

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT, EN EL PERSONAL DE SALUD
DE AREAS DE ALTO ESTRÉS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES, EN EL
AÑO 2025.**

Autores:

**Dra. Marjorie Polette Rivera Guerrero
Dr. Mario Francisco Franco Sorto**

Para optar al grado de:

ESPECIALISTA en Anestesiología

Asesor:

Dr. Federico Antonio Orellana Arteaga

**Ciudad universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, diciembre,
2025**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalfo Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Dr. C. Franklín Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Dr. C. Roberto Carlos Hernández Marroquín

Director DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Giovanni Alexander Polanco García

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
SÍNDROME DE BURNOUT.....	4
<i>Instrumento</i>	4
ANTECEDENTES DEL ORIGEN DEL CONCEPTO BURNOUT.....	6
<i>Causalidad del burnout</i>	7
<i>Discusión sobre su uso</i>	9
EPIDEMIOLOGÍA DEL BURNOUT.....	10
PREVENCIÓN.....	11
Intervenciones a nivel individual	12
MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
TIPO DE DISEÑO:	16
POBLACIÓN.....	16
MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS:	17
VARIABLES.....	18
ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE LOS DATOS.....	19
ESTRATEGIA DE ANÁLISIS.....	19
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

RESUMEN

El síndrome de burnout (agotamiento profesional) es un síndrome resultado de estrés crónico que ha sido relacionado con el trabajo o roles intensivos de cuidado. Se conceptualiza como un proceso gradual que incluye: agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y reducción de la sensación de logro o eficacia personal. El modelo de Maslach o Maslach Burnout Inventory fue desarrollado por Christina Maslach y colaboradores para medir el desgaste profesional, especialmente en trabajos de ayuda y servicios humanos.

Objetivo. Conocer la prevalencia del síndrome de burnout medido con el Instrumento de Burnout Maslach Inventory (BMI), en el personal de salud multidisciplinario del Hospital Nacional Rosales, en el año 2025.

Materiales y métodos: Utilizamos un diseño descriptivo, transversal de prevalencia, basado en encuesta digital vía Google Forms. El Instrumento utilizado fue el Burnout Inventory de Maslach (MBI-GS o MBI-HSS) de 22 ítems y 3 dimensiones que está validado. Se hizo un muestreo por conveniencia, invitando al personal a participar. Los datos son presentados en estadística descriptiva, y se hizo test de asociación de variables entre el puntaje y función, jornada laboral y tiempo de laborar en la institución.

Resultados: Contestaron la encuesta 91 personas

Conclusión: La prevalencia de Burnout en nuestro estudio es del 100%, siendo el nivel medio el más prevalente con 79.12%. Los factores asociados fueron tener la función de residentes

INTRODUCCIÓN

Síndrome de Burnout

Desde 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “un síndrome resultante del estrés crónico e inmanejable en el lugar de trabajo”.(1)

Según la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, undécima revisión (CIE-11), tres síntomas definen esta entidad:

- (i) sensación de agotamiento o falta de energía
- (ii) mayor distanciamiento mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo hacia el mismo
- (iii) sensación de ineficacia y falta de logro

La CIE-11 incluye el síndrome de burnout entre los factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud.

Instrumento

Publicado en 1981, el Maslach Burnout Inventory (MBI) fue la primera medida cuantitativa estandarizada del burnout y actualmente es la medida más ampliamente utilizada para cuantificar el Burnout.(2) (3), jugando un papel clave en hacer del burnout un objeto de investigación en la ciencia de la salud ocupacional.

El MBI aborda el burnout como “un síndrome inducido por un estrés laboral insuperable que comprende síntomas de agotamiento, cinismo e ineficacia”. El agotamiento se considera el núcleo del burnout. El instrumento consiste en un cuestionario que evalúa la frecuencia de los síntomas que ocurrieron durante el último año. Está compuesto por tres dimensiones nucleares que son:

- Agotamiento emocional, EE del inglés: es el sentirse drenado y fatigado por el trabajo. Tiene 9 preguntas
- Despersonalización (DP): Una actitud impersonal o desprendida hacia el recipiente de los servicios provistos. Tiene 5 preguntas

- Logro personal (PA): sentimiento de competencia y de logro exitoso en el trabajo. Este tiene 8 preguntas.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Las preguntas son colocadas en una encuesta con escala tipo Likert con puntaje de 5 niveles. Cada ítem o pregunta oscila desde uno de nunca, hasta cinco diariamente.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo" (4).

Calculando e interpretando el score.

1. Sumar las preguntas: lo primero a hacer es que para cada subescala se deben sumar el resultado de cada pregunta respectiva.
2. Luego se calculan los puntajes obtenidos en las subescalas: el score total de cada subescala indica el nivel de burnout o bienestar en ese dominio.
3. Interpretando los Scores obtenidos: Basados en datos normativos se han clasificado los puntajes según los distintos puntos de corte que podemos ver en la tabla 1 en: bajo nivel, Moderado nivel o alto nivel de burnout.

Tabla 1. Sistema de puntuación para evaluar el nivel de síntomas del síndrome de

burnout (5)

Dimensiones	Sistema de puntuación		
	Alto nivel	Nivel medio	Nivel bajo
Agotamiento emocional (EE)	≥ 29	18-29	0-17
Despersonalización (DP)	≥ 13	7-12	0- 6
Reducción del rendimiento profesional (PA), funciona a la inversa	< 33	34-39	> 40

Para comprender los perfiles del burnout se sugieren cruzar los resultados de los puntajes de las tres dimensiones de la siguiente manera:

- EE alto + DP alto + PA bajo indica burnout severo, que requiere intervención inmediata
- EE alto + DP moderado + PA moderado: sugiere un agotamiento emocional predominantemente, pero las otras áreas están menos afectadas
- Bajo EE + Bajo DP + Alto PA: representa la actitud de un trabajador sano con bajo riesgo de burnout.

Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome. Con estos perfiles las organizaciones pueden trazar intervenciones en sus recursos humanos.

Antecedentes del origen del concepto Burnout.

Una revisión de la literatura inicial sobre el síndrome de burnout informa que la definición de burnout reflejada en el Inventario de Burnout de Maslach fue preestablecida, y no proviene de una investigación rigurosa y replicable. El primer artículo de Maslach sobre el tema, publicado en 1976, ya describía el síndrome de burnout en detalle, en una época en la que no se había realizado ningún estudio científico al respecto. El autor mencionó la fatiga, la sobrecarga emocional, el distanciamiento y retraimiento psicológicos, las actitudes cínicas o negativas y la sensación de fracaso personal que se consideraban características de las personas afectadas. Por lo tanto, los componentes de agotamiento, cinismo e ineficacia del Inventario de Burnout de Maslach estaban, en esencia, todos presentes. El artículo incluso analizó las variaciones en las tasas de burnout, a pesar de la ausencia de criterios diagnósticos que hubieran permitido identificar y contabilizar los casos de burnout. (5)

Causalidad del burnout

Desde el artículo inaugural, Maslach abordó la causa del síndrome como si se tratara de un problema dilucidado. La autora profundizó en la incapacidad para

afrontar los factores estresantes laborales como principal causa etiológica del burnout. El estrés laboral irresoluble se presentó como el factor clave para combatirlo. El artículo, publicado en una revista de ciencias sociales, adoptó la forma de un informe narrativo en el que el burnout se trató editorialmente como una entidad establecida. No se proporcionó información sobre la validez y fiabilidad del modus operandi seguido para identificar los síntomas y los determinantes del burnout. (6)

Los artículos publicados posteriormente por Maslach y sus colegas a finales de la década de 1970 aprovecharon estas preconcepciones y las difundieron aún más. La literatura existente hasta ese momento era poco concluyente, pero abrió las puertas para profundizar el estudio de este problema planteado. Este conjunto de trabajos reafirmó las ideas preconcebidas de los autores sobre el síndrome de burnout en lugar de someterlas a un escrutinio crítico y una evaluación adecuada. La publicación del Inventario de Burnout de Maslach a principios de la década de 1980 cristalizó la definición del síndrome de burnout como un síndrome trifásico inducido por el estrés laboral. El cuestionario se elaboró mediante el análisis factorial de un conjunto de ítems impregnados con las preconcepciones mencionadas anteriormente.

El hecho de que el síndrome de burnout estuviera en gran medida predefinido inevitablemente genera inquietudes sobre la solidez de la caracterización del síndrome. Hasta el día de hoy, no está claro por qué se considera el agotamiento, el cinismo y la ineficacia como síntomas característicos de los trabajadores estresados. Muchos autores han subrayado que este cuadro sintomático carece de fundamento clínico y teórico. En efecto, la respuesta humana al estrés (laboral) irresoluble implica una serie de síntomas que requieren un examen serio, como anhedonia, disforia, alteraciones neurovegetativas y psicomotoras, deterioro cognitivo o tendencias suicidas. El concepto de burnout pasa por alto la mayoría de estos síntomas.

Los investigadores han cuestionado aún más la coherencia sindrómica del síndrome de burnout. Como síndrome de agotamiento, cinismo e ineficacia, el burnout se considera distinto de trastornos relacionados con el estrés, identificados desde hace tiempo, como la depresión. Sin embargo, el agotamiento suele correlacionarse más fuertemente con los síntomas depresivos que con el cinismo y la ineficacia.(7) Este patrón de resultados no concuerda con la noción de que el burnout sea un síndrome independiente. Por definición, un síndrome se refiere a un conjunto de signos y síntomas coexistentes. Dado que el agotamiento coexiste con menos frecuencia con el cinismo y la ineficacia que con los síntomas depresivos, no está claro por qué el cinismo y la ineficacia se incluyen en el síndrome cuando se descartan los síntomas depresivos. (8)

La hipótesis inicial de que el síndrome de burnout se debía principalmente al estrés laboral ha sido estudiada. Numerosos estudios han abordado esta causalidad entre los factores estresantes laborales y el síndrome de burnout, las cuales han sido resumidos en una revisión sistemática con metaanálisis que concluye que los factores estresantes laborales son predictores débiles del síndrome de burnout. (9) Al contrario que los resultados del análisis de causalidad del estrés laboral, la depresión parece si tener causalidad. (10) Esto podría explicar la limitada eficacia de las intervenciones dirigidas a las organizaciones para el síndrome de burnout. (11)

Dada la dificultad inherente a establecer vínculos causales creíbles en la investigación psicológica y psiquiátrica, generalmente se requiere un trabajo extenso y meticuloso para producir inferencias causales con cierto grado de confianza. Sorprendentemente, los pioneros de la investigación sobre el síndrome de burnout extrajeron conclusiones inmediatas sobre su etiología. Sin embargo, los predictores del síndrome de burnout no son la única fuente de preocupación. Las secuelas del síndrome de burnout también son cuestionables. Por ejemplo, aunque se espera que el síndrome de burnout debilita gravemente la capacidad laboral de una persona, solo se han documentado vínculos tenues

entre el síndrome de burnout y el rendimiento laboral objetivo. (12) Por lo tanto, ambos extremos de la cadena del síndrome de burnout parecen requerir una reconsideración.

Es importante mencionar algunos de los factores predisponentes para desarrollar el síndrome de burnout, entre ellos se encuentran: factores psicosociales que son aquellas características de las condiciones de trabajo, pero sobre todo de su organización, que pueden afectar la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también se les denomina estrés. Estos factores psicosociales representan la exposición, la organización del trabajo, mientras que el estrés es el precursor del efecto.

(13)

Discusión sobre su uso

La confusión en torno a la definición de burnout es aún más perceptible a nivel diagnóstico. A pesar de casi 50 años de investigación, no existe un diagnóstico válido para el síndrome. La incapacidad de generar y validar criterios diagnósticos claros para el burnout plantea dudas adicionales sobre el contenido del concepto. Si el agotamiento, el cinismo y la ineficacia conforman un síndrome bien definido y cohesivo, las personas afectadas deberían ser identificables. El Síndrome de BurnOut engloba múltiples aspectos que se deben considerar para conceptualizar el diagnóstico.

A pesar de la ausencia de un diagnóstico válido, el síndrome de burnout se presenta a menudo como una enfermedad generalizada. (14) La mayoría de los estudios utilizaron un inventario basado en el MBI, que considera que el agotamiento consta de 3 dominios: agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro personal. Maslach definió el agotamiento general como agotamiento emocional alto junto con una alta despersonalización o un bajo logro personal. (15) La ausencia de criterios de diagnóstico para el agotamiento tiene implicaciones significativas. Un diagnóstico sólido es un requisito previo para los tratamientos e intervenciones adecuados, independientemente del nivel o niveles

en los que se prevén los tratamientos e intervenciones (por ejemplo, individual, organizacional). Un diagnóstico sólido también es un requisito previo para las estimaciones de prevalencia adecuadas, un tema crítico para los tomadores de decisiones de salud pública. (16)

Epidemiología del Burnout.

Los hallazgos de un estudio nacional en un país de primer mundo y otros estudios en Estados Unidos indican que la prevalencia del agotamiento entre los médicos está en un nivel alarmante, los médicos en especialidades en la primera línea de acceso a la atención (medicina de emergencia, medicina interna general y medicina familiar) tienen el mayor riesgo, los médicos trabajan más horas y tienen mayores dificultades con la integración de la vida laboral y la que otros trabajadores, y después de ajustar las horas trabajadas por semana, los niveles más altos de educación y títulos profesionales parecen reducir el riesgo de agotamiento en campos fuera de la medicina, mientras que un título en medicina (MD o DO) aumenta el riesgo. Estos resultados sugieren que la experiencia de agotamiento entre los médicos no simplemente refleja tendencias sociales más amplias, ver tabla 2. (17)

El agotamiento puede tener graves repercusiones personales para los médicos, incluyendo el consumo problemático de alcohol, las relaciones rotas y la ideación suicida. Cuando se considera con la creciente evidencia de que el agotamiento de los médicos afecta negativamente la calidad de la atención, estos hallazgos sugieren un problema altamente prevalente y sistémico que amenaza la base del sistema de atención médica. El hecho de que casi 1 de cada 2 médicos tenga síntomas de agotamiento implica que los orígenes de este problema tienen sus raíces en el medio ambiente y el sistema de prestación de atención en lugar de las características personales de unos pocos individuos susceptibles. (18)

Tabla 2. Prevalencia de síntomas de síndrome de burnout según clasificación de riesgo

Clasificación del riesgo del síndrome de burnout	%
Alto	10.6
Moderado	18.1
Bajo	71.3

Prevención

Si bien no se ha podido comprobar la relación burnout con ningún factor específico causal, hay autores que han creado pasos que las instituciones deberían seguir sobre todo las sanitarias para prevenir dicho síndrome en sus médicos, como podemos ver en la tabla 3.

Tabla 3. Métodos de prevención

Diez pasos para prevenir el agotamiento médico
<p>Métricas institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convertir la satisfacción y el bienestar de los médicos en indicadores de calidad • Incorporar la atención plena y el trabajo en equipo en la práctica • Disminuir el estrés provocado por los registros médicos electrónicos
<p>Condiciones de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignar los recursos necesarios a las clínicas de atención primaria para reducir las disparidades en la atención médica • Contratar médicos temporales para cubrir eventos predecibles de la vida • Promover el control médico del ambiente de trabajo • Mantener tamaños manejables de consultorios de atención primaria
<p>Desarrollo profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la aptitud profesional del médico, protegiéndolo con tiempo para actividades significativas • Promover carreras a tiempo parcial y el trabajo compartido
<p>Cuidados personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haga del autocuidado una parte del profesionalismo médico

Intervenciones a nivel individual

Intervención de capacitación. Una mayor concienciación sobre las señales y el impacto del síndrome de burnout es una herramienta esencial para prevenirlo en el ámbito laboral, al igual que las evaluaciones periódicas de burnout. El Inventario de Burnout de Maslach, desarrollado en 1986, es el instrumento de evaluación de burnout más utilizado. Este instrumento podría ser utilizado longitudinalmente por una agencia para medir el cambio en cada miembro del personal y para fundamentar las intervenciones de apoyo necesarias. La capacitación periódica para la intervención del burnout normalizará el proceso continuo del burnout, desde la satisfacción por compasión hasta la fatiga por compasión, y fomentará la autoconciencia y el autocuidado en el ámbito laboral.
(19)

Autocuidado. Las investigaciones respaldan que algunas de las mejores maneras de mitigar el síndrome de burnout son aumentar la conciencia de sus signos y síntomas, crear una rutina de autocuidado y mantener un equilibrio entre la vida laboral y personal.

Intervenciones a nivel interpersonal

Establecer relaciones interpersonales sólidas entre compañeros de trabajo, supervisores y pares puede mejorar el bienestar personal y ayudar a crear un entorno de trabajo más saludable.

Mentoría. Una forma de mitigar el malestar psicológico es mediante un mayor apoyo social positivo y conexiones. El apoyo entre compañeros es un aspecto importante de la prevención del agotamiento profesional y puede lograrse mediante relaciones de mentoría. La mentoría se asocia con menores niveles de agotamiento profesional en profesionales emergentes. La mentoría brinda la oportunidad de aprovechar y ampliar los efectos de las intervenciones de capacitación individuales. Fomenta las relaciones y conexiones entre mentores y aprendices dentro de las agencias o entre ellas. El apoyo a las relaciones y actividades formales de mentoría demuestra una cultura organizacional que

apoya las necesidades del personal. La mentoría puede incluir reuniones regulares, actividades sociales, vías para conexiones virtuales y apoyo para el logro de objetivos profesionales. (20)

El hecho de que el síndrome de burnout sea una reacción al estrés a largo plazo permite medir e intervenir. Para combatir el síndrome de burnout, las organizaciones deben identificar el estrés en sus etapas iniciales (Fig. 1) y elegir programas para prevenirlo antes de que se presente. Seguir este modelo de mejora de la calidad (MC) para el autocuidado organizacional puede generar un entorno de trabajo sostenible para los profesionales clínicos, con atención de alta calidad y accesible para los pacientes (véase la Figura 1)

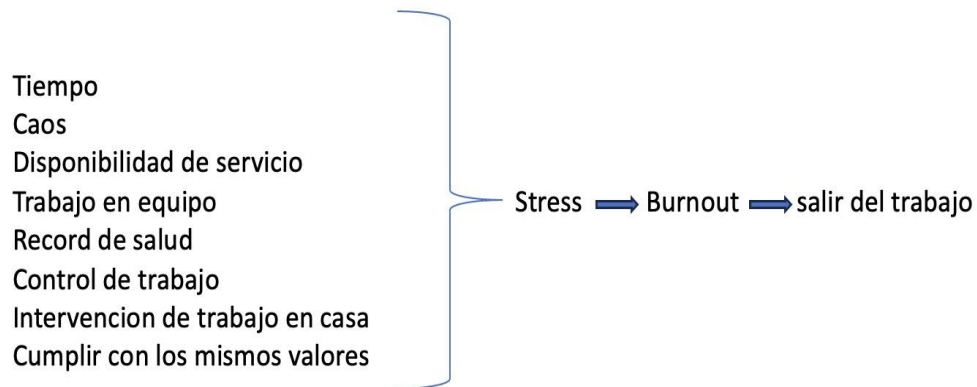


Figura 1. Esquema de las supuestas relaciones causales

Desarrollo Profesional:

El personal de salud es la columna vertebral de cualquier sistema sanitario, y su bienestar es crucial para la calidad de la atención al paciente.

El síndrome de burnout, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal es una problemática global con repercusiones significativas en la salud mental de los trabajadores, la calidad asistencial y la sostenibilidad de los servicios de salud.

Áreas de atención hospitalaria de alto estrés.

Las áreas hospitalarias de alto estrés incluyen emergencias, cuidados intensivos, quirófanos y esto principalmente debido a la carga de trabajo, escasez de personal, exposición a la muerte, y la alta presión para tomar decisiones críticas. Dentro de las especialidades médicas anestesiología es muy susceptible a presentar síndrome de Burnout debido a que trabajan en entornos de alta presión con jornadas laborales y la necesidad de tomar decisiones críticas en muy corto tiempo, la evidencia disponible pone de manifiesto el riesgo de desarrollar enfermedades mentales, como la depresión y el suicidio. (21) La evidencia actual describe que la prevalencia del burnout en anestesiología se encuentra entre las más altas de todas las especialidades médicas, con tasas cercanas al 40 % hasta el 80%.(22)

Una de las más grandes cohortes de evaluación del Burnout en profesionales de la anestesia (1603 cuestionarios contestados), mostró una tasa del 63% de burn out y pudo identificar factores relacionados al mismo en análisis multivariado, tales como:

La percepción subjetiva de la calidad del trabajo, OR 0.87 (IC 95% 0.813-0.939), $p= 0.0002$

La percepción subjetiva de la calidad de la vida privada, OR 0.90 (IC 95% 0.840-0.967), $p= 0.004$

La percepción de la fatiga sentida en el año, OR 1.06 (IC 95% 1.005- 1.128), $p= 0.03$

Escala de depresión, OR 1,09 (IC 95% 1.050-1.127), $p=0.000003$

Conflictos con los colegas, OR 1,44 (IC 95% 1.099- 1.881), $p= 0.008$

Conflictos con los pacientes, OR 1,79 (IC 95% 1.312- 2.439), $p= 0.0002$

Arrepentimiento por escoger la especialidad, OR 1,86 (IC 95% 1.331- 2.603), $p=0.0003$. (23) El Hospital Nacional Rosales, como ex centro de referencia en El Salvador, enfrentaba desafíos inherentes a la atención de los pacientes

complejos, los cuales podrían exacerbar los niveles de stress que podría generar burnout en su personal multidisciplinario (médicos, enfermeras, técnicos y terapeutas, etc). Por lo que planteamos el presente estudio con el objetivo primario de Conocer la prevalencia del síndrome de burnout medido con el Instrumento de Burnout Maslach Inventory (BMI), en el personal de salud multidisciplinario en las áreas críticas del Hospital Nacional Rosales, en el año 2025. Y como objetivos secundarios:

- Describir las características demográficas, y laborales del personal multidisciplinario que contestó el BMI, en el Hospital Nacional Rosales en los últimos meses del 2025.
- Determinar la prevalencia de las dimensiones del síndrome de burnout del personal multidisciplinario que contestó el BMI y labora en el Hospital Nacional Rosales a finales del 2025.
- Asociar las variables sociodemográficas, y laborales con la presencia del síndrome de burnout en el personal multidisciplinario que contestó el BMI y labora en el Hospital Nacional Rosales a finales del 2025.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Diseño:

Utilizamos un diseño descriptivo, transversal de prevalencia, basado en encuesta.

Población

Población Diana: Personal de Salud de Hospitales Nacionales

Población de Estudio: Personal de salud del Hospital Nacional Rosales de áreas de alto estrés

Muestra: Personal de salud multidisciplinario que labora activamente en cuidados críticos, Cirugía General y Anestesiología del Hospital Nacional

Rosales

Criterios de inclusión:

1. Que labore en el Hospital Nacional Rosales
2. Que labore en áreas de alto estrés: Unidad de Cuidados Intensivos, Cirugía General y Anestesiología
3. Activo laboralmente al momento del estudio
4. Que acepte participar en el estudio **Criterios de exclusión:**

Ninguno

Tamaño de la muestra: No se estimó, se invitó a participar a todo el personal con criterios de inclusión

Muestreo: no probabilístico de conveniencia, voluntarios.

Procedencia de los sujetos: del Hospital Nacional Rosales

Método de recogida de datos:

- Una vez obtenido la **aprobación del comité de ética de investigación en salud** del Hospital Nacional Rosales y de las autoridades institucionales pertinentes
- Se les invitó a las jefaturas de las que fueron las Unidades de Cuidados críticos (UCI general, UCI trauma, UCI quirúrgica, UCI

coronarios/cardiovascular y Cuidados intermedios), de Departamento de Cirugía de todos sus médicos agregados activos y residentes, Servicio de Anestesiología (médicos agregados activos y licenciados, y residentes) y todas las jefaturas de enfermería de las áreas previamente mencionadas, para que se extendiese en su personal la participación al presente estudio.

- **Se envió el enlace a un cuestionario previamente elaborado** en línea a través de plataformas seguras (Google Forms) para facilitar la logística, el anonimato y el análisis de los datos para su autoadministración.
- **El cuestionario va precedido de un Consentimiento Informado** de cada participante incluido dentro del formulario, garantizando la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas

Instrumento utilizado para medir Burnout:

- **Cuestionario con las variables a investigar incluyendo el Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS o MBI-HSS) para evaluación del Burnout**

Variables

Variable	Definición operativa	Medición	Interpretación
Número correlativo	Número asignado al sujeto según participación	Numérico	No cuantificable solo para verificación de la integridad del dato
Edad	Años desde el nacimiento hasta la respuesta a la encuesta	Estratos de 10 años 20 a 30 años 30 a 40 años 40 a 50 años 50 a 60 años ≥60 años	Variable categórica
Sexo	Características biológicas que determinan el género	Masculino Femenino Prefiere decirlo no	Variable categórica nominal
Área de servicio	Servicio donde presta la atención en salud en el HNR	UCI Anestesiología Cirugía	Variable categórica nominal
Función que desempeña	Profesión con la que presta su atención en salud	Médico agregado Residente Enfermería Licenciado en anestesiología	Variable categórica nominal
Tiempo de laborar con la institución	Tiempo en años distribuidos en estratos de 5 años de laborar contratado en su función actual en el hospital	0 a 5 años 5 a 10 años 10 a 15 años 15 a 20 años 20 a 30 años >30 años	Variable categórica nominal

Duración de jornada laboral	Tiempo diario en horas contratadas en el hospital	\leq 4 horas 6 horas 8 horas 12 horas <12 horas	Variable categórica nominal
Inventario de Burnout de Maslach	Cuestionario validado del MBI con sus puntajes del 1 al 5 para tres dimensiones	>75= alto 25-75 =Medio <25= bajo	Variable categórica ordinal
	conteniendo 22 preguntas con un grado máximo de 110 puntos		

Para el presente estudio no hubo intervención a introducir ni tampoco seguimiento por ser un estudio transversal.

Entrada y gestión informática de los datos

El formato Google drive genera una base de datos en Excel con las variables necesarias. Esa base luego se introducirá en el software estadístico JAMOVI 2.6.26

Estrategia de análisis

Los datos se procesaron en:

Estadística descriptiva de la siguiente forma:

Variables categóricas en frecuencias, y porcentajes.

Las variables cuantitativas primero se les evaluó la normalidad y dependiendo de ello se presentaba en la correspondiente medida de tendencia central, media para los datos normales y mediana para los normales, cada uno con su respectiva dispersión.

Los puntajes de la escala MBI se procesaron:

Por dimensión, sacando según su normalidad si media o mediana, para observar la categoría a la cual corresponden

Se cruzó el puntaje según: tiempo de laborar en la institución, jornada diaria y por área y función que desempeña en la institución.

Además, para cada dimensión se le calculó el Alfa de Cronbach, estimando que fuera fiable si era superior a 0.70.

El estudio fue sometido a evaluación ética previo a su desarrollo, al Comité de ética de investigación en salud del Hospital Nacional Rosales, y se aceptó el consentimiento virtual.

RESULTADOS

91 personas aceptaron contestar la encuesta de Maslach vía digital.

Características de las personas que respondieron

Hubo un predominio de participantes femeninas, y en edades la mayoría (38.46%) pertenecían al estrato entre 30 a 40 años. El 49.5% tenían entre 1 a 5 años de laborar en la institución, ver tabla 4 y 5.

Tabla 4. Características demográficas de los participantes

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	61	67
Masculino	30	33
Edad		
20 a 30 años	23	25.3
30 a 40 años	35	38.46
40 a 50 años	18	19.8
50 a 60 años	13	14.3
Más de 60 años	2	2.2
Tiempo de laborar en la institución	45	49.5
1 a 5 años	8	8.79
5 a 10 años	12	15.4
10 a 15 años	7	7.69
15 a 20 años	14	15.38
20 a 30 años	5	5.49
Más de 30 años		
Jornada laboral		
<4 horas	2	2.2
8 horas	29	31.86
12 horas	19	20.9
Más de 12 horas	41	45.1

Igualmente, según sus funciones, se observa que hubo una mayor participación de residentes (37.36%), ver tabla 5.

Tabla 5. Distribución de los participantes según su función y área donde labora

Función	Área			Total
	Cirugía	Anestesiología	UCI	
Enfermería	15	0	18	33
Residente	23	10	1	34
Staff	0	8	5	13
Lic. de anestesia	0	11	0	11
Total	38	29	24	91

Resultados de la encuesta

Observando los resultados globales, de todo el grupo, podemos observar, según dimensiones el siguiente perfil:

EE medio + DP medio + PA alto, ver tabla 6.

Tabla 6. Frecuencia de las respuestas según dimensión y su categorización

Dimensión	Alto	Medio	Bajo	Total de medio + alto
Agotamiento emocional (EE)	30 (33%)	46 (51%)	15 (16%)	76 (83.51%)
Despersonalización (DP)	18 (19.8%)	46 (50.5%)	27 (29.7%)	64 (70.33%)

Reducción de la realización personal (PA)	53 (58%)	34 (37%)	4 (4%)	87 (95.6%)
---	----------	----------	--------	---------------

Observando el dato por puntaje, igual al dato categorizado que en el grupo global, los puntajes según dimensión se ubican bajo la categoría de medio, excepto en realización personal en el cual es alto el burnout, ver tabla 7.

Tabla 7. Puntaje global según dimensión en medianas y sus rangos

Dimensión	Mediana de puntaje	Rangos	Alfa de Cronbach
Agotamiento emocional (EE)	23	9 a 45	0.930
Despersonalización (DP)	9	5 a 23	0.809
Realización personal (PA)	31	11 a 40	0.818

Al dejar el puntaje sin categorizar, se observa que la mediana de la Realización personal se encuentra en el rango de alto burnout, con valor < a 33.

Al valorar en nuestra muestra la media con la desviación estándar del instrumento, junto con su alfa de Cronbach y W de McDonald, se encontraron similares a los reportados por su creadora Maslach, ver tabla 8

Tabla 8 Valores de alfa Cronbach y w de McDonald por dimensión del instrumento

Dimensión	Media de la escala	Desviación estándar	Alfa de Cronbach	w de McDonald
Agotamiento emocional (EE)	2.69	0.994	0.930	0.931
Despersonalización (DP)	1.92	0.864	0.809	0.818
Realización personal (PA)	3.80	0.802	0.818	0.829

El alfa de Cronbach fue mayor a 0.70 para las tres dimensiones. Graficando

el resultado global lo vemos así, ver figura 2

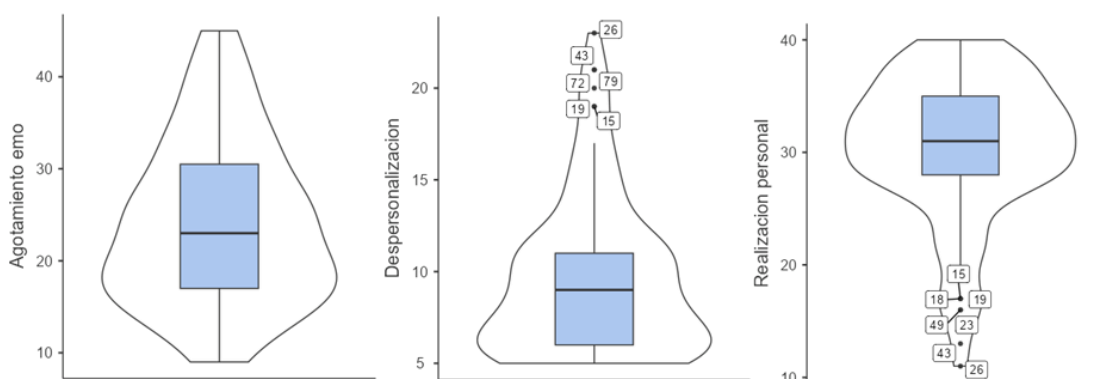


Figura 2. Distribución de los puntajes del BOI según dimensión

Observando que todos tienen algún grado de Burnout, siendo la reducción de la realización personal la dimensión que produce más alto puntaje para el burnout, con el 95.6% de ellos entre mediano y alto.

Asociaciones

a. Valorando según función

a.1. Agotamiento emocional

Observamos que el residente tiene alto burnout en esta dimensión con puntaje medio de 30 y DE ± 8.71 , encontrando diferencias, con los otros profesionales, que tuvieron puntajes medios, y bajo, $p < 0.001$, ver figura 3.

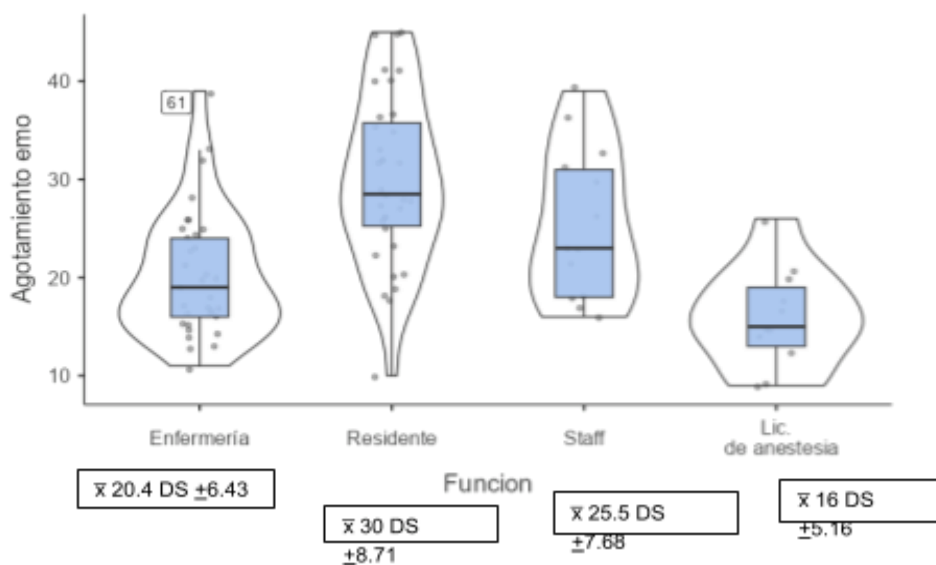


Figura 3. Puntaje de Agotamiento emocional según función

Funcion	Alto	Interpretación Agotamiento emocional			Interpretación despersonalización			interpretación realización personal	
		Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Enfermería	4	21	8	0	20	13	15	16	2
Residente	21	12	1	16	14	4	27	6	1
Staff	5	8	0	2	8	3	10	3	0
Lic. de anestesia	0	5	6	0	4	7	1	9	1
Total	30	46	15	18	46	27	53	34	4

Siendo el residente con los puntajes más altos en las tres dimensiones

a.2. Despersonalización

En relación a la despersonalización, los residentes tuvieron puntaje alto de burnout con una mediana de 12, y rangos de 6 a 23, siendo estadísticamente diferente, con los puntajes medios y bajo de los otros profesionales, $p < 0.001$, ver figura 4.

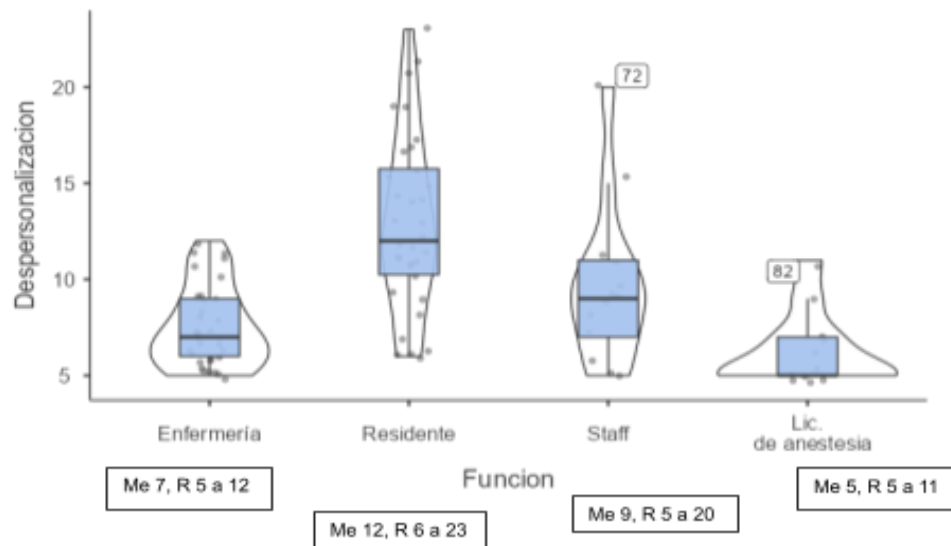


Figura 8. Distribución de los puntajes dimensión Despersonalización según función
a.3. Reducción del rendimiento personal o realización personal

En la reducción del rendimiento personal, solo los licenciados en anestesia obtuvieron puntaje categorizado medio de burnout, y los demás alto burnout, y es estadísticamente significativamente diferente, $p < 0.001$. Siendo el de función de residente el que más bajo puntaje tiene con media de 27.3, por lo tanto más alto burnout.

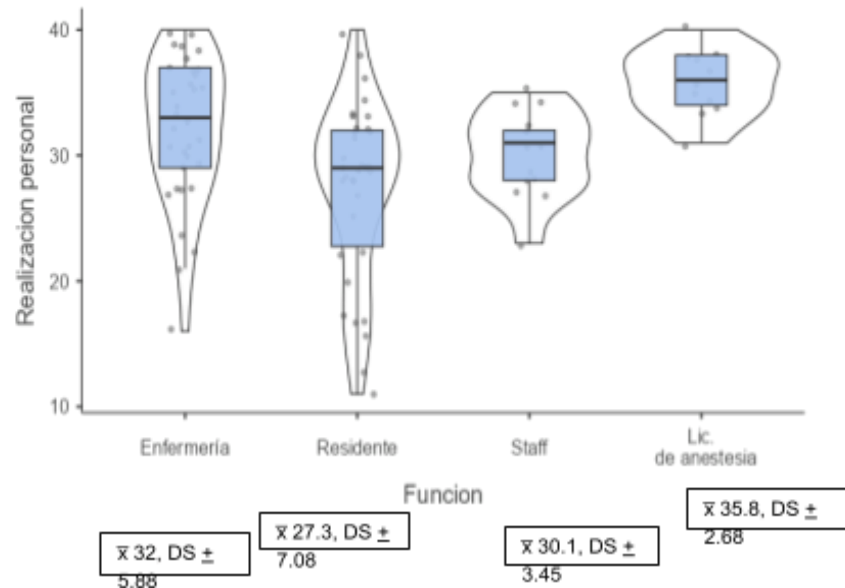


Figura 9. Distribución de los puntajes dimensión Realización personal según función

b. Medición de los puntajes según áreas críticas

b.1. Agotamiento emocional.

Observamos que para EE se obtuvieron medias en nivel medio burnout, medias entre 24 a 26, y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ellas, $p= 0.115$, ver figura 6.

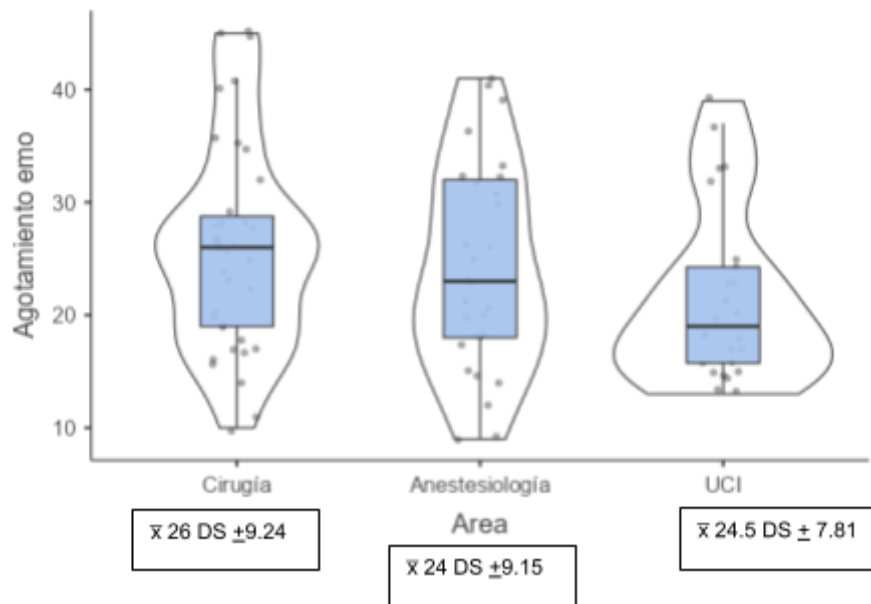


Figura 10. Distribución de los puntajes dimensión Agotamiento emocional según área crítica

b.2. Dimensión de despersonalización por área crítica

En relación a la despersonalización, se observa que cirugía obtuvo un puntaje de burnout alto en comparación con los otros profesionales y fue estadísticamente significativo, $p=0.009$, ver figura 7

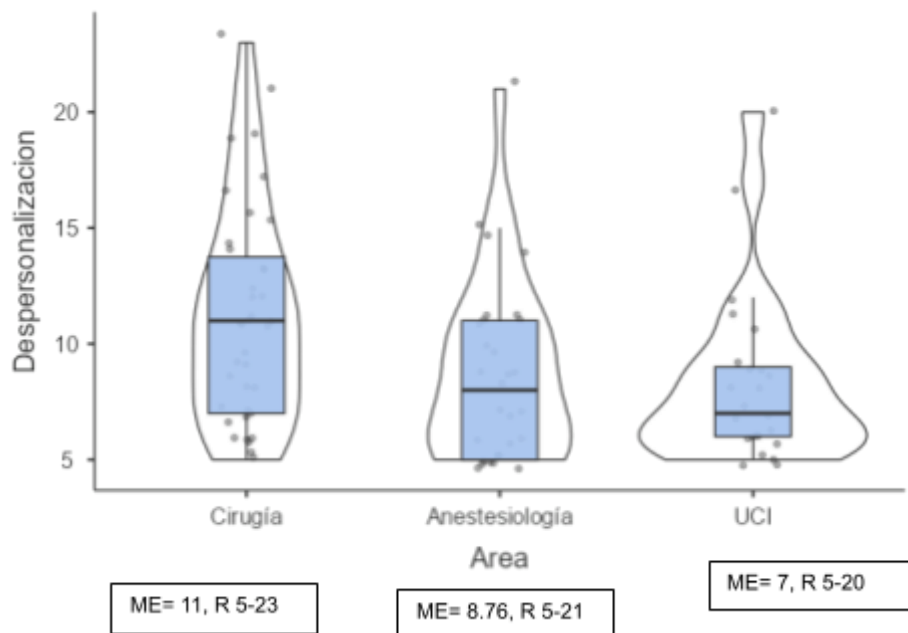


Figura 11. Distribución de los puntajes dimensión Despersonalización según área crítica

b.3. Dimensión realización personal

En esta dimensión, las 3 áreas tuvieron puntajes bajos de burnout, y fueron iguales estadísticamente hablando, $p= 0.054$, ver figura 8.

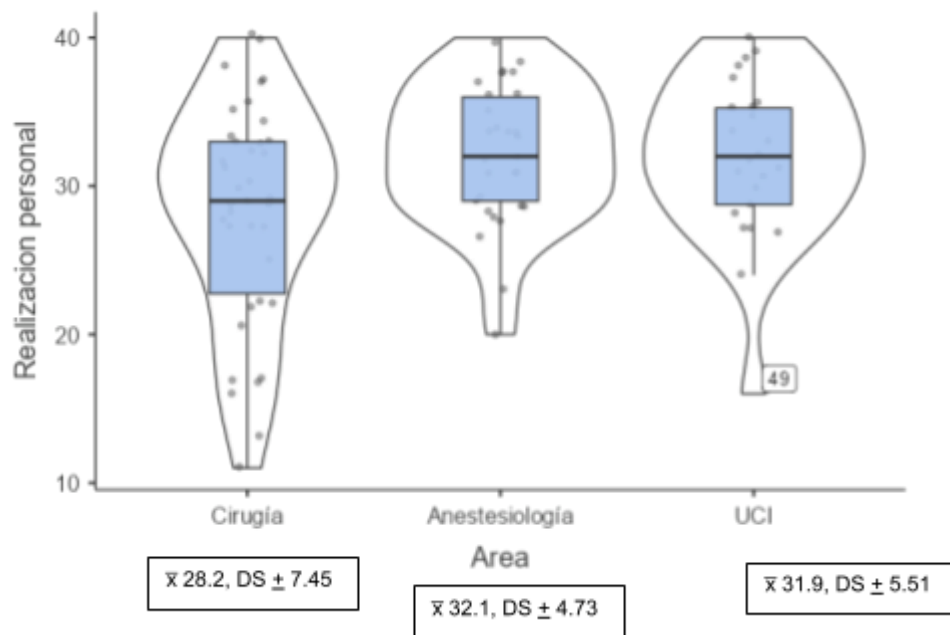


Figura 12. Distribución de los puntajes dimensión Realización personal según área crítica

- c. Evaluación del puntaje de burnout por tiempo de laborar en la institución.
 - c.1. Agotamiento emocional, en esta dimensión se observó que los que tenían de 1 a 5 años de laborar en la institución, tenía alto burn out, y la diferencia fue estadísticamente significativa, ya que el resto tuvieron puntos medios y los de más de 20 años y más de 30 años con los puntajes más bajos, $p < 0.001$, ver figura 9.

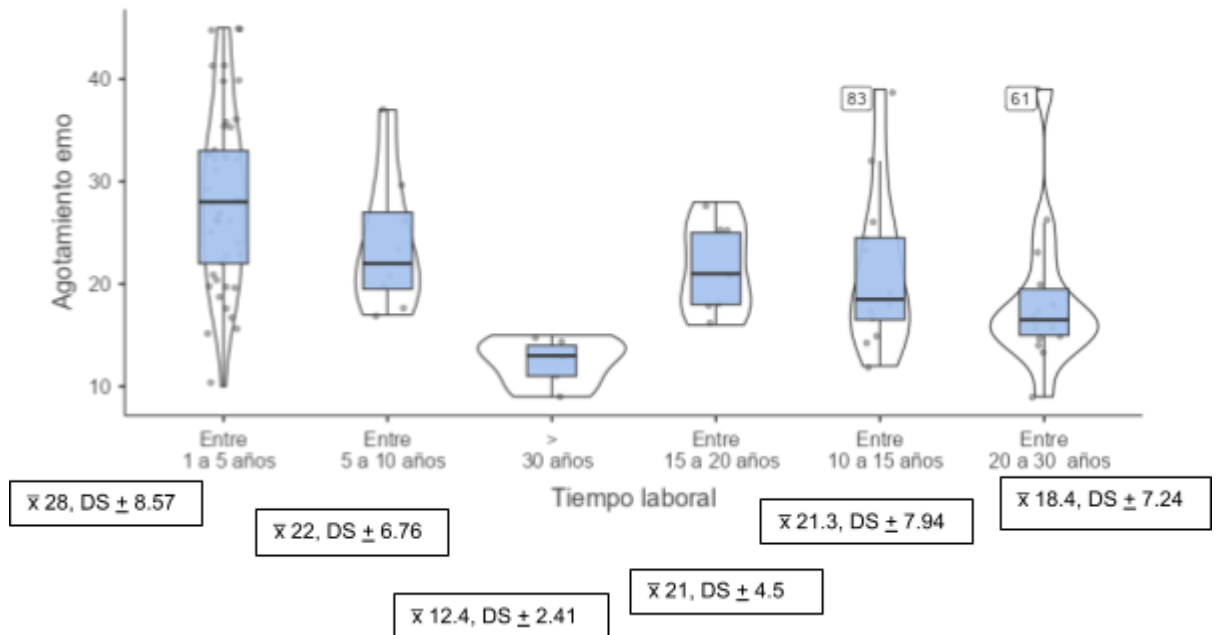


Figura 13. Distribución de los puntajes dimensión Agotamiento emocional según tiempo de laborar

c.2. Dimensión despersonalización

Los profesionales que tienen más de 20 y 30 años de laborar en la institución tuvieron un puntaje de bajo burnout en despersonalización, y el más alto, pero siempre en valor medio, los residentes, $p < 0.001$, ver figura 10

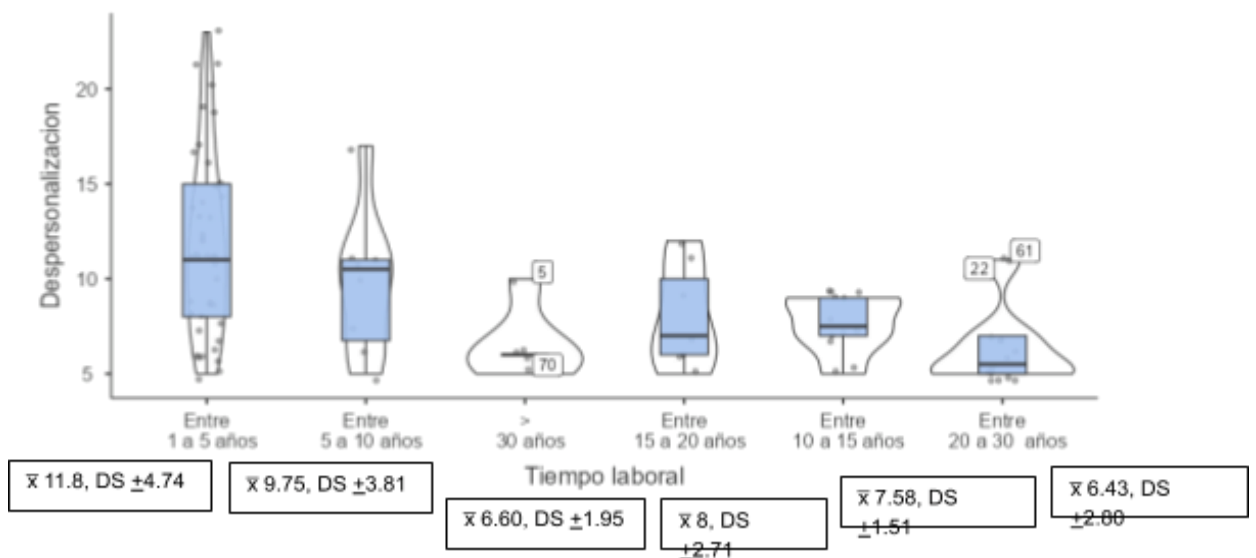


Figura 14. Distribución de los puntajes dimensión Despersonalización según tiempo de laborar

c.3. Realización personal según tiempo de laborar

El puntaje mostró que las personas que tienen entre más de 20 y 30 años de laborar en la institución tenían un puntaje medio de burnout y era estadísticamente significativo, $p= 0.002$

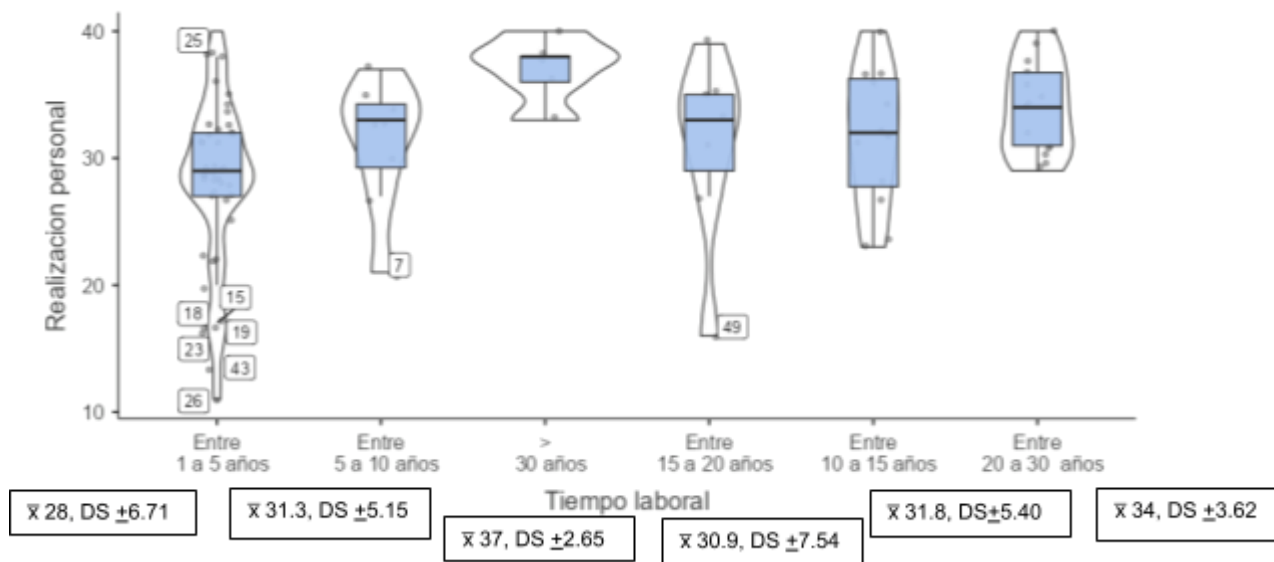


Figura 15. Distribución de los puntajes dimensión realización personal según tiempo de laborar

d. Distribución del puntaje según tiempo de jornada laboral

d.1. Distribución del puntaje de la dimensión Agotamiento emocional según jornada laboral

Todos los participantes tuvieron puntaje medio de burnout, sin diferencias estadísticamente significativas, $p=0.716$

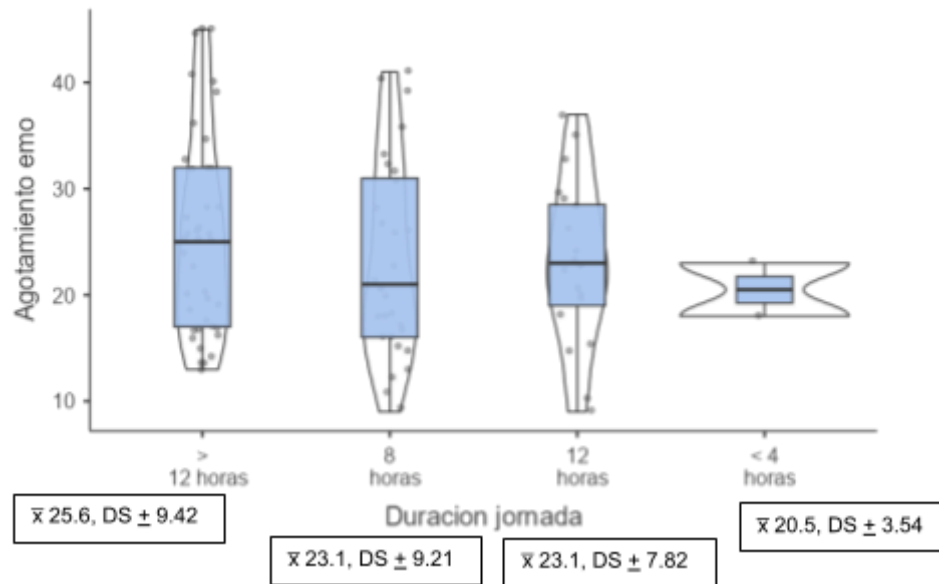


Figura 16. Distribución de los puntajes dimensión Agotamiento emocional según jornada laboral

d.2. Distribución del puntaje para la dimensión de Despersonalización según jornada laboral

Todos tuvieron un puntaje medio en esta dimensión y no se encontró diferencias, $p = 0.197$



Figura 17. Distribución de los puntajes dimensión Despersonalización según jornada laboral

d.3. Puntaje de la dimensión Realización Personal según jornada laboral

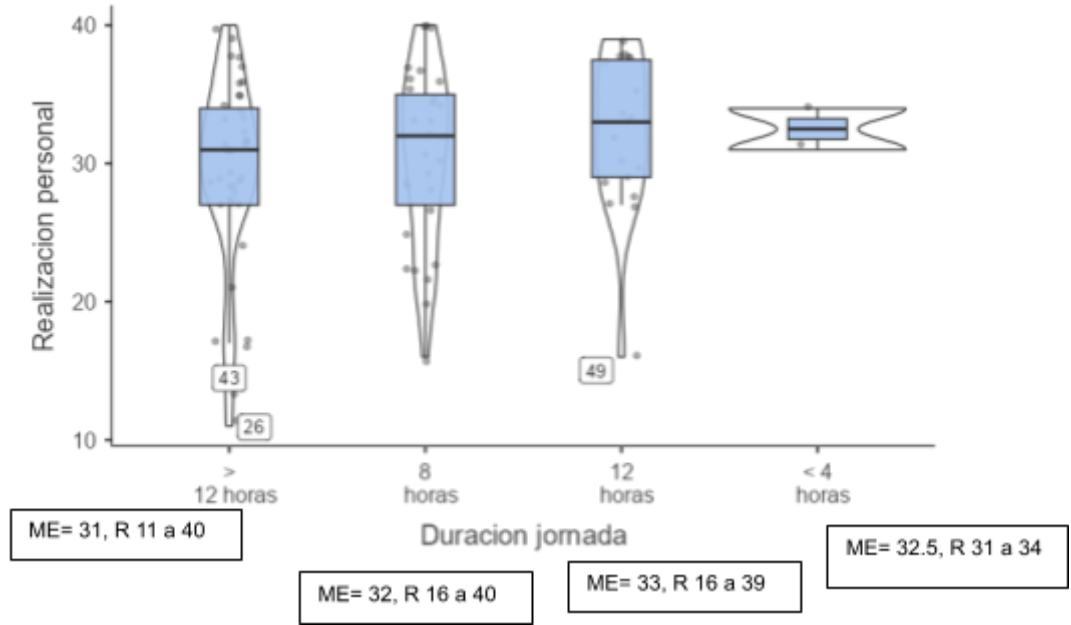


Figura 18. Distribución de los puntajes dimensión Realización personal según jornada laboral

DISCUSIÓN

Los autores consideramos que alcanzamos los objetivos del estudio, que era conocer la prevalencia de burnout en nuestra población institucional que labora en las áreas críticas, encontrando que, para las tres dimensiones de burnout, la sumatoria de las personas que se encontraban con valores medios y altos es alto, con 83.51% para Agotamiento emocional, 70.33% para despersonalización y 95.6% para reducción de la realización personal.

Las limitaciones que encontramos fue la generada por muestreo no aleatorio de conveniencia, que permitió que contestaron los que quisieron participar, y por lo tanto haber obtenido respuesta en mayor frecuencia de una población joven, los residentes, que recién empiezan a trabajar en la institución, tienen doble función, aprendizaje y trabajo, lo que de por sí ya genera más estrés frente a cumplimiento de evaluaciones y rendimiento académico y estar en la curva de aprendizaje, sin tener una cuota representativa de cada grupo poblacional que labora en la institución. Estamos conscientes que por ser un estudio en un único centro la generalización en otros contextos es limitada.

Aun así, para nuestra institución tenemos un panorama real basado en las respuestas al cuestionario, el cual es un instrumento validado, y en nuestra serie tuvo valores adecuados de fiabilidad, similares a los reportados por la propia autora Maslach, como podemos ver en la tabla 9.

Tabla 9. Tabla comparativa de los datos obtenidos en este estudio y el reporte inicial de Maslach (24)

Dimensión	Alfa de Cronbach nuestro	Alfa de Cronbach de la autora
Agotamiento emocional (EE)	0.930	0.9

Despersonalización (DP)	0.809	0.79
Realización personal (PA)	0.818	0.71

El síndrome de Burnout se describe en la literatura como una compleja interacción de factores que poseen fuerte relación y es definido por niveles elevados de agotamiento emocional y despersonalización con un bajo nivel de realización personal, aunque esta última dimensión, según la autora no influye en las anteriores. (24)

En este estudio de nuestro centro, se encontraron datos que deberían llamar a la atención, tanto de las jefaturas, como de las áreas de recursos humanos, ya que la reducción de la realización personal, que es la que tiene más número de personas como alto burnout en relación a las otras dimensiones, muestra que nuestro personal tiene una sensación de fracaso, que no logra ser exitoso en el trabajo, lo cual menoscaba su autoestima también.

Los datos de nuestro estudio resultan ligeramente inferiores a los reportados en la bibliografía reciente. Por ejemplo, un metaanálisis de 2023 sobre profesionales de la salud evidenció que la prevalencia de “alto burnout” supera el 40% en conjunto de médicos y enfermeras.(25) Otro análisis reciente centrado en personal de anestesiología y cuidados críticos reporta prevalencias altas, lo que sugiere una aparente crisis en ese grupo. (26)

Destacando en el área de anestesiología un estudio en Estados Unidos de 2024 reportó que 67.7% del personal estaban en alto riesgo de burnout, y 18.9% cumplían criterios de síndrome de burnout en el período post pandemia de COVID-19. (27)

Estos hallazgos indican que una prevalencia relativamente moderada podría explicarse por factores contextuales específicos (tipo de hospital, organización de trabajo, perfil profesional y eventos significativos en la salud pública como una pandemia), las cifras encontradas en este estudio se mantienen dentro del rango descrito en literatura internacional.

Un hallazgo relevante del estudio es la mayor afectación en personal sanitario en formación como médicos residentes, con cerca del 44% presentando burnout alto. Debido a que poseen un alto nivel de desgaste emocional, despersonalización y un bajo puntaje en realización personal lo que nos define la presencia del síndrome.

Otro dato interesante de acuerdo a los resultados obtenidos es que esta población posee un alto riesgo de colapso debido al agotamiento mental, trabajan al límite de sus reservas emocionales, utilizando la despersonalización como su estrategia de supervivencia.

Lo anterior se explica por un alto estrés laboral, intensa presión de tiempo y carga de trabajo, así como falta de apoyo organizacional. Esto coincide con datos de trabajos recientes en entrenamiento de anestesiología, donde se reporta elevada prevalencia de burnout personal y laboral asociado a turnos nocturnos, guardias frecuentes y necesidad de apoyo psicológico. (28) Aunque la prevalencia global de burnout en este estudio es menor que la observada en varios estudios internacionales, la presencia de un subgrupo significativo con alto EE y DP- especialmente entre residentes y en áreas con alta demanda asistencial- es clínicamente relevante y estadísticamente significativo y podría tener implicaciones directas en algunos aspectos tales como, bienestar personal, calidad de atención y seguridad del paciente, sostenibilidad institucional entre otros. (29) (30)

CONCLUSIÓN

Aunque la prevalencia global de burnout en este estudio es moderada comparada con algunos estudios recientes, la existencia de subgrupos con alto agotamiento emocional y despersonalización especialmente entre residentes y en áreas de alta demanda asistencial representa una característica de relevancia institucional. Los resultados justifican una posible planificación de intervenciones organizativas y de bienestar, así como la generación de nuevos datos longitudinales, con el objetivo de proteger el capital humano y asegurar la calidad asistencial

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [Internet]. [cited 2025 Nov 18]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
2. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397–422.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior.* 1981;2(2):99–113.
4. Christina Maslach, Susan E. Jackson, Michael P. Leiter. *Maslach Burnout Inventory Manual.* 3rd ed. Mountain View (CA): CPP, Inc.; 1996.
5. Maslach, C. Burn-Out. *Human Behavior.* 1976. 5:16–22.
6. Schaufeli, W.B., Enzmann, D. *The burnout companion to study and practice: A critical analysis.* Philadelphia: Taylor & Francis. 1998.
7. Bianchi R, Verkuilen J, Schonfeld IS, Hakanen JJ, Jansson-Fröjmark M, Manzano-García G, et al. Is Burnout a Depressive Condition? A 14-Sample Meta-Analytic and Bifactor Analytic Study. *Clinical Psychological Science.* 2021 July 1;9(4):579–97.
8. Willner P, Scheel-Krüger J, Belzung C. The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013 Dec;37(10 Pt 1):2331–71.
9. Guthier C, Dormann C, Voelke MC. Reciprocal effects between job stressors and burnout: A continuous time meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull.* 2020 Dec;146(12):1146–73.
10. Sen S. Is It Burnout or Depression? Expanding Efforts to Improve Physician Well-Being. *N Engl J Med.* 2022 Nov 3;387(18):1629–30.
11. Dreison KC, Luther L, Bonfils KA, Sliter MT, McGrew JH, Salyers MP. Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *J Occup Health Psychol.* 2018 Jan;23(1):18–30.
12. Taris TW. Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work & Stress.* 2006 Oct 1;20(4):316–34.

13. Silva ME. Fatores predisponentes à síndrome de Burnout no trabalho em unidade de emergência. 2010 [cited 2025 Nov 18]; Available from: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/9672>
14. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018 Sept 18;320(11):1131–50.
15. Bianchi R, Verkuilen J, Sowden JF, Schonfeld IS. Towards a new approach to job-related distress: A three-sample study of the Occupational Depression Inventory. *Stress Health*. 2023 Feb;39(1):137–53.
16. Schaffner AK. Exhaustion and the Pathologization of Modernity. *J Med Humanit*. 2016 Sept 1;37(3):327–41.
17. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012 Oct 8;172(18):1377–85.
18. Linzer M, Rosenberg M, McMurray JE, Glassroth J. Respecting the lifecycle: rational workforce planning for a section of general internal medicine. *Am J Med*. 2002 Oct 1;113(5):443–8.
19. Meltzer DO. Social science insights into improving workforce effectiveness: examples from the developing field of hospital medicine. *J Public Health Manag Pract*. 2009 Nov;15(6 Suppl):S18-23.
20. Varkey AB, Manwell LB, Brown RL, Montague E, Laiteerapong N, Burgess D, et al. Impact of Work Conditions and Minority Patient Populations on Quality and Errors. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2016;3:2333392815625997.
21. Berger-Estilita J, Salvisberg D, Köseleli E, Haupt S, Meço BC. Impact of Burnout on Anaesthesiologists. *Turk J Anaesthesiol Reanim*. 2024 May 3;52(2):54–9.
22. Romito BT, Okoro EN, Ringqvist JRB, Goff KL. Burnout and Wellness: The Anesthesiologist's Perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2021 Mar 1;15(2):118–25.
23. Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au *burnout* en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2013 Mar 1;32(3):175–88.

24. Lin CY, Alimoradi Z, Griffiths MD, Pakpour AH. Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS-MP). *Heliyon*. 2022 Feb;8(2):e08868.
25. Papazian L, Hraiech S, Loundou A, Herridge MS, Boyer L. High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2023 Apr;49(4):387–400.
26. Hasan F, Daraghmeh T, Jaber M, Shawahna R. Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists, anesthesia technicians, and intensive care unit nurses in Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2024 Oct 28;24(1):740.
27. Chen X, Zhou R, Zhang X, Han J, Ju F, Zhou Y, et al. Correlation between job burnout, psychological status, and job satisfaction among anesthesiologists in the post-COVID-19 era: a cross-sectional study in China. *Front Public Health*. 2025;13:1555141.
28. Afonso AM, Cadwell JB, Staffa SJ, Sinskey JL, Vinson AE. U.S. Attending Anesthesiologist Burnout in the Postpandemic Era. *Anesthesiology*. 2024 Jan 1;140(1):38–51.
29. Yazbeck Karam V, Akiki Z, Salame W, Assaf G, Chahine C, Nawwar R, et al. Burnout and risk factors among anesthesia residents and fellows in a conflict-affected context: A national cross-sectional survey. *PLoS One*. 2025 May 9;20(5):e0322940.
30. Liu H, Li X, Zhao L, Zhang Y, Huang D, Li T, et al. Burnout among intensive care physicians and nurses in the post-pandemic era in China: a national cross-sectional study. *BMJ Open*. 2025 Aug 22;15(8):e099192.