

Avance online de artículo en prensa

Evolución del *burnout*, realización profesional y perspectiva de mejora autocompasiva de los profesionales sanitarios durante una crisis sanitaria prolongada. Características diferenciales de los médicos de urgencias

María de los Ángeles López-Hernández¹, Elena Lorenzo-Sánchez², Iluminada López-Hernández³, Mickey Trockel⁴

OBJETIVO. Conocer el patrón evolutivo del *burnout*, realización profesional y autovaloración de los sanitarios ante una crisis sanitaria prolongada, y analizar las características diferenciales de los médicos de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio nacional, observacional, al azar mediante encuesta anónima y voluntaria enviada por correo electrónico. Se realizó en 3 etapas de la pandemia por COVID-19 en España, durante la primera ola (desde el inicio hasta junio de 2020), tercera ola (desde diciembre de 2020 a marzo de 2021), y sexta ola (desde octubre de 2021 hasta febrero de 2022). Se utilizó la versión española de la encuesta de realización profesional, *burnout* y perspectivas de mejora autocompasiva (*Professional Fulfillment Index and self-compassion, with scoring guidelines. Stanford Medicine Well MD Center, 2017*).

RESULTADOS. Contestaron la encuesta 540 profesionales sanitarios (50,4% hombres), edad (25-69 años) (M = 47,57; DE = 10,5) 78,3% médicos, 14,3% enfermeros, 7,3% otros. Médicos de urgencias n = 116. *Burnout* primera ola n=245, media 1,25 (DT 0,74); tercera ola n = 159 media 1,61 (DT 0,83); sexta ola n = 136 media 1,46 (DT 0,76). F 10,93; p < 0,001; n 20,20; B0,22. Realización profesional olas: primera media 2,37 (DT 0,97); Tercera media 2,28 (DT 0,55); Sexta media 2,32 (DT 0,76). F 0,77; p = 0,465; n 2 0,06; B 0,22. Autovaloración olas: Primera media 2,09 (DT 0,99); Tercera: media 1,74 (DT 0,69); Sexta 1,95 (DT 0,66); F 9,00; p < 0,001; n 0,19; B 0,82. Los médicos de urgencias presentaron una media de 1,48 (DT 0,91 en *burnout*; 2,27 (DT 0,66) en realización profesional y 1,93 (DT 0,73) en autovaloración.

CONCLUSIONES. La pandemia ocasionó en los profesionales sanitarios un aumento de la prevalencia de *burnout* y una disminución de su autovaloración y realización profesional. Los médicos de urgencias presentaban inicialmente los peores datos, sin embargo, su patrón evolutivo de recuperación fue diferente, mostrando una mejor respuesta en su autovaloración, alcanzando su mejor valor en la última ola. El entrenamiento y práctica en el manejo del estrés prolongado en los médicos de urgencias podría influir en la recuperación psicosocial.

Palabras clave: Médicos de urgencias. *Burnout*. Realización profesional. Compasión. Crisis sanitaria.

Evolution of *burnout*, professional fulfillment, and self-compassionate improvement perspective among health care professionals during a prolonged health crisis: differential characteristics of emergency physicians

OBJECTIVE. To understand the evolutionary pattern of *burnout*, professional fulfillment, and self-assessment among health care professionals facing a prolonged health crisis, with a focus on the differential characteristics of emergency physicians.

MATERIALS AND METHODS. We conducted a national, observational, randomized study via e-mail. Participation was anonymous and voluntary. Data were collected in 3 phases, corresponding to waves of the COVID-19 pandemic (2020-2022). The survey was based on the Spanish version of the Professional Fulfillment Index and compassion-with scoring guidelines, adapted from the Stanford Medicine WellMD Center, 2017.

RESULTS. A total of 540 health care professionals participated (50.4% men), aged 25-69 years (M, 47.57; SD, 10.5). Of these, 78.3% were physicians, 14.3% nurses, and 7.3% other professions. There were 116 emergency physicians. *Burnout* scores were: first wave (n = 245) mean 1.25 (SD, 0.74); third wave (n = 159) mean 1.61 (SD 0.83); sixth wave (n = 136) mean 1.46 (SD, 0.76). Statistical

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España. ²Departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional, Universidad de La Laguna, Tenerife, España. ³Aeroméica Canaria SL, Las Palmas de Gran Canaria, España. ⁴Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Palo Alto, California, EEUU.

Correspondencia: María de los Ángeles López-Hernández. Hospital Universitario de Canarias. C/ Ofra, s/n. La Laguna, Tenerife, España.

E-mail: tesisangeles@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 28-6-2025. Aceptado: 28-7-2025. Online: 3-9-2025.

Editor responsable: Guillermo Burillo-Putze.

DOI: 10.55633/s3me/REUE043.2025

analysis showed $F 10.23$; $P < .001$; $n 20.2$; $B0.22$. Professional fulfillment scores across waves were: first wave mean, 1.37 (SD 0.97); third wave mean, 2.28 (SD, 0.55); sixth wave mean, 2.32 (SD, 0.76). Statistical analysis showed $F 0.77$; $P = .465$; $n 20.06$; $B0.22$. Self-assessment scores across waves were: first wave mean 2.09 (SD, 0.99); third wave mean, 1.74 (SD, 0.69); sixth wave mean, 1.95 (SD 0.66). Statistical analysis showed $F 9.00$; $P < .001$; $n 0.19$; $B 0.82$. Emergency physicians, specifically, showed a mean of 1.48 (SD, 0.91) for burnout, 2.27 (SD, 0.66) for professional fulfillment, and 1.93 (SD, 0.73) for self-assessment.

CONCLUSIONS. The pandemic led to an increase in burnout prevalence and a decrease in self-assessment and professional fulfillment among health care professionals. While emergency physicians initially presented with the worst data, their evolutionary recovery pattern differed, showing a better response in their self-assessment, reaching their best value in the last wave. The training and practice in managing prolonged stress among emergency physicians might influence their psychosocial recovery.

Keywords: Emergency physicians. Burnout. Professional fulfillment. Compassion. Health crisis.

Introducción

Los sanitarios tienen un riesgo psicosocial alto. Los niveles de *burnout*, ansiedad, estrés¹, el riesgo de consumo de sustancias tóxicas² y de suicidio entre los médicos constituye un problema de salud laboral. El estrés durante un periodo delimitado en el tiempo ofrece la oportunidad para una recuperación física y psíquica. Sin embargo, cuando ese estrés es desmedido y prolongado, no sólo ocasiona alteraciones en la salud física (riesgo cardiovascular, desregulación endocrina, osteomuscular etc.), sino que provoca agotamiento, interferencias en la vida relacional, desconexión interpersonal y deficiente realización profesional.

La angustia relacionada con el trabajo es mayor en los médicos que la existente en los trabajadores de otros campos, con una diferencia en el riesgo dependiendo de la especialidad³. Este hecho es especialmente significativo en los urgenciólogos, dando lugar a una mayor prevalencia del riesgo de agotamiento y *burnout*^{4,5}.

El equilibrio deficiente entre vida laboral y personal, la violencia en el lugar de trabajo, el acoso y la baja autovaloración se han asociado con ese agotamiento⁶. Las consecuencias de este desequilibrio hace que los profesionales se vean abocados en último término al abandono de su ejercicio profesional, con el perjuicio consecuente no sólo para ellos mismos como personas individuales, sino para sus pacientes⁷ y la sociedad. La pandemia COVID-19 afectó de manera global a la sociedad, constituyendo un desafío para los sistemas sanitarios. La angustia, el desconocimiento y la escasez de medidas protectoras supusieron un reto profesional y personal^{8,9}.

Los médicos, en concreto, actuaron en un ecosistema nuevo, teniendo no sólo que abordar el trato directo al paciente, sino actuar en la gestión, minuto a minuto, de la pandemia real, a pie de cama, tomando decisiones de tipo científico, moral y ético, condicionando todo esto una sobrecarga extra. Muchos médicos no entrenados en urgencias tuvieron que realizar actuaciones de una especialidad que no era la suya¹⁰. Una situación para la que no habían sido formados intelectual, física ni psíquicamente, y que pudo tener consecuencias para su propia salud.

Considerando la pandemia como una situación de estrés extremo y prolongado en el tiempo, ha sido estudiada la repercusión negativa sobre la salud psicosocial de los profesionales¹¹. Sin embargo, no ha sido valorado el patrón evolutivo de dichos riesgos. Durante el periodo de 3 años que duró la pandemia, tanto las situaciones de salud

pública cambiantes, como el efecto acumulativo del cansancio y los picos de las distintas olas, pudieron afectar de forma diferente a distintos profesionales sanitarios entrenados y acostumbrados en el abordaje de situaciones de alta demanda, como son los médicos de urgencias.

El objetivo de este estudio fue examinar en los profesionales sanitarios el patrón evolutivo de riesgo psicosocial ante una fuente de estrés intensa y mantenida en el tiempo, analizando la prevalencia de *burnout*, realización profesional y perspectiva de mejora autocompasiva, tomando como factor causante la pandemia por el COVID-19. Como objetivo secundario estudiamos si existían características diferenciadoras en el patrón evolutivo del estrés prolongado en personal entrenado en el abordaje de situaciones de urgencias y catástrofes, tomando como referencia a los médicos de urgencias.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo, realizado entre médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios españoles, mediante encuesta *online*. Se enviaron 2.100 correos electrónicos, obtenidos al azar entre las direcciones de contacto profesional, a los que se les invitó a participar en la encuesta. Ésta fue anónima, voluntaria, y no se obtenía recompensa económica por su realización. Sólo se admitieron las encuestas completamente cumplimentadas.

El cuestionario se basó en la versión española de la encuesta de realización profesional, *burnout* y perspectivas de mejora autocompasiva (*Professional Fulfillment Index and self-compassion, with scoring guidelines. Stanford Medicine Well MD Center, 2017*) desarrollada por Trockel et al.¹², instrumento con validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio¹³ (Anexo 1. <https://www.reue.org/extra/n4-anexo1.pdf>).

Se recogieron variables demográficas, así como específicamente si habían tenido compañeros/as de su unidad enfermos por COVID-19, y si ostentaban un puesto de responsabilidad en la organización sanitaria en la que trabajaban. Los datos fueron obtenidos en tres momentos de la pandemia: durante la primera ola (desde el inicio hasta junio de 2020), en la tercera ola (desde diciembre de 2020 a marzo de 2021), y en la sexta ola (desde octubre de 2021 hasta febrero de 2022).

Se utilizó la prueba t-test para comparaciones de medias para muestras independientes (entre grupos). Para las comparaciones de más de dos grupos, se aplicó la prueba de análisis de la varianza (ANOVA) con análisis univariante

posterior de TUKEY. Para el análisis de la homogeneidad de la varianza se utilizó la prueba F de Levene, y para el análisis de igualdad de las medias la prueba de Welch. Se consideró un nivel de significación estadística cuando se alcanzó un valor de $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 23.

Resultados

Respondieron a la encuesta 540 profesionales sanitarios (tasa de respuesta del 25,71%), con un 49,6% de mujeres, y una media de edad de $47,57 \pm 10,5$ años (rango 25-69 años). El 78,3% eran profesionales médicos, el 14,3% profesionales de enfermería y el 7,3% otros profesionales sanitarios. Los médicos de urgencias constituyeron el 21,48% de la muestra. El resto de las características de la muestra según el momento de la pandemia en el que contestaron al cuestionario se presentan en la **Tabla 1**.

Respecto a la prevalencia de *burnout*, realización profesional y autovaloración (perspectiva de mejora autocompasiva) los resultados se presentan en la **Tabla 2**. Se halló un efecto del momento de la pandemia COVID-19 sobre el *burnout*, realización profesional y la autovaloración (perspectiva de mejora autocompasiva) de los profesionales sanitarios (**Tabla 3**).

Los análisis *post hoc* mostraron que los niveles de *burnout* de los profesionales sanitarios fueron más altos en la tercera ola con respecto a la primera ola ($p < 0,001$) IC 95% [-0,55, -0,18] y en la sexta ola respecto de la primera ola ($p < 0,001$) IC 95% [-0,41, -0,02]. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de *burnout* de los profesionales de la tercera y la sexta ola. Dado que la varianza de los tres grupos (primera, tercera y sexta ola) no eran homogéneas [Levene F (2,537) = 3,17, $p = 0,043$], se realizó un análisis robusto de igualdad, que nos permitió obtener diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos F [W (2,303.9) = 10,75, $p < 0,001$].

Los profesionales sanitarios puntuaron más alto en perspectiva de mejora autocompasiva (autovaloración) en la primera ola respecto de la tercera ola ($p < 0,001$) IC 95% [0,16-0,56]. No hubo diferencias significativas en los

Tabla 2. Niveles de *burnout*, realización profesional y autovaloración de los profesionales sanitarios y de los médicos de urgencias, de forma global y en las tres olas pandémicas analizadas

	Personal sanitario Media (DE)	Personal médico urgencias Media (DE)	Personal médico otros servicios Media (DE)
Características globales			
<i>Burnout</i>	1,44	1,48 (0,91)	1,41 (0,79)
Realización profesional	2,32	2,27 (0,66)	2,33 (0,76)
Autovaloración	1,93	1,93 (0,73)	1,96 (0,84)
Primera ola			
<i>Burnout</i>	1,25 (0,74)	1,33 (0,75)	1,23 (0,74)
Realización profesional	2,37 (0,97)	2,16 (0,88)	2,37 (0,88)
Autovaloración	2,09 (0,99)	1,74 (1,00)	2,16 (0,95)
Tercera ola			
<i>Burnout</i>	1,61 (0,83)	1,73 (1,05)	1,55 (0,75)
Realización profesional	2,28 (0,55)	2,30 (0,44)	2,25 (0,59)
Autovaloración	1,74 (0,69)	1,92 (0,54)	1,74 (0,73)
Sexta ola			
<i>Burnout</i>	1,46 (0,79)	1,40 (0,89)	1,43 (0,75)
Realización profesional	2,32 (0,76)	2,36 (0,54)	2,29 (0,52)
Autovaloración	1,95 (0,66)	2,18 (0,36)	1,90 (0,73)

niveles de autovaloración de los profesionales sanitarios entre la primera y la sexta ola y entre la tercera y la sexta ola. La varianza de los tres grupos (primera, tercera y sexta ola) no eran homogéneas [Levene F (2,537) = 19,15, $p \leq 0,001$]. El análisis robusto de igualdad de las medias nos permitió observar que había diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos F [W (2,34-3,2) = 9,65, $p < 0,001$].

También se observó un efecto del momento de la pandemia COVID-19 (primera, tercera y sexta ola) sobre la autovaloración del personal médico de urgencias (**Tabla 4**).

Los médicos de urgencias puntuaron más alto en autovaloración en la sexta ola respecto de la primera ola ($p < 0,001$) IC 95% [-0,82, -0,05]. No hubo diferencias significativas en los niveles de autovaloración del personal médico de urgencias entre la primera y la tercera ola y entre la tercera y la sexta ola. Dado que la varianza de los tres grupos (primera, tercera y sexta ola) no eran homogéneas [Levene F (2,113) = 27,51, $p \leq 0,001$], en el análisis de

Tabla 1. Características de la muestra según el momento de la pandemia

	Primera ola n (%)	Tercera ola n (%)	Sexta ola n (%)
Total de respuestas	245 (45,4)	159 (29,4)	136 (25,2)
Edad (años) [media (DE)]	47,18 (10,97)	48,14 (9,8)	47,60 (10,48)
Sexo masculino	130 (53,1)	69 (43,4)	69 (50,7)
Con cargo de gestión	87 (35,5)	48 (30,2)	46 (33,8)
En formación	21 (8,6)	14 (8,8)	14 (10,3)
Profesión sanitaria	Medicina 186 (75,9) Enfermería 32 (13,1) Otras 27 (11)	Medicina 130 (81,8) Enfermería 23 (14,5) Otras 6 (3,8)	Medicina 107 (78,7) Enfermería 22 (16,2) Otras 7 (5,1)
Especialidad médica	MU 43 (17,6) Otras 143 (58,4)	MU 38 (23,9) Otras 96 (60,4)	MU 35 (25,7) Otras 79 (58,1)

MU: médico de urgencias.

Tabla 3. Comparación de medias entre las tres olas en *burnout*, realización profesional y perspectiva de mejora autocompasiva (autovaloración) de los profesionales sanitarios

	Primera ola Media (DE)	Tercera ola Media (DE)	Sexta ola Media (DE)	F	p	π^2	β
<i>Burnout</i>	1,25 (0,74)	1,61 (0,83)	1,46 (0,79)	10,93*	< 0,001	0,20	0,85
Rea Prof	2,37 (0,97)	2,28 (0,55)	2,32 (0,76)	0,77	0,465	0,06	0,22
AutoVal	2,09 (0,99)	1,74 (0,69)	1,95 (0,66)	9,00*	< 0,001	0,19	0,82

* $p < 0,05$.

Tabla 4. Comparaciones de medias entre las tres olas en *burnout*, realización profesional y autovaloración de los profesionales médicos de urgencias

	Primera ola Media (DE)	Tercera ola Media (DE)	Sexta ola Media (DE)	F	p	π^2	β
<i>Burnout</i>	1,33 (0,75)	1,73 (1,05)	1,40 (0,89)	2,18	0,117	0,19	0,60
ReaProf	2,16 (0,88)	2,30 (0,44)	2,36 (0,54)	0,97	0,380	0,14	0,24
AutoVal	1,74 (1,00)	1,92 (0,54)	2,17 (0,36)	3,58*	< 0,05	0,28	0,76

* $p < 0,05$.

Tabla 5. Comparaciones de medias entre el personal médico de urgencias y el personal médico de otros servicios en las tres olas en *burnout*, realización profesional y autovaloración

	Personal médico urgencias Media (DE)	Personal médico otros servicios Media (DE)	t
Primera ola			
<i>Burnout</i>	1,33 (0,75)	1,23 (0,74)	t (184) = 0,757
Rea Prof	2,16 (0,88)	2,37 (0,88)	t (184) = -1,341
Autovaloración	1,74 (1,00)	2,16 (0,95)	t (184) = -2,493*
Tercera ola			
<i>Burnout</i>	1,73 (1,05)	1,55 (0,75)	t (132) = 1,119
Rea Prof	2,30 (0,44)	2,25 (0,59)	t (132) = 0,496
Autovaloración	1,92 (0,54)	1,74 (0,73)	t (132) = 1,347
Sexta ola			
<i>Burnout</i>	1,40 (0,89)	1,43 (0,75)	t (112) = -0,209
Rea Prof	2,36 (0,54)	2,29 (0,52)	t (112) = 0,650
Autovaloración	2,18 (0,36)	1,90 (0,73)	t (112) = 2,138*
Total primera, tercera y sexta ola			
<i>Burnout</i>	1,48 (0,91)	1,38 (0,75)	t (432) = 1,203
Rea Prof	2,27 (0,66)	2,32 (0,76)	t (432) = -0,630
Autoval	1,93 (0,73)	1,97 (0,85)	t (432) = -0,431

*p < 0,05.

igualdad de las medias, observamos que había diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos F [(W (2,71.12) = 5,26, p < 0,001].

Los resultados encontrados respecto a las diferencias entre el personal médico de urgencias y el personal médico de otros servicios fueron significativos únicamente en la variable autovaloración en la primera ola y en la sexta ola (Tabla 5). El personal médico de urgencias mostró una menor autovaloración en comparación con el personal médico de otros servicios en la primera ola. Sin embargo, en la sexta ola el personal médico de urgencias obtuvo una mayor puntuación en perspectiva de mejora autocompasiva (autovaloración) que el resto de personal médico.

Discusión

El virus COVID-19 afectó a más de cien millones de personas, con una estimación de más de dos millones de fallecimientos¹⁴. Esta situación ha intensificado los desafíos que afrontan los profesionales sanitarios, quienes ya se encontraban en ese momento expuestos a un alto riesgo para su salud psicosocial.

Se estima que el 32,6%¹⁵ de los sanitarios indicó intención de dejar su trabajo moderado o alto en un plazo de 2 años. Dos de cada tres sanitarios tenían la intención de reducir el tiempo de dedicación y/o abandonar su ejercicio profesional, esto podría suponer un auténtico colapso del sistema sanitario, con unas pérdidas sociales y económicas difícilmente asumibles. La pandemia, considerada como una fuente de estrés prolongado ha supuesto una oportunidad única para comprender las consecuencias de tales crisis en la salud psicosocial.

Un estrés mantenido/prolongado en el tiempo se ha asociado a factores de riesgo cardiovascular, hipertensión, arritmias como fibrilación auricular, diabetes, dislipemia, peor salud reproductiva y modificaciones cerebrales. El riesgo de mayor consumo de alcohol, benzodiacepinas y de suicidio constituye así mismo un factor a tener en cuenta¹¹.

Los médicos al afrontar la crisis por COVID-19 lo hicieron con nivel de agotamiento (*burnout*) mayor en especialidades como la de urgencias, no sintiéndose realizados. Este hecho es común con los analizados en otros países como EE.UU. donde los médicos de urgencias alcanzaron un nivel de *burnout* del 42,1%, con una pobre realización profesional y perspectiva de mejora autocompasiva¹⁶. En otro estudio realizado a 18.000 médicos en EE.UU., los médicos de urgencias tenían un promedio de realización profesional de 2,74 (DE 0,87) y un promedio de *burnout* de 1,18 (DE 0,83)¹⁷.

Burnout

Durante la pandemia los médicos de todas las especialidades debieron atender prioritariamente a los pacientes infectados, dejando de atender otras áreas. Todo el sistema sanitario mundial pasó a ser un enorme y descomunal "servicio de urgencias", aunque su especialidad fuera una diferente a urgencias, y estuvieran o no preparados para afrontarlo. Los trabajadores que alcanzaban niveles altos de riesgo de *burnout* previo a la pandemia se enfrentaron al desconocimiento científico, al miedo al contagio propio, de compañeros y familia. Esto fue igual para todos los profesionales y sería de esperar una reacción similar existiendo en general una progresión ascendente en los tres grupos (sanitarios, médicos de urgencias y de otras especialidades). En la tercera ola pandémica, de mayor presión asistencial, hospitalizaciones y tasa de mortalidad, se produjo una sobrecarga de un sistema ya tensionado, influyendo en los profesionales.

El estrés al que han sido sometidos, el incremento de la carga de trabajo, de responsabilidad y el tener que afrontarlo durante un tiempo prolongado podría estar directamente relacionado con un mayor agotamiento. Sin embargo, aunque el personal en contacto con los pacientes afectados suele presentar mayores niveles de estrés y angustia psicológica¹⁸, la exposición al COVID-19 no necesariamente se ha correlacionado con un mayor agotamiento¹⁹.

Partiendo de un nivel de *burnout* más alto en los profesionales de urgencias y habiendo obtenido un incremento del agotamiento inicialmente más alto, con las sucesivas olas, la tendencia en los urgenciólogos fue de un crecimiento más lento en esta progresión, llegando a igualarse a otros sanitarios.

Los médicos de urgencias, en contraposición con el resto, son los especialistas en la atención urgente, y están entrenados en el abordaje de situaciones de alto estrés, realizando una labor durante la pandemia centrada en una dimensión de trabajo que para ellos es más significativa, ocasionando un riesgo menor de agotamiento^{20,21}.

El descenso de la mortalidad y de la recuperación de la vida habitual, coincidió con la sexta ola, donde comenzó también la recuperación progresiva del nivel de *burnout* de los sanitarios, pero sin llegar alcanzar los datos previos a la pandemia.

Realización profesional

Los sanitarios en España no se sienten realizados, pues ningún grupo alcanzó una media de 3 en ningún mo-

imiento si bien la progresión parece tender a mejorar a medida que evolucionaba la pandemia, especialmente en los grupos más en primera línea. Los datos fueron similares en los tres grupos de profesionales estudiados, pero la progresión fue diferente en los médicos de urgencias, los cuales tuvieron un aumento progresivo de la puntuación media. En España la medicina de urgencias no estaba reconocida como especialidad oficial en el momento del estudio. Quizás el hecho de que su labor fuese visibilizada y reconocida por la sociedad, el empoderamiento de grupo conseguido y su labor, avalaron su propio sentimiento de pertenencia, lo cual repercutió en sentirse realizados.

Autovaloración o perspectiva de mejora autocompasiva

Observamos una disminución inicial de la perspectiva autocompasiva en los sanitarios no urgenciólogos, con recuperación parcial de los niveles de la misma en la sexta ola, en contraposición al patrón observado en los médicos de urgencias. Los urgenciólogos partían con las peores medias en la primera ola, mejorando a medida que evolucionaba la pandemia, alcanzando su mejor valor en la sexta ola^{2,18}, valor que aun siendo insuficiente superó al de todo el resto de los grupos analizados.

La compasión, la sensibilidad al sufrimiento propio y de los demás, implica un compromiso, una acción, encaminada a tratar de aliviarlo y prevenirlo²². Se necesita reconocer el sufrimiento, comprenderlo, sentir empatía, tolerar los sentimientos que lo ocasionan y aceptarlos, además de tener una motivación para aliviarlo²³. Probablemente la acción prolongada en el tiempo en el grupo de profesionales de mayor responsabilidad en la atención inicial, los médicos de urgencias, ocasionara un aprendizaje de su propio sufrimiento, aceptándolo y estableciendo una estrategia para enfrentar una alta intensidad en el trabajo amparada en su función y en la valoración positiva del equipo²⁴. En países como EE.UU., donde existe una formación específica en Medicina de Urgencias se ha observado una menor tasa de *burnout* y una mejor autovaloración respecto a los datos obtenidos en este estudio^{16,17}.

Este trabajo presenta una serie de limitaciones: si bien las encuestas enviadas al azar deberían representar una mayor proporción de mujeres, en las respuestas no se muestra dicha distribución. Por otra parte, la tasa de respuesta de los grupos profesionales en relación al volumen de trabajadores en España, como es el caso de la enfermería, limita la generalización de los resultados. No obstante, este estudio puede servir como punto de partida de trabajos más amplios y como generador de nuevas hipótesis en los actuales momentos cambiantes de la sanidad y, sobre todo, de la medicina de urgencias tras su reconocimiento como especialidad oficial en España.

Conclusiones

Los sanitarios sometidos a un estrés mantenido en el tiempo presentan un riesgo psicosocial elevado. La pandemia ha sido una oportunidad de aprendizaje para los sistemas de salud y especialmente para el afrontamiento de las crisis sobreenvenidas en los sistemas de urgencias y emergencias.

Los médicos de urgencias están entrenados, tienen los conocimientos y habilidades adquiridas en el manejo de situaciones de crisis sanitarias y desastres naturales, lo que puede haber influido en la particular y eficiente evolución del *burnout*, realización profesional y perspectiva de mejora autocompasiva.

Un grupo profesional especializado que conozca el manejo de las crisis sanitarias y correctamente entrenado^{25,26} ayudaría no sólo al correcto tratamiento de la población, de sus pacientes, sino a la gestión de su propia salud psicosocial. Así se consigue aprender ante el reto y el fracaso, en lugar de debilitarse por él, modificando el riesgo de agotamiento²⁷.

Desarrollar políticas de educación y capacitación para tener lugares de trabajo mentalmente saludables y seguros²⁸, formar en riesgo psicosocial a gestores y jefes²⁷, además de proporcionar un tiempo de valor en el trabajo y en la vida personal²⁸, podría influir en una mejor salud en los trabajadores de los servicios de urgencias y emergencias y en la mejora de la actuación durante una crisis sanitaria.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): MALH: Participa en Todo el proceso. Desde ideación, elaboración, trabajo de campo, resultados, bo-

rradores y finalización del artículo. ELS: participa en descripción resultados, estadística, borradores y artículo final. ILM: participa en la elaboración de directrices. Muestra. Emisión de encuestas y trabajo de campo. MT: Autor con su grupo de investigación del instrumento utilizado, traducción y elaboración del mismo en castellano para este estudio. Borradores y artículo final.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado las herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Este trabajo se ha presentado como invitado en la Reunión de colaboradores de la Pan European EUROMHCoalition (WHO) "Helping the helpers: Current challenges and solutions to mental health of the health and care workforce" 28-29 August 2024, Helsinki Finland.

BIBLIOGRAFÍA

- Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Wang H, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. *Mayo Clin Proc.* 2022;97:491-506.
- López Hernández MA. Aspectos de la salud psicosocial, estilo de vida y consumo de tóxicos en trabajadores sanitario. (Consultado 15 Julio 2025). Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1218285>.
- Ligibel JA, Goularte N, Berliner JI, Bird SB, Brazeau CMLR, Rowe SG, et al. Parámetros de bienestar e intención de abandonar la institución actual entre los médicos académicos. *JAMA Netw Open.* 2023;6:e2347894.
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout y satisfacción con el equilibrio entre el trabajo y la

- validez entre los médicos de EE.UU. en relación con la población general de EE.UU. *Arch Intern Med*. 2012;172:1377-85.
5. Asociación Médica Canadiense. Encuesta de personal médico de CMA. (Consultado 11 Enero 2023). Disponible en: <https://surveys.cma.ca/>
6. Trockel MT, Hamidi MS, Menon NK, Rowe SG, Dudley JC, Stewart MT, et al. Self-valuation: Attending to the Most Important Instrument in the Practice of Medicine. *Mayo Clin Proc*. 2019;94:2022-31.
7. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev*. 2007;32:203-12.
8. Burillo Putze G, Espinosa Ramírez S, Lecuona Fernández M. Protección del personal de urgencias y emergencias frente al COVID-19. *Emergencias*. 2020;32:223-4.
9. Khajuria A, Tomaszewski W, Liu Z, Chen JH, Mehdian R, Fleming S, et al. Workplace factors associated with mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic: an international cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:262.
10. Ogundipe H, Buowari DY, Dosunmu K. Psychosocial Impact of the Implementation of COVID-19 Protocols. *West Afr J Med*. 2023;40:227-31.
11. Brady KJS, Ni P, Carlasare L, Shanafelt TD, Sinsky CA, Linzer M, et al. Establecimiento de cruces entre las medidas comunes de burnout en los médicos estadounidenses. *J Gen Pasante Med*. 2022;37:777-84.
12. Trockel M, Bohman B, Lesure E. Un breve instrumento para evaluar tanto el burnout como la realización profesional en médicos: fiabilidad y validez, incluyendo correlación con errores médicos autoinformados, en una muestra de médicos residentes y en ejercicio. *Psiquiatría de la Academia*. 2018;42:11-24.
13. Dong E, Du H, Gardner L. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2020 (Consultado 21 Febrero 2021). Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
14. Ligiabel JA, Goularte N, Berliner JL, Bird SB, Brazeau CMLR, Rowe SG, et al. Well-Being Parameters and Intention to Leave Current Institution Among Academic Physicians. *JAMA Netw Open*. 2023;6:e2347894.
15. Sinsky CA, Trockel M, Carlasare LE, West CP, Wang H, Tutty M, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Politicization of Medical Care, Burnout, and Professionally Conflicting Emotions Among Physicians During COVID-19. *Mayo Clin Proc*. 2023;98:1613-28.
16. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369:m1642.
17. Amanullah S, Ramesh Shankar R. The Impact of COVID-19 on Physician Burnout Globally: A Review. *Healthcare (Basel)*. 2020;8:421.
18. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med*. 2009;169:990-5.
19. Lu DW, Lee J, Alvarez A, Sakamoto JT, Bird SB, Sundaram V, et al. Drivers of professional fulfillment and burnout among emergency medicine faculty: A national wellness survey by the Society for Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg Med*. 2022;29:987-98.
20. Gilbert P. Los orígenes y la naturaleza de la terapia centrada en la compasión. *Revista Británica de Psicología Clínica*. 2014;53:6-41.
21. Strauss C, Taylor JL, Liu J, Kuyken W, Poon F, Jones F, et al. ¿Qué es la compasión y cómo podemos medirla? Una revisión de definiciones y medidas. *Clin Psicol Apocalipsis*. 2016;47:15-27.
22. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, Taylor C. Prevalencia, causas y consecuencias de la satisfacción por compasión y la fatiga por compasión en la atención de emergencia: un estudio de métodos mixtos de consultores del NHS del Reino Unido. *Revista de Medicina de Emergencia*. 2015;32:588-94.
23. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Intervenciones de autocompasión y resultados psicosociales: un metanálisis de ECA. *Atención Plena*. 2019;10:1455-73.
24. Luo X, Che X, Lei Y, Li H. Investigación de la influencia de las intervenciones centradas en la autocompasión sobre el estrés postraumático: una revisión sistemática y un metanálisis. *Atención Plena*. 2021;12:2865.
25. Trockel M, Sinsky C, West CP, Dyrbye LN, Tutty M, Carlasare L, et al. Self-Valuation Challenges in the Culture and Practice of Medicine and Physician Well-being. *Mayo Clin Proc*. 2021;96:2123-32.
26. First meeting of the pan-European Mental Health Coalition: from debate to action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
27. Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo: resumen ejecutivo [WHO guidelines on mental health at work: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
28. Alan B. Krueger, editor Measuring the Subjective Well-Being of Nations Time Use and Well-Being. Volume Author/Editor: Volume Publisher: University of Chicago Press. Volume ISBN: 0-226-45456-8.