

**Factores sociodemográficos y laborales asociados al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud argentinos.****Sociodemographic and occupational factors associated with Burnout Syndrome in Argentine healthcare professionals****Fatores sociodemográficos e laborais associados à Síndrome de Burnout em profissionais de saúde Argentinos**

Wilfredo Quevedo^{1,2} , **Francisco Boretto**² , **Yamila Bishop**² ,
Esteban Dávila² , **Karen Manzur**^{1,2} 

¹ Universidad Adventista del Plata, Libertador San Martín, Argentina. 

² Sanatorio Adventista del Plata, Libertador San Martín, Argentina 

^a **Autor de correspondencia:** karen.manzur@sanatorioadventista.org.ar 

Como citar: Quevedo W, Boretto F, Bishop Y, Dávila E, Manzur K. Factores sociodemográficos y laborales asociados al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud argentinos. Rev. chil. enferm. 2025;7:77662. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2025.77662>

Fecha de recepción: 29 de enero del 2025

Fecha de aceptación: 15 de abril del 2025

Fecha de publicación: 11 de junio del 2025

Editor: Felipe Machuca-Contreras 

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de *Burnout* es un fenómeno ocupacional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, cuya prevalencia es mayor en profesionales de la salud de América Latina. **Objetivo:** Analizar la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud de una institución privada en el año 2024. **Metodología:** Estudio observacional, analítico, transversal. Una muestra no probabilística por conveniencia de profesionales de la salud fue utilizada. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, laboral y el Maslach *Burnout Inventory-Human Services Survey* versión para profesionales de la salud. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y analítica con el programa SPSS. **Resultados:** Participaron 214 profesionales, el 38,3% enfermeros y el 36,4% médicos. El 65,9% de sexo femenino, la edad promedio fue de 36,89 años. El 12,1% cumplió los criterios para el Síndrome de *Burnout*, siendo más frecuente en los profesionales de sexo femenino y en aquellos que trabajaron en promedio 49,90 horas semanales en comparación con los que trabajaron menos horas. Además, el agotamiento emocional alto y la despersonalización alta fueron más



frecuentes en los profesionales del área de atención médica con internación. **Conclusión:** El 12,1% de los profesionales de la salud presentó Síndrome de *Burnout*, con mayor frecuencia en mujeres y en quienes trabajaban, en promedio 49,90 horas semanales. No se encontró asociación con la edad y la antigüedad en la institución. Estos factores deben considerarse en el diseño de estrategias institucionales para el cuidado profesional.

Palabras clave: Salud Mental; Agotamiento Psicológico; Estrés Laboral; Personal de Enfermería; Médicos.

ABSTRACT

Introduction: Burnout Syndrome is an occupational phenomenon characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and a reduced sense of personal accomplishment. Its prevalence is particularly high among healthcare professionals in Latin America. Objective: To analyze the relationship between sociodemographic and occupational factors and Burnout Syndrome among healthcare professionals in a private institution in 2024. **Methodology:** Observational, analytical, cross-sectional study, using a non-probabilistic convenience sample of healthcare professionals. A sociodemographic and occupational questionnaire and the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (healthcare professionals' version) were administered. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics with SPSS software. **Results:** A total of 214 healthcare professionals participated, including 38.3% nurses and 36.4% physicians. The sample was 65.9% female, with a mean age of 36.89 years. A total of 12.1% met the criteria for Burnout Syndrome, which was more prevalent among female professionals and those working an average of 49.90 hours per week, compared to those with fewer working hours. Additionally, high levels of emotional exhaustion and depersonalization were more frequent among professionals working in inpatient care settings. **Conclusion:** Burnout Syndrome was present in 12.1% of healthcare professionals, with a higher prevalence among women and those working an average of 49.90 hours per week. No associations were found with age or length of employment. These factors should be considered when developing institutional strategies for professional well-being.

Keywords: Mental Health; Burnout, Psychological; Occupational Stress; Nursing Staff; Physicians.

RESUMO

Introdução: A Síndrome de *Burnout* é um fenômeno ocupacional caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, cuja prevalência é maior em profissionais de saúde na América Latina. **Objetivo:** Analisar a relação entre fatores sociodemográficos e ocupacionais e a Síndrome de Burnout em profissionais de saúde de uma instituição privada no ano de 2024. **Metodologia:** Estudo observacional, analítico e transversal. Foi utilizada uma amostra de conveniência não probabilística de profissionais de saúde. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e ocupacional e o Maslach *Burnout Inventory-Human Services Survey* versão para profissionais de saúde. Os dados foram analisados com estatísticas descritivas e analíticas usando o software SPSS. **Resultados:** Participaram 214 profissionais, dos quais 38,3% eram enfermeiros e 36,4% médicos. A média de idade foi de 36,89 anos, sendo 65,9% do sexo feminino. 12,1% preencheram os critérios da Síndrome de Burnout, sendo mais frequente em profissionais do sexo feminino e naqueles que trabalhavam em média 49,90 horas por semana em comparação com os que trabalhavam menos horas. Além disso, a alta exaustão emocional e a alta despersonalização foram mais frequentes em profissionais de saúde internados. **Conclusão:** 12,1% dos profissionais de saúde apresentaram a Síndrome de Burnout, com maior frequência em mulheres e naqueles que trabalhavam, em média, 49,90 horas por semana. Não foi encontrada associação com idade e tempo de serviço na instituição. Esses fatores devem ser considerados na elaboração de estratégias institucionais para o atendimento profissional.

Palavras-chave: Saúde Mental; Esgotamento Psicológico; Estresse Ocupacional; Recursos Humanos de Enfermagem; Médicos.

INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud ocupacional tiene como objetivo mejorar la calidad de vida laboral, potenciar la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores en todas las ocupaciones.¹ La salud ocupacional es “el estado completo de bienestar físico, mental y social en relación al contexto del trabajo, y no la ausencia de enfermedad o dolencia de origen laboral.”² Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un “estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad.”³

El trabajo es un determinante social de la salud mental y la exposición prolongada a condiciones deficientes puede contribuir a su deterioro en los trabajadores. Algunas de estas condiciones, identificadas como riesgos psicosociales para la salud mental en el trabajo, están asociadas al contenido del trabajo (por ejemplo, falta de variedad o alta incertidumbre), la carga laboral (como altos niveles de presión del tiempo), los horarios (jornadas largas, turnos nocturnos), el control (baja participación en la toma de decisiones), el entorno laboral (malas condiciones ambientales), la cultura organizacional (comunicación deficiente, falta de apoyo para resolver problemas y desarrollarse profesionalmente), las relaciones interpersonales (como aislamiento, conflictos), los roles ambiguos dentro de la organización, el desarrollo de la carrera (estancamiento, incertidumbre profesional, falta de promoción), y la interfaz entre el hogar y el trabajo (conflicto entre las demandas laborales y familiares).³

Recientemente, la OMS incluyó en la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), al Síndrome de *Burnout* (SB) como un fenómeno ocupacional, resultado de un estrés crónico en el lugar de trabajo que no se manejó con éxito y constituido por sentimientos de falta de energía o agotamiento, aumento de la distancia mental con respecto al trabajo o sentimientos negativos sobre el trabajo y una sensación de ineficacia y falta de realización.⁴ Este concepto fue definido originalmente por Maslach y su equipo como un “síndrome relacionado con el agotamiento emocional, la despersonalización y una disminución de la realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan con otras personas”.⁵ Además, desarrollaron el inventario que mide este síndrome y actualmente su utilización se concentra en médicos y enfermeros.⁶

En cuanto a la frecuencia del SB, en el período previo a la pandemia Enfermedad por Coronavirus en 2019 (COVID-19), un estudio multicéntrico realizado a 11.530 profesionales de la salud de diferentes países de habla hispana evidenció una prevalencia global de un 11,4%, observándose con mayor frecuencia en España (14,9%) y Argentina (14,4%).⁷ En otra investigación integrada por 483 médicos argentinos, la prevalencia fue del 16,5%.⁸ Otros antecedentes realizados en el mismo período y país, evidenciaron prevalencias superiores (26,5% y 35%) pero se focalizaron en residentes y con tamaño de muestras inferiores (83 y 48 respectivamente).⁹⁻¹⁰

Durante la pandemia COVID-19, una revisión sistemática y metaanálisis de 29 estudios y 32.724 profesionales de la salud, reportó una prevalencia combinada del 52% (IC 95% 40%-63%). El SB fue más frecuente en el grupo de médicos y enfermeros (66%) en comparación con otros profesionales de la salud (40%).¹¹ En otra una revisión sistemática y metaanálisis de 250 estudios y 292.230 participantes, la prevalencia combinada de SB fue del 43,6% (IC 95% 36,3% - 51,2%), sin diferencias entre carreras y sexo de los profesionales de la salud.¹² En el mismo período, pero en un estudio multicéntrico realizado a 5.437 profesionales de la salud de América Latina, la prevalencia global fue del 59,8%, siendo más frecuente en Argentina (44,3%) y Chile (43,1%).¹³

Diversos estudios relacionaron el SB con factores sociodemográficos como el sexo femenino y una edad menor,^{7-8,13-16} también con características laborales como la profesión,^{13-14,16,17} desempeñarse en instituciones públicas^{8,13}, tener menor experiencia laboral^{14,18-19}, trabajar mayor cantidad de horas por semana^{8,18,20} y el área laboral (más frecuente en emergencia).¹⁷ Sin embargo, otros estudios no respaldan las asociaciones con el sexo,^{12,14, 16-18,20} la profesión,^{8, 12,20,21} y el área laboral.^{14,20}

Considerando la relación compleja entre el hombre y su trabajo, donde cada organización presenta una realidad única, especialmente en el contexto laboral latinoamericano de pobreza, inestabilidad laboral e informalidad, se recomienda investigar este constructo en profundidad para mejorar la calidad de vida de la fuerza laboral.²²

A partir de lo expuesto, con este estudio se espera obtener información sobre este fenómeno en el contexto local y en postpandemia, con la finalidad de diseñar intervenciones oportunas que permitan prevenirlo. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con el Síndrome de *Burnout* en profesionales de la salud de una institución privada en el año 2024. Se hipotetizó que el Síndrome de *Burnout* es más frecuente en profesionales del sexo femenino, de menor edad, con mayor antigüedad en la institución y una mayor carga horaria semanal.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación

Este estudio se adscribe al enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, analítico, transversal.

Muestra

Integrada por profesionales de la salud de una institución privada de salud ubicada en la provincia de Entre Ríos, Argentina. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron profesionales de la salud, laboralmente activos y que brindaron su consentimiento para participar del estudio. Se excluyeron a los profesionales en período de vacaciones, licencias médicas o de otro tipo durante la recolección de datos y aquellos que manifestaron su deseo de retirarse del estudio. El tamaño muestral se estimó considerando la prevalencia del SB reportada en un estudio previo realizado en Argentina,⁸ que incluyó a 483 médicos antes de la pandemia y utilizó el mismo instrumento para medir este constructo. Se asumió una prevalencia del SB del 16% , un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Además, se adicionó un 3% para compensar posibles pérdidas durante el estudio, obteniendo un tamaño muestral final de 214 profesionales.

Instrumentos de recolección de datos

Para las variables sociodemográficas y de actividad laboral, los participantes completaron un cuestionario desarrollado por los investigadores, el cual fue de autorreporte e incluía preguntas sobre el sexo, la edad y la profesión (enfermero, médico, licenciado/a en psicología, licenciado/a en nutrición, técnico, otra). En cuanto al área laboral, se permitía elegir más de una opción, y éstas incluían: quirófano (cirujano, anestesista, instrumentador), atención médica ambulatoria (consultorio, odontología, capellanía), atención médica con internación, diagnóstico (laboratorio, diagnóstico por imágenes, patología), emergencia y terapia intensiva y otra (esterilización, infectología y farmacia). Además se consultó por su antigüedad en la institución (años) y horas semanales dedicadas al trabajo.

Para la variable Síndrome de *Burnout* se utilizó el instrumento Maslach *Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) versión dirigida a los profesionales de la salud. El cual está compuesto por 22 ítems que se responden mediante una escala Likert desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Cuenta con tres dimensiones: Agotamiento Emocional que evalúa los sentimientos de estar emocionalmente sobrecargado y exhausto debido al trabajo. (AE, 9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16,

20), la Despersonalización (DP, 5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22), que mide una respuesta impersonal y desprovista de sentimiento hacia los receptores de los servicios, cuidados, tratamientos o enseñanza de una persona y la Realización Personal en el trabajo (RP, 8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) que evalúa los sentimientos de competencia y logro exitoso en el trabajo con las personas.⁵ Las puntuaciones se clasifican en: AE baja (0-18), media (19-26), alta (27-54); DP baja (0-5), media (6-9), alta (10-30) y RP baja (0-33), media (34-39), alta (40-48). Se considera SB cuando se obtienen puntajes elevados en AD y DP y bajas en RP. En su adaptación argentina, este instrumento presentó una confiabilidad compuesta de $\omega = 0.9$ para AE, $\omega = 0.7$ para DP y $\omega = 0.75$ para RP.²³

Período de recolección de datos

La recolección de datos se realizó entre octubre y diciembre de 2024.

Estrategia de recolección de datos y aspectos éticos

Los participantes fueron contactados a través de medios digitales, la gerencia de docencia e investigación de la institución distribuyó mediante correo electrónico las invitaciones y de forma presencial, los investigadores realizaron la difusión a través de los distintos servicios. El consentimiento informado junto con los instrumentos de recolección de datos se administraron mediante un formulario de Microsoft Forms. Primeramente los participantes proporcionaron su consentimiento para participar en el estudio y luego accedían a los instrumentos. Los datos quedaron almacenados en la nube del sistema institucional con acceso restringido. Este proyecto fue evaluado por el Comité de Ética Asistencial y de Investigación de la institución y recibió la aprobación bajo la resolución Nro 005/24.

Estrategia de análisis de datos

Los datos fueron analizados con el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 26. Se realizó un análisis estadístico descriptivo inicial para todas las variables del estudio. Para evaluar la asociación entre el SB, el sexo y el área laboral, se utilizó la Prueba Exacta de Fisher. El tamaño del efecto se determinó a través del coeficiente phi. Además, se utilizó la prueba Chi-cuadrado (X^2) para analizar su relación con la profesión. Dado que las variables edad, años de antigüedad en la institución y horas laborales semanales no presentaron una distribución normal, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para analizar su relación con el SB. Además se utilizó el estadístico r para evaluar el tamaño del efecto. Por último, para examinar cada dimensión del SB y su relación con el área laboral de los profesionales, se empleó la prueba X^2 , y el indicador V de Cramer para medir la fuerza de asociación. En todos los análisis se trabajó con un 95% de confianza y se siguieron los criterios establecidos por Cohen para la magnitud de las asociaciones.²⁴

RESULTADOS

Participaron 214 profesionales de la salud, el 65,9% (n = 141) de sexo femenino, la edad promedio fue de 36,89 años (DS = 10,81; Mdn = 33,50), con una mínima de 22 y una máxima de 70 años. En cuanto a las profesiones, 38,3% (n = 82) eran enfermeros y el 36,4% (n = 78) médicos. Los profesionales técnicos, licenciados en psicología, nutrición y otras profesiones representaron el 25,2% (n = 54).

Respecto a la actividad laboral, el promedio de antigüedad en la institución fue de 8,76 (DS = 8,09) años con un mínimo de 0,08 y un máximo de 33 años. Por otro lado, el promedio de horas semanales trabajadas fue de 40,90 (DS = 18,41) con un mínimo de 4 y un máximo de 120. El área laboral más frecuente fue atención médica con internación (40,2%), seguida de quirófano (30,8%) y atención médica ambulatoria (20,1%) (Ver Tabla N°1).

Tabla N°1: Distribución por área laboral de los profesionales (n = 214).

Área laboral	n	%
Atención Médica con internación	86	40,2%
Quirófano	66	30,8%
Atención Médica Ambulatoria	43	20,1%
Emergencia y terapia intensiva	36	16,8%
Otra	31	14,5%
Diagnóstico	21	9,8%

% = porcentaje; n = frecuencia

Fuente: Elaboración propia

El 12,1% (n = 26) de los encuestados cumplió los criterios para el SB. En relación a las dimensiones que lo integran, del total de la muestra, el 49,1% (n = 105) tuvo alto agotamiento emocional, el 36% (n = 77) alta despersonalización y el 34,1% (n = 77) baja realización profesional. El SB fue más frecuente en los profesionales de sexo femenino (15,6%; n = 22) en comparación con los de sexo masculino (5,5%; n = 4) pero con una fuerza de asociación pequeña ($p = 0,04$, $\phi = -0,147$). Además, los profesionales con SB eran más jóvenes ($M = 34,50$; $DS = 9,45$, $Mdn = 30,50$), en comparación con aquellos sin SB ($M = 37,22$, $DS = 10,96$; $Mdn = 34$), sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,307$). No se evidenció asociación entre el SB y la profesión de los encuestados ($p = 0,232$).

En cuanto a la relación entre el SB y las diferentes áreas laborales, se observó que la mayor proporción de profesionales con SB trabaja en los departamentos de diagnóstico, que incluyen laboratorio, diagnóstico por imágenes y patología (23,8%), seguidos de emergencia y terapia intensiva (16,7%) y quirófano (cirujano, anestesista, instrumentador) (15,2%) (Ver Tabla N°2). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de profesionales con SB entre los diferentes servicios ($p > 0,05$).

En el análisis por dimensiones, la proporción de agotamiento emocional alto (61,6%, n = 53) fue significativamente superior únicamente en los profesionales que trabajan en el área de atención médica con internación ($p = 0,002$) con una fuerza de asociación pequeña (V Cramer = 0,242) (Ver Tabla N°3). De igual manera, la proporción de profesionales con alta despersonalización (46,5%; n = 40) fue significativamente superior ($p = 0,016$) en este grupo de profesionales y con una fuerza de asociación pequeña (V de Cramer = 0,197) (Ver Tabla N°4). En cuanto a la baja realización profesional, fue más frecuente en los profesionales que trabajan en el área de diagnóstico (52,4%; n = 11) junto con emergencia y terapia intensiva (41,7%, n = 15), sin embargo estas proporciones no fueron significativas ($p = 0,165$, $p = 0,216$ respectivamente) (Ver Tabla N°5).

Respecto a la antigüedad en la institución, los profesionales con SB presentaron un promedio de 6,41 años ($DS = 5,43$; $Mdn = 5$), mientras que aquellos que no tenían SB obtuvieron un promedio de 9,08 años ($DS = 8,35$; $Mdn = 6$). No obstante, la prueba de U de Mann-Whitney no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,231$). Por otro lado, los profesionales con SB trabajaban alrededor de cincuenta horas semanales ($M = 49,90$; $DS = 26,72$; $Mdn = 45$), mientras que aquellos que no tenían SB lo hicieron alrededor de cuarenta horas ($M = 39,66$, $DS = 16,67$; $Mdn = 40$), esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,04$), pero con un tamaño del efecto pequeño ($r = 0,139$).

Tabla N°2: Proporción de Síndrome de Burnout según el área laboral (n = 53)

Área Laboral	n	%	p*
Diagnóstico	5	23.8%	0.148
Emergencia y terapia intensiva	6	16.7%	0.401
Quirófano	10	15.2%	0.373
Atención Médica con Internación	10	11.6%	1.00
Atención Médica Ambulatoria	4	9.3%	0.612
Otra	2	6.5%	0.385

SB=Síndrome de Burnout; %= porcentaje; n = frecuencia; *Prueba Exacta de Fisher

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°3: Distribución de agotamiento emocional según niveles y área laboral (n = 214)

Área Laboral	Agotamiento Emocional						p*
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Atención Médica con Internación	19	22,1%**	14	16,3%	53	61,6%***	0,002
Quirófano	23	34,8%	11	16,7%	32	48,5%	0,892
Atención Médica Ambulatoria	20	46,5%	8	18,6%	15	34,9%	0,114
Emergencia y terapia intensiva	13	36,1%	4	11,1%	19	52,8%	0,760
Diagnóstico	8	38,1%	2	9,5%	11	52,4%	0,763
Otra	16	51,6%	3	9,7%	12	38,7%	0,140

*X²: ** Residuo estandarizado corregido > +1.96 ; *** Residuo estandarizado corregido < -1.96;
%= porcentaje; n =frecuencia

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°4: Distribución de despersonalización según niveles y área laboral (n = 214)

Área Laboral	Despersonalización						p*
	Baja		Media		Alta		
	n	%	n	%	n	%	
Atención Médica con Internación	27	31,4%**	19	22.1%	40	46,5%***	0,016
Quirófano	30	45,5%	13	19,7%	23	34,8%	0,771
Atención Médica Ambulatoria	23	53,5%	10	23,3%	10	23,3%	0,126
Emergencia y terapia intensiva	13	36,1%	10	27,8%	13	36,1%	0,597
Diagnóstico	10	47,6%	4	19,0%	7	33,3%	0,858
Otra	12	38,7%	11	35,5%	8	25,8%	0,125

*X²: ** Residuo estandarizado corregido > +1.96 ; *** Residuo estandarizado corregido < -1.96;
%= porcentaje; n =frecuencia

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°5: Distribución de realización profesional según niveles y el área laboral (n = 214)

Área Laboral	Realización Profesional						p*
	Baja		Media		Alta		
	n	%	n	%	n	%	
Atención Médica con Internación	23	26,7%	28	32,6%	35	40,7%	0,170
Quirófano	25	37,9%	16	24,2%	25	37,9%	0,603
Atención Médica Ambulatoria	10	23,3%	11	25,6%	22	51,2%	0,093
Emergencia y terapia intensiva	15	41,7%	6	16,7%	15	41,7%	0,216
Diagnóstico	11	52,4%	5	23,8%	5	23,8%	0,165
Otra	11	35,5%	7	22,6%	13	41,9%	0,716

*X²; %= porcentaje; n=frecuencia

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Este estudio analizó la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con el Síndrome de *Burnout* en profesionales de la salud de una institución privada. La prevalencia de SB fue del 12,1%, este resultado es inferior al reportado por los antecedentes científicos, que oscila entre el 18,7% y el 82%.^{8-10,13,14,17,19-20,25-26} Un solo estudio local documentó una prevalencia más baja (6,45%) pero se basó en una muestra pequeña integrada por 62 médicos.¹⁸

Al comparar con antecedentes locales y en el contexto previo a la pandemia, la prevalencia actual continúa siendo inferior, aunque más cercana a los valores reportados en un estudio realizado a 483 médicos (16,5%),⁸ y en otro con 7503 profesionales de la salud argentinos (14,4%).⁷ Estas comparaciones, deben considerarse teniendo en cuenta una limitación expresada en la literatura científica, asociada a la heterogeneidad de resultados, ya que las posibles diferencias también pueden atribuirse a la utilización de distintos puntos de corte para considerar el SB.⁶

En cuanto a los factores sociodemográficos, el SB fue más frecuente en profesionales del sexo femenino, pero con una fuerza de asociación pequeña. Estos resultados coinciden parcialmente con los antecedentes científicos publicados, ya que en un estudio realizado a 5.437 profesionales de la salud de 6 países de América Latina, las mujeres presentaron mayor riesgo de padecer este síndrome.¹³ No obstante, otros antecedentes no respaldan esta asociación.^{12,14,16-18,20} Una posible explicación para la mayor proporción de SB en profesionales de sexo femenino está relacionada con la multiplicidad de roles que desempeñan, ya que diversos estudios indican que las profesionales de sexo femenino conviven con una doble jornada laboral, aquella remunerada y asociada a su trabajo, y la no remunerada, vinculada al hogar como actividades domésticas y el cuidado de los hijos.^{27,28}

En relación con la edad, los profesionales con SB eran más jóvenes (M = 34,50; DS = 9,45; Mdn = 30,50) en comparación con aquellos sin SB (M = 37,22; DS = 10,96; Mdn = 34), pero esta diferencia no alcanzó la significancia estadística. Estos resultados no coinciden con los antecedentes que asociaron este síndrome con una edad menor.^{7-8,13-16} Una posible explicación para esta discrepancia es que en estudios previos la edad fue transformada en una variable categórica, mientras que en la presente investigación se mantuvo como variable cuantitativa. Cuando la edad fue agrupada y se observó mayor riesgo en profesionales jóvenes, ocurrió en profesionales con una edad ≤ 39 años,¹³ hasta 38 años,¹⁵ o entre 20-29 años.⁸

En esta investigación no se evidenció asociación entre la profesión (médico, enfermero, otra) y la prevalencia del SB. Estos resultados coinciden con los antecedentes publicados.^{8,12,21} Sin embargo, en las investigaciones que respaldan esta asociación, en el contexto de pandemia, tres estudios indicaron que el SB fue más frecuente en médicos, médicos residentes y en kinesiólogos respiratorios.^{14,16,17}

En cuanto al área laboral, a pesar de que la mayor proporción de profesionales con SB trabaja en los departamentos de diagnóstico (23,8%), emergencia y terapia intensiva (16,7%) y quirófano (15,2%), no se evidenció una asociación estadísticamente significativa. Estos resultados coinciden parcialmente con los antecedentes publicados, ya que en un estudio el SB fue más frecuente en profesionales que trabajaban en el servicio de emergencias,¹⁷ pero otros antecedentes no respaldan esta asociación.^{14,20} Es importante destacar que realizar comparaciones entre estudios es complejo, ya que las áreas se agrupan según la realidad específica de cada institución, el criterio del investigador y los profesionales pueden desempeñarse simultáneamente en múltiples áreas. No obstante, es posible que éstas áreas impliquen elevadas demandas cognitivas, emocionales y rápida toma de decisiones, lo cual puede influir en la presencia de este síndrome, por lo tanto, futuros estudios podrían investigar este aspecto laboral.

Por otro lado, los profesionales con SB trabajaban en promedio 49,90 horas (DS = 26,72; Mdn = 45) semanales, mientras que aquellos que no tenían SB lo hicieron 39,66 horas (DS = 16,67; Mdn = 40), esta diferencia fue estadísticamente significativa. Estos resultados coinciden con los antecedentes publicados.^{8,18,20} En la institución, la jornada laboral establecida varía según la profesión, el personal de enfermería cumple treinta horas semanales, los profesionales médicos entre cuarenta y cincuenta horas, y el resto de las profesiones trabajan cuarenta horas semanales.

Por último, es importante destacar que la baja prevalencia de SB en esta muestra no implica ausencia de malestar en los profesionales de la salud, ya que el 49,1% presentó altos niveles de agotamiento emocional, el 36% altos niveles de despersonalización y el 34,1% baja realización profesional. Estos resultados destacan la necesidad de diseñar estrategias institucionales destinadas a prevenir este síndrome, ya que su presencia es un predictor significativo de consecuencias para los profesionales de la salud, como problemas físicos (hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria, dolor, cefaleas, mortalidad antes de los 45 años, entre otras), psicológicos (como insomnio, síntomas depresivos, hospitalización por trastornos mentales, entre otros) y ocupacionales (como ausentismo, insatisfacción laboral, demandas laborales entre otros),²⁹⁻³⁰ y también afecta la calidad de la atención brindada, ya que duplica los incidentes relacionados con de seguridad del paciente.³¹

Este estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los hallazgos. En primer lugar, el diseño transversal, no permite establecer relaciones de causa-efecto. En segundo lugar, la utilización de un muestreo no probabilístico limita la generalización de los resultados a otras poblaciones de profesionales de la salud e introduce sesgos en la selección de los participantes. Por último, además de los factores sociodemográficos y laborales, es posible que otras variables, no incluidas en este estudio, también influyan en los niveles de SB observados.

Sería beneficioso que futuras investigaciones exploren cómo otras características de los profesionales y del entorno laboral, inciden en este constructo. Aspectos como el capital psicológico, la satisfacción laboral, la formación continua o capacitación profesional, la resiliencia y el compromiso laboral podrían influir en este síndrome. Además, es relevante enfocar los estudios en grupos de profesionales homogéneos, lo cual permitirá caracterizar este síndrome y sus dimensiones de manera más específica, contribuyendo a conocer su relación con las particularidades y demandas propias de cada profesión.

CONCLUSIÓN

El 12,1% de los profesionales de la salud presentó Síndrome de *Burnout*, con mayor frecuencia en mujeres y en quienes trabajaban, en promedio 49,90 horas semanales. No se encontró asociación con la edad y la antigüedad en la institución.

La presencia del SB en los profesionales de la salud, junto con los factores sociodemográficos y laborales asociados, como el sexo femenino y la cantidad de horas laborales semanales, deben ser considerados en el diseño de estrategias de cuidado y bienestar institucional. Futuros estudios que aborden las características del entorno laboral y el impacto de estas estrategias institucionales, permitirían identificar factores adicionales involucrados en la prevalencia de este síndrome. Por otro lado, en aquellos casos, donde no se alcanzó el criterio SB, pero se evidenció elevado agotamiento emocional y despersonalización, como en los profesionales que se desempeñan en el área de atención médica con internación, es importante diseñar estrategias preventivas con la finalidad de evitar sus consecuencias y contribuir a la seguridad de atención hacia los pacientes.

CONFLICTOS DE INTERES: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

WQ: Conceptualización, Investigación, Escritura - borrador original, Escritura - Revisión y edición.

FB: Conceptualización, Investigación, Escritura - borrador original, Escritura - Revisión y edición.

YB: Conceptualización, Investigación, Escritura - borrador original, Escritura - Revisión y edición.

ED: Conceptualización, Supervisión, Escritura - borrador original, Escritura - Revisión y edición.

KM: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Supervisión, Escritura - borrador original, Escritura - Revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Society for Occupational Health Psychology. What is Occupational Health Psychology?. <https://sohp-online.org/field-of-ohp/>
2. Salanova M. Psicología de la salud ocupacional. Primera ed. Madrid: Síntesis; 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo: resumen ejecutivo. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 2022.
4. Organización Mundial de la Salud. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 2019. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
5. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory-Test Manual. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
6. Soares JP, Lopes RH, Mendonça PBS, Silva CRDV, Rodrigues CCFM, Castro JL. Use of the Maslach Burnout Inventory Among Public Health Care Professionals: Scoping Review. JMIR Ment Health. 2023; 10: e44195. <https://doi.org/10.2196/44195>
7. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev. Esp. Salud Pública. 2009;83(2):215-230.
8. Polacov S, Barrionuevo Battistini I, Barroso G, Cravero B, D'Alessandro T, Allende GE, et al. Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2021;78(4):371-5. <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n4.28749>

9. Pecci MC. Burnout en la residencia médica. Estudio transversal realizado en Buenos Aires, Argentina. *RAM.* 2022;9(4). 290-300.
10. Sigal A, Costabel J, Burgos L, Alves De Lima A. Burnout y resiliencia en residentes de cardiología y cardiólogos realizando subespecialidades. *Medicina (B. Aires).* 2020;80(2):138-142.
11. Ghahramani S, Lankarani K, Yousefi M, Heydari K, Shahabi S, Azmand, S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19. *Front Psychiatry.* 2021; 12, 758849. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758849>
12. Zhu H, Yang X, Xie S, Zhou J. Prevalence of burnout and mental health problems among medical staff during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open.* 2023;13(7): e061945. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061945>
13. Caldichoury Obando N, Ripoll Córdoba D, Morales Asencio B, Ibáñez Reyes S, Flórez Y, Reyes-Cervantes C, et al. Burnout en profesionales sanitarios de América Latina durante la pandemia de COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2024; 6-2024; 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.04.008>
14. Castro H, Prieto M, Muñoz A. Prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia Covid-19 y factores asociados. Estudio de corte transversal. *Medicina (B. Aires).* 2022; 82(4):479-486.
15. De Souza-Veloso A, de Souza D, Almeida-da Silva V, Diniz-dos Santos S, Matheus-Estrela F, Fonseca-de Souza A. Síndrome de burnout y factores asociados en enfermeras de cuidados intensivos: estudio transversal. *Enferm. Glob.* 2024; 23(74): 223-259. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.577341>
16. Torres F, Irigoyen V, Moreno A, Ruilova E, Casares J, Mendoza M. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2021; 8(1):126-136. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
17. Duran LG, Vega PS, Davit Baridón NS, Mattei L, Cappella RB, Scherñuk Schroh MP, et al. Prevalencia y subdiagnóstico del síndrome de burn out en servicios críticos en el contexto de la pandemia COVID-19. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2024;81(3):520-37. <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v81.n3.44389>
18. Galliussi G, Lerena A. Síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes especialidades de la ciudad de Paraná. [Tesis de grado]. Paraná: Pontificia Universidad Católica Argentina; 2020.
19. Rivas-García A, Miguez-Navarro M, Ferrero-García C, Marañón R, Vázquez-López P. Síndrome de burnout en pediatras con actividad asistencial en urgencias. Prevalencia y factores asociados. Análisis multinivel. *An Pediatr.* 2023; 98(2): 119-128. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.09.010>
20. Rendon M, Peralta S, Hernández E, Hernández R, Vargas M, Favela M. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfer. Glob.* 2020; 19(59): 479-506. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>
21. García-Molina C, Satorres-Perez M, Crespo-Mateos P, Quesada-Rico J, García-Soriano L, Carrascosa-Gonzalvo S. 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. *Rev Clin Med Fam.* 2022; 15(1):35-39.
22. Marsollier R. Burnout y Engagement en el análisis organizacional. *Contribuciones y Desafíos. Rev.Psic UNEMI.* 2021; 5(8): 62-71. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss8.2021pp62-71p>

23. Gilla M, Giménez S, Moran V, Olaz F. Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *LIBERABIT. Rev. Peru. Psicol.* 2019; 25(2): 179-193. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>
24. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
25. Plaza Ontiveros R, Periale H, Bonetto M, Martínez L, Camargo Correa R, Muñoz P, Atienza O, Cejas V. Prevalencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud del Policlínico Regional "Juan D. Perón" de la ciudad de Villa Mercedes, San Luis. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2023;80.
26. Terradez M, Martino P, Ramos S, Trossero V. Estrés laboral y burnout en kinesiólogos/as con orientación en neurorrehabilitación en la ciudad de Rosario. *SEyS.* 2023;2(1):56-65.
27. Vieira J, Anido I, Calife K. Female health care professionals and repercussions of the Covid-19 pandemics: is it harder for them?. *Saúde Debate.* 2022; 46(12):47-62. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>
28. Musarella N, Discacciati V. Doble jornada laboral y percepción de la salud en mujeres: investigación cualitativa. *Evid Actual Pract Ambul.* 2020;23(3):e002046.
29. John A, Bouillon-Minois JB, Bagheri R, Pélissier C, Charbotel B, Llorca PM, Zak M, Ugbole UC, Baker JS, Dutheil F. The influence of burnout on cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2024;19(15):1326745. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1326745>
30. Salvagioni D, Melanda F, Mesas A, Gonzaález A, Gabani F, Andrade S. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE.* 2017; 12(10):e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
31. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham CA, Peters D, Esmail A, Panagioti M. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2022; 14;378:e070442. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070442>