios frecuentes de turnos, altos niveles de carga de atención y tiempo insuficiente para la revitalización mental y física (entre períodos de turnos) (96). Estas condiciones se agravaron extremadamente durante la pandemia de COVID-19, exhibiendo altos niveles de agotamiento y estrés debido a la gran demanda de atención, la incertidumbre clínica, la falta de recursos y el temor constante de ser infectado (97).

Aunque se suele pensar que el agotamiento en el personal de salud se debe principalmente al exceso de trabajo, lo cierto es que no es el único factor que pesa. Hay otros elementos, menos visibles, pero igual de determinantes, que tienen que ver con cómo está organizada la labor diaria. Cuando quienes trabajan en salud no se sienten escuchados, acompañados ni reconocidos por quienes lideran, el desgaste no tarda en aparecer. La ausencia de un liderazgo humano y cercano, la falta de comunicación clara y la sensación de estar solos frente a la carga diaria terminan por minar la motivación y el compromiso, incluso en los profesionales más entregados (94).

Y si a ese escenario ya tenso se suma un entorno hostil marcado por situaciones de acoso o maltrato laboral no habiendo espacios seguros ni herramientas reales para resolver conflictos, el impacto emocional puede ser devastador. Porque no solo se trata del trabajo que se hace, sino también de cómo se vive y con quién se comparte ese día a día. Estas situaciones, lejos de ser casos aislados, han sido reconocidas como factores que alimentan directamente el síndrome de burnout en entornos donde el apoyo institucional brilla por su ausencia (98).

La construcción estructural del entorno laboral en el ámbito de la salud puede ser una barrera o un actor en relación con el agotamiento, actuando como un factor de protección o de riesgo. Las instituciones con un fuerte compromiso en el cuidado de su personal, canales claros de comunicación, culturas de reconocimiento y cultura de trabajo en conjunto también parecen tener una tasa más baja de agotamiento (95).

Junto con las características estructurales, las variables individuales y sociodemográficas que afectan la vulnerabilidad hacia el agotamiento están bien descritas. Algunos estudios han publicado una mayor incidencia entre los jóvenes profesionales recién capacitados o admitidos en el sistema de salud (98).

Los profesionales solteros, divorciados, viudos, separados y nunca casados, tenían los niveles más altos de agotamiento emocional, seguidos por los terapeutas con apoyo social inadecuado (94).

El agotamiento emocional puede ser más común en ciertas especialidades clínicas. Una profesión que involucra contacto directo y continuo con los pacientes, como la enfermería, pero también la medicina de emergencia o el cuidado intensivo, se enfrenta constantemente a una intensa carga emocional. Sus marcas pueden acumularse y apoyarse en forma de tiempo y exposición fácil a momentos críticos, como el sufrimiento agudo o la muerte. Todo esto, en combinación, los convierte en un grupo de alto riesgo para desarrollar el síndrome de burnout (95,96).

A lo anterior se suman factores adicionales que empeoran aún más la situación, incluyendo el trabajo, por ejemplo, en áreas rurales donde los recursos son escasos o inexistentes y el acceso al apoyo profesional o psicológico es limitado.

Frecuentemente, enfrentar pérdidas, sufrimiento o casos complicados sin apoyo incrementa considerablemente el riesgo de agotamiento (98).

Otro componente básico es la influencia de los factores psicosociales y emocionales. Algunas características personales, como el perfeccionismo, una empatía muy intensa, la autoexigencia desmedida o la dificultad para separar el trabajo de la vida personal pueden hacer que ciertos profesionales sean más propensos a sufrir burnout (99). En quienes cuidan de otros, estas cualidades (aunque a menudo bien intencionadas) pueden convertirse en factores de riesgo cuando no se equilibran con límites y autocuidado.

Frente a esto, también hay elementos que pueden marcar una diferencia positiva. Contar con una red de apoyo confiable, fortalecer la inteligencia emocional, aprender a manejar el estrés con herramientas resilientes y, sobre todo, que las instituciones promuevan entornos que cuiden activamente a su personal, son claves para reducir el impacto del agotamiento emocional (95).

3.3. Estrategias de afrontamiento y resiliencia

Cuando los profesionales de la salud presentan un gran desgaste tanto a nivel físico como mental pueden presentar burnout (4) el cual está experimentando un aumento de sus tasas sobre todo cuando se presenta un desequilibrio entre las exigencias y recursos (100). Estas tasas son variables, sobre todo si analizamos las distintas especialidades sanitarias (66).

Ya no solo se habla de una repercusión exclusiva al personal sanitario, sino que también se merma la calidad en la atención a los pacientes además de repercusión a nivel del sistema de salud (48). Estas repercusiones se ponen de manifiesto con una mayor tasa de errores por parte de los sanitarios que ponen en riesgo la calidad asistencial (101,102) y secuelas en la salud de los profesionales a nivel físico y mental destacando síntomas de ansiedad y depresión (48). Dado el significado impacto que conlleva el burnout se pueden poner en marcha medidas tanto para la prevención como para el abordaje frente a este síndrome. Parece resultar que cada vez hay más consenso acerca de la importancia de prevenir el agotamiento laboral antes de que aparezca mediante estrategias de prevención (103). Pueden ir desde cambios en el

ámbito organizacional, mediante la mejora del ambiente laboral, mejoras en la gestión, estrategias de afrontamiento individual (recursos tanto cognitivos como conductuales) para enfrentar, reducir o sobrellevar las demandas laborales que se perciben como amenazantes o superiores a las capacidades personales (104). En relación con lo anterior la resiliencia tiene una gran relevancia, considerada como la competencia para superar las dificultades con perseverancia y conseguir el éxito en mitad de esos desafíos, suponiendo un factor protector en a nivel de percepción y calidad de vida (105). Parece existir relación entre resiliencia y optimismo, teniendo estas personas mayor capacidad de afrontamiento ante circunstancias adversas, mayor tolerabilidad al estrés conllevando a una mejor salud tanto física como mental lo cual puede ser crucial ante escenarios clínicos desafiantes (106). Aunque se ha investigado ampliamente el papel de la resiliencia como un factor protector frente al burnout, y está bien documentada su relación inversa, a mayor resiliencia, menor riesgo de agotamiento, esta asociación tan evidente ha generado cierta confusión. En muchos estudios, se ha llegado a medir la resiliencia simplemente como la falta de burnout, ignorando que ambos conceptos, aunque relacionados, no son equivalentes ni intercambiables (107,108). Algunos autores como **Strümpfer** comentan que la resiliencia está conectada con factores psicológicos que ayudan a fortalecer a las personas frente al desgaste profesional. Entre estos recursos se encuentran el sentido de compromiso, la percepción de una vida significativa, el bienestar personal, las emociones positivas y una actitud proactiva ante las dificultades.

Estos aspectos psicológicos que fortalecen la resiliencia pueden cultivarse a través del desarrollo tanto de actitudes personales como de condiciones del entorno. Por ejemplo, sentir que se tiene cierto control sobre lo que ocurre, encontrar un propósito en las actividades cotidianas o contar con el apoyo de un mentor que comparta una visión basada en la confianza y las capacidades propias, son elementos que contribuyen a reforzarla (109).

Otros autores ponen de manifiesto cómo forjar una resiliencia está asociada con una mejor gestión a nivel afectivo a la presión que supone la carga laboral y contribuir a evitar o disminuir sentimientos de ansiedad y depresión (110).

Para potenciar esta capacidad de adaptación se ha observado que una actitud optimista, la gestión de tus propias emociones, autocuidado y tener un propósito o meta y trabajar en conseguir un equilibrio entre el trabajo y vida personal es algo fundamental (110).

Otras variables que influyen son el apoyo y liderazgo cercano, ya que cuando no están presentes y se normaliza el desapego emocional hacen que aumente el riesgo de sufrir burnout (110).

En su defecto, otras herramientas que pueden colaborar a perpetuar el bienestar psicológico y mejor percepción de la salud emocional pueden ser el empleo del mindfulness (9). Algunas actividades puntuales, como los talleres sobre bienestar, la meditación consciente o el acompañamiento por parte de un mentor, ayudan a desarrollar la resiliencia y reducen las ganas de dejar la profesión (110).

3.4. Herramientas de evaluación del burnout: Malach Burnout Inventory (MBI); Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

El síndrome del burnout es una entidad clínica que comenzó a estudiarse en la década de los setenta y aún sigue siendo objeto de estudio. Destacan algunos de sus pioneros como **Freudenberger (1974)** y **Maslach (1976)** hasta la actualidad. Cabe destacar una de las herramientas más relevantes para su estudio: el Maslach Burnout Inventory (MBI) cuestionario que ha experimentado distintas mejoras y adaptaciones a lo largo del tiempo (1). Es considerado como el gold estándar para la evaluación del burnout (111) y cuyo uso se ha extendido a nivel mundial. Una de sus versiones es el Maslach Burnout Inventory for Medical Personal (MBI-HSS-MP), cuestionario extendido para analizar el burnout en contextos sanitarios (112). En este cuestionario podemos diferenciar: 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización y 3) reducción en la realización personal siendo considerados los dos primeros los ejes centrales (113). Sin embargo, a pesar de su uso generalizado también ha sido objeto de debate debido a que los tres componentes no pueden integrarse o unificarse para formar un enfoque integrado (93). El manual de MBI señala que los factores que son evaluados se deben analizar de manera independiente no debiendo sumar las respuestas para obtener una puntuación global del agotamiento (80).

Por otro lado, hay ciertas limitaciones en su aplicabilidad ya que su diseño está destinado a aquellas personas que mantienen alto grado de interacciones personales, además de que su licencia es de pago lo cual puede suponer un obstáculo para los investigadores (112).

Debido a las limitaciones y con la intención de poder mitigarlas se crearon otras herramientas como el Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Las ventajas que presenta frente al MBI son: poseer tres subescalas que miden el agotamiento

(personal, trabajo, cliente) por lo que se consigue una evaluación más precisa, elevada fiabilidad interna, permite realizar comparaciones al margen de su posición ocupacional. Además, ha sido traducido y utilizado a muchos idiomas y países. Puntuaciones menores de 50 son considerados un bajo nivel; entre 50-74 moderado y por encima de 75 altos niveles (114).

En diversos estudios comparativos de ambos instrumentos se observan marcadas discrepancias de hasta el 20% al utilizar el MBI y el CBI, lo que nos hace considerar que las escalas no son equivalentes y que valoran distintos aspectos del síndrome (108).



4. OBJETIVOS

El objetivo principal sería una evaluación del riesgo de burnout en profesionales sanitarios en médicos, enfermeros y sus residentes, con el fin de identificar factores asociados al desgaste profesional y orientar estrategias de prevención y mejora del bienestar laboral.

Como objetivos secundarios: analizar las dimensiones del agotamiento emocional presente en el grupo estudiado, detectar posibles diferencias entre perfiles profesionales y condiciones laborales, e identificar características individuales y grupales que permitan definir patrones de riesgo y diseñar medidas de intervención eficaces.



5. METODOLOGÍA

Este estudio tiene como principal objetivo identificar la prevalencia del **burnout** entre los profesionales de salud en el Área 1 de Salud de Murcia. Para abordar esta situación se ha realizado un diseño descriptivo, observacional y transversal para permitir medir el nivel de afectación de esta entidad. Como herramienta de evaluación se ha empleado el cuestionario **Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)** en formato digital a través de la plataforma Google Forms. La muestra de estudio la han conformado **131** profesionales dividida en cuatro categorías: 1) Facultativo Especialista de Área (FEA), 2) Médicos Internos Residentes (MIR), 3) Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) y 4) Enfermero Interno Residente (EIR).

La muestra estaba compuesta por trabajadores de la salud de diferentes especialidades, de acuerdo con su nivel de formación. La selección de la muestra fue no aleatorizada y por conveniencia, y participaron voluntariamente aquellos sujetos que así lo requirieron. La información fue registrada de forma anónima y tanto los datos como el contenido de los datos se trataron de manera confidencial y de acuerdo con las bases morales de la investigación. Aquellos que no contestaron todas las preguntas o proporcionaron respuestas inválidas fueron también descartados.

El cuestionario empleado ha sido el **Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)** que consta de 22 ítems mediante escala tipo likert y mide principalmente tres dimensiones: **EE** (Emotional Exhaustion o agotamiento emocional); **D** (Depersonalization o despersonalización) y por último **PA** (Personal Accomplishment o realización personal). Además, se añadió información adicional como antigüedad de su vida laboral, horas semanales de trabajo habitual, número aproximado de guardias/ turno de noche al mes, el nivel de apoyo que recibe en su entorno laboral o el grado de satisfacción que tiene con su trabajo en general mediante un cuestionario ad hoc.

Los datos obtenidos en el formulario han sido procesados por el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 30. Bajo estas condiciones, investigamos todas las variables del estudio. Para las variables cualitativas, describimos la frecuencia de aparición de las diferentes categorías. Luego, se construyeron tablas 2x2 para asociar variables cualitativas y cuantitativas. Para esto, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), proporcionando el valor de significancia estadística (p). En este estudio, para diferencias con un valor $p < 0.05$, asumimos que las observaciones no se debían al azar.

Mediante esta metodología será posible comprender el agotamiento emocional en el ámbito de los profesionales de la salud y que sirva para orientar propuestas que mejoren tanto el bienestar de los profesionales.

El instrumento empleado para medir el impacto del agotamiento emocional de aquellos que desempeñan trabajos que requieren atención a las personas como es el caso de los profesionales de la salud es el **Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) (Tabla 1)**. Consta de 22 ítems que hablan acerca de los sentimientos del profesional con respecto a su trabajo. Cada afirmación está conformada por una escala tipo Likert que va desde el 0 (nunca) hasta el 6 (todos los días) según la frecuencia con la que presentan las distintas situaciones.

Para interpretar de manera correcta cada subescala, poder medir el nivel de burnout, organizar y puntuar los distintos ítems se realiza una corrección de la herramienta. Por tanto, la corrección del Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) constaría de las siguientes subescalas:

1. Agotamiento emocional (EE: Emotional Exhaustion)

- **Aspecto que evalúa:** cansancio emocional relacionado con el trabajo
- **Ítems:** 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (9 ítems en total)
- **Rango:** 0 - 54
- **Interpretación:** a mayor puntuación mayor agotamiento emocional y mayor grado de burnout.
- **Clasificación**
 - ✓ ≥ 27 : alto nivel agotamiento emocional
 - ✓ 26 – 19: intermedio nivel agotamiento emocional
 - ✓ < 19 : bajo o muy bajo agotamiento emocional

2. Despersonalización (D: Depersonalization)

- **Aspecto que evalúa:** actitudes más frías o indiferentes hacia las personas atendidas
- **Ítems:** 5, 10, 11, 15, 22 (5 ítems en total)
- **Rango:** 0 - 30
- **Interpretación:** a mayor puntuación mayor despersonalización y mayor grado de burnout.
- **Clasificación**
 - ✓ ≥ 10 : alto nivel despersonalización
 - ✓ 9-6: nivel medio despersonalización

- ✓ <6: bajo nivel despersonalización

3. Realización personal (PA (Personal Accomplishment))

- **Aspecto que evalúa:** satisfacción personal en el trabajo
- **Ítems:** 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (8 ítems en total)
- **Rango:** 0 - 48
- **Interpretación:** a mayor puntuación mayor satisfacción laboral y menor grado de burnout
- **Clasificación**
 - ✓ 0-33: baja realización personal
 - ✓ 34- 39: nivel medio realización personal
 - ✓ ≥40: alto nivel de realización personal

Los niveles de puntuación total obtenidos del cuestionario MBI-HSS se clasifica en:

- Baja: 1 – 33 puntos
- Media: 34 – 66 puntos
- Alta: 67 – 99 puntos



		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.							

Tabla 1: Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En total 131 profesionales sanitarios del Área 1 de Salud de Murcia, un 73,28% (96) fueron mujeres y un 26,72% (35) fueron hombres (**Tabla 2. Gráfico 1**).

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUJER	96	73,28
HOMBRE	35	26,72
TOTAL	131	100,0

Tabla 2. Distribución según sexo

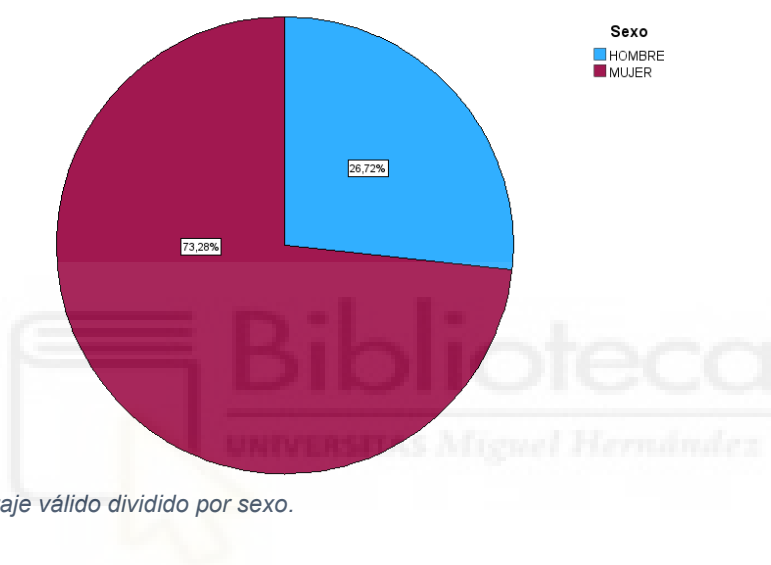


Gráfico 1. Porcentaje válido dividido por sexo.

Respecto a la **categoría profesional**, el 42% (55) eran Médicos Internos Residentes (MIR), el 28,2% (37) eran Facultativos Especialistas de Área (FEA), el 21,4% (28) eran Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) y el 8,40% (11) eran Enfermeros Internos Residentes (EIR) (**Tabla 3. Figura 2**).

CATEGORÍA PROFESIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MÉDICO INTERNO RESIDENTE (MIR)	55	42 %
FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA (FEA)	37	28,2 %
DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA (DUE)	28	21,4 %
ENFERMERO INTERNO RESIDENTE (EIR)	11	8,40 %
TOTAL	131	100,0

Tabla 3. Distribución según categoría profesional

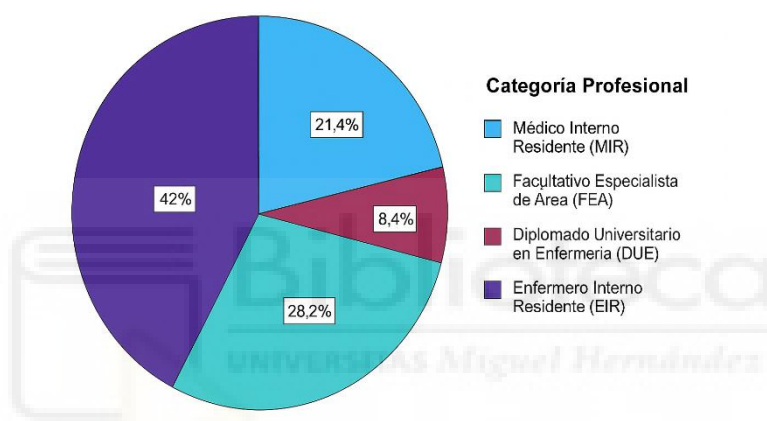


Gráfico 2. Porcentajes según categoría profesional

La **edad media** de los encuestados fue $35,76 \pm 11,84$ años con un valor mínimo de 23 años y un máximo de 68 años (**Gráfica 3**).

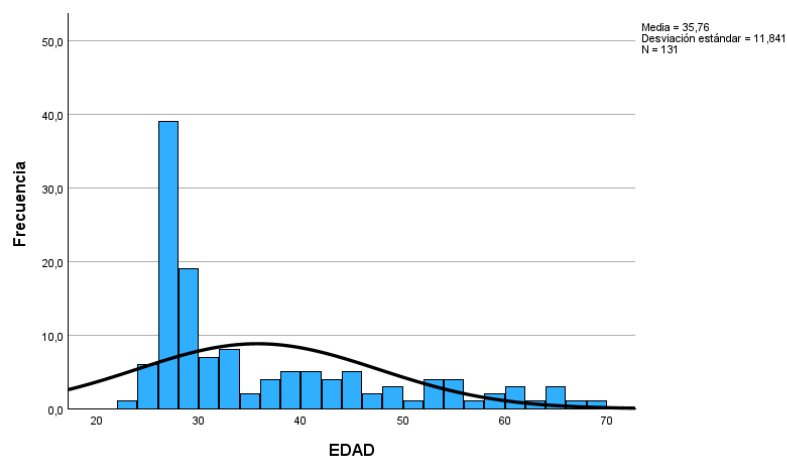


Gráfico 3. Gráfico según edad media

Con el respecto al **tipo de contrato** de los 131 profesionales el 41,98% (54) tienen un contrato de formación (residentes), el 33,59% (45) tienen un contrato indefinido o fijo y el 24,43% (32) tienen un contrato temporal. (**Tabla 4. Gráfico 4**).

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONTRATO DE FORMACIÓN (RESIDENTES)	54	41,98%
INDEFINIDO / FIJO	45	33,59%
TEMPORAL	32	24,43%
TOTAL	131	100%

Tabla 4. Distribución según tipo de contrato.

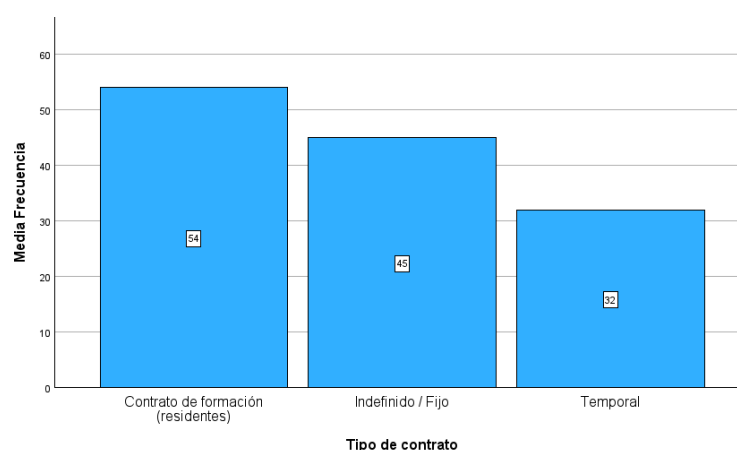


Gráfico 4. Distribución según tipo de contrato según frecuencia

En cuanto a las **horas semanales** de trabajo habitual, la media estimada es de 40,01 horas con una desviación estándar de 6,77 (DE: 6,77) considerando una N de 131. A nivel de porcentaje obtenemos que un 2,3% (3) trabaja menos de 20 horas, un 4,6% (6) entre 21-30 horas, 35,9% (47) entre 31-40 horas y un 57,3% (75) más de 40 horas (**Tabla 5. Gráfico 5**)

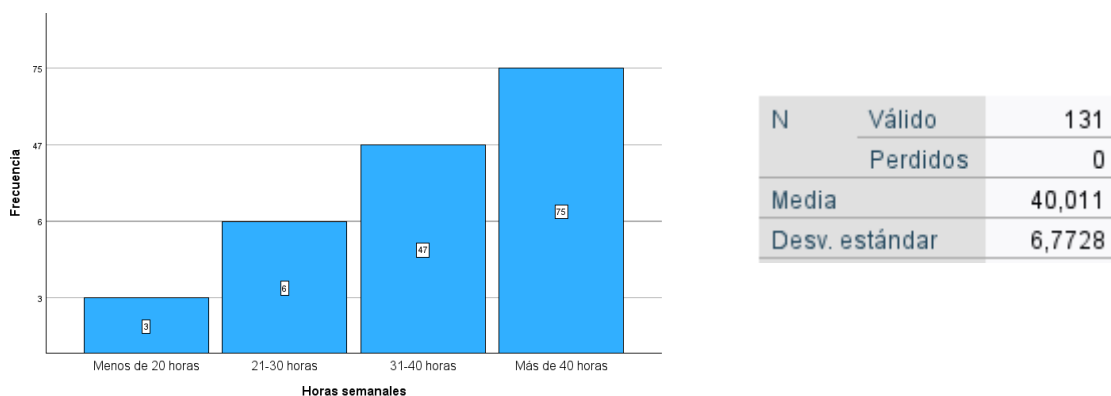


Gráfico 5. Distribución según horas semanales trabajadas según frecuencia

Tabla 5. Distribución de la media y desviación estándar horas semanales

En cuanto a los **turnos de nocturnidad/guardias** al mes teniendo en cuenta los intervalos o turnos, de 0 turnos (25,95%) , 1-3 (35,88%), 4-6 (29,77%), >6 (8,40%) en la muestra (**Gráfico 6. Tabla 6**)

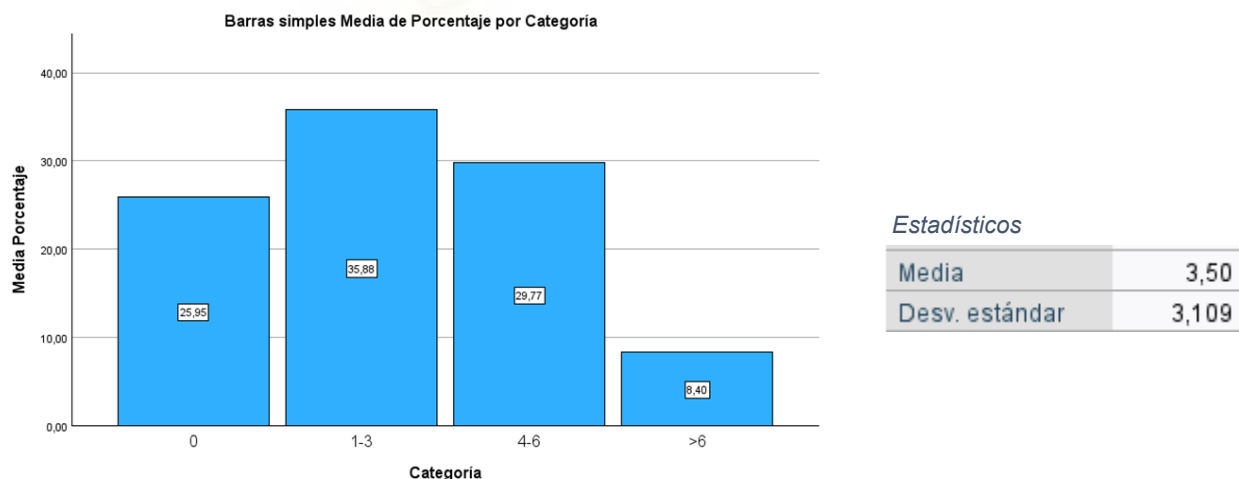


Tabla 6. Distribución media y desviación estándar según nocturnidad en porcentaje

Gráfica 6. Distribución del porcentaje de turnos de nocturnidad/guardias al mes.

6.1 RESULTADOS DE LA SUBESCALA DEL BURNOUT.

6.1.1 AGOTAMIENTO EMOCIONAL (EE)

En cuanto al estudio de la subescala de agotamiento emocional (EE desde ahora en adelante) presenta 3 niveles a ser analizada en la muestra de 131 profesionales dividida en 4 grupos según categoría profesional. Los puntos de corte de esta subescala son:

- **≥ 27: alto nivel agotamiento emocional:** 54,2% (71 profesionales de la salud)
- **26 – 19: intermedio nivel agotamiento emocional:** 24,4% (32 profesionales de la salud)
- **< 19: bajo o muy bajo agotamiento emocional:** 21,4% (28 profesionales)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	28	21,4
	MEDIO	32	24,4
	ALTO	71	54,2
	Total	131	100,0

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes sobre la intensidad de subescala EE.

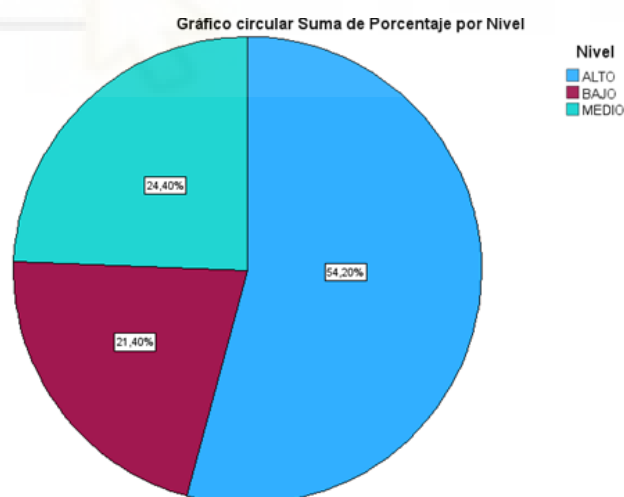


Gráfico 7. Porcentajes de EE.

Ahora se realiza un análisis de **EE por sexos**, haciendo una comparativa de ambos sexos en la misma gráfica. Se observa que en nivel bajo hay un 7,63% (10) hombres y 13,74% (18) mujeres, nivel intermedio un 3,82% (5) hombres y 20,61% (27) mujeres y nivel alto un 15,27% (20) y un 38,93% (51) mujeres (**Gráfico 8**). En este caso $\chi^2(2) = 3.17$, $p > 0,05$

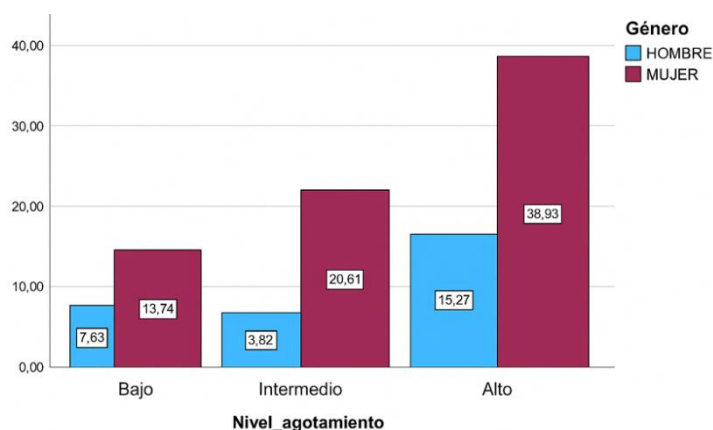


Gráfico 8. Porcentaje de EE por sexos

También se analizó el agotamiento emocional de manera concreta en cada uno de los grupos que conforman el estudio, haciendo una comparación entre el EE por sexos dentro de cada categoría además de evaluar su relación con antigüedad laboral y el impacto de los turnos de nocturnidad.

A) AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN MIR

En la muestra se obtuvo un total de 55 MIR, dividiéndola por **sexo** se encuentra un 78,2% (43) de mujeres y un 21,8% (12) de hombres (**Tabla 8. Gráfico 9**).

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUJER	43	78,2
	HOMBRE	12	21,8
	Total	55	100,0

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes en MIR

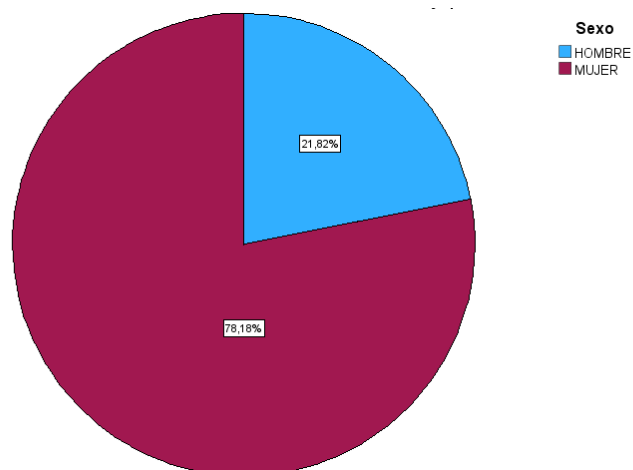


Gráfico 9. Porcentaje de hombres y mujeres MIR

En cuanto al análisis del **nivel de EE** en los MIR presentan un nivel bajo de agotamiento emocional un 10,91% (6); nivel medio de 21,82% (12) y un 67,27% (37) un nivel alto (**Tabla 9. Gráfico 10**)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	6	10,9
	MEDIO	12	21,8
	ALTO	37	67,3
	Total	55	100,0

Tabla 9. Frecuencia y porcentajes de EE en MIR.

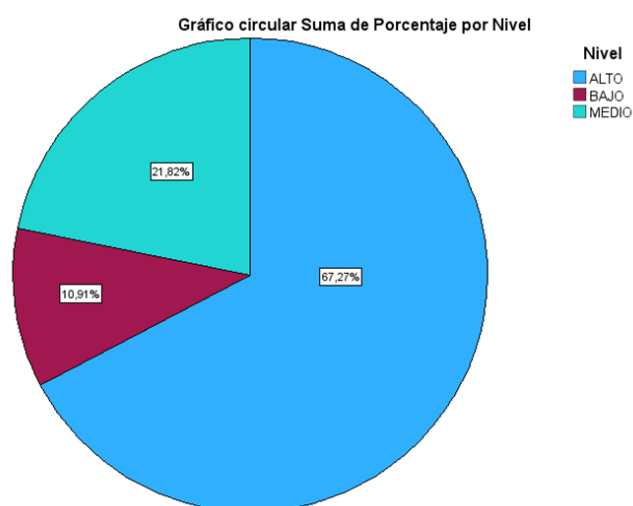


Gráfico 10. Porcentaje de hombres y mujeres MIR según nivel EE

Ahora se realiza un análisis de **EE por sexos**, haciendo una comparativa de ambos en la misma gráfica. Se observa que un 12,73% (7) de los hombres presentan alto nivel de EE frente a un 54,55 % (30) en mujeres, un nivel intermedio de 5,45% (3) en hombres y un 16,36% (9) en mujeres. Con respecto a un nivel bajo de EE se obtuvo un 3,64% (2) en hombres frente al 7,27% (4) en mujeres con una $p>0,05$ (**Gráfico 11**).

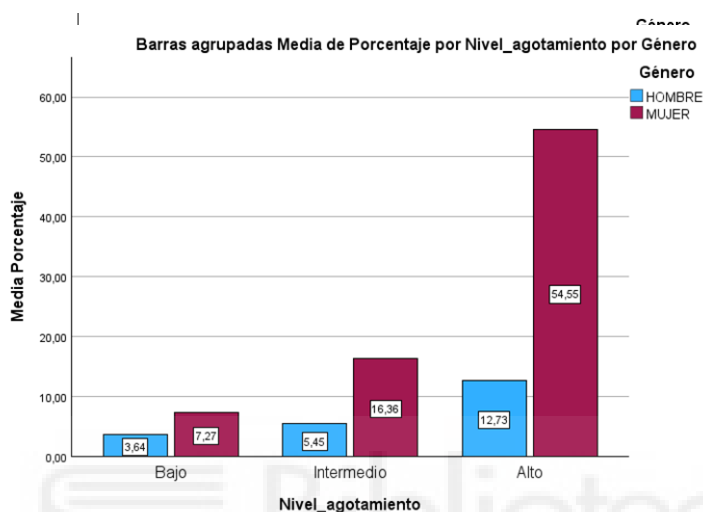


Gráfico 11. D

En cuanto al estudio del **nivel de agotamiento con respecto a la edad** se observa una tendencia de mayor EE conforme se da un aumento de la edad, siendo el grupo con menor nivel de agotamiento emocional los grupos más jóvenes con una media de 29,1 años (**Gráfico 12**)

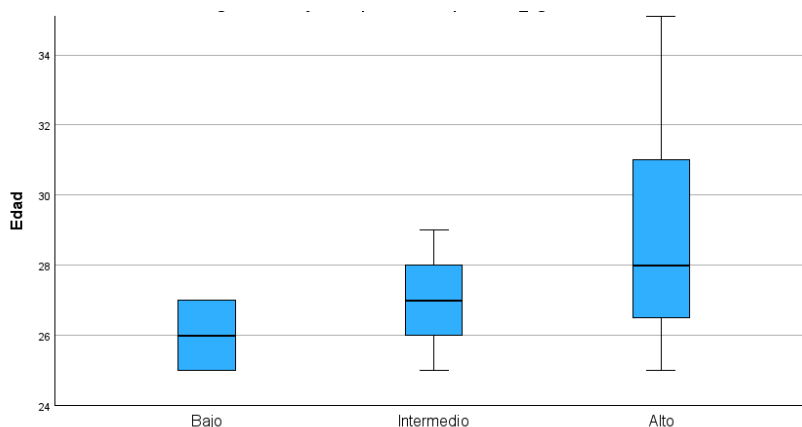


Gráfico 12. Nivel de agotamiento según edad.

Si analizamos nivel de **EE con número de turnos de nocturnidad/guardias** al mes, encontramos que en el grupo de 0 guardias al mes se encuentra un 100% de EE alto; de 1-3 un 33,3% de niveles bajos, 66,7% intermedio y no niveles altos; de 4-6 guardias encontramos un 12,2% bajo nivel, un 18,4% nivel intermedio y un 69,4% en nivel alto; en más de 6 se aprecia un 100% de nivel alto de EE (**Gráfico 13**).

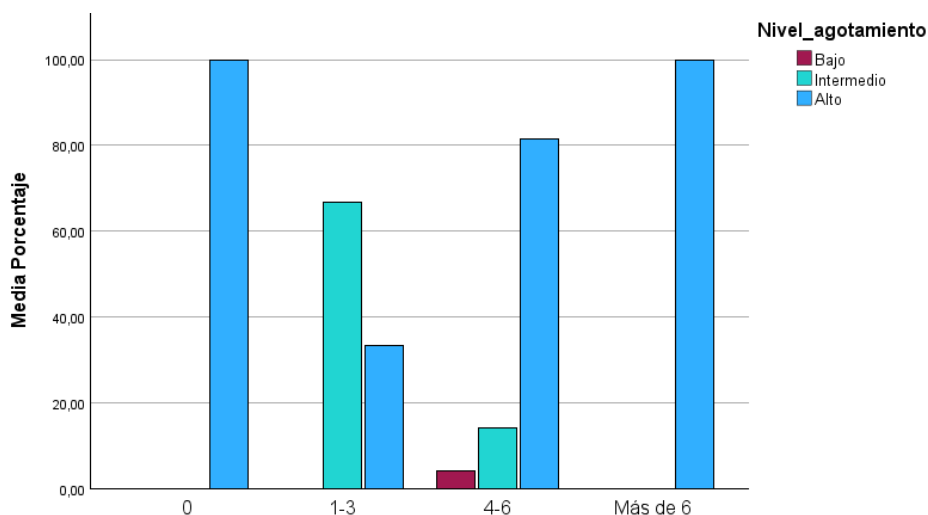


Gráfico 13. Número de guardias al mes y niveles de EE.

B) AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN FEA

La muestra tiene un total de 37 Facultativos Especialistas de área (FEA). Según **sexo** se obtiene un 54,05% (20) mujeres y un 45,95% (17 hombres) (**Tabla 10. Gráfico 14**)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUJER	20	54,1
	HOMBRE	17	46,0
	Total	37	100,0

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de FEA

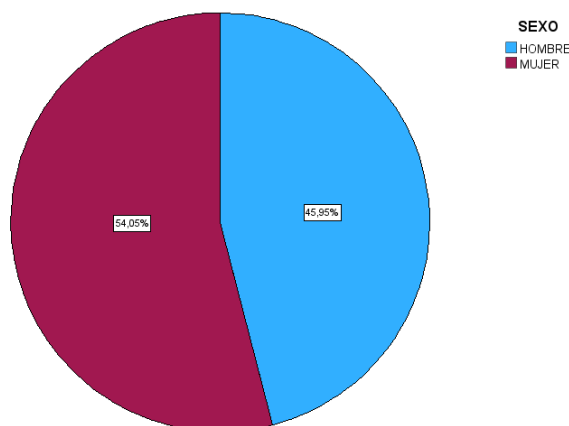


Gráfico 14. Porcentaje de FEA

De las 37 personas que conforman el grupo encontramos con un nivel bajo y medio de EE un 24,32% (9) en cada grupo y de un 51,35% (19) en el nivel alto (**Tabla 11**.

Gráfico 15)

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	19	51,4
Bajo	9	24,3
Medio	9	24,3
Total	37	100,0

Tabla 11. Niveles de EE en FEA

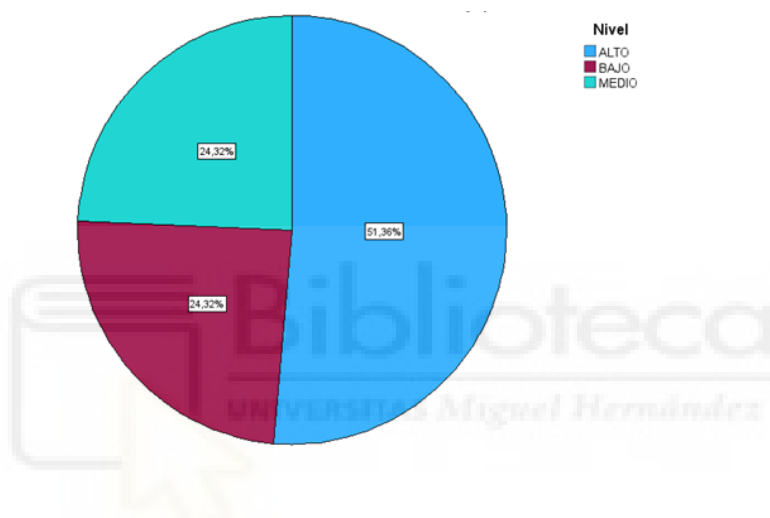


Gráfico 15. Niveles de EE en FEA

Si se analizan los niveles de **agotamiento emocional** en niveles bajos, intermedios y altos según sexo se obtienen: niveles bajos 10,81% (4) hombres y un 13,51% (5), nivel medio de 8,11% (3) hombres y 16,22% (6) mujeres y en niveles altos un 27,03% (10) hombres y un 24,32% (9) mujeres con una $p > 0,05$ (**Gráfico 16**)

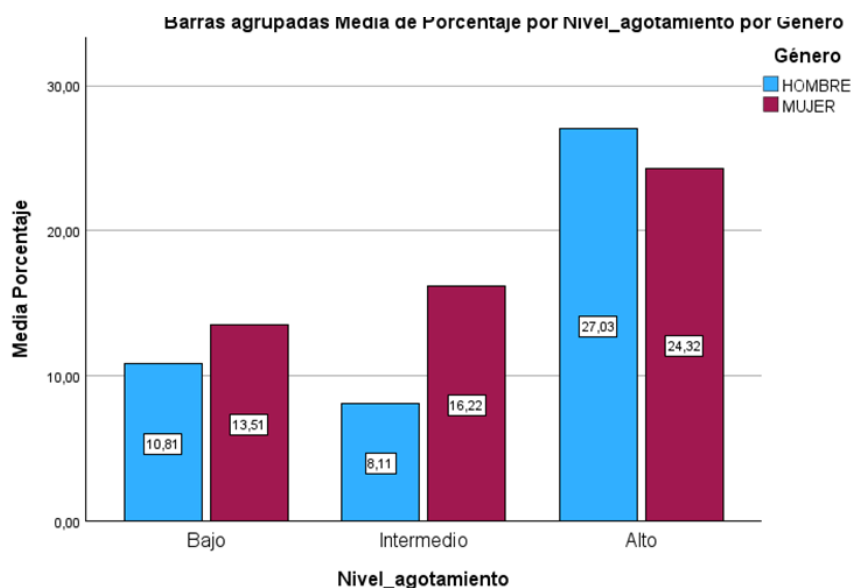


Gráfico 16. Nivel de EE según sexo

Los FEA que tienen un agotamiento emocional bajo tienden a tener una edad algo mayor que en el nivel medio o alto. En el nivel alto hay mayor dispersión de edad con mínimo y máximos más amplios que en los otros niveles (**Gráfico 17**)

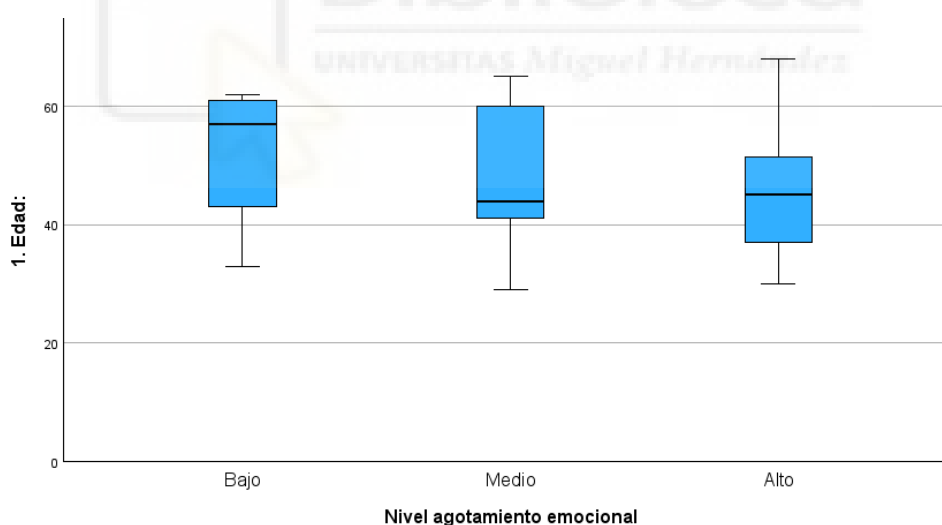


Gráfico 17. Nivel de agotamiento según edad.

En cuanto a nivel de **guardias/turnos de nocturnidad** se observa que el nivel más alto de EE en los FEA son los que realizan de 1-3 guardias/turnos de nocturnidad al mes (85,7%). Los FEA que realizan más de 6 guardias/turnos de nocturnidad presentan mayor porcentaje de agotamiento bajo (60%). En el grupo de 0 guardias no

se observa una clara tendencia. En el grupo de 4-6 no se observan gran dispersión

(Gráfico 18)

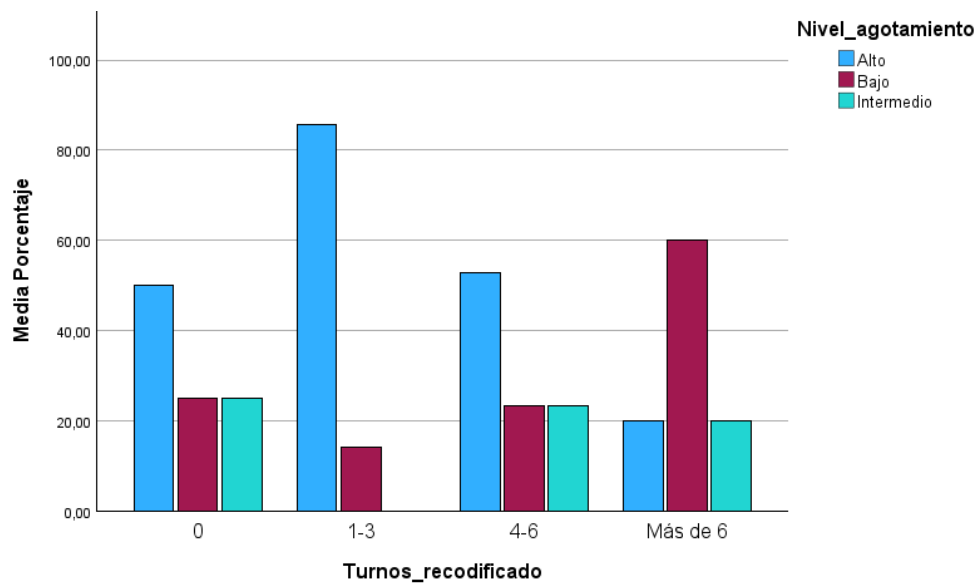


Gráfico 18. Nivel de EE según número de guardias en porcentaje

C) AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN EIR

De la muestra de EIR el 100% (11) son mujeres. No hay presencia de hombres **(Tabla 12. Gráfico 19)**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUJER	11	100,0
	HOMBRE	0	,0
	Total	11	100,0

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de EIR

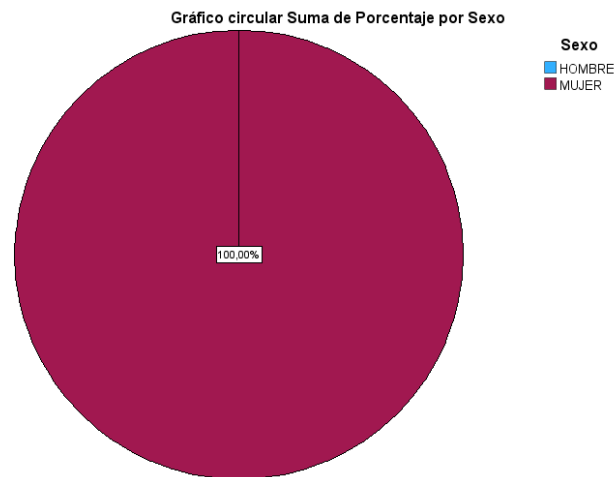


Gráfico 19. Porcentaje de EIR.

De los 11 EIR, un 18,18% (2) personas presentaron nivel bajo de EE, 54,55% (6) un nivel intermedio y un 27,27% (3) un nivel alto. (**Tabla 13. Gráfico 20**)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	2	18,2
	MEDIO	6	54,6
	ALTO	3	27,3
	Total	11	100,0

Tabla 13. Niveles de EE en EIR.

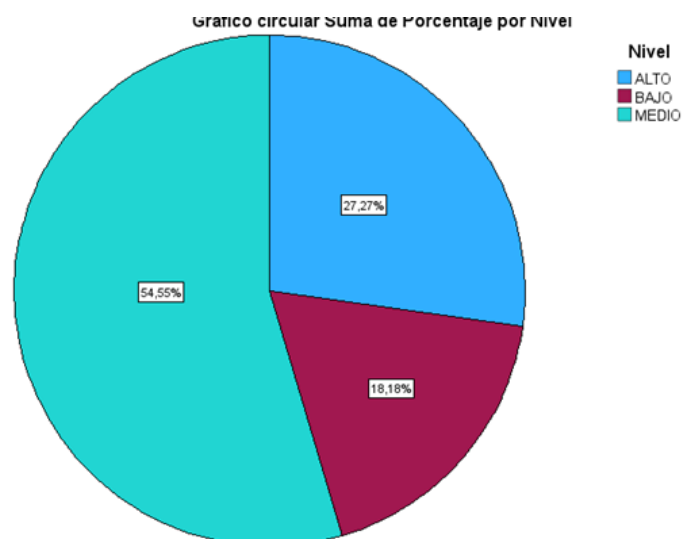


Gráfico 20. Porcentaje de EE en EIR

Dividiendo los EIR por **sexo y agotamiento emocional** obtenemos que la distribución es completamente de mujeres ya que no hay hombres en la presente muestra. De las 11 EIR, un 18,18% (2) personas presentaron nivel bajo de EE, 54,55% (6) un nivel intermedio y un 27,27% (3) un nivel alto (**Gráfico 21**)

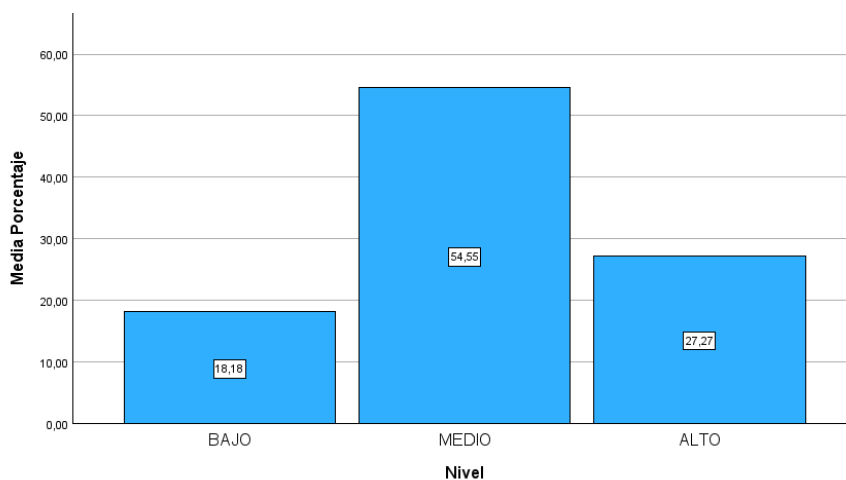


Gráfico 21. Distribución EE según niveles en EIR.

En cuanto a la relación entre nivel de agotamiento emocional y la edad de los EIR en cuanto al nivel bajo la media está en 26 años DE 2,83, en el nivel medio unos 27 años DE 2,28 y en el nivel alto una media de 27 años sin variación (**Gráfico 22**)

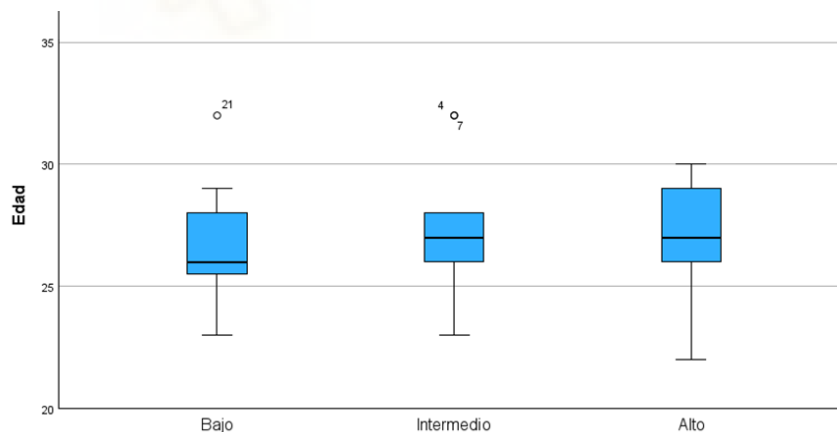


Gráfico 22. Agotamiento emocional según edad en EIR.

En cuanto a la relación entre nivel número de guardias y nivel de agotamiento emocional en EIR obtenemos que aquellos EIR que realizan de 1-3 guardias al mes presentan un 77,33% de alto nivel de EE siendo este porcentaje del 89.92% en los que realizan de 4-6 guardias (**Gráfico 23**)

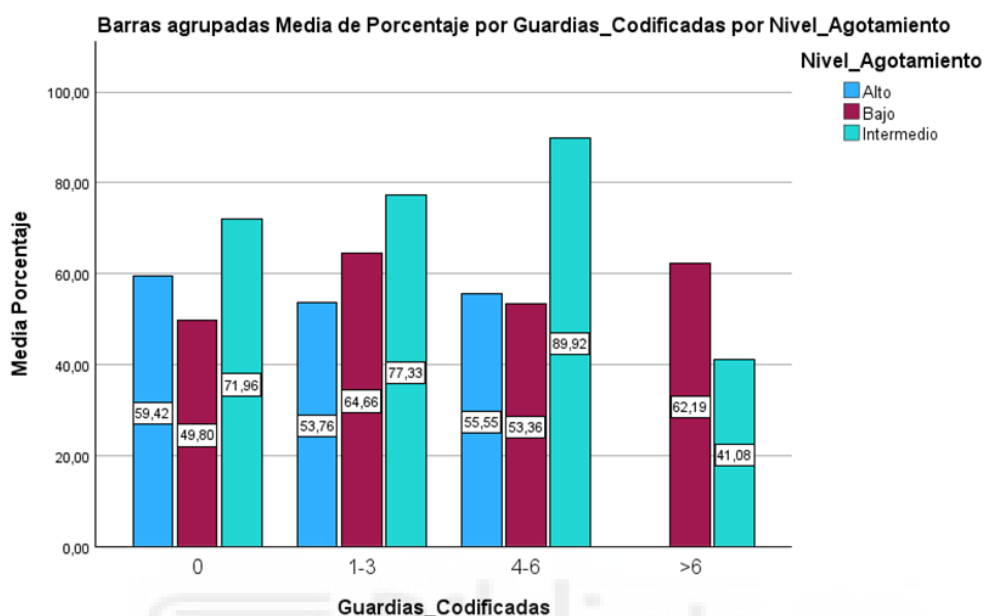


Gráfico 23. Nivel de agotamiento según guardias en EIR.

D) AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN DUE

En total hay 28 Diplomados Universitarios en Enfermería en la muestra. De ellos 78,57% (22) son mujeres y un 21,43% (6) son hombres (**Tabla 11. Gráfica 24**).

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUJER	22	78,6
	HOMBRE	6	21,4
	Total	28	100,0

Tabla 14. DUE según sexo

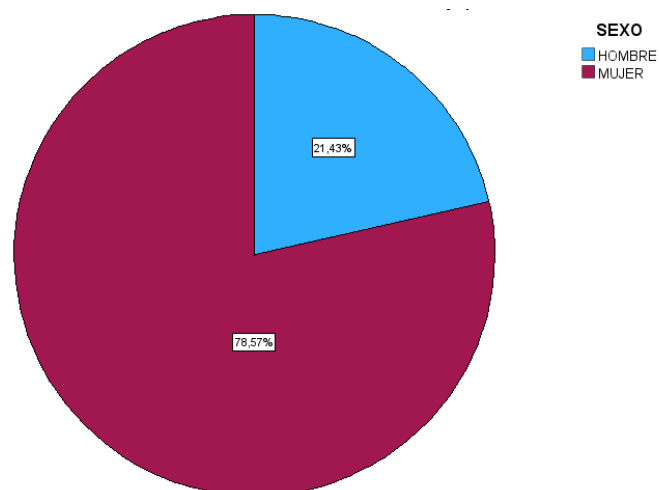


Gráfico 24. Porcentaje de DUE

De los 28 DUE de la muestra presentan un nivel bajo de EE un 28,57% (8), nivel intermedio un 14,29% (4) y un nivel alto del 57,14% (16) (**Tabla 15. Gráfica 25**).

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	8	28,6
	MEDIO	4	14,3
	ALTO	16	57,1
	Total	28	100,0

Tabla 15. Nivel de agotamiento en DUE

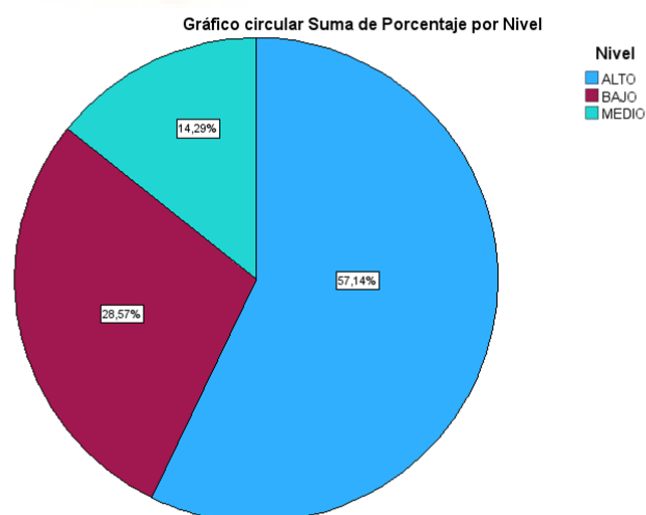


Gráfico 25. Porcentaje de EE según nivel

Con respecto al análisis de DUE por sexo, se encuentra un nivel bajo en un 28,57% (8) de los cuales un 7,14% (2) son hombres y 21,43% (6) mujeres. En niveles medios el 14,29% (4) corresponden en su totalidad a mujeres. En niveles altos tenemos un 57,14% (16) de los cuales el 14,29% (4) son hombres y un 42,86% (12) mujeres ($p > 0,05$) (**Gráfica 26**).

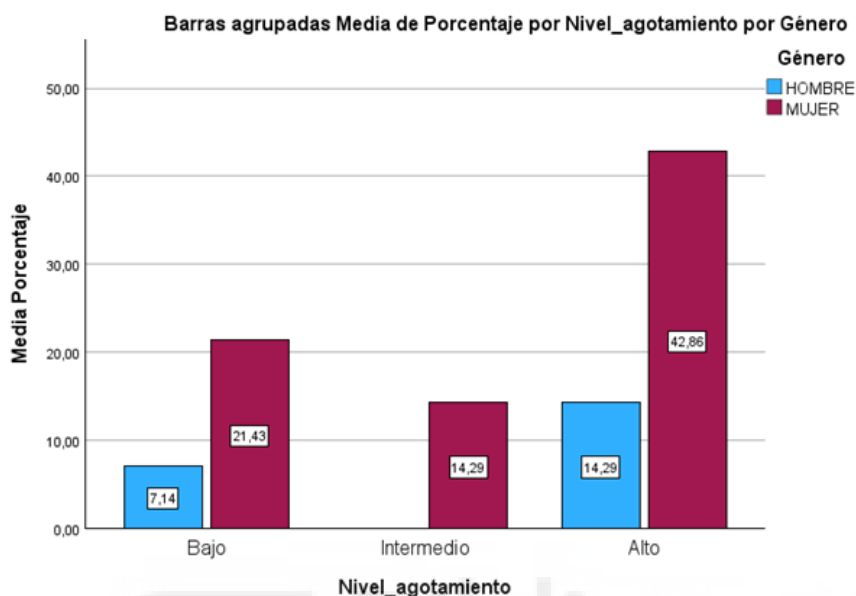


Gráfico 26. Nivel de agotamiento según sexo

Los DUE con EE bajo son los de mayor edad, el grupo intermedio debido a la muestra reducida su análisis es limitado, pero muestra edades jóvenes. Sin embargo, el grupo con EE alto tiene una media de 34,8 años, pero con gran dispersión (**Gráfica 27**).

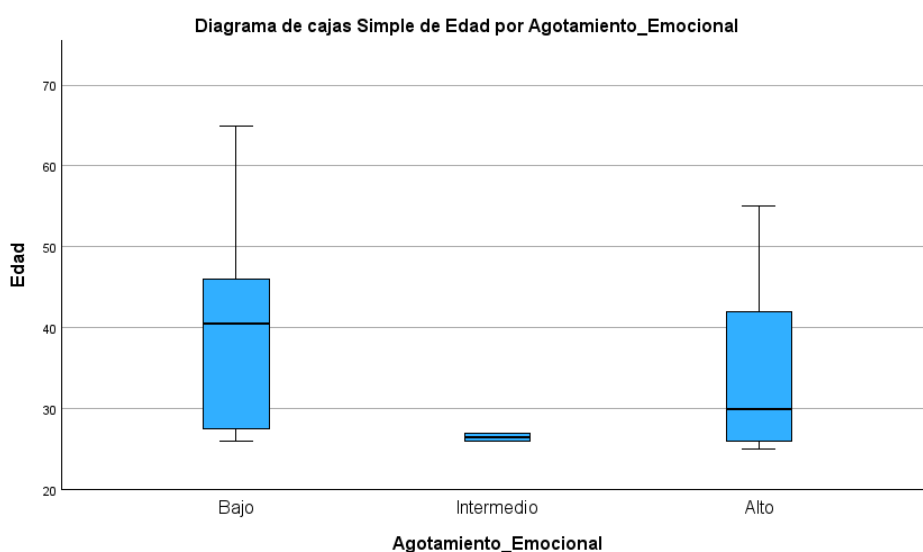


Gráfico 27. Nivel de agotamiento según edad

Analizando las guardias los niveles más altos de EE están en aquellos que hacen de 1-3 guardias al mes con un 85,71%, los que hacen 4-6 o más de 6 guardias el EE alto es del 50%. Con respecto a un nivel bajo de EE el mayor porcentaje se concentra en aquellos que hacen de 4-6 guardias (40%) **(Gráfica 28)**

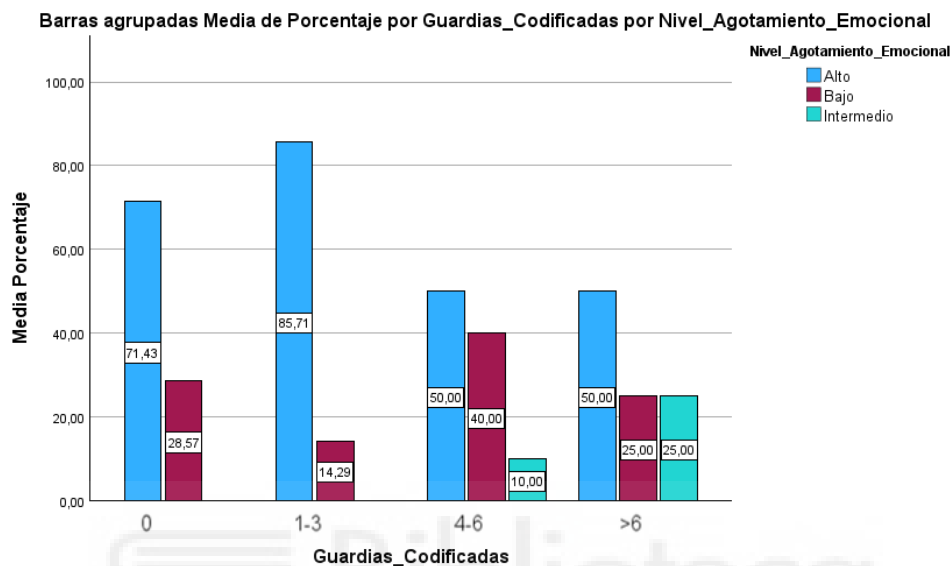


Gráfico 28. Nivel de agotamiento según guardias al mes

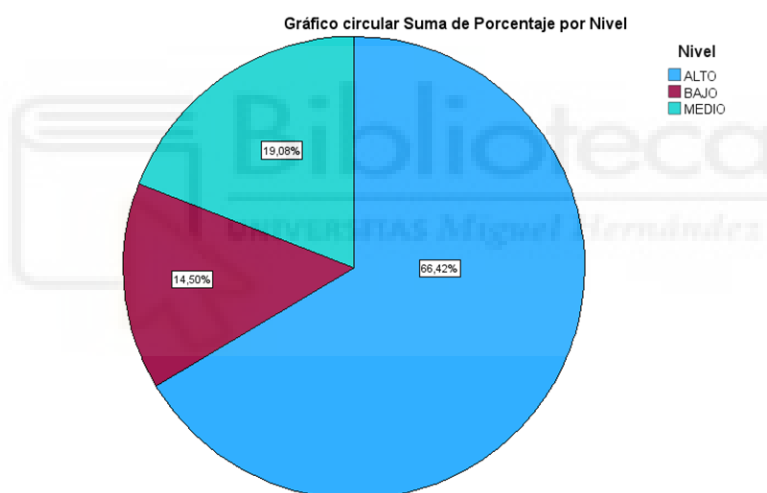
6.1.2 DESPERSONALIZACIÓN (D)

En cuanto al estudio de la subescala de la despersonalización (D desde ahora en adelante) tiene como puntos de corte (**Tabla 17. Gráfica 29**)

- **<6: bajo nivel despersonalización: 14,50% (19)**
- **6-9: nivel medio despersonalización: 19,08% (25)**
- **≥ 10: alto nivel despersonalización: 66,41% (87)**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	19	14,5
	MEDIO	25	19,1
	ALTO	87	66,4
	Total	131	100,0

Tabla 16. Frecuencias y porcentajes sobre la intensidad de subescala D



Gráfica 29. Porcentajes de D

Ahora se realiza un análisis de **D por sexos**, haciendo una comparativa de ambos sexos en la misma gráfica. Se observa una D baja del 14,50% (19) del 3,82% (5) hombres y 10,69% (14) mujeres, niveles intermedios de 19,08% (25) con un 3,82% (5) hombres y un 15,27% (20) mujeres. En niveles altos tenemos un 66,41% (87) con un 19,08% (25) hombres y un 47,33% (62) mujeres ($p > 0,05$) (**Gráfico 30**)

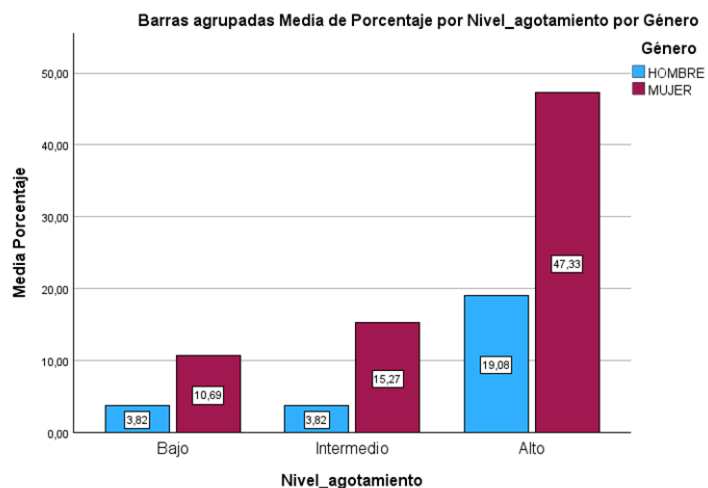


Gráfico 30. Porcentaje de D por sexo

A) DESPERSONALIZACIÓN EN MIR

En cuanto al análisis del **nivel de D** en los MIR presentan un 9,09% (5) un bajo nivel de EE, 10,91% (6) y un 80% (44) altos niveles (**Tabla 17. Gráfico 31**)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	5	9,1
	MEDIO	6	10,9
	ALTO	44	80,0
	Total	55	100,0

Tabla 17. Frecuencia y porcentajes de D en MIR.

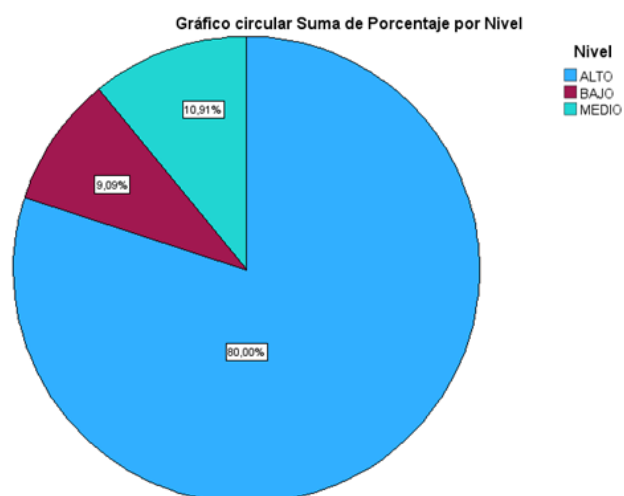


Gráfico 31. Porcentaje de D en MIR

En cuanto al análisis del nivel de **D según sexo** encontramos (**Gráfico 32.**)

Nivel bajo: en hombres 3,64% (2) frente al 5,45% (3) en mujeres

Nivel intermedio: hombres 1,82% (1), mujeres 9,09% (5)

Nivel alto: hombres 16,36% (9), mujeres 63,64%(35) $p > 0,05$

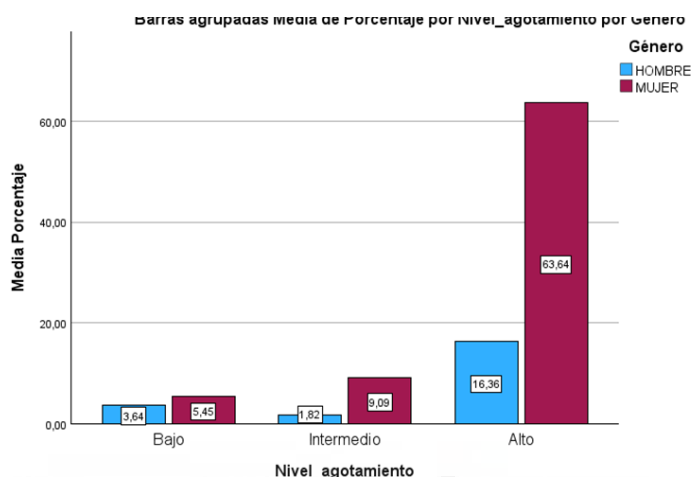


Gráfico 32. Distribución de despersonalización según niveles y sexo en MIR

En cuanto al estudio del **nivel de agotamiento con respecto a la edad** se observa una tendencia de mayor de D conforme se da un aumento de la edad. En el nivel bajo la edad está más concentrada y homogénea (**Gráfico 33**)

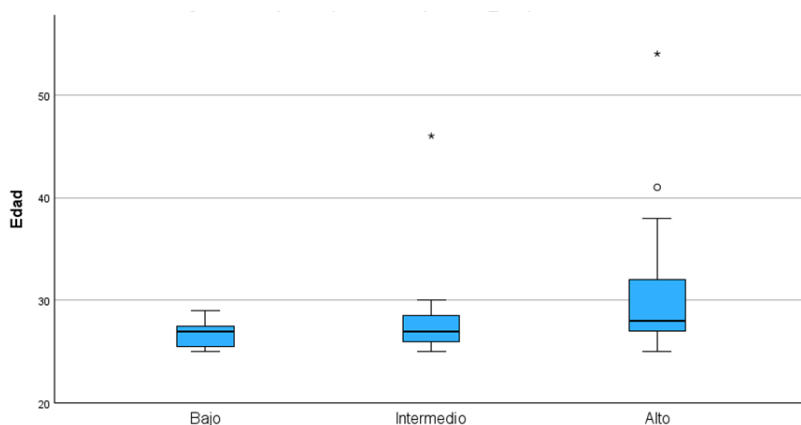


Gráfico 33. Nivel de despersonalización según edad.

Si analizamos nivel de **D con número de turnos de nocturnidad/guardias** al mes, de 1-3 un 66,67% de alto nivel de D, en los que realizan de 4-6 guardias al mes un 65,31% y en más de 6 un 50% (**Gráfico 34**)

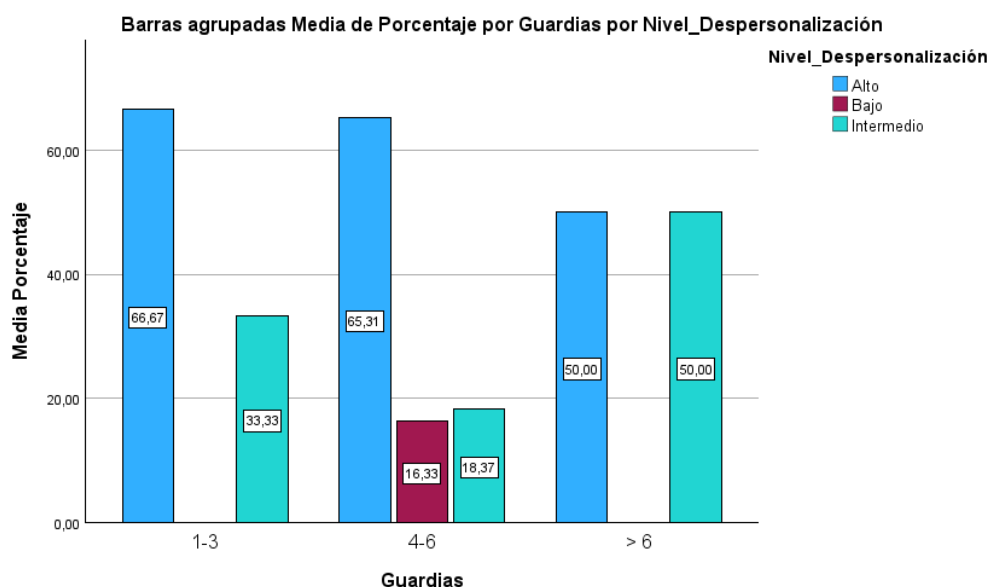


Gráfico 34. Número de guardias al mes y niveles de D

B) DESPERSONALIZACIÓN EN FEA

De las 37 personas que conforman el grupo encontramos con un nivel bajo de D un 18,92 (7), nivel medio con un 21,62 (8) y un nivel alto con 59,46% (22) (**Tabla 18**.

Gráfico 35)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	7	18,9
	MEDIO	8	21,6
	ALTO	22	59,5
	Total	37	100,0

Tabla 18. Niveles de D en FEA

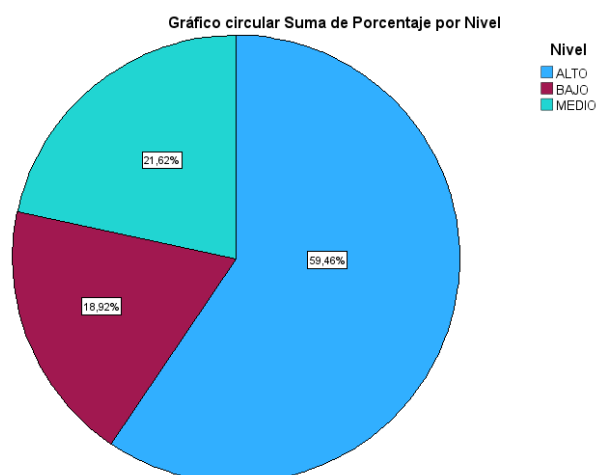


Gráfico 35. Niveles de D en FEA

Si se analizan los niveles de **despersonalización** según sexo presentan niveles bajos el 18,92% (7) con un 5,41% (2) hombres y un 13,51% (5) mujeres, niveles intermedios del 21,62% (8) con un 8,11% (3) hombres y un 13,51% (5) mujeres y niveles altos del 59,46% con un 32,43% (12) hombres y un 27,03% (10) mujeres $p > 0,05$ (**Gráfico 36**)

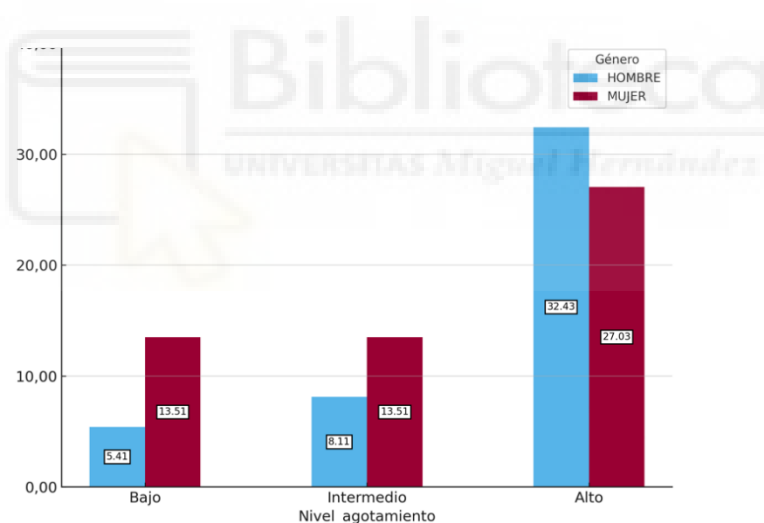


Gráfico 36. Nivel de D según sexo en FEA

Los FEA que tienen un bajo nivel de depersonalización tienden a tener una edad media ligeramente superior con una distribución más concentrada y menor dispersión, en nivel intermedio mayor variabilidad en la edad (**Gráfico 37**)

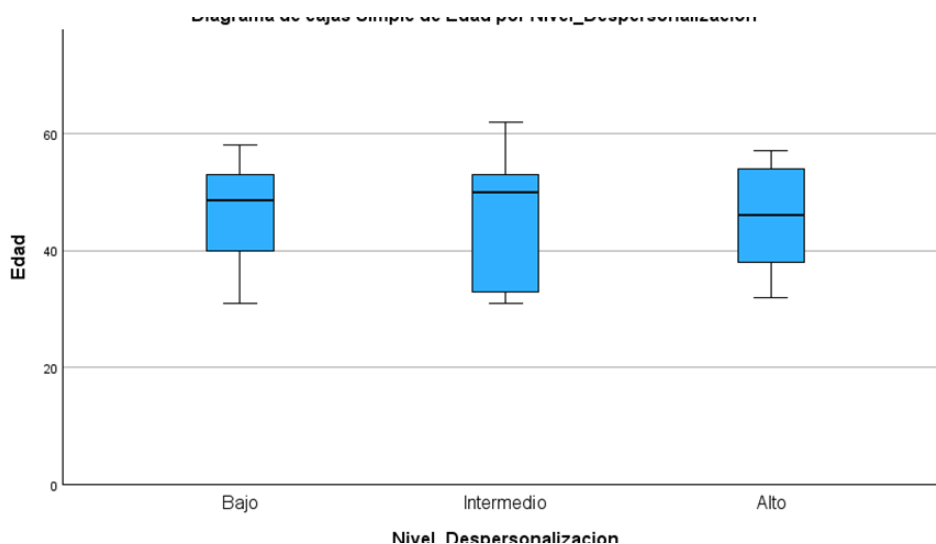


Gráfico 37. Nivel de D según edad.

En cuanto a nivel de **guardias/turnos de nocturnidad** se observa que **predomina el nivel bajo de despersonalización** en aquellos que no realizan guardias. Entre 1-3 niveles intermedio y altos de D. En la categoría de 4-6 se presenta una distribución más equilibrada mientras que en el grupo de más de 6 guardias predomina el nivel intermedio (**Gráfico 38**)

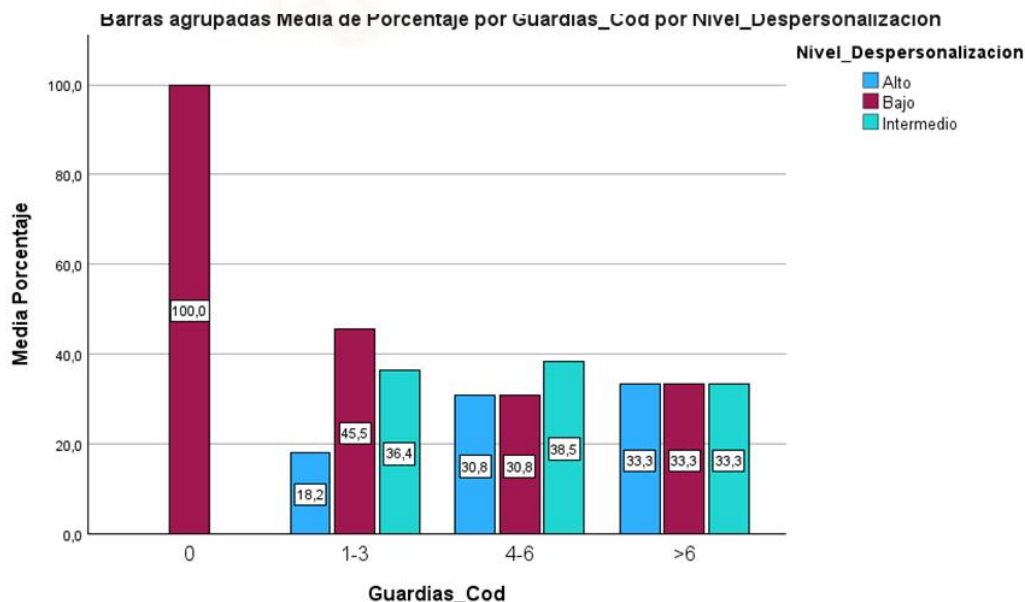


Gráfico 38. Nivel de D según número de guardias.

C) DESPERSONALIZACIÓN PERSONAL EN EIR

De los 11 EIR un 9,09% (1) presentan nivel bajo, 27,27% (3) nivel intermedio y un 63,64% (7) nivel alto de despersonalización personal (**Tabla 19. Gráfico 39**)

		Nivel	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	1	9,1
	MEDIO	3	27,3
	ALTO	7	63,6
	Total	11	100,0

Tabla 19. Niveles de EE en EIR.

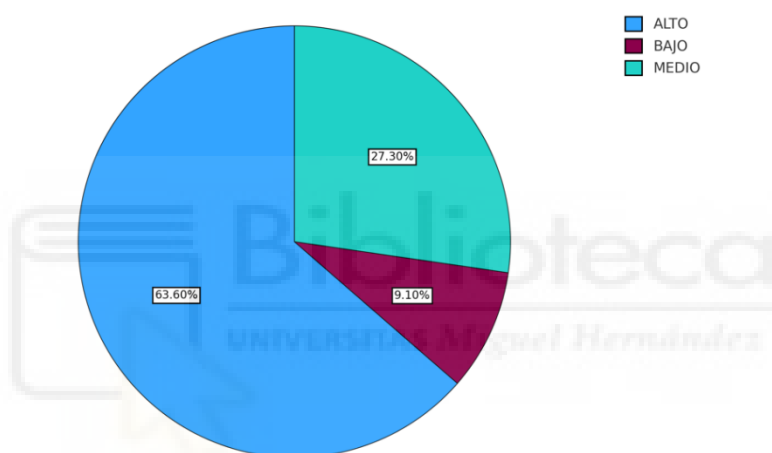


Gráfico 39. Porcentaje de EE en EIR

Dividiendo los EIR por **sexo y la despersonalización** obtenemos que la distribución es completamente de mujeres ya que no hay hombres en la presente muestra. De las 11 EIR, un 63,64% (7) personas presentaron nivel alto de D, 27,27% (3) un nivel intermedio y un 9,09% (1) nivel bajo (**Gráfico 40**)

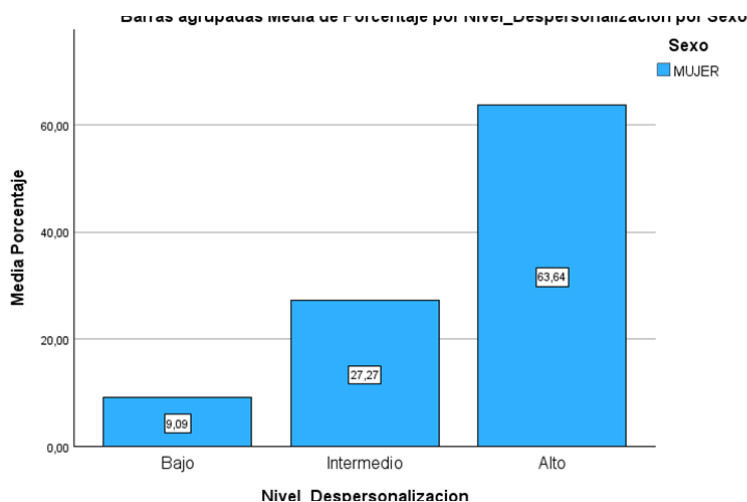


Gráfico 40. Distribución D según niveles en EIR.

En cuanto a la relación entre nivel de depersonalización y la edad de los EIR en cuanto al nivel bajo la media está en 27,29 años DE 1,80, en el nivel medio 27 años DE 0,0 (todos tienen la misma edad) y en el nivel alto una media de 23 años sin variación al ser el $n=1$ (**Gráfico 41**)

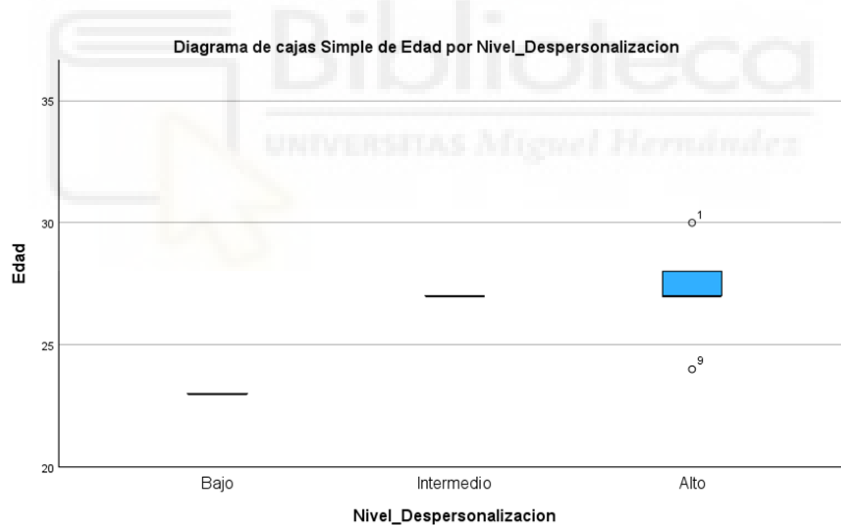


Gráfico 41. Depersonalización según edad en EIR.

En cuanto a la relación entre nivel **número de guardias y nivel de agotamiento emocional** en EIR obtenemos que aquellos EIR que realizan de 1-3 guardias al mes presentan un 100% de alto nivel de D siendo este porcentaje del 33,33% en los que realizan de 4-6 guardias. En la muestra no hay registros de EIR que no realicen guardias o más de 6 (**Gráfico 42**)

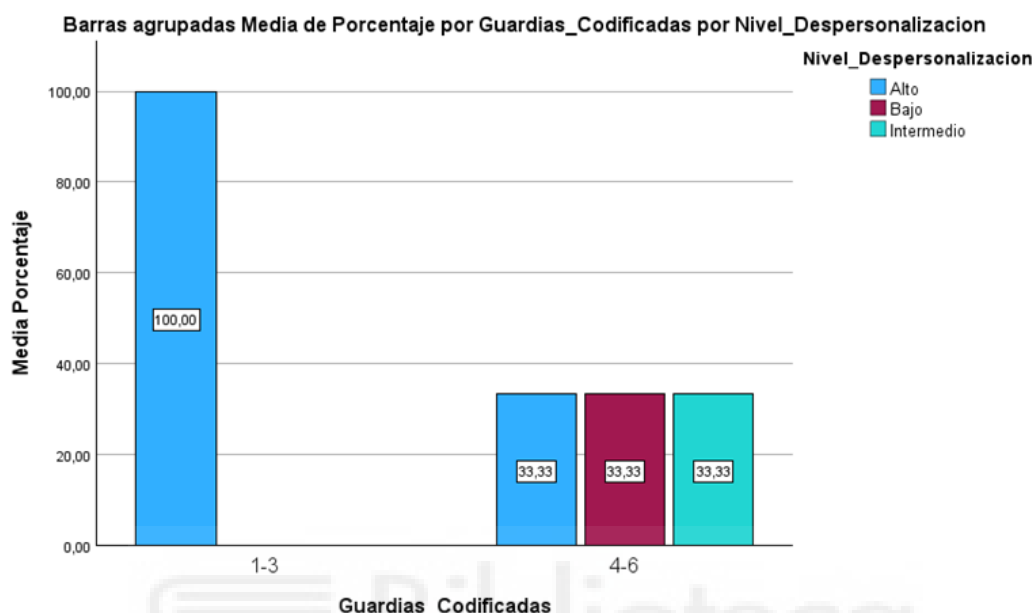


Gráfico 42. Nivel de despersonalización según guardias en EIR.

D) DESPERSONALIZACIÓN EN DUE

De los 28 DUE de la muestra presentan un 21,43% (6) un nivel bajo, un 28,57% (8) nivel intermedio y un 50% (14) nivel alto de despersonalización (**Tabla 20. Gráfica 43**).

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	6	21,4
	MEDIO	8	28,6
	ALTO	14	50,0
	Total	28	100,0

Tabla 20. Nivel de despersonalización en DUE

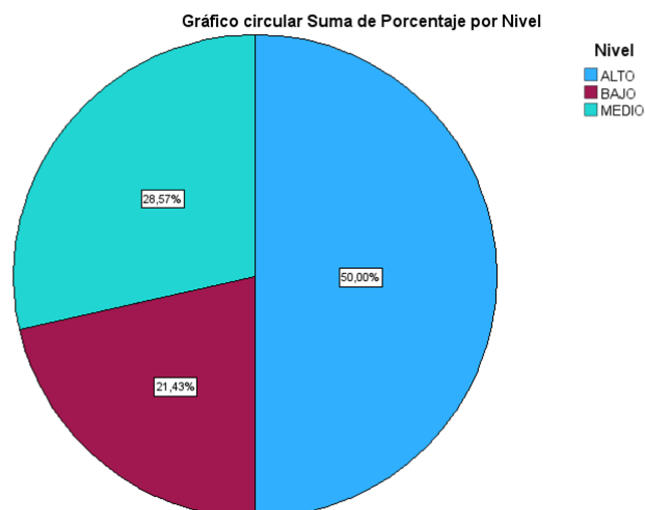


Gráfico 43. Porcentaje según nivel despersonalización

Con respecto al análisis de la **despersonalización por sexo**, se encuentra un nivel bajo de D en un 21,43% un 3,57% (1) hombre y 17,86% (5) mujeres, niveles intermedios de 28,57% (8) con un 3,57% (1) y un 25% (7) mujeres y en nivel alto un 50% con un 14,29% de mujeres y un 35,71% (10) hombres (**Gráfica 44**).

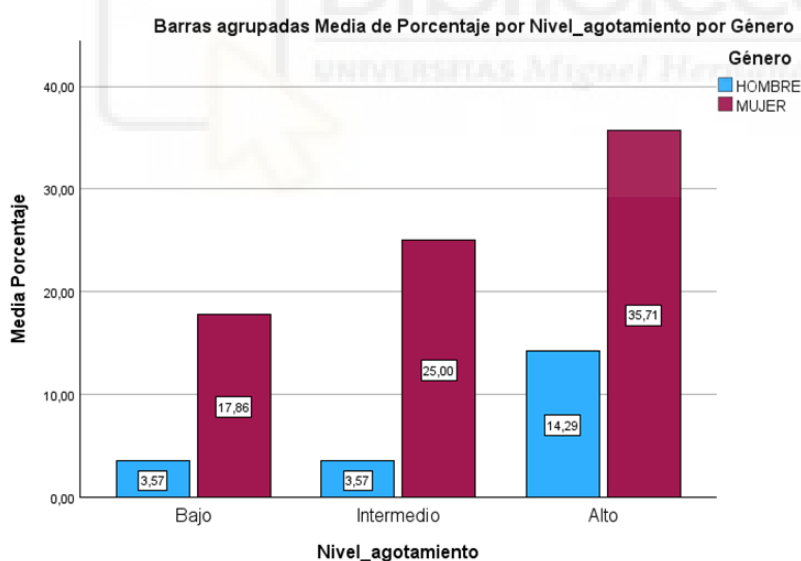


Gráfico 44. Nivel de despersonalización según sexo

Los DUE con nivel alto de despersonalización tienden a ser más jóvenes. A medida que aumenta la edad hay un desplazamiento hacia niveles intermedios o bajos. En niveles alto la media de edad es de 32,14, nivel intermedio de 40,62 años con una DE de 14,26 y nivel bajo de 37,33 años (**Gráfica 45**).

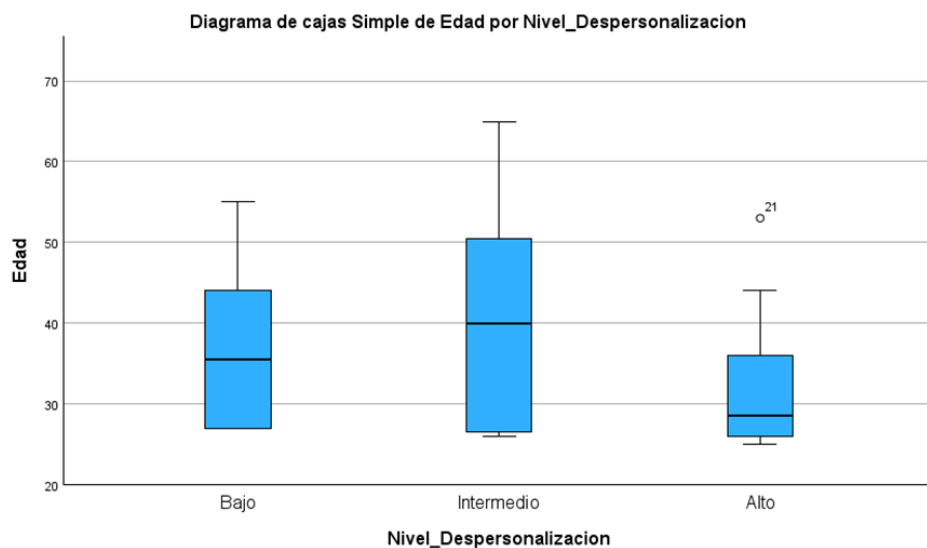


Gráfico 45. Nivel de depersonalización según edad

Analizando las guardias los niveles más altos de depersonalización los DUE que realizan de 1-3 guardias son los que presentan mayor porcentaje de depersonalización (71,43%), los que realizan de 4-6 presentan una distribución más equilibrada y con más de 6 guardias el nivel de D alto e intermedio está en 50% (Gráfica 46)

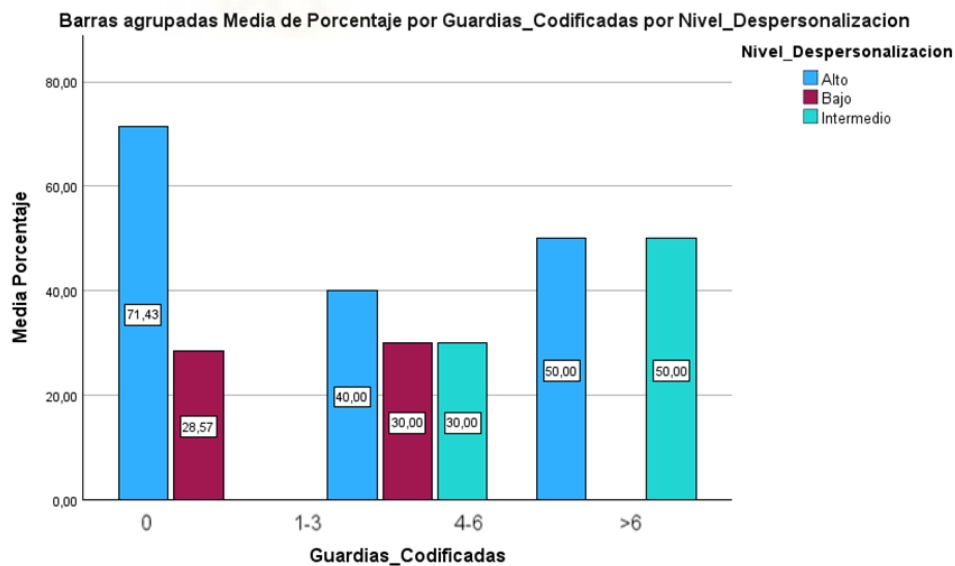


Gráfico 46. Nivel de depersonalización según guardias al mes

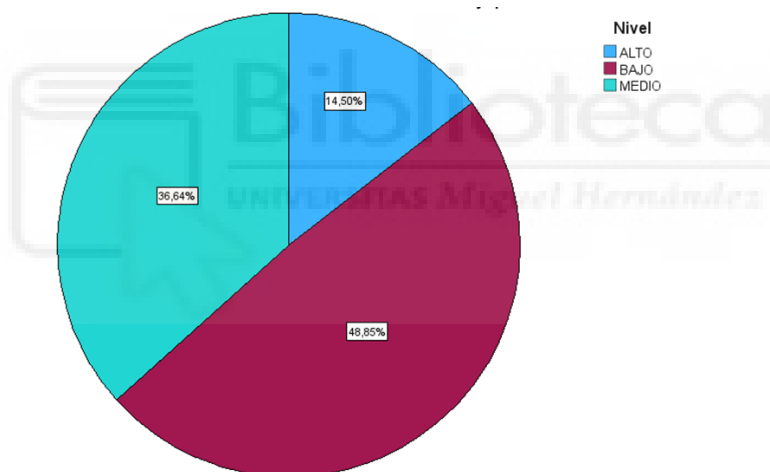
6.1.3 REALIZACIÓN PERSONAL (PA)

En cuanto al estudio de la subescala de la realización personal (PA desde ahora en adelante) tiene como puntos de corte (**Tabla 21. Gráfica 47**)

- **0-33: baja realización personal:** 48,85% (64 personas)
- **34- 39: nivel medio realización personal:** 36,64% (48)
- **≥40: alto nivel de realización personal:** 14,5% (19)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	64	48,9
	MEDIO	48	36,6
	ALTO	19	14,5
	Total	131	100,0

Tabla 21. Frecuencias y porcentajes sobre la realización personal



Gráfica 47. Porcentajes de realización personal

Ahora se realiza un análisis de **realización personal por sexos** se obtiene un 48,85% de PA bajo con un 16,03% (21) hombres y un 32,82% (43) mujeres, niveles intermedios del 36,64% (48) con un 8,40% (11) hombres y un 28,24% (37) mujeres y un nivel alto de 14,5% (19) con un 2,29% (3) hombres y un 12,21% (16) mujeres (**Gráfico 48**)

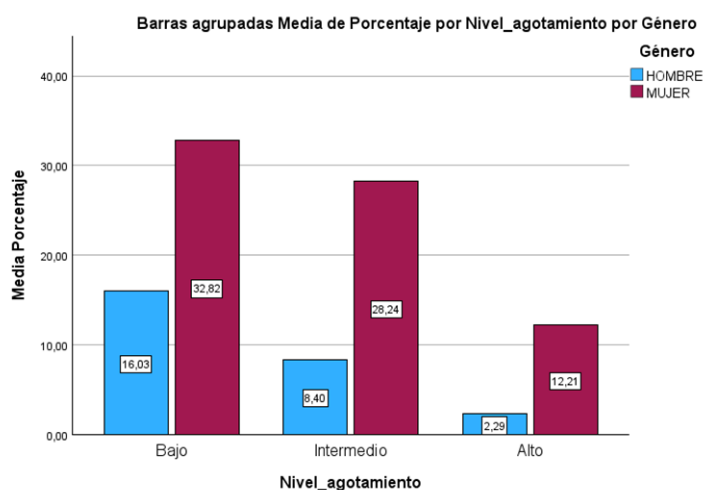


Gráfico 48. Porcentaje de realización personal según sexo

A) REALIZACIÓN PERSONAL EN MIR

En cuanto al análisis del **nivel de PA** en los MIR presentan un 56,35% (31) un bajo nivel de PA, 32,73% (18) nivel intermedio y un 10,91% (6) altos niveles (**Tabla 22. Gráfico 49**)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	31	56,4
	MEDIO	18	32,7
	ALTO	6	10,9

Tabla 22. Frecuencia y porcentajes de realización personal en MIR.

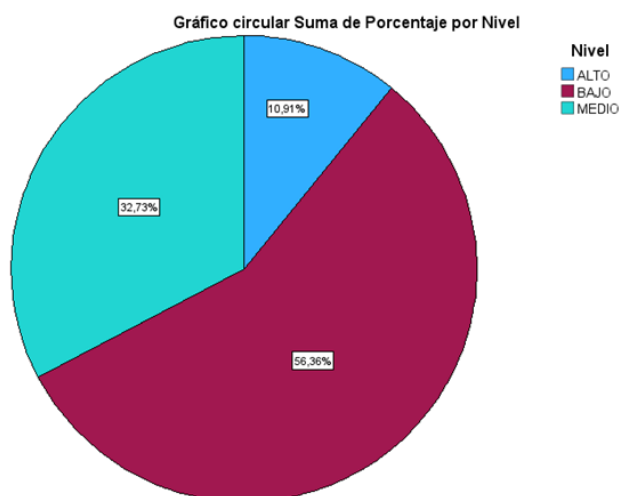


Gráfico 49. Porcentaje de hombres y mujeres MIR según nivel de realización personal

En cuanto al análisis del nivel de **realización personal según sexo** encontramos **(Gráfico 50)**:

Nivel bajo: 12,73% (7) hombres y un 43,64% (24) mujeres

Nivel intermedio: 7,27% (4) hombres y un 25,45 % (14) mujeres

Nivel alto: 1,82% (1) y 9,09% (5) mujeres $p>0,05$

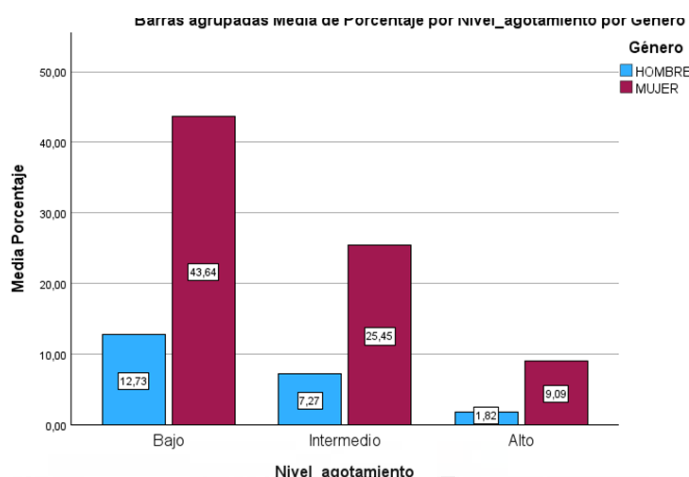


Gráfico 50. Distribución de realización personal según niveles y sexo en MIR

En cuanto al estudio del **nivel de realización personal con respecto a la edad** se observa ligera tendencia a que los MIR con mayor realización personal sean más jóvenes con una media de 27,83 años DE 2,79. En nivel intermedio una edad media de 29 años y en nivel bajo de 29,65 años siendo la **edad media** fue similar en los tres grupos (alta, media y baja) **(Gráfico 51)**

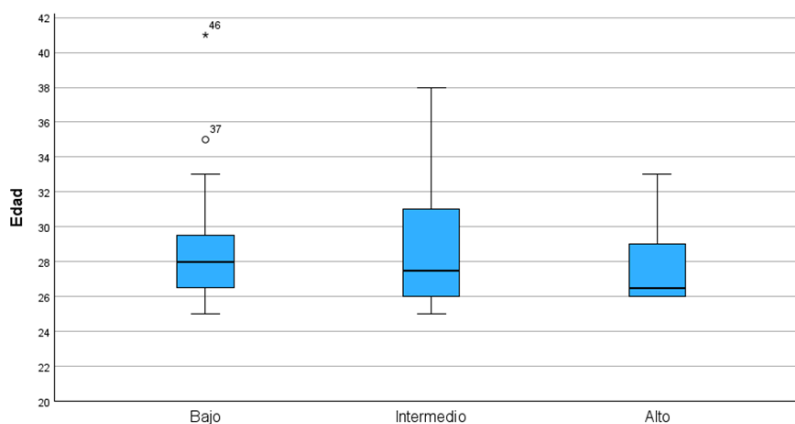


Gráfico 51. Nivel de realización personal según edad.

Si analizamos nivel de **PA con número de turnos de nocturnidad/guardias** al mes, de 1-3 un 100% de nivel intermedio, en los que realizan de 4-6 guardias al mes un 59,18% de nivel intermedio y con respecto a más de 6 turnos 50% tanto nivel bajo como alto (**Gráfico 52**)

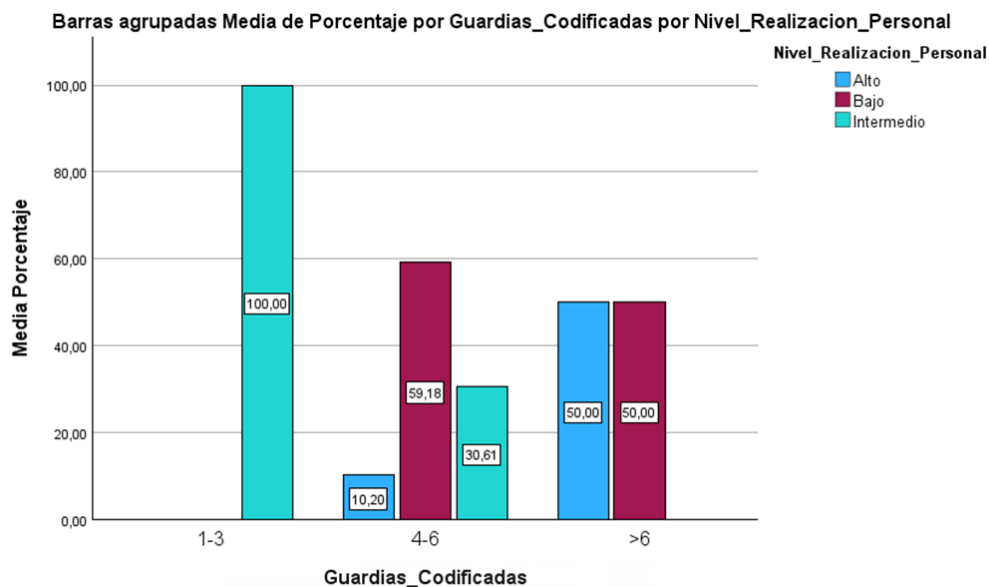


Gráfico 52. Número de guardias al mes y niveles de realización personal

B) REALIZACIÓN PERSONAL EN FEA

De las 37 personas que conforman el grupo encontramos Nivel bajo: 16 personas (43,24 %), un nivel intermedio: 15 personas (40,54 %) y un nivel alto: 6 personas (16,22 %) (**Tabla 23. Gráfico 53**)

		Nivel	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	16	43,2
	MEDIO	15	40,5
	ALTO	6	16,2
	Total	37	100,0

Tabla 23. Niveles de PA en FEA

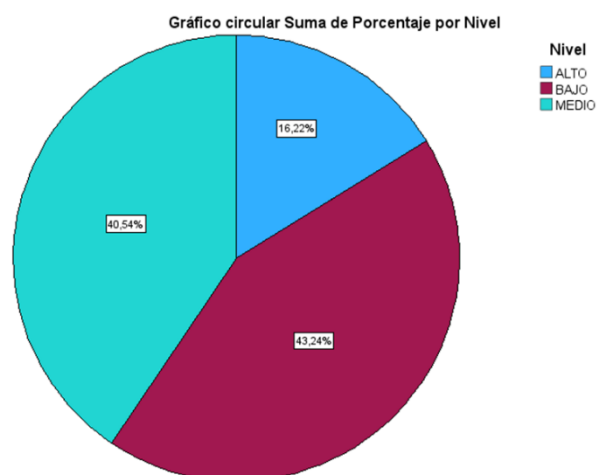


Gráfico 53. Niveles de PA en FEA

Si se analizan los niveles de **realización personal** en niveles bajos 43,24% (16) con un 29,73% (11) hombres y 13,51% (5) mujeres, nivel intermedio 40,54% (15) con un 13,51% (5) y un 27,03% (10) mujeres y niveles altos con un 16,22% (6) de los cuales 2,70% (1) hombres y un 13,51% (5) mujeres (**Gráfico 54**)

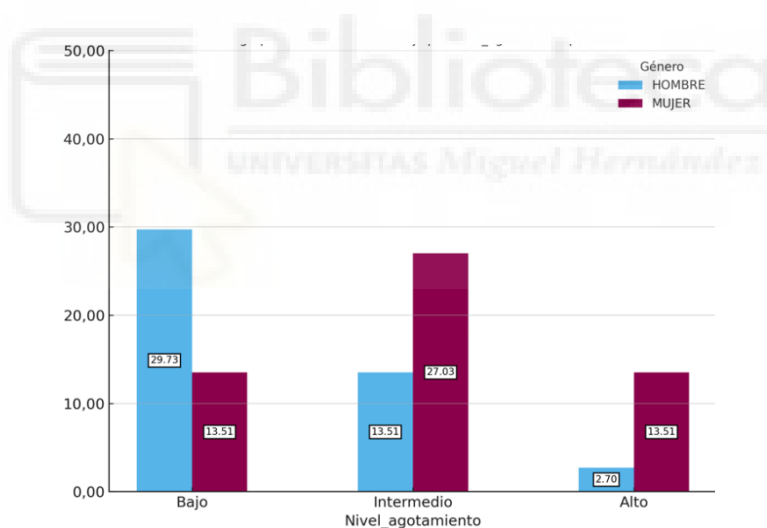


Gráfico 54. Nivel de realización personal según sexo

Los FEA con **mayor realización personal tienden a ser los de mayor edad**. La edad media en nivel alto es de 56,83 años, nivel intermedio de 44,27 y nivel bajo de 47,81 años (**Gráfico 55**)

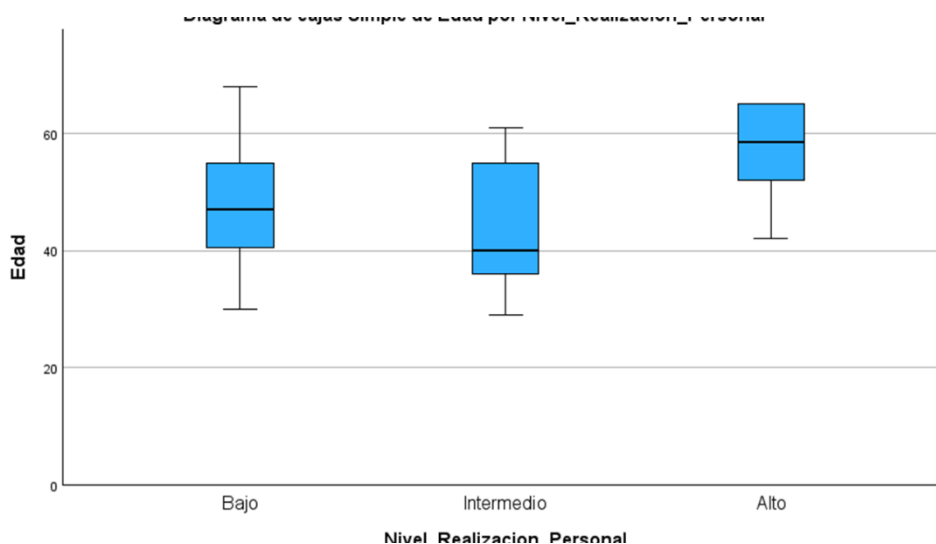


Gráfico 55. Nivel de PA según edad.

En cuanto a nivel de **guardias/turnos de nocturnidad** se observa que entre 1-3 el 57,14% presenta nivel bajo, el 42,86% nivel intermedio sin registrar nivel alto. Entre 4-6 guardias el 41,18% presentan un nivel bajo, 47,06% un nivel intermedio y solo el 11,76% un nivel alto. En > 6 guardias se observa nivel bajo y alto con el mismo porcentaje (40%)(**Gráfico 56**)

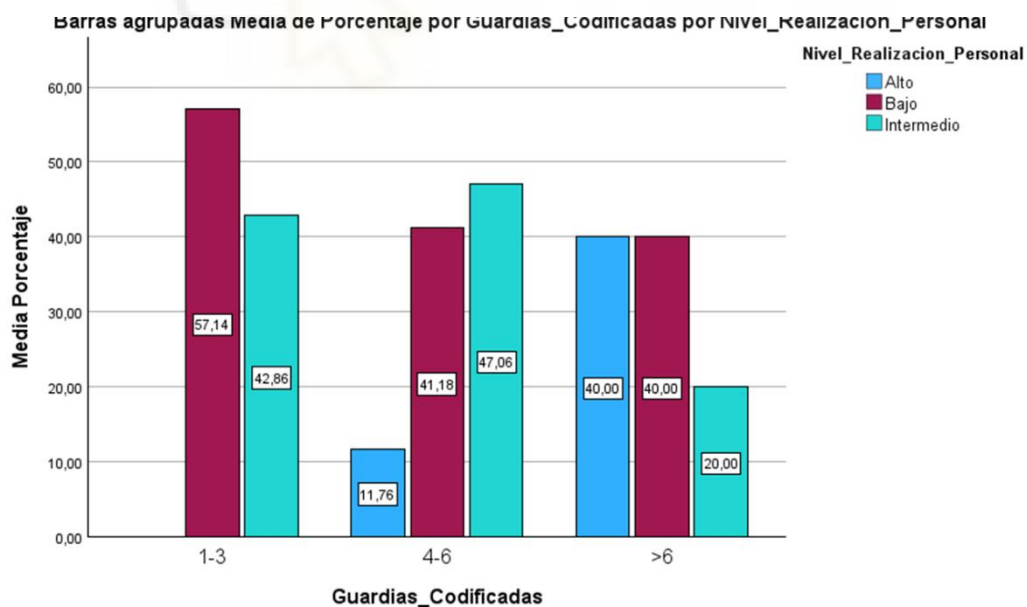


Gráfico 56. Nivel de realización personal según número de guardias.

C) REALIZACIÓN PERSONAL EN EIR

De los 11 EIR un 36,36% (4) presentan nivel bajo, 36,36% (4) nivel intermedio y un 27,27% (3) nivel alto de realización personal (**Tabla 24. Gráfico 57**)

		Nivel	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	4	36,4
	MEDIO	4	36,4
	ALTO	3	27,3
	Total	11	100,0

Tabla 24. Niveles de PA en EIR.

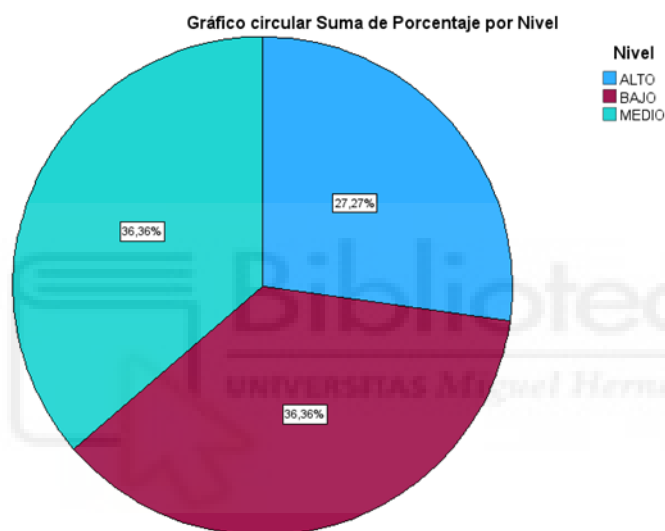


Gráfico 57. Porcentaje de PA en EIR

Si se analizan los niveles de **realización personal** en niveles bajos, intermedios y altos **según sexo** se obtienen: niveles bajos e intermedios 36,36% (4) en cada grupo en mujeres. En niveles altos 27,27% (3) mujeres **$p > 0,05$** (**Gráfico 58**)

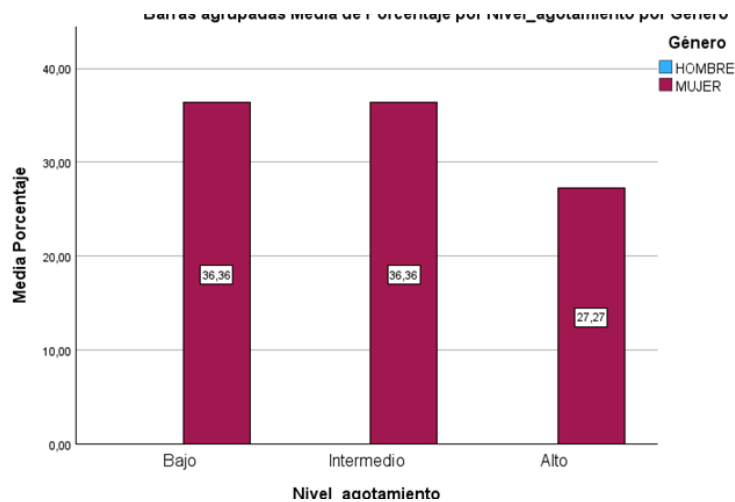


Gráfico 58. Distribución PA según niveles en EIR.

No existe gran diferencia en cuanto edad entre los distintos niveles de realización personal: todas las medias oscilan en torno a los 26–27 años (**Gráfico 59**)

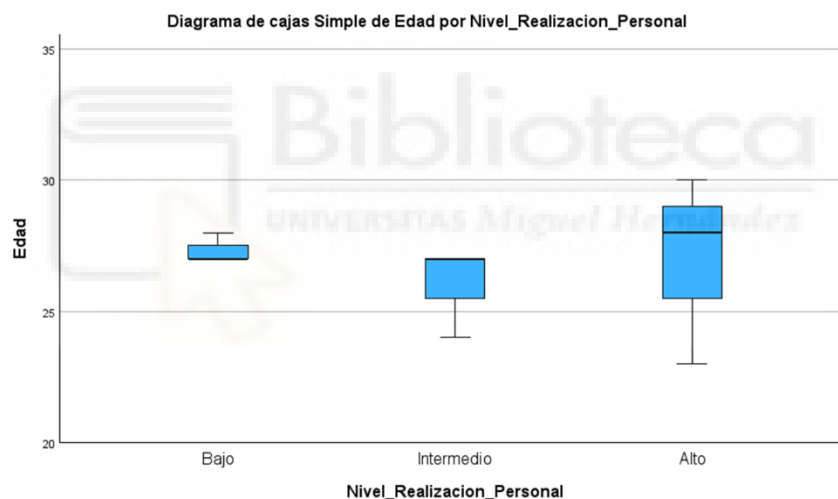


Gráfico 59. Realización personal según edad en EIR.

En cuanto a nivel de **guardias/turnos de nocturnidad** se observa que entre 1-3 predomina el bajo nivel de PA (50%). En la categoría de 4-6 se presenta una distribución más equilibrada con una distribución equitativa (**Gráfico 60**)

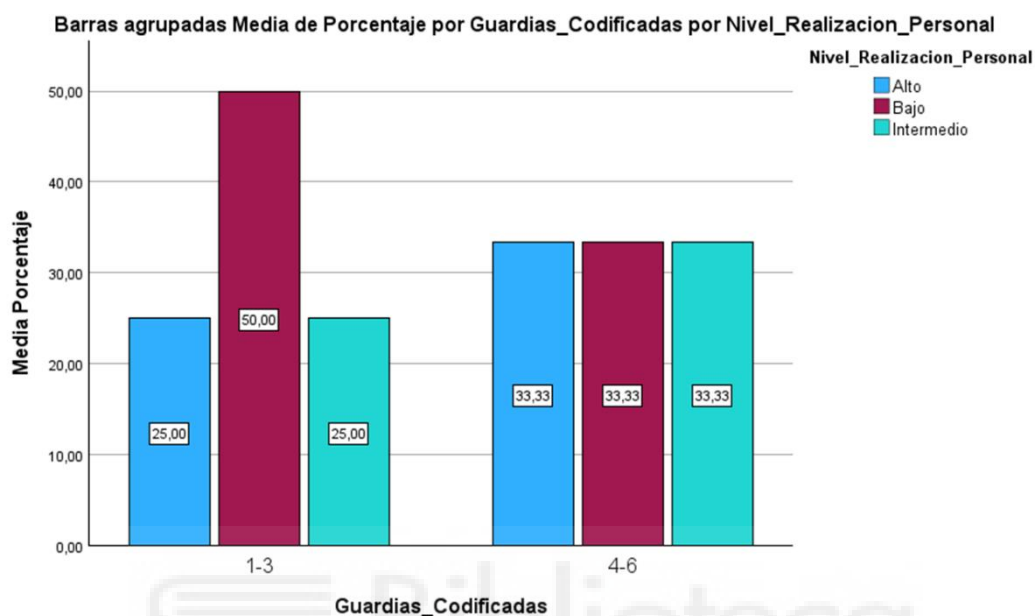


Gráfico 60. Nivel de despersonalización según guardias en EIR.

D) REALIZACIÓN PERSONAL EN DUE

De los 28 DUE de la muestra presentan un 46,43% (13) un nivel bajo, un 39,29% (11) nivel intermedio y un 14,29 % (4) nivel alto de realización personal (**Tabla 25. Gráfica 61**).

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	13	46,4
	MEDIO	11	39,3
	ALTO	4	14,3
	Total	28	100,0

Tabla 25. Nivel de realización personal en DUE

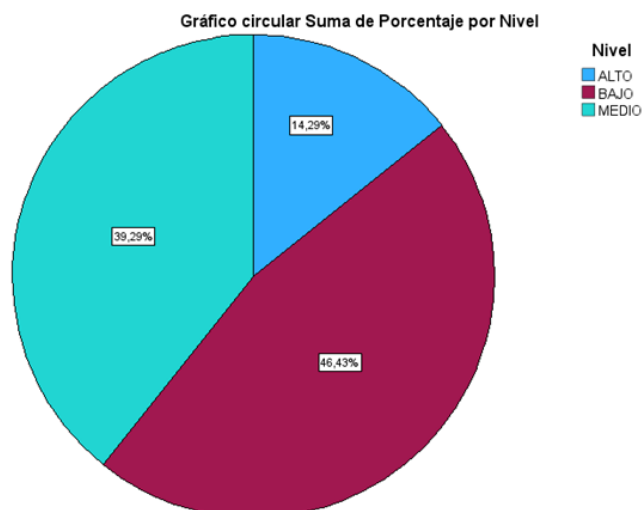


Gráfico 61. Porcentaje según nivel realización personal

Con respecto al análisis de la **realización personal por sexo**, se encuentra un nivel bajo de PA del 46,43% (13) de ese porcentaje un 10,71% (3) corresponde a hombres y un 35,71% a mujeres; nivel intermedio de 39,29% (11) con un 7,14% (2) hombres y un 32,14% (9) de mujeres y un nivel alto del 14,29% (4) con un 3,57% (1) hombre y un 10,71% (3) mujeres $p > 0,05$ (**Gráfica 62**).

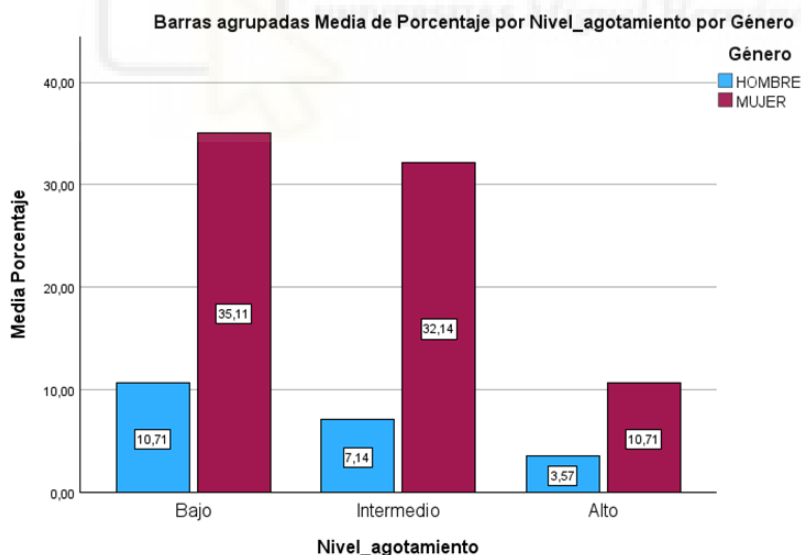


Gráfico 62. Nivel de realización personal según sexo

En nivel bajo de realización personal se encuentra una amplia variabilidad de edad. En nivel medio una menor dispersión y distribución más centrada. En nivel alto edades ligeramente más jóvenes con respecto a niveles anteriores (**Gráfica 63**).

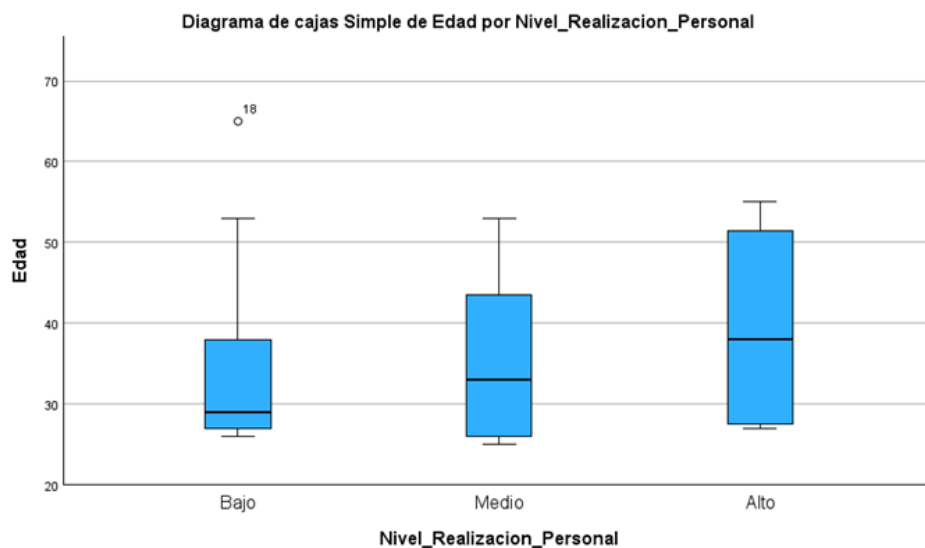


Gráfico 63. Nivel de realización personal según edad

Analizando las guardias con niveles de PA aquellos que realizan 1 guardia tienen mayor presencia de niveles intermedios o bajo, de 1-3 hay un alto porcentaje de DUE con baja realización personal, de 4-6 una distribución más equilibrada y en más de 6 niveles intermedios o incluso altos de PA (**Gráfica 64**)

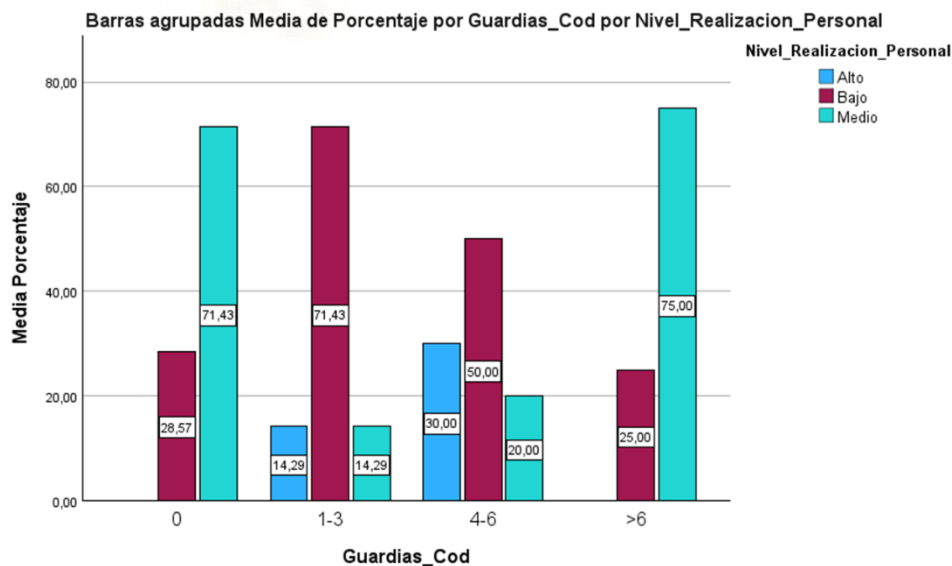


Gráfico 64. Nivel de despersonalización según guardias al mes

DISCUSIÓN

A partir del material analizado en este trabajo, se destacarán los principales hallazgos encontrados sobre el burnout. Para ello, se han analizado distintas variables como el sexo, la edad, la antigüedad laboral o los turnos de nocturnidad/guardias siendo objeto de estudio y examinando si pueden ser factores condicionantes del agotamiento emocional.

ANÁLISIS EN MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES (MIR)

En el **agotamiento emocional** de los MIR el 67,27% (37) presentan niveles altos de agotamiento emocional dentro de este nivel encontramos un 12,73% (7) de hombres y un 54,55% (30) mujeres. Aunque no haya resultado estadísticamente significativa permite identificar la tendencia clínica en consonancia con otros estudios previos donde se asocia al sexo femenino con mayor vinculación emocional y mayor riesgo de burnout (45). Esto identifica a los residentes como un colectivo potencialmente susceptible.

Con respecto a la variable edad los MIR con altos niveles de agotamiento se presentan en edades jóvenes y etapas tempranas de su actividad profesional al igual que en aquellos que realizan más de 6 guardias al mes.

Por tanto, se presentan mayores niveles de agotamiento emocional en MIR mujeres, jóvenes y aquellos que realizan más de 6 guardias al mes lo que sugiere la necesidad de implantar estrategias preventivas que favorezcan el bienestar de los profesionales en formación

A nivel de **despersonalización** un 80% (44) presentan altos niveles de ellos un 16,36% (9) hombres siendo mucho mayor el porcentaje en mujeres 63,64% (35). Este aspecto es muy importante a la hora de analizar el burnout puesto que refleja actitudes a nivel de distanciamiento emocional, deshumanización y trato con el paciente. Los porcentajes menores en niveles bajos e intermedios objetiva una tendencia al desgaste emocional en este grupo de estudio.

Respecto a la edad se observa una tendencia al alta conforme al aumento de edad. Al estudiar la relación con el número de guardias los niveles altos de D son más frecuentes en los que realizan de 1-3 guardias (66,67%) y de 4-6 (65,31%).

Paradójicamente el porcentaje desciende hasta al 50% en aquellos que realizan más de 6 guardias al mes lo cual se podría explicar por insensibilización emocional lo que invita a reflexionar sobre la necesidad de estrategias de acompañamiento emocional

En relación con la **realización personal** se encuentra un 56,36% (31) del cual un 12,73% (7) hombres y un 43,64% (24) mujeres con un bajo nivel de realización personal, lo cual refleja un baja percepción y valor profesional en más de la mitad de los médicos en formación. En contraposición, el 10,91% (6) de los cuales el 1,82% (1) hombres y el 9,09% (5) mujeres presentan niveles altos relacionados con el reconocimiento personal el cual está limitado en la muestra de este estudio.

Sobre la PA y sexo hay una ligera tendencia de las mujeres a niveles más bajos y niveles más altos se encuentran en MIR más jóvenes. En cuanto a las guardias en aquellos que realizan más de 6 hay un 50% bajo y otro 50% alto, datos que alertan de la necesidad de estrategias para el reconocimiento del esfuerzo en los primeros años formativos.

Estos hallazgos nos plantean la necesidad de desarrollar intervenciones tempranas en los profesionales MIR en formación para intentar reducir el desarrollo del agotamiento emocional. Otros factores que no han sido objeto de este estudio pero que también pueden favorecer el EE son: la escasa experiencia y la elevada responsabilidad a la que se ven expuestos a lo largo de su formación, la autoexigencia, inestabilidad derivada de cambios frecuentes de servicios y tareas según el servicio en el que roten.

ANÁLISIS EN FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE ÁREA (FEA)

Los datos del estudio demuestran que más de la mitad 51,35% (19) FEA presentan un alto **nivel de agotamiento** emocional alto, de ellos un 27,03% (10) corresponden a hombres y un 24,32% (9) mujeres.

En cuando a la relación de la edad y nivel de agotamiento no hay una clara relación lo que podría explicarse en consonancia con otras investigaciones que apuntan que el agotamiento emocional puede estar más influido por factores contextuales que por variables demográficas como la edad (33). En conclusión, el agotamiento emocional en FEA afecta tanto a hombres como mujeres apuntando a causas más estructurales que individuales

Los resultados obtenidos en cuanto a **despersonalización** muestran que el 59,46% (22) FEA presentan altos niveles siendo el 32,43% (12) hombres y un 27,03% (10) mujeres lo que sugiere la tendencia en aumento hacia actitudes de desapego emocional, deshumanización en las relaciones clínicas lo cual puede repercutir en la calidad asistencial.

Considerando el análisis de D con respecto al sexo no hay diferencias significativas y en cuanto a la edad niveles bajos de despersonalización presentan una edad media ligeramente superior

A la hora del análisis de la **realización personal** tenemos una distribución bastante homogénea en niveles bajos e intermedio con un 43,24% (16) y 40,54% (15) y un 16,22% (6) con alto nivel lo que hace reflexionar sobre la limitación a nivel del valor personal en el ejercicio clínico.

Por lo que se refiere al sexo, se observan niveles bajos más frecuentes en los hombres (29,73% vs 13,51% mujeres) y en niveles intermedios y altos son más frecuentes en las mujeres (27,03% y 13, 51% respectivamente) y mayor PA cuanto mayor edad del FEA. En cuanto a las guardias, aquellos que realizan de 1-3 mensuales tienden a una baja realización. Un dato que resulta especialmente interesante es la **relación inversa entre número de guardias y nivel de agotamiento de EE**. De manera contraria a lo que cabría esperar aquellos que realizan más de 6 turnos de nocturnidad al mes presentan un 60% de EE bajo a diferencia del grupo de **1-3 turnos que presenta el mayor porcentaje de alto nivel EE con un 85,7%**. Esta tendencia podría explicarse por habilidades desarrolladas por los profesionales a la hora de la capacidad de gestión de responsabilidades, por la experiencia clínica adquirida tras realizar gran número de guardias y haberse expuesto a múltiples escenarios o la normalización del estrés y abordaje que conlleva su desarrollo laboral. Esta cuestión invita a una investigación más exhausta para conocer las condiciones específicas que rodean a los FEA.

ANÁLISIS EN ENFERMEROS INTERNOS RESIDENTES (EIR)

En cuanto al estudio del **agotamiento emocional**, la muestra en este grupo es limitada ya que en su totalidad se compone del 100% mujeres (11). De ellas, el 18,2% (2) presentan niveles bajos, el 54,6% (6) presentan niveles intermedios de EE y un 27,3% (3) niveles altos. Aunque en otros grupos no se han observado diferencias significativas por sexo se aprecia la tendencia hacia niveles intermedios y altos en el grupo femenino lo que plantea que más allá del rol profesional el género puede ejercer influencia en el estrés laboral, dato clave para añadir la perspectiva de género en medidas de prevención.

Se observa una edad similar en todos los niveles (26-27 años) lo que parece indicar que la edad refuerza la idea de que la edad de manera aislada no actúa como moduladora del nivel de agotamiento emocional. Los niveles de EE aumentan según la frecuencia de los turnos nocturnos lo que respalda la literatura de que la nocturnidad actúa como factor de riesgo directo para el agotamiento emocional.

Por tanto, las EIR de sexo femenino tienen hacia niveles intermedios y altos de EE

A nivel de **despersonalización** se presenta un alto nivel con un 63,6% (7). La variable del sexo es limitada ya que la totalidad de las EIR son mujeres y con una probable tendencia inversa entre edad y D ya que la media de edad con mayor afectación son los 23 años. También se presentan altos niveles de D en las que realizan de 1-3 guardias mensuales con un 100%

En cuanto a **realización personal** en niveles bajos e intermedios encontramos un 36,4% y un 27,3% en nivel alto. A pesar de la limitación de la muestra en cuanto a número y sexo se aprecia la heterogeneidad a la hora de la percepción de logro personal.

En definitiva, este grupo, aunque no muestra porcentajes tan extremos sigue siendo un grupo con riesgo moderado para desarrollar EE si no se hace un diagnóstico precoz de la situación y se realizan medidas preventivas.

ANÁLISIS EN DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS ENFERMERÍA (DUE)

En relación con el **agotamiento emocional** en el grupo de DUE hay una alta prevalencia de agotamiento emocional con un 57,14% (16) de ellos un 14,29% (4) de hombres y un 42,86% (12) mujeres lo que revela que las mujeres concentran mayor porcentaje de niveles altos de EE (42,86% de mujeres vs 14,29% en hombres).

En la edad los niveles más bajos de EE tienen una tendencia a presentar mayor edad, aunque en el grupo de EE alto hay una media de 34,8 años con gran dispersión lo que podría indicar que no influye de manera lineal la edad sino otros factores. El mayor porcentaje de EE está en aquellos que realizan de 1-3 guardias al mes siendo los porcentajes más bajos en aquellos de 4 o más. Este hecho contrario a lo que cabría esperar lo que invita a reflexionar sobre la importancia de revisar la organización de los turnos o su variabilidad más que la cantidad de los turnos en sí.

Por tanto, niveles más altos de EE se dan en mujeres y en aquellos que realizan de 1-3 guardias al mes.

En cuanto a **despersonalización** se tiene como resultado un 50% de nivel alto distribuido en un 14,29% (4) hombres y un 35,71% (10) mujeres, un 28,57% de nivel intermedio y un 21,43% de nivel bajo. Este porcentaje en niveles altos refleja la dimensión importante que tiene en el síndrome del burnout.

En cuanto al D y sexo se observa el alto porcentaje de hombres en nivel alto de D lo que sugiere que esta dimensión afecta a ambos sexos. En cuanto a la edad, los DUE con mayor despersonalización tienden a ser más jóvenes y en aquellos que realizan de 1-3 guardias al mes.

En cuanto a la **realización personal** se encuentran niveles bajos del 46,43% (13) con un 10,71% (3) hombres y un 35,71% (10) en mujeres, niveles intermedios del 39,29% (11) con un 7,14% (2) y un 32,14% (9) mujeres y un nivel alto del 14,29% (4) con un 3,57% (1) hombres y un 10,71% (3) mujeres. Estos porcentajes sugieren la sensación limitada de reconocimiento asistencial en DUE.

El análisis por sexo es equilibrado y en cuanto a la edad un nivel bajo de PA tiene una amplia dispersión y nivel alto se asocia sobre todo a edades ligeramente más jóvenes.

A nivel de la cantidad de guardias, en este grupo se hace visible la relación entre cantidad de turnos de noche y su relación con el agotamiento emocional ya expuesta en distintos estudios que analizan la alteración del ciclo de sueño, turnos rotarios y afectación emocional en el grupo de enfermería (23).

PROPUESTAS DE AFRONTAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL BURNOUT

Derivado de los resultados obtenidos y la revisión de la literatura científica para la realización de este estudio se proponen una serie de medidas de intervención sobre todo en aquellos grupos que sean más vulnerables al desarrollo e incremento del burnout, así como para disminuir los niveles presentes en los profesionales de la salud.

1. Acciones orientadas en el cuidado emocional y promoción de la salud mental.

Se considera fundamental establecer medidas de prevención sobre todo en aquellos grupos que están en formación, como los EIR y los MIR, quienes además de ser especialmente vulnerables al agotamiento emocional serán el pilar fundamental que garantice el desarrollo y la continuidad del sistema de salud en el futuro. Dentro de las intervenciones se puede considerar:

- **Formación integral sobre bienestar emocional:** mediante charlas periódicas centradas en la salud mental, simulación clínica, espacio de debriefing con el objetivo de desarrollar y trabajar competencias a nivel de gestión emocional, resolución de conflictos, afrontamiento del estrés y el manejo emocional adecuada en escenarios de elevada presión asistencial.
- **Canales directos para asistencia psicológica especializada:** garantizar el acceso de manera confidencial tanto a nivel hospitalario o extrahospitalario con breves tiempo de espera y que permitan un seguimiento continuado.
- **Talleres de mindfulness u otras técnicas de relajación:** incluir programas a nivel grupal sobre todo en los primeros meses de formación en el caso de los residentes para la reducción del estrés, autorregulación emocional, prevención del agotamiento, fácil implementación

2. Cambios en el ámbito organizacional:

- **Reorganización de los turnos y jornada laboral:** conseguir reducir la jornada laboral de 37,5 h ya que en el ámbito de los profesionales de la salud y sobre todo en el grupo de residentes la realización de guardias, cursos, y jornada laboral la carga horaria de la semana supera las 60-70 horas.
- **Ajuste del número y duración de las guardias:** revisión del modelo actual de guardias. Intentar eliminar las guardias de 24 horas debido al gran impacto a nivel del ciclo de sueño, capacidad de concentración y atención al paciente. Para ello, proponer turnos máximos de 12 horas con salientes y tiempos de recuperación adecuados
- **Revisión de la carga asistencial y tareas burocráticas:** reducción de número de pacientes vistos por el profesional sobre todo en servicio de alta carga asistencial como lo es Urgencias, reducir la burocracia y tareas administrativas que es desempeñada por los distintos profesionales e intentar incluir tiempos de pausa dentro de la jornada laboral como estrategia frente al agotamiento
- **Mejora del ambiente laboral:** mediante la realización de dinámicas interdisciplinarias, formación en habilidades en las relaciones interpersonales y en la comunicación con el equipo de trabajo, programas de reconocimiento de méritos profesionales para fomentar la motivación.

3. Reformas estructurales y del marco político

Además de los cambios internos a nivel de una reorganización es necesaria la revisión y cambios a nivel de la estructura y normativas vigentes con el fin de poner como objetivo el bienestar de los profesionales de la salud dentro de las distintas políticas sanitarias

- **Mayor reconocimiento institucional del burnout:** integración del burnout en programas de prevención y en las políticas de salud laboral para un mayor reconocimiento, lo que contribuiría a una detección más precoz. Para ello, sería interesante el desarrollo de protocolos burnout (no presente en muchos complejos hospitalarios)
- **Mejora en las condiciones laborales:** aumento del número de profesiones de la salud y la condición de los mismos como por ejemplo evitando contratos de carácter temporal
- **Impulso de políticas sanitarias centradas en la salud psicosocial:** planteamiento de implantar programas de prevención del burnout, campañas para visibilizar la importancia del autocuidado de los cuidadores, establecer líneas de acción en los distintos planes de salud a nivel autonómicos y estatales.

7. CONCLUSIONES

- Los resultados evidencian la presencia significativa del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios estudiados principalmente en su dimensión de agotamiento emocional
- Los Médicos Internos Residentes (MIR) evidencia mayor nivel de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal
- El sexo femenino presenta una ligera tendencia a niveles más altos de agotamiento emocional
- La menor experiencia laboral y la edad joven se asocian a mayor vulnerabilidad de burnout
- Las guardias contribuyen a la dimensión de agotamiento, pero de manera variable en los distintos grupos, lo que apunta a la probable intervención de otros factores moduladores.
- La despersonalización está presente en más del 60% de la muestra lo que puede influir en la calidad asistencial
- Los residentes son un grupo más vulnerable al burnout con respecto a los dos grupos estudiados
- Los resultados obtenidos muestran la necesidad de implantar una detección y medidas de prevención precoces.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981;2(2):99-113.
2. Malakh-Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: From Tedium to Personal Growth. Free Press; 1981. 248 p.
3. Hoffarth MJ. The making of burnout: From social change to self-awareness in the postwar United States, 1970–82. *History of the Human Sciences*. 2017;30(5):30-45.
4. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1975;12(1):73-82.
5. Schaufeli W, Enzmann D. The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis. CRC Press; 1998. 240 p.
6. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 19 de junio de 2009;14(3):204-20.
7. Schaufeli WB. Burnout: A Short Socio-Cultural History. En: Neckel S, Schaffner AK, Wagner G, editores. *Burnout, Fatigue, Exhaustion: An Interdisciplinary Perspective on a Modern Affliction* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [citado 26 de mayo de 2025]. p. 105-27. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8_5
8. Pérez AM. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 15 de septiembre de 2010;42-80.
9. Maresca G, Corallo F, Catanese G, Formica C, Buono VL. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina*. 21 de febrero de 2022;58(2):327.
10. Sasaki M, Kitaoka-Higashiguchi K, Morikawa Y, Nakagawa H. Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *J Nurs Manag*. abril de 2009;17(3):359-65.
11. Fonseca A, Pereira S, Carvalho AS. Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *Int J Palliat Nurs*. agosto de 2012;18(8):373-81.
12. Razu SR, Yasmin T, Arif TB, Islam MS, Islam SMS, Gesesew HA, et al. Challenges Faced by Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Inquiry From Bangladesh. *Front Public Health*. 2021;9:647315.
13. Sablik Z, Samborska-Sablik A, Drożdż J. Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Arch Med Sci*. 20 de junio de 2013;9(3):398-403.
14. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
15. Montero-Marin J, Zubiaga F, Cereceda M, Piva Demarzo MM, Trenc P, Garcia-Campayo J. Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2016;11(6):e0157499.
16. Deligkaris P, Panagopoulou E, Montgomery A, Masoura E. Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work and Stress*. 3 de abril de 2014;28(2):107-23.
17. Golkar A, Johansson E, Kasahara M, Osika W, Perski A, Savic I. The Influence of Work-Related Chronic Stress on the Regulation of Emotion and on Functional Connectivity in the Brain. *PLoS One*. 3 de septiembre de 2014;9(9):e104550.

18. Bianchi R, Boffy C, Hingray C, Truchot D, Laurent E. Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol.* junio de 2013;18(6):782-7.
19. Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, Awad KM, Dyrbye LN, Fiscus LC, et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Ann Intern Med.* 4 de junio de 2019;170(11):784-90.
20. Simionato G, Simpson S, Reid C. Burnout as an ethical issue in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic).* diciembre de 2019;56(4):470-82.
21. Grow HM, McPhillips HA, Batra M. Understanding physician burnout. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* noviembre de 2019;49(11):100656.
22. Epstein EG, Haizlip J, Liaschenko J, Zhao D, Bennett R, Marshall MF. Moral Distress, Mattering, and Secondary Traumatic Stress in Provider Burnout: A Call for Moral Community. *AACN Adv Crit Care.* 15 de junio de 2020;31(2):146-57.
23. Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med (Lond).* marzo de 2015;65(2):117-21.
24. Maruyama S, Morimoto K. Effects of long workhours on life-style, stress and quality of life among intermediate Japanese managers. *Scand J Work Environ Health.* octubre de 1996;22(5):353-9.
25. Link BG. Stigma: many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2001;10(1):8-11.
26. Chronister J, Chou C, Liao H. THE ROLE OF STIGMA COPING AND SOCIAL SUPPORT IN MEDIATING THE EFFECT OF SOCIETAL STIGMA ON INTERNALIZED STIGMA, MENTAL HEALTH RECOVERY, AND QUALITY OF LIFE AMONG PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS. *Journal Community Psychology.* julio de 2013;41(5):582-600.
27. Jennings JH, Ung RL, Resendez SL, Stamatakis AM, Taylor JG, Huang J, et al. Visualizing hypothalamic network dynamics for appetitive and consummatory behaviors. *Cell.* 29 de enero de 2015;160(3):516-27.
28. Pyle M, Stewart SLK, French P, Byrne R, Patterson P, Gumley A, et al. Internalized stigma, emotional dysfunction and unusual experiences in young people at risk of psychosis. *Early Interv Psychiatry.* abril de 2015;9(2):133-40.
29. Mehta SS, Edwards ML. Suffering in Silence: Mental Health Stigma and Physicians' Licensing Fears. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal [Internet].* 1 de noviembre de 2018 [citado 10 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp-rj.2018.131101>
30. World Health Organization. Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
31. Danet Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Med Clin (Barc).* 7 de mayo de 2021;156(9):449-58.
32. Azoulay E, De Waele J, Ferrer R, Staudinger T, Borkowska M, Pova P, et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann Intensive Care.* 8 de agosto de 2020;10(1):110.

33. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg.* septiembre de 2009;250(3):463-71.
34. Trinkenreich B, Stol KJ, Steinmacher I, Gerosa M, Sarma A, Lara M, et al. A Model for Understanding and Reducing Developer Burnout. En: 2023 IEEE/ACM 45th International Conference on Software Engineering: Software Engineering in Practice (ICSE-SEIP) [Internet]. 2023 [citado 26 de mayo de 2025]. p. 48-60. Disponible en: <http://arxiv.org/abs/2301.09103>
35. Demerouti E, Bakker AB, Peeters MCW, Breevaart K. New directions in burnout research. *European Journal of Work and Organizational Psychology.* 2021;30(5):686-91.
36. Dzau VJ, Kirch DG, Nasca TJ. To Care Is Human - Collectively Confronting the Clinician-Burnout Crisis. *N Engl J Med.* 25 de enero de 2018;378(4):312-4.
37. Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Crit Care Nurse.* 1 de octubre de 2017;37(5):e1-9.
38. Rezaei S, Karami Matin B, Hajizadeh M, Soroush A, Nouri B. Prevalence of burnout among nurses in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev.* septiembre de 2018;65(3):361-9.
39. Usset TJ, Baker LD, Griffin BJ, Harris JI, Shearer RD, Munson J, et al. Burnout and turnover risks for healthcare workers in the United States: downstream effects from moral injury exposure. *Sci Rep.* 22 de octubre de 2024;14(1):24915.
40. Martínez de la Casa Muñoz A, Magaña Loarte E, Franco Moreno A, Segura Frago A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria.* 2003;32(6):343-8.
41. Paúles-Cuesta IM, Montoro-Huguet M, Fueyo-Díaz R. Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios en un hospital universitario de España. *Medicina de Familia SEMERGEN.* 1 de octubre de 2023;49(7):102023.
42. Friganović A, Selić P, Ilić B, Sedić B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatr Danub.* marzo de 2019;31(Suppl 1):21-31.
43. Willard-Grace R, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Grumbach K. Burnout and Health Care Workforce Turnover. *Ann Fam Med.* enero de 2019;17(1):36-41.
44. Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jiménez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *Int J Nurs Stud.* febrero de 2010;47(2):205-15.
45. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud.* enero de 2015;52(1):240-9.
46. Ślusarz R, Cwiekala-Lewis K, Wysokiński M, Filipaska-Blejder K, Fidecki W, Biercewicz M. Characteristics of Occupational Burnout among Nurses of Various Specialties and in the Time of the COVID-19 Pandemic—Review. *Int J Environ Res Public Health.* 23 de octubre de 2022;19(21):13775.
47. Vargas-Benítez MÁ, Izquierdo-Espín FJ, Castro-Martínez N, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, et al. Burnout syndrome and work engagement in nursing staff: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1125133.

48. Jun J, Ojemeni MM, Kalamani R, Tong J, Crecelius ML. Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *Int J Nurs Stud.* julio de 2021;119:103933.
49. Moreno-Casbas MT, Alonso-Poncelas E, Gómez-García T, Martínez-Madrid MJ, Escobar-Aguilar G. Percepción sobre la calidad de los cuidados, entorno laboral y características del sueño de las enfermeras que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. *Enfermería Clínica.* 1 de julio de 2018;28(4):230-9.
50. Boamah SA. The impact of transformational leadership on nurse faculty satisfaction and burnout during the COVID-19 pandemic: A moderated mediated analysis. *J Adv Nurs.* septiembre de 2022;78(9):2815-26.
51. Kopp BJ, Erstad BL, Allen ME, Theodorou AA, Priestley G. Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: Direct observation approach for detection. *Critical Care Medicine.* febrero de 2006;34(2):415.
52. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One.* 2016;11(7):e0159015.
53. Rushton CH, Thomas TA, Antonsdottir IM, Nelson KE, Boyce D, Vioral A, et al. Moral Injury and Moral Resilience in Health Care Workers during COVID-19 Pandemic. *J Palliat Med.* mayo de 2022;25(5):712-9.
54. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? *Cureus.* 4 de abril de 2020;12(4):e7538.
55. Magnavita N, Soave PM, Ricciardi W, Antonelli M. Occupational Stress and Mental Health among Anesthetists during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 8 de noviembre de 2020;17(21):8245.
56. Zhou T, Xu C, Wang C, Sha S, Wang Z, Zhou Y, et al. Burnout and well-being of healthcare workers in the post-pandemic period of COVID-19: a perspective from the job demands-resources model. *BMC Health Serv Res.* 2 de marzo de 2022;22:284.
57. Afonso AM, Cadwell JB, Staffa SJ, Zurakowski D, Vinson AE. Burnout Rate and Risk Factors among Anesthesiologists in the United States. *Anesthesiology.* 1 de mayo de 2021;134(5):683-96.
58. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med.* junio de 1997;54(6):388-95.
59. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS One.* 2020;15(9):e0238217.
60. Yang Y, Hayes JA. Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy (Chic).* septiembre de 2020;57(3):426-36.
61. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* marzo de 2014;89(3):443-51.
62. Palacios-Nava ME, Paz Román M del P, Palacios-Nava ME, Paz Román M del P. Diferencia en las condiciones de trabajo y su asociación con la frecuencia de burnout en médicos residentes y adjuntos. *Medicina y Seguridad del Trabajo.* junio de 2019;65(255):76-86.

63. Shahi S, Paudel DR, Bhandari TR. Burnout among resident doctors: An observational study. *Ann Med Surg (Lond)*. 12 de marzo de 2022;76:103437.
64. Brennan N, Corrigan O, Allard J, Archer J, Barnes R, Bleakley A, et al. The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors. *Med Educ*. mayo de 2010;44(5):449-58.
65. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206840.
66. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 5 de noviembre de 2016;388(10057):2272-81.
67. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci (Basel)*. 25 de octubre de 2018;8(11):98.
68. Fiabane E, Gabanelli P, La Rovere MT, Tremoli E, Pistarini C, Gorini A. Psychological and work-related factors associated with emotional exhaustion among healthcare professionals during the COVID-19 outbreak in Italian hospitals. *Nurs Health Sci*. septiembre de 2021;23(3):670-5.
69. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 15 de diciembre de 2004;292(23):2880-9.
70. Ge MW, Hu FH, Jia YJ, Tang W, Zhang WQ, Chen HL. Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *J Clin Nurs*. septiembre de 2023;32(17-18):5836-54.
71. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*. abril de 2009;83(2):215-30.
72. Silva JA da, Santos JP dos, Teixeira PHM, Nascimento CM do, Neto IN da S, Galvão G de O, et al. BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE: IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR. *LUMEN ET VIRTUS [Internet]*. 30 de septiembre de 2024 [citado 26 de mayo de 2025];15(41). Disponible en: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/926>
73. Gonçalves F, Gaudêncio M, Paiva I, Castelo Branco M, Viana J. Burnout and Professional Quality of Life Assessment in Portuguese Healthcare Professionals Working in Oncology and Palliative Care: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 26 de diciembre de 2024;13(1):26.
74. Humphries N, Morgan K, Conry MC, McGowan Y, Montgomery A, McGee H. Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. *Int J Health Care Qual Assur*. 2014;27(4):293-307.
75. Kooktapeh ZG, Dustmohammadloo H, Mehrdoost H, Fatehi F. In the Line of Fire: A Systematic Review and Meta-Analysis of Job Burnout Among Nurses [Internet]. *arXiv*; 2023 [citado 26 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://arxiv.org/abs/2312.14853>
76. Garcia C de L, de Abreu LC, Ramos JLS, de Castro CFD, Smiderle FRN, dos Santos JA, et al. Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)*. 30 de agosto de 2019;55(9):553.
77. Chan MK, Chew QH, Sim K. Burnout and associated factors in psychiatry residents: a systematic review. *Int J Med Educ*. 30 de julio de 2019;10:149-60.

78. Farag A, Wakefield BJ, Jaske E, Paez M, Stewart G. Determinants of Patient Aligned Care Team (PACT) members' burnout and its relationship with patient-centered care. *Applied Ergonomics*. 1 de julio de 2024;118:104272.
79. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*. 4 de diciembre de 2018;10(12):e3681.
80. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. junio de 2016;15(2):103-11.
81. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 18 de septiembre de 2018;320(11):1131-50.
82. Sánchez, M. Programa I.R.I.S.: Intervención y Recuperación ante la Inseguridad y la Salud. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2006.
83. Fernández-Arata M, Calderón-De la Cruz GA, Domínguez-Lara S. Reduction of burnout syndrome in health workers through a cognitive-behavioural model-based program: A pilot study. *Psihologijske Teme*. 2022;31(3):585-603.
84. Selič-Zupančič P, Klemenc-Ketiš Z, Onuk Tement S. The Impact of Psychological Interventions with Elements of Mindfulness on Burnout and Well-Being in Healthcare Professionals: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc*. 2023;16:1821-31.
85. Hernández Rodríguez E. Cantar para sanar. Propuesta de intervención para tratar el síndrome de Burnout. julio de 2024 [citado 26 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/16942>
86. Green AA, Kinchen EV. The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *J Holist Nurs*. diciembre de 2021;39(4):356-68.
87. Bruschwein H, Gettle LS. Multipronged intervention for reducing burnout and increasing resiliency in an interdisciplinary care team. *BMJ Open Qual*. noviembre de 2020;9(4):e001015.
88. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res*. noviembre de 2020;293:113441.
89. Sharif MN, Li Z, Attique H, Naeem MKH, Asif M. Unraveling the Dark Side of Leadership Tactics: The Role of Emotional Exhaustion and Ethical Climate from the Despotism Leadership's Perspective. *International Journal of Organizational Leadership*. 1 de diciembre de 2024;13(4):684-702.
90. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 17 de febrero de 2014;9:10.3402/ljm.v9.23556.
91. Camargo-Henández K del C, Hernández-Sánchez J. Burnout syndrome in gerontological nursing: review of the theoretical and practical perspectives. *Revista Ciencia y Cuidado*. 1 de mayo de 2020;17(2):77-87.
92. Sévez LP, Chico RV. Prevalencia del síndrome de «Quemarse por el trabajo» Burnout, en empleados de sucursales de un banco dominicano. *Ciencia y Sociedad*. 1 de diciembre de 2007;32(4):645-67.
93. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev*. marzo de 2015;36:28-41.

94. Izdebski Z, Kozakiewicz A, Białorudzki M, Dec-Pietrowska J, Mazur J. Occupational Burnout in Healthcare Workers, Stress and Other Symptoms of Work Overload during the COVID-19 Pandemic in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 30 de enero de 2023;20(3):2428.
95. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*. 2020;13:171-83.
96. Batanda I. Prevalence of burnout among healthcare professionals: a survey at fort portal regional referral hospital. *Npj Ment Health Res*. 6 de mayo de 2024;3(1):16.
97. Vera-Lituma ON. Síndrome de Burnout en los trabajadores sanitarios como consecuencia del Covid-19. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. junio de 2024;8(15):4-15.
98. Taranu SM, Ilie AC, Turcu AM, Stefaniu R, Sandu IA, Pislaru AI, et al. Factors Associated with Burnout in Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 9 de noviembre de 2022;19(22):14701.
99. Serna Corredor DS, Martínez Sánchez LM. Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*. marzo de 2020;24(1):372-87.
100. Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners. *Int J Family Med*. 2013;2013:383602.
101. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 1 de octubre de 2018;178(10):1317-31.
102. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 5 de junio de 2020;18(1):41.
103. Perniciotti P, Júnior CVS, Guarita RV, Morales RJ, Romano BW. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 7 de enero de 2020;23(1):35-52.
104. Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol*. 2010;61:679-704.
105. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas)*. 16 de noviembre de 2019;55(11):745.
106. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
107. Abram MD, Jacobowitz W. Resilience and burnout in healthcare students and inpatient psychiatric nurses: A between-groups study of two populations. *Arch Psychiatr Nurs*. febrero de 2021;35(1):1-8.
108. Liu Y, Cao Z. The impact of social support and stress on academic burnout among medical students in online learning: The mediating role of resilience. *Front Public Health*. 2022;10:938132.
109. Osterling KL, Hines AM. Mentoring adolescent foster youth: promoting resilience during developmental transitions. *Child & Family Social Work*. 2006;11(3):242-53.

110. Delgado C, Upton D, Ranse K, Furness T, Foster K. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *Int J Nurs Stud.* mayo de 2017;70:71-88.
111. De Beer LT, van der Vaart L, Escaffi-Schwarz M, De Witte H, Schaufeli WB. Maslach Burnout Inventory—General survey: A systematic review and meta-analysis of measurement properties. *European Journal of Psychological Assessment.* 2024;40(5):360-75.
112. Lheureux F, Truchot D, Borteyrou X, Rascle N. The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS): factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items. *Le travail humain.* 6 de julio de 2017;80(2):161-86.
113. Eckleberry-Hunt J, Kirkpatrick H, Barbera T. The Problems With Burnout Research. *Acad Med.* marzo de 2018;93(3):367-70.
114. Minihan E, Adamis D, Dunleavy M, Martin A, Gavin B, McNicholas F. COVID-19 related occupational stress in teachers in Ireland. *Int J Educ Res Open.* 2022;3:100114.



LISTADO DE ACRÓNIMOS

- **CBI:** Copenhagen Burnout Inventory (Inventario de Burnout de Copenhague)
- **CIE-11:** International Classification of Diseases, 11th Revision (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª Revisión)
- **D:** Despersonalization (despersonalización)
- **DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición)
- **DUE:** Diplomado Universitario en Enfermería
- **EE:** Emotional Exhaustion (agotamiento emocional)
- **EIR:** Enfermero Interno Residente
- **FEA:** Facultativo Especialista de Área
- **I.R.I.S:** Intervención y Recuperación ante la Inseguridad y la Salud
- **MBI:** Maslach Burnout Inventory (Inventario de Burnout de Maslach)
- **MBI-HSS:** Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (Inventario de Burnout de Maslach – Encuesta para Servicios Humanos)
- **MIR:** Médicos Internos Residentes
- **PA:** Personal Accomplishment (realización personal)
- **SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)