

# Prevalencia del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Estudiante:** Laura Elizabeth Gilberg

**Legajo:** 15378

**Director/es:** Dr. Diego Argentino

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

2025

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons **atribución – no comercial 4-0 internacional** que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de **Licencia**.

### **Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO:**

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [ X ]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: 04/09/2025

Firma y aclaración del autor:



## Índice

Resumen .....	4
Introducción.....	5
Delimitación del Objeto de Estudio.....	5
Planteo del problema o Justificación .....	6
Objetivos .....	7
Objetivo general .....	7
Objetivos específicos .....	7
Hipótesis de Investigación.....	7
Hipótesis General.....	7
Hipótesis Derivadas .....	7
Estado del arte .....	8
Marco teórico.....	14
Salud pública en Argentina.....	14
Síndrome de Burnout .....	15
Modelos explicativos del Burnout .....	25
Factores de riesgo .....	28
Consecuencias del Burnout.....	32
Estrategias de Prevención y Tratamiento .....	35
Método .....	37
Definición operacional de la/s variable/s de estudio .....	37
Diseño de Estudio .....	39
Participantes-Muestra .....	39

Instrumentos .....	39
Procedimiento .....	41
Utilización del consentimiento informado.....	41
Resultados .....	43
Discusión.....	57
Conclusión.....	61
Aportes y Contribuciones de la Investigación .....	61
Limitaciones de la Investigación .....	61
Líneas de Investigación Futuras.....	62
Propuestas de Intervención.....	62
Referencias .....	64
Anexos .....	74

# **Prevalencia del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud de una Institución Pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

## **Resumen**

El Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico que se compone de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, el cual afecta especialmente a las personas que trabajan en espacios de alta demanda emocional y exigencia organizacional. Este es el caso de los profesionales de la salud que desempeñan su rol a través de largas jornadas laborales, están en constante exposición con la salud, la enfermedad e incluso la muerte. El objetivo principal de la presente investigación fue determinar los niveles del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud que desempeñan su labor en una Institución Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El estudio que se llevó a cabo es de diseño cuantitativo, de enfoque no experimental, transversal, la muestra está constituida por 47 participantes que trabajan en dicha institución. Los resultados obtenidos evidencian una prevalencia de Burnout en un 21%. Con respecto a las tres escalas, se verificaron altos niveles de agotamiento emocional, niveles intermedios en despersonalización y baja realización personal.

*Palabras claves:* Síndrome de Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, profesionales de la salud.

## Introducción

### Delimitación del Objeto de Estudio

La presente investigación se propuso analizar la presencia de niveles del Síndrome de Burnout en los trabajadores que desempeñan su labor en una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gil Monte (2003) define al síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral crónico, que se caracteriza por la tendencia de los profesionales a evaluar de manera negativa su habilidad para realizar su trabajo y de relacionarse con las personas que atienden, sensación de agotamiento a nivel emocional, desarrollo de sentimientos negativos, y conductas y actitudes cínicas hacia las personas que están destinadas a recibir sus servicios, a las cuales se ve de forma deshumanizada, causada por el endurecimiento afectivo del profesional.

Como se menciona en Austria Corrales et. al (2011) la prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud es variable en función del área de trabajo (críticas y no críticas) y la profesión que se desempeña (médico, médico residente, enfermería, etc.). Las altas prevalencias pueden formar parte de un problema de salud, ya que los signos y síntomas afectan las relaciones laborales, personales y asistenciales.

Siguiendo a Aguagüña y Villaroel (2020) hacen hincapié que un profesional de la salud que ha desarrollado Síndrome de Burnout comienza con agotamiento que se traduce en debilidad física, dificultades para dormir, labilidad emocional y depresión, generando ausentismos, rotación laboral y reducción del rendimiento, afectando notablemente la calidad de atención brindada por el profesional.

En el presente trabajo de investigación se analiza la existencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud que ejercen su labor en una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para llevar a cabo dicha investigación se conformó una muestra integrada por 47 profesionales de la salud de sexo femenino y masculino entre

27 y 63 años. Se les administró el instrumento de evaluación por excelencia a nivel internacional, el Maslach Burnout Inventory (MBI) compuesto por tres subescalas: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP)

### **Planteo del problema o Justificación**

Pera y Serra-Prat (2002) mencionan que el burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional que aparece en determinados profesionales, entre ellos los profesionales de la salud, que requieren mantener una relación de ayuda directa y constante con otros individuos. Es por esto que el síndrome de burnout es motivo de preocupación por las consecuencias personales que conllevan, sean conductuales, emocionales o psicosomáticas, sociales y familiares, como también en el ámbito organizacional o laboral.

Pérez Jáuregui (2005) habla del estrés laboral como el fenómeno que se manifiesta a nivel individual, grupal y organizacional. Es una respuesta física y emocional negativa, displacentera, que sucede cuando los requerimientos del trabajo no concuerdan con los recursos, capacidades o necesidades del trabajador. Es un trastorno de adaptación que se da entre el trabajador y la situación estresora.

Siguiendo a Gil Monte (2001) menciona que el estrés en los profesionales de salud se origina por la combinación de variables físicas, sociales y psicológicas. En este tipo de trabajo inciden estresores como la escasez de personal llevando a la sobrecarga laboral, pacientes problemáticos, el contacto directo con el dolor, la enfermedad y la muerte, falta de especificidad en cuanto a tareas y funciones, los rápidos cambios tecnológicos, entre otros.

Los constantes cambios y factores estresantes que enfrentan los profesionales de la salud pueden favorecer la aparición o la prevalencia del Síndrome de Burnout. Por los motivos mencionados anteriormente cabe cuestionar: ¿Cuáles son los niveles de síndrome de Burnout en los profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar los niveles del Síndrome de Burnout y características sociodemográficas de los trabajadores de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

### **Objetivos específicos**

Evaluar la prevalencia de cada una de las variables del síndrome de Burnout: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en los trabajadores de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Determinar las características sociodemográficas de la muestra, como distribución por género, edad, antigüedad, carga laboral y especialidad

## **Hipótesis de Investigación**

### **Hipótesis General**

El nivel del Síndrome de Burnout afecta al menos, al 20% de los trabajadores de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

### **Hipótesis Derivadas**

Los trabajadores de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentan niveles altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización y niveles bajos de Realización Personal

## Estado del arte

Vinueza Veloz et al. (2020) investigaron con el objetivo de determinar la ocurrencia e intensidad del síndrome de burnout en médicos y enfermeros pertenecientes a establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), junto a otros establecimientos de salud que pertenecen a la red integral de salud ecuatoriana. Llevaron adelante un estudio observacional de corte transversal, cuya muestra se conformó por 224 participantes de los cuales 151 fueron médicos (67,41%) y 73 enfermeros (32,59%), a los cuales se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI). Los resultados fueron los siguientes: en el total de los profesionales se presentó agotamiento emocional leve en un 58,84%, moderado 53,94% y severo 87,23%, despersonalización leve del 61,78% moderada 63,34% y severa 74,09%, por último, realización personal baja en un 92,84%, moderada 66,77% y alta en un 40,46%. Al sumar los valores totales de los niveles moderado y severo, se obtuvo que el personal médico y el personal de enfermería presentan burnout en un 95,36% y 95,89%, respectivamente.

En el siguiente año, Quiroz Ascencio et al. (2021) realizaron un trabajo de investigación para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante la pandemia por COVID-19 de varios centros de trabajo pertenecientes a la secretaría de Salud Jalisco, que se encuentra dentro de la ciudad de Guadalajara, México. La muestra estuvo conformada por un total de 168 participantes, 124 (73,8%) fueron mujeres y 44 hombres (26,2%). Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, con una muestra no probabilística, y como técnica de recolección de datos utilizaron el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Los resultados obtenidos arrojaron las siguientes cifras: en la dimensión Agotamiento Emocional el 54% no presentó agotamiento, un 15% fue leve o moderado y un 31% severo, la subescala de Despersonalización un 54% no la presentaron, el 23% de leve a moderado y un 23% severo. Por último, en cuanto a la subescala Realización Personal el grado fue alto en un 54%, 26% de leve a moderado y el 20% bajo. Teniendo en cuenta estos resultados, se

concluyó que la prevalencia del Síndrome de Burnout en un 2% no presenta afectación, el 57% afectación leve a moderado y un 41% afectación grave

A su vez, Elghazally et al. (2021) llevaron adelante una investigación para identificar los niveles del síndrome de burnout en profesionales de la salud de Assiut University durante la pandemia en Assiut, Egipto. Participaron 201 médicos en total a quienes se les aplicó el MBI. En el análisis de las dimensiones los resultados fueron los siguientes: agotamiento emocional bajo con 32,3%, medio 32,3% y alto en un 35,5%, despersonalización baja en 10,9%, media del 18,4% y alta en un 70,6% realización personal baja con un 26,5%, media del 13,4% y alta en un 60,2%. A su vez el 6% presentó síndrome de burnout, dando las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización puntajes elevados y realización personal con bajos puntajes.

Otro estudio realizado por Vergara Robalino y Moreno Rueda (2021) fue determinar la incidencia del síndrome de burnout en el Hospital General Riobamba (IESS), Ecuador. La investigación fue de diseño no experimental, transversal y descriptivo, donde utilizaron una muestra de 33 médicos elegidos al azar a los cuales se les aplicó el MBI. Los resultados arrojaron que los niveles de burnout son un 66,7% medio que es el equivalente a 22 médicos y un 18,2% alto con un equivalente de 6 médicos. Desglosando las tres subescalas se determinó que el agotamiento emocional el valor bajo fue de un 33,3% (11 médicos), medio fue del 48,5% (16 médicos) y alto en un 18,2% (6 médicos). La escala despersonalización fue baja en un 45,5% (15), media del 48,5% (16) y alta en 6,1% (2), por último, realización personal baja en un 15,2% (5), media en 42,4% (14) y alta en un 42,4% (14).

Por otra parte, Valencia Gonzalez et al. (2021) buscaron estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud que atiende a pacientes con COVID-19 en una unidad de cuidados intermedios en un hospital público en la ciudad de Quito, Ecuador. Llevaron adelante una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, de diseño no

experimental y de corte transversal, utilizando como único instrumento de evaluación el inventario MBI. La muestra estuvo conformada por un total de 40 participantes, en la cual el 62,5% eran mujeres y un 37,5% hombres. Los resultados arrojaron que la prevalencia del síndrome de Burnout es sus distintas dimensiones es alta, dado que en manera general se encontraban indicios en una o dos dimensiones, aunque ninguno de los participantes tuvo indicios en las tres escalas: el 37,50% (15) no presentó indicios de Burnout, el 32,50% (13) tuvo indicios en una dimensión y el 30% presentó al menos dos dimensiones (12), siendo la subescala Despersonalización la de mayor prevalencia con un 57,5%.

García Molina et al. (2022) llevaron adelante una investigación a partir de una muestra de profesionales de medicina y enfermería de dos centros de salud de Alicante, España (Elda y Alicante-San Juan). Se hizo un estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico, la muestra estuvo compuesta por 125 participantes, siendo un 71,2% mujeres y 28,8% hombres. Utilizaron como técnica de recolección de datos el MBI, con el objetivo de evaluar la prevalencia del Síndrome de Burnout en dichos profesionales. Los resultados revelaron que en el conjunto de profesionales la dimensión el agotamiento emocional fue baja-moderada en un 43,2% y alta en un 56,8%, despersonalización baja-moderada en un 60% y elevada en un 39,2%, por último, realización personal moderada-alta con un 64% y baja en el 36%. Se observó la afectación de dos o más subescalas (burnout moderado-grave) en medicina de manera significativa estadísticamente, y la afectación de las tres subescalas (burnout grave) fue mayor en el grupo de medicina, aunque no de manera significativa.

A su vez Rosales Saade et al. (2023) buscaron determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos, personal de enfermería y médicos residentes durante la pandemia en un hospital de alta especialidad en el estado de Veracruz, México. El estudio que llevaron a cabo fue cuantitativo, transversal y analítico, la muestra se conformó por 93 enfermeros, 60 médicos y 72 médicos residentes, a los cuales se les aplicó el MBI. Se observó una prevalencia global del síndrome de burnout en un 58,70%, más

específicamente 46,20% de los enfermeros, 55% de los médicos y el 77,80% de los médicos residentes. En cuanto al análisis de las tres dimensiones y sumando las tres poblaciones los resultados fueron los siguientes: agotamiento emocional bajo en un 32%, medio en un 28% y alto con 39%, despersonalización baja con un 51%, media 26% y alta con 32%. Por último, realización personal baja fue del 38%, media 22% y 45% alta. Un dato llamativo fue que los residentes presentaron los mayores porcentajes en agotamiento emocional y despersonalización con 52,80% y 51,40% respectivamente, así también como realización personal baja con un 52,80%.

Mieles Andrades et al. (2024) buscaron diseñar un programa de prevención del síndrome de burnout en el personal de salud y vigilancia epidemiológica en el Municipio de Guayaquil, Ecuador. Para esto llevaron adelante una investigación de diseño no experimental, de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, evaluando a 100 profesionales de la salud y vigilancia epidemiológica a los cuales se les aplicó el MBI, la población estuvo compuesta por un 55% de hombres y un 45% de mujeres. Los resultados evidenciaron que el 60% de los trabajadores presentaron riesgo de síndrome de burnout de medio en un 33% y alto en un 27%. Al analizar las tres subescalas los valores fueron los siguientes: agotamiento emocional bajo en un 28%, medio 39% y alto 33%, despersonalización baja con 38%, medio 35% y alto 27%, y realización personal baja en un 41%, media del 33% y alta en un 26%.

Siguiendo a Rodríguez Guerra et al. (2024) realizaron una investigación con diseño epidemiológico, de tipo observacional, transversal, prospectiva, y analítica, cuyo objetivo fue relacionar la sobrecarga laboral con el síndrome de burnout. Participaron 35 miembros del personal médico de SIMIATUG que pertenece al cantón Guaranda, provincia de Bolívar en Ecuador, a los cuales se les aplicó el MBI. Al analizar las tres escalas los resultados fueron los siguientes: agotamiento emocional bajo con un 26%, medio en un 29% y alto en un 46%, despersonalización baja con 29%, media con 11% y alta en un 60%, por último, realización

personal baja en un 71%, medio en un 11% y alta del 17%. A su vez, estos resultados fueron más elevados en el personal médico y enfermeros del sexo masculino.

Los autores Prado Núñez y Vásquez Colina (2024) buscaron evaluar el síndrome de burnout en los médicos serumistas de Ayacucho, Perú en el contexto de la pandemia por COVID-19. Los médicos serumistas son profesionales de la salud que participan en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), un programa que brinda atención primaria a comunidades vulnerables. El estudio fue de tipo observacional, transversal, la muestra estuvo conformada por 70 participantes de los cuales 37 fueron del sexo masculino (52,86%) y 33 del sexo femenino (47,14%) y utilizando como técnica de recolección de datos el MBI. Los resultados obtenidos en este estudio revelaron que la prevalencia del síndrome de burnout fue del 45,71% (32 participantes). En cuanto a las tres dimensiones la prevalencia fue del 61,43% (43 participantes) para agotamiento emocional, 71,43% (50 participantes) para despersonalización y realización personal baja en un 41,43% (29 participantes), a su vez el 50% de la población expresó uno de las tres subescalas del síndrome de burnout, donde la despersonalización fue la más prevalente con un 71%.

Iturralde Altamirano (2025) llevó adelante un estudio de investigación para determinar los factores demográficos y laborales asociados al Síndrome de Burnout que inciden en el personal de salud del Distrito 15D02 Quijos-Chaco-Ecuador. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de alcance exploratorio, descriptivo y correlacional, aplicando como técnica el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y la adaptación del cuestionario Condiciones de Trabajo y Salud en Latinoamérica. Dentro de los resultados obtenidos se destaca que la jornada laboral y las horas de trabajo fueron factores cruciales, dado que los participantes que tenían jornadas rotativas o trabajaban más de 40 horas semanales mostraron mayor prevalencia de burnout, resaltando la importancia de la carga laboral en la salud mental.

El Ministerio de Salud de la Nación (2023), según los datos proporcionados por el Observatorio de Género en Salud el 65% de los egresados de medicina en el año 2019 han sido mujeres. Se muestra una creciente feminización de los profesionales que integran el sector de la salud, tomando en cuenta profesiones que van más allá de las que, a lo largo de la historia, se relacionaban con el cuidado o con lo femenino, alcanzando a las profesiones sanitarias en su totalidad.

Caldichoury-Obando et al. (2024) llevaron adelante un estudio transversal multicéntrico con el objetivo de estimar la prevalencia del burnout en proveedores del área de salud en Latinoamérica (Argentina, Chile, Perú, Bolivia, Ecuador y Colombia). Como técnica de recolección de datos utilizaron el Mini Z, una escala de 10 ítems con valores clínicos equiparables con el Maslach Burnout Inventory (MBI). Es un cuestionario que fue desarrollado para analizar el ambiente laboral e identificar burnout en proveedores sanitarios. Dentro de todos los resultados obtenidos, se destaca que las mujeres son el grupo de mayor vulnerabilidad, las cargas familiares, las responsabilidades y sobrecarga laborales podrían explicar el mayor riesgo de presentar trastornos mentales.

Por último, Aldossari y Chaudhry (2021) refieren que las mujeres continúan asumiendo la mayor parte de las tareas domésticas y cuidado de los hijos, a pesar del crecimiento de la participación femenina en el ámbito laboral. Las expectativas de género de la sociedad que consideran las responsabilidades domésticas como una tarea principal o exclusiva del género femenino, fomentando presiones en las mujeres trabajadoras para poder equilibrar sus compromisos familiares y laborales.

## **Marco teórico**

### **Salud pública en Argentina**

La Organización Panamericana de la Salud (2001) describe en su informe de 1998 que la República Argentina es un estado democrático con un gobierno federal, en donde las Provincias conservan todo el poder no delegado al Gobierno Central. La Ley Suprema es la Constitución Nacional, donde las legislaciones provinciales y nacionales están sujetas a su disposición. El sistema de salud tiene tres sectores: público, privado y el de la seguridad social (los últimos se conectan fuertemente entre sí por el sistema indirecto de la contratación de servicios).

Varco et al. (2022) mencionan que el sistema de salud argentino se rige bajo el principio de universalidad, donde toda persona que habita su suelo posee el derecho de acceder a las prestaciones brindadas por el sector público. Aspiazu (2010) agrega que la función del subsector de la salud pública es proveer servicios de salud gratuitos a toda la población mediante una red de hospitales públicos y centros de salud, los cuales son financiados y gerenciados desde los ministerios de salud nacional, provinciales o municipales.

Siguiendo a Belló y Becerril-Montekio (2011) explican los diferentes sectores que integran el sistema de salud en Argentina, los cuales son el público, seguro social y privado. El sector público está compuesto por los ministerios provinciales y nacionales, junto a la red de hospitales y centros de salud públicos que ofrecen atención gratuita a toda persona que lo demande, sobre todo a quienes no poseen seguridad social y sin capacidades de pago. Dicho sector se financia con recursos fiscales y ocasionalmente recibe pagos del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. Por otra parte, el sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales, que prestan y aseguran servicios a los trabajadores y sus familias. Asimismo, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados ofrece cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y

sus familiares. Cada provincia cuenta, además, con una obra social destinada a los empleados públicos. Dichas entidades suelen contratar prestadores privados y su financiamiento proviene de los aportes de los empleadores y trabajadores. Finalmente, el sector privado está integrado por profesionales independientes e instituciones que ofrecen atención a particulares, a los afiliados de obras sociales y aseguradoras de compañía privada. Dentro de estos sectores se encuentran las empresas de Medicina Prepaga, que constituyen seguros voluntarios que se sostienen mediante pago por individuos, empresas o contratos con obras sociales, cuyos servicios se prestan en consultorios e instalaciones privadas.

En una conferencia, Aspiazu et al. (2011) explica que las relaciones laborales en el ámbito de la salud pública el Estado cumple la doble función de empleador y mediador en las relaciones laborales, si a esto se le suma la descentralización del sistema de salud lleva a la obstaculización de la negociación colectiva y resolución de conflictos. El subsector público cuenta con la financiación y provisión públicas, que se integra principalmente por las estructuras administrativas nacionales y provinciales, las cuales son responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones, junto a la red de hospitales públicos. Pero en la década de 1990, un proceso de descentralización desplazó la dependencia de los hospitales públicos nacionales al nivel municipal y provincial.

A su vez, en un estudio comparativo realizado por la Organización Panamericana de la Salud (2012) señala que en los últimos años las problemáticas de las condiciones laborales y la salud de los profesionales de la salud han sido fuente de preocupación. No sólo por la falta de información sistemática y permanente en relación a la salud de los profesionales de la salud, sino también la escasez de estudios, siendo evidente la falta de información en el sector público sobre el privado.

### **Síndrome de Burnout**

Salanova (2009) define a la salud ocupacional como un estado de completo bienestar físico,

social y mental en relación al contexto de trabajo, y que no es la ausencia de dolencia o enfermedad de origen laboral. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida en el ámbito laboral, proteger y promover la salud, bienestar y seguridad de los trabajadores.

Gutiérrez Aceves et al. (2006) describen que el término estrés originalmente fue utilizado en el campo de la ingeniería para describir un elemento que ejerce esfuerzo físico sobre una estructura. Desde los sistemas biológicos generalmente se define como una condición que perturba seriamente la homeostasis fisiológica y/o psicológica. En 1936 Hans Selye fue el primero en demostrar de manera empírica las consecuencias fisiológicas profundas del estrés. En décadas posteriores investigaciones en neurociencias demostraron que experiencias estresantes pueden tener un efecto negativo en algunas de las funciones cerebrales. Se ha reconocido al estrés como un mecanismo adaptativo para responder de manera efectiva en tiempo real ante una amenaza que pone en riesgo la vida.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2022) define a la salud mental como el estado de bienestar mental que permite a los individuos enfrentar los momentos de estrés de la vida, desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar de manera adecuada, y aportar a la mejora de su comunidad. Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, el trabajo es un determinante social de la salud mental, la prolongada exposición a deficientes condiciones puede favorecer su deterioro en los trabajadores. Algunas de estas condiciones, denominadas como riesgos psicosociales para la salud mental en el trabajo, están relacionadas con:

- Los horarios, ya sean largas jornadas laborales o turnos nocturnos
- La carga laboral, siendo los niveles altos de presión del tiempo
- El contenido del trabajo, como la alta incertidumbre o falta de variedad
- El control, teniendo una baja participación en la toma de decisiones
- La cultura organizacional, como la falta de apoyo para la resolución de problemas y desarrollo profesional, junto a la comunicación ineficiente

- El entorno laboral en cuanto a malas condiciones ambientales
- Las relaciones interpersonales, en cuanto a conflictos o aislamiento
- El desarrollo profesional, generando incertidumbres, estancamientos y falta de promoción
- Roles ambiguos dentro de la organización
- Interacción entre el trabajo y el hogar, siendo el conflicto entre las demandas familiares y laborales

A su vez, la Organización Panamericana de la Salud (2001) estima que en América Latina sólo entre el 1% y el 5% de las enfermedades profesionales se notifican, dado que en general se tienen en cuenta los casos que causan incapacidad sujeta a indemnización.

Borda Pérez et al. (2007) mencionan que el síndrome de burnout es descrito por primera vez en una publicación de Graham Greens "A Burn-out case" en 1961 en Gran Bretaña, relatando la historia de un arquitecto sobrepasado por su vida profesional monótona, por lo cual deja todo atrás para escapar a África en busca de tranquilidad.

Este término es retomado 13 años después por el psiquiatra Herbert J. Freudenberger. Freudenberger (1974) trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, cuando comenzó a observar que luego de un año de trabajo comenzaban a sufrir una pérdida progresiva de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de depresión y ansiedad, así también como desmotivación en el trabajo y agresividad a los pacientes.

Posteriormente Christina Maslach y sus colaboradores han sistematizado el concepto, convirtiéndose en los principales referentes del área. Maslach y Jackson (1981) mencionan que el personal profesional que trabaja en instituciones de servicios humanos se ven obligados a pasar una enorme cantidad de tiempo interaccionando con otras personas. Esta interacción entre personal y cliente está centrada en los problemas del cliente, ya sean físicos, sociales o psicológicos. Muchas veces las soluciones a estos problemas no son fáciles o evidentes de obtener generando frustraciones ante la situación, para el profesional

de ayuda que trabaja de manera continua con personas en tales circunstancias, el estrés crónico puede ser emocionalmente agotador, lo que puede conllevar al riesgo del burnout.

Siguiendo a Maslach y Jackson (1981) El burnout es un síndrome de agotamiento emocional y cinismo que ocurre de manera frecuente entre personas que realizan algún tipo de trabajo con otro individuo. Uno de los aspectos claves del burnout es el incremento de los sentimientos de agotamiento emocional, ya que a medida que se van agotando los recursos emocionales los trabajadores notan que no pueden entregarse psicológicamente. Otro aspecto es el desarrollo de actitudes y sentimientos cínicos, negativos hacia los clientes. El tercer aspecto del síndrome es la tendencia a evaluarse de forma negativa, en especial en relación con el trabajo con los clientes, se sienten infelices consigo mismos e insatisfechos con sus logros laborales.

Martínez Pérez (2010) señala que hay un acuerdo general que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (acumulativo y a largo plazo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional. Existen definiciones de otros autores que vienen a complementar la propuesta por Maslach, la autora suma la definición propuesta por Burke (1987) quien explica el Burnout como un proceso de adaptación del estrés laboral, caracterizado por sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, desgaste, desorientación profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento. A su vez suma lo propuesto por Farber (2000) el cual lo describe como una situación de los trabajos actuales, dado la exigencia de intentar obtener mejores resultados en menor tiempo, con los mínimos recursos posibles. Por último, Martínez Pérez (2010) toma lo propuesto por Schaufeli et al. (1993) buscaron ampliar el concepto de Burnout dado la tendencia de aplicarlo solo a profesiones asistenciales, por lo cual tomaron diferentes definiciones y destacan las siguientes características en común:

- Predominancia de los síntomas conductuales o mentales sobre los físicos, señalando como principal el cansancio emocional

- Los síntomas se manifiestan en individuos que no sufrían ninguna psicopatología previamente
- Es clasificado como un síndrome clínico-laboral
- Es desencadenado por la adaptación inadecuada al trabajo, lo cual conlleva la sensación de baja autoestima y disminución del rendimiento laboral

Ortega Ruiz y López Ríos (2004) refieren que se puede encontrar Burnout con diversas terminologías tales como síndrome de estar quemado en su traducción al español, síndrome de quemazón, desgaste profesional o desgaste psíquico. Sin embargo, es necesario diferenciarlo de otros conceptos que se pueden superponer como el estrés, depresión e insatisfacción laboral. El vínculo entre el estrés y el burnout, Álvarez Gallegos y Fernández Ríos (1991) afirman que la principal diferencia es que el burnout es el resultado del estrés crónico que se experimenta en el ámbito laboral, evidenciando que es una reacción al estrés en el trabajo en función de las características de la ocupación y las demandas. Con respecto a la depresión Guerrero y Vicente (2001, como se citó en Ortega Ruiz y López Ríos 2004), afirman que la depresión agrupa una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en el individuo, entretanto el burnout es específico y temporal al entorno laboral. Finalmente, Gil Monte (1991) refiere que, aunque la insatisfacción laboral y burnout son experiencias psicológicas negativas e internas, el burnout implica cambios de conducta a los individuos que son objeto de la actividad laboral, junto con los cambios en el desarrollo y calidad del trabajo, y disminución de la energía para el trabajo.

Otra distinción relevante se establece con la fatiga por compasión. Hernández García (2017) plantea que el término fatiga por compasión fue usado por primera vez por Carla Joinson en 1992 haciendo referencia al síndrome observado en el personal de enfermería que estaba a cargo del cuidado de los pacientes que enfrentaban una amenaza o alteración en su vida causada por una enfermedad. La fatiga por compasión o estrés por compasión es la respuesta frente al sufrimiento del individuo más que a la situación laboral, generando repercusiones en el ámbito físico, social, emocional y espiritual del profesional.

En cambio, el síndrome de burnout es la patología derivada de la interacción del sujeto con condiciones psicosociales nocivas del ámbito laboral. Aunque ambos síndromes son derivados de la actividad de proporcionar cuidados y ayudar a aquellas personas que presentan una necesidad, el burnout es el resultado del estrés de las interacciones de los profesionales de la salud con su entorno, mientras que la fatiga por compasión es la consecuencia de la relación del profesional de la salud con el paciente.

La Organización Mundial de la Salud (2019) incluyó por primera vez al burnout en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno ocupacional y no como un trastorno mental o enfermedad. Está conceptualizado como el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado con éxito, este síndrome se refiere específicamente a los fenómenos en el ámbito laboral, no se debe aplicar para las experiencias en otras áreas de la vida. Se caracteriza por tres dimensiones:

- Sentimientos de agotamiento o falta de energía
- Sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo, aumento de la distancia mental en relación al trabajo
- Falta de realización y sentimientos de ineficiencia

El síndrome de quemarse por el trabajo como lo menciona Gil Monte (2007) es una respuesta al estrés laboral crónico. Lo define como la experiencia subjetiva negativa de emociones, cogniciones y actitudes negativas hacia las personas con las que se relaciona en el trabajo (especialmente los clientes), hacia el trabajo mismo y el propio rol profesional. En consecuencia, desencadena disfunciones fisiológicas, conductuales y psicológicas que tienen repercusiones perjudiciales para el individuo y la organización. Se desarrolla de manera progresiva dado que las estrategias de afrontamiento no son funcionales y los profesionales no pueden protegerse del estrés laboral que genera la organización y los clientes de la misma. El autor describe los principales síntomas psicológicos en cuatro categorías:

- Síntomas cognitivos: sentirse contrariado, no sentirse valorado en el trabajo, no percibirse capaz de realizar tareas, el pensamiento de no poder abarcar todo, pensar que trabajan mal, falta de control, verlo todo negativamente, sensación de no mejoría, inseguridad, pérdida de autoestima, pensar que no vale la pena el trabajo.
- Síntomas afectivo emocionales: mal humor e irritabilidad, nerviosismo, sentimientos de culpa, agresión, angustia, frustración, agresividad, desgaste emocional.
- Síntomas actitudinales: irresponsabilidad, frialdad con los pacientes, impaciencia, intolerancia, evaluación negativa hacia los compañeros, apatía, quejas, culpar a otros por su situación,
- Otros síntomas: malas contestaciones, confrontaciones o aislamiento, o cansancio físico.

Maslach et al. (2001) a través de diferentes investigaciones conceptualizan el síndrome de burnout laboral como un síndrome psicológico como respuesta ante estresores interpersonales crónicos en el área laboral. Las tres dimensiones que componen esta respuesta son el agotamiento abrumador, el desapego y cinismo respecto al trabajo, junto a la falta de logros y sensación de ineficacia. El agotamiento es la dimensión individual básica del burnout, haciendo referencia a la sensación de estar sobrecargado, privado de los recursos físicos y emocionales propios. El cinismo (o despersonalización) alude a la dimensión de contexto interpersonal de burnout, siendo la respuesta insensible, negativa o distante hacia los diferentes aspectos del trabajo. Por último, la reducción de eficacia o logro (realización personal) es la dimensión de autoevaluación del burnout, refiriendo a los sentimientos de incompetencia, falta de productividad y logros en el ámbito laboral. Los autores hacen un análisis más exhaustivo de las tres dimensiones y sus características.

- **Agotamiento emocional:** es la manifestación más evidente y la característica central de este síndrome, aunque es un criterio necesario para el burnout, no es suficiente. Si bien refleja el estrés vivenciado por el burnout, no capta los aspectos críticos de la relación individuo-trabajo. El agotamiento lleva a generar acciones para

el distanciamiento emocional y cognitivo del trabajo como mecanismo para afrontar la sobrecarga laboral. En el trabajo de los servicios humanos, la demanda emocional en el ámbito laboral desgasta la capacidad de quien provee el servicio de involucrarse y responder a las necesidades del beneficiario.

- **Despersonalización:** es el intento de poner distancia entre el individuo y los receptores de los servicios, dejando de lado las capacidades personales. Las demandas se tornan manejables cuando son percibidas como objetos impersonales del propio trabajo.

Fuera del ámbito laboral de los servicios humanos, las personas responden desde el distanciamiento cognitivo, teniendo una actitud cínica o indiferente cuando se sienten desmotivadas y agotadas. El distanciamiento es una reacción inmediata al agotamiento, por lo cual las investigaciones del burnout existen una fuerte relación entre agotamiento y despersonalización (o cinismo).

- **Ineficacia (reducción de la realización personal):** la relación de esta dimensión con los otros dos aspectos es más compleja. En algunos casos se puede interpretar, en cierta medida, como consecuencia del agotamiento, del cinismo o la combinación de ambas. Un ambiente laboral con demandas crónicas y abrumadoras que contribuyen al agotamiento o al cinismo, es probable que merme la sensación de ineficacia. El agotamiento y la despersonalización se interpone con la efectividad, dado que no se puede experimentar una sensación de logro cuando se está agotado o cuando al ayudar a otro se siente indiferente. En otros contextos laborales, la ineficacia parece que se desarrolla en paralelo al agotamiento y cinismo, más que de forma secuencial. La falta de eficacia parece provenir de la ausencia de recursos relevantes, mientras que las otras dimensiones aparecen ante la presencia de sobrecarga laboral y conflicto social.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo (2025) hace referencia que hay que diferenciar el concepto de estrés y burnout, para lo cual resaltan las siguientes diferencias (Tabla 1)

**Tabla 1**

*Diferencias entre estrés y burnout*

Estrés	Burnout
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
Principalmente daño fisiológico	Principalmente daño emocional
Falta de energía física o agotamiento	Agotamiento que afecta la energía psíquica y motivación
Depresión percibida como la reacción a preservar la energía física	Depresión en cuanto a pérdida de ideales de referencia - tristeza
Puede haber efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés)	Solamente efectos negativos

Fuente: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2025)

Por otra parte, Moreno-Jiménez et al. (2001) explican que las diferentes investigaciones no han resuelto la ambigüedad para diferenciar una consecuencia de burnout o un síntoma del mismo, dado que la línea entre síntomas y consecuencias puede resultar arbitraria y confusa. Por este motivo los autores realizaron un esquema representativo de las desventajas asociadas al síndrome de la siguiente manera (Tabla 2)

**Tabla 2***Síntomas del Burnout*

Síntomas descriptivos del Burnout			
Emocionales	Cognitivos	Conductuales	Emocionales
Depresión, apatía, irritación, desesperanza, pesimismo, falta de tolerancia, hostilidad, desilusión, supresión de sentimientos	Criticismo generalizado, pérdida de valores, desorientación cognitiva, cinismo, distracción, pérdida de significado, desaparición de expectativas, pérdida de la creatividad	Evitación en la toma de decisiones, aumento del consumo de sustancias (café, alcohol, tabaco y drogas), desorganización, absentismo, sobreimplicación, evitación de responsabilidades	Evitación profesional, malhumor familiar, evitación de contactos y profesional, conflictos interpersonales

Fuente: Moreno-Jiménez et al. (2001)

Siguiendo a Moreno-Jiménez et al. (2001) refieren que los diferentes estudios han puesto el énfasis en los factores emocionales, donde los síntomas afectivos que se relacionan con la indefensión, depresión, la pérdida de autoestima y el sentimiento de fracaso son los más referidos, así también como los sentimientos de irritabilidad, agresividad y disgusto. Aunque se estudian parcialmente, los síntomas cognitivos cobran una gran importancia en el burnout, ya que la pérdida de las expectativas laborales iniciales marca significativamente el comienzo del proceso, generando una especie de depresión cognitiva por la incapacidad de solucionar problemas laborales, así también como dificultades de concentración o en la toma de decisiones. Desde el aspecto conductual, la despersonalización puede presentarse de diversas formas y tener diferentes niveles,

aunque se destaca la pérdida de la conducta proactiva del profesional, perdiendo las capacidades de planificar, proyectar y planteo de metas, sobre todo laborales. Por último, desde el aspecto social se hace hincapié en el profesional como alguien que se aísla y encerrarse en sus sentimientos de fracaso, este sentimiento que en algunas situaciones acompaña al burnout puede llevar a evitar la interacción social.

### **Modelos explicativos del Burnout**

**Modelo demanda/control-apoyo social:** Propuesto por Karasek (1979), este modelo describe que el estrés (*job strain*) es el resultado de la relación entre las elevadas demandas psicológicas y la limitada libertad en la toma de decisiones, o dicho de otra forma, el bajo control. El nivel en las demandas laborales es derivado del nivel productivo de la empresa, y el nivel del control depende del organigrama (sistema de responsabilidades, estructura de autoridad, etc). La elevada demanda se puede dar por la rapidez del trabajo y el ritmo, por órdenes contradictorias, la cantidad de trabajo, la cantidad de interrupciones, la necesidad de concentración, y la dependencia del ritmo de los otros. Por otro lado, el control hace referencia al conjunto de recursos que dispone el trabajador para enfrentar las demandas. Tiene que ver con sus habilidades y nivel de formación, así también como su nivel de autonomía y participación en la toma de decisiones sobre los aspectos que influyen en su trabajo.

Por otra parte, Vega Martínez (2001) agrega que este modelo predice el riesgo de enfermedad relacionado con el estrés, por un lado, y la relación con comportamiento activo/pasivo, por el otro. Estos mecanismos psicológicos, aprendizaje y tensión psicológica son independientes, lo que constituye la estructura bidimensional de este modelo. La característica principal en un ambiente laboral estresante es que plantea simultáneamente exigencias y limita la capacidad de respuesta del trabajador. Un ambiente estresante en el trabajo genera el desequilibrio entre demandas y respuestas que conllevan al estrés. Los niveles de demanda son los que determinan si el escaso control lleva a la tensión

psicológica o pasividad, y los niveles de control determinan si las exigencias llevan a la tensión psicológica o al aprendizaje activo.

Posteriormente, Johnson y Hall (1994) añaden una tercera dimensión a este modelo, el apoyo social, siendo moderador y amortiguador del efecto del estrés en la salud. A su vez, Vieco Gómez y Abello Llanos (2014) agregan que a mayores exigencias o demandas (emocionales, cognitivas, cuantitativas y cualitativas) y baja posibilidad de control sobre el trabajo (autonomía en tomar decisiones en el trabajo), existen mayores probabilidades de enfermar por consecuencia del estrés psicosocial o de la tensión psicológica.

**Modelo de desbalance esfuerzo-recompensa:** Este modelo propuesto por Siegrist (2008) se basa en la noción de reciprocidad social. En esta reciprocidad se encuentra el núcleo del contrato laboral que define las tareas a realizar u obligaciones específicas a cambio de recompensas adecuadas, en las que se incluyen estima, dinero y oportunidades de desarrollo profesional. La reciprocidad contractual funciona mediante las normas de expectativa de retorno, donde los esfuerzos realizados por los trabajadores se reciprocán con recompensas equitativas por parte de los empleadores. Este modelo afirma que la falta de reciprocidad se da bajo condiciones específicas, esta falta en términos de baja ganancia y alto costo genera emociones negativas intensas, activando al sistema neuroendocrino y sistema nervioso autónomo, lo que provoca consecuencias a largo plazo en la salud.

La reciprocidad contractual ocurre cuando se cumplen una o varias de las siguientes condiciones:

- Dependencia: son las restricciones estructurales en ciertos contratos laborales (trabajadores con contratos temporales, trabajadores semi o no calificados, personas con movilidad reducida o mayor edad). Los incentivos para que los empresarios brinden recompensas inequitativas son altos, en tanto el riesgo de rechazar un contrato injusto es bajo, ya que los empleados carecen de alternativas.

- Elección estratégica: es la segunda condición, hace referencia al intercambio no recíproco. Los trabajadores aceptan condiciones de alto costo y baja ganancia por un tiempo determinado sin estar obligados, ya que esperan mejorar la posibilidad de ascender profesionalmente y obtener las recompensas relacionadas en la etapa posterior.
- Sobrecompromiso: hay razones psicológicas que explican un recurrente desajuste entre los esfuerzos y recompensas en el ámbito laboral. Aquellas personas con un patrón motivacional de sobrecompromiso laboral suelen esforzarse de manera constante buscando obtener altos niveles de logro. Estos excesivos esfuerzos no suelen recompensarse de manera adecuada, sin embargo, el individuo sigue manteniendo el mismo nivel de implicación. Esta distorsión perceptual no permite que el trabajador evalúe la relación costo-beneficio, llevándolos a subestimar las demandas reales y sobreestimando sus recursos de afrontamiento, no siendo conscientes que contribuyen al intercambio no recíproco.

Fernández López et al. (2005) aportan que este modelo especifica que las condiciones por las cuales no se mantiene la reciprocidad contractual pueden ser estructurales (extrínsecas) y/o personales (intrínsecas). Las primeras son la falta de movilidad, falta de alternativas en el mercado laboral, contratos de corto tiempo y bajo nivel de habilidades. Las segundas son las características individuales para afrontar la demanda, elecciones estratégicas de los trabajadores y las recompensas laborales.

**Modelo de Conservación de Recursos:** El modelo propuesto por Hobfoll (2001) parte de la premisa de que los individuos buscan obtener, mantener, proteger y desarrollar los elementos que consideran valiosos para su bienestar y funcionamiento psíquico. Estos elementos son denominados recursos que se dividen en bienes materiales (vivienda, transporte), condiciones (relaciones familiares, empleo estable), características personales (autoestima, sentido de control, resiliencia), y energías (dinero, tiempo, conocimiento), entre otros ejemplos. La amenaza de pérdida o pérdida de dichos recursos genera un elevado

estrés psicológico, el cual surge principalmente en tres situaciones: los recursos están amenazados, los recursos se han perdido o no se obtiene suficientes ganancias luego de haber realizado una gran inversión de recursos.

El autor identifica dos principios esenciales que explican cómo las personas reaccionan ante la amenaza o pérdida de recursos:

- La primacía de la pérdida de recursos: ante cantidades iguales de ganancia y pérdida, ésta última tendrá un impacto significativamente mayor. En el contexto de la pérdida de recursos, la ganancia de los mismos adquiere mayor importancia.
- La inversión de recursos: se deben invertir recursos para poder protegerse frente a las pérdidas, recuperarse y obtener nuevas ganancias. Esto implica que quienes tengan mayores reservas de recursos tienen más posibilidades de afrontar exitosamente las demandas del entorno. Por el contrario, aquellos que cuenten con menos recursos son más vulnerables a la pérdida de recursos y menos capaces de obtener ganancias de los mismos.

Por último, este modelo incorpora el concepto de espirales de ganancia y pérdida. La pérdida inicial aumenta las posibilidades de que se produzcan pérdidas adicionales. Por el contrario, aquellos que poseen mayores recursos se benefician con espirales de ganancias, aunque las pérdidas tienen un impacto profundo y más rápido que las ganancias.

### **Factores de riesgo**

Chávez Orozco (2016) menciona que el síndrome de burnout se origina en el ámbito laboral y en las condiciones de trabajo, donde los síntomas suelen ser duraderos y/o intensos, dado que el burnout se define como un proceso continuo que se interioriza en el individuo hasta que aparecen los sentimientos propios del burnout. Entre los factores predisponentes del burnout se encuentran el tipo de profesión, el diseño del puesto laboral,

las relaciones interpersonales, las variables individuales (sexo, edad, experiencias, rasgos de personalidad) y las variables organizativas.

- El tipo de profesión: el burnout afecta a las profesiones cuyas tareas se definen en una continua y estrecha relación con personas, siendo usuarios o clientes, sobre todo si la relación entre ambos es de servicio y/o ayuda, como ocurre con el personal de salud.
- El diseño del puesto laboral: es un factor estresante en cuanto el trabajador no puede actuar sobre ciertos factores negativos con respecto a su rol profesional, tales como la sobrecarga laboral, falta de tiempo para la atención al usuario, carga excesiva emocional, disfunciones en el rol y la descompensación entre responsabilidad y autonomía.
- Las relaciones interpersonales: en el trato constante con los clientes se generan una serie de factores de riesgo asociados, como la falta de apoyo social, relaciones tensas y conflictivas entre colegas y clientes, el trato con pacientes difíciles, falta de colaboración entre compañeros laborales y la negativa dinámica laboral.
- La variable individual: hay ciertas características inherentes al profesional que pueden favorecer la aparición del síndrome como un alto grado de empatía, la sobreimplicación emocional, baja autoestima, baja autoeficacia, pocas habilidades sociales.
- Las variables organizativas: los factores prevalentes en cuanto a la estructura organizacional son el exceso burocrático, estructura de la organización rígida y jerarquizada, falta de coordinación entre las unidades, relaciones conflictivas organizacionales, falta de desarrollo profesional, falta de formación práctica en nuevas tecnologías, falta de recompensa o refuerzo.

El estrés laboral según la Organización Mundial de la Salud (2003) es la reacción que puede tener un individuo ante las presiones y exigencias laborales que no se ajustan a sus capacidades y conocimientos, poniendo a prueba sus capacidades para afrontar la

situación. Aunque el estrés puede suceder en situaciones laborales muy diferentes, se puede agravar cuando el trabajador siente que no recibe apoyo suficiente de sus colegas y supervisores, y cuando el control que tiene sobre su trabajo o la forma en hacer frente a las presiones laborales y exigencias es limitado. El estrés es el resultado del desequilibrio entre sus conocimientos y capacidades contra las presiones y exigencias que enfrenta el individuo.

A su vez, Vieco Gómez y Abello Llanos (2014) aportan que entre los factores de riesgo que fomentan la entidad se encuentran los factores psicosociales que los definen como las características de las condiciones laborales, sobre todo la organización que pueden afectar la salud de los empleados mediante mecanismos fisiológicos y psicológicos, que también son denominados estrés. Dichos factores psicosociales representan la organización del trabajo y la exposición, mientras que el estrés es precursor del efecto.

Siguiendo a Ansoleaga Moreno y Miranda-Hiriart (2014) consideran al estrés laboral como uno de los principales problemas que perjudica el desempeño del profesional, que ocurre cuando hay discrepancia entre el ambiente laboral o exigencias del trabajo, y las necesidades, recursos y capacidades del empleado. La prolongada exposición al estrés se asocia a las consecuencias que perjudican la salud del trabajador, afectando el bienestar físico y psicológico.

Villalón López et al. (2025) en un estudio realizado sobre el impacto del burnout en médicos chilenos hacen referencia que para poder entender los factores que se asocian al burnout es crucial el desarrollo de intervenciones efectivas a nivel individual, grupal y organizacional. Entre los factores individuales se encuentran las variables sociodemográficas (género, edad, estado civil), y características psicológicas como estrategias de afrontamiento inadecuadas, privación del sueño, autocrítica, perfeccionismo, desequilibrio entre la vida laboral y personal, así también la carencia de apoyo externo inadecuado. Los factores del entorno laboral hacen referencia a largas jornadas laborales,

cargas excesivas de trabajo, reducción de la autonomía, el tiempo dedicado al trabajo desde el hogar, y el uso ineficaz del tiempo por las demandas administrativas. Por último, se consideran factores organizacionales el apoyo institucional insuficiente, falta de reconocimiento, escasa colaboración multidisciplinaria, liderazgo ineficiente y oportunidades limitadas de desarrollo profesional. Los resultados de esta investigación arrojaron la asociación directa del burnout con la percepción de errores médicos, rotaciones del personal y licencias médicas.

Por otra parte, Blanco (2019) propone cinco fases para el síndrome de burnout:

- Fase inicial de entusiasmo: es esperable que, en la etapa inicial de un nuevo trabajo, la persona experimente entusiasmo y sea positivo en la etapa inicial.
- Fase de estancamiento: ya sea por variables organizacionales, interpersonales o personales el trabajador ve como sus expectativas no son logradas y se siente estancado. Si bien el trabajo todavía lo siente como una fuente de realización personal, el trabajador considera la relación del esfuerzo laboral y los beneficios emocionales obtenidos. Aparece la sensación de derrota y síntomas físicos como dolores estomacales o de cabeza.
- Fase de frustración: se considera el inicio del síndrome. Aparecen cuestiones con respecto a la eficacia del esfuerzo realizado en cuanto a los obstáculos propios del desempeño laboral. La falta de recursos organizacionales y personales pueden conducir hacia una fase de apatía. Hay incremento de síntomas psicossomáticos, disminución de la motivación y aumento de sentimientos de falta de realización personal y agotamiento emocional.
- Fase de hiperactividad y apatía: el individuo se activa y se esfuerza en el trabajo con el fin de compensar los sentimientos de falta de realización personal, al no gestionarse adecuadamente se sobrecarga, lo que contribuye a su agotamiento emocional. Se endurece afectivamente y se distancia de lo laboral, generando la despersonalización.

- Fase de estar quemado: la magnitud de los sentimientos experimentados lleva a la persona afectada a pedir traslados, dejar su puesto laboral, cambiar de trabajo o seguir llevándolo a sentirse cada vez peor.

### Consecuencias del Burnout

Molina Rodríguez (2020) refiere que son múltiples las consecuencias del burnout las cuales afectan al trabajador y a la organización en la cual desempeña su labor. En la Tabla 3 se describen las diferentes manifestaciones y sus consecuencias

**Tabla 3**

*Consecuencias del Síndrome de Burnout*

CONSECUENCIAS	MANIFESTACIONES
Físicas	Problemas osteomusculares - Problemas respiratorios - Problemas cardíacos - Problemas digestivos - Manifestaciones generales como pérdida de apetito, cansancio y malestar general - Problemas sexuales y alteraciones hormonales - Alteraciones inmunológicas - Alteraciones del sistema nervioso
Emocionales	Inquietud - Agotamiento - Falta de atención y mala memoria - Impotencia ante el problema - Falta de compromiso laboral - Baja autoestima - Sentimientos de vacío y fracaso - Nerviosismo - Baja tolerancia a la frustración - Dificultad de concentración y olvidos recurrentes - Escasa o nula realización personal - Tristeza con tendencia a la depresión - Despersonalización

Conductuales	Irritabilidad - Hostilidad - Conductas adictivas con abuso de sustancias - Absentismo laboral - Agresividad - Cambios bruscos de humor - Menor rendimiento laboral - Falta de eficacia - Aislamiento - Disminución de la capacidad para tomar decisiones
Familiares y sociales	Problemas de pareja - Aislamiento social - Deterioro del núcleo familiar en general
Organizacionales	Ineficacia en la actividad diaria - Accidentes laborales - Disminución de la calidad asistencial - Absentismo laboral - Cambios repetidos del puesto laboral - Conflictos entre pacientes y familiares en caso de profesionales médicos - Conflictos con otros profesionales

*Nota:* Elaboración propia

Por otra parte, West et al. (2018) divide las consecuencias del burnout de los profesionales en tres áreas críticas: atención al paciente, sistema de salud y salud del médico. En cuanto a la atención al paciente aparecen errores médicos, menor satisfacción del paciente, menor calidad atencional y tiempos de recuperación más prolongados. Un estudio longitudinal sobre el Bienestar de los Médicos Residentes de Medicina Interna (Internal Medicine Resident Well-Being - IMWELL) encontró que cuanto más altos los niveles de burnout se asocia mayores probabilidades de reportar errores médicos graves en los siguientes 3 meses. También se asoció la percepción subjetiva de cometer errores con el empeoramiento del burnout, síntomas de depresión y disminución en la calidad de vida, esto sugiere una relación bidireccional entre malestar psicológico y errores médicos.

Maslach y Leiter (2016) aportan que niveles altos de burnout están relacionados con una peor calidad de atención al paciente y sentimientos negativos hacia ellos.

En lo que respecta al sistema de salud, Maslach y Leiter (2016) mencionan que el síndrome de burnout se relaciona con diversas formas de reacciones negativas y desvinculación laboral, entre ellas bajo compromiso organizacional, ausentismo, insatisfacción laboral y rotación del personal. Para aquellos profesionales que permanecen en su puesto de trabajo, el burnout conduce a la calidad de trabajo deteriorada y baja productividad. En consecuencia, se reduce la oportunidad de experimentar vivencias positivas en el trabajo, esto se asocia con menor compromiso con la organización o el puesto, y disminución de la satisfacción laboral.

Por último, en lo que respecta a la salud del médico, West et al. (2018) refieren el abuso de sustancias, depresión o ideación suicida, deficiente autocuidado y accidentes de tráfico. Brown et al. (2009) mencionan que el abuso de sustancias desde hace tiempo se reconoce como causa del deterioro en el desempeño médico, generando conductas disruptivas. Aunque no es tan reconocido como el estrés, depresión o burnout, pueden provocar patrones deteriorados en la conducta profesional. La atención a la depresión y el suicidio en los médicos es un tema que debe ser investigado como mencionan Center et al. (2003), ya que en Inglaterra desde 1858 los médicos observaron que la tasa de suicidio era más alta en profesionales médicos, en comparación a la población en general. Desde 1960 las investigaciones confirmaron la mayor tasa de suicidio en médicos donde la depresión fue identificado como el factor principal de riesgo, siendo particularmente elevada en médicas mujeres. Esto coincide con los datos proporcionados por Van der Heijden et al. (2008) que indican que diversos estudios demostraron que los pensamientos suicidas de los estudiantes de medicina y médicos jóvenes es muy alto, sumado al riesgo relativo que varía entre 1,1 y 3,4 en hombres, y en mujeres es del 2,5 y 5,7, en comparativa con la población en general.

## **Estrategias de Prevención y Tratamiento**

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2025) explica que no existe una técnica sencilla para tratar de forma efectiva el burnout, por lo que se suele utilizar un modelo de intervención de varios componentes que se integran de manera complementaria. La organización preventiva se puede dividir, en primer lugar, buscando prevenir y combatir los riesgos del origen (prevención primaria), evitando el burnout controlando los factores de riesgo o agentes causantes, minimizando o eliminando la exposición a los factores de riesgo. En segundo lugar, deben adoptarse medidas de protección (prevención secundaria), buscando modificar las respuestas individuales ante el burnout. Las medidas mencionadas son preventivas, pero hay un tercer nivel de actuación en caso de ser necesario, a través de la intervención correctiva. Esto ocurre cuando el trabajador está afectado por no haber sido detectado a tiempo, el cual actúa sobre los daños a la salud ocasionados por el burnout.

A su vez, las medidas de prevención del burnout pueden dividirse en tres niveles diferentes de actuación, estas acciones se deben implementar desde y por la organización:

- Nivel individual: se debe realizar una orientación profesional al comienzo del trabajo para tener en cuenta la rotación y diversificación de las tareas, programas de formación continua, formas para identificar y resolver problemas, entrenamiento en el manejo del estrés y ansiedad en situaciones inevitables con los usuarios, entre otras.
- Nivel interpersonal: fortalecimiento de los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo grupal para evitar el aislamiento, formación de estrategias de cooperación y colaboración grupal o promover el apoyo social en el trabajo.
- Nivel organizacional: programas que ayuden a integrar un ajuste entre los objetivos organizacionales y los percibidos por el individuo, mecanismos de retroinformación o feedback de los resultados laborales, aumentar el grado de control y autonomía del trabajo, disponer de la definición y análisis de los puestos de trabajo para evitar conflictos y ambigüedades de rol, entre otros.

Gutiérrez Aceves (2016) describe algunos puntos claves en la prevención del síndrome de burnout:

- El equilibrio de áreas vitales (amigos, familia, trabajo, descanso, aficiones)
- Limitar la agenda laboral
- Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana
- Tiempo adecuado con cada paciente
- Fomento de buena atmósfera con el equipo: objetivos y espacios comunes
- Formación continua dentro de la jornada laboral,
- Diálogo efectivo con las autoridades
- Minimización de la burocracia con el apoyo del personal auxiliar

En una investigación realizada por Araújo et al. (2024) remarcan el burnout como síndrome ocupacional con mayor prevalencia en las profesiones donde hay una implicación cercana con otras personas. Es relevante la implementación de programas de intervención, ya que, al ayudar a los profesionales a mantener su salud mental y emocional, permite que puedan involucrarse de forma significativa en su comunidad. A través de la revisión de las características de las diferentes intervenciones, se encontró que la atención plena (mindfulness) mostró gran eficacia para la prevención del burnout, reduciendo los niveles de estrés y promoviendo la empatía. A su vez, las técnicas de respiración y relajación, la musicoterapia y el yoga han demostrado disminuir el estrés laboral y mejorar los niveles de burnout.

## Método

### Definición operacional de la/s variable/s de estudio

El objetivo de esta investigación es determinar los valores de prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud que ejercen su rol en una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello se utilizará como variable principal el Síndrome de Burnout con sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, establecidas por Maslach et al. (2001) como se detalla en la tabla 4

**Tabla 4**

*Operacionalización de la variable Síndrome de Burnout*

Dimensión	Definición	Ítems	Escala de Medición
Agotamiento emocional	Sensación de estar sobrecargado, privado de los recursos físicos y emocionales propios (Maslach et al., 2001)	1-Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotada/o. 2-Al final de la jornada me siento agotada/o. 3-Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. 6-Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí. 8) Me siento "quemada/o" por el trabajo. 13-Me siento frustrada/o por mi trabajo. 14-Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. 16-Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	0= Nunca 1= Alguna vez al año o menos 2= Una vez al mes o menos 3= Algunas veces al mes 4= Una vez a la semana 5= Varias veces a la semana 6= Diariamente

		20-En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	
Despersonalización	Dimensión que manifiesta el contexto interpersonal de burnout, siendo la respuesta insensible, negativa o distante hacia los diferentes aspectos del trabajo (Maslach et al., 2001)	5-Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos. 10-Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo. 11-Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente. 15-Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender. 22-Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	0= Nunca 1= Alguna vez al año o menos 2= Una vez al mes o menos 3= Algunas veces al mes 4= Una vez a la semana 5= Varias veces a la semana 6= Diariamente
Realización Personal	Es la dimensión de autoevaluación del burnout, refiriendo a los sentimientos de incompetencia, falta de productividad y logros en el ámbito laboral (Maslach et al., 2001)	4-Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes. 7-Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes 9-Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros. 12-Me encuentro con mucha vitalidad. 17-Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes. 18-Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes. 19- He realizado muchas cosas que	0= Nunca 1= Alguna vez al año o menos 2= Una vez al mes o menos 3= Algunas veces al mes 4= Una vez a la semana 5= Varias veces a la semana 6= Diariamente

		merecen la pena en este trabajo. 21-Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	
--	--	--	--

*Nota:* Elaboración propia

### **Diseño de Estudio**

Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, de corte transversal con diseño cuantitativo. El diseño transversal recolecta datos en un momento y tiempo único, cuyo objetivo es describir variables para analizar su incidencia e interrelación en un determinado momento. (Sampieri et al. 2014)

### **Participantes-Muestra**

La selección de los participantes para la investigación se llevó a cabo mediante una técnica de muestreo no probabilístico, en donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas que se relacionen con las características de la investigación o propósitos del investigador (Sampieri et al. 2014)

La muestra estuvo conformada por 47 trabajadores de la salud, siendo hombres y mujeres de 27 a 63 años de edad, sin diferenciar la especialidad que ejercen ni el lugar de residencia. Los criterios de inclusión fueron:

- Ser trabajador de la salud
- Ejercer la profesión dentro de la Institución Pública

### **Instrumentos**

El instrumento de evaluación estuvo conformado por el consentimiento informado, un cuestionario ad-hoc de características sociodemográficas tales como edad, género, lugar de residencia, horas trabajadas, la profesión que realizan y hace cuánto tiempo ejercen, y la escala para evaluar el Síndrome de Burnout Maslach Burnout Inventory (MBI) en su adaptación al español. Es un cuestionario autoadministrable que evalúa las actitudes y los

sentimientos de los profesionales en el ámbito laboral, este cuestionario está compuesto por 22 ítems que se valoran con una escala Likert con 7 categorías que van desde el “Nunca” (valor 0) hasta “Diariamente” (valor 6).

Los ítems del MBI se distribuyen de la siguiente manera:

1. Agotamiento Emocional (AE): valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Puntuación máxima 54.
2. Despersonalización (DP): valora el grado de reconocimiento de actitudes de frialdad y distanciamiento. Ítems 5, 10, 11, 15, 22. Puntuación máxima 30.
3. Realización Personal (RP): valora los sentimientos de realización personal y autoeficacia en el trabajo. Ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Puntuación máxima 48.

Los puntajes fueron analizados de acuerdo a la siguiente escala tomando de referencia los valores proporcionados por Wang et. al (2020). Aunque dicho estudio fue realizado en China, las escalas se encuentran validadas por el CONICET en Gilla et. al (2019):

Nivel de Burnout	Agotamiento Emocional (AE)	Despersonalización (DP)	Realización Personal (RP)
Bajo	Menor a 19	Menor a 6	Menor a 33
Medio	19 a 26	6 a 9	34 a 39
Alto	27 a 54	Mayor a 10	Mayor a 40

*Nota:* Elaboración propia

Para el análisis de la escala general se usó como referencia el estudio de Duran et al. (2024) para determinar la presencia del Síndrome de Burnout. Dichos autores definen la

presencia de Burnout si los puntajes en Agotamiento Emocional son mayores a 26, mayores a 9 en Despersonalización y menores a 39 en Realización Personal. Si se reúnen dos de los tres criterios se interpreta que se encuentra en la categoría de riesgo de presentar Síndrome de Burnout.

La elección del estudio por Wang et al. (2020) utilizado para medir los puntajes de las dimensiones del Síndrome de Burnout se debe a que los valores de referencia son los mismos utilizados por el Maslach Burnout Inventory (MBI), además dichos valores se encuentran validados por el CONICET en el estudio de Guilla et al. (2019) que fue realizado en Argentina. Por otra parte, el uso del estudio de Duran et al. (2024) como referencia se debe a que los puntajes para determinar la presencia del Síndrome de Burnout son actualizados. A su vez la muestra estuvo conformada por profesionales de la salud y se llevó a cabo en Argentina.

### **Procedimiento**

Para llevar adelante la investigación se estableció contacto con un profesional que trabaja desde hace muchos años dentro de la institución, facilitando el contacto con los diferentes trabajadores. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial, quienes aceptaban se les entregaba el cuestionario autoadministrable, explicando el anonimato de las encuestas. También se leyeron todos los ítems para saber si lo comprendían. Los resultados obtenidos de los cuestionarios fueron analizados en el programa Microsoft Excel, presentados en formato de tabla y gráficos.

### **Utilización del consentimiento informado**

El uso del consentimiento informado asegura que los datos obtenidos serán utilizados con fines académicos, respetando la confidencialidad de los participantes. El consentimiento es una manera de preservar la identidad de los sujetos aclarando que la participación es voluntaria, y que en cualquier momento o instancia pueden dejar sin efecto la autorización sin necesidad de brindar razones. En el caso que los resultados de esta

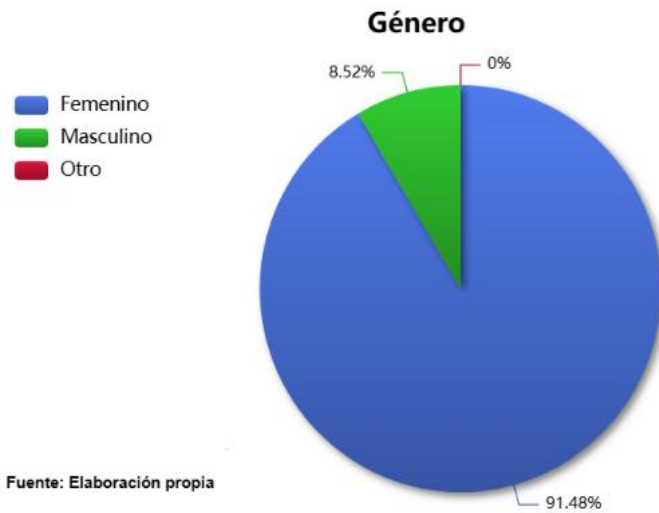
investigación se presenten y/o publiquen en revistas científicas, la identidad de los participantes es preservada conforme la ley 25.326.

## Resultados

### Características Sociodemográficas

#### Gráfico 1

*Distribución de frecuencias y porcentajes según género*



#### Tabla 1

*Distribución de frecuencias y porcentajes según género*

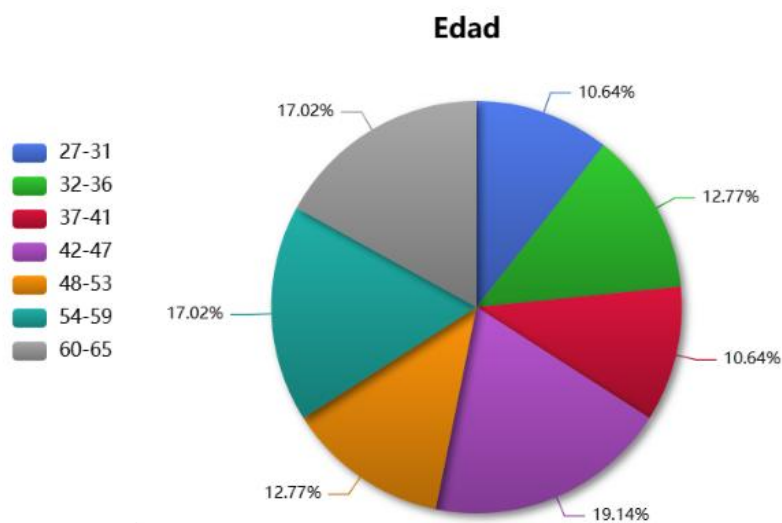
Género	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Femenino	43	91,48
Masculino	4	8,52
Otro	0	0
Total	47	100

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Los datos revelados indican la presencia de profesionales de la salud de género femenino en un 91,48%, siendo el 8,52% restante de género masculino y 0% consignó otro género.

## Gráfico 2

*Distribución de frecuencias y porcentajes según edad*



Fuente: Elaboración propia

## Tabla 2

*Distribución de frecuencias y porcentajes según edad*

Rango de edad (años)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
27-31	5	10,64
32-36	6	12,77
37-41	5	10,64
42-47	9	19,14

48–53	6	12,77
54–59	8	17,02
60–65	8	17,02
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Aunque se observa que el rango etario de la muestra es amplio y las frecuencias poseen valores similares, se observa un predominio del grupo etario de 42 a 47 años con un 19,14%, seguido en un 17,02% los rangos de 54 a 59 años y de 60 a 65 años.

### Gráfico 3

*Distribución de frecuencias y porcentajes según especialidad de los participantes*



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3**

*Distribución de frecuencias y porcentajes según especialidad de los participantes*

Especialidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Residentes	2	4,26
Pediatría	26	55,32
Neonatología	4	8,51
Enfermería	11	23,40
Medicina Clínica	3	6,38
Medicina clínica y familiar	1	2,13
Total	47	100

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En cuanto a la profesión el mayor porcentaje de los participantes con un 55,32% son pediatras, seguido de personal de enfermería en un 23,40%, neonatología con 8,5%, médico clínico con 6,38%, residentes con un 4,26% y por último medicina clínica y familiar con 2,13%.

#### Gráfico 4

*Distribución de frecuencias y porcentajes según horas trabajadas por semana*



Fuente: Elaboración propia

#### Tabla 4

*Distribución de frecuencias y porcentajes según horas trabajadas por semana*

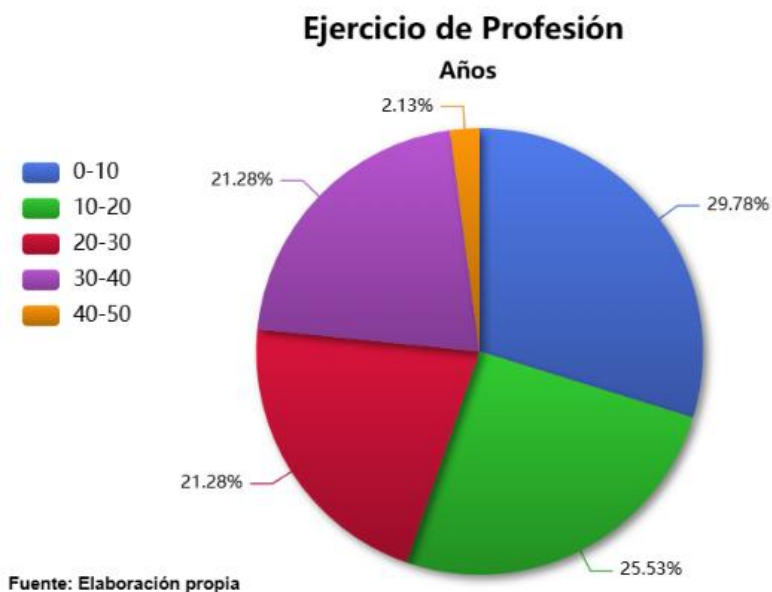
Horas trabajadas/semana	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
20-30	2	4,26
30-40	19	40,42
40-50	15	31,91
50-60	3	6,38
60-70	6	12,77
70-80	1	2,13
80-90	1	2,13
Total	47	100

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Con respecto a la cantidad de horas trabajadas semanalmente un 40,42% realiza jornadas de 30 a 40 horas a la semana, seguido en un 31,91% con jornadas de 40 a 50 horas a la semana y en un 12,77% de 60 a 70 horas semanales.

### Gráfico 5

*Distribución de frecuencias y porcentajes según años de ejercicio de la profesión*



### Tabla 5

*Distribución de frecuencias y porcentajes según años de ejercicio de la profesión*

Tiempo trabajado (años)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0-10	14	29,78
10-20	12	25,53
20-30	10	21,28
30-40	10	21,28
40-50	1	2,13
Total	47	100

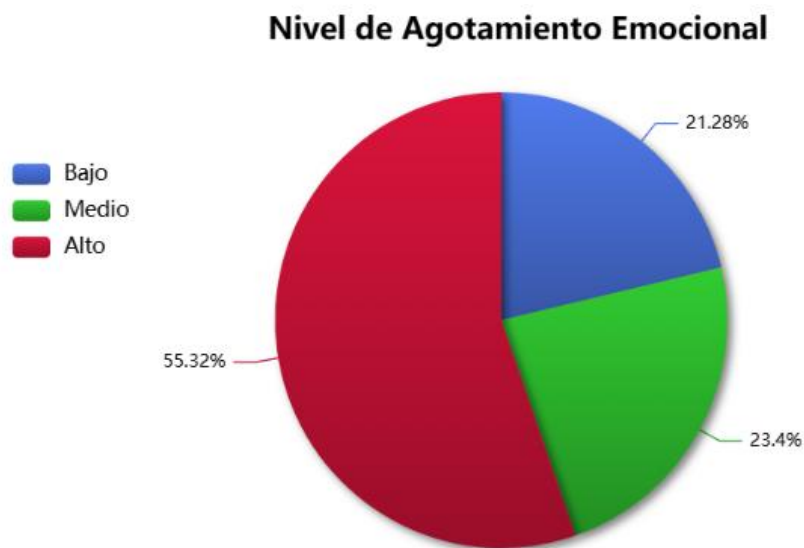
Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Por último, en lo que respecta a la cantidad de años que los participantes de la muestra llevan ejerciendo su profesión, se evidencian profesionales con menos de 10 años de trabajo en un 29,78%, seguido del 25,53% entre 10 a 20 años de trabajo, y en un 21,28% a quienes trabajan hace 20 a 30 años, así como desde 30 a 40 años.

## Niveles de Burnout

### Gráfico 6

*Dimensiones de Burnout: Agotamiento Emocional*



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 6***Dimensiones de Burnout: Agotamiento Emocional*

Nivel de agotamiento emocional	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Bajo	10	21,28
Medio	11	23,40
Alto	26	55,32
Total	47	100

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En el análisis de las variables del Síndrome de Burnout, en la escala Agotamiento Emocional se observa un nivel alto con el 55,32% de los participantes, medio en un 23,40% y bajo con un 21,28%

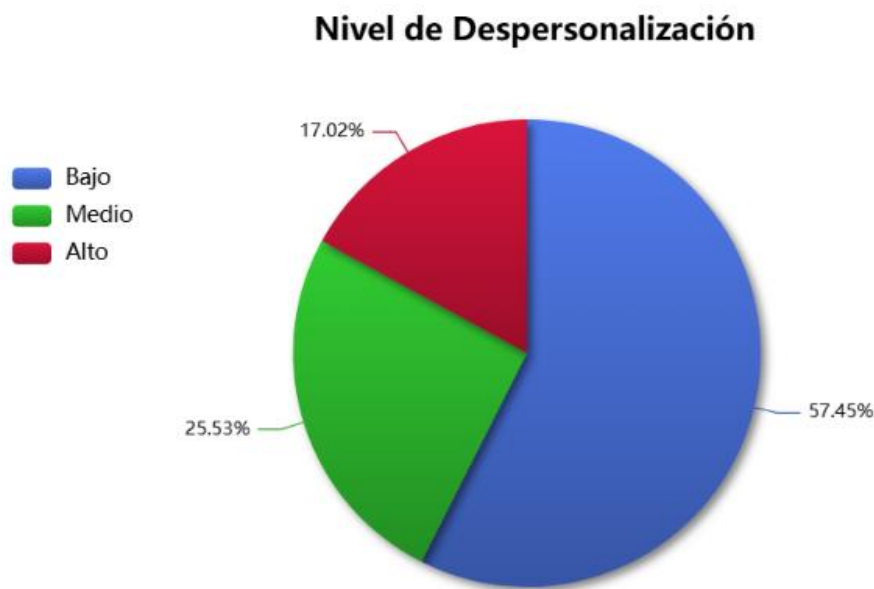
N° de pregunta	Nunca (0)	Alguna vez al año o menos (1)	Una vez al mes o menos (2)	Algunas veces al mes (3)	Una vez a la semana (4)	Varias veces en la semana (5)	Diariamente (6)
1	0	1	6	11	8	12	6
2	1	2	7	8	9	7	13
3	2	7	4	10	7	9	8
6	9	9	6	9	6	5	3
8	5	8	5	7	5	6	11
13	11	10	5	8	5	3	5
14	7	10	8	8	3	4	7
16	5	11	10	7	4	5	5
20	5	9	4	15	2	7	5

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Se puede ver que la pregunta con mayor puntuación en esta escala es la n° 20 “En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades” habiendo sido elegida por 15 participantes con la puntuación “Algunas veces al mes” (3). Siguiendo con un total de 13 participantes se encuentra la pregunta n°2 que es “Al final de la jornada me siento agotado/a” puntuada con “Diariamente” (6).

### Gráfico 7

*Dimensiones de Burnout: Despersonalización*



Fuente: Elaboración propia

### Tabla 7

*Dimensiones de Burnout: Despersonalización*

Nivel de Despersonalización	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Bajo	27	57,45
Medio	12	25,53

Alto	8	17,02
Total	47	100

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Se evidencia un nivel bajo en la escala Despersonalización con un 57,45%, medio en un 25,53% y alto en un 8%.

N° de pregunta	Nunca (0)	Alguna vez al año o menos (1)	Una vez al mes o menos (2)	Algunas veces al mes (3)	Una vez a la semana (4)	Varias veces en la semana (5)	Diariamente (6)
5	30	13	1	2	1	0	0
10	19	8	9	2	0	6	3
11	16	14	4	7	2	1	3
15	37	5	1	0	0	1	3
22	14	14	7	6	0	3	3

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez

Siguiendo con el análisis de la escala Despersonalización, la pregunta número 15 “Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender” evidencia la mayor frecuencia con un 37 puntuando “Nunca” (0), seguido de la pregunta 5 “Creo que trato a algunos pacientes como objeto” con una frecuencia de 30 también puntuado “Nunca” (0)

## Gráfico 8

### Dimensiones de Burnout: Realización Personal



Fuente: Elaboración propia

## Tabla 8

### Dimensiones de Burnout: Realización Personal

Nivel de Realización personal	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Bajo	18	38,32
Medio	13	27,67
Alto	16	34.01
Total	47	100

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

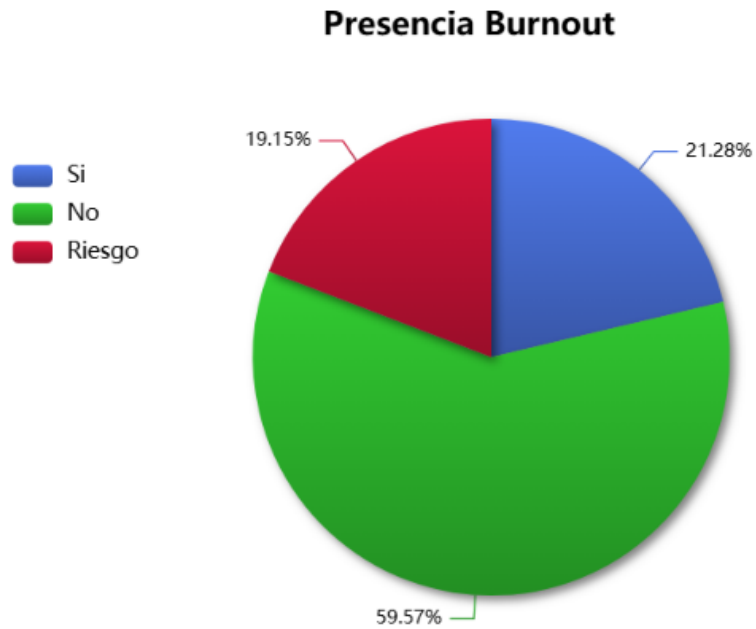
En cuanto al análisis de la última escala el 38.32% de los participantes evidencian niveles bajos de Realización Personal, medio en un 27.67% y alto en un 34.01%.

<b>N° de pregunta</b>	<b>Nunca (0)</b>	<b>Alguna vez al año o menos (1)</b>	<b>Una vez al mes o menos (2)</b>	<b>Algunas veces al mes (3)</b>	<b>Una vez a la semana (4)</b>	<b>Varias veces en la semana (5)</b>	<b>Diariamente (6)</b>
4	0	0	1	2	3	18	23
7	1	2	2	4	3	18	17
9	0	2	5	3	9	10	18
12	5	2	4	9	7	11	9
17	0	4	2	4	6	15	16
18	2	2	2	11	6	16	8
19	2	1	0	7	5	16	16
21	5	3	3	7	7	13	9

En el análisis de la escala Realización Personal la pregunta 4 “Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes” obtuvo la mayor frecuencia con 23, seguido de la pregunta 9 “Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros”, con frecuencia de 18, ambas puntuadas “Diariamente” (6). Por último, la pregunta 4 “Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes” y la pregunta 7 “Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes” ambas obtuvieron una frecuencia de 18 y puntuadas “Varias veces en la semana” (5).

## Gráfico 9

*Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud*



Fuente: Elaboración propia

## Tabla 9

*Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud*

Presencia de Burnout	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	10	21,28
No	28	59,57
Riesgo	9	19,15
Total	47	100

Fuente: Encuestas realizadas a profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tomando en cuenta la totalidad de la muestra se observa la presencia del Síndrome de Burnout en el 21,28% de los profesionales de la salud, y un 19,15% con riesgo de presentarlo, lo que se obtiene un resultado general del 40,43%. Se utilizaron como valores de referencia los valores propuestos en el estudio de Duran et al. (2024) quienes definen la presencia de Burnout con puntajes en Agotamiento Emocional mayores a 26, mayores a 9 en Despersonalización y menores a 39 en Realización Personal. A su vez, si están presente dos de los tres criterios se considera que se encuentra en riesgo de presentar Burnout.

## Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue determinar los niveles del Síndrome de Burnout en los trabajadores de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A partir de este propósito, se definieron como objetivos específicos la evaluación de la prevalencia de cada una de las variables del síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Con base a esos objetivos, se plantearon las siguientes hipótesis:

- Hipótesis básica: El síndrome de burnout afecta al 20% de los trabajadores de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Hipótesis derivadas: Los trabajadores de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentan niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, y niveles bajos de realización personal.

Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis básica dado que el 21,28% de los participantes cumplen con los criterios diagnósticos del síndrome de burnout, según los puntos de corte propuestos por Durán et al. (2024), que establecen puntajes mayores a 26 en agotamiento emocional, mayores a 9 en despersonalización y menores a 39 en realización personal. A su vez, se identificó un 19,15% en situación de riesgo, al cumplir dos de los tres criterios mencionados, lo cual se eleva al 40,43% de la muestra.

Es importante recordar que Maslach y Jackson (1981) en la subescala de agotamiento emocional describen sentimientos de estar emocionalmente exhausto y sobrecargado por el trabajo, despersonalización con respuestas impersonales e insensibles hacia los que reciben el cuidado o servicio; y realización personal con sentimientos de competencias y logro exitoso en el trabajo con personas.

En relación con los objetivos específicos, se observó que la dimensión más afectada es el agotamiento emocional con un 55,32% en niveles altos, seguido de un 23,40% en

niveles medios y un 21,28% en niveles bajos. Estos resultados son similares con los hallazgos de García Molina et al. (2022) quienes obtuvieron niveles altos de agotamiento emocional en un 56,8%. Sin embargo, el estudio de Vinuela Veloz et al. (2020) presentaron niveles aún más elevados con el 87,23%. Este dato confirma el primer objetivo específico y respalda las hipótesis derivadas de manera parcial al señalar una afectación significativa en esta escala.

En cuanto a la despersonalización, los datos muestran al 57,45% de los trabajadores de la salud con niveles bajos, un 25,53% con niveles medios y solo un 17,02% con niveles altos. Quiroz Ascencio et al. (2021) obtuvieron valores similares en esta escala con respecto a niveles bajos en un 54% junto a Rosales Saade et al. (2023) con el 51%. Los niveles altos de despersonalización obtenidos en esta investigación no coinciden con ninguno de los estudios previos. Si bien esto permite cumplir con el objetivo específico de describir la prevalencia, refuta parcialmente la hipótesis derivada al evidenciar una menor afectación en esta dimensión. Esta diferencia se puede deber a factores protectores personales o institucionales.

Por último, en la dimensión de realización personal, los resultados se distribuyen en un 38,30% niveles bajos, 27,66% en niveles medios y 34% en niveles altos. Se encuentran valores similares en el estudio de García Molina et al. (2022) donde obtuvieron el 36% de niveles bajos, el de Rosales Saade et al. (2023) que reportó niveles bajos en el 38% así también como en Mieles Andrades et al. (2024) donde dicha escala obtuvo niveles bajos en un 41%. Aunque los valores de esta escala son relativamente heterogéneos, predominan los niveles bajos.

La comparación con investigaciones nacionales e internacionales indica que la prevalencia total del síndrome de burnout (21,28%) en esta muestra es inferior a la registrada en otros contextos hospitalarios, tales como los estudios de Rosales Saade et al. (2023) en México (58,7%), Mieles Andrades et al. (2024) en Ecuador (60%) o Prado Núñez

y Vásquez Colina (2024) en Perú (45,71%). Estas variaciones se pueden interpretar por diferencias contextuales, como el tipo de unidad asistencial, la carga horaria, la etapa post pandemia en que la encuesta fue aplicada o factores organizacionales propios de la institución.

En cuanto al análisis de género se evidencia que el 91,49% de los participantes de la muestra son mujeres, coincidiendo con los datos proporcionados por el Ministerio de Salud de la Nación (2023) que evidencian una significativa feminización en las profesiones relacionadas al ámbito de la salud.

El 55.32% de la muestra presenta niveles altos de agotamiento emocional. Dado que la mayoría de los participantes son mujeres, se relaciona con lo propuesto por Aldossari y Chaudhry (2021) quienes refieren que las mujeres continúan asumiendo la mayor parte de las tareas domésticas y cuidado de los hijos, a pesar del crecimiento de la participación femenina en el ámbito laboral. Las expectativas de género de la sociedad que consideran las responsabilidades domésticas como una tarea principal o exclusiva del género femenino, fomentando presiones en las mujeres trabajadoras para poder equilibrar sus compromisos familiares y laborales.

Por otra parte, el 72.34% de los participantes trabajan entre 30 a 50 horas semanales, este resultado cobra relevancia al tener en cuenta el estudio realizado por Iturralde Altamirano (2025), en el cual se observó que los trabajadores que tenían jornadas rotativas o trabajaban más de 40 horas semanales mostraron mayor prevalencia de burnout.

En conjunto los datos permiten validar el objetivo general, al evidenciar los diferentes niveles en cada una de las dimensiones del síndrome de burnout, con especial énfasis en agotamiento emocional. Asimismo, los objetivos específicos fueron cumplidos en su totalidad, al haberse determinado la prevalencia individual de cada una de las dimensiones evaluadas.

Desde una perspectiva interpretativa, estos resultados perfilan un cuadro clínico con alto agotamiento emocional combinado con baja despersonalización y niveles diversos de realización personal, por lo que se puede considerar una configuración intermedia del síndrome. No se observa una situación de burnout generalizado, pero existen signos clínicamente relevantes que pueden escalar si no se implementan estrategias institucionales de promoción y prevención del bienestar laboral.

En consecuencia, se recomienda avanzar en políticas de intervención que se centren en la gestión del estrés, capacitación en habilidades de afrontamiento, y la promoción de espacios de reconocimiento profesional. El monitoreo de las condiciones emocionales del personal de salud se plantea como medida clave, con el propósito de prevenir la evolución negativa del síndrome para proteger tanto a los trabajadores como a los usuarios del sistema sanitario.

## **Conclusión**

### **Aportes y Contribuciones de la Investigación**

El presente trabajo tiene como objetivo aportar información estadística para evaluar la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud de una Institución pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el fin de identificar estrategias de afrontamiento y herramientas que contribuyan a la disminución de Burnout.

También es importante destacar la importancia del cuidado de la salud mental en los profesionales sanitarios, quienes muchas veces desempeñan su labor en conjunto con psicólogos; desde sus respectivos enfoques, ambas disciplinas tienen como objetivo común mejorar la calidad de vida del consultante. Es de gran importancia promover el bienestar emocional y mental de los profesionales que cuidan de un otro, tiene que ser una necesidad individual, ética y social.

### **Limitaciones de la Investigación**

Las principales limitaciones del estudio se centran en el tamaño de la muestra que resultó acotado si se tiene en cuenta la cantidad de hospitales públicos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires. Por lo cual, para obtener resultados más generalizables se necesitaría una muestra más amplia.

Otro obstáculo a considerar es la distribución por género de los participantes, ya que la mayoría fueron mujeres, dificultando la posibilidad de hacer análisis comparativos en función del género.

Un límite metodológico fue que el uso de los puntos de corte para el análisis de las subescalas del Burnout fue establecido durante el contexto de la pandemia por COVID-19. Es probable que estos valores hayan sido condicionados por dicha situación y no reflejan de manera precisa los niveles actuales del síndrome en condiciones post pandémicas. Esta investigación no contempló una actualización en dichos parámetros, lo cual puede haber influido en la interpretación de los resultados.

## **Líneas de Investigación Futuras**

Se sugiere profundizar el estudio del Síndrome de Burnout con sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y su relación con diversos factores psicológicos. Entre ellos se puede destacar el vínculo con la inteligencia emocional, estrategias de afrontamiento y manejo del estrés en los profesionales de la salud, para determinar factores protectores o de vulnerabilidad en relación al Burnout.

Asimismo, si se toma en cuenta la cantidad de hospitales públicos en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, sería relevante realizar estudios comparativos entre las diferentes zonas e instituciones. De esta manera se podría analizar si el entorno laboral, los recursos disponibles o las condiciones de cada establecimiento inciden en la aparición y desarrollo de Burnout.

## **Propuestas de Intervención**

A partir de los resultados obtenidos se considera fundamental implementar acciones preventivas y de contención para abordar la temática de manera integral.

Para los participantes que presentan síntomas de Burnout se recomienda contención psicológica con el objetivo de aliviar el malestar, favorecer la recuperación y prevenir mayor deterioro en la salud mental y desempeño laboral. A su vez, se sugiere extender este tipo de apoyo a los participantes que, aunque no cumplen con los criterios diagnósticos del síndrome, están en situación de riesgo, a fin de evitar su aparición en el futuro. El ejercicio de la medicina implica una constante exposición a situaciones de alta demanda emocional y estrés, por lo que se propone un seguimiento de casos, con el objetivo de dar seguimiento a la evolución de los profesionales de la salud.

Por otro lado, proponer la capacitación continua mediante programas de formación o talleres orientados al desarrollo de estrategias de afrontamiento, competencias para el manejo del estrés y regulación emocional. A su vez, por parte de la organización, promover

flexibilidad en la carga horaria y la posibilidad de tener mayor cantidad de días de descanso o vacaciones pagas.

El conjunto de estas intervenciones permitirá atender los casos actuales y, a su vez, generar una cultura institucional de cuidado y prevención de la salud mental.

## Referencias

- Aguagüiña-Medina, S. E., & Villarroel-Vargas, J. F. (2020). *Síndrome de Burnout en personal de salud de atención primaria en el Centro de Salud Tipo C Quero*. *Dominio de las Ciencias*, 6(4), 322–338.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385953>
- Aldossari, M., & Chaudhry, S. (2021). Women and burnout in the context of a pandemic. *Gender, Work & Organization*, 28(2), 826–834.  
<https://doi.org/10.1111/gwao.12567>
- Álvarez Gallego, E. & Fernández Ríos, L. El Síndrome de “Burnout” o desgaste profesional (II): Estudio empírico de los profesionales gallego del área Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11, 257-265.  
<https://www.researchgate.net/publication/277117597>
- Araújo, D., Bártolo, A., Fernandes, C., Pereira, A., Monteiro, S. (2024). Intervention programs targeting burnout in health professionals: A systematic review. *PubMed Central*, 53(5), 997-1008. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11188645/>
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L., & Salas, J. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11(1), 197–206. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a16.pdf>
- Ansoleaga Moreno, E. & Miranda-Hiriart, G. (2014). Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), 1-14. <https://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/29>
- Aspiazu, E. L. (2010). Los conflictos laborales en la salud pública en Argentina. *Trabajo, Ocupación y Empleo*, 9, 124–142.  
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/244359>

- Blanco, E. (2019) Fases en el síndrome de quemarse en el trabajo. *Persum*.  
<https://psicologosoviedo.com/especialidades/problemas-laborales/quemarse-fases/>
- Burke, R. J. (1987). Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group & Organization Studies*, 12(2), 174–188.  
<https://doi.org/10.1177/105960118701200205>
- Brown, S. D., Goske, M. J., & Johnson, C. M. (2009). Beyond substance abuse: stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *Journal of the American College of Radiology*, 6(7), 479–485.  
<https://doi.org/10.1016/j.jacr.2008.11.029>
- Caldichoury-Obando, N., Ripoll-Córdoba, D., Morales-Asencio, B., Ibañez-Reyes, S. P., Flórez, Y., Reyes-Cervantes, C., Coronado-López, J., Gargiulo, P. A., Quispe-Ayala, C., Herrera-Pino, J., Cárdenas, J., Flores-Poma, I., Rojas-Orellana, F., Ocampo-Barba, N., Cuevas-Montes, F., Camargo, L., Martínez, J., Salazar, D., Soto-Añari, M., Castellanos, C., Zurita-Cueva, B., Quispe-Rodríguez, I., & López, N. (2024). Burnout en profesionales sanitarios de América Latina durante la pandemia de COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.04.008>
- Chávez Orozco, C.A. (2016). Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *INNOVA Research Journal* 9(1), 77-95.  
<https://doi.org/10.33890/innova.v1.n9.2016.55>
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., Laszlo, J., Litts, D. A., Mann, J., Mansky, P. A., Michels, R., Miles, S. H., Proujansky, R., Reynolds, C. F., 3rd, & Silverman, M. M. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA*, 289(23), 3161–3166.  
<https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3161>

- Duran, L. G., Vega, P. S., Davit Baridón, N. S., Mattei, L., Cappella, R. B., Scherñuk Schroh, M. P., Blint, G., Uriarte, E. E., Cerini, M. M., Toracchio, F. M., Mejía Caraballo, J. J., Giuffre, C., Pereyra Huertas, J., & Esandi, M. E. (2024). Prevalencia y subdiagnóstico del síndrome de burnout en servicios críticos en el contexto de la pandemia COVID-19. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 81(3), 520–537. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v81.n3.44389>
- Elghazally, S. A., Alkarn, A. F., Elkhayat, H., Ibrahim, A. K., & Elkhayat, M. R. (2021). Burnout Impact of COVID-19 Pandemic on Health-Care Professionals at Assiut University Hospitals, 2020. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105368>
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, E., & Siegrist, J. (2005). El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo “Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa-DER”. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(3), 165–170. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74743-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74743-2)
- García-Molina, C., Satorres-Pérez, M., Crespo-Mateos, A. P., Quesada Rico, J. A., García-Soriano, L., & Carrascosa-Gonzalvo, S. (2022). Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria en centros de salud acreditados para Formación Sanitaria Especializada de dos áreas de salud de Alicante. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(1), 35–39. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2022000100007&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100007&lng=es&tlng=en)
- Gilla, M. A., & Giménez, S. B., Morá, V.E., Oláz, F.O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit Revista Peruana de Psicología*, 25(2), 179-193. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>

- Gil Montes, P. R. (1991). Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Información Psicológica*, 46, 4–7.  
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1227>
- Gil-Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica.com*, 3(5).  
<https://www.researchgate.net/publication/242114408> El síndrome de quemarse por el trabajo síndrome de burnout aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención
- Gil-Monte, P. R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 181–197.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Grupos profesionales de riesgo* (1.ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Gutiérrez, G., Celis, M., Jiménez, S., Farias, F., & Suárez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias (Méx.)*, 11(4), 305–309.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Hernández García, M. C. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53–70.  
<https://doi.org/10.5209/PSIC.55811>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6ª ed.). McGraw-Hill Education.

- Hobfoll, S. E. (2001). The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology, 50*(3), 337-421. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2025). *Estrés laboral: Estresores y factores moduladores. Tema 13: Estándares ergonómicos y psicosociológicos aplicados* (Serie de Temas específicos del Proceso Selectivo para ingreso en la Escala de Titulados Superiores). INSST. <https://www.insst.es/documents/94886/4155701/Tema%2013.%20Estr%C3%A9s%20laboral.pdf>
- Iturralde Altamirano, C. A. (2025). Factores demográficos y laborales asociados al síndrome de burnout, personal de salud, Distrito 15D02 Quijos-Chaco-Ecuador (Trabajo de titulación, Maestría en Salud y Seguridad Ocupacional con mención en Prevención de los Riesgos Laborales). Universidad Católica de Cuenca. <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/4c3caf5a-98b7-44fb-88e3-3a898d5eb5c5>
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1994). Social support in the work environment and cardiovascular disease. In S. A. Shumaker & S. M. Czajkowski (Eds.), *Social Support and Cardiovascular Disease* (pp. 145–166). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2572-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2572-5_7)
- Karasek, R. A., Jr. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior, 2*, 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 42-80. <http://dx.doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Mieles Andrade, A. N., Menéndez Vélez, L. B., Gómez Macías, K. L., Alcívar Palma, G. L., & Pillajo Blacio, P. J. (2024). Diseño de un programa de prevención del síndrome de Burnout en el personal de salud/ vigilancia epidemiológica del Municipio de Guayaquil, Ecuador. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(5), 721–742. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2641>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Observatorio de Género en Salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/genero>
- Molina Rodríguez, D. (2020). El síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Noticias CIELO*, (3), 1–3. [https://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2020/03/molina\\_noticias\\_cielo\\_n3\\_2020.pdf](https://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2020/03/molina_noticias_cielo_n3_2020.pdf)
- Moreno-Jiménez, B., González, J. L., & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía & F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59–83). Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Work organisation and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241590475>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades – 11ª revisión (CIE-11)*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *La higiene ocupacional en América Latina: una guía para su desarrollo* (Guía). Organización Panamericana de la Salud.
- [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/03/2018\\_condiciones\\_y\\_medio\\_ambiente\\_de\\_trabajo\\_y\\_burn\\_out.docx.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/03/2018_condiciones_y_medio_ambiente_de_trabajo_y_burn_out.docx.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Organización Panamericana de la Salud.
- <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33828>
- Ortega Ruiz, C., & López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137–160.
- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108>
- Perez Jaúregui, I. (2005). Estrés laboral y síndrome de Burn-out: sufrimiento y sinsentido en el trabajo. Estrategias para abordarlo. Psicoteca Editorial.
- Pines, A. (1993). Burnout: An Existential Perspective. En Schaufeli, W.B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 35-51). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315227979>
- Prado Núñez, J. S., & Vásquez Colina, A. M. (2024). Síndrome de burnout en pandemia y satisfacción laboral en médicos serumistas de Ayacucho. *Horizonte Médico*, 24(2), 1–10. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2024.v24n2.10>
- Quiroz-Ascencio, G., Vergara-Orozco, M. G., Yáñez-Campos, M. del R., et al. (2021). Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Salud Jalisco*, 8, 20–32. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101502Madero>

- Rodríguez Guerra, V. E., Noroña Salcedo, D. R., & Vega Falcón, V. (2024). Relación entre sobrecarga laboral y síndrome de burnout en personal médico de simiatug, Ecuador. *METANOIA: Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 10(1), 37–53. <https://doi.org/10.61154/metanoia.v10i11.3274>
- Rosales-Saade, A., Pavón-León, P., Riera-Vázquez, N. A., & Díaz-Vallejo, J. J. (2025). Síndrome de burnout en personal sanitario durante la pandemia del COVID-19, Veracruz, México. *Horizonte Médico (Lima)*, 25(1). <https://doi.org/10.24265/horizmed.2025.v25n1.04>
- Salanova, M. (2009). *Psicología de la salud ocupacional*. Síntesis. <https://es.scribd.com/document/552271159/Psicologia-de-La-Salud-Ocupacional>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work–life balance among U.S. physicians compared with the general U.S. working population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Siegrist, J. (2008). Effort–reward imbalance and health in a globalized economy. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health Supplements*, 6, 163–168. <https://www.sjweh.fi/article/1263>
- Valencia, E., Correa, D., & Pazmiño, V. (2021). Síndrome de Burnout en personal de salud que brinda atención a pacientes con COVID-19. *Revista Scientific*, 6(21), 144-162. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.21.7.144-162>
- Van der Heijden, F. M., Dillingh, G. S., Bakker, A. B., & Prins, J. T. (2008). Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Archives of Suicide Research*, 12(4), 344–346. <https://doi.org/10.1080/13811110802325349>

- Vega Martínez, S. (2001). *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I)* (Nota Técnica de Prevención NTP 603). Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). <https://www.insst.es/documentacion/coleccionestecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/17-serie-ntp-numeros-576-a-610-ano-2003/ntp-603-riesgo-psicosocial-el-modelo-demanda-control-apoyosocial-i>
- Vergara Robalino, J. S., & Moreno Rueda, M. V. (2021). Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital General Riobamba (IESS) que laboró en la pandemia por COVID-19. *Dominio de las Ciencias*, 7(6), 848–868. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383728>
- Vieco Gómez, G.F., & Abello Llanos, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el caribe*, 31(2), 354-385. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5544/6492>
- Villalón López, F., Mundt, A. P., Hirmas, A., Rivera, R. M., & Guiloff, R. (2025). Impact of burnout on turnover, medical errors, medical leave and a cross-sectional study of contributing factors among Chilean physicians. *BMJ Open*, 15(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099773>
- Vinueza-Veloz, A. F., Aldaz-Pachacama, N. R., Mera-Segovia, C. M., Pino-Vaca, D.P., Tapia-Veloz, E.C., & Vinueza-Veloz, M.F. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>
- Wang, J., Wang, W., Laureys, S. *et al.* (2020). Burnout syndrome in healthcare professionals who care for patients with prolonged disorders of consciousness: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*, 20(841). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05694-5>

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529.  
<https://doi.org/10.1111/joim.12752>

## Anexos

### Modelo de encuesta

**Edad:** ..... **Género:** 1. Masculino 2. Femenino 3. Otro **Residencia:** 1. CABA 2.  
PROV. 3. OTRO

### Consentimiento Informado - Ética y Responsabilidad en Psicoterapia

El investigador del presente estudio me ha explicado y he comprendido que está realizando un trabajo de investigación para su Tesis de Grado en la Universidad de Flores (UFLO). Acepto conocer que la finalidad de este estudio es indagar sobre el Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. En este trabajo participarán aproximadamente 50 trabajadores de la salud.

En el caso de acceder a participar en esta investigación, se me ha informado que la misma durará aproximadamente 15 minutos. La actividad que se me solicita en la investigación consistirá en contestar diferentes preguntas. Dicha participación es voluntaria y los datos brindados serán tratados de manera confidencial y en cualquier momento o instancia puedo dejar sin efecto la presente autorización (incluso durante la realización del cuestionario) sin necesidad de brindar razones.

Por otro lado, se me ha informado que mis respuestas u opiniones serán de conocimiento del equipo de investigación. Asimismo, se me ha explicado que los resultados de la presente investigación podrán ser presentados y/o publicados en revistas científicas, siendo preservadas mi identidad, conforme la ley 25.326. En caso necesitar contactarse con el investigador puede hacerlo al siguiente mail: [Laura.gilberg25@gmail.com](mailto:Laura.gilberg25@gmail.com)

Responder las siguientes preguntas implica que acepto participar en esta investigación. Ningún ítem puede dejarse sin responder.

Solo se tendrá en cuenta los sujetos que sean trabajadores de la salud que atiendan al menos en parte en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y/o Gran Buenos Aires.

I. A continuación hay algunas afirmaciones sobre su relación con las personas hacia las que trabaja y sobre usted mismo. Para responder a ellas ponga el número que más se ajuste a la frecuencia con la que usted lo percibe según la siguiente escala

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>				
<b>Nunca</b>	<b>Alguna vez al año o menos</b>	<b>Una vez al mes o menos</b>	<b>Algunas veces al mes</b>	<b>Una vez a la semana</b>	<b>Varias veces a la semana</b>	<b>Diariamente</b>				
<b>1) Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotada/o.</b>				0	1	2	3	4	5	6
<b>2) Al final de la jornada me siento agotada/o.</b>				0	1	2	3	4	5	6
<b>3) Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.</b>				0	1	2	3	4	5	6
<b>4) Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.</b>				0	1	2	3	4	5	6
<b>5) Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.</b>				0	1	2	3	4	5	6
<b>6) Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.</b>				0	1	2	3	4	5	6
<b>7) Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.</b>				0	1	2	3	4	5	6

<b>8) Me siento "quemada/o" por el trabajo.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>9) Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>10) Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>11) Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>12) Me encuentro con mucha vitalidad.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>13) Me siento frustrada/o por mi trabajo.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>14) Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>15) Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>16) Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>17) Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.</b>	0	1	2	3	4	5	6

<b>18) Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>19) He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>20) En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>21) Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>22) Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.</b>	0	1	2	3	4	5	6

¿Cuántas horas trabaja?

.....

¿Cuál es su especialidad?

.....

¿Hace cuánto ejerce la profesión?

.....

---

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**