



**Prevalencia de la Mala Calidad del Sueño y su relación con el
Síndrome de Burnout y el Bienestar en Profesionales de la Salud
con Turnos Nocturnos/Guardias**

Autora: Candela Gálvez Fernández

Tutora: Jennifer Elena Moreno Jiménez

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo 2026

Resumen

El personal sanitario se enfrenta a elevadas exigencias cognitivas y emocionales que, unidas al trabajo por turno, pueden deteriorar su salud mental y bienestar. El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre la calidad del sueño, el desgaste profesional, el estrés percibido y el bienestar psicológico en profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta el impacto del tipo de turno laboral y los factores sociodemográficos. Además, se estudió la posible mediación del estrés percibido y el burnout en la relación entre la calidad del sueño y el bienestar psicológico. La muestra estuvo constituida por 90 profesionales sanitarios evaluados mediante un cuestionario online autoadministrado. Los instrumentos administrados fueron el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería Abreviado (CDPE-A), la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) y el Índice de Bienestar de la OMS (WHO-5). Los resultados mostraron una prevalencia generalizada de mala calidad del sueño en la muestra, sin que existieran diferencias significativas en función del tipo de turno. El desgaste profesional actuó como un mediador significativo entre la calidad del sueño y el bienestar psicológico, mientras que el estrés percibido no tuvo un efecto indirecto estadísticamente significativo. Los años de experiencia laboral y la antigüedad en el puesto actual fueron identificados como predictores del desgaste. Estos resultados indican que el deterioro del bienestar en los profesionales sanitarios responde a un fenómeno multifactorial con implicaciones para la salud laboral y la seguridad asistencial.

Palabras clave: profesionales sanitarios, burnout, calidad del sueño, bienestar psicológico.

Abstract

Healthcare professionals face high cognitive and emotional demands that, together with shift work, can deteriorate their mental health and well-being. The aim of this study was to investigate the relationship between sleep quality, burnout, perceived stress, and psychological well-being among healthcare professionals in the Community of Madrid, considering the impact of work shift type and sociodemographic factors. Additionally, the potential mediation of perceived stress and burnout in the relationship between sleep quality and psychological well-being was investigated. The sample consisted of 90 healthcare professionals evaluated using a self-administered online questionnaire. The instruments administered were the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Abbreviated Nursing Burnout Questionnaire (CDPE-A), the Perceived Stress Scale (PSS-14) and the WHO Well-Being Index (WHO-5). The results showed a generalized prevalence of poor sleep quality in the sample, with no significant differences depending on the type of shift. Burnout acted as a significant mediator between sleep quality and psychological well-being, while perceived stress did not have a statistically significant indirect effect. Years of work experience and seniority in the current position were identified as predictors of burnout. These results indicate that the deterioration of well-being in health professionals responds to a multifactorial phenomenon with implications for occupational health and care safety.

Keywords: health professionals, burnout, sleep quality, psychological well-being.

Índice

1. Introducción	6
Calidad del sueño.....	6
Burnout	8
Bienestar psicológico.....	11
Justificación del estudio.....	12
1.1. Objetivos e hipótesis	15
1.1.1. Objetivos	15
1.1.2. Hipótesis.....	15
2. Método	16
2.1. Diseño del estudio	16
2.2. Participantes	17
2.3. Variables e instrumentos.....	20
2.4. Procedimiento.....	22
2.5. Análisis de datos.....	23
3. Resultados	25
3.1. Variables sociodemográficas de la muestra.....	25
3.2. Diferencias en calidad del sueño, desgaste profesional y estrés según el tipo de turno	27
3.3. Mediación del estrés percibido y el desgaste profesional en la relación entre calidad del sueño y bienestar psicológico	28

3.4. Predicción de la calidad del sueño y el desgaste profesional a partir de factores laborales y sociodemográficos.....	30
4. Discusión.....	31
4.1. Limitaciones	35
4.2. Futuras líneas de investigación	36
Conclusión.....	38
Referencias	39
Anexos.....	46
Anexo I	46
Anexo II.....	48
Anexo III.....	50
Anexo IV	52
Anexo V.....	58
Anexo VI	65
Anexo VII.....	67
Anexo VIII.....	68

1. Introducción

La práctica de la profesión sanitaria se lleva a cabo en un contexto de alta exigencia desde el punto de vista emocional y cognitivo, caracterizado por una elevada presión asistencial, una responsabilidad clínica constante y la necesidad de tomar decisiones rápidas con consecuencias potencialmente graves. Según un estudio publicado por Delgado Chucuri et al. (2025), estas demandas se intensifican en servicios de especial complejidad, como las Unidades de Cuidados Intensivos, donde la atención sostenida a pacientes críticos requiere mantener un rendimiento constante y una elevada carga de responsabilidad. Es por ello que los profesionales sanitarios se enfrentan de forma habitual a situaciones laboralmente exigentes, como el contacto emocional intenso con los pacientes, la exposición prolongada a la enfermedad y la muerte, la presión temporal y la sobrecarga de trabajo, estableciendo así un entorno especialmente estresante desde el punto de vista psicológico (Wisetborisut et al., 2014).

La exposición prolongada a estas condiciones laborales se relaciona con un deterioro de la salud mental y del bienestar psicológico del personal sanitario (Kadović et al., 2022). Entre los factores implicados, el trabajo por turnos ocupa un lugar central, ya que la necesidad de garantizar una atención sanitaria continuada conlleva la implantación de turnos nocturnos, rotatorios y guardias, que rompen con el horario diurno habitual y alteran los patrones normales de actividad y del descanso (Alreshidi & Rayani, 2023).

Calidad del sueño

La calidad del sueño constituye un elemento esencial para la salud. En profesionales sanitarios, este aspecto cobra especial relevancia debido a los altos niveles de exigencia en su trabajo. Varios estudios han destacado que, además de su función restauradora en el ámbito fisiológico, el sueño tiene un rol significativo en procesos tales como la regulación de las emociones, la atención, la toma de decisiones y el rendimiento cognitivo (Alreshidi & Rayani,

2023; Aydın Guclu et al., 2022). En el contexto de la salud laboral estos investigadores definen la calidad del sueño como un concepto de múltiples dimensiones que incluye aspectos como la duración, el tiempo que toma conciliar el sueño, su eficacia, su continuidad y la percepción individual del descanso.

Diversos estudios realizados en población sanitaria han puesto de manifiesto una alta prevalencia de mala calidad del sueño entre los profesionales, especialmente en aquellos que trabajen en turnos nocturnos, rotativos o realizan guardias (Geniş, 2020; Vega-Escañó et al., 2020). En este sentido, Aydın Guclu et al. (2022) observaron que una proporción considerable de trabajadores sanitarios presentaba alteraciones significativas del sueño, las cuales se relacionaban también con síntomas de ansiedad y burnout.

Existe consenso en que el trabajo por turnos constituye un factor de riesgo significativo para el deterioro de la calidad del sueño en el ámbito sanitario. Por ejemplo, Geniş, (2020) señala que la exposición repetida al trabajo nocturno altera los ritmos circadianos y los ciclos normales de sueño-vigilia, lo cual termina interfiriendo con procesos biológicos implicados en la regulación del descanso. Siguiendo esta misma línea, Wright et al. (2013) explican que esta alteración circadiana dificulta la obtención de un sueño reparador, incluso cuando la duración total del sueño parece suficiente. A esto se suma la revisión sistemática realizada por Vega-Escañó et al. (2020), la cual concluye que la turnicidad es uno de los factores más relevantes que condicionan el insomnio en población laboral, con un efecto directo sobre el bienestar general y la calidad de vida de los empleados.

A parte del tipo de turno, varios estudios han identificado factores sociodemográficos y laborales que influyen en la calidad del sueño en profesionales sanitarios. Desde Ogińska et al. (1993) a Geniş. (2020) señalan que la edad se asocia con mayores dificultades de adaptación al trabajo nocturno, posiblemente relacionadas con una menor flexibilidad del ritmo circadiano en profesionales de mayor edad. De esta manera, en Nena et al. (2018)

destaca que la frecuencia de turnos nocturnos, el número de horas trabajadas por semanas y la antigüedad en sistemas de turnos irregulares se relacionan con un mayor deterioro del descanso, sugiriendo un efecto acumulativo de la exposición prolongada al turno nocturno.

Además de los factores estrictamente laborales, la literatura ha señalado la influencia de variables personales y familiares en la calidad del sueño del profesional sanitario (Nena et al., 2018). La dificultad para conciliar las exigencias del trabajo por turnos con la vida familiar puede interferir en los tiempos de descanso y recuperación (Maganto Fraile et al., 2023). Hay estudios que han observado que la presencia de hijos y la carga familiar se asocian con un mayor riesgo de descanso fragmentado e insuficiente, lo que puede agravar problemas del sueño (Dall’Ora et al., 2023; Geniş, 2020).

Las consecuencias de la mala calidad del sueño en profesionales sanitarios van más allá del plano individual y afectan al desempeño laboral y a la seguridad asistencial. Delgado Chucuri et al. (2025) y Giorgi et al. (2018) señalan que el sueño insuficiente o no reparador se asocia con mayores niveles de fatiga, dificultades de concentración y disminución del rendimiento cognitivo. Esto puede llegar a aumentar el riesgo de cometer errores durante la práctica clínica. Batat et al. (2024) han descrito una relación entre la privación de sueño y el incremento del malestar psicológico, incluyendo síntomas de estrés, ansiedad y depresión.

Burnout

El burnout es uno de los problemas de salud ocupacional más importantes en el sector sanitario y ha sido objeto de una extensa investigación por su alta prevalencia y sus efectos sobre los profesionales y sobre los sistemas de salud (Schiele et al., 2025). De forma clásica, el burnout se define como una respuesta prolongada al estrés laboral crónico y se caracteriza por tres dimensiones fundamentales: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal (Maslach et al., 2001). El agotamiento emocional se refiere a la percepción de cansancio y disminución de energía física y mental; la despersonalización

consiste en una actitud distante, cínica o fría hacia el ambiente laboral y los pacientes; y la baja realización personal significa una valoración negativa del rendimiento profesional propio (Ballester Arnal et al., 2016).

El burnout es un fenómeno laboral que está profundamente relacionado con las características del trabajo asistencial en el ámbito de la salud, lo que conlleva una alta carga emocional, una gran responsabilidad en términos clínicos y una exposición constante al sufrimiento humano. Varias investigaciones, como la de Ballester Arnal et al. (2016) y Jiménez-Labaig et al. (2021) han indicado que el burnout es más frecuente entre los profesionales sanitarios -como en los servicios de urgencias, hospitalización y unidades de cuidados intensivos, donde la presión asistencial y la toma de decisiones críticas son constantes- que en otros sectores laborales. En esta dirección, estudios recientes muestran que aproximadamente uno de cada cuatro trabajadores de la salud tiene índices clínicamente relevantes de agotamiento laboral, con cifras incluso más altas en los profesionales jóvenes y residentes (Aydin Guclu et al., 2022; Jiménez-Labaig et al., 2021). Reforzando esta tendencia, los datos del meta-análisis global aportado por Rodrigues et al. (2018) estimaron que la prevalencia del agotamiento entre los residentes médicos era del 35,7% destacando distintos grados de vulnerabilidad según la especialidad. Estos hallazgos son significativos no solo para la salud individual, sino también porque el síndrome está directamente relacionado con una menor seguridad en la atención médica: se estima que, por cada punto de aumento en la subescala de despersonalización, la probabilidad de informar un error médico aumenta en un 11%, y cada punto adicional de la subescala de agotamiento emocional aumenta el riesgo en un 5% (Rodrigues et al., 2018).

Se ha determinado que el trabajo por turnos, especialmente las guardias y los turnos nocturnos, es uno de los factores relacionados con el desarrollo del burnout de manera más constante (Aydin Guclu et al., 2022). La despersonalización y el agotamiento emocional son

más frecuentes en los trabajadores que se desempeñan en sistemas de turnos irregulares que en los que trabajan durante el día con horarios estables (Geniş, 2020; Lee et al., 2024). Como lo indican Wisetborisut et al. (2014), la probabilidad de padecer burnout aumenta significativamente con una exposición prolongada al trabajo nocturno, en particular cuando se combina con turnos laborales largos y periodos de recuperación insuficientes entre dichos turnos.

En la relación entre el trabajo por turnos y el burnout, uno de los métodos explicativos más significativos es la alteración del sueño, donde la falta de sueño crónica y un descanso de mala calidad son factores que propician y mantienen el desgaste emocional (Van Elk et al., 2024). Aydin Guclu et al. (2022) indican que el insomnio, la salud de los profesionales y el burnout están estrechamente relacionados, señalando la disminución progresiva de los recursos energéticos como uno de los procesos implicados. En esta misma dirección, varios estudios coinciden en que una calidad del sueño más baja se relaciona con niveles más altos de burnout, sobre todo en la dimensión del desgaste emocional (Giorgi et al., 2018; Lee et al., 2024).

El agotamiento emocional ha sido reconocido como el elemento principal del burnout en los profesionales de la salud y es el que más afecta a las condiciones laborales desfavorables (Moreno-Jiménez et al., 2023). Estudios hechos con población sanitaria española han revelado que esta dimensión tiene las calificaciones más altas, especialmente en situaciones de exceso de trabajo, escasez de recursos humanos y horarios demandantes (Ballester Arnal et al., 2016; Forné & Yuguero, 2022). En este contexto Fentie et al. (2021) detectaron que trabajar en turnos nocturnos de larga duración eleva considerablemente el riesgo de burnout, multiplicando hasta 3,4 veces la posibilidad de padecerlo en comparación con turnos más regulares.

Aparte de los factores organizativos, la aparición del burnout se ve afectada por varios elementos sociodemográficos y laborales. Se han encontrado relaciones entre el género, la edad y la experiencia laboral y las distintas dimensiones del síndrome, pero los resultados no siempre han sido concluyentes. Según algunos estudios, las mujeres exhiben niveles más altos de agotamiento emocional, en tanto que los hombres tienden a tener puntuaciones superiores en despersonalización (Ballester Arnal et al., 2016; Geniş, 2020). Además, se ha establecido que la duración en el puesto y la exposición extendida a circunstancias con alta demanda emocional están asociadas con un incremento en la probabilidad de padecer burnout, lo cual indica un efecto acumulativo del estrés crónico en el trabajo (Dall’Ora et al., 2023).

El burnout está relacionado con una calidad de vida más baja, un aumento en la intención de dejar la profesión, una mayor insatisfacción laboral y un mayor grado de malestar psicológico (Jiménez-Labaig et al., 2021; Maslach et al., 2001). Asimismo, el burnout tiene la capacidad de afectar negativamente la calidad de atención y la seguridad del paciente, lo que aumenta las probabilidades de cometer errores clínicos y disminuye la calidad de la relación entre el profesional y el paciente (Delgado Chucuri et al., 2025; Giorgi et al., 2018).

Bienestar psicológico

El bienestar psicológico es una señal fundamental del estado de salud mental y de la calidad de vida, especialmente para los profesionales que sufren altos niveles de estrés en su trabajo, como los sanitarios. Desde el punto de vista psicológico, el bienestar es una condición que abarca elementos motivacionales, emocionales y cognitivos (Salahuddin et al., 2025). Estos elementos incluyen la energía vital, el interés en las actividades diarias, la percepción subjetiva de un funcionamiento apropiado y los sentimientos positivos (Zamorano et al., 2024). En el contexto de la salud laboral, el bienestar no solo se refiere a la falta de trastornos psicológicos, sino que también significa contar con recursos psicológicos que posibiliten

enfrentar las exigencias del ambiente laboral de manera adaptativa (Batat et al., 2024; Maslach et al., 2001).

Según Ballester Arnal et al. (2016) y Jiménez-Labaig et al. (2021), la exposición continua a situaciones emocionalmente exigentes, la presión asistencial, la sobrecarga de trabajo y la necesidad de tomar decisiones rápidas con consecuencias potencialmente graves son elementos que aumentan el peligro de sufrir malestar psicológico y disminuyen los niveles de bienestar general.

Los estudios realizados en los profesionales sanitarios indican que aquellos que trabajan en turnos nocturnos o rotativos tienen calificaciones de bienestar y calidad de vida mucho más bajas en comparación con aquellos que trabajan en turnos diurnos estables (Batat et al., 2024; Hong et al., 2021). La disminución del bienestar se debe parcialmente a la interrupción del ritmo circadiano, el desafío de equilibrar la vida laboral y personal y el agotamiento físico y mental que resulta de trabajar de noche (Salahuddin et al., 2025).

Además de los factores laborales, diversas variables personales y contextuales influyen en el bienestar del personal sanitario. La edad, el estado familiar, la percepción de apoyo social y la capacidad de conciliación entre la vida laboral y personal han mostrado asociaciones significativas con el bienestar psicológico (Ge et al., 2023; Gil-Almagro et al., 2024). Investigaciones como la de Hong et al. (2021) indican que los profesionales con mayor posibilidad de descanso, recuperación y control sobre sus horarios presentan niveles más elevados de bienestar y menor intención de abandono del puesto. De forma complementaria, estudios centrados en la regulación emocional y el estrés señalan que la dificultad para gestionar las demandas emocionales del trabajo sanitario se asocia con una menor calidad de vida y bienestar, especialmente en contextos de trabajo a turnos (Kadović et al., 2022; Salahuddin et al., 2025).

Justificación del estudio

En los últimos años, la investigación sobre la salud mental y el bienestar de los trabajadores sanitarios ha cobrado cada vez más importancia, especialmente a raíz del impacto de la pandemia por el COVID-19, que ha incrementado las demandas laborales, emocionales y organizativas en este colectivo. La necesidad de contar con datos actuales y contextualizados se ve reforzada por la evidencia más reciente, ya que una revisión paraguas sitúa la prevalencia global del agotamiento emocional en el personal de enfermería en torno al 33,45%, cifra que se incrementó significativamente hasta el 39,23% durante la crisis sanitaria de la COVID-19 (Ge et al., 2023). Esta situación no se limita a este colectivo. En médicos españoles, Pujol-de Castro et al. (2024) estimaron una prevalencia de burnout cercana al 24%, y cuando se amplía el foco al personal sanitario en general, los datos sobre la falta de sueño y el descanso resultan igualmente preocupantes: en algunos contextos asistenciales, la mala calidad del sueño alcanza prevalencias superiores al 80% (Maganto Fraile et al., 2023).

A pesar de que hay una cantidad significativa de investigaciones internacionales que examinan variables como la calidad del sueño, el burnout o el bienestar psicológico por separado, en España la evidencia sigue siendo escasa, sobre todo cuando se trata de estudios empíricos correlacionales que combinen estos aspectos. Esta carencia resulta especialmente relevante en el periodo postpandemia, en el que se han documentado niveles elevados de fatiga, desgaste profesional y malestar psicológico en el personal sanitario, lo que subraya la necesidad de generar datos actuales y contextualizados (Batat et al., 2024; Jiménez-Labaig et al., 2021).

La literatura reciente sugiere que el burnout no aparece repentinamente durante la práctica profesional, sino que puede comenzar a desarrollarse durante la formación académica. En el contexto español, Gil-Calderón et al. (2021) observaron en una muestra de estudiantes de medicina que los niveles de agotamiento emocional, cinismo y bajo rendimiento aumentaron a lo largo de sus estudios universitarios. También encontraron que

factores como el apoyo familiar y el carácter profesional de la investigación actúan como factores protectores contra el desarrollo del síndrome. Estos hallazgos son consistentes con el estudio actual porque apuntan a vulnerabilidades psicológicas preexistentes que pueden verse agravadas por la integración en el entorno laboral y la exposición a condiciones exigentes como el trabajo por turnos.

Desde el punto de vista científico, es esencial avanzar hacia modelos integradores que hagan posible entender la interacción entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en trabajadores sanitarios que están expuestos a diversas condiciones laborales. La revisión de la literatura muestra que estas variables no operan de forma independiente, sino que están interrelacionadas en un sentido complejo y recíproco. En este contexto, el deterioro del sueño puede favorecer la aparición del burnout. Al mismo tiempo, ambas variables pueden tener una repercusión negativa sobre el bienestar general (Aydin Guclu et al., 2022; Giorgi et al., 2018; Lee et al., 2024). No obstante, son pocos los estudios que examinan estas relaciones juntas en un único diseño empírico, sobre todo si emplean herramientas validadas y comparables como el MBI, el PSQI o el WHO-5. En esta línea, el presente estudio busca aportar a la literatura existente mediante un análisis integrado de estas variables. Esto posibilita entender con mayor precisión los mecanismos psicológicos involucrados en la salud laboral del personal sanitario.

La importancia social y sanitaria de esta investigación radica en las consecuencias prácticas que el deterioro del descanso y la salud mental tienen sobre el desempeño laboral y la seguridad asistencial. La probabilidad de cometer errores clínicos, la disminución en la atención y el deterioro de la toma de decisiones son factores cruciales en el ámbito sanitario. Según varios estudios (Delgado Chucuri et al., 2025; Giorgi et al., 2018), estos se relacionan con una calidad del sueño deficiente y un agotamiento emocional. Además, el bajo bienestar psicológico y el burnout están asociados con un incremento en la ausencia laboral, la

intención de dejar la profesión y una disminución en la satisfacción laboral, el cual, tiene un impacto negativo en cómo funciona el sistema sanitario (Fentie et al., 2021; Maslach et al., 2001). Desde este punto de vista, estudiar los factores asociados al sueño, al burnout y al bienestar no solo tiene un interés académico, sino que constituye una cuestión de salud pública y de prevención de riesgos laborales.

1.1. Objetivos e hipótesis

1.1.1. Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre calidad de sueño, el desgaste profesional, el estrés percibido y el bienestar psicológico en profesionales sanitarios, teniendo en cuenta el impacto del trabajo por turnos y de determinados factores laborales y sociodemográficos.

Objetivos específicos

- a) Cuantificar la prevalencia de mala calidad del sueño, niveles elevados de desgaste profesional y bajo bienestar general en la muestra.
- b) Comparar las puntuaciones de calidad del sueño, desgaste profesional y estrés percibido entre profesionales nocturnos/rotatorios y profesionales diurnos/fijos.
- c) Examinar las relaciones bivariadas entre los factores laborales, la calidad del sueño, el estrés percibido, el desgaste profesional y el bienestar psicológico, mediante análisis correlacionales.
- d) Determinar si los factores laborales y la calidad del sueño actúan como predictores del bienestar psicológico.
- e) Analizar si el desgaste profesional actúa como predictor del bienestar psicológico.
- f) Evaluar si el estrés percibido y el burnout median la relación entre la calidad del sueño y el bienestar psicológico.

1.1.2. Hipótesis

H1. Los profesionales sanitarios que trabajan en turnos nocturnos o realizan guardias presentarán, en comparación con aquellos que trabajan en turnos diurnos o fijos:

- a) una peor calidad del sueño,
- b) mayores niveles de desgaste profesional, y
- c) un mayor nivel de estrés percibido.

H2. La relación entre la calidad del sueño y el bienestar psicológico estará mediada significativamente por:

- a) el estrés percibido y/o
- b) el nivel global de desgaste profesional.

Se espera que una peor calidad del sueño incremente los niveles de estrés y desgaste profesional, y que estas variables actúen como mecanismos intermedios que contribuyan al deterioro del bienestar psicológico.

H3. Determinados factores laborales y sociodemográficos —como la antigüedad en sistemas de turnos irregulares, la frecuencia de turnos nocturnos o guardias, el número de horas trabajadas semanalmente y la responsabilidad familiar (tener hijos a cargo)— predecirán una peor calidad del sueño y mayores niveles de desgaste profesional en los profesionales sanitarios.

2. Método

2.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, de diseño transversal y correlacional, basado en la observación de variables en un único momento temporal, sin manipulación de estas ni asignación aleatoria de grupos. Este diseño es el más adecuado cuando se pretende estudiar relaciones entre variables en poblaciones naturales y cuando no es posible o no es ético intervenir sobre las condiciones laborales de los participantes.

La investigación se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario online autoadministrado vía Google Forms, diseñado para evaluar variables psicológicas relacionadas con la calidad del sueño, el síndrome del burnout, el estrés percibido y el bienestar psicológico en profesionales sanitarios en activo.

2.2. Participantes

La muestra está compuesta por 90 profesionales sanitarios en activo, que desarrollan funciones asistenciales en hospitales y centros de salud en la Comunidad de Madrid. En referencia al tipo de centro, el 73.3% de los participantes trabajan en el sector público y el 43.3% en el sector privado, existiendo solapamiento entre las dos categorías, ya que algunos profesionales ejercen en ambos contextos. Respecto a la profesión, la muestra estaba formada mayoritariamente por el personal médico (64.5%), médicos residentes (12.2%) y personal de enfermería (23.3%).

La edad de los participantes está comprendida entre 23 y 59 años ($M = 42.87$; $DT = 11.67$), abarcando un amplio rango de etapas profesionales, desde profesionales en formación especializada (residentes) hasta profesionales con mayor trayectoria laboral. En cuanto al género, la muestra estuvo formada por 61.1% mujeres y 38.9% hombres.

Respecto a las características laborales, los participantes desempeñaban su actividad en diferentes tipos de turno, distribuyéndose en 29 profesionales en turno de mañana, 17 en turno de tarde, 9 en turno de noche y 35 en turnos rotatorios. La antigüedad en el turno actual fue de 9.72 años de media ($DT = 8.017$), y el número medio de horas trabajadas semanalmente fue de 50.46 horas ($DT = 11.43$).

Dado que la población diana pertenece a un entorno laboral específico y no se dispone de un censo accesible que permita realizar un muestreo probabilístico, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Durante el periodo de recogida de datos, realizado entre

enero de 2026 y febrero de 2026, el cuestionario online fue difundido a través de contactos profesionales, redes vinculadas al ámbito sanitario y entidades profesionales del sector, con el objetivo de facilitar el acceso a profesionales sanitarios en activo. La participación fue completamente voluntaria y anónima, y no conlleva ningún tipo de compensación. Solo se incluirá en el análisis a aquellas personas que acepten el consentimiento informado y completen íntegramente el cuestionario.

Tabla 1

Características sociodemográficas y laborales de la muestra (N=90)

Variable	N (%) / Media (DT)	
Edad (años)	42.87 (11.67)	
Género	Mujeres	61.1%
	Hombres	38.9%
Estado civil	Con pareja habitual	78.9%
	Sin pareja habitual	11.1%
	Sin pareja	8.9%
	Prefiero no responder	1.1%
Número de hijos	0	40%
	1	23.3%
	2	23.3%
	3	13.3%
Profesión	Médico/a	64.5%
	Médico/a residente	12.2%
	Enfermero/a	23.3%
Tipo de turno	Mañana	32.2%

	Tarde	18.9%
	Noche	10.0%
	Rotatorio	38.9%
Años de experiencia profesional		16.47 (11.10)
Años en el puesto actual		9.73 (8.02)
Horas trabajadas por semana		50.46 (11.43)
Tipo de centro	Hospital público	73.3%
	Hospital privado	43.3%
	Centro de salud público	6.7%
	Centro sociosanitario privado	1.1%

Nota. DT: Desviación Típica

La muestra final estuvo compuesta por 90 profesionales sanitarios, lo cuales cumplían los criterios de inclusión establecidos.

Con respecto a los criterios de inclusión, formaron parte del estudio los profesionales sanitarios en activo que desempeñaban funciones asistenciales en un centro hospitalario o centro de salud en la Comunidad de Madrid y que trabajen en un turno fijo (mañana, tarde o noche) o en turnos rotatorios, siempre que cuenten con al menos un mes de experiencia en su turno actual. Además, fue indispensable haber aceptado de forma expresa la participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado previo al acceso al formulario.

Se excluirá del estudio a los profesionales que se encontraron en situación de baja laboral prolongada durante el periodo de recogida de datos, a quienes hayan cambiado recientemente de turno, definido como un periodo inferior a un mes. También se descartaron aquellas respuestas que no hayan completado la totalidad del cuestionario, dado que ello impedirá garantizar la validez y consistencia de los análisis posteriores. No obstante, al

analizar las respuestas se constató que todos los participantes cumplían los criterios de inclusión y que los cuestionarios estaban completos, por lo que no fue necesario excluir a ningún participante.

2.3. Variables e instrumentos

A continuación, se detallan las variables utilizadas para el estudio y sus instrumentos de evaluación.

Variables sociodemográficas y laborales. Se administró la sección sociodemográfica del Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería Abreviado (CDPE-A), que recoge información personal y laboral, incluyendo edad, género, profesión sanitaria, tipo de centro, turno de trabajo, antigüedad en el turno actual y número de horas trabajadas semanalmente (ver Anexo II; Moreno et al., 2000).

Además, en el estudio se consideraron las siguientes variables: calidad del sueño (variable predictora), estrés percibido (variable mediadora), burnout (variable mediadora), bienestar psicológico (variable resultado) y tipo de turno laboral, considerado como variable de agrupación (variable independiente categórica).

Bienestar psicológico. Se administró el Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5). Este instrumento consta de cinco ítems que evalúan la frecuencia de experiencias positivas relacionadas con el bienestar subjetivo durante las últimas dos semanas. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 6 puntos, que va de 0 (“nunca”) a 5 (“todo el tiempo”) y las puntuaciones más elevadas indican un mayor bienestar psicológico (ver Anexo III). El WHO-5 ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas. En estudios de validación se ha observado una consistencia interna adecuada, con un α de Cronbach de 0.83, lo que indica una buena fiabilidad. En cuanto a la validez, análisis

factoriales han confirmado una estructura unidimensional que explica aproximadamente el 59.7% de la varianza total, apoyando su validez estructural (Bonnín et al., 2018).

Calidad del sueño. Se administró el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), en su versión española adaptada por Macías Fernández y Royuela Rico (1996). Este instrumento evalúa la calidad del sueño durante el último mes mediante siete componentes que incluyen duración, eficiencia, latencia, alteraciones del sueño y disfunción diurna. El cuestionario está compuesto por 24 ítems, de los cuales 19 son autoinformes y 5 son respondidos por un compañero/a de cama o de habitación (ver Anexo IV). Tras su corrección se obtienen siete componentes parciales, cada uno de los cuales recibe una puntuación que oscila entre 0 y 3, donde los valores más elevados indican mayor alteración del sueño. La puntuación global se obtiene sumando los siete componentes, dado lugar a un rango entre 0 y 21 puntos. Por lo tanto, una puntuación igual o inferior a 5 se considera indicativa de una buena calidad del sueño, mientras que puntuaciones superiores a 5 indicarían una mala calidad del mismo, con graves dificultades en al menos dos áreas en al menos 3 de las 7 exploradas (Royuela Rico & Macías Fernández, 1997). En cuanto a sus propiedades psicométricas, la adaptación española del PSQI ha mostrado adecuados niveles de fiabilidad y validez. En el estudio de validación se obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0.81$, un coeficiente kappa de 0.61, así como una sensibilidad del 88.63% y una especificidad del 74.99% para la identificación de mala calidad del sueño, lo que respalda su utilidad como instrumento de evaluación del sueño en población clínica y general (Buysse et al., 1989; Royuela Rico & Macías Fernández, 1997).

Desgaste profesional. El tercer instrumento es el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería abreviado (CDPE-A), una versión reducida del modelo original de 174 ítems que evalúan el *burnout* mediante una escala de 1 a 4 puntos, categorizando los resultados en: niveles bajos (1,00-1,99), medio (2,00-2,99) y alto (3,00-4,00) (ver Anexo V).

Con respecto a las propiedades psicométricas, presenta una consistencia interna elevada con un α de Cronbach de 0,92 para el índice general y valores superiores a 0,80 en dimensiones específicas como el agotamiento emocional. Además, su validez de constructo está respaldada por un análisis factorial cuyos resultados se ajustan estrechamente al marco teórico de partida y por la independencia de sus escalas, las cuales confirman la estructura interna propuesta para evaluar el desgaste profesional (Moreno et al., 2000).

Estrés percibido. El último instrumento que se administró fue la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en su versión española adaptada por Remor (ver Anexo VI). Este cuestionario es un autoinforme que evalúa el grado en que las personas perciben las situaciones de su vida como estresantes durante el último mes. La escala consta de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert que va de 0 (“nunca”) a 4 (“muy a menudo”). Para obtener la puntuación total es necesario invertir las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13, y posteriormente sumar todos los ítems, de esta forma, las puntuaciones más altas indican mayores niveles de estrés percibido. En referencia a las propiedades psicométricas, la versión española de la PSS-14 ha mostrado una buena consistencia interna, con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,67. Además, se ha observado una validez concurrente, evidenciada por correlaciones significativas con medidas de ansiedad ($r = 0,653$) y con otras medidas de estrés percibido ($r = 0,540$). Estos resultados apoyan su efectividad como instrumento válido y fiable (Remor, 2001).

2.4. Procedimiento

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado en formato digital, diseñado en Google Forms que incluía un consentimiento informado (ver Anexo I) y datos sociodemográficos (ver Anexo II). Antes de acceder al formulario, los profesionales sanitarios visualizarán una hoja de información del estudio, donde se explicará la finalidad de

la investigación, la voluntariedad de la participación y las garantías de anonimato y confidencialidad. Solo quienes acepten explícitamente el consentimiento informado podrán continuar con el cuestionario.

El enlace al formulario fue difundido durante los meses de enero de 2026 y marzo de 2026 a través de contactos profesionales personales, tanto de forma directa como a través de su posterior redistribución entre profesionales sanitarios. Este procedimiento permitirá alcanzar a profesionales de distintos centros y turnos de trabajo, favoreciendo la participación de quienes desempeñan funciones asistenciales en hospitales y centros de salud de la Comunidad de Madrid. No se realizará ninguna selección directa de participantes, dado que el estudio empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia basado en la difusión voluntaria del cuestionario.

Una vez que los participantes rellenasen los datos sociodemográficos, a continuación, se administraron los instrumentos en el orden previamente establecido: el Índice de Bienestar WHO-5, la Escala de Estrés Percibido (PSS), el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería abreviado (CDPE-A) y, finalmente, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI). El cuestionario completo constaba de un total de 108 ítems y requería alrededor de 15 minutos para completarlo.

2.5. Análisis de datos

Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo utilizando el software estadístico JASP (JASP Team, 2023), el cual proporciona una variedad de herramientas para el análisis de datos. Los valores de $p < 0.05$ fueron considerados significativos a lo largo de todo el estudio.

Previamente a realizar los análisis estadísticos correspondientes, los datos fueron exportados a Excel para prepararlos. Se depuraron y prepararon los datos, incluyendo la codificación de variables categóricas y el cálculo de las puntuaciones correspondientes a cada

instrumento. Para simplificar el análisis estadístico, se codificaron las variables categóricas con números. Para poder llevar a cabo las comparaciones grupales que se planearon en la investigación, por ejemplo, el tipo de turno laboral fue recodificado en categorías numéricas (1 = diurno; 2 = nocturno). Además, siguiendo las instrucciones de corrección de cada instrumento, se determinaron las puntuaciones totales de los cuestionarios.

Para calcular la puntuación total de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), se volvieron a codificar primero los ítems invertidos. Se calcularon los siete componentes del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) y, después, la puntuación total.

El Cuestionario Abreviado de Desgaste Profesional en Enfermería (CDPE-A) empleó solo la escala del síndrome de desgaste profesional, que está formada por 12 ítems que analizan la falta de satisfacción personal, la despersonalización y el agotamiento emocional. Siguiendo las instrucciones de corrección del instrumento, la puntuación total se obtuvo promediando los elementos mencionados.

Una vez que ya tenemos los datos preparados, se llevaron a cabo análisis descriptivos para describir la muestra, que incluía medias, desviaciones típicas y porcentajes de las variables laborales y sociodemográficas más relevantes. Además, se evaluó la normalidad de los datos utilizando la prueba Shapiro-Wilk y la observación visual de gráficos Q-Q. Este paso fue crucial para decidir qué tipo de pruebas estadísticas aplicar, dependiendo de si los datos seguían una distribución normal.

Se llevaron a cabo pruebas T-Student para muestras independientes con el fin de comparar la hipótesis 1, que se refiere a las diferencias entre los profesionales que trabajan en turnos diurnos y nocturnos. Estas pruebas permitieron la comparación de puntuaciones medias en lo que respecta a la calidad de sueño, estrés percibido y desgaste profesional entre ambos

grupos. Con el fin de estimar la magnitud de las diferencias observadas, se utilizó el estadístico d de Cohen para calcular el tamaño del efecto.

Con respecto a la hipótesis 2, que planteaba que la relación entre calidad del sueño y bienestar psicológico estaría mediada por el estrés percibido y el burnout, se llevó a cabo un análisis de mediación. En este análisis se estableció la calidad del sueño como variable predictora, el bienestar psicológico como variable resultado y las variables mediadoras fueron el estrés percibido y el desgaste profesional.

Finalmente, para analizar la hipótesis 3, relativa al impacto de ciertos elementos laborales y sociodemográficos (como por ejemplo la cantidad de años de experiencia, las horas trabajadas a la semana o las responsabilidades familiares) en la calidad del sueño y en el burnout, se realizaron análisis de regresión lineal con el propósito de determinar posibles variables predictivas de estos resultados.

3. Resultados

3.1. Variables sociodemográficas de la muestra

En primer lugar, se comprobó la normalidad de los datos mediante la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, con el objetivo de examinar la distribución de las variables cuantitativas.

Los resultados indicaron que la mayoría de las variables sociodemográficas, como la edad, los años de experiencia profesional, los años en el puesto actual, el número de horas trabajadas semanalmente y el número de hijos, no seguían una distribución normal ($p < .001$).

En cuanto a las variables psicológicas, el WHO-5 y el PSQI mostraron distribuciones compatibles con la normalidad ($p > .05$), mientras que el CDPE-A y el PSS presentaron desviaciones significativas de la normalidad ($p < .05$).

A partir de estos resultados, y dado que algunas de las variables independientes no cumplían el supuesto de normalidad, se decidió emplear modelos de regresión lineal en los análisis posteriores. Esta decisión se basa en la robustez de este tipo de análisis frente a desviaciones de la normalidad de las variables independientes.

En relación con las variables principales del estudio, los participantes presentaron una media de 51.78 (DT = 19.78) en bienestar, 7.91 (DT = 2.48) en calidad del sueño, 2.12 (DT = 0.59) en desgaste profesional y 28.02 (DT = 7.91) en estrés percibido (véase Tabla 2).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos y normalidad de las variables del estudio

	M	DT	W	p
Edad	42.87	11.67	0.86	< .001
Número de hijos	1.10	1.08	0.83	< .001
Años experiencia total	16.47	11.10	0.86	< .001
Años de experiencia en el puesto actual	9.73	8.02	0.86	< .001
Nº horas / semana	50.46	11.43	0.88	< .001
WHO-5	51.78	19.78	0.98	.075
PSQI	7.911	2.48	0.98	.091
CDPE-A	2.12	0.59	0.97	.044
PSS	28.02	7.91	0.97	.044

Nota. M = media; DT = desviación típica; W = estadística de Shapiro-Wilk; WHO-5 = Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud; PSQI = el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh; CDPE-A = Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería abreviado; PSS = la Escala de Estrés Percibido.

Asimismo, se calcularon las correlaciones entre las variables principales del estudio (ver Tabla 3). Los resultados indicaron que la calidad del sueño se relaciona negativamente con el

bienestar psicológico, el estrés percibido y el desgaste profesional. Además, tanto el estrés percibido como el desgaste profesional se relacionaron significativamente con el bienestar psicológico.

Tabla 3

Correlaciones entre las variables principales

Variable	1	2	3	4
1. WHO-5	–			
2. PSQI	-.53***	–		
3. CDPE-A	-.58***	.31**	–	
4. PSS	-.58**	.49***	.60***	–

Nota. $p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$

3.2. Diferencias en calidad del sueño, desgaste profesional y estrés según el tipo de turno

Con el objetivo de analizar si existían diferencias en función del tipo de turno, se compararon las puntuaciones en calidad del sueño, desgaste profesional y estrés percibido entre los profesionales con turno diurno y aquellos que realizaban turnos nocturnos.

En relación con la calidad del sueño, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, $t(88) = 0.01$, $p = .994$, $d = 0.002$, es importante señalar que los dos grupos mostraron calificaciones medias altas ($M \sim 7.91$), lo que señala una calidad del sueño insuficiente en general, independientemente del tipo de turno.

Con respecto al desgaste profesional, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, $t(88) = -1.18$, $p = .240$, $d = -0.25$. Sin embargo, se observó una ligera tendencia a mayores niveles de desgaste en los profesionales del turno nocturno.

En cuanto al estrés percibido, ambos grupos no mostraron diferencias, $t(88) < 0.001$, $p = 1.000$, $d = 0.00$, con niveles prácticamente iguales independientemente del tipo de turno.

Estos resultados, en conjunto, no respaldan la hipótesis propuesta (véase Tabla 4).

Tabla 4

Diferencias en calidad del sueño, desgaste profesional y estrés percibido según el tipo de turno

	Grupo	N	M	DT	t	gl	p	d
PSQI	Diurno	46	7.913	2.648	0.01	88	.994	0.002
	Nocturno	44	7.909	2.311				
CDPE-A	Diurno	46	2.047	0.591	-1.18	88	.240	-0.249
	Nocturno	44	2.194	0.590				
PSS	Diurno	46	28.02	7.912	<0.001	88	1.000	0.00
	Nocturno	44	28.02	8.001				

Nota. M = media; DT = desviación típica; gl = grados de libertad; d = tamaño del efecto (Cohen's).

3.3. Mediación del estrés percibido y el desgaste profesional en la relación entre calidad del sueño y bienestar psicológico

Con el objetivo de analizar si la relación entre la calidad del sueño y el bienestar psicológico estaba mediada por el estrés percibido y el desgaste profesional, se llevó a cabo un análisis de mediación múltiple.

En primer lugar, se observó que la calidad del sueño se asocia significativamente con el bienestar psicológico, es decir, a menor calidad del sueño los niveles de bienestar son más bajos, $B = -2.48$, $p < .001$.

Además, se encontró una relación significativa entre la calidad del sueño y los posibles mediadores, notándose que niveles más altos de estrés percibido ($B = 1.58$, $p < .001$) y de desgaste profesional ($B = 0.08$, $p = .002$) estaban vinculados con una menor calidad del sueño.

Respecto a la relación entre los mediadores y el bienestar psicológico, se encontró que el estrés percibido ($B = -0.51$, $p = .047$) y el desgaste profesional ($B = -12.08$, $p < .001$) estaban correlacionados negativamente con el bienestar. Es decir, a mayores niveles de estas variables se relacionaron con un menor bienestar psicológico.

En relación con los efectos indirectos, no se encontró un efecto de mediación significativo a través del estrés percibido ($B = -0.81$, $p = .063$). Sin embargo, el desgaste profesional sí actuó como mediador significativo en la relación entre el bienestar psicológico y la calidad del sueño ($B = -0.90$, $p = .015$).

Para facilitar la interpretación de estos resultados, la Figura 1 muestra la representación gráfica del modelo de mediación analizado.

En conjunto, estos resultados sugieren que existe una mediación parcial, lo que respalda parcialmente la hipótesis planteada (véase Tabla 5 y Figura 1).

Tabla 5

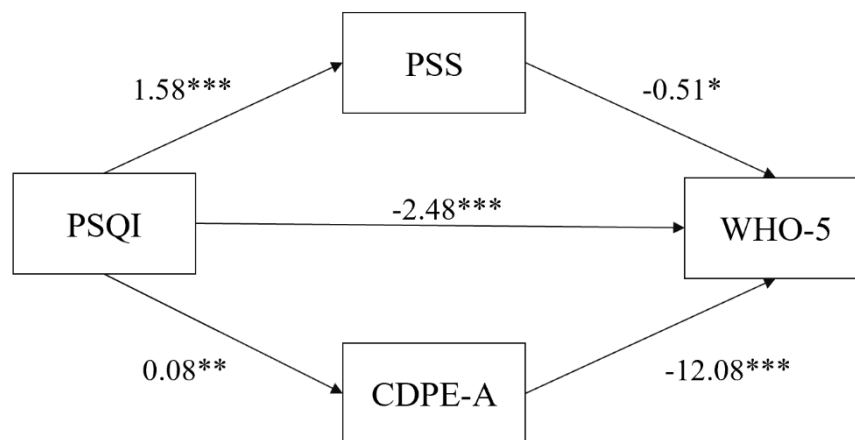
Efectos directos e indirectos de la calidad del sueño sobre el bienestar psicológico

Efecto	B	SE	z	p
Efecto total	-4.19	0.72	-5.84	< .001
Efeto directo (PSQI → WHO-5)	-2.48	0.69	-3.59	< .001
Efecto indirecto total	-1.71	0.52	-3.29	< .001
Indirecto (PSQI → estrés → WHO-5)	-0.81	0.43	-1.86	.063
Indirecto (PSQI → desgaste → WHO-5)	-0.90	0.37	-2.42	.015

Nota. B = coeficiente no estandarizado; SE = error estándar; z = estadístico de contraste.

Figura 1

Modelo y mediación entre la calidad del sueño y el bienestar psicológico



Nota. Se muestran los coeficientes no estandarizados. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

WHO-5 = Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud; PSQI = el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh; CDPE-A = Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería abreviado; PSS = la Escala de Estrés Percibido.

3.4. Predicción de la calidad del sueño y el desgaste profesional a partir de factores laborales y sociodemográficos.

Se realizaron análisis de regresión lineal con el objetivo de analizar si ciertos factores laborales y sociodemográficos eran predictores del desgaste profesional y la calidad del sueño. Previamente, se comprobó la normalidad de los residuos mediante gráficos Q-Q, observándose una distribución aproximadamente normal (ver Anexo VII), por lo que se consideró adecuado utilizar regresión lineal.

En cuanto a la calidad del sueño, el modelo de regresión no fue estadísticamente significativo ($R^2 = .066$, $p = .116$), lo que indica que las variables consideradas no predicen de manera significativa la calidad del sueño. Sin embargo, a nivel individual, la cantidad de años trabajados en el puesto actual tuvo una relación significativa con la calidad del sueño ($\beta = 0.32$, $p = .039$).

Con respecto al desgaste profesional, el análisis de regresión demostró ser estadísticamente significativo, $R^2 = .105$, $p = .023$, explicando un 10.5% de la varianza. En este modelo, los años de experiencia total ($\beta = 0.34$, $p = .034$) y los años de experiencia en el puesto actual ($\beta = -0.40$, $p = .010$) se mostraron como variables significativas relacionadas con el desgaste profesional. Además, el total de horas trabajadas semanalmente mostró una tendencia hacia la significación ($\beta = 0.22$, $p = .051$).

A modo de conclusión, estos resultados apoyan parcialmente la hipótesis planteada, ya que los factores analizados no son indicativos de la calidad del sueño, pero sí tienen un valor explicativo en relación con el desgaste profesional (véase Tabla 6).

Tabla 6

Modelos de regresión para la predicción de la calidad del sueño y el desgaste profesional

Variable dependiente	Predictor	β	p	R^2
PSQI	Años experiencia total	-0.17	.282	.066
	Años en puesto	0.32	.039	
	Horas/semana	0.12	.285	
CDPE-A	Años experiencia total	0.34	.034	.105
	Años en puesto	-0.40	.010	
	Horas/semana	0.22	.051	

Nota. β = coeficiente estandarizado; R^2 = proporción de varianza explicada por el modelo

4. Discusión

Tras la obtención de los resultados expuestos en el apartado anterior, se procede a discutir los hallazgos en relación con los objetivos específicos e hipótesis planteadas en esta investigación. En este contexto, resulta apropiado tener en cuenta la sostenibilidad del estudio, que se define como las metodologías y acciones que promueven dimensiones como la salud y el bienestar, la igualdad de género, la disminución de las desigualdades, la inclusión

social y los comportamientos pro ecológicos y pro sociales. Estas dimensiones, en relación con este estudio, se reflejan en el análisis del bienestar psicológico de los profesionales sanitarios y en la identificación de factores laborales que pueden afectar a su salud, contribuyendo de este modo a la promoción de entornos de trabajo más saludables, equitativos y sostenibles dentro del ámbito sanitario (Salanova et al., 2005).

El estudio tenía como objetivo general analizar la relación entre calidad de sueño, el desgaste profesional, el estrés percibido y el bienestar psicológico en profesionales sanitarios, considerando el impacto del trabajo por turnos y de diversos factores laborales y sociodemográficos. Específicamente, nos propusimos examinar la prevalencia de estas variables en la muestra, comparar las puntuaciones en función del tipo de turno, analizar las relaciones entre ellas y evaluar su capacidad predictiva sobre el bienestar psicológico, así como el posible papel mediador del estrés percibido y el burnout en la relación entre la calidad del sueño y el bienestar. Todos los objetivos del estudio se cumplieron. Se testaron todas las hipótesis, cuyos resultados se discuten a continuación.

La primera hipótesis para contrastar era que *los profesionales sanitarios que trabajan en turnos nocturnos o realizan guardias presentarán, en comparación con aquellos turnos diurnos o fijos, una peor calidad del sueño, mayores niveles de desgaste profesional y un mayor nivel de estrés percibido*. Esta hipótesis en base a los resultados obtenidos no fue confirmada. En el análisis estadístico, no se observaron diferencias en la calidad del sueño entre profesionales de turno diurno y nocturno, mostrando en ambos grupos unas puntuaciones medias elevadas, lo que indica una calidad del sueño insuficiente a nivel general. Asimismo, no se hallaron diferencias significativas en los niveles de estrés percibido, siendo prácticamente idénticos en ambos grupos. En cuanto al desgaste profesional, aunque no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas, se observó una ligera tendencia hacia valores más altos en el grupo de turno nocturno. Estos hallazgos son congruentes con

estudios anteriores que cuestionan el papel del tipo de turno como factor determinante en la calidad del sueño (Maganto Fraile et al., 2023; Rodríguez-González-Moro et al., 2020; Wisetborisut et al., 2014). Rodríguez-González-Moro et al. (2020) hallaron que los turnos fijos de la mañana, y no necesariamente los turnos nocturnos, estaban relacionados con una calidad del sueño inferior, lo cual indica que elementos como la higiene del sueño o los ritmos circadianos individuales podrían ser más relevantes que el propio turno. La alta puntuación media de la calidad del sueño que se ha visto en ambos grupos coincide con investigaciones que demuestran una prevalencia significativa de mala calidad del sueño entre los profesionales de la salud (Gil-Almagro et al., 2024; Maganto Fraile et al., 2023; Nena et al., 2018). Por ejemplo Maganto Fraile et al. (2023), informaron que un 85% de los sanitarios sufren trastornos del sueño, lo cual sugiere la presencia de factores estresantes comunes vinculados al entorno asistencial. La ausencia de diferencias significativas sugiere que el deterioro del bienestar en los profesionales sanitarios constituye un fenómeno sistémico y multifactorial (Maganto Fraile et al., 2023; Zamorano et al., 2024).

Un aspecto relevante que surge de los resultados es el elevado número de horas trabajadas semanalmente, con una media superior a las 50 horas, lo que es especialmente significativo considerando la normativa actual (véase en la Tabla 2). En España, la ley establece restricciones para proteger la salud de los trabajadores, como el límite de jornada semanal en el ámbito sanitario de alrededor 45 horas y la necesidad de garantizar periodos de descanso mínimos, que incluyen al menos 12 horas entre turnos (*Ministerio de Sanidad - Áreas - Nuevo Estatuto Marco*, s. f.). De hecho, lo que se conoce como la “paradoja de la recuperación” formulada por Sonnentag, (2018) sugiere que, a medida que aumenta el grado de cansancio, se vuelve más complicado relajarse y recuperarse de manera efectiva, lo que podría afectar negativamente el descanso de los trabajadores que enfrentan grandes exigencias laborales.

La segunda hipótesis para corroborar era que *la relación entre la calidad del sueño y el bienestar psicológico estaría mediada por el estrés percibido y el nivel de desgaste profesional, de modo que una peor calidad del sueño se asociaría con un incremento del estrés y del burnout, las cuales actuarían como mecanismos intermedios en el deterioro del bienestar psicológico*. Esta hipótesis, en base a los resultados obtenidos, fue parcialmente confirmada. Los hallazgos de este estudio confirman que una peor calidad del sueño se asocia con menores niveles de bienestar psicológico, así como con mayores niveles de estrés percibido y burnout, variables que, a su vez, se relacionan negativamente con el bienestar. Sin embargo, al analizar los efectos indirectos, únicamente el burnout actuó como mediador significativo en esta relación, mientras que el estrés percibido no alcanzó significación estadística, lo que muestra la existencia de una mediación parcial. Estos hallazgos son congruentes con investigaciones previas, las cuales, destacan el papel central del burnout como mecanismo intermedio en la relación entre variables laborales y bienestar psicológico (Moreno-Jiménez et al., 2023; Salahuddin et al., 2025). En esta línea Moreno-Jiménez et al. (2023) identificaron el agotamiento emocional como proceso intermedio a través del cual las demandas laborales afectan de manera negativa en la salud mental de los profesionales sanitarios.

La tercera hipótesis para contrastar era que *determinados factores laborales y sociodemográficos, como la antigüedad de turnos, la frecuencia de turnos nocturnos o guardias, el número de horas trabajadas semanalmente y la responsabilidad familiar, predicarían una peor calidad del sueño y mayores niveles de desgaste profesional en los profesionales sanitarios*. Esta hipótesis en base a los resultados obtenidos fue parcialmente confirmada. Los hallazgos de este estudio muestran que los factores analizados no predicen de manera significativa la calidad del sueño en su conjunto, aunque los años trabajados en el puesto actual sí se relacionaron de forma significativa con esta variable a nivel individual. Por

el contrario, en el caso del desgaste profesional, el modelo de regresión resultó significativo evidenciando que los años de experiencia total y los años en el puesto actual actúan como predictores relevantes, mientras que el número de horas trabajadas semanalmente mostró una tendencia hacia la significación. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que muestran que el desgaste profesional está muy asociado a factores acumulativos relacionados con la trayectoria laboral y la sobrecarga del trabajo. En esta línea, Zamorano et al. (2024) demuestran que el número de años en la profesión es un predictor importante de dimensiones del burnout, mientras que Ge et al. (2023) identifican la duración de la experiencia laboral como uno de los factores de riesgo más importantes para el sector sanitario a nivel internacional. Estos resultados son coherentes con lo que Gil-Calderón et al. (2021) han observado: el desgaste profesional aumenta gradualmente a medida que pasan los años, lo cual apoya la línea de que el burnout es un proceso acumulativo en lugar de un fenómeno aislado. Este fenómeno acumulativo podría explicarse por el agotamiento constante de las reservas de energía y el desgaste de los recursos para la autorregulación del profesional, después de años de exposición prolongada a unas exigencias laborales intensas (Aydin Guclu et al., 2022). En este contexto, la antigüedad podría ser un factor de vulnerabilidad porque se acumulan experiencias estresantes y hay una posible pérdida de recursos para hacer frente a las dificultades, lo que propicia un desplazamiento paulatino hacia el distanciamiento emocional como mecanismo de defensa inapropiado (Ge et al., 2023). Además, el seguimiento de la carga de trabajo semanal indica que el agotamiento está muy relacionado con una recuperación inadecuada, lo cual, perpetúa la incomodidad a través del camino laboral (Van Elk et al., 2024).

4.1. Limitaciones

Es importante reconocer que todas las investigaciones tienen limitaciones, incluida esta. La identificación clara de dichas limitaciones no solo aporta transparencia al proceso de investigación, sino que además establece una base sólida para futuros estudios.

La primera a destacar, es el tamaño de la muestra ($N = 90$), ya que una muestra pequeña puede limitar la potencia estadística del estudio y la capacidad de generalizar los hallazgos a una población de profesionales sanitarios más amplia. En esta línea, la generalización de los resultados puede estar limitada por el uso de una muestra de conveniencia, lo cual podría no reflejar completamente la diversidad de los profesionales sanitarios, en este caso, médicos y enfermeros. Es decir, la selección de la muestra, aunque fue práctica, puede introducir sesgos no identificados que afectan a la generalización, ya que se pueden estar ignorando variables ocultas que pueden estar sesgando los resultados.

También la administración de cuestionarios de forma online impidió la supervisión directa de los participantes durante la realización de estos. Esto podría haber permitido distracciones o interferencias que afectarían la integridad de las respuestas. La supervisión presencial o mecanismos de control más estrictos durante la administración de cuestionarios podrían mejorar la calidad de los datos recogidos.

En relación con las variables laborales, es necesario señalar ciertas limitaciones en la operacionalización del tipo de turno. Aunque la categorización se realizó atendiendo al turno principal de trabajo (diurno o nocturno), en algunos casos los participantes realizaban también guardias, lo que introduce una variabilidad adicional que no ha sido plenamente capturada en los análisis. Esta situación podría haber atenuado posibles diferencias entre grupos, dificultando la detección de efectos asociados específicamente a la turnicidad.

4.2. Futuras líneas de investigación

Además, para investigaciones futuras sería interesante considerar con mayor detalle variables laborales específicas que no se han podido analizar en profundidad en este estudio.

En este sentido, una línea de investigación especialmente relevante sería el análisis de posibles diferencias entre profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito público y privado. Aunque esta variable fue recogida, la distribución de la muestra —con predominio del ámbito público y la presencia de participantes que trabajan en ambos contextos— impidió su análisis comparativo. Sin embargo, explorar esta variable en futuros estudios podría aportar información valiosa sobre cómo influyen las condiciones organizacionales y estructurales de cada sistema en la calidad del sueño, el estrés y el desgaste profesional. En esta misma línea, Ge et al. (2023) en su revisión subraya que factores sistémicos como la cultura del lugar de trabajo, la predictibilidad de las tareas o las oportunidades de desarrollo profesional actúan como determinantes importantes en el desarrollo del burnout.

Asimismo, sería interesante profundizar en el impacto específico de las guardias y su frecuencia, ya que podrían constituir un factor diferencial relevante dentro del análisis de la turnicidad. Rodríguez-González-Moro et al. (2020) muestran que determinadas configuraciones de turno actúan como predictores independientes de la calidad del sueño, lo que expone la importancia de analizar no solo la carga horaria total, sino también su ritmo circadiano.

Por otro lado, futuras investigaciones podrían incorporar variables adicionales como el apoyo social, la resiliencia o los recursos organizacionales, con el fin de comprender mejor los factores que amortiguan el impacto del estrés laboral. Gil-Almagro et al. (2024) muestran que estos recursos funcionan como factores protectores, facilitando la recuperación y reduciendo la severidad de trastornos como el insomnio en el personal sanitario.

Finalmente, el desarrollo de modelos analíticos más complejos que incorporen mecanismos de mediación y moderación permitiría avanzar en la comprensión de los procesos implicados en el bienestar psicológico. En este aspecto, Moreno-Jiménez et al. (2023)

demuestran cómo determinados recursos personales, tales como la autocompasión o la empatía, pueden modular la relación entre las demandas laborales y el agotamiento emocional, lo que permite aportar una visión más integral de la adaptación a entornos laborales exigentes.

Conclusión

En conjunto, los resultados de este estudio demuestran que, si bien los factores analizados no determinan en general la calidad de sueño, ciertas variables laborales, como los años en el puesto, sí están significativamente relacionadas con ella. En cambio, el desgaste profesional se presenta como una variable particularmente significativa, lo cual se explica en parte por la trayectoria laboral. Además, se confirma que tanto el estrés percibido como el desgaste profesional median en la relación entre la calidad del sueño y el bienestar psicológico, lo que demuestra la conexión entre variables de salud, laborales y emocionales.

Desde un enfoque práctico, estos descubrimientos enfatizan la importancia de poner en marcha medidas dentro de las organizaciones que tengan como objetivo prevenir el agotamiento laboral y manejar el estrés al igual que fomentar hábitos saludables del sueño. En el ámbito clínico, refuerzan la necesidad de tratar el bienestar psicológico de manera completa, teniendo en cuenta no solo los factores individuales sino también las condiciones laborales, sobre todo en profesionales con más tiempo en su puesto. En definitiva, el estudio aporta evidencia significativa para crear estrategias de prevención y de intervención que favorezcan tanto la salud mental como la calidad de vida en el entorno laboral de los profesionales sanitarios.

Referencias

- Alreshidi, S. M., & Rayani, A. M. (2023). The Correlation Between Night Shift Work Schedules, Sleep Quality, and Depression Symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 19*, 1565-1571. <https://doi.org/10.2147/NDT.S421092>
- Aydin Guclu, O., Karadag, M., Akkoyunlu, M. E., Acican, T., Sertogullarindan, B., Kirbas, G., Selimoglu Sen, H., Lakadamyali, H., Intepe, Y. S., Arslan, S., Firat Gursoy, S., & Kaya, A. (2022). Association between burnout, anxiety and insomnia in healthcare workers: A cross-sectional study: Burnout, anxiety and insomnia in healthcare workers. *Psychology, Health & Medicine, 27*(5), 1117-1130. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1874434>
- Ballester Arnal, R., Gómez Martínez, S., Gil Juliá, B., Ferrándiz-Sellés, M. D., & Collado-Boira, E. J. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*(2), 129. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16146>
- Batat, H., Baniamer, A. Z., Hamasha, A. M., Abu Sahyoun, A. M., AlSamhori, J. F., Alsharqwi, M. Z., AL-Aqtash, M. J., AL-Qurneh, M. K., & Khalifeh, A. H. (2024). The relationship between night shift work, sleep patterns, psychological well-being, and mental health among Jordanian healthcare workers. *Archives of Environmental & Occupational Health, 79*(3-4), 131-141. <https://doi.org/10.1080/19338244.2024.2379826>
- Bonnín, C. M., Yatham, L. N., Michalak, E. E., Martínez-Arán, A., Dhanoa, T., Torres, I., Santos-Pascual, C., Valls, E., Carvalho, A. F., Sánchez-Moreno, J., Valentí, M., Grande, I., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E., & Reinares, M. (2018). Psychometric properties of the well-being index (WHO-5) spanish version in a sample of euthymic

- patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 228, 153-159.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.006>
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Dall’Ora, C., Ejebu, O.-Z., Ball, J., & Griffiths, P. (2023). Shift work characteristics and burnout among nurses: Cross-sectional survey. *Occupational Medicine*, 73(4), 199-204. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqad046>
- Delgado Chucuri, L. N., Fernández Alvarez, J. S., Secaira Alcívar, M. B., Valdez Vaca, E. Y., & Guillen Godoy, M. A. (2025). Impacto de la Fatiga Mental por Turnos Nocturnos en Personal Sanitario, Clínica Granados, Ecuador. *SAGA: Revista Científica Multidisciplinar*, 2(2), 271-279. <https://doi.org/10.63415/saga.v2i2.107>
- Fentie, E. T., Daba Wami, S., & Guyasa Kabito, G. (2021). Prevalence of burnout syndrome and associated factors among health care workers at public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: Results from a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health*, 50(4), 368-380. <https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1946904>
- Forné, C., & Yuguero, O. (2022). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey in Spanish urgency healthcare personnel: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 22(1), 615. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03666-3>
- Ge, M., Hu, F., Jia, Y., Tang, W., Zhang, W., & Chen, H. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 5836-5854. <https://doi.org/10.1111/jocn.16708>

- Geniş, B. (2020). Factors Affecting Mental Status and Effects of Shift Working System in Healthcare Workers. *Journal of Psychiatric Nursing*.
<https://doi.org/10.14744/phd.2020.60590>
- Gil-Almagro, F., Carmona-Monge, F. J., García-Hedrerá, F. J., & Peñacoba-Puente, C. (2024). Post-Pandemic Insomnia in Healthcare Workers: A Prospective Study including Sociodemographic, Occupational and Psychosocial Variables. *Journal of Clinical Medicine*, 13(12), 3498. <https://doi.org/10.3390/jcm13123498>
- Gil-Calderón, J., Alonso-Molero, J., Dierssen-Sotos, T., Gómez-Acebo, I., & Llorca, J. (2021). Burnout syndrome in Spanish medical students. *BMC Medical Education*, 21(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02661-4>
- Giorgi, F., Mattei, A., Notarnicola, I., Petrucci, C., & Lancia, L. (2018). Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 698-708. <https://doi.org/10.1111/jan.13484>
- Hong, J., Kim, M., Suh, E. E., Cho, S., & Jang, S. (2021). Comparison of Fatigue, Quality of Life, Turnover Intention, and Safety Incident Frequency between 2-Shift and 3-Shift Korean Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7953. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157953>
- Jiménez-Labaig, P., Pacheco-Barcia, V., Cebrià, A., Gálvez, F., Obispo, B., Páez, D., Quílez, A., Quintanar, T., Ramchandani, A., Remon, J., Rogado, J., Sánchez, D. A., Sánchez-Cánovas, M., Sanz-García, E., Sesma, A., Tarazona, N., Cotés, A., González, E., Bosch-Barrera, J., ... Élez, E. (2021). Identifying and preventing burnout in young oncologists, an overwhelming challenge in the COVID-19 era: A study of the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM). *ESMO Open*, 6(4), 100215.
<https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100215>

- Kadović, M., Mikšić, Š., & Lovrić, R. (2022). Ability of Emotional Regulation and Control as a Stress Predictor in Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 541. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010541>
- Lee, K. Y., Zakaria, N., & Zakaria, N. (2024). Examining the Impact of Burnout on Hospital Nurses Engaged in Shift Work: Insights From a Nationwide Cross-Sectional Study in Malaysia. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241245212. <https://doi.org/10.1177/23779608241245212>
- Maganto Fraile, A., Alcañiz-Martín, F., De Priso-Sañudo, S., & Mayoral, A. (2023). Características del sueño en trabajadores sanitarios de hospitales de Madrid Sur. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 69(270), 12-27. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2023000100003>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Ministerio de Sanidad - Áreas - Nuevo Estatuto Marco. (s. f.-b). <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/nuevoEstatutoMarco.htm>
- Moreno, B., Hernández, E. G., & González-Gutiérrez, J. (2000). *El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7438532>
- Moreno-Jiménez, J. E., Demerouti, E., Blanco-Donoso, L. M., Chico-Fernández, M., Iglesias-Bouzas, M. I., & Garrosa, E. (2023). Passionate healthcare workers in demanding intensive care units: Its relationship with daily exhaustion, secondary traumatic stress, empathy, and self-compassion. *Current Psychology*, 42(33), 29387-29402. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03986-z>

- Nena, E., Katsaouni, M., Steiropoulos, P., Theodorou, E., Constantinidis, T., & Tripsianis, G. (2018). Effect of shift work on sleep, health, and quality of life of health-care workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 22(1), 29. https://doi.org/10.4103/ijjem.IJOEM_4_18
- Ogińska, H., Pokorski, J., & Ogiński, A. (1993). Gender, ageing, and shiftwork intolerance. *Ergonomics*, 36(1-3), 161-168. <https://doi.org/10.1080/00140139308967868>
- Pujol-de Castro, A., Valerio-Rao, G., Vaquero-Cepeda, P., & Catalá-López, F. (2024). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: Revisión sistemática y metaanálisis. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102384. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384>
- Remor, E. (2001). Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS-14): Psychometric study in a HIV+ sample. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- Rodríguez-González-Moro, M. T., Rodríguez-González-Moro, J. M., Rivera-Caravaca, J. M., Vera-Catalán, T., Simonelli-Muñoz, A. J., & Gallego-Gómez, J. I. (2020). Work Shift and Circadian Rhythm as Risk Factors for Poor Sleep Quality in Public Workers from Murcia (Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5881. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165881>
- Royuela Rico, Á., & Macías Fernández, J. Á. (1997). Calidad del sueño en pacientes ansiosos y depresivos. *Psiquiatría Biológica*, 4(6), 225-230.

- Salahuddin, M. F., Walker, J., Zambrana, E. H., Gupta, V., Jung, K., Pandi-Perumal, S. R., & Manzar, M. D. (2025). Self-Regulation Mediates the Relationship Between Stress and Quality of Life in Shift-Working Healthcare Professionals: Behavioral Clustering Insights. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(9), 180. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15090180>
- Salanova, M., Agut, S., & Peiró, J. M. (2005). Linking Organizational Resources and Work Engagement to Employee Performance and Customer Loyalty: The Mediation of Service Climate. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1217-1227. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1217>
- Schiele, J. K., Schröter, M., Berschick, J., Steinmetz, M., Bogdanski, M., Jankow, S., Stritter, W., Kessler, C. S., Seifert, G., & Koch, A. K. (2025). Designing the LAGOM burnout prevention program: A collaborative approach with healthcare professionals using intervention mapping. *BMC Medical Education*, 25(1), 1254. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07943-9>
- Sonnentag, S. (2018). The recovery paradox: Portraying the complex interplay between job stressors, lack of recovery, and poor well-being. *Research in Organizational Behavior*, 38, 169-185. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2018.11.002>
- Van Elk, F., Lammers-van Der Holst, H. M., Robroek, S. J. W., Burdorf, A., & Oude Hengel, K. M. (2024). Effects and implementation of an intervention to improve sleep, fatigue and recovery among healthcare workers with night shifts: A pre- and post-test study. *International Journal of Nursing Studies*, 160, 104881. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104881>
- Vega-Escañó, J., Porcel-Gálvez, A. M., Barrientos-Trigo, S., & Romero-Sánchez, J. M. (2020). *LA TURNICIDAD COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA APARICIÓN*

DE INSOMNIO EN POBLACIÓN LABORAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA.

<https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/893>

- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64(4), 279-286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu009>
- Wright, K. P., Bogan, R. K., & Wyatt, J. K. (2013). Shift work and the assessment and management of shift work disorder (SWD). *Sleep Medicine Reviews*, 17(1), 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2012.02.002>
- Zamorano, S., González-Sanguino, C., Fernández-Jiménez, E., & Muñoz, M. (2024). A Burnt-Out Health: Stigma towards Mental Health Problems as a Predictor of Burnout in a Sample of Community Social Healthcare Professionals. *Behavioral Sciences*, 14(9), 812. <https://doi.org/10.3390/bs14090812>

Anexos

Anexo I

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Este estudio se realiza de manera anónima y los datos serán tratados de forma confidencial, protegidos de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la normativa española (Ley 3/2018 del 5 de diciembre) comprendiendo que mis respuestas serán anónimas y manejadas de acuerdo con las directrices de Helsinki. Según lo requerido por la normativa vigente, no se recopilará ningún tipo de información rastreadable, ni su IP será registrada. Después de que haya contestado el cuestionario, sus respuestas serán asociadas a un código alfanumérico y se analizarán de manera agregada. Los datos recopilados se almacenarán de forma segura y se utilizarán para fines exclusivos de investigación. Este estudio se enmarca en el programa de fin de máster de psicología de la Universidad Pontificia de Comillas. Para cualquier pregunta, puede contactar con Candela Gálvez mediante el siguiente correo electrónico: candelagalvezfernandez@gmail.com

DOY

NO DOY

Cláusula de protección de datos

En todo el proceso de recogida de datos se garantiza el anonimato de los participantes y la voluntariedad de la participación. El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos contemplados en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de

los Derechos Digitales. La información obtenida no podrá asociarse a persona física identificada o identificable de conformidad con lo dispuesto en el citado Reglamento.

Anexo II

Cuestionario sociodemográfico

El cuestionario sociodemográfico empleado en este estudio fue elaborado a partir de la sección de recogida de datos del CDPE-A, pero se incluyeron más variables relevantes que pueden ser útiles de cara al estudio.

Género Hombre Mujer Otro

Edad años

Estado civil /situación personal 1 Con pareja habitual 2 Sin pareja habitual 3 Sin pareja 4 Prefiero no responder

Número de hijos hijos

Puesto o profesión

.....

Unidad, servicio o ámbito de trabajo

.....

Tipo de centro donde trabaja Hospital público Hospital privado Centro de salud público Centro sociosanitario privado

Turno 1 Mañana 2 Tarde 3 Noche 4 Rotatorio

Años de experiencia profesional total años

Años de experiencia en el mismo puesto de trabajo años

Número de horas que trabaja a la semana horas

¿Es usted supervisor/a? Sí No

Porcentaje de su jornada que pasa en interacción con los pacientes

Más del 80% Entre 60%-40% Entre 40%-20% Menos del 20%

Anexo III

**WHO (Five) Well Being Index (1998 version) OMS (cinco) Índice de Bienestar
(versión 1998)**

Por favor, indique para cada una de las cinco afirmaciones cual define mejor como se ha sentido usted durante las últimas dos semanas. Observe que cifras mayores significan mayor bienestar. Ejemplo: Si se ha sentido alegre y de buen humor más de la mitad del tiempo durante las últimas dos semanas, marque una cruz en el recuadro con el número 3 en la esquina superior derecha.

<i>Durante las últimas dos semanas:</i>	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad de tiempo	De vez en cuando	Nunca
Me he sentido alegre y de buen humor	5	4	3	2	1	0
Me he sentido tranquilo y relajado	5	4	3	2	1	0
Me he sentido activo y enérgico	5	4	3	2	1	0

Me he despertado fresco y descansado	5	4	3	2	1	0
Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	5	4	3	2	1	0

Anexo IV**ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)**

Las siguientes preguntas se refieren a la forma en que normalmente ha dormido únicamente durante el último mes. Sus respuestas intentarán ajustarse de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.

Por favor, conteste a TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes: ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE LA HORA HABITUAL DE ACOSTARSE:

2. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, normalmente, las noches, del último mes?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS:

3. ¿A qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana durante el último mes?

APUNTE LA HORA HABITUAL DE LEVANTARSE:

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama)

APUNTA LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO:

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar TODAS las preguntas.

5. *Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:*

- a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

- b. Despertarse durante la noche o de madrugada.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

- c. Tener que levantarse para ir al servicio.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

- d. No poder respirar bien.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

- e. Toser o roncar ruidosamente.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

f. Sentir frío.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

g. Sentir demasiado calor.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

h. Tener pesadillas o malos sueños.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

i. Sufrir dolores.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

j. Otras razones (por favor, descríbalas a continuación).

6. Durante el *último mes*, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de sueño?

Bastante buena ___

Buena ___

Mala ___

Bastante mala ___

7. Durante el *último mes*, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

8. Durante el *último mes*, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

9. Durante el *último mes*, ¿ha representado para usted mucho problema el *tener ánimos* para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

Solo ___

Con alguien en otra habitación ___

En la misma habitación, pero en otra cama ___

En la misma cama ___

POR FAVOR, SÓLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO.

Si usted tiene pareja, o compañero/a de habitación, pregúntele si durante el último mes usted ha tenido:

a. Ronquidos ruidosos.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

b. Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

c. Sacudidas o espasmos mientras duerme.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

d. Episodios de desorientación o confusión mientras duerme.

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

e. Otros inconvenientes mientras usted duerme (por favor, descríbalos a continuación): _____

Ninguna vez en el último mes ___

Menos de una vez a la semana ___

Una o dos veces a la semana ___

Tres o más veces a la semana ___

Anexo V

CDPE-A

El CDPE-A o Cuestionario de Desgaste Profesional de enfermería, abreviado, es como su nombre indica el resultado de una disminución del número de ítems de la escala original Cuestionario de Desgaste profesional de enfermería con 174 ítems. El cuestionario original está igualmente disponible

Sexo Hombre Mujer

Edad años

Relaciones personales Con pareja habitual Sin pareja habitual Sin pareja

Número de hijos hijos

Estudios realizados

Años de experiencia años

Años de experiencia en el mismo puesto de trabajo años

Situación laboral Fijo/a Contratado/a Otros (especificar)

Centro en el que trabaja:

¿Qué tiempo lleva en el mismo Centro?

Turno Mañana Tarde Noche Rotatorio

Servicio/área.....

Sección.....

Número de pacientes que atiende al día pacientes

¿Es usted supervisor/a? Sí No

Número de horas que trabaja a la semana horas

Porcentaje de su jornada que pasa en interacción con los pacientes __

Más del 80% Entre 60%-40% Entre 40%-20% Menos del 20%

A continuación, encontrará una serie de cuestiones con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1 = totalmente en desacuerdo

2 = en desacuerdo

3 = de acuerdo

4 = totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en ese momento.

1 2 3 4 5

Creo que tengo demasiadas tareas que realizar a la vez

Creo que la planificación que me dan sobre el trabajo es clara

Siento una sobrecarga en mi trabajo debido a la escasez de personal

Me duele que los pacientes no reciban visitas de sus familiares

Me afecta ver como un familiar del paciente sufre por éste

La información de cómo llevar a cabo mi trabajo, por parte de mis superiores, es poco clara

Tengo trabajo en exceso debido a la dificultad de mis pacientes

Las órdenes que se me dan son vagas y ambiguas

Las órdenes que me dan mis superiores son poco sistemáticas

Me afecta ver morir a un paciente con el que he pasado el proceso de la enfermedad

Los médicos no te dan apoyo de verdad, temen que les quites el protagonismo

Los médicos se dirigen a mí en tono autoritario

Tengo que atender a demasiados pacientes

Los médicos nos echan las culpas de sus propios errores

Me afecta bastante la muerte de un paciente joven

Los familiares de los pacientes nos culpan de lo que pasa

Nadie me considera, me siento como “un/a criado/a para todo”

Creo que me voy alejando emocionalmente de mis pacientes

Cuando los pacientes no mejoran intento hacer mi trabajo lo más rápido posible e intento evitar el contacto con ellos

En mi trabajo muchas veces me siento agotado/a física y mentalmente

Intento despersonalizar al máximo el trato con los familiares de los pacientes, y si puedo evito el contacto

Respecto a mis pacientes, no me implico en sus problemas; es como si no existieran

Me siento quemado/a con mi trabajo

Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta

Siento que mi trabajo no sirve para nada

Siento que mi autoestima está por los suelos

Me siento quemado/a después de un día de trabajo

Me siento inútil

Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él

Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos

Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana a través de lo que estoy haciendo hoy

Aunque me esfuerce no consigo nada

Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo

Aun cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva

No me esfuerzo en mi trabajo, ya que, de cualquier forma, el resultado es el mismo

En la medida que puedo trato de tener nuevas experiencias en mi trabajo cotidiano

En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos

La mayoría de las veces no merece la pena que me esfuerce ya que haga lo que haga las cosas nunca me salen

Aunque hagas un buen trabajo jamás alcanzarás las metas

Dentro de lo posible busco situaciones nuevas y diferentes en mi ambiente de trabajo

Ante una situación conflictiva me mantengo firme y peleo por lo que quiero

Manifiesto mi enfado a las personas responsables del problema

Si un problema me atañe personalmente tomo decisiones comprometidas

Cuando tengo problemas suelo buscar a alguien a quien poder contárselos

Dejo los problemas de lado tratando de tomar perspectiva de la situación

Cuando tengo dificultades le cuento a alguien cómo me siento

Cuando estoy en dificultades acepto la simpatía y comprensión de alguna persona

Ante situaciones problemáticas, sigo adelante como si no hubiera pasado nada

Cuando me enfrento a un problema rehúso pensar en él durante mucho tiempo

Algunas veces, tengo ganas de cambiar de profesión

Mi trabajo me vuelve irritable con la familia

Mi trabajo me impone una vida familiar restringida

Algunas veces, he tenido pensamientos de abandono de mi trabajo

He tenido deseos de abandonar la profesión

Mi trabajo hace que tenga que dejar de lado otras actividades

Si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión

Mi profesión está afectando negativamente mis relaciones fuera del trabajo

El trabajo está afectando desfavorablemente a mi salud

He tenido la sensación de no encontrarme bien

He tenido problemas musculares

He padecido frecuentes mareos

Me he sentido poco feliz o deprimido/a

Me noto nervioso/a y a punto de “explotar” constantemente

He tenido ansias de llorar, correr o esconderme

Me siento siempre sobreexcitado/a

Anexo VI

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo VII

Gráfico Q-Q de los residuos estandarizados del modelo de regresión para la calidad del sueño

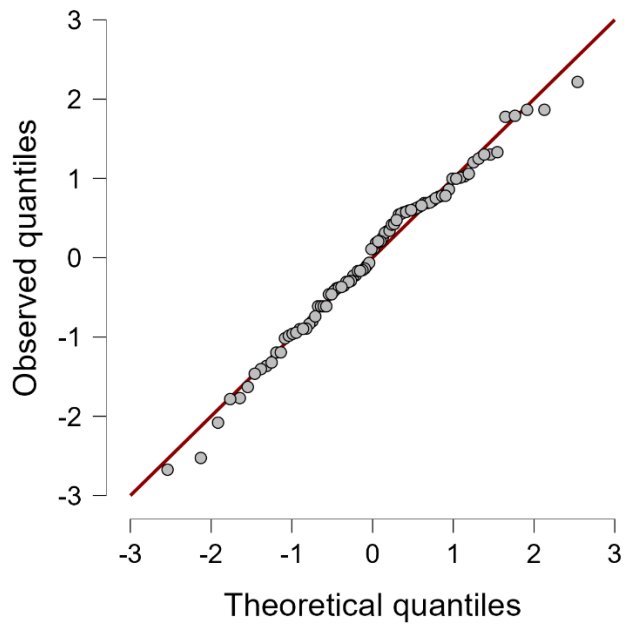
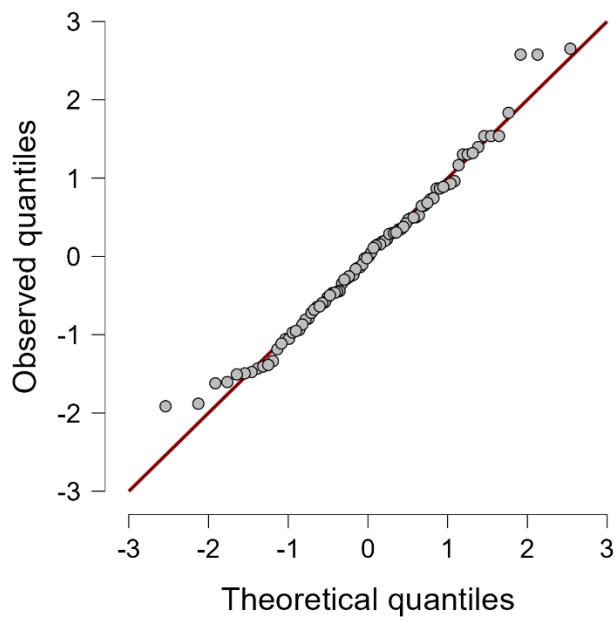


Gráfico Q-Q de los residuos estandarizados del modelo de regresión para el desgaste profesional



Anexo VIII

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: Prevalencia de la Mala Calidad del Sueño y su relación con el Síndrome de Burnout y el Bienestar en Profesionales de la Salud con Turnos Nocturnos/Guardias.

Autor/a: Candela Gálvez Fernández

DNI/Alumno/a: 06591839Q

Nombre del Director/a de TFM: Jennifer Moreno Jiménez

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Resumen/ayuda para comprensión de textos: NotebookLM. La herramienta se utilizó para introducir los artículos preseleccionados, que tenían relación con el objeto de estudio (burnout, calidad de vida, calidad del sueño y profesionales sanitarios), agrupándolos por temas. Se preguntó a cada grupo qué artículos eran más relevantes, teniendo en cuenta el enfoque metodológico y la justificación del estudio propuesto. El proceso se realizó de manera reiterada, modificando las consultas en función del tema de cada bloque, mediante prompts del tipo: *"De estos artículos sobre [temática], ¿qué artículos son más relevantes para justificar un estudio observacional transversal sobre*

[temática]?". La selección final de los artículos la realicé yo, así como la lectura y valoración crítica, de manera independiente.

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Revisión ortográfica/estilo: Claude ia. Utilizada para la corrección gramatical y mejorar el estilo académico, con el objetivo de garantizar la cohesión y coherencia del texto.

Generación de texto (fragmentos): ChatGPT. Se utilizó para la elaboración de este apartado (Anexo 8), con el fin de reconstruir de manera precisa los prompts utilizados en el desarrollo del TFM, para poder documentarlos correctamente según los requisitos de esta declaración.

Otros (especificar): ChatGPT. Se utilizó como apoyo para el análisis estadístico con JASP, sobre todo en procedimientos que no había realizado antes, como el análisis de mediación. A través de comandos como los siguientes, se solicitó a la herramienta instrucciones sobre cómo realizar y ubicar estos análisis en el programa, además de qué configuraciones hacer en cada caso: *"Tengo que hacer un análisis de mediación en JASP con una base de datos cuantitativa, ¿dónde lo encuentro y qué tengo que seleccionar?"*. También se utilizó ChatGPT para entender el sentido de ciertos estadísticos (como el coeficiente no estandarizado, el error estándar, el estadístico de contraste, entre otros) con la finalidad de interpretar apropiadamente los resultados y redactar correctamente el apartado.

-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

Respecto al empleo de NotebookLM para la selección de la bibliografía, se realizó una lectura completa de todos los artículos sugeridos, lo que permitió valorar directamente su relevancia con respecto a los propósitos del trabajo. En lo que respecta a la utilización de ChatGPT para el análisis estadístico con JASP y para la revisión del estilo y ortografía, se realizó la verificación a través de un seguimiento constante con la tutora del TFM, quien examinó cada sección y ofreció comentarios y correcciones sobre ella.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Fecha: 13/05/2026