

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Trabajo Fin de Máster

**VOLVER AL TRABAJO TRAS UN *BURNOUT*: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS FACTORES QUE
INFLUYEN EN LA REINCORPORACIÓN LABORAL**

Alumna: Emma Sende González

Tutora: Silvia Postigo Zegarra

Curso: 2024-2025

Convocatoria: Extraordinaria

Resumen

El síndrome de *burnout* es una de las principales causas de incapacidad laboral por motivos psicológicos en países desarrollados. Aunque la literatura científica sobre sus factores desencadenantes e intervenciones preventivas ha crecido considerablemente, existen limitadas investigaciones que abordan la reincorporación laboral tras haberlo padecido.

El objetivo principal de este trabajo es identificar los factores individuales, organizacionales y contextuales que influyen en dicho proceso. Para ello, se realizó una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo las directrices PRISMA 2020.

La búsqueda se llevó a cabo en seis bases de datos especializadas: Cochrane Library, Dialnet, PubMed, SciELO, Scopus y Web of Science, seleccionándose 11 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados evidencian que la reincorporación al trabajo tras padecer *burnout* es un proceso complejo y multifactorial.

A nivel individual, destacan variables como los estilos de afrontamiento, la percepción de control vital, la fatiga persistente, la autoimagen, el nivel educativo y la edad. A nivel organizacional, son determinantes el apoyo del supervisor, la adaptación del puesto, la presencia de coordinadores especializados y la movilidad laboral. Respecto a los factores contextuales, la red de apoyo social y familiar es el elemento más influyente en un retorno efectivo.

Asimismo, se identifican como barreras para la vuelta al trabajo factores como la baja autoeficacia percibida, falta de acompañamiento organizacional y condiciones laborales adversas.

Los estudios revisados destacan la importancia de diseñar intervenciones estructuradas, participativas y sostenidas en el tiempo que consideren la complejidad del síndrome y promuevan una reincorporación exitosa y duradera.

Palabras clave: *burnout*, agotamiento laboral, reincorporación laboral, factores individuales, entorno organizacional.

Abstract

Burnout syndrome is one of the main causes of work-related disability due to psychological reasons in developed countries. Although the scientific literature regarding the triggering factors and preventive interventions has grown considerably, research focused on return to work after experiencing burnout remains limited.

The main aim of this study is to identify the individual, organizational, and contextual factors that influence the return to work process. To this end, a systematic review of the scientific literature was conducted, following the PRISMA 2020 guidelines.

The search was carried out across six specialized databases: Cochrane Library, Dialnet, PubMed, SciELO, Scopus, and Web of Science, and twelve studies that met the inclusion criteria were selected. The results show that returning to work after burnout is a complex and multifactorial process.

At the individual level, the most influential variables include coping styles, perceived life control, persistent fatigue, self-image, educational level, and age. At the organizational level, the key factors include supervisor support, job adaptation, the presence of return to work coordinators, and job mobility. Regarding contextual factors, the social and family support networks emerge as the most significant facilitator of a successful return.

Furthermore, perceived low self-efficacy, lack of organizational support, and adverse working conditions were identified as barriers hindering return to work.

The reviewed studies highlight the need of developing structured, participative, and sustained interventions that address the complexity of the burnout syndrome and promote a successful and sustainable return to work.

Key words: burnout, exhaustion syndrome, return to work, individual factors, organizational environment.

Índice de Contenidos

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Conceptualización del síndrome de burnout: el estrés.....	1
1.2. Definición del síndrome de burnout.....	6
1.3. Justificación de la revisión en el contexto del conocimiento científico.....	8
1.4. Compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	10
1.5. Objetivos de la revisión sistemática.....	12
1.5.1. Pregunta de investigación.....	12
1.5.2. Objetivo principal.....	12
1.5.3. Objetivos específicos.....	12
2. MÉTODO.....	12
2.1. Fuentes de información.....	13
2.2. Estrategia de búsqueda.....	13
2.3. Criterios de elegibilidad.....	14
2.4. Variables.....	14
2.4.1. Variables dependientes.....	15
2.4.2. Variables independientes.....	15
2.5. Proceso de selección de estudios.....	15
2.6. Codificación.....	16
3. RESULTADOS.....	16
3.1. Selección de los estudios.....	16
3.2. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios.....	17
3.3. Características generales de los estudios.....	19
3.4. Síntesis de los estudios.....	26
3.4.1. Factores individuales.....	26
3.4.2. Factores organizacionales.....	26
3.4.3. Factores contextuales.....	27
3.4.4. Intervenciones facilitadoras.....	28

3.4.5. Diferencias por país.....	28
3.4.6. Contradicciones.....	29
4. DISCUSIÓN.....	29
4.1. Integración de los resultados.....	29
4.2. Implicaciones para la práctica clínica, organizacional y futuras líneas de investigación....	
31	
4.3. Limitaciones de los hallazgos.....	32
4.4. Conclusiones.....	32
5. REFERENCIAS.....	33

Índice de Figuras y Tablas

Figura 1. Modelo transaccional de afrontamiento del estrés basado en la teoría de Lazarus y Folkman.....	3
Figura 2. Modelo triaxial de valores: integración de valores económicos, ético-sociales y emocionales.....	5
Figura 3. Clasificación del síndrome de desgaste profesional en la CIE-10 y la CIE-11.....	7
Figura 4. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de artículos para la revisión sistemática.....	17
Tabla 1. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos.....	18
Tabla 2. Relación y resumen del contenido de los 11 artículos incluidos en la revisión sistemática.....	21

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Conceptualización del síndrome de *burnout*: el estrés.

Al abordar el síndrome de *burnout* o síndrome de desgaste profesional, resulta fundamental remitirse a los orígenes del estudio del estrés, ya que es en este ámbito donde se desarrollaron los primeros modelos teóricos y empíricos que explican cómo las personas responden a estímulos externos percibidos como amenazantes.

Uno de los pioneros en el estudio del estrés fue Hans Selye, fisiólogo y médico austrohúngaro, quien introdujo por primera vez el término “estrés” en la década de 1930. Selye definió el término como aquella condición con la que el organismo responde a agentes nocivos o estresores. Además, propuso el modelo del síndrome general de adaptación (SGA) para explicar la respuesta fisiológica de un organismo ante un estresor a través de tres fases: alarma, resistencia (o adaptación) y agotamiento (y si éste persiste, muerte) (Bértola, 2010; Cunanan et al., 2018; Buckner et al., 2017).

Posteriormente, el estudio del estrés evolucionó desde un enfoque predominantemente fisiológico hacia una perspectiva más cognitiva y transaccional, especialmente de la mano de los psicólogos e investigadores americanos Richard Lazarus y Susan Folkman.

A mediados del siglo XX, Richard Lazarus cuestiona el reduccionismo conductual dominante en aquella época y pone el foco en el papel de la emociones, resaltando la importancia de la relación entre la emoción y el pensamiento, esto es, entre los procesos cognitivos y emocionales.

Lazarus y Folkman conciben el estrés como un proceso dinámico entre la persona y su entorno. Su principal aportación es la teoría del afrontamiento del estrés (1984), que defiende que la experiencia de estrés no depende exclusivamente de las condiciones objetivas del entorno, sino que depende de la evaluación cognitiva y la interpretación subjetiva que el individuo realiza sobre sus recursos personales y las demandas del entorno (Guttmann, 2016). Este modelo promulga que el estrés se origina cuando la persona percibe que las exigencias externas superan su capacidad y recursos para hacerles frente.

Ese proceso de evaluación cognitiva de una situación determinada comienza con la presencia de un estímulo en el entorno, que pasa a través de un filtro de percepción donde se lleva a cabo una selección de estímulos. Posteriormente, la persona realiza una primera evaluación primaria, en la que hace una interpretación de los estresores y los categoriza como

positivo, irrelevante o dañino, peligroso o amenazante. En esta evaluación primaria la persona valora si la situación representa una amenaza a su bienestar, y si es así, qué tipo de amenaza.

Si el estímulo es valorado como amenazante, la persona lleva a cabo una evaluación secundaria, en la que realiza un análisis de los recursos disponibles para hacer frente al estresor. Estos recursos pueden ser internos, como las habilidades de afrontamiento previas, autoestima o autocontrol, o externos, como apoyo social, recursos materiales o ayuda profesional. Si la persona considera que tiene recursos suficientes no experimentará estrés, si por el contrario, considera que tiene recursos insuficientes sí experimentará estrés.

Otra de las contribuciones más relevantes del modelo de Lazarus y Folkman, son las estrategias de afrontamiento al estrés. Para superar o gestionar el estrés provocado por un estímulo amenazante, la persona puede activar estrategias de afrontamiento centradas en el problema, cambiando la situación; o activar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, cambiando cómo es la relación con la situación, cómo se siente la persona ante la situación y a partir de ahí llevando a cabo una re-evaluación y promoviendo un aprendizaje. Por tanto, la interpretación de la situación es más importante que la situación en sí misma, ya que no es la situación objetiva la que determina la respuesta de estrés, sino la interpretación subjetiva que hace la persona la que activa esa respuesta. La Figura 1 muestra una representación del modelo de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman.



Figura 1. Modelo transaccional de afrontamiento del estrés basado en la teoría de Lazarus y Folkman.

Nota. La figura representa el proceso por el cual un individuo realiza una doble evaluación y reevaluación cuando interpreta una situación estresante. Adaptado de *Transactional Stress Model*, por H. Guttman, 2016, Wikimedia Commons.

Otro investigador relevante en el estudio del estrés es el psicólogo y profesor canadiense Simon L. Dolan, discípulo de Hans Selye, quien desarrolló un estudio descriptivo en la Universidad de Minnesota y en la clínica Mayo. En este estudio Dolan seleccionó a pacientes supervivientes de un infarto de miocardio, con un estado de salud óptimo previo a este acontecimiento, sin patologías médicas adicionales. Dolan buscó identificar el factor principal que había contribuido al desarrollo de su crisis cardíaca. Más del 90% de los pacientes señalaron el trabajo como el principal desencadenante (Dolan y Arsenault, 1980). Esta

investigación puso de relieve la relación entre el entorno laboral, el estrés crónico y el impacto en el estado de salud, directamente relacionado con el *burnout*.

Simon L. Dolan también desarrolló el modelo bidimensional del éxito y el bienestar, en el que plantea que la consecución del equilibrio psicosocial se alcanza a través de dos dimensiones: identifica una dimensión personal y una dimensión organizacional. La primera hace referencia al autoconocimiento y la coherencia interna del individuo, mientras que la segunda se relaciona con la cultura y valores compartidos en el entorno laboral (Dolan y García, 2006).

De igual forma, habla de una “brújula interna” que está formada por el sistema de valores del individuo, como elemento clave para mantener el equilibrio y homeostasis con el entorno, y que es clave en la gestión del estrés. Defiende que el estrés es el resultado de la incongruencia del sistema de valores sostenido en el tiempo. Teniendo en cuenta este concepto, desarrolla el modelo triaxial de valores para poder intervenir sobre el estrés crónico que posteriormente evoluciona en *burnout* (Dolan & Altman, 2012).

El modelo triaxial de valores defiende que los principios que guían las decisiones humanas, los valores, se pueden clasificar en 3 ejes complementarios: los valores económico pragmáticos, que se centran en la eficiencia, productividad y resultados tangibles; los valores éticos sociales, que se enfocan en la justicia, solidaridad y responsabilidad con los demás; y los valores emocionales, que están relacionados con la autenticidad, la realización personal y la armonía interna.

Estos 3 sistemas de valores deben funcionar como engranajes interdependientes donde el equilibrio dinámico entre ellos permite tomar decisiones sostenibles en el tiempo y coherentes con la vida de la persona. Este modelo tiene una aplicación directa en la gestión del estrés, especialmente en contextos organizacionales de liderazgo y orientación profesional, ya que promueve que exista un alineamiento entre los valores personales y los objetivos de carrera, como factores protectores del estrés crónico en el ámbito laboral. En la Figura 2 se muestra una representación del modelo triaxial y sus 3 ejes dispuestos a modo de engranajes interdependientes.

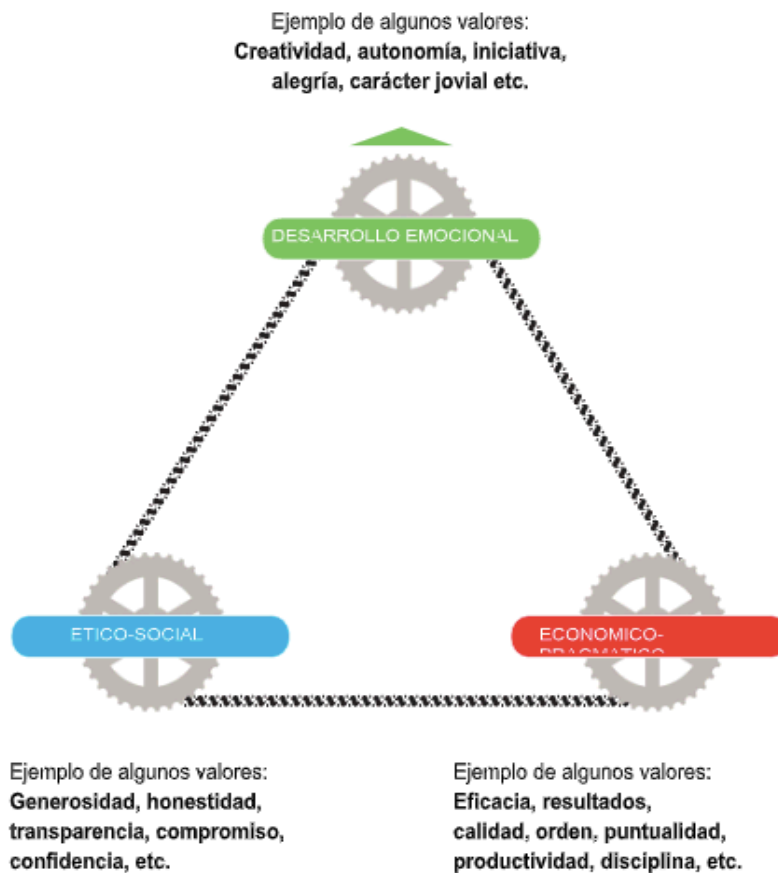


Figura 2. Modelo triaxial de valores: integración de valores económicos, ético-sociales y emocionales.

Nota. La figura representa el modelo desarrollado por Simon L. Dolan que organiza los valores humanos en 3 ejes: económico-pragmático, ético-social y emocional. Adaptado de *La dirección por valores*, por S.L. Dolan y S. García, 2006, McGraw-Hill Interamericana. Todos los derechos reservados.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define el estrés como el “estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil”. Considera que es una respuesta natural a las amenazas y otros estímulos, y destaca que todas las personas tenemos cierto grado de estrés. Defiende que lo diferencial es la forma en que reaccionamos al estrés, ya que determina el modo en que se ve afectado nuestro bienestar.

Según la OMS (2019), los signos más comunes de estrés incluyen dificultad de concentración, irritabilidad, ansiedad, molestias físicas como dolor de cabeza, malestar gástrico, alteraciones de sueño y apetito, problemas de salud mental como ansiedad o depresión. En general, se trata de signos con impacto a nivel cognitivo, fisiológico y conductual.

Asimismo, la OMS diferencia entre estrés agudo y estrés crónico. El estrés agudo es común, surge de la presión del pasado reciente y la presión anticipada del futuro cercano, tiene

un impacto a corto plazo, y no causa daños importantes. El estrés crónico se produce cuando existe un desgaste a largo plazo, destruye cuerpo, mente y vida, surge fruto de exigencias y presiones durante períodos prolongados de tiempo, conduce a la desesperanza, ya que la persona deja de buscar soluciones, impacta sobre las creencias y la personalidad del individuo, tiene un componente silencioso y deriva en enfermedades cardíacas oncológicas, violencia e incluso suicidio (OMS, 2019; Descatha et al., 2020; Li et al., 2020).

Tanto el estrés agudo como el estrés crónico generan respuestas diferenciales en los sistemas neurológico, endocrino e inmunológico. Las consecuencias provocadas por el estrés crónico en el organismo son irreversibles, suponiendo un daño considerablemente mayor al individuo. El estrés siempre va a provocar una estimulación o activación del organismo con diferentes grados de impacto, por tanto, será relevante identificar y valorar el nivel de daño temporal, permanente o temporal repetido en el tiempo.

El grado de impacto o daño que causa en el organismo se puede valorar a través de la densidad del estrés, que se calcula multiplicando la frecuencia de los síntomas por la severidad de los mismos. En el contexto laboral, el estrés crónico con alta densidad, mantenido y no abordado en el tiempo, evoluciona hacia el síndrome de *burnout*.

1.2. Definición del síndrome de *burnout*.

El síndrome de *burnout*, o síndrome de desgaste profesional, es reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno ocupacional, es decir, un problema relacionado específicamente con el ámbito laboral, tal y como se muestra en la Figura 3. La CIE-11 lo define como “un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito” (*Organización Mundial de la Salud*, 2019). Aunque en el marco de la CIE-11 se han establecido criterios diagnósticos, existen diferentes enfoques prácticos y terminológicos que pueden variar ligeramente entre países. Este hecho es destacable dentro del contexto de la presente revisión sistemática, ya que incluye estudios desarrollados en diferentes países, con matices en la conceptualización, evaluación o denominación del síndrome de *burnout* (llamado en algunos países como agotamiento o estrés relacionado con el trabajo, entre otros).

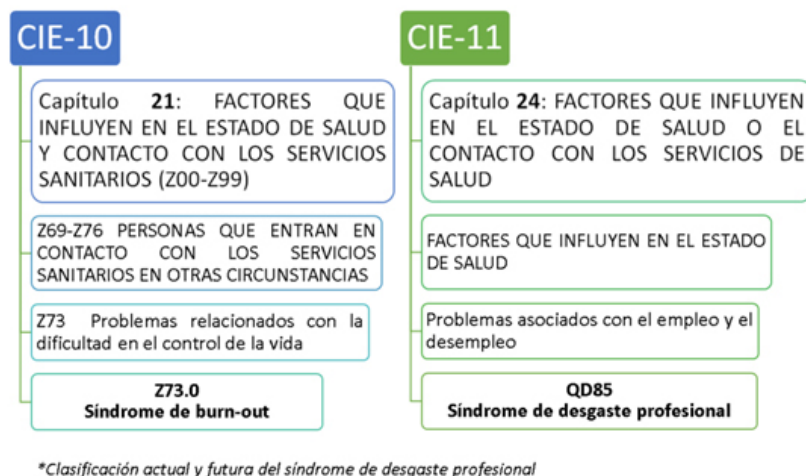


Figura 3. Clasificación del síndrome de desgaste profesional en la CIE-10 y la CIE-11.

Nota. La figura muestra la evolución en la clasificación del síndrome de desgaste profesional *burnout* entre la CIE-10 y la CIE-11, pasando de una categoría general relacionada con problemas relacionados con la dificultad en el control de la vida a problemas asociados con el empleo y el desempleo. Adaptado de *Síndrome de desgaste profesional (burnout)*, por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2021, <https://www.insst.es/noticias-insst/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout->. Todos los derechos reservados.

La OMS (2019), además de conceptualizar el síndrome de *burnout* como el resultado del estrés laboral crónico que no se ha gestionado con éxito, señala tres dimensiones principales en este síndrome: sentimientos de agotamiento o pérdida de energía, mayor distancia mental con respecto al propio trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el propio trabajo, y eficacia profesional reducida.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, 2022) reconoce que este síndrome es una consecuencia de la exposición a unas condiciones organizativas nocivas que conduce a una situación disfuncional en el entorno de trabajo.

Desde una perspectiva académica, el *burnout* ha sido abordado por diferentes autores. Herbert Freudenberger (1974), psicólogo alemán emigrado a Estados Unidos, describe por primera vez este síndrome. Freudenberger fundó las primeras clínicas gratuitas para el tratamiento de adicciones en Nueva York, y más allá de su labor clínica, estudió cómo la exposición prolongada al sufrimiento de los pacientes afectaba al bienestar emocional del equipo sanitario. Identificó el síndrome como una respuesta al estrés laboral en profesiones que tienen un componente de ayuda, mayoritariamente en aquellas centradas en el cuidado de personas. Los síntomas más frecuentes que describió fueron agotamiento, desinterés y síntomas depresivos.

Poco después, Christina Maslach y Susan Jackson (1981), psicólogas e investigadoras americanas, y referentes en el estudio del síndrome, definieron el síndrome de *burnout* como un cuadro de síntomas que aparecen como respuesta al estrés emocional crónico relacionado con el trabajo, y que se caracteriza por contar con tres dimensiones: el agotamiento físico y emocional, la despersonalización o distanciamiento afectivo en las relaciones laborales, y sentimiento de inadecuación o baja realización personal en el desempeño profesional.

Maslach desarrolló además el instrumento más utilizado para medir el síndrome: el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), compuesto por 22 ítems que exploran sentimientos y actitudes en el trabajo, y miden el desgaste profesional y la densidad del estrés del individuo (Maslach & Jackson, 1981; Mind Garden, n.d.).

Por otro lado, Arie Shirom y Samuel Melamed, proponen una concepción del *burnout* más centrada en los recursos energéticos que tiene la persona, y no tanto en la relación interpersonal (Deligkaris et al., 2014). Definen el *burnout* como una combinación del agotamiento físico, emocional y cognitivo, entendido como una reducción de la capacidad para pensar con claridad, concentrarse y tomar decisiones. Incluso, es el resultado de un desequilibrio sostenido en el tiempo entre las demandas laborales y los recursos personales. Desarrollaron el instrumento de medida *Shirom-Melamed Burnout Questionnaire* (SMBQ), y exploraron la relación entre *burnout* y factores de riesgo cardiovascular (Melamed, Kushnir y Shirom, 1992)..

Ayala Pines y Elliot Aronson (1981) realizaron otra aportación relevante, describiendo el *burnout* como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por una implicación prolongada en situaciones emocionalmente demandantes. Su enfoque destaca la dimensión existencial del *burnout*, ya que representa una pérdida de sentido en el trabajo (Kakiashvili et al., 2013).

Las diferentes investigaciones y definiciones mencionadas coinciden en identificar el síndrome de *burnout* como un fenómeno complejo, multicausal y con un profundo impacto a nivel individual y organizacional. La literatura científica es bastante reducida y todavía insuficiente, específicamente en el estudio de los procesos de recuperación y reincorporación laboral tras haber sufrido el síndrome de *burnout*.

1.3. Justificación de la revisión en el contexto del conocimiento científico.

El síndrome de *burnout* es una de las principales causas de incapacidad laboral por motivos de salud mental en países desarrollados, con una creciente incidencia desde finales del

siglo XX, tras la definición y conceptualización del síndrome, especialmente en contextos laborales donde existe una alta demanda y una baja posibilidad de recuperación o tiempo de descanso (Sandmark, 2011).

Se ha avanzado en la identificación de factores individuales, contextuales y organizacionales pero existe una gran ausencia de investigación relacionada con el proceso de reincorporación laboral tras haber sufrido *burnout*, así como la identificación de los factores que impactan en dicho proceso (Karlson et al., 2014).

La reincorporación al trabajo debe entenderse como un proceso complejo en el que inciden múltiples factores relacionados entre sí que abordan tanto factores individuales, como la percepción de la auto eficacia y la calidad del sueño, factores contextuales, como la posibilidad de adaptación del puesto de trabajo, el apoyo organizacional y el estado de salud en general (Rooman et al., 2022; Walsh et al., 2025).

Gran parte de la literatura científica centra sus investigaciones en identificar intervenciones para la reducción de síntomas de *burnout* durante el período en que tiene lugar la baja médica, sin tener en cuenta los potenciales facilitadores de una reincorporación al trabajo con éxito que sea sostenible en el tiempo.

Existe un número reducido de revisiones que investigan los efectos de las intervenciones en el entorno de trabajo, y muchas de ellas trabajan con muestras heterogéneas de trastornos mentales comunes en los que no se identifica específicamente el síndrome de *burnout* (Kärkkäinen et al., 2017). Por este motivo es más difícil, si cabe, extraer conclusiones sólidas en este tema. Adicionalmente, hay ciertas contradicciones en los hallazgos respecto al impacto de algunas variables como el apoyo del supervisor, la modificación de las condiciones laborales o la propia percepción de los trabajadores sobre su capacidad para volver al mundo laboral (Kärkkäinen et al., 2019; Rooman et al., 2022).

Kärkkäinen et al. (2017) llevaron a cabo una revisión sistemática previa en la que analizaron los factores asociados con la reincorporación laboral tras haber sufrido *burnout*. Identificaron la escasez de estudios cuantitativos que aborden este tema específicamente. Incluyeron 10 estudios en su revisión, experimentales y observacionales, y clasificaron los factores asociados con la reincorporación al trabajo en 3 categorías: laborales, individuales y relacionados con el síndrome de *burnout*.

Los principales hallazgos que identificaron fueron que la comunicación eficaz empleado-supervisor, el género masculino, la calidad del sueño, la reducción de la jornada laboral y una menor duración de la baja son factores facilitadores en el proceso de retorno al

trabajo. Sin embargo, el bajo control sobre el trabajo, el estilo de afrontamiento evitativo y una baja recuperación de los síntomas se asocian negativamente con el regreso al mundo laboral. Esta revisión también pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo más investigaciones en el campo que permitan establecer intervenciones prácticas y favorecer procesos efectivos de reincorporación laboral.

En este contexto, la presente revisión sistemática pretende sintetizar la evidencia actual sobre los factores individuales, organizacionales y contextuales que influyen en el proceso de reincorporación tras haber sufrido un síndrome de *burnout*.

Aunque la revisión sistemática de Kärkkäinen et al. (2017) supone una gran aportación en la identificación de factores asociados con el retorno al trabajo tras haber padecido *burnout*, la revisión se refiere a literatura científica publicada hasta julio de 2016, por lo que las investigaciones más recientes o nuevas aportaciones en el campo no están incluidas. De hecho, la propia investigadora principal ha realizado nuevas aportaciones a la literatura científica sobre el *burnout*. En la última década es posible que se hayan dado cambios relevantes en el mundo laboral, influidos por el gran impacto psicosocial de la pandemia y nuevos modelos de trabajo. Por este motivo, el presente trabajo permite actualizar e integrar el nuevo conocimiento y contexto, así como identificar conclusiones que puedan ser de aplicación en los contextos sanitario y organizacional.

1.4. Compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El presente trabajo está en línea con el marco de valores institucional, y fomenta el desarrollo de las competencias transversales del Máster, a través del vínculo y compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de Naciones Unidas. Esta Agenda, aprobada en 2015, define 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, con la misión fundamental de abordar los grandes retos sociales, económicos y ambientales actuales a nivel global.

Este trabajo contribuye a dichos objetivos en el ámbito de la salud, bienestar en el trabajo, la equidad y la inclusión en el entorno laboral, lo que suponen diversas aportaciones en el avance de los ODS 3, 4, 5, 8 y 10, que se describen a continuación.

En primer lugar, este trabajo contribuye al ODS 3, “Salud y bienestar”, ya que se centra en la promoción de la salud mental en el entorno de trabajo. No sólo promueve la existencia de entornos de trabajo saludables, sino que identifica los factores que influyen en el retorno al trabajo tras una baja médica por *burnout*. Se pone foco sobre la prevención del estrés crónico

en el trabajo, la necesidad de contar con intervenciones clínicas y organizacionales integradas, y la recuperación funcional sostenible más allá del alta médica. La revisión aporta conocimiento y conclusiones que favorecen el diseño de intervenciones más eficaces, personalizadas y sostenibles; y apoya el desarrollo de modelos que den prioridad a la salud mental en el trabajo como parte del bienestar general (OMS, 2019; Rooman et al., 2022).

En segundo lugar, la revisión sistemática se relaciona con el ODS 4, “Educación de calidad”, al resaltar la necesidad de ampliar y reforzar la formación específica sobre el síndrome de *burnout* entre los profesionales de Medicina del Trabajo. Una mayor formación en este colectivo facilitará la detección precoz del síndrome, intervención y seguimiento (Boštjančič & Koračin, 2014; Walsh et al., 2025). La formación ampliada a otros colectivos también tendrá una repercusión positiva en la reducción del estigma y la mejora del acompañamiento durante el proceso de reincorporación, favoreciendo la recuperación sostenida en el tiempo.

Por otro lado, la revisión también está relacionada con el ODS 5, “Igualdad de género”, ya que recoge ciertas diferencias de género en el desarrollo del síndrome de *burnout*, así como ciertos elementos que dificultan el regreso al mundo laboral por cuestiones de género. Algunos de los estudios seleccionados evidencian que factores como la sobrecarga de roles y las expectativas sociales dificultan el retorno al trabajo en mujeres que han padecido *burnout* (Hellman et al., 2013; Walsh et al., 2025). Identificar este impacto diferencial debido a género permite diseñar protocolos de intervención que tengan en cuenta los condicionantes estructurales que pueden afectar la salud mental y trayectoria profesional de las mujeres.

Asimismo, el trabajo contribuye al ODS 8, “Trabajo decente y crecimiento económico”, ya que aporta información sobre las condiciones de trabajo, las políticas organizativas sobre la reincorporación al trabajo y los factores que favorecen un retorno al trabajo exitoso y saludable. Contribuye a sensibilizar acerca de la necesidad de desarrollar intervenciones estructuradas, participativas y centradas en la persona (Clason van de Leur et al., 2020; Kärkkäinen et al., 2018; Geluk et al., 2025), que ayudarán a crear modelos de gestión laboral más inclusivos y responsables.

Por último, la revisión sistemática se vincula con el ODS 10, “Reducción de desigualdades”, ya que hace referencia a la ausencia de representación de población vulnerable en los estudios revisados. Se pone de manifiesto la necesidad de ampliar los estudios de investigación en la materia a personas con menor nivel educativo, con empleos precarios o con menor acceso a redes de apoyo o recursos sanitarios (Sandmark, 2011; Rooman et al., 2022). Diseñar intervenciones que incluyan un apoyo específico a trabajadores y

trabajadoras que estén en situación de vulnerabilidad es relevante para mantener la equidad, tanto en las investigaciones científicas como en la práctica profesional.

En definitiva, el presente trabajo contribuye al desarrollo de entornos de trabajo más saludables, inclusivos y sostenibles, destacando la importancia de la salud mental en el trabajo y un enfoque integrativo que permita el avance en el desarrollo, en línea con los objetivos de la Agenda 2030.

1.5. Objetivos de la revisión sistemática.

1.5.1. Pregunta de investigación.

La presente revisión sistemática pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué factores individuales, organizaciones y contextuales influyen en el proceso de reincorporación laboral tras haber sufrido *burnout*?

1.5.2. Objetivo principal.

El objetivo principal de la revisión sistemática es identificar y analizar los factores individuales, laborales y contextuales que influyen en la reincorporación al trabajo tras haber sufrido *burnout*.

1.5.3. Objetivos específicos.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Identificar qué variables individuales pueden incidir sobre la reincorporación al trabajo.
- Analizar qué factores presentes en las organizaciones pueden tener impacto en el regreso tras el *burnout*.
- Identificar qué elementos del contexto pueden mediar en la vuelta al trabajo.
- Sintetizar qué conclusiones aporta la literatura científica existente y qué posibles lagunas o carencias puede haber en la investigación sobre el tema.

2. MÉTODO.

El presente trabajo consiste en una revisión sistemática de la literatura científica con el objetivo de identificar los factores individuales, organizacionales y contextuales que influyen en la reincorporación laboral tras haber padecido síndrome de *burnout*.

La revisión se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, Page et al., 2021) para garantizar la transparencia y calidad metodológica del proceso de búsqueda, selección y análisis de las investigaciones incluidas.

A continuación, se detalla el procedimiento seguido.

2.1. Fuentes de información

Para la identificación de estudios relevantes se llevaron a cabo búsquedas en 6 bases de datos relevantes: Cochrane Library, Dialnet, PubMed, SciELO, Scopus y Web of Science. Estas bases de datos fueron utilizadas por su nivel de especialización en las áreas de Psicología, Medicina del Trabajo y Ciencias Sociales aplicadas. La última consulta a cada base de datos se realizó el 25 de mayo de 2025.

2.2. Estrategia de búsqueda.

En la estrategia de búsqueda se combinaron diferentes términos de búsqueda con la intención de identificar artículos que específicamente tratasen el tema objeto de estudio de la revisión. Para ello, se identificaron en un primer momento palabras relacionadas con la temática de la revisión (*burnout*, reincorporación laboral y factores asociados) y los términos sugeridos por el tesauro de vocabulario MeSH.

Las *keywords* o palabras clave que se seleccionaron fueron las siguientes: *burnout*, *occupational burnout*, *psychological burnout*, *return to work*, *RTW*, *factors*, *predictors*, *barriers*, *facilitators*, *determinants*. Para crear una ecuación de búsqueda adecuada, se combinaron las palabras clave con operadores booleanos, y se realizaron adaptaciones menores a cada base de datos.

La ecuación principal de búsqueda utilizada fue:

("burnout" OR "occupational burnout" OR "psychological burnout") AND ("return to work" OR "RTW") AND ("factors" OR "predictors" OR "barriers" OR "facilitators" OR "determinants").

La búsqueda en cada una de las bases de datos aportó los siguientes resultados preliminares: Cochrane Library: 13; Dialnet: 12; PubMed: 39; SciELO: 3; Scopus: 57 y Web of Science: 33. En esta primera exploración se identificaron un total de 157 artículos. Dada la escasa literatura científica en el área, no se aplicó ningún filtro adicional específico y todos los

estudios identificados fueron incluidos en el análisis posterior que se describe en los siguientes apartados.

2.3. Criterios de elegibilidad.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Población: personas adultas, mayores de 18 años, que hayan estado de baja laboral por diagnóstico de *burnout* (o diagnóstico equivalente en su país).
- Factores analizados: estudios que incluyan factores individuales, organizacionales o contextuales que influyen en el proceso de reincorporación al trabajo tras un episodio de *burnout*.
- Contexto: estudios en los que las personas se han reincorporado al trabajo de forma total, parcial, progresiva o fallida, o incluso haya tenido una recaída posterior.
- Diseño del estudio: estudios cuantitativos, cualitativos o mixtos, o revisiones sistemáticas, publicados en revistas científicas, con revisión por pares.
- Idiomas: publicaciones en inglés o español.

Los criterios de exclusión aplicados fueron los siguientes:

- Población: estudios centrados en personas no adultas, menores de 18 años.
- Población: estudios que consideren personas que no hayan estado de baja laboral por diagnóstico de *burnout* (o diagnóstico equivalente en su país).
- Factores: estudios que no incluyan factores individuales, organizacionales o contextuales que influyen en el proceso de reincorporación al trabajo tras un episodio de *burnout*.
- Contexto: estudios en los que las personas no se han reincorporado al trabajo de forma total, ni parcial, progresiva o fallida, o no haya tenido una recaída posterior.
- Diseño del estudio: estudios no empíricos, que no hayan sido publicados en revistas científicas o que sean revisiones sistemáticas previas.
- Idioma: publicaciones que no estén en inglés o español.

2.4. Variables.

A continuación se detallan las variables consideradas teniendo en cuenta los artículos revisados, hallazgos y recomendaciones encontrados en ellos.

2.4.1. Variables dependientes.

Reincorporación laboral (*Return to Work, RTW*). Se trata del regreso al trabajo tras una baja médica por *burnout*, puede ser una incorporación total o parcial.

Reducción de síntomas de *burnout*. Se puede medir con instrumentos como el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI).

2.4.2. Variables independientes.

Personales: características demográficas (edad, género y nivel educativo), estrategias o estilos de afrontamiento, perfeccionismo.

Organizacionales: apoyo de supervisor, demandas del trabajo y control laboral, carga laboral percibida, horas laborales, seguridad laboral.

Contextuales: duración de la baja médica, intervenciones (rehabilitación, terapia), apoyo social.

2.5. Proceso de selección de estudios.

En el proceso de selección de estudios se siguieron las directrices PRISMA 2020 (Page et al., 2021) y se desarrollaron diferentes fases que fueron llevadas a cabo por la autora del presente trabajo.

Tras la búsqueda inicial en las bases de datos científicas utilizando las palabras clave en el tema, se obtuvieron 157 artículos, los cuales fueron exportados a Covidence, herramienta de apoyo en la gestión de los artículos e información necesaria para llevar a cabo la revisión sistemática, y a Mendeley, gestor de referencias bibliográficas.

Tras esta carga de información inicial, se eliminaron 56 artículos duplicados, pasando un total de 101 artículos a la siguiente fase dentro del proceso de selección.

En la siguiente fase se realizó una lectura de los títulos, resúmenes y palabras clave identificadas en cada uno de los artículos para seleccionar aquellos que estuviesen en línea con los objetivos de la revisión, los criterios de elegibilidad y las variables de interés. Se descartaron 87 artículos, quedando un total de 14 artículos para la siguiente fase del proceso de selección.

En la siguiente etapa se llevó a cabo la lectura de texto completo de cada uno de los artículos, y se descartaron dos de ellos por no cumplir con los objetivos y criterios de elegibilidad mencionados anteriormente. Por tanto, el proceso de selección concluyó con la

identificación de 11 artículos que forman parte de la presente revisión sistemática. Este proceso se resume en el diagrama de flujo que se muestra en la Figura 4.

2.6. Codificación.

Se llevó a cabo un proceso de codificación sobre los 11 artículos incluidos en la revisión sistemática, teniendo en cuenta las características generales del estudio como los autores, el año de publicación, el diseño, el perfil de la muestra, país, término de *burnout* o equivalente utilizado y factores individuales, organizacionales y contextuales analizados. De igual forma, se identificaron los principales resultados obtenidos y se llevó a cabo una evaluación del riesgo de sesgo. Este proceso de codificación permitió organizar y comparar los hallazgos y limitaciones de los estudios seleccionados.

3. RESULTADOS.

3.1. Selección de los estudios.

El proceso de búsqueda y selección de los artículos permitió la identificación de 11 estudios que cumplieron los criterios de inclusión y abordan los factores que influyen en la reincorporación laboral tras haber sufrido *burnout* desde distintas perspectivas.

Los artículos seleccionados aportan diferentes enfoques metodológicos y permiten extraer resultados acerca de los tres tipos de factores identificados en los objetivos específicos de la revisión: factores individuales, factores organizaciones y factores contextuales.

En la Figura 4 se presenta el diagrama de flujo del proceso de selección de artículos llevado a cabo para realizar la revisión sistemática que se ha descrito anteriormente, elaborado de acuerdo a las directrices PRISMA 2020.

Volver al trabajo tras un burnout: revisión sistemática de los factores que influyen en la reincorporación laboral

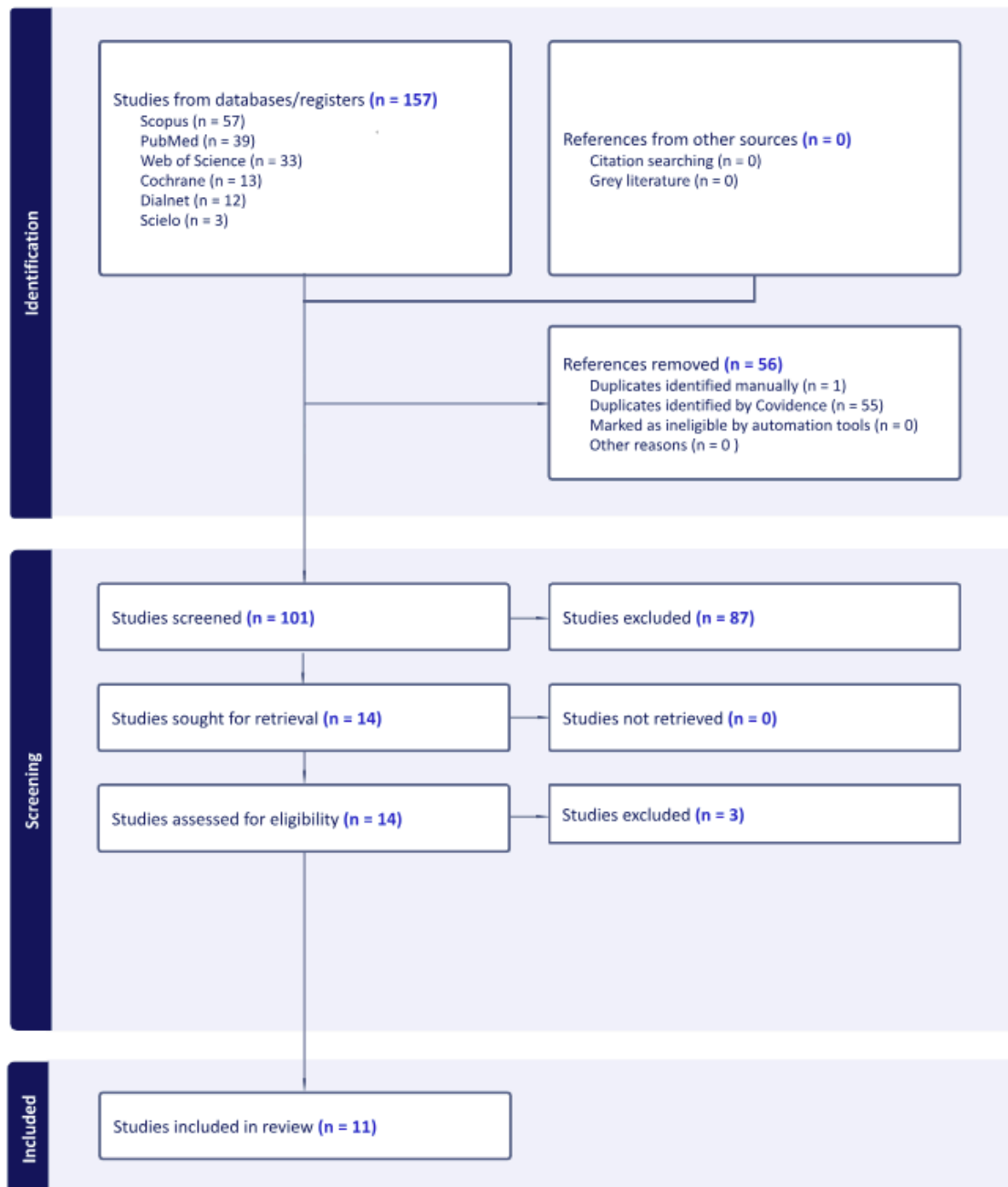


Figura 4. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de artículos para la revisión sistemática.

3.2. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios.

La calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión sistemática se llevó a cabo en función del tipo de diseño de cada uno de ellos.

Para los estudios cuantitativos, se utilizó una adaptación de la herramienta Cochrane Risk of Bias 2.0, RoB 2.0 (Sterne et al., 2019), que se centra en cinco dominios principales: sesgo debido al proceso de aleatorización, desviación de la intervención prevista, datos de resultados faltantes, medición de resultados y selección del resultado informado y valoración de riesgo general de sesgo.

En cuanto a los estudios cualitativos, se aplicaron los criterios de rigor metodológico para garantizar la credibilidad y fiabilidad de Lincoln y Guba (1985), que son los siguientes: credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad y transferibilidad. Se presenta un resumen de la calidad metodológica a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1
Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos.

Autores (Año)	Título	Diseño Estudio	Evaluación	Comentarios	Calidad global
Boštjančič & Koračin (2014)	<i>Returning To Work After Suffering From Burnout Syndrome: Perceived Changes In Personality, View, Values, And Behaviors Connected With Work</i>	Cualitativo	Criterios Lincoln y Guba	Alta credibilidad, alta confirmabilidad	Alta
Clason Van de Leur et al. (2020)	<i>Standardized Multimodal Intervention For Stress-Induced Exhaustion Disorder: An Open Trial In A Clinical Setting</i>	Cuantitativo	Cochrane RoB 2.0	Limitaciones en aleatorización, protocolo claro, uso instrumentos validados	Media
de Vente et al. (2015)	<i>Recovery Of Work-Related Stress: Complaint Reduction And Work-Resumption Are Relatively Independent Processes</i>	Observacional longitudinal	Cochrane RoB 2.0	Falta de aleatorización y control de variables externas, uso instrumentos validados, seguimiento	Media
Ekstedt et al. (2009)	<i>Sleep Physiology In Recovery From Burnout</i>	Observacional	Cochrane RoB 2.0	Protocolos estandarizados, mediciones objetivas, validez interna	Alta
Geluk et al. (2025)	<i>Designing A Multi-Stakeholder Intervention For Return To Work After Burnout. A Participatory Approach</i>	Cualitativo	Criterios Lincoln y Guba	Alta transferibilidad Alta credibilidad	Alta

Autores (Año)	Título	Diseño Estudio	Evaluación	Comentarios	Calidad global
Hellman et al. (2013)	<i>Connecting Rehabilitation And Everyday Life - The Lived Experiences Among Women With Stress-Related Ill Health</i>	Cualitativo longitudinal	Criterios Lincoln y Guba	Credibilidad y confirmabilidad	Alta
Karlson et al. (2014)	<i>Long-Term Stability Of Return To Work After A Workplace-Oriented Intervention For Patients On Sick Leave For Burnout</i>	Ensayo clínico controlado con seguimiento	Cochrane RoB 2.0	Ausencia aleatorización Ausencia ceguera evaluadores y participantes	Media - Baja
Kärkkäinen et al. (2018)	<i>Return-To-Work Coordinators' Practices For Workers With Burnout</i>	Cualitativo	Criterios Lincoln y Guba	Transferibilidad y confirmabilidad	Alta
Rooman et al. (2022)	<i>Successful Return To Work After Burnout: An Evaluation Of Job, Person-And Private-Related Burnout Determinants As Determinants Of Return-To-Work Quality After Sick Leave For Burnout</i>	Cuantitativo	Cochrane RoB 2.0	Análisis estadístico Medición de resultados adecuada, Estudio transversal	Media
Sandmark (2011)	<i>Health, Sleep, And Professional Career In Female White-Collar Workers Back After Long-Term Sick-Listing Due To Minor Mental Disorders</i>	Cuantitativo	Cochrane RoB 2.0	Instrumentos validados Seguimiento con riesgo, pero informado	Alta
Walsh et al. (2025)	<i>"I Would Have Blamed Myself, But Coming Back, I Can See That It Wasn't Me": A Quantitative, Descriptive Phenomenological Analysis Of Doctors' Reflective Processes In Recovery From Burnout And Mental Crisis</i>	Cualitativo	Criterios Lincoln y Guba	Credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad y transferibilidad	Alta

Finalmente, cabe señalar que los resultados de la evaluación de la calidad metodológica de los estudios, utilizando las herramientas citadas anteriormente, indican que los estudios cuantitativos tienen una calidad media-alta y los estudios cualitativos un rigor alto.

3.3. Características generales de los estudios.

Los estudios seleccionados cuentan con una amplia variedad metodológica. Se han incluido 5 estudios cualitativos (Boštjančič & Koračin, 2014; Geluk et al., 2025; Hellman et al., 2013; Kärkkäinen et al., 2018; Walsh et al. 2025) y 6 estudios cuantitativos (Clason van de Leur et al., 2020; de Vente et al., 2015; Ekstedt et al., 2009; Karlson et al. 2014; Rooman et al., 2022; Sandmark, 2011)). Las muestras analizadas varían en tamaño entre los 5 (Hellman et al., 2013)

y 786 participantes (Rooman et al., 2022), todos ellos adultos mayores de 18 años, en edad laboral y con profesiones vinculadas con el cuidado de personas principalmente, y relacionadas con sectores como la sanidad, administraciones públicas, educación y servicios sociales.

El período de publicación de los estudios abarca desde 2008 hasta 2025, siendo desarrollados principalmente en Europa (Suecia, Bélgica, Finlandia, Países Bajos, Eslovenia, Irlanda).

El término *burnout* se utilizó de forma explícita en todos los estudios aunque con algunas variaciones terminológicas según el país. Por ejemplo, en Suecia, se utilizó el término *exhaustion disorder* (ED), como diagnóstico equivalente. Varios estudios utilizaron criterios diagnósticos oficiales como el CIE-10 (Clason van de Leur et al., 2020; Ekstedt et al., 2009; Hellman et al., 2013).

A continuación se muestra en la Tabla 2 un resumen con la información principal de los 11 estudios que forman parte de la revisión sistemática.

Tabla 2

Relación y resumen del contenido de los 11 artículos incluidos en la revisión sistemática.

Autores (Año)	Título	Diseño Estudio	Población País	Término <i>Burnout</i> o Equivalencia	Variables de Estudio	Principales Resultados
1. Boštjančič & Koračin (2014)	<i>Returning To Work After Suffering From Burnout Syndrome: Perceived Changes In Personality, View, Values, And Behaviors Connected With Work</i>	Cualitativo	Adultos en fase de recuperación tras <i>burnout</i> (27) Eslovenia	Síndrome de <i>burnout</i>	· Valores relacionados con el trabajo · Efectividad y hábitos laborales · Obstáculos y apoyos percibidos en la recuperación · Recuperación subjetiva y fuentes de apoyo	· Incremento lento y progresivo de la eficacia en el trabajo tras <i>burnout</i> · Cambio de valores personales tras <i>burnout</i> (prioridad a salud, equilibrio y relaciones personales) · Principales obstáculos en el RTW: entorno laboral, el estigma, expectativas sociales y autoimagen de la persona. · Principales apoyos en el RTW: familia, amigos y motivación interna · Falta de formación sobre este síndrome en la atención sanitaria primaria · Necesidad de apoyo estructurado o programas específicos para tratar el síndrome de <i>burnout</i>
2. Clason Van de Leur et al. (2020)	<i>Standardized Multimodal Intervention For Stress-Induced Exhaustion Disorder: An Open Trial In A Clinical Setting</i>	Cuantitativo	Adultos con baja laboral prolongada por agotamiento Suecia	Trastorno por agotamiento inducido por estrés (SED), equivalente a <i>burnout</i> clínico	· Síntomas trastorno por agotamiento por estrés · <i>Burnout</i>, ansiedad, depresión, insomnio · Calidad de vida, tiempo de trabajo · Compensación por baja médica	· La intervención multimodal estandarizada mejora los síntomas y tasa de RTW · La mejora de los síntomas clínicos se mantiene a los 12 meses

Autores (Año)	Título	Diseño Estudio	Población País	Término <i>Burnout</i> o Equivalencia	Variables de Estudio	Principales Resultados
3. de Vente et al. (2015)	<i>Recovery Of Work-Related Stress: Complaint Reduction And Work-Resumption Are Relatively Independent Processes</i>	Cuantitativo	Adultos de baja laboral por estrés laboral (71) Países Bajos	<i>Burnout</i>	· Síntomas de <i>burnout</i> · Reincorporación laboral · Reducción de quejas	· La mejora de los síntomas predice mayores probabilidades de <i>RTW</i> · La reducción de síntomas y <i>RTW</i> son procesos parcialmente independientes
4. Ekstedt et al. (2009)	<i>Sleep Physiology In Recovery From Burnout</i>	Observacional	Adultos que han sufrido baja laboral por <i>burnout</i> (23) Adultos sanos control (16) Suecia	<i>Burnout</i> Síndrome de agotamiento	· Fisiología del sueño · Fatiga · Ansiedad · Depresión · Calidad del sueño · <i>RTW</i> (retorno al trabajo)	· La recuperación del <i>burnout</i> supone mejora en la fisiología del sueño (sin llegar al nivel del control) · Disminución de fatiga, ansiedad, depresión y calidad del sueño · La reducción de microdespertares predice la mejora en la fatiga · El nivel de fatiga tras la recuperación es el mejor predictor del retorno al trabajo
5. Geluk et al. (2025)	<i>Designing A Multi-Stakeholder Intervention For Return To Work After Burnout. A Participatory Approach</i>	Cualitativo	Adultos que han sufrido <i>burnout</i> Profesionales de Recursos Humanos, Medicina del Trabajo y en <i>RTW</i> Bélgica	<i>Burnout</i>	· Componentes individuales · Componentes organizacionales	· Los participantes, a través de una herramienta de design thinking, procesos iterativos, de prototipado y revisión identificaron estrategias individuales y organizacionales para favorecer el <i>RTW</i> · Destacan la importancia de un modelo participativo, individuo y organización, para implementar un proceso estructurado de <i>RTW</i>

Autores (Año)	Título	Diseño Estudio	Población País	Término <i>Burnout</i> o Equivalencia	Variables de Estudio	Principales Resultados
6. Hellman et al. (2013)	<i>Connecting Rehabilitation And Everyday Life - The Lived Experiences Among Women With Stress-Related Ill Health</i>	Cualitativo	Mujeres adultas de baja laboral por estrés laboral (5) Suecia	<i>Burnout</i> Reacción aguda al estrés	· Percepción entre rehabilitación y vida cotidiana · Integración de nuevas experiencias · Emociones relacionadas con la reincorporación laboral · Apoyo y obstáculos en el entorno laboral	· Se establecieron conexiones significativas entre la rehabilitación y la vida privada de las participantes en el estudio (autocuidado, relajación, actividades creativas) · Dificultad de conexión con el ámbito laboral al intentar reincorporarse: frustración, falta de apoyo y aislamiento · La rehabilitación tuvo efecto positivo en el ámbito personal, pero fue insuficiente en el <i>RTW</i> sin apoyo adicional desde el lugar de trabajo · Potenciales facilitadores de la incorporación al trabajo: actividades laborales concretas, diálogo con la empresa, seguimiento
7. Karlson et al. (2014)	<i>Long-Term Stability Of Return To Work After A Workplace-Oriented Intervention For Patients On Sick Leave For Burnout</i>	Cuantitativo	Adultos de baja laboral de larga duración por <i>burnout</i> (68) Adultos sanos, grupo de control (68) Suecia	Agotamiento (diagnóstico clínico equivalente a <i>burnout</i> en Suecia)	· Tasa de reincorporación laboral (<i>RTW</i>) durante 130 semanas · Recaídas y vuelta a la baja laboral · Tipo de jornada	· La intervención con diálogo estructurado en el lugar de trabajo tuvo efectos positivos <46 años · No se encontraron diferencias significativas en recaídas de grupos · La reincorporación parcial no predijo el retorno a jornada completa · El programa tuvo efecto positivo en la reincorporación más rápida y continuada en el grupo más joven

Autores (Año)	Título	Diseño Estudio	Población País	Término <i>Burnout</i> o Equivalencia	Variables de Estudio	Principales Resultados
8. Kärkkäinen et al. (2018)	<i>Return-To-Work Coordinators’ Practices For Workers With Burnout</i>	Cualitativo	Adultos coordinadores de <i>RTW</i> (15) Finlandia	<i>Burnout</i> Síndrome de agotamiento en el trabajo	· Actividades de los coordinadores de <i>RTW</i> en cada fase (antes, durante y después de la baja) · Factores de influyen en el apoyo prestado (individuales, laborales y relacionados con el <i>burnout</i>)	· Los coordinadores participaron en todo el proceso de <i>RTW</i>: identificación de riesgos, seguimiento de la baja, planificación de reincorporación, comunicación a las partes implicadas, adaptación del puesto y seguimiento · Factores que dificultan el apoyo: desconocimiento del síndrome, enfermedades concurrentes, recuperación impredecible, conflictos laborales, falta de colaboración · Clave: estrategias específicas al contexto y al síndrome para tener apoyo eficaz y prevención
9. Rooman et al. (2022)	<i>Successful Return To Work After Burnout: An Evaluation Of Job, Person-And Private- Related Burnout Determinants As Determinants Of Return-To-Work Quality After Sick Leave For Burnout</i>	Cuantitativo	Adultos en activo tras una baja médica por <i>burnout</i> (786) Bélgica	<i>Burnout</i>	· Calidad de la reincorporación al trabajo · Severidad del <i>burnout</i> · Movilidad laboral (externa) · Apoyo del supervisor · Optimismo · Neuroticismo · Estresores (en el ámbito personal)	· El apoyo del supervisor fue el mayor predictor positivo del <i>RTW</i> · La movilidad externa, ser empleado por otra empresa, favoreció <i>RTW</i> · Si el optimismo se analiza junto con el neuroticismo, no tiene un efecto significativo mayor · <i>RTW</i> es predicha negativamente por la severidad del <i>burnout</i>, neuroticismo y estresores personales · La intervención en entorno laboral y apoyo claves para una <i>RTW</i> de calidad

Autores (Año)	Título	Diseño Estudio	Población País	Término <i>Burnout</i> o Equivalencia	Variables de Estudio	Principales Resultados
10. Sandmark (2011)	<i>Health, Sleep, And Professional Career In Female White-Collar Workers Back After Long-Term Sick-Listing Due To Minor Mental Disorders</i>	Cuantitativo	Adultas en activo de baja médica por <i>burnout</i> (233) Suecia	Estrés <i>Burnout</i> Síndrome de fatiga ocupacional Depresión leve	· Estado de salud percibido · Calidad del sueño · Control percibido sobre la vida · Consecuencias profesionales de la baja médica (autoevaluadas) · Situación laboral actual (reincorporación, cambio de trabajo o de profesión)	· El 69% de las mujeres se reincorporó totalmente al trabajo tras 3 años; de ellas, el 46% cambió de trabajo, y el 36% de profesión · Las personas reincorporadas evaluaron menor impacto negativo de la baja en su carrera profesional · El <i>RTW</i> se realizó con más calidad del sueño y mayor control de vida · Claves: movilidad laboral, calidad de sueño, percepción de control
11. Walsh et al. (2025)	<i>“I Would Have Blamed Myself, But Coming Back, I Can See That It Wasn’t Me”: A Quantitative, Descriptive Phenomenological Analysis Of Doctors’ Reflective Processes In Recovery From Burnout And Mental Crisis</i>	Cualitativo	Adultos médicos/as con episodio de <i>burnout</i> y reincorporación laboral Irlanda	<i>Burnout</i> Mental health crisis	· Percepciones personales de <i>burnout</i> · Procesos de reflexión interna · Atribución de culpa · Factores facilitadores de <i>RTW</i> · Cultura organizativa y apoyo administraciones · Cambios de autopercepción, identidad profesional	· Los participantes al inicio se culpaban a sí mismos de su situación · Con el tiempo lograron una reinterpretación y compasión · Identificaron factores organizativos como causa principal · El proceso de reflexión interna fue clave para reconstruir la identidad laboral y facilitar la reincorporación · Autoaceptación, el apoyo de compañeros, validación profesional y acceso a recursos de salud mental fueron facilitadores de <i>RTW</i> · Necesidad de cambio en empresas: prevenir <i>burnout</i> y apoyar <i>RTW</i>

3.4. Síntesis de los estudios.

3.4.1. Factores individuales.

Los estudios revisados identifican diferentes factores personales que influyen en el proceso de reincorporación laboral. Como principales hallazgos cabe destacar los siguientes:

- Fatiga persistente. El agotamiento físico y mental se mantiene tras la baja médica e influye de forma negativa en la reincorporación al trabajo (Karlson et al., 2014).
- Calidad del sueño y recuperación fisiológica. La mejoría y recuperación del sueño favorece la recuperación y vuelta al mundo laboral (Ekstedt et al., 2009).
- Estilos de afrontamiento. La capacidad de reflexión y del reinterpretación del *burnout*, así como el locus de control interno permiten reelaborar narrativas sobre la situación y aplicar la autocompasión, transformando la vivencia en una experiencia de aprendizaje y facilitando el regreso al mundo laboral (Walsh et al., 2025).
- Edad y nivel educativo. Las personas más jóvenes y con mayor nivel educativo presentan mejores tasas de reincorporación al trabajo con éxito (de Vente et al., 2015; Clason van de Leur et al., 2020).
- Percepción de control sobre su vida o sentido de control interno. Este factor está relacionado con una mayor autoeficacia y mayor probabilidad de volver al trabajo con éxito (Sandmark, 2011).
- Autoimagen y motivación. El estigma social y profesional que supone padecer los síntomas asociados al síndrome de *burnout* afectan a la autoimagen percibida, y disminuyen la motivación por volver al trabajo (Boštjančič & Koračin, 2014).

3.4.2. Factores organizacionales.

Los principales elementos clave relacionados con el entorno laboral y las prácticas en las organizaciones son los siguientes:

- Apoyo del supervisor directo. La revisión muestra que es el predictor más relevante en las organizaciones para una incorporación exitosa (Rooman et al., 2022).

- Flexibilidad en la organización para facilitar una adaptación progresiva y adaptar las condiciones de trabajo (Karlson et al., 2014; Kärkkäinen et al., 2018).
- Presencia de Coordinadores *RTW* (*Return to Work*) que facilitan, acompañan y dan apoyo en el proceso de regreso al mundo laboral. Favorecen la comunicación entre la persona y la organización y cuentan con formación especializada en la materia (Kärkkäinen et al., 2018).
- La combinación de altas demandas laborales y escasos recursos suponen una barrera significativa para una reincorporación laboral con éxito (Rooman et al., 2022).
- Movilidad laboral. Realizar un cambio de empleo favorece una reincorporación al ámbito profesional más positiva (Rooman et al., 2022).

3.4.3. Factores contextuales.

Los factores del entorno también tienen impacto en la reincorporación, destacando los siguientes:

- Sistema de protección social. El nivel de recursos económicos y sanitarios influye en la motivación, seguridad, reincorporación con apoyo, y por tanto en la mayor posibilidad de retorno al trabajo con éxito (Karlson et al., 2014).
- Duración de la baja laboral. Cuanto menor sea la duración de la baja médica, mayor es la tasa de reincorporación con éxito (Karlson et al., 2014).
- Rol de género. La dificultad para cumplir con las expectativas sociales, laborales y personales, afecta de forma negativa en la vuelta al trabajo de las mujeres (Walsh et al., 2025).
- Ambiente laboral. Tener una mala experiencia de acogida en la organización tras un período de baja por *burnout*, la falta de reconocimiento, el aislamiento o la indiferencia, son elementos que dificultan la vuelta al trabajo (Hellman et al., 2013).
- Red de apoyo social y familiar. Durante el proceso de vuelta al trabajo, tener una red sólida de apoyo en la familia y amigos actúa como factor protector y facilita la reintegración con éxito (Boštjančič & Koračin, 2014).

3.4.4. Intervenciones facilitadoras.

La mayoría de los estudios mencionan la necesidad de contar con programas estructurados y sostenibles de intervención. Algunos de ellos incluyen algunos programas de estas características que han sido eficaces y que se nombran a continuación:

- Diseños participativos. Las intervenciones llevadas a cabo de forma conjunta entre la organización y el empleado, mejora el desarrollo del proceso de retorno al trabajo (Geluk et al., 2025).
- Intervenciones multimodales (MMI). En la misma línea, la integración de componentes de tipo clínico y laboral en las intervenciones facilita la reducción de síntomas e incrementa la tasa de regreso al trabajo (Clason van de Leur et al., 2020).
- Coordinación de profesionales. La comunicación entre los profesionales médicos y las organizaciones facilita y mejora la vuelta al mundo laboral (Kärkkäinen et al., 2018).
- Sentido personal. Las intervenciones que incluyen elementos de la vida cotidiana y apelan al sentido personal obtienen mejores resultados (Hellman et al., 2013).

3.4.5. Diferencias por país.

El perímetro que abarcan los estudios incluidos en la revisión abarcan principalmente el territorio europeo. Sin embargo, se observan ciertas diferencias entre países en relación con los enfoques, recursos y resultados relacionados con el regreso al mundo laboral tras haber padecido *burnout*. En países como Suecia, Finlandia y Países Bajos se observa una mayor tasa de éxito, en parte por la cultura de prevención presente en estos países, así como por políticas de reincorporación gradual y un sistema sanitario sólido. Se observan ejemplos de ellos en los estudios de Clason van de Leur et al. (2020), Ekstedt et al. (2009), Karlson et al. (2014) y Kärkkäinen et al. (2018), donde las intervenciones desde diferentes áreas y las figuras de coordinación de *RTW* juegan un papel facilitador en el proceso. Además, en estos países existe un mayor interés y desarrollo de la literatura científica en la materia.

Por el contrario, en países como Irlanda (Walsh et al., 2025) o Estonia (Rooman et al., 2022), la tasa de éxito está más limitada por barreras como la falta de formalización de un proceso de reincorporación sistematizado, el estigma social y la carga emocional vinculada a la presencia de los síntomas relacionados con el *burnout*.

3.4.6. Contradicciones.

Algunos estudios asocian el alta clínica con la reincorporación (Karlson et al., 2014), mientras que otros señalan que el alta clínica y la recuperación funcional son procesos distintos y pueden cursar de forma diferencial (de Vente et al., 2015; Ekstedt et al., 2009).

Por otro lado, todos los estudios mencionan en cierta medida y concuerdan en la necesidad de llevar a cabo una intervención estructurada (el “qué”), pero difieren en dónde poner el foco y de qué forma abordar la intervención, es decir, en qué diseño utilizar y centrarse en factores personales o en factores organizacionales (el “cómo” y “dónde”).

4. DISCUSIÓN.

4.1. Integración de los resultados.

El objetivo principal de esta revisión sistemática era identificar y analizar los factores individuales, organizacionales y contextuales que influyen en la reincorporación al trabajo tras haber padecido el síndrome de *burnout*. Los resultados obtenidos permiten señalar que la reincorporación al trabajo tras un episodio de *burnout* es un proceso complejo influido por múltiples factores individuales, organizacionales y contextuales. La recuperación clínica de los síntomas no siempre conlleva automáticamente una vuelta efectiva al trabajo (Ekstedt et al., 2009; de Vente et al., 2015). La reincorporación exitosa requiere la presencia de otros factores organizativos y contextuales como el apoyo del supervisor, la adaptación al entorno de trabajo y un acompañamiento personalizado durante el proceso de reincorporación.

Desde el punto de vista individual, se ha podido identificar que los síntomas persistentes de fatiga, dificultades cognitivas e incluso los trastornos del sueño, se presentan como las barreras más relevantes en la reincorporación (Ekstedt et al., 2009; Karlson et al., 2014). Este hallazgo coincide con investigaciones previas que indican que la mejoría de los síntomas y el alta clínica no garantizan por sí solas la recuperación funcional (Ekstedt et al., 2009; Sonnenschein et al., 2008).

Asimismo, se han identificado ciertos factores individuales como facilitadores del proceso de reincorporación. Entre ellos destaca poseer un estilo de afrontamiento reflexivo, que permite dotar a la experiencia de *burnout* de un nuevo significado y extraer un aprendizaje de la situación, así como tener un locus de control interno, que permite tener un proceso de recuperación más satisfactorio (Walsh et al., 2025). Además, tener una alta percepción de control sobre la vida (Sandmark, 2011), y contar con un nivel educativo elevado y edad joven

(Clason van de Leur et al., 2020; de Vente et al., 2015), incrementa la probabilidad de tener una vuelta al trabajo exitosa. Otros elementos importantes son la motivación personal y el proceso de reconstrucción de la autoimagen laboral (Boštjančič & Koračin, 2014).

Desde el punto de vista organizativo, hay ciertas prácticas que facilitan la reincorporación al trabajo de forma satisfactoria y estable, así como la prevención de recaídas. Estas prácticas son el apoyo del supervisor directo (Rooman et al., 2022), la adaptación al puesto de trabajo, la flexibilidad organizativa (Karlson et al., 2014) y la colaboración de la figura de los coordinadores *Return To Work (RTW)* (Kärkkäinen et al., 2018). Adicionalmente, los estudios citados indican que contar con flexibilidad en los procesos y tener una comunicación organizativa sistemática favorece el proceso de vuelta al trabajo.

Los factores contextuales como la duración de la baja médica, el sistema de protección social disponible, la red de apoyo social y familiar y el potencial estigma social tienen impacto sobre el proceso de reincorporación al trabajo (Boštjančič & Koračin, 2014; Walsh et al., 2025). Además, las diferencias entre países ponen de manifiesto cómo el entorno económico y sanitario, así como la cultura organizacional local incide en el proceso individual de reincorporación al trabajo, tal y como se ha podido observar en estudios realizados en Finlandia (Kärkkäinen et al., 2018), Suecia (Ekstedt et al., 2009; Karlson et al., 2014; Clason van de Leur et al., 2020; Hellman et al., 2013; Sandmark, 2011), Países Bajos (de Vente et al., 2025), Irlanda (Walsh et al., 2025) o Estonia (Rooman et al., 2022). Por otro lado, la evidencia científica incluida en esta revisión es coherente con estudios previos sobre la reincorporación laboral en otros trastornos mentales, como la depresión y ansiedad, en los que se señala la importancia de las intervenciones integradas centradas en la persona y coordinadas entre el ámbito clínico y el ámbito organizacional (Nieuwenhuijsen et al., 2010).

Al igual que la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) formulaba la importancia de la evaluación subjetiva de los estímulos estresores y los recursos disponibles, los estudios incluidos en la revisión también defienden que la percepción de control vital, contar con apoyo y recursos personales suficientes (locus de control interno), contribuyen a una reincorporación al trabajo mantenida en el tiempo y satisfactoria.

Esta revisión pone de manifiesto la necesidad de tener en cuenta la complejidad del síndrome de *burnout*, de ahí la importancia de contar con diferentes enfoques metodológicos en el presente trabajo. Todos ellos señalan la potencial eficacia de un abordaje multifactorial, poniendo el foco en la persona, pero también en las organizaciones e intervenir a través de

modelos participativos e intervenciones integrativas (Boštjančič & Koračin, 2014; Kärkkäinen et al., 2018; Clason van de Leur et al., 2020; Geluk et al., 2025).

Finalmente, se constata la necesidad de avanzar en el desarrollo de mayor investigación longitudinal con muestras diversas, que permita clarificar el peso relativo de los distintos factores identificados, así como su posible interacción (Karlson et al., 2014; de Vente et al., 2015). Además, varios estudios recomiendan incorporar la perspectiva de los propios trabajadores afectados en el diseño de futuras estrategias de reincorporación laboral, asegurando su aplicabilidad y eficacia en contextos reales (Walsh et al., 2025; Hellman et al., 2013).

4.2. Implicaciones para la práctica clínica, organizacional y futuras líneas de investigación.

Los resultados obtenidos en esta revisión refuerzan la necesidad de adoptar un enfoque integral y coordinado para tratar y abordar el *burnout*, que no se limita únicamente al tratamiento clínico de los síntomas, sino que debe contemplar activamente la planificación del retorno al trabajo como parte del proceso de recuperación (Karlson et al., 2014; Rooman et al., 2022). Esto implica intervenir tanto a nivel clínico como a nivel organizativo, empleando estrategias individualizadas y con apoyo sostenido en el tiempo.

Es necesario que las organizaciones incorporen protocolos específicos de retorno al trabajo, promoviendo el diálogo entre las partes implicadas (la empresa, el trabajador, servicios de prevención de la salud y servicios de atención primaria) (Kärkkäinen et al., 2018). Esta coordinación facilita la adaptación progresiva al puesto de trabajo y contribuye en la prevención de recaídas.

Asimismo, también se ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar la formación de los profesionales de la salud en el síndrome de *burnout*, para promover una identificación adecuada y, por tanto, proporcionar un tratamiento personalizado y lo más eficiente posible, de acuerdo con las características clínicas de los síntomas y las necesidades personales del trabajador (Boštjančič & Koračin, 2014; Walsh et al., 2025).

Adicionalmente, es interesante promover la figura de los coordinadores de *RTW*, cuyo objetivo es fortalecer la formación, concienciación y acompañamiento a personas que sufren *burnout*, especialmente en sectores donde existe una alta prevalencia de *burnout* (profesiones donde hay un cuidado directo de personas como en sanidad, educación y servicios sociales)

(Kärkkäinen et al., 2018; Geluk et al., 2025). Esta figura profesional promueve la comunicación de adaptación al contexto y la sostenibilidad en el retorno al trabajo.

Por tanto, como futuras líneas de investigación, se recomienda avanzar en el desarrollo de estudios longitudinales que analicen el proceso de reincorporación más allá del alta clínica, así como el desarrollo y validación de programas específicos de retorno laboral adaptados al síndrome de *burnout*. Es necesario explorar en mayor profundidad las experiencias subjetivas de los trabajadores durante esta etapa, y otros factores como el rol de género, el nivel educativo y otros determinantes sociales de la salud.

4.3. Limitaciones de los hallazgos.

La heterogeneidad de los diseños y variables empleadas en los estudios incluidos es una de las principales limitaciones de los hallazgos encontrados, ya que ha dificultado una comparación cuantitativa de los resultados (Clason van de Leur et al., 2020; Geluk et al., 2025).

Además, la mayoría de la evidencia científica encontrada se ha elaborado en países nórdicos (Suecia, Finlandia y además Países Bajos), los cuales cuentan con sistemas de salud y bienestar avanzados en los que se prioriza la prevención (Ekstedt et al., 2009; Karlson et al., 2014; Kärkkäinen et al., 2018). Este hecho puede limitar la generalización de los hallazgos a otros contextos culturales o económicos.

Por otro lado, los estudios seleccionados no incluyen una representación de población vulnerable, con baja cualificación laboral, lo cual puede limitar el estudio del impacto que factores como el género, niveles de renta o tipo de ocupación pueden tener sobre el regreso al mundo laboral tras haber sufrido *burnout*.

4.4. Conclusiones.

La reincorporación laboral tras un episodio de *burnout* es un proceso complejo que requiere una visión multifactorial en la que se contemple el estado clínico de la persona y sus recursos individuales, el entorno organizativo y las políticas disponibles en el mismo, así como el contexto social y económico en el que está la persona (Ekstedt et al., 2009; Walsh et al., 2025).

Los estudios que forman parte de esta revisión concuerdan en que las intervenciones multimodales, la utilización de modelos participativos y personalizados, que integren las áreas clínica y organizativa, son fundamentales. Este tipo de intervenciones impacta positivamente en un retorno al trabajo exitoso, y contribuye a prevenir recaídas, mejorar el bienestar laboral

de las personas afectadas por *burnout* y, en definitiva, a facilitar un regreso a la vida profesional de manera sostenible, satisfactoria y a largo plazo (Clason van de Leur et al., 2020; Geluk et al., 2025).

5. REFERENCIAS.

Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005).

The relationship between job-related burnout and depressive disorders - Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 55–62.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.004>

Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29–37.

<https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003>

American Psychological Association (n. d.). Los distintos tipos de estrés. Retrieved March 19, 2025, from <https://www.apa.org/topics/stress/tipos>

Baptista, M. N., Hauck-Filho, N., & Cardoso, H. F. (2022). The overlap between burnout and depression through a different lens: A multi-method study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 10, 100437.

<https://doi.org/10.1016/J.JADR.2022.100437>

Bértola, D. (2010). Hans Selye y sus ratas estresadas. *Medicina Universitaria*, 12(47), 142–143.

Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2014). Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management*, 21(4), 307–324.

<https://doi.org/10.1037/A0037906>

*Boštjančič, E., & Koračin, N. (2014). Returning to work after suffering from burnout syndrome: Perceived changes in personality, views, values, and behaviors connected with work. *Psihologija*, 47(1), 131–147.

<https://doi.org/10.2298/PSI1401131B>

Buckner, S. L., Mouser, J. G., Dankel, S. J., Jessee, M. B., Mattocks, K. T., & Loenneke, J. P. (2017).

The General Adaptation Syndrome: Potential misapplications to resistance exercise.

Journal of Science and Medicine in Sport, 20(11), 1015–1017.

<https://doi.org/10.1016/J.JSAMS.2017.02.012>

Cunanan, A. J., DeWeese, B. H., Wagle, J. P., Carroll, K. M., Sausaman, R., Hornsby, W. G., Haff, G. G., Triplett, N. T., Pierce, K. C., & Stone, M. H. (2018). The General Adaptation Syndrome: A Foundation for the Concept of Periodization. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 48(4), 787–797. <https://doi.org/10.1007/S40279-017-0855-3>

de la Caridad Casanova Moreno, Maria, González Casanova, Wagner, Machado Reyes, Francisco, Casanova Moreno, Daimy, & González López, Mileidys. (2023). Hans Hugo Bruno Selye y el estrés, hito en la historia de la Medicina moderna. *Gaceta Médica Espirituana*, 25(2). Epub 07 de julio de 2023. Recuperado en 25 de mayo de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212023000200009&lng=es&tlng=es

*de Vente, W., Kamphuis, J. H., Blonk, R. W. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). Recovery of Work-Related Stress: Complaint Reduction and Work-Resumption are Relatively Independent Processes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(3), 658–668. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9573-6>

Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A. J., & Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work and Stress*, 28(2), 107–123. <https://doi.org/10.1080/02678373.2014.909545>

Descatha, A., Sembajwe, G., Pega, F., Ujita, Y., Baer, M., Boccuni, F., di Tecco, C., Duret, C., Evanoff, B. A., Gagliardi, D., Godderis, L., Kang, S. K., Kim, B. J., Li, J., Magnusson Hanson, L. L., Marinaccio, A., Ozguler, A., Pachito, D., Pell, J., ... Iavicoli, S. (2020). The effect of exposure to long working hours on stroke: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of

Disease and Injury. *Environment International*, 142.

<https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105746>

Dolan, S. L., & Arsenault, A. (1980). *Stress, santé et rendement au travail*. Monograph Series No. 5. Montréal: École de relations industrielles de l'Université de Montréal.

Dolan, S. L., & Altman, Y. (2012). *Managing by values: Corporate social responsibility and organizational effectiveness in emerging economies*. *Journal of Business Ethics*, 110(3), 409–420. <https://doi.org/10.1007/s10551-012-1429-7>

*Ekstedt, M., Söderström, M., & Åkerstedt, T. (2009). Sleep physiology in recovery from burnout. *Biological Psychology*, 82(3), 267–273.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2009.08.006>

Guttmann, P. (2016). *Transactional model of stress and coping - Richard Lazarus* [Ilustración].

Wikimedia

Commons.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Transactional_Model_of_Stress_and_Coping_-_Richard_Lazarus.svg

*Hellman, T., Jonsson, H., Johansson, U., & Tham, K. (2013). Connecting rehabilitation and everyday life-the lived experiences among women with stress-related ill health. *Disability and Rehabilitation*, 35(21), 1790–1797.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2012.754951>

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2022). *Síndrome de desgaste profesional (burnout)* [Infografía].

<https://www.insst.es/noticias-insst/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout->

Kakiashvili, T., Leszek, J., & Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(3), 401–412. <https://doi.org/10.2478/S13382-013-0093-3>

- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., Hiltunen, S., Rynänen, O. P., & Räsänen, K. (2017). Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine*, 67(6), 461–468. <https://doi.org/10.1093/OCCMED/KOX093>
- *Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2018). Return-to-Work Coordinators' Practices for Workers with Burnout. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(3), 493–502. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9810-x>
- *Karlson, B., Jönsson, P., & Österberg, K. (2014). Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. *BMC Public Health*, 14(1), 821. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-821>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta analysis. *Frontiers in Psychology*, 10(MAR), 284. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.00284>
- Li, J., Pega, F., Ujita, Y., Brisson, C., Clays, E., Descatha, A., Ferrario, M. M., Godderis, L., Iavicoli, S., Landsbergis, P. A., Metzendorf, M. I., Morgan, R. L., Pachito, D. v., Pikhart, H., Richter, B., Roncaioli, M., Rugulies, R., Schnall, P. L., Sembajwe, G., ... Siegrist, J. (2020). The effect of exposure to long working hours on ischaemic heart disease: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environment International*, 142. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105739>
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/JOB.4030020205>
- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Behavioral Medicine*, 18(2), 53–60. <https://doi.org/10.1080/08964289.1992.9935172>

Mind Garden. (n.d.). *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Retrieved March 20, 2025, from

<https://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory-mbi>

Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://sdgs.un.org/es/2030agenda>

Naciones Unidas (s.f.). *Objetivos de desarrollo sostenible*.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., Frings-Dresen, M., Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review, *Occupational Medicine*, Volume 60, Issue 4, June 2010, Pages 277–286, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq081>

Organización Mundial de la Salud (n. d.). Estrés. Retrieved March 19, 2025, from

<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Organización Mundial de la Salud. (2019, 28 de mayo). *El burnout, un fenómeno ocupacional:*

Clasificación Internacional de Enfermedades.

<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Organización Mundial de la Salud & Organización Internacional del Trabajo (n.d.). *La OMS y la*

OIT alertan de que las jornadas de trabajo prolongadas aumentan las defunciones por cardiopatía isquémica o por accidentes cerebrovasculares. Retrieved March 19, 2025,

from

<https://www.who.int/es/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo>

Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D et al. The PRISMA

2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372

:n71. <https://doi:10.1136/bmj.n71>

- Parker, G., Tavella, G., & Hopcraft, M. (2023). Exploring the validity of the Sydney Burnout Measure. *Psychiatry Research*, 326. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2023.115271>
- Pega, F., Náfrádi, B., Momen, N. C., Ujita, Y., Streicher, K. N., Prüss-Üstün, A. M., Descatha, A., Driscoll, T., Fischer, F. M., Godderis, L., Kiiver, H. M., Li, J., Magnusson Hanson, L. L., Rugulies, R., Sørensen, K., & Woodruff, T. J. (2021). Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000–2016: A systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work related Burden of Disease and Injury. *Environment International*, 154, 106595. <https://doi.org/10.1016/J.ENVINT.2021.106595>
- Pines, A. M. P., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. Free Press.
- *Rooman, C., Sterkens, P., Schelfhout, S., van Royen, A., Baert, S., & Deros, E. (2022). Successful return to work after burnout: an evaluation of job, person- and private-related burnout determinants as determinants of return-to-work quality after sick leave for burnout. *Disability and Rehabilitation*, 44(23), 7106–7115. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1982025>
- Sánchez, C. (29 de enero de 2020). *Figuras*. Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/estructura/figuras/>
- *Sandmark, H. (2011). Health, sleep, and professional career in female white-collar workers back to work after long-term sick-listing due to minor mental disorders. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(8), 823–829. <https://doi.org/10.1177/1403494811424609>
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & de Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17249495>

- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work and Stress*, 19(3), 256–262.
<https://doi.org/10.1080/02678370500385913>
- Sonnenschein, M., Sorbi, M., Verbraak, M., Schaufeli, W., Maas, C. & Doornen, L. (2008). Influence of sleep on symptom improvement and return to work in clinical burnout. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 34. 23-32.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.1195>
- Sterne, J.A.C., Savović, J., Page, M.J, Elbers, R.G., Blencowe, N.S., Boutron, I., Cates, C.J., Cheng, H.Y., Corbett, M.S., Eldridge, S.M., Emberson, J.R., Hernán, M.A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D.R., Jüni, P., Kirkham, J.J., Lasserson, T., Li, T., McAleenan, A., Reeves, B.C., Shepperd, S., Shrier, I., Stewart, L.A., Tilling, K., White, I.R., Whiting, P.F., Higgins, J.P.T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366:l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- *van de Leur, J. C., Buhrman, M., Åhs, F., Rozental, A., & Jansen, G. B. (2020). Standardized multimodal intervention for stress-induced exhaustion disorder: an open trial in a clinical setting. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02907-3>
- *Walsh, G. N., Freeney, Y., Dunne, S., & Háyes, B. (2025). ‘I would have blamed myself, but coming back, I can see that it wasn’t me’: A qualitative, descriptive phenomenological analysis of doctors’ reflective processes in recovery from burnout and mental crisis. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/13591053251328455>.