

Original

Prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis

Antonio Pujol-de Castro^{a,*}, Grecia Valerio-Rao^b, Pablo Vaquero-Cepeda^c y Ferrán Catalá-López^{d,e,f}

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^c Servicio de Medicina Preventiva, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^d Departamento de Planificación y Economía de la Salud, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^e Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^f Clinical Epidemiology Program, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Ontario, Canada

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de enero de 2024

Aceptado el 1 de marzo de 2024

On-line el xxx

Palabras clave:

Burnout

Desgaste profesional

Epidemiología

Médicos

Metaanálisis

Prevalencia

Revisión sistemática

R E S U M E N

Objetivo: Analizar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional o *burnout* en médicos que trabajan en España mediante una revisión sistemática con metaanálisis.

Método: Se realizaron búsquedas en PubMed/MEDLINE, Embase y PsycINFO (hasta junio de 2023). Se incluyeron estudios observacionales realizados en España que presentaran la prevalencia de *burnout* en médicos. De cada estudio se extrajeron las características metodológicas y los resultados, y se evaluó su calidad. Se realizó una síntesis narrativa con metaanálisis de efectos aleatorios para el cálculo de proporciones.

Resultados: Se incluyeron 67 estudios con 16.076 participantes. Para la variable principal, el metaanálisis reveló una prevalencia global de *burnout* en médicos del 24% (IC95%: 19%-29%; 46 estudios; 8821 participantes; $I^2 = 97\%$). A partir de análisis de subgrupos se observaron diferencias según el criterio diagnóstico utilizado: prevalencia del 18% (IC95%: 13%-23%) utilizando tres dimensiones de *burnout*, 29% (IC95%: 24%-34%) para dos dimensiones y 51% (IC95%: 42%-60%) para una dimensión. La heterogeneidad entre estudios no pudo ser explicada por completo a través de análisis adicionales, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con otras variables (p. ej., calidad de los estudios, ámbito de trabajo, categoría profesional o por especialidad médica).

Conclusiones: Se aprecia una alta prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos que trabajan en España. Estos resultados pueden contribuir a conocer mejor la carga asociada al *burnout* en médicos y al diseño de futuros estudios. Parecen ser necesarias estrategias para prevenir y mitigar esta situación.

Registro del protocolo: Open Science Framework: <https://osf.io/b2h4m/>

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Prevalence of burnout syndrome in physicians working in Spain: systematic review and meta-analysis

A B S T R A C T

Keywords:

Burnout

Epidemiology

Physicians

Meta-analysis

Prevalence

Systematic review

Objective: To analyze the prevalence of burnout syndrome in physicians working in Spain through a systematic review with meta-analysis

Method: We searched PubMed/MEDLINE, Embase, and PsycINFO (up to June 2023). Observational studies conducted in Spain reporting the prevalence of burnout in physicians were included. From each study, methodological characteristics and results were extracted, and their quality was evaluated. We performed a narrative synthesis with random effects meta-analysis to calculate proportions.

Results: Sixty-seven studies with 16,076 participants were included. For the primary outcome, the meta-analysis revealed a global prevalence of burnout in physicians of 24% (95%CI: 19%-29%; 46 studies; 8821 participants; $I^2 = 97\%$). From subgroup analysis, differences were observed depending on the diagnostic criteria used: 18% (95%CI: 13%-23%) for three dimensions of burnout, 29% (95%CI: 24%-34%) for two dimensions and 51% (95%CI: 42%-60%) for one dimension. The heterogeneity between studies could not be fully explained through additional analyses where non-statistically significant differences were found with other variables (e.g., study quality, setting, professional category or medical specialty).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.pujol@salud.madrid.org (A. Pujol-de Castro).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384>

0213-9111/© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusions: A high prevalence of burnout syndrome was found in physicians working in Spain. These results can contribute to estimating the burden associated with burnout in physicians at a national level and to the design of future studies. Strategies appear to be necessary to prevent and mitigate this situation.

Protocol registration: Open Science Framework: <https://osf.io/b2h4m/>

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El síndrome de desgaste profesional o *burnout* es considerado un trastorno que ocurre como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito^{1,2}. Entre las distintas conceptualizaciones que existen, una de las más utilizadas ha sido la de Maslach y Jackson mediante el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI)^{3,4}, que caracteriza al síndrome en tres síntomas o dimensiones principales: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). El CE hace referencia al sentimiento de agotamiento ante las exigencias de un trabajo por el que no se siente atractivo alguno. La DP implica actitudes de frialdad, distanciamiento y rechazo respecto a las personas que se atiende, a las que se culpa de su situación, burocratizando su relación con ellos. La falta de RP consiste en una actitud negativa hacia uno mismo y al trabajo, una pérdida de interés por este, aislamiento en la tarea e ideas de incompetencia personal, junto con irritabilidad, baja productividad y escasa autoestima^{2,4}.

Los profesionales sanitarios, y en concreto los médicos, son una población en riesgo de padecer *burnout* por el tipo de trabajo y la implicación emocional que este requiere^{5,6}. Las consecuencias del *burnout* no se limitan a la salud de los trabajadores, sino que también afectarían a la calidad de la atención prestada y a la propia organización. Por ejemplo, algunos estudios y revisiones^{7,8} han observado que el *burnout* en médicos estaría asociado con una disminución del desempeño profesional, problemas de seguridad del paciente y una menor satisfacción de las personas usuarias. Se ha llegado a afirmar que el *burnout* en médicos se está convirtiendo en un problema social y de salud pública^{9,10} que lleva asociado un gran coste económico¹¹.

En los últimos años se han realizado numerosos estudios epidemiológicos¹²⁻¹⁵ que describen la magnitud del problema del *burnout* en diferentes grupos de profesionales médicos en España. Del mismo modo, se han publicado diversas revisiones sistemáticas que analizan la epidemiología del síndrome de *burnout* en médicos de todo el mundo¹⁶, considerando distintas especialidades médicas^{17,18} y ámbitos asistenciales¹⁹, en diversas regiones^{20,21} y países²². Sin embargo, no se han realizado revisiones sistemáticas ni metaanálisis que evalúen específicamente la prevalencia de *burnout* en médicos que desarrollan su actividad profesional en el Sistema Nacional de Salud de España. En este contexto, el objetivo principal de este estudio fue analizar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional o *burnout* en médicos que trabajan en España.

Método

Diseño y registro del estudio

La presentación de esta revisión sistemática y metaanálisis siguió las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*)²³ (véase [Anexo 1 en Material suplementario](#)). Se elaboró un protocolo que fue registrado en Open Science Framework (<https://osf.io/b2h4m/>). En el [Anexo 2 del Material suplementario](#) se presentan algunas aclaraciones y modificaciones en el protocolo.

Fuentes de información y estrategias de búsqueda

Se realizaron búsquedas en las principales bases de datos (hasta el 8 de junio de 2023): PubMed/MEDLINE, Embase y PsycINFO. Con la ayuda de dos personas expertas en documentación se diseñaron diversas estrategias que incluyeron palabras relacionadas con “médicos”, “desgaste profesional o *burnout*”, “diseño de los estudios” y “ámbito geográfico”. Para el ámbito geográfico, la búsqueda se fundamentó en un filtro previamente validado para España que incluye los nombres de las comunidades autónomas, las distintas provincias y los servicios regionales de salud²⁴. Las estrategias de búsqueda utilizadas se presentan en el [Anexo 3 del Material suplementario](#). Adicionalmente se realizaron búsquedas en Google Académico y se revisaron las referencias de los artículos incluidos.

Criterios de inclusión y de exclusión

Los estudios se seleccionaron atendiendo a los siguientes criterios:

- Población: se incluyeron profesionales médicos, independientemente de su edad, sexo, especialidad, ámbito de trabajo y categoría profesional (p. ej., residentes o especialistas). Los estudios realizados en personal sanitario (p. ej., médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias) fueron elegibles siempre que la información sobre médicos estuviese disponible de manera desagregada.
- Variable principal de resultados: se incluyeron estudios cuya variable de resultado fuera la prevalencia del síndrome de *burnout* o alguna de sus dimensiones por separado (p. ej., CE, DP o RP). En aquellos estudios en los que se utilizó un formulario de medida distinto de alguna versión del MBI se consideró la prevalencia de *burnout* que presentaran los investigadores del estudio.
- Diseño de los estudios: se incluyeron estudios observacionales (transversales, encuestas de salud, cohortes con al menos una medición basal) que presentaran datos de prevalencia.
- Otros criterios: se incluyeron estudios publicados en revistas científicas (como artículos originales) sin limitar por año de publicación ni por idioma.

Se excluyeron los estudios que incluían profesionales sanitarios y no presentaban información desagregada para médicos, así como los editoriales y comentarios, los resúmenes de congresos y las revisiones (de cualquier tipo).

Selección de los estudios

Al menos tres personas del grupo investigador (AP-dC, GV-R, PV-C o FC-L) realizaron la selección de los estudios de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Para aquellos artículos en los que hubo discrepancias, estas se discutieron hasta alcanzar un acuerdo. Se utilizó el *software* Rayyan® (Rayyan Systems Inc., Cambridge, USA).

Recogida de información

Un investigador (AP-dC) realizó la extracción de datos de los estudios: autor y año de publicación, periodo de realización, tamaño muestral, porcentaje de participación (tasa de respuesta), localización geográfica, ámbito, características de los participantes (p. ej., edad, porcentaje de mujeres, especialidad, categoría profesional), variables e instrumento de medida de *burnout*, y resultados. Esta información se extrajo de la publicación principal y, cuando los datos no estuvieron disponibles, se contactó con los autores de los estudios (véase [Anexo 4 en el Material suplementario](#)). La información extraída fue revisada por al menos otra de las personas del grupo investigador (GV-R, PV-C o FC-L).

Medida principal de resultados

La variable principal de resultados fue la prevalencia global del síndrome de *burnout* expresada como el porcentaje de médicos que presentaron desgaste profesional o *burnout*, dando prioridad a la definición que incluye las tres dimensiones del síndrome (p.ej., alto CE, alta DP y baja RP). Cuando esta información no estuvo disponible, se consideró la definición facilitada por los autores en el artículo, dando preferencia a aquellos datos que se aproximaran más a la definición anterior (p. ej., al menos dos dimensiones) respecto a otras utilizadas en los estudios.

Las variables secundarias fueron la prevalencia específica en cada una de las dimensiones implicadas en el síndrome de *burnout* por separado (alto CE, alta DP y baja RP).

Evaluación de la calidad de los estudios

Un investigador (AP-dC) evaluó la calidad (riesgo de sesgos) de los estudios. Para ello, se utilizó la herramienta JBI para revisiones sistemáticas de estudios de prevalencia²⁵, que incluye nueve elementos de calidad que son valorados como «sí», «no», «dudoso» o «no aplicable». A cada estudio se le asignó una puntuación total que reflejó el número de elementos con un «sí». Para evaluar la calidad global, los estudios fueron clasificados en alta calidad (de 7 a 9 puntos) y calidad moderada/baja (<7 puntos).

Análisis de los datos

Se realizó una síntesis narrativa de los métodos y de los resultados de los estudios incluidos utilizando tablas de evidencia. Se llevó a cabo, siempre que fue posible, un análisis descriptivo mediante recuento de frecuencias (%) de las variables cualitativas, y la mediana y el rango intercuartílico (RIC) para las variables cuantitativas.

Se hicieron metaanálisis utilizando el modelo de efectos aleatorios que pondera con varianza inversa (el estimador de varianza entre estudios de DerSimonian-Laird) para calcular proporciones junto con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se evaluó la heterogeneidad estadística mediante el índice I^2 . Se calcularon la Tau^2 y la prueba Q de Cochran de heterogeneidad, considerado estadísticamente significativo un valor $p < 0,10$. Para evaluar la robustez de los resultados y explorar posibles causas de heterogeneidad se realizaron los siguientes análisis de subgrupos: criterio diagnóstico de *burnout* (tres dimensiones vs. dos dimensiones vs. una dimensión), calidad de los estudios (alta vs. moderada/baja), ámbito de trabajo (atención primaria vs. hospitalaria), categoría profesional (p. ej., residentes vs. especialistas), especialidad (p. ej., atención primaria vs. hospitalaria vs. médica-quirúrgica), instrumento de medida (p. ej., MBI vs. otros) y momento de realización del estudio con respecto al inicio de la pandemia de COVID-19 (p. ej., antes de marzo de 2020 vs. después). Se exploró el potencial sesgo de publicación (efecto por estudios pequeños)

mediante un diagrama de embudo y las pruebas de Egger y Begg, considerando como estadísticamente significativo un valor $p < 0,10$.

El análisis estadístico y la generación de gráficos se realizaron con el programa R (versión 4.3.1).

Resultados

Resultados de las búsquedas y de la selección de los estudios

A partir de las búsquedas se identificaron 586 registros, de los cuales se eliminaron 122 duplicados. De ellos, se seleccionaron 230 artículos para su lectura a texto completo. Adicionalmente se encontraron 8 artículos en búsquedas complementarias. Tras excluir 171 artículos, se incluyeron 67 estudios (véase el diagrama de flujo en el [Anexo 5](#) y la lista de estudios incluidos y excluidos en los [Anexos 6 y 7 en el material suplementario](#)).

Características generales

Las principales características de los estudios se presentan en las [tablas 1 y 2](#) (y en los [Anexos 8 y 9 en el material suplementario](#)). Los 67 estudios incluyeron 16.076 participantes, con una mediana de 142 médicos (RIC: 63-243) por estudio. Las comunidades autónomas más representadas fueron Cataluña ($n = 16$ estudios; 24%), Andalucía ($n = 7$; 10%), Comunidad de Madrid ($n = 4$; 6%) y Comunidad Valenciana ($n = 4$; 6%). La mitad de los estudios ($n = 36$; 54%) se realizaron en el ámbito hospitalario, el 37% ($n = 25$) en atención primaria y el 9% ($n = 6$) en ambos niveles. La mayoría de los estudios utilizaron el cuestionario MBI ($n = 51$; 76%) o alguna de sus modificaciones ($n = 13$; 19%). En cuanto a los criterios diagnósticos, la mayoría de los estudios ($n = 45$; 67%) presentaban algún dato de prevalencia cuando al menos dos dimensiones del síndrome estaban afectadas.

Resultados principales

Cuarenta y seis estudios, que incluyeron 8821 participantes, presentaron datos para la variable principal de resultados. A través de metaanálisis de efectos aleatorios se estimó una prevalencia global de *burnout* en médicos del 24% (IC95%: 19%-29%), con indicios de heterogeneidad estadísticamente significativa ($Tau^2 = 0,03$; $p < 0,01$; $I^2 = 97%$) ([fig. 1](#)).

El análisis de cada una de las dimensiones por separado (variables secundarias) permitió obtener prevalencias del 37% (IC95%: 33%-41%; 59 estudios; 15.448 participantes; $Tau^2 = 0,02$; $p < 0,01$; $I^2 = 97%$) para alto CE, del 36% (IC95%: 32%-40%; 59 estudios; 15.448 participantes; $Tau^2 = 0,02$; $p < 0,001$; $I^2 = 98%$) para alta DP y del 33% (IC95%: 29%-37%; 57 estudios; 14.887 participantes; $Tau^2 = 0,03$; $p < 0,001$; $I^2 = 98%$) para baja RP (véanse los [Anexos 10 a 12 en el material suplementario](#)).

Resultados adicionales

A partir de diversos análisis de subgrupos definidos en el protocolo se exploraron posibles causas de heterogeneidad. Cuando se utilizó un criterio diagnóstico para definir *burnout* que incluyera tres dimensiones afectadas la prevalencia fue del 18% (IC95%: 13%-23%; 25 estudios; 4893 participantes), para dos dimensiones fue del 29% (IC95%: 24%-34%; 20 estudios; 3576 participantes) y para una dimensión fue del 51% (IC95%: 42%-60%; 18 estudios; 2473 participantes), con diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p < 0,01$) ([fig. 2](#)).

Para el resto de las variables consideradas en los análisis de subgrupos (calidad de los estudios, ámbito de trabajo, categoría profesional, especialidad, instrumento de medida y momento de

Tabla 1
Características generales de los estudios incluidos

Características	n (%)
Número total de estudios	67 (100)
Año de publicación	
Antes de 2010	3 (5)
2000-2009	26 (39)
2010-2019	19 (28)
Desde 2020	19 (28)
Localización geográfica	
Área/centro sanitario	13 (19)
Ciudad/provincia	22 (33)
Comunidad autónoma	11 (16)
Nacional	21 (31)
Comunidad autónoma de realización del estudio	
Cataluña	16 (24)
Andalucía	7 (10)
Comunidad Valenciana	4 (6)
Comunidad de Madrid	4 (6)
Castilla-La Mancha	3 (5)
Otras	12 (18)
Ámbito del estudio	
Atención primaria	25 (37)
Hospital	36 (54)
Ambos	6 (9)
Número de participantes (tamaño muestral)	
n > 100	42 (63)
n ≤ 100	25 (37)
Muestra del estudio	
Médicos	50 (75)
Médicos y otros profesionales sanitarios	17 (25)
Especialidad médica	
Medicina de familia o pediatría de atención primaria	24 (36)
Médica-hospitalaria (p. ej., neumología, medicina interna)	19 (28)
Médica-quirúrgica (p. ej., cirugía general, ginecología)	8 (12)
Otras	16 (24)
Categoría profesional	
Facultativo especialista adjunto	21 (31)
Médico interno residente	8 (12)
Facultativo especialista adjunto y médico interno residente	11 (16)
Sin especificar	27 (40)
Instrumento de medida del burnout	
MBI	51 (76)
MBI modificada (p. ej., MBI-HSS, MBI-HSS MP)	13 (19)
Otros (p. ej., MPBQ, PWLS1, encuesta propia)	3 (5)
Criterio diagnóstico de burnout	
Una dimensión	18 (27)
Dos dimensiones	20 (30)
Tres dimensiones	25 (37)
Otros (p. ej., suma de puntuaciones)	3 (5)

realización del estudio con respecto al inicio de la pandemia de COVID-19) no se observaron cambios estadísticamente significativos en las prevalencias de *burnout* (véanse los [Anexos 13 a 18 en el material suplementario](#)).

Calidad de los estudios y sesgo de publicación

En el material suplementario de este artículo pueden verse las evaluaciones de calidad metodológica de los estudios ([Anexo 19](#)) y del sesgo de publicación ([Anexo 20](#)). La mayoría de los estudios (n = 58; 87%) presentaron alta calidad, con puntuaciones de 7 a 9 puntos en la herramienta JBI. El análisis del potencial sesgo de publicación no fue concluyente, con resultados discrepantes entre las pruebas de Egger (p = 0,21) y Begg (p = 0,08).

Discusión

Esta revisión sistemática y metaanálisis ha permitido identificar y evaluar toda la evidencia disponible referente a los datos de prevalencia del *burnout* procedentes de estudios observacionales realizados en médicos que trabajan en España. El resultado principal de este estudio es la observación de que uno de cada cuatro médicos presenta síntomas compatibles con el síndrome de *burnout*. Los 67 estudios incluidos en la revisión sistemática informaron una amplia variedad de características demográficas, geográficas, profesionales, de criterios diagnósticos y estimaciones de prevalencia. Algunos estudios caracterizaron el desgaste profesional o *burnout* como un síndrome uni- o bidimensional, aunque la gran mayoría de los estudios lo caracterizaron como multidimensional. En este sentido, es importante destacar que los resultados de prevalencia de *burnout* obtenidos en los metaanálisis variaron significativamente según el criterio diagnóstico adoptado. En nuestro estudio, la prevalencia global de *burnout* fue del 18% cuando se utilizó un criterio diagnóstico más conservador (incluyendo las tres dimensiones afectadas), y se observaron cifras más altas cuando se aplicaron criterios menos estrictos (del 29% para dos dimensiones y del 51% para una dimensión).

Las altas prevalencias del síndrome de *burnout* en médicos encontradas en los estudios incluidos en esta revisión sistemática son concordantes con las presentadas en otras investigaciones¹⁶⁻²² que evaluaron su prevalencia en médicos de diversas especialidades. Por ejemplo, en una revisión sistemática y metaanálisis²² de estudios realizados en médicos franceses se observó una prevalencia global de *burnout* del 49% (utilizando tan solo una dimensión afectada), cifra muy similar a la encontrada en nuestro estudio (51%) cuando se aplicó el mismo criterio diagnóstico. No obstante, considerando un criterio multidimensional del síndrome (que incluya tres dimensiones afectadas), la prevalencia global de *burnout* fue ligeramente inferior (5%) en los médicos franceses que en los médicos que trabajan en España (18%). La evidencia proporcionada en otras revisiones sistemáticas y metaanálisis¹⁶⁻²², y en el presente estudio, permite reflejar que existe cierta heterogeneidad entre estudios en cuanto a los criterios utilizados para definir y medir el *burnout*, y por lo tanto se destaca la necesidad de estandarizar cómo se define y mide el síndrome de *burnout* en futuros estudios. Esta consideración es muy importante puesto que la prevalencia puede reducirse significativamente y, en consecuencia, las medidas a adoptar y sobre qué poblaciones.

Entre las estrategias que se han propuesto para prevenir la aparición de síndrome de *burnout* en médicos^{2,26-28} se encuentran las siguientes: cambios en los patrones laborales (p. ej., tomar más descansos, evitar trabajo fuera del horario laboral, conciliación del trabajo con la vida personal), desarrollo de herramientas de gestión emocional (técnicas de gestión del tiempo, de resolución de conflictos, de relajación, de autoconocimiento, apoyo psicoterapéutico, etc.), obtención de soporte social (por parte de compañeros y familia), diversificación del trabajo (realización de tareas docentes y administrativas) e implicación en actividades fuera del trabajo (aficiones y otros intereses personales). Si se pretende realizar una acción preventiva específica, es importante conocer los orígenes a los que se atribuye el *burnout*, ya que en los médicos del ámbito de la atención primaria habría que priorizar las acciones sobre los determinantes del *burnout* relacionado con los pacientes, mientras que en los médicos residentes serían los relacionados con el trabajo²⁸.

Diversos estudios^{11,29} han estimado el impacto económico asociado al síndrome de *burnout* en médicos. Por ejemplo, Dewa et al.²⁹ realizaron una estimación del coste del *burnout* en médicos de Canadá, en la cual comprobaron que el *burnout* se asociaba a la insatisfacción, y esta, a su vez, con la jubilación anticipada y la reducción de jornada. En una población de 70.000 médicos, con una

Tabla 2
Descripción de las características principales de los estudios incluidos

Autor (año de publicación)	n	Respuesta (%)	Mujeres (%)	Edad, media (DE)	Especialidad	Categoría profesional ^a	Resultados disponibles
De Pablo et al. (1998)	144	50	44	43,6 (7,8)	Medicina de familia	Sin especificar	CE, DP, RP
Livianos et al. (1999)	165	-	35	-	Psiquiatría	Sin especificar	CE, DP, RP
Olivar et al. (1999)	497	61	45	41,0 (7,2)	Medicina de familia y pediatría	Ambos	BO, CE, DP, RP
Belloch et al. (2000)	56	81	-	28,7 (2,6)	Varias	Residente	BO, CE, DP, RP
Bustianza et al. (2000)	68	40	31	-	Pediatría	Especialista	BO, CE, DP, RP
Esquerda et al. (2000)	34	76	62	42,1 (9,2)	Pediatría	Sin especificar	DP, RP
Cebrià et al. (2000)	427	81	43	-	Medicina de familia	Especialista	BO, CE, DP, RP
Jiménez et al. (2002)	85	45	20	49,8 (7,9)	Cirugía pediátrica	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Prieto et al. (2002)	157	62	25	41,5 (7,2)	Medicina de familia	Especialista	BO, CE, DP, RP
Sos Tena et al. (2002)	586	82	42	-	Medicina de familia	Sin especificar	CE, DP, RP
Cebrià et al. (2003)	220	100	47	42,3 (-)	Medicina de familia	Especialista	CE, DP, RP
Martínez de la Casa et al. (2003)	144	61	28	-	Varias	Especialista	BO, CE, DP, RP
Molina et al. (2003)	196	80	60	41,1 (8)	Medicina de familia y pediatría	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Grau et al. (2005)	266	44	78	36,6 (8,8)	Sin especificar	Especialista	CE, DP, RP
Jorge et al. (2005)	94	72	46	44,0 (-)	Medicina de familia y pediatría	Sin especificar	DP, RP
Sánchez-Madrid et al. (2005)	149	39	7	-	Traumatología	Especialista	CE, DP, RP
Travado (2005)	39	-	60	37,6 (8,3)	Sin especificar	Sin especificar	CE, DP, RP
Escribà-Agüir et al. (2006)	353	-	35	-	Urgencias	Sin especificar	CE, DP, RP
Esteva et al. (2006)	261	62	47	42,4 (6,5)	Medicina de familia y pediatría	Sin especificar	CE, DP, RP
Fernández-Torres et al. (2006)	41	69	34	40,5 (10,8)	Anestesia	Ambos	BO, CE, DP, RP
Castelo-Branco et al. (2007)	109	67	86	27 (2,3)	Ginecología	Residente	BO, CE, DP, RP
Escribà-Agüir et al. (2008)	1021	68	31	-	Varias	Ambos	CE, DP, RP
Fontán et al. (2008)	22	69	33	49,2 (9)	Ginecología	Especialista	BO, CE, DP, RP
Santamaría et al. (2008)	11	-	78	-	Cuidados paliativos	Sin especificar	CE, DP, RP
Soler et al. (2008)	86	30	45	45,4 (8,5)	Medicina de familia	Sin especificar	CE, DP, RP
Suárez et al. (2008)	67	66	68	-	Pediatría	Sin especificar	CE, DP, RP
Camps et al. (2009)	200	25	48	44,3 (-)	Oncología	Sin especificar	BO
Frade et al. (2009)	30	7	81	37 (9,0)	Unidad de cuidados intensivos	Ambos	BO
Sánchez Ventín et al. (2009)	101	45	54	46,49 (2,85)	Medicina de familia	Especialista	BO, CE, DP, RP
Fonseca et al. (2010)	132	45	52	27,0 (-)	Varias	Residente	BO, CE, DP, RP
Fontán et al. (2010)	21	-	33	49,1 (8,0)	Ginecología	Especialista	CE, DP, RP
Chivato et al. (2011)	404	-	55	43,9 (8,8)	Alergología	Sin especificar	CE, DP, RP
Dominguez et al. (2012)	27	22	67	42,3 (8,2)	Sin especificar	Sin especificar	BO
Matía et al. (2012)	167	51	40	47,1 (5,7)	Medicina de familia	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Frutos-Llanes et al. (2014)	141	51	48	48,5 (8,2)	Medicina de Familia	Especialista	BO, CE, DP, RP
Obrero et al. (2014)	106	24	17	-	Traumatología	Especialista	BO, CE, DP, RP
Navarro-González et al. (2015)	88	-	73	45,6 (9,4)	Medicina de familia	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Vilà et al. (2015)	293	37	80	46,2 (9,6)	Medicina de familia	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Yuguero et al. (2015)	108	61	63	49,4 (8,5)	Medicina de familia	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Fernández-Prada et al. (2017)	42	52	76	26,4 (1,7)	Varias	Residente	CE, DP, RP
Yuguero et al. (2017)	43	-	67	-	Urgencias	Sin especificar	BO
Fernández-Sánchez et al. (2018)	6	-	85	29,4 (8,9)	Cuidados paliativos	Especialista	BO
Merino-Plaza et al. (2018a)	18	-	85	46,8 (9,4)	Sin especificar	Especialista	BO, CE, DP, RP
Merino-Plaza et al. (2018b)	6	-	82	45,1 (9,0)	Sin especificar	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Párraga et al. (2018)	227	26	46	51,2 (8,5)	Medicina de familia y pediatría	Especialista	BO, CE, DP, RP
Riquelme et al. (2018)	301	-	35	-	Varias	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Ramírez et al. (2019)	119	22	69	-	Varias	Residente	BO, CE, DP, RP
Rodríguez-Rey et al. (2019)	110	76	83	42,2 (10,2)	Pediatría	Sin especificar	CE, DP, RP
Lucas-Guerrero et al. (2020)	452	49	66	-	Cirugía general	Residente	BO, CE, DP, RP
Macía-Rodríguez et al. (2020)	934	-	59	40,0 (-)	Medicina interna	Especialista	BO, CE, DP, RP
Ovejas-López et al. (2020)	214	77	72	-	Medicina de familia	Residente	BO, CE, DP, RP
Yebra et al. (2020)	374	58	64	55,5 (7,2)	Medicina de familia	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Garrido-Hermosilla et al. (2021)	142	-	51	43,7 (13,1)	Oftalmología	Ambos	BO, CE, DP, RP
Jiménez-Labaig et al. (2021)	243	27	60	-	Oncología	Ambos	BO, CE, DP, RP
Macía-Rodríguez et al. (2021)	1015	16	63	37,0 (-)	Medicina interna	Ambos	BO, CE, DP, RP
Oprisan et al. (2021)	226	-	47	41,1 (11,4)	Radiología	Ambos	BO, CE, DP, RP
Peirau et al. (2021)	42	64	67	42,1 (-)	Pediatría de atención primaria	Especialista	CE, DP, RP
Seda-Gombau et al. (2021)	40	-	79	47,0 (8,0)	Medicina de familia	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
Gago-Valiente et al. (2022)	128	75	83	-	Varias	Sin especificar	BO, CE, DP, RP
García-Molina et al. (2022)	81	54	71	-	Medicina de Familia	Especialista	BO, CE, DP, RP
Olivé et al. (2022)	71	79	56	26,9 (2,7)	Varias	Residente	BO
Oprisan et al. (2022)	150	66	59	40,4 (10,8)	Radiología	Ambos	BO, CE, DP, RP
Roig-Grau et al. (2022)	193	-	85	45,6 (-)	Medicina de familia y pediatría	Ambos	BO, CE, DP, RP
Zambrano-Bohorquez et al. (2022)	63	12	60	-	Medicina de Familia	Especialista	BO
De la Vega et al. (2023)	3140	-	37	47,8 (-)	Varias	Ambos	CE, DP, RP
Fortea et al. (2023)	188	12	47	40,6 (11,3)	Neurología	Especialista	BO
Rivas-García et al. (2023)	392	84	75	39,2 (7,9)	Pediatría	Especialista	BO, CE, DP, RP

BO: *burnout*; CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal.

^a La categoría profesional «ambos» incluye especialistas y residentes.

prevalencia de *burnout* estimada del 21%, los autores obtuvieron unos costes de 185,2 millones de dólares perdidos por jubilaciones anticipadas y 27,9 millones de dólares perdidos en reducciones de jornada, lo que resultaba en un coste total de 213,1 millones de

dólares (excluyendo bajas laborales e iatrogenia). Sería interesante realizar futuros estudios que valoraran el impacto económico del síndrome de *burnout* en médicos de España, donde existen 136.344 médicos trabajando en el Sistema Nacional de Salud³⁰, utilizando

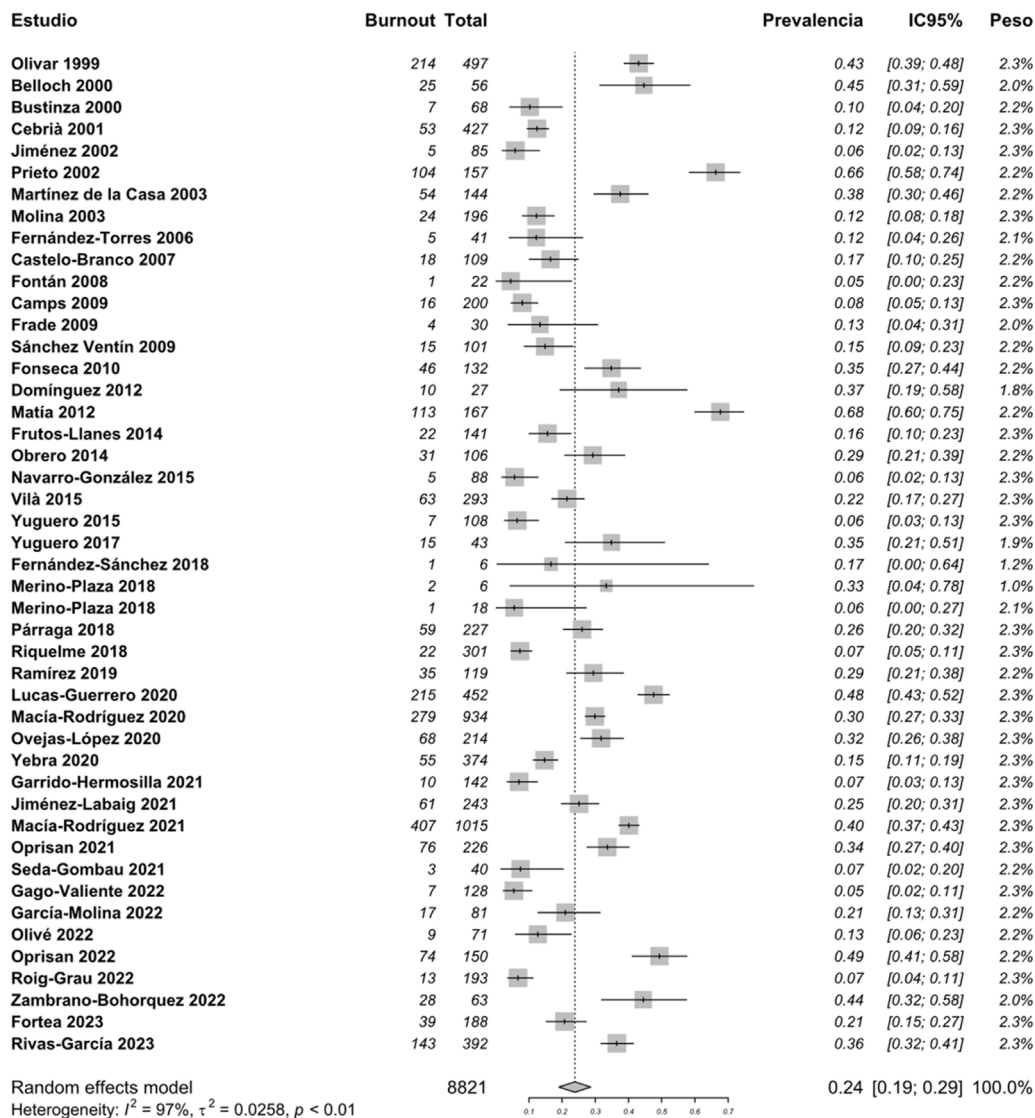


Figura 1. Metaanálisis de prevalencia global del síndrome de burnout.

los resultados de prevalencia de burnout hallados en el presente trabajo.

Como principales fortalezas de este estudio cabe destacar que se trata de la primera revisión sistemática con metaanálisis, en nuestro conocimiento, que integra y evalúa los estudios realizados en España sobre prevalencia del síndrome de burnout en médicos. Además de presentar una evaluación sistemática de la evidencia disponible y analizar aspectos relacionados con la metodología y los resultados de los estudios incluidos, se han podido identificar algunas áreas en las que podría ser necesario realizar nuevos estudios. En este sentido, los futuros estudios de ámbito nacional que se diseñen deberían incluir muestras más amplias y representativas de médicos de diferentes especialidades, en particular de médicos facultativos y residentes, considerando las condiciones objetivas de la organización y de las tareas que realizan, además de utilizar herramientas y criterios estandarizados para su realización y publicación^{16,27,31}.

Este trabajo también presenta algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, a pesar de que el cribado inicial de los artículos fue realizado por varias personas de forma independiente, la mayoría de los artículos fueron valorados por uno de los investigadores. Además, la extracción y la evaluación de datos de los artículos incluidos la realizó un único investigador, y aun-

que fueron revisados por al menos otras dos personas del equipo no pueden descartarse potenciales errores u omisiones. Por otro lado, los resultados obtenidos en esta revisión sistemática presentan algunas limitaciones de los propios estudios. La información que los estudios observacionales aportan es bastante heterogénea y se centra fundamentalmente en el propio concepto de burnout, la diversidad de puntos de corte dentro de una misma escala, y la dificultad en ocasiones de aislar la población de estudio, que en nuestro caso eran médicos, cuando había estudios realizados en varias profesiones sanitarias. También hay que considerar que se incluyeron estudios realizados en ámbitos locales (p. ej., un área sanitaria o una provincia), en distintos lugares y en las especialidades médicas en las que más se ha investigado el trastorno. Algunos de estos factores sin duda pueden contribuir a la heterogeneidad encontrada, manteniéndose incluso después de explorar en análisis adicionales por subgrupos. No obstante, observar una alta heterogeneidad entre estudios parece algo intrínseco de las revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios de prevalencia^{32,33}. Por último, esta revisión sistemática y metaanálisis solo consideró artículos publicados en revistas científicas, y no tuvo en cuenta otros datos disponibles en distintos formatos (p. ej., informes, tesis doctorales, etc.), lo que podría haber introducido otros sesgos (de selección y publicación).

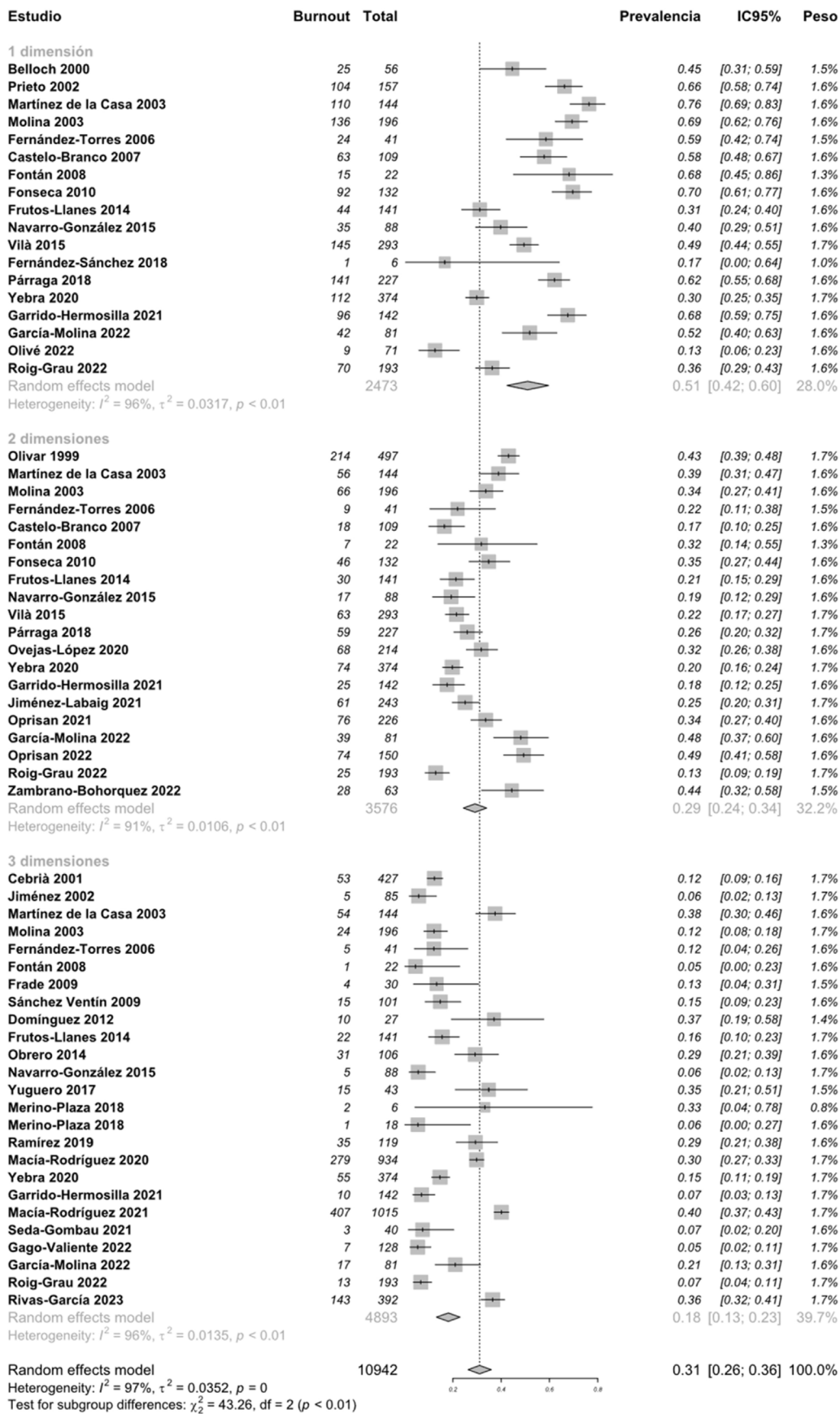


Figura 2. Metaanálisis de prevalencia del síndrome de burnout según criterio diagnóstico.

Conclusiones

Este estudio ha permitido encontrar una alta prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos que trabajan en España. A pesar de la heterogeneidad observada entre estudios, los resultados pueden contribuir a conocer mejor la carga asociada al síndrome de *burnout* en médicos en España y al diseño de futuros estudios. Parecen ser necesarias políticas y estrategias que contribuyan a prevenir y mitigar esta situación.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El síndrome de desgaste profesional o *burnout* es un trastorno derivado del estrés crónico no gestionado en el entorno laboral. Se suele caracterizar por altos niveles de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Los profesionales sanitarios, en especial los médicos, están en riesgo de padecer *burnout* debido a la naturaleza de su trabajo. Se han realizado diversos estudios epidemiológicos que describen la magnitud del problema en España. Sin embargo, no se han realizado revisiones sistemáticas que evalúen específicamente la prevalencia de *burnout* en médicos que desarrollan su actividad profesional en el Sistema Nacional de Salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

En esta revisión sistemática y metaanálisis de 67 estudios (16.076 participantes) se observó una prevalencia de *burnout* del 24%. Se encontraron diferencias según el criterio diagnóstico. La prevalencia de *burnout* fue del 18% cuando se utilizó un criterio diagnóstico más conservador (incluyendo las tres dimensiones afectadas), y las cifras fueron más altas cuando se aplicaron criterios menos estrictos (del 29% para dos dimensiones y del 51% para una dimensión).

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

La prevalencia del síndrome de *burnout* es alta en los médicos que trabajan en España. Estos resultados pueden contribuir a conocer mejor la carga asociada al síndrome de *burnout* en médicos y al diseño de futuros estudios. Parecen ser necesarias políticas y estrategias que contribuyan a prevenir y mitigar esta situación.

Editora responsable del artículo

Cristina Candal Pedreira.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Concepción y diseño del estudio: A. Pujol-de Castro y F. Catalá-López. Cribado de artículos: A. Pujol-de Castro, F. Catalá-López, G. Valerio-Rao y P. Vaquero-Cepeda. Extracción de datos: A. Pujol-de Castro, F. Catalá-López, G. Valerio-Rao y P. Vaquero-Cepeda.

Evaluación de la calidad de los artículos incluidos: A. Pujol-de Castro, G. Valerio-Rao y P. Vaquero-Cepeda. Análisis e interpretación de los datos: A. Pujol-de Castro y F. Catalá-López. Escritura del artículo: A. Pujol-de Castro y F. Catalá-López. Revisión y aprobación final: A. Pujol-de Castro, F. Catalá-López, G. Valerio-Rao y P. Vaquero-Cepeda.

Agradecimientos

A María José Merino-Plaza, Rocío Rodríguez-Rey, Antonio M. Garrido-Hermosilla, Manuel Fonseca y los investigadores de los estudios, por sus aclaraciones y por proporcionar datos no publicados para su uso en este trabajo. A Virginia Jiménez-Planet y Adolfo Alonso-Arroyo, por su ayuda en el diseño y la revisión de las estrategias de búsqueda.

Financiación

El Instituto de Salud Carlos III/CIBERSAM se ha hecho cargo de los gastos de publicación que permiten el acceso abierto a este artículo.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2024.102384](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384).

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). QD85 Burnout. (Consultado el 15/12/2023.) Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fidc%2fentify%2f129180281>.
2. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:265–70.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2:99–113.
4. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, et al. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 4th ed. Menlo Park, CA: Mind Garden; 2017.
5. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *JAMA*. 2011;305:2009–10.
6. Bouza E, Gil-Monte PR, Palomo E; Grupo de trabajo para deliberar sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2020;220:359–63.
7. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaquero-Cepeda P, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Gac Sanit*. 2024;102384.
8. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2019;171:555–67.
9. The Lancet. Physician burnout: a global crisis. *Lancet*. 2019;394:93.
10. Cebrià-Andreu J. Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gac Sanit*. 2005;19:470.
11. Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Ann Intern Med*. 2019;170:784–90.
12. Vilà Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, et al. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25–31.
13. Garrido-Hermosilla AM, Soto-Sierra M, Díaz-Ruiz MC, et al. Síndrome de desgaste profesional o «burnout» en la oftalmología andaluza. *Arch Soc Esp Ophthalmol*. 2021;96:63–8.
14. Maciá-Rodríguez C, Alejandre de Oña A, Martín-Iglesias D, et al. Burn-out syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2021;11:e042966.
15. Oprisan A, Baettig-Arriagada E, Baeza-Delgado C, et al. Prevalencia del síndrome de desgaste en radiólogos españoles. *Radiología*. 2023;65:307–14.
16. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*. 2018;320:1131–50.
17. Karuna C, Palmer V, Scott A, et al. Prevalence of burnout among GPs: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2022;72:e316–24.

18. Yates M, Samuel V. Burnout in oncologists and associated factors: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28:e13094.
19. Roberts DL, Cannon KJ, Wellik KE, et al. Burnout in inpatient-based versus outpatient-based physicians: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Med*. 2013;8:653–64.
20. Wright T, Mughal F, Babatunde OO, et al. Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2022;100:385–401A.
21. Hiver C, Villa A, Bellagamba G, et al. Burnout prevalence among European physicians: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health*. 2022;95:259–73.
22. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, et al. Burnout in French physicians: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;246:132–47.
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev*. 2021;10:89.
24. Valderas JM, Mendivil J, Parada A, et al. Construcción de un filtro geográfico para la identificación en PubMed de estudios realizados en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:1244–51.
25. Munn Z, Moola S, Lisy K, et al. Systematic reviews of prevalence and incidence. En: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIManual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI; 2020. Cap. 5.
26. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388:2272–81.
27. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:103–11.
28. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, et al. Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemic: an up-date. *Med Clin*. 2021;157:130–40.
29. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, et al. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:254.
30. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.; 2022 (Consultado el 15/12/2023.) Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionSanitarias/profesion/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta.Necesidad.Especialistas.Medicos.2021_2035V3.pdf.
31. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2007;4:e297.
32. Higgins JP. Commentary: Heterogeneity in meta-analysis should be expected and appropriately quantified. *Int J Epidemiol*. 2008;37:1158–60.
33. Migliavaca CB, Stein C, Colpani V, et al. Meta-analysis of prevalence: I2 statistic and how to deal with heterogeneity. *Res Synth Methods*. 2022;13:363–7.