

Artículo original

Síndrome de *burnout* en trabajadores derivados a una unidad de salud laboral

Burnout syndrome among workers referred to an occupational health unit

Jésica Pardos Plaza¹ , Meritxell Soler Saña¹ 
y Montserrat Puiggené Vallverdú¹ 

¹ Hospital Universitari de Santa Maria, Gestió de Serveis Sanitaris, Lleida, España.

Autor corresposal: Jésica Pardos Plaza, jpardos@gss.cat

RESUMEN

Antecedentes: El síndrome de *burnout* es un fenómeno ocupacional que afecta a la salud y el bienestar de las personas trabajadoras. No obstante, su frecuencia en poblaciones remitidas a unidades especializadas de salud laboral en contextos territoriales concretos está poco documentada.

Objetivo: Estimar la frecuencia de sospecha de síndrome de *burnout* y explorar su asociación con variables sociodemográficas, laborales y de estilo de vida en trabajadores remitidos desde la atención primaria a la Unidad de Salud Laboral de Lleida, Alt Pirineu y Aran durante 2024.

Metodología: Se realizó un estudio observacional transversal en 51 trabajadores remitidos desde atención primaria a la Unidad de Salud Laboral de Lleida, Alt Pirineu y Aran durante 2024. Se recopilaron datos sociodemográficos y se aplicó el Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS). La variable principal fue la positividad del MBI-GS. Se calcularon Odds Ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% para explorar la asociación entre la positividad y las variables independientes.

Resultados principales: Diecinueve de los 51 trabajadores (37,3%) presentaron resultados positivos, lo que indica sospecha de *burnout* en esta población remitida. La mayoría de las asociaciones analizadas no resultaron estadísticamente significativas. Los trabajadores de 26 a 45 años presentaron un menor riesgo de positividad.

Conclusión: En esta muestra específica de trabajadores remitidos a la unidad especializada, la sospecha de *burnout* fue frecuente. Los hallazgos deben interpretarse con cautela debido al tamaño muestral reducido y al carácter seleccionado de la población, por lo que los resultados se consideran exploratorios.

Palabras clave: Agotamiento profesional; Salud laboral; Encuestas y cuestionarios; Factores psicosociales; Condiciones de trabajo.

ABSTRACT

Background: *Burnout* syndrome is an occupational phenomenon that affects the health and well-being of workers. However, its frequency in populations referred to specialized occupational health units in specific territorial contexts is poorly documented.

Objective: To estimate the frequency of suspected *burnout* syndrome and to explore its association with sociodemographic, occupational, and lifestyle variables in workers referred from Primary Care to the occupational health unit of Lleida, Alt Pirineu, and Aran during 2024.

Methodology: A cross-sectional observational study was conducted among 51 workers referred from Primary Care to the occupational health unit in Lleida, Alt Pirineu, and Aran in 2024. Sociodemographic data were collected, and the Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) was administered. The main outcome was MBI-GS positivity. Odds Ratios (OR) with 95% confidence intervals were calculated to explore the association between positivity and the independent variables.

Main results: Nineteen of the 51 workers (37.3%) presented positive results, indicating suspected *burnout* in this referred population. Most of the associations analyzed were not statistically significant. Workers aged 26 to 45 years showed a lower risk of positivity.

Conclusion: In this specific sample of workers referred to the occupational health unit, suspected *burnout* was a frequent occurrence. The findings should be interpreted with caution due to the small sample size and the selected nature of the population; therefore, the results are considered exploratory.

Keywords: Burnout, Professional; Occupational Health; Surveys and Questionnaires; Psychosocial Factors; Working conditions.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2022, define la salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida,

desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar bien y contribuir a su comunidad. La salud mental es una parte integral de la salud y el bienestar, y es más que la ausencia de trastornos mentales [1].

Los problemas de salud mental se han convertido en una de las principales causas de morbilidad en el mundo; en 2019, la OMS estimó que 970 millones de personas padecían algún trastorno de salud mental, siendo las más habituales la ansiedad y la depresión [2]. Estos trastornos, frecuentemente presentados en cuadros mixtos, son los problemas psiquiátricos más comunes en la población general y una proporción significativa ha sido causada o agravada por las condiciones de trabajo [3].

El agotamiento emocional se define como un estado mental persistente y negativo, relacionado con el trabajo, que se caracteriza principalmente por el cansancio, acompañado de desánimo, sensación de efectividad reducida, disminución de la motivación y el desarrollo de actitudes y comportamientos disfuncionales en el ámbito laboral [3].

En un estudio realizado por Von Känel et al., en el que se analizó la relación entre el síndrome de *burnout* laboral y las enfermedades somáticas, se observó una asociación significativa entre el agotamiento elevado, la hipertensión arterial (HTA) y otras enfermedades somáticas crónicas. La disminución de la eficacia personal (la sensación subjetiva de capacidad o efectividad propia) se asoció significativamente con las enfermedades pulmonares crónicas. Las dimensiones del síndrome de *burnout* se asociaron significativamente con un mayor riesgo de enfermedades somáticas, independientemente de los factores sociodemográficos y los síntomas depresivos [4].

El modelo de riesgo psicosocial elaborado por R. Karasek determinó que las causas principales del síndrome de *burnout* son la sobrecarga de trabajo, la falta de control y de apoyo social [5]. Según la Organización Mundial de la Salud, el síndrome de *burnout* se incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno ocupacional. No se clasifica como una condición médica. El síndrome de *burnout* se caracteriza por tres dimensiones: sentimientos de agotamiento, cinismo hacia el propio trabajo y una eficacia profesional reducida [6].

A pesar de la amplia literatura existente sobre el síndrome de *burnout* en determinados colectivos profesionales, especialmente en el ámbito sanitario, la evidencia sobre su frecuencia en trabajadores atendidos en unidades especializadas de salud laboral es limitada, en particular en contextos territoriales concretos como las regiones sanitarias de Lleida y Alt Pirineu y Aran. Esta falta de información local dificulta dimensionar el alcance del problema en la práctica asistencial y orientar estrategias preventivas adaptadas al entorno de la salud laboral. En este contexto, el presente estudio se plantea con una finalidad descriptiva y exploratoria, orientada tanto a estimar la frecuencia de sospecha de *burnout* en la población derivada, como a explorar su posible asociación con variables sociodemográficas, laborales y de estilos de vida.

Como hipótesis exploratoria, se considera que determinados factores, como la edad, el tipo de ocupación, la actividad física o la percepción del patrón de sueño, podrían estar relacionados con la positividad del cuestionario MBI-GS.

El objetivo de este estudio fue estimar la frecuencia de sospecha de posible síndrome de *burnout*, según el cuestionario Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS), en trabajadores remitidos desde atención primaria y atendidos en la unidad de salud laboral de las regiones sanitarias de Lleida y Alt Pirineu y Aran [7], pertenecientes a la Agencia de Salud Pública de Catalunya [8], durante el año 2024, así como explorar su asociación con variables sociodemográficas, laborales y de estilos de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio y participantes

Para evaluar el posible síndrome de *burnout*, se realizó un estudio observacional transversal con revisión retrospectiva de la información clínica previa. La recogida de datos se realizó durante el año 2024 mediante un protocolo asistencial estándar en la unidad de salud laboral. La muestra poblacional se obtuvo mediante los casos de trabajadores derivados desde atención primaria a la unidad de salud laboral de las regiones sanitarias de Lleida y Alt Pirineu y Aran durante el año 2024 y que además de cumplir con los criterios de inclusión para formar parte del estudio, aceptaron participar de forma voluntaria y completaron el cuestionario MBI-GS. Estos criterios fueron, tener un diagnóstico médico del grupo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) [9], la realización de una visita presencial en la unidad de salud laboral y la aceptación de la cumplimentación del cuestionario facilitado por el equipo asistencial. El criterio de exclusión fue no haber sido visitado presencialmente en la unidad. En total, 51 trabajadores aceptaron participar voluntariamente en el estudio. En tres casos no fue posible evaluar el resultado del cuestionario MBI-GS debido a la falta de datos completos. Estos casos se consideraron no evaluables para los análisis que requerían el resultado del cuestionario y fueron excluidos.

Diseño del cuestionario

La herramienta utilizada para la recogida de datos fue el cuestionario Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) [10], que se utiliza para el diagnóstico del síndrome de *burnout* y está formado por 15 ítems (anexo 1). Consta de subescalas para las tres dimensiones del *burnout*: agotamiento emocional, cinismo y eficacia profesional. Los ítems se califican en una escala Likert de 7 puntos, con opciones de respuesta que van de “0 = nunca” a “6 = siempre/cada día”. La subescala de agotamiento emocional incluye cinco ítems (por ejemplo: “Estoy emocionalmente agotado por el trabajo”; “Me siento consumido al

final de un día de trabajo”), la subescala de cinismo incluye cuatro ítems (por ejemplo: “He perdido entusiasmo por mi trabajo”; “Dudo de la trascendencia y el valor de mi trabajo”) y la subescala de eficacia profesional incluye seis ítems (por ejemplo: “En mi opinión, soy bueno en mi puesto”; “Me motiva alcanzar objetivos en mi trabajo”). Para la interpretación del cuestionario MBI-GS, se consideró resultado positivo de sospecha de síndrome de *burnout* la combinación de puntuaciones altas en las dimensiones de agotamiento emocional y cinismo, junto con puntuaciones bajas en la dimensión de eficacia profesional, de acuerdo con los criterios y puntos de corte establecidos en la guía de referencia utilizada para la versión española del instrumento [11]. Se ha reportado que el cuestionario MBI-GS tiene una fiabilidad aceptable, con base en los datos obtenidos en el estudio de validación de la versión española, en el que la muestra es heterogénea y presenta validez suficiente; las pruebas de fiabilidad y consistencia interna de las tres escalas de *burnout* son buenas ($\alpha > 0,70$) [11]. En el anexo 2 se detallan los datos normativos para la puntuación y la corrección del cuestionario MBI-GS. Los puntos de corte empleados se basaron en datos normativos generales de la versión española del MBI-GS, sin establecer diferenciaciones específicas por sector laboral.

Recogida de información

También se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, región sanitaria de procedencia, diagnóstico médico, nivel de estudios), laborales (ocupación) y de estilos de vida (medicación activa, actividad física y patrón de sueño).

Una vez recibida la notificación correspondiente del Equipo de Atención Primaria (EAP) [12] y, previamente a la visita médica presencial del trabajador en la unidad, el personal de enfermería especializado en enfermería del trabajo realizó una revisión documental de la historia clínica del trabajador mediante la herramienta de trabajo Estación Clínica de Atención Primaria (ECAP) [13]. Una vez concluida la revisión del caso, enfermería, mediante una llamada telefónica, llevó a cabo una entrevista ad hoc al trabajador, en la que se recogieron datos sociodemográficos, laborales y de estilos de vida. Una vez valorada la situación y establecida la relación entre el problema de salud y el trabajo, se programó una visita presencial. Durante la visita médica presencial, realizada por el médico especialista en medicina del trabajo, se revisaron los antecedentes médicos y laborales, así como se realizó una anamnesis clínica detallada del trabajador. Antes de finalizar la visita médica, el trabajador respondió voluntariamente el cuestionario MBI-GS. El MBI-GS es un cuestionario que se utiliza para el diagnóstico del síndrome de *burnout* y puede administrarse a todos los trabajadores y trabajadoras, independientemente de su ocupación laboral [3]. La recogida de datos se llevó a cabo durante el año 2024 (de enero a diciembre). El proceso de respuesta del cuestionario tuvo una duración estimada de aproximadamente 5 minutos y fue supervisado y acompañado por el personal de enfermería de la unidad con el fin de resolver las posibles

dudas que pudiera tener el trabajador. Las variables recogidas se agruparon en tres categorías: sociodemográficas (edad, sexo, región sanitaria de procedencia y nivel de estudios), laborales (ocupación y puesto de trabajo con atención directa al público) y relacionadas con la salud y los estilos de vida (medicación activa, actividad física y percepción del patrón de sueño).

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se registraron en una base de datos (Excel) y posteriormente se analizaron con el programa estadístico JASP. La variable dependiente fue la positividad del cuestionario MBI-GS. Se realizó un análisis descriptivo univariante. Para las variables cualitativas se calculó el porcentaje de cada categoría con su intervalo de confianza (IC) al 95 %, y para las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar (DE) . Posteriormente, se analizó la relación estadística entre la variable dependiente (resultado MBI-GS: positivo/negativo) y el resto de variables cualitativas independientes mediante la prueba de chi-cuadrado (χ^2) con un nivel de significación $p < 0,05$. Para analizar la relación de la variable dependiente con el resto de las variables cuantitativas independientes, se aplicó la prueba *t* de Student para comparar medias, con un nivel de significación $p < 0,05$. La asociación entre la variable dependiente y el resto de las variables independientes del estudio se estimó mediante la odds ratio (OR) con su IC del 95%. Las OR se ajustaron (ORa) mediante un modelo de regresión logística. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Las variables incluidas en el modelo de regresión logística ajustada fueron seleccionadas a priori en función de su relevancia clínica e incluyeron la edad, la actividad física y la medicación activa. En el modelo, la variable edad se introdujo como variable continua, mientras que para los análisis descriptivos y bivariados se utilizó la categorización en grupos de edad. Dado el número limitado de casos con resultado positivo en el MBI-GS, el modelo de regresión logística se consideró de carácter exploratorio, por lo que la estabilidad de las estimaciones puede ser limitada y, en consecuencia, deben interpretarse con prudencia.

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó de conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki y en coherencia con los principios recogidos en el Código Ético de la Gerencia Territorial ICS Lleida, Alt Pirineu y Aran y Gestió de Serveis Sanitaris. Se ha garantizado la confidencialidad y el respeto a la intimidad de las personas participantes, así como la no discriminación por motivos personales, sociales o culturales. También se veló por la protección de la información y el derecho de los participantes a ser informados y a dar su consentimiento de manera libre y voluntaria. La actuación de los profesionales implicados se basó en criterios de responsabilidad, transparencia y respeto a los valores institucionales [14]. De acuerdo con la normativa interna de la institución y la naturaleza del estudio

(observacional y basado en datos asistenciales), no fue requerida la evaluación formal por un Comité de Ética de la Investigación.

RESULTADOS

La muestra estaba compuesta por 30 mujeres (58,8%) y 21 hombres (41,2%). Un 78,5 % de los casos se encontraban clasificados en el rango de edad entre 41 y 60 años. La edad media de la muestra fue de 48 años ($DE=\pm 8,4$) [Tabla 1]. Respecto al nivel educativo, el 43,1% tenía estudios secundarios, seguido del 33,3% con estudios universitarios y del 23,5% con estudios primarios. Un 62,7 % de los participantes desempeñaban un puesto de trabajo con atención directa al público. Un 82,4 % de los participantes tomaba tratamiento farmacológico relacionado con el motivo de la notificación en el momento de aceptar participar en el estudio. Por otra parte, el 87% de los trabajadores expresó que realizaba algún tipo de actividad física, y la percepción del patrón de sueño fue inadecuada en el 88% de los casos.

Tabla 1.
Características de los trabajadores participantes

Variables	Características	Total n,%	Perdidos
Edad (años)	26-40	9 (17,6)	0
	41-60	40 (78,5)	
	>61	2 (3,9)	
Edad categorizada	26-45	19 (37,25)	0
	45-65	32 (62,75)	
Edad-Sexo, media \pm sd	48 \pm 8,4		0
Sexo n, %	Mujeres	30 (58,8)	0
	Hombres	21 (41,2)	
	Primarios	12 (23,5)	
Nivel de estudios	Secundarios	22 (43,1)	0
	Universitarios	17 (33,3)	
Estudios categorizados	Obligatorios	34 (66,6)	0
	Superiores	17 (33,3)	
Ocupación laboral (atención al público)	Sí	32 (62,7)	0
	No	19 (37,3)	

Variables	Características	Total n, %	Perdidos
Medicación activa (tratamiento farmacológico)	Sí	42 (82,4)	0
	No	9 (17,6)	
Actividad física	Sí	40 (87)	5
	No	6 (13)	
Percepción patrón del sueño	Sí, duerme bien	6 (12)	1
	No duerme bien	44 (88)	
Resultado MBI-GS	Positivo (<i>burnout</i>)	19 (39,6)	3
	Negativo	29 (60,4)	

Fuente: Elaboración Propia.

Un total de 19 trabajadores de los 48 (39,6 %) presentaron un resultado positivo en el cuestionario MBI-GS, lo que indicaba sospecha de un posible síndrome de *burnout*, teniendo en cuenta que altas puntuaciones en las dimensiones de agotamiento y cinismo, junto con bajas puntuaciones en eficacia profesional, son indicadores de *burnout* [3]. Cabe destacar que en 3 participantes no se pudo evaluar el test por falta de datos, por lo que se consideraron no evaluables, quedando así una muestra representativa de 48 trabajadores.

En la [Tabla 2] se muestra la comparación de los trabajadores con resultados positivos en el MBI-GS (sospecha de un posible síndrome de *burnout*) respecto a los trabajadores con resultados negativos, según los datos disponibles de las variables sociodemográficas, laborales y de estilos de vida.

Tabla 2.

Análisis descriptivo bivariado (OR e IC95%) entre el resultado positivo del MBI-GS según datos sociodemográficos y laborales

Variables	Características	MBI -GS			
		Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR	IC 95%
Edad categorizada	26-45	10 (52,6)	8 (27,6)	0,34	0,10-1,15
	46-65	9 (47,4)	21 (72,4)	Ref.	
Sexo	Mujeres	9 (47,4)	20 (69)	Ref.	0,74-8,16
	Hombres	10 (52,6)	9 (31)	2,46	

MBI -GS					
Variables	Características	Positivo n (%)	Negativo n (%)	OR	IC 95%
Estudios categorizados	Obligatorios	12 (63,1)	20 (68,9)	1,29	0,38-4,39
	Superiores	7 (36,8)	9 (31)	Ref.	
Ocupación laboral (atención al público)	Sí (expuesto a factor de riesgo)	13 (68,4)	17 (58,6)	1,52	0,45-5,16
	No	6 (31,6)	12 (41,4)	Ref.	
Medicación activa (tratamiento farmacológico)	Sí (expuesto a factor de riesgo)	14 (73,7)	25 (86,2)	0,44	0,10-1,94
	No	5 (26,3)	4 (13,8)	Ref.	
	Sí	13 (35,14)	24 (64,86)	Ref.	
Actividad física	No (expuesto a factor de riesgo)	3 (50)	3 (50)	0,54	0,09-3,07
Percepción patrón del sueño	Sí, duerme bien	2 (33,33)	4 (66,67)	Ref.	0,12-4,77
	No duerme bien (expuesto a factor de riesgo)	16 (39,02)	25 (60,98)	0,78	

Fuente: Elaboración Propia. Ref.: categoría de referencia para el cálculo de las odds ratios (OR).

En el análisis bivariado se estudió la relación entre los diferentes factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida y el resultado del MBI-GS. En general, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas y el resultado positivo o negativo del MBI-GS.

Los participantes de entre 26 y 45 años presentaron un menor riesgo en comparación con los de 46 a 65 años (OR=0,34; IC95%: 0,10-1,15), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En cuanto al sexo, los hombres mostraron un riesgo mayor que las mujeres (OR=2,46; IC95%: 0,74-8,16), aunque no fue significativo. Tampoco se observaron diferencias significativas entre los participantes con estudios obligatorios y aquellos con estudios superiores (OR=1,29; IC95% 0,38-4,39), ni entre quienes tenían ocupaciones de atención al público y quienes no (OR=1,52; IC95% 0,45-5,16). Por otro lado, las personas que seguían algún tipo de tratamiento farmacológico relacionado con el motivo de la notificación, en el momento de la recogida de datos, mostraron una tendencia a un menor riesgo de padecer *burnout* (OR=0,44; IC95% 0,10-1,94).

En cuanto a los hábitos, como realizar actividad física y dormir adecuadamente, se observó una tendencia a asociarse con un mejor resultado (actividad física: OR=0,54; IC95% 0,09-3,07; sueño: OR=0,78; IC95% 0,12-4,77), aunque ninguna de las dos asociaciones fue significativa a nivel estadístico.

Tabla 3.
Regresión logística de los factores que influyen en un resultado positivo del MBI-GS

MBI - GS positivo		ORa (1)	IC95%	p-valor (*)
Edad	26-45	0,87	0,77-0,98	0,017 ^(*)
	46-65	Ref.		
Actividad física	Sí	Ref.	0,16-12,11	0,76
	No	1,4		
Medicación activa	Sí	0,26	0,04-1,54	0,14
	No	Ref.		

(1) Ajustado por edad, actividad física y medicación activa; (*) p-valor < 0,05.

En el análisis de regresión logística (n = 19; Tabla 3), se ajustó por edad (introducida como variable continua), actividad física y medicación activa, con el fin de identificar los posibles factores asociados a un resultado positivo del MBI-GS. Los resultados mostraron que los trabajadores de entre 26 y 45 años presentaban un menor riesgo de obtener un resultado positivo que el grupo de edad de 46 a 65 años (ORa=0,87; IC95% 0,77-0,98; p=0,017). En cuanto a la actividad física, no se observaron diferencias significativas entre los trabajadores que la realizaban y los que no (ORa=1,4; IC95% 0,16-12,11; p=0,76). Respecto a los participantes que tomaban algún tipo de medicación, mostraron una tendencia a un menor riesgo (ORa=0,26; IC95% 0,04-1,54), aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa (p=0,14).

DISCUSIÓN

En nuestra muestra específica de trabajadores remitidos a la unidad de salud laboral, se observó que el 39,6 % presentó sospecha de *burnout*. En los análisis realizados, solo la edad mostró una asociación estadísticamente significativa en el modelo ajustado, mientras que el resto de variables se comportaron como tendencias no concluyentes. Debido al diseño observacional transversal del estudio, no es posible establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas y la sospecha de *burnout*. Asimismo, los resultados no son extrapolables a la población general trabajadora de las regiones sanitarias de Lleida y Alt Pirineu y Aran,

ya que la muestra corresponde a una subpoblación altamente seleccionada de trabajadores derivados desde la atención primaria a una unidad especializada de salud laboral.

Para llegar a un diagnóstico de *burnout*, primero es necesario evaluar, de forma individual, tanto aspectos médicos como laborales, mediante la revisión de la historia clínica, especialmente en el ámbito de la salud mental, y consultar la documentación relacionada con el puesto de trabajo, como la evaluación de riesgos laborales o estudios psicosociales.

La recopilación de esta información es clave para elaborar estrategias y acciones de reincorporación laboral, especialmente en casos de incapacidad temporal (IT) derivada de esta sintomatología. En el caso de personas que continúan activas laboralmente (sin IT), el estudio del caso también permite establecer medidas de apoyo. Estas pueden definirse en consejos y recomendaciones dirigidas tanto a los profesionales sanitarios de atención primaria y a los de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de las empresas, con el objetivo de mejorar las condiciones laborales del trabajador y garantizar su salud mental dentro del entorno laboral.

En nuestro estudio, aunque los datos no fueron estadísticamente significativos, se observó un menor riesgo de *burnout* en los participantes más jóvenes de diferentes ámbitos profesionales, concretamente entre los de 26 y 45 años (OR=0,34; IC95%: 0,10-1,15). Sin embargo, Gómez–Urquiza *et al.* en un metaanálisis que estudió la prevalencia de *burnout* mediante el MBI en colectivos específicos de enfermeras, concluyó que los trabajadores más jóvenes, de esta profesión, tenían mayor vulnerabilidad al agotamiento emocional, mientras que los de mediana edad a menudo desarrollaron estrategias de afrontamiento más sólidas [15].

En relación con el género, los hombres presentaron un mayor riesgo de *burnout* (OR=2,46; IC95%: 0,74–8,16). Esta asociación también ha sido observada en metaanálisis previos, como el de Cañadas de la Fuente *et al.*, que determinan que, en ciertas profesiones, los hombres pueden experimentar niveles más altos de agotamiento emocional y cinismo, posiblemente relacionados con una menor tendencia a buscar apoyo emocional [16].

En cuanto a la actividad física, los participantes que no realizan ejercicio físico mostraron una tendencia a un mayor riesgo de *burnout*. Diversos estudios han documentado que la actividad física regular tiene un efecto protector frente al *burnout*. El estudio de Albedry *et al.* [17], determinó que los trabajadores con niveles más altos de actividad física tenían menor probabilidad de presentar síntomas de agotamiento emocional.

Los participantes que percibían un patrón de sueño inadecuado (OR=0,78; IC95 %: 0,12–4,77) también mostraron una tendencia a presentar *burnout*. Esta relación ha sido ampliamente documentada en estudios recientes. El estudio de Chen *et al.* [18], demostró que la mala calidad del sueño aumenta el riesgo de sufrir *burnout*, especialmente en profesiones con altas demandas cognitivas. Según Santila *et al.* [19], en un estudio más

reciente, se evidenció una asociación clara entre la privación del sueño o su mala calidad y el aumento del riesgo de sufrir *burnout*.

Respecto a la ocupación laboral, se categorizó según si el trabajador prestaba atención al público durante su jornada. Entre los participantes con resultado positivo en el MBI-GS, una elevada proporción (68,4%) ocupaba puestos de trabajo que implicaban, total o parcialmente, atención al público. Los resultados del estudio indicaron que los trabajadores con ocupaciones de atención al público presentaban una mayor tendencia al riesgo de *burnout* (OR=1,52; IC95% 0,45–5,16). Este dato es relevante frente a estudios recientes que han identificado las profesiones con un alto componente de atención directa a las personas como las más susceptibles al *burnout*. Spencer et al. [20], en una revisión sistemática de 2024, determinaron que el 78% de los profesionales de salud pública presentaban síntomas de *burnout*, con factores de riesgo como la sobrecarga laboral y la falta de apoyo en la organización.

Finalmente, los participantes que tomaban tratamiento farmacológico (ORa=0,26), relacionado con el motivo de la notificación, mostraron un menor riesgo de *burnout*. Este resultado podría indicar un efecto protector de la medicación sobre la salud mental. El estudio de Hoopsick et al. [21], examinó los efectos del *burnout* sobre el uso de medicamentos psicotrópicos en trabajadores de la salud y encontró diferencias según el nivel ocupacional.

Estas comparaciones deben interpretarse con prudencia, teniendo en cuenta que los estudios comentados se centran en colectivos profesionales y contextos laborales específicos y presentan diseños y tamaños muestrales heterogéneos, lo que limita la comparabilidad directa con nuestros resultados.

El presente estudio presentó algunas limitaciones, entre las cuales destaca el sesgo de selección derivado del proceso de remisión desde la atención primaria, que incluye únicamente a trabajadores previamente identificados como posibles casos. El tamaño reducido de la muestra limita la potencia estadística para detectar asociaciones. La tipología del cuestionario en formato de autorrespuesta podría haber causado sesgos de percepción (la imagen social que quiere mostrar el participante puede infraestimar o sobreestimar sus hábitos o malestar). La percepción del patrón de sueño se basó en la percepción personal del participante, sin instrumentos validados (cuestionarios validados: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)), este hecho puede ser elemento de posible sesgo de medición. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos del estudio refuerzan la importancia de considerar el *burnout* en la práctica asistencial de las unidades de salud laboral y sugieren que variables como la edad, la ocupación, la actividad física y la calidad del sueño podrían tener relevancia en el diseño de intervenciones preventivas y de promoción del bienestar y la salud en el entorno laboral. Esta evidencia debe confirmarse en estudios con muestras más amplias y diseños más robustos.

CONCLUSIONES

En esta muestra específica de trabajadores remitidos desde la atención primaria a una unidad de salud laboral, la sospecha de síndrome de *burnout* fue frecuente. En los análisis realizados se observaron algunas tendencias de interés. Ninguna de las variables analizadas mostró una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de *burnout*, salvo la edad. Los trabajadores, de la muestra seleccionada, que tenían entre 26 y 45 años presentaron un menor riesgo de obtener un resultado positivo en el cuestionario MBI-GS en comparación con el grupo de 46 a 65 años. Estos resultados sugieren que la edad podría ser un factor protector en esta muestra, mientras que variables como la actividad física, la calidad del sueño o el tratamiento farmacológico requieren ser estudiadas en una muestra más amplia para alcanzar una mayor relevancia estadística. Estos hallazgos deben considerarse de carácter exploratorio, debido al tamaño muestral reducido y al carácter altamente seleccionado de la población estudiada. La revisión bibliográfica realizada muestra que las enfermedades físicas se asocian con las tres dimensiones del *burnout*, no solo con el componente de agotamiento [22]. La evidencia coincide en identificar variables como la edad, el género, la ocupación, la actividad física y la calidad del sueño como posibles factores de riesgo. Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de continuar investigando el síndrome de *burnout* en el ámbito de la salud laboral mediante estudios con muestras más amplias y diseños metodológicos más robustos.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los hallazgos de este estudio provienen de la base de datos institucional y contienen información sensible y confidencial. Por razones de privacidad y de acuerdo con las políticas internas y los requisitos éticos de la institución, estos datos no pueden ser públicamente accesibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud mental mundial: transformar la salud mental para todos* [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 2025 Oct 8]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>
- [2] Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* [Internet]. Nota descriptiva n.º 220. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 2025 Oct 8]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- [3] Agència de Salut Pública de Catalunya. *Risc psicosocial: guia de bona praxi per a la vigilància de la salut mental relacionada amb els factors de risc psicosocial* [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010 [citado 2025 Oct 8]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/salut_laboral/recursos_prevenio_riscos_laborals/guies_bona_praxi_i_protocols/riscpsicobreu2010.pdf
- [4] Von Känel R, Princip M, Holzgang SA, Fuchs WJ, van Nuffel M, Pazhenkottil AP, et al. Relationship between job burnout and somatic diseases: a network analysis. *Sci Rep*. 2020; 10(1):18438. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75611-7>
- [5] Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I)* [Internet]. Madrid: INSST; 2018 [citado 2025 Oct 14]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/coleccionestecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/17-serie-ntp-numeros-576-a-610-ano-2003/ntp-603-riesgo-psicosocial-el-modelo-demanda-control-apoyosocial-i->
- [6] Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res*. 2015;229(3):940–948. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
- [7] Martínez Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, Gutiérrez Ávila G, Díaz-Olalla JM, Ruiz-Giménez Aguilar JL. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. *Informe SESPAS 2018*. *Gac Sanit*. 2018;32 Suppl 1:17–21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.004>
- [8] Generalitat de Catalunya. *Xarxa d'Unitats de Salut Laboral* [Internet]. Departament de Salut; s.f. [citado 2025 Oct 14]. Disponible en: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/salut-laboral/xarxa-unitats-salut-laboral/index.html>
- [9] Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10)*. Ginebra: OMS; 2016[citado 2025 Oct 14]. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
- [10] Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Third edition. En: Zalaquett CP, Wood RJ, editors. *Evaluating stress: A book of resources*. Lanham: Scarecrow Education; 1997. P.191-218.
- [11] Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. *NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición* [Internet]. Madrid: INSST; 2005 [citado 2025 Oct 14]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/coleccionestecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/21-serie-ntp-numeros-716-a-750-ano-2006/ntp-732-sindrome-de-estar-quemado-por-el-trabajo-burnout-iii-instrumento-de-medicion>

- [12] Servei Català de la Salut. *Atención primaria y comunitaria* [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; s.f. [citado 2025 Oct 16]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-primaria-comunitaria/index.html>
- [13] Generalitat de Catalunya. *Estació clínica d'atenció primària (ECAP)* [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; s.f. [citado 2025 Oct 16]. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies/tic/solucions-siscat/catalog/estacions-cliniques/estacio-clinica-atencio-primaria-ecap/>
- [14] Gerencia Territorial del Institut Català de la Salut (ICS) Lleida, Alt Pirineu y Aran; Gestión de Servicios Sanitarios. Código ético territorial 2023-2028 [Internet]. Lleida: Institut Català de la Salut; 2023 [citado 2025 Oct 16]. Disponible en: https://icssgslleidapirineu.cat/sites/default/files/2024-02/codigo_etico_territorial_2023-2028_cast.pdf
- [15] Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos E, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Crit Care Nurse*. 2017; 37(5):e1-e9. Doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
- [16] Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana EI, Vargas C, Gómez-Urquiza JL. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(10):2102. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102102>
- [17] Albedry B, Marenus MW, Chen W. The Relationship Between Employee Physical Activity Intensity and Workplace Burnout: A Cross-sectional Study. *J Occup Environ Med*. 2024; 66(4):316-20. Doi: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000003043>
- [18] Chen Z, Foo ZST, Tang JY, Sim MWC, Lim BL, Fong KY, et al. Sleep quality and burnout: A Singapore study. *Sleep Med*. 2023; 102:205-12. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.12.026>
- [19] Saintila J, Soriano-Moreno DR, Ramos-Vera C, Oblitas-Guerrero R, Calizaya-Milla YE. Association between sleep duration and burnout in healthcare professionals: a cross-sectional survey. *Frontiers in Public Health*. 2024; 11:1268164. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1268164>
- [20] Spencer-Hwang R, Cruz A, Ong MEU, Chitanda A, Harvey Y, Hwang J, et al. Prevalència del Burnout entre els professionals de la salut pública: una revisió sistemàtica. *J Public Health Manag Pract*. 2024;30(3):384-93. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001887>
- [21] Hoopsick RA, Las S, Sun R. Differential effects of healthcare worker burnout on psychotropic medication use and misuse by occupational level. *Soc Psychiatry*

Psychiatr Epidemiol. 2024;59(4):669-79. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02496-y>

- [22] Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, et al. The association between burnout and physical illness in the general population--results from the Finnish Health 2000 Study. J Psychosom Res. 2006; 61(1):59-66. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.002>

Recibido: 12/11/2025

Aceptado: 07/01/2026

Financiamiento:

No se recibió financiamiento.

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los autores:

Jésica Pardos Plaza: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, redacción, revisión y edición.

Meritxell Soler Saña: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, redacción, revisión y edición.

Montserrat Puiggené Vallverdú: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, redacción, revisión y edición.

Todas las autoras han leído y aprobado la versión final del manuscrito y se responsabilizan de todos sus aspectos, asegurando su precisión e integridad.

Anexo 1

Cuestionario Maslach Burnout Inventory – General Survey

0	1	2	3	4	5				6		
Nunca / Ninguna vez	Casi nunca / Pocas veces al año	Algunas veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes ve- ces / Una vez por semana	Casi siempre / Muchas veces por semana				Siempre / Todos los días		
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6				
2. Estoy «consumido» al final de un día de trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6				
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo.....	0	1	2	3	4	5	6				
4. Trabajar todo el día es una tensión para mí.....	0	1	2	3	4	5	6				
5. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6				
6. Estoy 'quemado' por el trabajo	0	1	2	3	4	5	6				
7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización	0	1	2	3	4	5	6				
8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	0	1	2	3	4	5	6				
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6				
10. En mi opinión soy bueno en mi puesto	0	1	2	3	4	5	6				
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6				
12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	0	1	2	3	4	5	6				
13. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6				
14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6				
15. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas	0	1	2	3	4	5	6				

Fuente: Guía de buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial

Anexo 2

Cálculo de puntuaciones del cuestionario MBI-GS

Para obtener las puntuaciones de cada escala se han de sumar las obtenidas en cada ítem y dividir el resultado por el nombre de ítems de la escala, según se detalla a continuación.

Escalas	Ítems
Agotamiento	1, 2, 3, 4, 6
Cinismo	8, 9, 13, 14
Eficacia profesional	5, 7, 10, 11, 12, 15

Fuente: Guía de buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial

Interpretación de los resultados del cuestionario MBI-GS

	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional
Muy bajo	< 0,4	< 0,2	< 2,83
Bajo	0,5 - 1,2	0,3 - 0,5	2,83 - 3,83
Medio (bajo)	1,3 - 2	0,6 - 1,24	3,84 - 4,5
Medio (alto)	2,1 - 2,8	1,25 - 2,25	4,51 - 5,16
Alto	2,9 - 4,5	2,26-4	5,17 - 5,83
Muy alto	> 4,5	> 4	> 5,83
Media y desviación estándar	2,12 (1,23)	1,5 (1,3)	4,45 (0,9)

Fuente: Guía de buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial