

Síndrome de *burnout* en los trabajadores de la salud mental pertenecientes a la Red Provincial Pública en la ciudad de Córdoba, Argentina

Burnout syndrome in mental health workers belonging to the Public Provincial Network in the city of Córdoba, Argentina

Sofía Chiri¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1063>

Resumen

El síndrome de *burnout* (SBO) se entiende como una respuesta a los estresores crónicos del ámbito laboral, su dimensión clave es el agotamiento emocional y tiene gran porcentaje de aparición en profesionales de la salud. Este trabajo tiene como finalidad ampliar el estado de conocimiento del tema y el objetivo de explorar y comparar la presencia de SBO en los profesionales de la salud mental de la red provincial de la ciudad de Córdoba, mediante un estudio cuantitativo, prospectivo, exploratorio y correlacional. Para recabar los datos se administró una encuesta para variables sociodemográficas y escala EBLA a los profesionales de la salud mental (n=127). Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva (media y desviación estándar) para variables numéricas, análisis de frecuencia para variables cualitativas y test de chi-cuadrado, para ellos se utilizó Infostat. Los resultados confirman la alta presencia del SBO (63.8 %) en los profesionales encuestados, con una mayor afectación entre los residentes en formación (86.36 %) y las mujeres (71.26 %). Además, la presencia es más frecuente en los profesionales que son convivientes o separados, trabajan más de 36 horas semanales, pertenecen a la franja etaria de 20 a 30 años, tienen más de 20 años de antigüedad o menos de 5, y se desempeñan en un contexto hospitalario de tercer nivel. Estos hallazgos no solo resaltan la vulnerabilidad de ciertos grupos, sino también la necesidad de reflexionar sobre las dinámicas laborales y el significativo nivel de agotamiento emocional de los profesionales que perpetúan este síndrome.

Palabras claves: síndrome de *burnout*, trabajadores de la salud mental, residentes

Abstract

Burnout Syndrome (BOS) is understood as a response to chronic work-related stressors, with emotional exhaustion as its core dimension. It has a high prevalence among healthcare professionals. This study aims to expand the current knowledge on the topic and to explore and compare the presence of BOS among mental health professionals within the provincial mental health network in the city of Córdoba. It is a quantitative, prospective, exploratory, and correlational study. Data were collected through a survey including sociodemographic variables and the EBLA scale, administered to mental health professionals (n=127). Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) for numerical variables, frequency analysis for qualitative variables, and chi-square tests, using the Infostat software. The results confirm a high prevalence of BOS (63.8%) among the respondents, with a higher impact observed in residents in training (86.36%) and women (71.26%). Moreover, burnout was more frequent among professionals who are cohabiting or separated, work more than 36 hours per week, are between 20 and 30 years old, have more than 20 or less

RECIBIDO 16/6/2025 - ACEPTADO 27/9/2025

¹Sub-investigadora en CEN (Centro especializado en Neurociencias Leal-Ruggeri).

Psiquiatra en TRAMAS, Dirección de salud mental, Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Argentina. <https://orcid.org/0009-0006-9099-9461>

Correspondencia:

chirisofia2@gmail.com

Instituciones donde se realizó la investigación: Hospital europsiquiátrico, Hospital Misericordia, Hospital de Niños y EAC Santa Isabel Segunda.

than 5 years of experience, and work in tertiary-level hospital settings. These findings not only highlight the vulnerability of certain groups but also underscore the need to reflect on workplace dynamics and the significant level of emotional exhaustion experienced by professionals, which contributes to the persistence of this syndrome.

Keywords: burnout syndrome, mental health workers, residents

Introducción

El síndrome de *burnout* (SBO) se define como una respuesta prolongada a estresores crónicos en el ámbito laboral, cuyas dimensiones principales incluyen el agotamiento emocional, sentimientos de indiferencia hacia el trabajo y una sensación de ineficacia y falta de realización personal (López Carballeira, 2017). La detección tardía o el abordaje inadecuado de este síndrome puede generar consecuencias fisiológicas, psicológicas, socioeconómicas y laborales, con impacto directo en la salud pública (Berrio Cuartas et al., 2017).

Para comprender en profundidad esta problemática, resulta necesario contextualizar el concepto de estrés, ya que constituye el eje sobre el cual se construye la sintomatología del *burnout*. Hans Selye (1907–1982), médico y fisiólogo húngaro, introdujo este término en el ámbito médico al definirlo como parte del “síndrome general de adaptación” (SGA): una reacción orgánica y fisiológica que busca proteger al organismo frente a agresiones externas. Posteriormente, autores como McVicar (2015) conceptualizaron al estrés como un continuum que va del eustrés al distrés, es decir, desde una vivencia estimulante hasta un padecimiento.

Selye distinguió dos tipos de respuesta al estrés: el eustrés, entendido como una reacción adaptativa dentro de los parámetros fisiológicos y psicológicos normales; y el distrés, caracterizado por una respuesta desproporcionada, sostenida y perjudicial frente a los estresores, que sobrepasa la capacidad adaptativa del individuo y genera un exceso de energía no consumida (Gallego Zuluaga et al., 2018). Esta última forma parece describir adecuadamente la realidad de muchos profesionales de la salud mental, quienes enfrentan múltiples factores de riesgo: sobrecarga laboral, escasez de recursos, remuneración insuficiente y una constante tensión entre las exigencias y las posibilidades de su rol profesional (Wolberg, 2003).

El término *burnout* comenzó a utilizarse formalmente en 1974, a partir del trabajo pionero del psiquiatra Herbert Freudenberger. Desde entonces, se han desarrollado dos grandes perspectivas teóricas: la clínica, basada en el enfoque de Selye, que concibe al SBO como un estado resultante del estrés laboral; y la

psicosocial, representada por Maslach, que lo considera un proceso dinámico derivado de la interacción entre las características personales y las condiciones del entorno laboral (Claro, 2020). La diferencia entre ambos enfoques es clara: mientras el primero analiza el fenómeno en términos de una condición estática, el segundo lo concibe como una construcción dinámica.

Diversos autores, como Doolittle y Windish (2015), han documentado que el SBO afecta particularmente a aquellas profesiones que implican una interacción interpersonal intensa y sostenida, y que se sustentan en una profunda vocación humanística, como es el caso de los profesionales de la salud mental, quienes desempeñan un rol central en el cuidado y acompañamiento de personas en situaciones de vulnerabilidad. Paradójicamente, esta tarea puede derivar en sufrimiento emocional, desgaste y desmotivación, lo que subraya la urgencia de atender el bienestar de quienes cuidan. En este sentido, el trabajo, más allá de ser una fuente de realización y sentido vital, también puede transformarse en un agente generador de malestar. Organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocen al entorno y la organización del trabajo como factores de riesgo psicosocial que, si no son adecuadamente gestionados, pueden ocasionar consecuencias perjudiciales para la salud de los trabajadores, entre ellas el desarrollo del SBO.

En contextos institucionales -frecuentemente marcados por la desidia estructural- esta situación se ve agravada. Gambina (2022) plantea: “Años de trabajo dentro de instituciones, por lo general de carácter públicas y estatales, me han llevado a hacerme algunas preguntas, entre ellas, por qué sigo permaneciendo allí, donde abundan los padeceres, el malestar, el sufrimiento, el desamparo, la soledad, el cansancio, el desgaste, la desidia. Donde los recursos, materiales y humanos, cada vez escasean más y pareciera no importarle a nadie, a pesar de que los slogans políticos muchas veces digan lo contrario”.

Este deterioro institucional, particularmente en el sistema público de salud, se caracteriza por recortes presupuestarios, infraestructura insuficiente, escasez

de insumos, de personal y aumento en la demanda de atención, especialmente por parte de personas excluidas de otros sistemas. Todo ello genera condiciones de vulnerabilidad que incrementan el riesgo de SBO (Atance Martínez, 1997).

Además del impacto psicológico y social, se destaca el correlato neurobiológico del SBO. El estrés crónico puede alterar el funcionamiento del córtex prefrontal, región cerebral clave en funciones cognitivas como la toma de decisiones, la memoria de trabajo, la introspección y la empatía. Su deterioro compromete seriamente la calidad del desempeño profesional (Amstem y Shanafelt, 2021). En consecuencia, el SBO en profesionales de la salud mental afecta directamente la calidad del tratamiento brindado, disminuyendo su capacidad para ejercer empatía, mantener un juicio clínico adecuado y conectarse emocionalmente con sus pacientes.

Aunque el SBO no está clasificado como un trastorno mental formal en el DSM-5, presenta una superposición significativa de síntomas con el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad, lo cual lo convierte en una condición límite relevante para la práctica psiquiátrica. Esta ambigüedad diagnóstica supone un desafío clínico, dado que el SBO no sólo puede coexistir con dichas patologías, sino también actuar como desencadenante o estar asociado al consumo problemático de sustancias, complejizando el abordaje integral.

Frente a este panorama, se vuelve indispensable explorar en profundidad las condiciones psicológicas, laborales y ambientales que atraviesan los profesionales de la salud mental en sus contextos de trabajo. Este estudio pretende aportar conocimiento sobre una problemática creciente, con implicancias tanto individuales como institucionales, e invitar a una reflexión crítica sobre el cuidado de quienes cuidan.

Planteo de hipótesis

Existe una alta presencia del SBO, con diferencias entre los distintos niveles de atención y disciplinas. Además, existen variables sociodemográficas y laborales con altos niveles de correlación con el síndrome.

Objetivo general

Explorar y comparar la presencia de SBO en los profesionales de la salud mental que forman parte de la red provincial del SM de la ciudad de Córdoba en el año 2024.

Objetivos específicos

- OE1: Caracterizar socio demográficamente y laboralmente a los profesionales de los servicios salud mental.

- OE2: Determinar la presencia de SBO en los profesionales de salud mental en los distintos niveles de atención.
- OE3: Relacionar la presencia de SBO con las características sociodemográficas, laborales y los diferentes niveles de atención.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, exploratorio y correlacional de tipo cuantitativo, en el cual se recolectaron los datos en centros pertenecientes a diferentes niveles de atención y complejidad de la red provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, en la capital. El período de estudio comprendió de febrero hasta julio de 2024.

Contexto del estudio: la red de atención de la salud mental en la ciudad de Córdoba está conformada por dos grandes sectores:

1. Sistema privado.
2. Sistema público, donde se implementa el Plan Provincial de Salud Mental actualmente en ejecución.

Este plan busca un modelo de atención descentralizado, basado en principios de equidad y accesibilidad, garantizando la prestación de servicios sin discriminación socioeconómica, sociocultural y geográfica (Secretaría de Salud Mental, 2021).

Dentro del sistema público, la atención de la salud mental se organiza en tres niveles de atención, conformados por instituciones que trabajan interdisciplinariamente con equipos compuestos por: médicas/os, psicólogas/os, trabajadoras sociales, enfermeras/os y residentes de las disciplinas mencionadas.

El estudio abarcó profesionales pertenecientes a instituciones de cada nivel de atención, esta metodología permite abordar la problemática del SBO desde una perspectiva integral, considerando las diferencias en complejidad y funciones entre los distintos niveles del sistema público de salud mental.

Descripción de los niveles de atención y ámbitos de muestreo

Primer nivel de atención: equipos de atención comunitaria (EAC)

Los equipos de atención comunitaria son dispositivos territoriales interdisciplinarios que operan, en su mayoría, en centros de salud situados en áreas periféricas de la ciudad de Córdoba. Estos equipos se encargan de:

- Atender la demanda espontánea y/o derivada de instituciones.
- Realizar el seguimiento directo de pacientes dados

de alta de instituciones monovalentes o de los servicios de salud mental de hospitales generales, así como de sus familias.

En el presente estudio, la muestra del primer nivel de atención se tomó específicamente del “EAC Santa Isabel”, Segunda Sección.

Segundo nivel de atención: hospitales generales

Los hospitales generales brindan atención integral en salud mental, que incluye internaciones producto de derivaciones intra e interinstitucionales y consultorios externos. Además, intentan articular la atención con el primer nivel en el momento de la externación, a fin de asegurar la contención del paciente en su entorno habitual.

Para este trabajo, se consideraron profesionales de los siguientes hospitales generales:

1. Hospital Misericordia.
2. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (Servicio de Salud Mental).

Tercer nivel de atención: hospitales especializados

El tercer nivel de atención está destinado a la asistencia de pacientes con patologías severas que no pueden ser contenidas en hospitales generales y requieren períodos prolongados de internación.

Se incluirán profesionales de los siguientes hospitales especializados:

1. Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.
2. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (área SIP 700).

Esta estructura de muestreo intenta representar adecuadamente a profesionales de la salud mental de los tres niveles de atención, incluyendo dispositivos comunitarios, hospitales generales y centros especializados, lo que contribuye a un análisis integral.

Población

El estudio se centró en profesionales de la salud mental que conforman equipos interdisciplinarios pertenecientes a instituciones de la red provincial de salud mental de la ciudad de Córdoba, las cuales reciben a residentes del programa RISaM. La población incluyó trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, médicos y residentes de estas disciplinas que se desempeñaron en dichas instituciones durante el periodo de febrero a julio de 2024.

Distribución de la población de profesionales:

- Hospital Neuropsiquiátrico: 96
- Hospital Misericordia: 33
- Hospital de Niños: 26

- EAC Santa Isabel Segunda Sección: 3
- Residentes (de todas las instituciones): 25
- Total: 183

Muestra

Se tomó una muestra representativa de 127 profesionales que participaron de manera voluntaria, cumpliendo con los criterios de inclusión previamente establecidos. La muestra incluyó profesionales de planta permanente, contratados, monotributistas y residentes de cada institución mencionada. Los detalles específicos sobre la representatividad y las características de la muestra se desarrollarán en la sección de resultados.

La recolección de la muestra se llevó a cabo entre febrero y julio de 2024. Tras este periodo, se procedió al análisis e interpretación de los datos obtenidos para su evaluación y discusión en el marco del estudio.

Técnica e Instrumento

- Relevamiento de variables sociodemográficas: Se utilizó una ficha confeccionada específicamente para este estudio.
- Evaluación del SBO: Se empleó la Escala de *Burnout* Laboral de Atienza (2010), una herramienta validada internacionalmente. Esta escala está diseñada a partir de signos y síntomas específicos del *burnout*, estructurada en un formato de tipo Likert, con un rango de grados del 0 al V, en donde el Grado 0 indica ausencia del síntoma y el Grado V intensidad máxima del síntoma.

Los signos y síntomas incluidos en la escala han sido seleccionados con base en la bibliografía especializada sobre el tema y validados por profesionales de la salud (psiquiatras y médicos clínicos). Las áreas evaluadas incluyen: falta de realización personal, despersonalización, agotamiento emocional y culpa. Con un Alfa de Cronbach superior a 0.800 y validada en poblaciones de Córdoba, esta herramienta se considera adecuada, confiable e idónea para los objetivos del presente estudio (Atienza, 2010).

La presencia del SBO se evaluó utilizando la escala EBLA, aplicando puntos de corte específicos para cada dimensión. Según los criterios empleados, se consideró que un encuestado presentaba SBO si cumplía con al menos uno de los siguientes requisitos: un nivel significativo de agotamiento emocional, combinado con falta de realización personal y/o despersonalización. Este enfoque permite captar la complejidad del síndrome, reconociendo que no siempre todas las dimensiones están igualmente afectadas, pero su interacción resulta clave para diagnosticarlo.

Tabla 1. Puntos de cortes específicos para cada dimensión del síndrome

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Falta realización personal	Culpa
Ausente (A)	0-14	0-2	0-4	0-3
Leve (L)	15-22	3-5	5-9	4-6
Moderado (M)	23-30	6-8	10-14	7-10
Grave (G)	>31	>9	>15	>11

Ambos instrumentos fueron integrados en un cuestionario digital, elaborado en formato de formulario de Google (disponible en el siguiente enlace: <https://forms.gle/eW1Bj7MyzpwnSn3b6>). Solo se admitió una respuesta por participante, asegurando la unicidad de los datos recolectados.

Bloques para el burnout

(Se especifican ítems textuales contemplados en escala EBLA que conforman cada uno de los bloques) (ver Tabla 2).

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el uso de estadística descriptiva, calculando medias y desviaciones estándar para las variables numéricas, y realizando un análisis de frecuencias para las variables cualitativas. Para evaluar las asociaciones entre variables, se aplicó el test de Chi cuadrado, considerando como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando el *software* Infostat.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado el 6 de mayo de 2024 por la Comisión de Investigación de la Secretaría de Salud Mental, y por el CIEIS (Comité Institucional de Ética en Investigación en Salud). El estudio se realizó en estricto cumplimiento con los lineamientos internacionales y nacionales vigentes para investigaciones que involucren seres humanos, asegurando altos estándares éticos y científicos. Se consideraron las disposiciones de la Declaración de Helsinki, las Guías de Buenas Prácticas Clínicas (OMS, 2016), las Guías para Investigación en Seres Humanos (ANMAT-Res. 1480/11), la Ley Provincial 9.694/09 y la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales. La participación de los sujetos fue totalmente libre y voluntaria, garantizándose mediante la firma de un Consentimiento Informado, previamente explicado de forma verbal y documentado por escrito, en concordancia con los principios de respeto a la autonomía y protección de los derechos de los participantes.

Resultados

La muestra del estudio incluyó a 127 profesionales de distintos niveles de atención, con una tasa de respuesta del 69,39 %. De ellos, 35 eran enfermeros, 41 médicos, 32 psicólogos y 18 trabajadores sociales. La distribución por institución se detalla en la Tabla 3.

La caracterización sociodemográfica reveló un predominio femenino del 68,5 %. La mayoría de los participantes se encontraba en el rango de 41 a 50 años fueron 34,6 % ($n = 44$). En cuanto al estado civil, el 38.6 % ($n = 49$) eran solteros, seguidos por casados (26.8 %) y convivientes (23.6 %), siendo el grupo de separados/viudos/divorciados el menos representado (ver Tabla 4). Además, el 60,6 % de los participantes tenía hijos.

Gráfico 1. Distribución de población estudiada según grupo etario

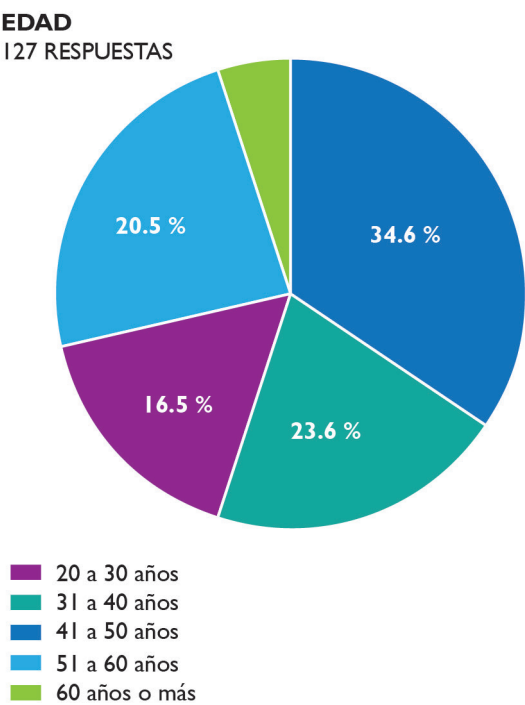


Tabla 2.

Bloque	Definición	Ítems que lo miden
Agotamiento emocional	“Hace referencia a la situación en que la fuerza o el capital emocional se van consumiendo y el profesional siente cómo se vacía su capacidad de entrega a los demás, tanto desde un nivel personal como psicológico” (Sánchez et al., 2009)	Miedos, temores excesivos
		Ansiedad, angustia
		Inseguridad
		Cansancio, fatiga
		Problemas sexuales
		Insomnio
		"Me irrito con facilidad"
		Falta de concentración
		Pérdida de memoria
		Cefaleas, mareos
		Deficiencia inmunitaria, resfrios
		Problemas cardíacos
		Dolores inexplicables
		Dolores lumbares y cervicales
		Úlceras o gastritis, acidez, náuseas
		Otros trastornos digestivos, diarrea
		Aparición o aumento de actitudes viciosas, cigarrillo o alcohol
		Problemas en la alimentación, aumento o pérdida de peso
Despersonalización	“Hace referencia a la aparición de sentimientos y actitudes negativas y cínicas hacia las personas destinatarias del trabajo” (Sánchez et al., 2009)	Cambios en el ritmo del sueño
		Problemas sociales, tengo dificultad para tratar con las personas
		"Me siento irónico con las personas que trato"
		Aumento de conductas violentas
		Discusión, poca paciencia e intolerancia
		"Me dicen que trato mal a los demás"
		Cambios de carácter
Baja realización personal en el trabajo	“Se define como la tendencia a evaluarse negativamente, de modo que esa evaluación afecta su habilidad en la realización del trabajo y el tipo de relación que establecen con las personas a las que dan servicio. Esta circunstancia provoca que los profesionales se sientan descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales” (Sánchez et al., 2009)	Dificultad para relacionarse con los demás
		Aumento de interacciones hostiles con quienes trato
		Insatisfacción
		Problemas laborales
		"Me siento frustrado"
		Pérdida de autoestima
		Pérdida de entusiasmo
		"Me siento preocupado"
Culpa	Hace referencia al sentimiento de culpa remanente, posterior al cinismo en las relaciones interpersonales	"Quiero cambiar de trabajo"
		"Me decepciona mi trabajo"
		"Me culpan los demás por diversas situaciones"
		"He tenido remordimiento"
		"Me arrepiento cuando trato mal a las personas"
		"Siento que no he cumplido con objetivos personales"
		"Tengo sentimientos de culpa"
		"Me siento mal por cosas que digo en el trabajo"
		"Dificultad para tomar decisiones"

Tabla 3. Distribución de población estudiada según institución

Institución	Disciplina	Cantidad total (población)	Cantidad que respondieron (muestra)
HN	Enfermería	6	6
	Psiquiatría	6	5
	Psicología	12	7
	Trabajo social	2	2
HM	Enfermería	13	6
	Psiquiatría	10	7
	Psicología	8	7
	Trabajo social	2	1
HNP	Enfermería	53	23
	Psiquiatría	24	22
	Psicología	10	9
	Trabajo social	9	6
EAC	Enfermería	0	0
	Psiquiatría	1	1
	Psicología	2	1
	Trabajo social	0	0
RESIDENTES	Enfermería	1	0
	Psiquiatría	6	6
	Psicología	9	9
	Trabajo social	9	9
TOTAL		183	127*

* Respondió un 69.39 %.

La caracterización laboral de los participantes mostró que la gran mayoría, un 85,83 % (n=109), duerme entre 5 y 8 horas por noche, mientras que un 14,17 % (n=18) descansa menos de 5 horas. En cuanto al empleo, se observa que el 64,6 % de los participantes trabaja más de 40 horas semanales, lo que refleja una alta carga laboral.

Respecto al nivel de atención en el que trabajan, el 64,5 % (n=82) de los profesionales trabajan en el tercer nivel de atención, un 24,4 % (n=31) en el segundo nivel, y el 11 % (n=14) restante en el primer nivel. Esto indica que la mayoría de los participantes está involucrada en niveles de atención más complejos. La antigüedad laboral de los participantes también varía. El 26,8 % tiene más de 20 años de experiencia, seguido por un 25,2 % de los trabajadores que cuenta entre 0 a 5 años de antigüedad. Además, el 74,8 % de los participantes realiza alguna actividad no laboral, ya sea recreativa, de ocio o deportiva.

Según los resultados, el 63,8 % de los encuestados presentó SBO. Entre aquellos que sí presentan el síndrome, el 43,21 % (n=35) lo experimenta con un grado de severidad grave, el 25,9 % (n=21) moderado, y el 30,86 % (n=25) leve.

Relación entre presencia de SBO y variables

Respecto a la relación de SBO y género los resultados indican que el 71,26 % (n=62) $p<0,0001$ de las mujeres y el 50 % de los hombres reportaron tener SBO. Se observaron diferencias significativas de género en la aparición del síndrome en el grupo femenino.

Si se considera el análisis entre la relación de SBO y horas de descanso los resultados sugieren que una mayor proporción de personas que descansan entre 5 y 8 horas parecen experimentar SBO en comparación con aquellos que descansan menos de 5 horas por noche. No hay una relación estadísticamente significativa entre las horas de descanso nocturno y la aparición de SBO.

En cuanto a la relación de SBO y estado civil se evidencia en *Tabla 4* que el grupo de convivientes muestra una proporción significativamente mayor de personas con *burnout* (87,10 %) $p<0,005$ y el análisis estadístico revela una relación significativa entre el estado civil y la presencia de *burnout*, con un mayor porcentaje de casos en personas convivientes.

Por otra parte, los resultados sugieren que el lugar de trabajo según nivel de atención tiene una relación con la aparición del SBO. Los trabajadores del tercer nivel parecen tener una mayor frecuencia de presentación de SBO 66,06 % (n=72), seguido por los del primer nivel 60 % y el segundo nivel con una incidencia más equilibrada entre quienes presentan y no lo presentan B. Sin embargo, no se encontró una relación significativa con la aparición de SBO.

Según el análisis de relación de SBO con condición laboral, los datos reflejan que los residentes presentan

Tabla 4. Distribución de casos por presencia de SBO y estado civil en % y FA (frecuencias absolutas)

Estado civil	Burnout		Total
	No	SÍ	
Casado/a	44,12 (n=15)	55,88 (n=19)	100 (n=34)
Conviviente	12,90 (n=4)	87,10 (n=27)*	100 (n=31)
Separado/a	21,43 (n=3)	78,57 (n=11)*	100 (n=14)
Soltero/a	47,92 (n=23)	52,08 (n=25)	100 (n=48)
Total	35,43 (n=45)	64,57 (n=82)	100 (n=127)

* $p<0,005$

la mayor tasa, con un 86,36 % ($p < 0,05$), mientras que los empleados en condición de planta o contrato y monotributistas tienen porcentajes más bajos, 60,61 %. Los resultados del análisis muestran que hay una asociación entre la condición laboral y la presencia del síndrome, siendo esta diferencia significativa en el grupo cuya condición laboral es ser residente.

También se encontró que el SBO afecta más a los participantes de 20 a 30 años con un 80,94 % ($n=17$) y a quienes trabajan más de 36 horas. Respecto a la antigüedad los profesionales con más de 20 años presentaron un 73,52 % y los profesionales con 0 a 5 años un 74,1 %. Si bien estas cifras de frecuencias, son altas no se encontraron diferencias significativas ni tampoco al relacionar SBO con variables hijos y actividad no laboral.

Tabla 5. Distribución de casos por presencia de SBO y condición laboral en % y FA (frecuencias absolutas)

Condición laboral	Burnout		Total
	No	Sí	
CP	39,39 ($n=39$)	60,61 ($n=60$)	100 ($n=99$)
M	50,00 ($n=3$)	50,00 ($n=3$)	100($n=6$)
R	13,64($n=3$)	86,36($n=19$)*	100 ($n=22$)
Total	35, 43 ($n=45$)	64,57 ($n=82$)	100 ($n=127$)

* $p < 0,05$

Discusión

En respuesta al objetivo general que consistía en explorar y comparar la presencia de SBO en los profesionales de la salud mental que forman parte de la red provincial del SM se observa que la mayoría de la población estudiada mostró la presencia del mismo en una alta proporción (63,8 %). En cuanto al grado de severidad, la mayoría de los participantes registraron puntajes graves, lo cual se correlaciona con estudios previos, como el de Busis et al. (2017), quienes reportaron que la prevalencia mundial del SBO oscila entre 25 % y 60 %, con un incremento significativo en médicos del 45,5 % al 54,4 % entre 2011 y 2014. Los valores del presente trabajo resultan aún más alarmantes, confirmando la tendencia al aumento en la prevalencia del SBO.

En relación con la hipótesis planteada -que anticipaba una alta prevalencia del síndrome -con diferencias según el nivel de atención y la disciplina profesional- los resultados la confirman de manera parcial.

Si bien existe una alta prevalencia del SBO, no se identificaron diferencias significativas entre los distintos niveles de atención y disciplinas. Este hallazgo abre un nuevo interrogante: ¿la falta de diferencias respon-

de a la desproporción en la distribución de recursos humanos, derivada del hospitalocentrismo actual?

En cuanto a la correlación con variables sociodemográficas y laborales, los resultados muestran que las mujeres presentan mayores niveles de SBO, así como también aquellas personas convivientes y que se encuentran en periodo de formación. Estos datos coinciden con Naisberg y Fenning (1997), quienes sostienen que las mujeres constituyen un grupo especialmente vulnerable y que las personas solteras presentan mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización. Según estos autores, los primeros años de ejercicio profesional constituyen un período de especial vulnerabilidad al SBO, ya que se corresponden con la transición de expectativas idealistas a la práctica cotidiana, en donde las recompensas personales, profesionales y económicas no alcanzan las expectativas iniciales.

Tal como se mencionó previamente, uno de los hallazgos más relevantes de este estudio es la alta prevalencia del SBO entre los profesionales en formación, particularmente los residentes. Este resultado coincide con lo reportado por Berrio Cuartas et al. (2017), quienes también identificaron niveles elevados en este grupo. El análisis según profesión en este trabajo revela diferencias significativas: los residentes en psicología y en psiquiatría presentan las mayores proporciones de casos, seguidos por los residentes en trabajo social. Estos datos refuerzan la idea de que los profesionales en etapa de formación experimentan mayores niveles de agotamiento en comparación con sus colegas con más trayectoria. El estudio de Berrio Cuartas et al. exploró la realidad de los residentes en psiquiatría en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), quienes no solo evidenciaron signos compatibles con SBO, sino que también reportaron un deterioro del estado de ánimo y de la salud general asociado, en parte, a la falta de descanso nocturno. No obstante, en el presente trabajo no se halló una asociación estadísticamente significativa entre las horas de sueño y la presencia del SBO.

Finalmente, nuestros resultados guardan similitudes significativas con los hallazgos de Polacov et al. (2021) en su estudio sobre riesgo de SBO en profesionales médicos de Córdoba. Este estudio asoció variables como ser soltero, trabajar más de 60 horas semanales, dormir menos de 42 horas por semana, tener entre 20 y 29 años, menos de cinco años de antigüedad profesional y tener hijos con un mayor riesgo de SBO. En línea con estos resultados, en el presente trabajo se observa que los jóvenes, residentes, con menor anti-

güedad, y mayor carga horaria laboral, constituyen un grupo particularmente vulnerable al síndrome.

A futuro, se abre la posibilidad de explorar y valorar el impacto de variables que, en este trabajo, no han sido consideradas o no mostraron una correlación significativa con el SBO, pero que podrían constituir factores protectores. Entre estas variables se encuentran, la participación en actividades recreativas, el hecho de tener hijos, duración de guardias y red de contención. Poder profundizar en el conocimiento de factores protectores, posibilitaría la elaboración de estrategias de prevención y promoción del bienestar. Este enfoque no solo contribuiría a mitigar el impacto del SBO, sino también a construir entornos más saludables que respeten la salud de los profesionales, promoviendo un equilibrio sostenible entre la vida personal y laboral.

Conclusiones

Los resultados obtenidos reafirman la alta prevalencia del SBO en la mayoría de los profesionales encuestados. Con una mayor afectación en profesionales en formación y mujeres, así como en quienes presentan condiciones como ser convivientes o separados, trabajar más de 36 horas semanales, pertenecer a la franja etaria de 20 a 30 años de edad, presentar más de 20 años de antigüedad o menos de 5 y desempeñarse en un contexto hospitalario de tercer nivel. Esto sugiere que el SBO se asocia con factores personales y laborales específicos, destacando la influencia de la etapa de la carrera profesional, las condiciones laborales y el género.

Estos hallazgos no solo resaltan la vulnerabilidad de ciertos grupos, sino también la necesidad de reflexionar sobre las dinámicas laborales, de formación y el significativo nivel de agotamiento emocional de los profesionales, todos ellos factores que perpetúan el síndrome.

Es fundamental no solo generar conciencia sobre la presencia de SBO sino también de la importancia del cuidado de quienes cuidan. Entender que un entorno laboral idóneo no es únicamente aquel en donde hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino abundancia de factores que promueven la salud. A raíz de ello se vuelve necesario diseñar soluciones concretas y aplicables a la realidad de las situaciones laborales actuales. Esto requiere un abordaje integral que contemple la implementación de políticas públicas orientadas a la salud mental, con el fin de construir entornos más saludables, accesibles y sostenibles para todos los actores involucrados en la salud mental.

Conflictos de intereses: la autora declara no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos: A la Dra. Mónica Bella, directora de este trabajo y guía metodológica, por su acompañamiento constante y generosidad intelectual. Especialmente al Dr. Oscar Atienza, quien amablemente cedió el uso de la Escala EBLA, desarrollada en el marco de su tesis doctoral. A todas las personas que participaron con su tiempo y sus respuestas, y a quienes hacen posible día a día el trabajo en salud mental.

Referencias bibliográficas

- Arnsten, A. F. T., & Shanafelt, T. (2021). Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. *Mayo Clinic proceedings*, 96(3), 763–769. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.12.027>
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 294–300. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>
- Atienza, O. A. (2010). El síndrome de Burnout como enfermedad laboral: nuevo instrumento para su diagnóstico (Tesis Doctoral Inédita). Universidad Nacional de Córdoba. Id 607243. Lilacs. Córdoba; 193 p.
- Atienza, O. A. (2011). Síndrome de burnout, nueva escala para su diagnóstico. *Revista de Salud Pública*. http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP11_EE.pdf#overlay-context=node/57
- Atienza, O., Cejas, V., Agüero, J. (2022). Síndrome de Burnout en docentes de universidades nacionales de la República Argentina. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* [Internet]. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/38960>
- Atienza, O. A., Agüero, J., Cejas, V. A., Pujia, V., Stella, A., Castillo, J. (2016). Prevalencia de síndrome de burnout en estudiantes de medicina 2016. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, Supl.1.
- Berrio Cuartas, D. M., Mazzoglio y Nabar, M., Peskin, V., Furman, M., Falicoff, J., Muñoz, M., & Reynoso, F. (2017). Burnout en psiquiatras en formación a nivel nacional. *IntraMed Journal*, 6(3), S/D. <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=91835>
- Busis, N. A., Shanafelt, T. D., Keran, C. M., Levin, K. H., Schwarz, H. B., Molano, J., Vidic, T. R., Kass, J. S., Miyasaki, J. M., Sloan, J. u., & Cascino, T. L. (2017). Burnout, satisfacción profesional y bienestar entre los neurólogos estadounidenses en 2016. *Neurology*, 88(8). <https://n.neurology.org/content/88/8/797.long>
- Claro, V. (2020). Síndrome de Burn Out. <https://es.scribd.com/document/503775134/Marco-Teorico#>
- Gallego Zuluaga, Y. A., Gil Cardona, S., & Sepúlveda Zapata, M. (2018). Revisión teórica de eustrés y distrés definidos como reacción hacia los factores de riesgo psicosocial y su relación con las estrategias de afrontamiento. universidad ces facultad de medicina división de postgrados en salud pública gerencia de seguridad y salud en el trabajo Medellín. <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4229/REVISI>
- Gambina, L. (2022). No ceder ante las instituciones. *En el margen. Revista de psicoanálisis*. <https://enelmargen.com/2022/02/18/no-ceder-ante-las-instituciones-por-leticia-gambina/>
- Gilla, G. A., Giménez, S. B., Moran, V. E., & Olaz, F. O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2). <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>
- INSST - Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2022) <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout>

- Liselotte, N. D., Prathibha, V., Sonja, L. B., Daniel, V. S., Jeff, A. S., Tait, D. S. (2013). *Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages*. Mayo Clin Proc.
- López Carballeira, A. (2017). El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. Universidad de Vigo. <http://hdl.handle.net/11093/791>
- Organización Internacional del trabajo. (OIT). <https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). <https://www.who.int/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). The COVID-19 Health care workers Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
- Paris, L. E. (2015). *Estrés laboral en trabajadores de la salud*. Teseo. <https://uai.edu.ar/media/109543/paris-estres-laboral.pdf>
- Polacov, S., Ivo Barrionuevo Battistini, I., Barroso, G., Cravero, B., Tania D'Alessandro, T., Einer Allende, G., Boni, S. R., Maldini, C. S., Pepe, G. A., & Gobbi, C. A. (2021). Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(4). <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n4.28749>
- Sánchez, M. G., Álamo Santos, M. C., Amador Bohórquez, M., Ceacero Molina, F., Mayor Pascual, A., Muñoz González, A., & Izquierdo Atienza, A. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(215), s/n. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000200005#:~:text=La%20Baja%20Realizaci%C3%B3n%20personal%20en,a%20las%20que%20dan%20servicio
- Shulman, M. (2022). Informe Burnout 2022: Los argentinos encabezan el ranking de estrés laboral crónico en la región; claves para prevenirlo. La Nación. <https://www.lanacion.com.ar/salud/informe-burnout-2022-los-argentinos-encabezan-el-ranking-de-estres-laboral-cronico-en-la-region-nid26102022/>
- Wolffberg, E. (2003). Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*. 14(54): 268-79