

Prevalencia del síndrome de Burnout en la Unidad de Emergencia de una Clínica Particular de la V Región de Valparaíso, Chile.

Prevalence of Burnout Syndrome in the Emergency Unit of Private Clinic of the V Region of Valparaíso, Chile.

Hassan Escobar Díaz¹⁻⁴

¹Médico Urgenciólogo

²Psicólogo

³MBA en Salud

⁴Magíster en Psicología Organizacional

*Autor para correspondencia: hassanescobardiaz@gmail.com

RECIBIDO:: 30 de diciembre del 2024

APROBADO:27 de enero del 2025



DOI: 10.22370/rcl.2024.1.4713.

NO SE DECLARAN CONFLICTOS DE INTERÉS

Palabras claves: *Síndrome de Burnout, salud laboral, personal sanitario, prevalencia*

Key words: *Burnout syndrome, occupational health, healthcare personnel, prevalence*

RESUMEN

El síndrome de Burnout se caracteriza como una respuesta crónica al estrés laboral, afectando especialmente a profesionales de la salud que trabajan en entornos de alta presión emocional y organizativa, como los servicios de urgencia. Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del síndrome en la Unidad de Emergencia de una Clínica Particular de la V Región de Valparaíso, Chile. , analizando las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal mediante el uso del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y una encuesta sociodemográfica. En un diseño transversal, se evaluó a 90 trabajadores, considerando variables como edad, sexo, años de servicio, turnos laborales y percepción de recursos en urgencia. Los resultados reflejaron una prevalencia baja del síndrome (11,1%), con mayores índices en administrativos y personal con más de 10 años de servicio en urgencias. Se

identificó una relación entre las cargas laborales intensivas y los niveles elevados de agotamiento emocional, destacando una percepción negativa en los recursos disponibles como factor contribuyente. Las conclusiones enfatizan la importancia de implementar estrategias preventivas y de apoyo psicológico en grupos de mayor riesgo para mejorar el bienestar laboral y evitar el desarrollo de Burnout.

ABSTRACT

Burnout syndrome is characterized as a chronic response to work-related stress, predominantly affecting healthcare professionals working in high-pressure environments such as emergency services. This study aims to determine the prevalence of Burnout Syndrome in the Emergency Unit of Private Clinic of the V Region of Valparaíso, Chile.

Analyzing emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment dimensions using the Maslach Burnout Inventory (MBI) and a sociodemographic survey. In a cross-sectional design, 90 workers were assessed, considering variables such as age, gender, years of service, work shifts, and perceived resources in emergency care. Results revealed a low prevalence of the syndrome (11.1%), with higher rates among administrative staff and personnel with over 10 years of service. A relation between intensive workloads and elevated emotional exhaustion levels was identified, with negative perceptions of available resources as a contributing factor. Conclusions emphasize the need for preventive strategies and psychological support for high-risk groups to enhance workplace well-being and prevent the development of Burnout.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout, reconocido por primera vez como concepto clínico por Freudenberger en 1974, se ha consolidado como un problema significativo en el ámbito laboral, especialmente en profesiones asistenciales. Maslach y Jackson (1981) lo definieron como un síndrome compuesto por tres dimensiones clave: agotamiento emocional, despersonalización y una baja realización personal. Este fenómeno es especialmente prevalente en profesionales que trabajan en entornos de alta demanda emocional, como el sector de la salud, donde el contacto directo y constante con personas en situaciones de vulnerabilidad genera elevados niveles de estrés crónico.

En el contexto sanitario, el personal de urgencias es uno de los grupos más afectados (Santos, Oliveira & Soares, 2007). Estos profesionales enfrentan diariamente una combinación de factores estresantes, tales como la presión de tomar decisiones críticas, el sufrimiento de los pacientes y sus familiares, la exposición constante a situaciones de vida o muerte, y, en muchos casos, una percepción de insuficiencia de recursos tanto humanos como materiales. A estas condiciones se suma la falta de reconocimiento organizacional, largas jornadas laborales y la incertidumbre derivada de trabajar en un sistema que muchas veces opera bajo condiciones precarias.

La llegada de la pandemia por COVID-19 exacerbó estas condiciones. La incertidumbre en torno a los tratamientos, la rápida propagación del virus, las muertes de pacientes y colegas, así como la sobrecarga de trabajo, intensificaron los niveles de estrés en los servicios de urgencias en todo el mundo.

Estudios realizados en el contexto de la pandemia han documentado un aumento de los niveles de agotamiento emocional y despersonalización en los trabajadores sanitarios, especialmente en países latinoamericanos, donde las jornadas extensas y la precariedad del sistema de salud son comunes (Talaee et al., 2020).

En Chile, el síndrome de Burnout en personal sanitario ha sido poco estudiado, incluyendo a los servicios de urgencia, a pesar de que estos constituyen uno de los entornos más demandantes. Según algunos datos previos (Carrasco, Brown, Nuñez, Ruiz & Jabalquinto, 2008), el personal de salud en estos contextos presenta una alta vulnerabilidad al estrés ocupacional debido a factores organizativos, como la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo social y la percepción de insuficiencia en los recursos disponibles. Estas condiciones, si no se abordan oportunamente, no solo impactan la salud mental y física de los trabajadores, sino también la calidad del servicio que se presta a los pacientes.

El síndrome de Burnout no solo representa un desafío para los profesionales individuales, sino también para las instituciones de salud, al traducirse en ausentismo laboral, baja productividad, errores médicos y un incremento en las tasas de rotación del personal. Además, la manifestación de síntomas asociados, como el abuso de sustancias, el ausentismo crónico y la disminución en la empatía hacia los pacientes, puede agravar aún más la crisis en los sistemas de salud. Estos problemas se ven amplificados en entornos donde los trabajadores perciben que las demandas laborales exceden los recursos organizativos disponibles, creando un entorno laboral que perpetúa el agotamiento emocional y la insatisfacción profesional.

Este artículo presenta un estudio desarrollado en la Unidad de Emergencia de la una Clínica Particular de la V Región de Valparaíso, Chile, una institución que, al igual que muchas otras en Chile, ha experimentado una creciente presión durante los últimos años. La ausencia de diagnósticos específicos y el limitado seguimiento de las condiciones psicosociales de los trabajadores de urgencia justifican la realización de esta investigación.

El objetivo principal es determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores de esta unidad, identificando las dimensiones más afectadas e identificando poblaciones de riesgo.

MÉTODO

Diseño del estudio

El estudio adoptó un diseño descriptivo y transversal, que permitió evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout en un momento específico del tiempo. Este enfoque resulta adecuado para describir patrones en las variables medidas y establecer asociaciones entre el síndrome de Burnout y las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario evaluado. Se emplearon métodos cuantitativos para la recopilación y análisis de datos, utilizando herramientas estandarizadas ampliamente validadas.

Población y muestra

La población objetivo estuvo compuesta por todos los trabajadores de la Unidad de Emergencia de la una Clínica Particular de la V Región de Valparaíso, Chile. Este grupo incluyó a 90 participantes pertenecientes a diferentes roles laborales, excluyendo al personal externo que no forma parte de las operaciones clínicas directas, como personal de limpieza y seguridad. Participaron 30 médicos (33,3%), 18 enfermeros/as (22,2%), 19 técnicos en enfermería (21,1%), 9 auxiliares (10%) y 14 personas con roles administrativos (15,6%).

El estudio no aplicó criterios de exclusión con el fin de lograr un análisis más representativo.

Instrumentos

Maslach Burnout Inventory (MBI)

El MBI, desarrollado por Maslach y Jackson en 1981, es el instrumento más utilizado para medir el síndrome de Burnout. Esta herramienta evalúa tres dimensiones del síndrome, y cada una está conformada por un grupo de ítems puntuales:

- Agotamiento emocional: Comprende 9 ítems y mide la experiencia de sentirse emocionalmente exhausto por las demandas laborales. Ejemplo de ítem: “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”.
- Despersonalización: Consta de 5 ítems que evalúan actitudes de frialdad o distancia hacia los usuarios atendidos. Ejemplo de ítem: “Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales”.
- Realización personal: Incluye 8 ítems y evalúa la percepción de logro y satisfacción en el trabajo. Ejemplo de ítem: “Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo”.

Cada ítem fue calificado de acuerdo a una escala tipo Likert que va de 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos los días”).

Encuesta sociodemográfica

Se diseñó un cuestionario sociodemográfico ad hoc para recopilar información relevante sobre las características personales y laborales de los participantes y, posteriormente, analizar la relación entre estas variables y las dimensiones del síndrome de Burnout. Este instrumento incluyó preguntas cerradas y categóricas relacionadas con edad, sexo y estado civil; nivel educativo y años de experiencia laboral; tiempo trabajando en urgencias, turnos laborales y horas semanales trabajadas. Finalmente, se recogió la percepción de los recursos disponibles en el servicio de urgencias (con 4 valores: escasa, regular, buena, excelente).

Procedimiento

Antes de la recolección de datos, el protocolo del estudio fue presentado al comité de ética institucional para su aprobación. El procedimiento aseguró la protección de los derechos de los participantes mediante el consentimiento informado, el uso anónimo y limitado de los datos, asegurando en todo momento el derecho a desistir. Todos los participantes adhirieron voluntariamente al estudio.

Una vez autorizado, se llevó a cabo una reunión inicial con los participantes para explicar los objetivos del estudio, el uso confidencial de los datos y la metodología, asegurando la comprensión de todos los detalles antes de firmar el consentimiento informado.

Posteriormente, los cuestionarios fueron distribuidos de manera presencial durante las jornadas laborales, garantizando que todos los turnos fueran cubiertos. Para ello, se definió un período de recolección de datos de dos semanas. Los participantes respondieron los cuestionarios en un espacio privado y cómodo, asignado específicamente para este propósito, con un tiempo estimado de 20-30 minutos por participante. El investigador supervisó la aplicación de los instrumentos para aclarar dudas y asegurar la correcta cumplimentación de los cuestionarios.

Análisis de datos

Las respuestas se puntuaron de acuerdo a las instrucciones de corrección del cuestionario. El análisis estadístico tuvo como foco el análisis descriptivo para evaluar la prevalencia del síndrome en general y por subgrupos, desagregando los puntajes de cada una de las tres dimensiones del cuestionario. Específicamente:

- Variables sociodemográficas: Se calcularon medidas de tendencia central (medias), dispersión (desviaciones estándar) y frecuencias relativas (porcentajes) para describir las características sociodemográficas y laborales de la población. Se identificó la presencia o ausencia de Burnout de acuerdo al puntaje de corte del cuestionario.

- Se obtuvieron promedios y desviaciones estándar para las dimensiones del MBI: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Los puntajes fueron categorizados en niveles bajo, medio y alto, según los rangos establecidos por los autores.

Además, se realizó un análisis psicométrico para determinar la consistencia interna del instrumento. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para determinar las propiedades de las escalas del MBI, confirmando su validez y fiabilidad en esta población.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica de los participantes

El estudio incluyó a los 90 trabajadores de la Unidad de Emergencia de la una Clínica Particular de la V Región de Valparaíso, Chile., quienes conforman la totalidad de la población laboral de este servicio. Las mujeres representaron el 67,8% de la muestra (n=61) mientras que los hombres el restante 32,2% (n=29). El rango etario con mayor concentración de participantes fue el de 35 a 40 años (33,3%, n=30), seguido por el grupo de 30 a 35 años (24,4%, n=22). Los grupos menos representados fueron los de 20 a 25 años (7,8%, n=7) y los mayores de 45 años (12,2%, n=11). Los solteros constituyeron la mayoría de la muestra con un 65,6% (n=59), en tanto los casados representaron el 27,8% (n=25) y los separados o divorciados fueron el grupo menos frecuente con un 6,7% (n=6).

En relación con variables laborales, el 36,7% de los trabajadores (n=33) tenía entre 1 y 5 años de experiencia en urgencias, mientras que el 15,6% (n=14) de los trabajadores contaban con más de 10

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica y laboral de la muestra

VARIABLES	Muestra (n=90)
SEXO	
Mujer	61 (67.8%)
Hombre	29 (32.2 %)
EDAD	
20 a 25 años	7 (7.8%)
25 a 30 años	20 (22.2 %)
30 a 35 años	22 (24.4%)
35 a 40 años	30 (33.3 %)
Mayor de 45 años	11 (12.2%)
ESTADO CIVIL	
Casado/a	25 (27.8%)
Separado/a	6 (6.7%)
Soltero	59 (65.6%)
Profesión	
Administrativo	14 (15.6%)
Auxiliar	9 (10%)
Enfermero/a	18 (22.2%)
Médico	30 (33.3%)
Técnico en enfermería	19 (21.1%)
Años de ejercicio de la profesión	
Menos de 1 año	7 (7.8%)
Desde 1 a 5 años	31 (34.4%)
Desde 5 a 10 años	16 (17.8%)
Más de 10 años	36 (40%)
Tiempo de trabajo en urgencia	
Menos de 1 año	26 (28.9%)
Desde 1 a 5 años	33 (36.7%)
Desde 5 a 10 años	17 (18.9%)
Más de 10 años	14 (15.6%)
Horas semanales en urgencia	
6 horas	4 (4.4%)
12 horas	11 (12.2%)
18 horas	7 (7.8%)
24 horas	12 (13.3%)
45 horas	56 (62.2%)
Número de turnos	
0 turnos	2 (2.2%)
1 a 2 turnos	25 (27.8%)
3 a 5 turnos	61 (67.8%)
Horas trabajadas a la semana en otro lugar	
0 horas	51 (56.7%)
Menos de 12 horas	8 (8.9%)
12 a 24 horas	14 (15.6%)
24 a 48 horas	14 (15.6%)
Más de 48 horas	3 (3.3%)
Número de turnos a la semana en otro lugar	
0 turnos	61 (67.8%)
1 a 2 turnos	24 (26.7%)
3 a 5 turnos	5 (5.6%)
Situación Contractual	
Contrato	67 (74.4%)
Honorarios	15 (16.7%)
Servicios Transitorios	8 (8.9%)
Percepción recursos urgencia	
Escasa	4 (4.4%)
Regular	11 (12.2%)
Buena	53 (58.8%)
Excelente	22 (24.4%)

Fuente: Elaboración propia

años en el servicio. Respecto a la percepción de los recursos disponibles para realizar su labor, la mayoría calificó los recursos como "buenos" (54,4%, n=49) o "excelentes" (24,4%, n=22). En contraste, un 4,4% (n=4) los percibió como "escasos". Los detalles se pueden revisar en la *Tabla 1*.

Prevalencia del síndrome de Burnout

La prevalencia total del síndrome de Burnout en la población estudiada fue baja, pues sólo 10 trabajadores presentaron puntuaciones indicativas de Burnout, lo que representa un 11,1%. Algunos subgrupos presentaron un porcentaje más elevado de síndrome Burnout: las personas entre 35 a 40 años (23,3%, n=7) y el grupo de personas separadas o divorciadas (33,3%, n=2) entre ellos. La mitad del personal con más de 5 turnos a la semana en la Clínica presenta Burnout, (n=1), misma realidad si incluimos al personal con 3 a 5 turnos a la semana en otro centro de salud (40%, n=2). Considerando

las horas semanales en urgencia, el grupo que trabaja 45 horas es el que presenta mayor burnout (14,3%, n=8). En cuanto a recursos en la urgencia, aquellos trabajadores que los calificaron como "escasos" presentaron Burnout (75%, n=3).

A continuación, en la *Tabla 2*, se detallan los hallazgos por subgrupo, de acuerdo a las variables demográficas y laborales.

Puntajes generales y rangos, por dimensión

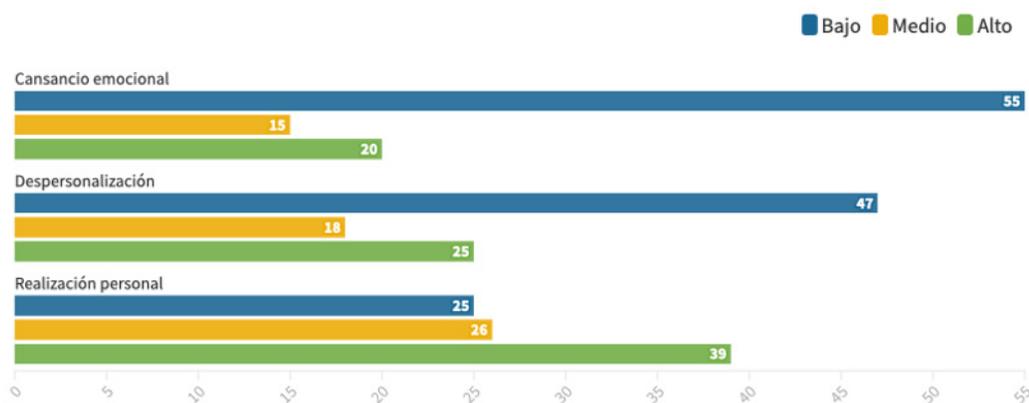
Si analizamos los totales por dimensión, en "Agotamiento emocional" se obtuvo un puntaje medio de 18,34 puntos, con una desviación estándar de 12,69. En cuanto a "Despersonalización" se registró un promedio de 7,06 puntos, con una desviación estándar de 6,84. Finalmente, en la dimensión "Realización personal" la media obtenida fue de 37,34 puntos, con una desviación estándar de 8,09.

Tabla 2: Prevalencia del síndrome Burnout por subgrupo

Burnout:	Ausente		Presente	
	n	%	N	%
Horas trabajadas a la semana en otro lugar				
0 horas	44	86.3%	7	13.7%
Menos de 12 horas	7	87.5%	1	12.5%
12 a 24 horas	14	100%	0	0%
24 a 48 horas	12	85.7%	2	14.3%
Más de 48 horas	3	100%	0	0%
Número de turnos a la semana en otro lugar				
0 Turnos	54	88.5%	7	11.5%
1 a 2 Turnos	23	95.85%	1	4.2%
3 a 5 Turnos	3	60%	2	40%
Situación Contractual				
Contrato	57	85.1%	10	14.9%
Honorarios	15	100%	0	0%
Servicios Transitorios	8	100%	0	0%
Percepción Recursos Urgencia				
Escasa	1	25%	3	75%
Regular	8	72.7%	3	27.3%
Buena	49	92.5%	4	7.5%
Excelente	22	100%	0	0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1: Rangos por Dimensión



Fuente: Elaboración propia

Al categorizar los resultados de cada una de las dimensiones en tres rangos (alto, medio y bajo), queda más clara la tendencia señalada anteriormente. En la categoría alta de “Agotamiento Emocional”, que es indicativa de riesgo de Burnout, se ubicaron 20 personas (22,2%). En “Despersonalización”, en la categoría alta o de riesgo se ubicaron 25 personas (27,7%). Finalmente, en “Realización personal”, es la categoría baja la de mayor riesgo, que está compuesta por 25 personas (27,7%). Se visualizan estos resultados en el Gráfico 1.

Principales hallazgos por dimensión

A continuación, se comentarán los principales hallazgos en relación a las tres dimensiones del MBI, tomando como referencia puntajes mayores al 30% de cada subgrupo.

Respecto a “Agotamiento emocional” tuvo un rango de alto en el grupo de 35 a 40 años (36,7%, n=11) y nuevamente las personas separadas (33,3%, n=2). Aquellas personas con más de 10 años en urgencias también mostraron un rango elevado en una proporción del 35,7%, (n=5). El total del personal con más de 5 turnos a la semana en la Clínica presentó un rango alto (100% (n=2), al igual que el personal con 3 a 5 turnos a la semana en otro centro de salud (60%, n=3). Quienes percibieron los recursos como escasos (75%, n=3) y escaso (45,5%, n=5) también puntuaron alto en esta escala.

Encuanto a la dimensión “Despersonalización”, un 37,9% de los varones (n=11) presentó niveles altos, al igual que el 56,7% de los individuos entre 35 a 40 años (n=17). Los separados o divorciados puntuaron alto en esta dimensión (33,3%, n=2), como también el personal administrativo (50%, n=7) y médico (33,3%, n=10). Los años ejerciendo la profesión parecen impactar también en esta escala, por cuanto los profesionales con más de 5 años (31,3%, n=5) y 10 años (41,7%, n=15) presentan un nivel alto de despersonalización, lo mismo que si tomamos exclusivamente los años en urgencia (más de 5 años: 35,3%, n=6; más de 10 años: 42,9%, n=6). Por otra parte, presentan una proporción importante de personas con un rango alto en esta dimensión quienes trabajan 6 (50%, n=2); 12 (36,4%, n=4) y 24 (33,3%, n=4) horas semanales en urgencia. La despersonalización puntúa en un rango alto también en trabajadores con 1 a 2 turnos semanales (32%, n=8) y más de 5 turnos (100%, n=2) en la Clínica y con 1 a 2 turnos semanales (33,3%, n=8) y 3 a 5 turnos (60%, n=3) en otro centro de salud. Finalmente, en relación con los recursos percibidos en la urgencia, mostraron un rango alto en esta dimensión quienes consideran los recursos escasos (75%, n=3), regulares (36,4%, n=4) e incluso buenos (30,2%, n=16).

Por otra parte, en la dimensión “Realización personal”, y considerando que la asociación con Burnout es inversa, se destaca que el 31,1% de las mujeres (n=19) presenta un rango bajo

de puntaje en la dimensión, al igual que las personas entre 25 a 30 años (30%, n=6), las que tienen entre 30 a 35 años (31,8%, n=7) y las de 35 a 40 años (36,7%, n=11). Lo mismo pasa con los separados o divorciados (33,3%, n=2). En cuanto a la profesión, en un rango bajo hallamos a los administrativos (50%, n=7), auxiliares (33,3%, n=3) y enfermeros (33,3%, n=6). Respecto a los años de ejercicio profesional sólo los más noveles (menos de un año, con un 42,9% y n=3) están en el rango bajo. Si tomamos los años de trabajo en urgencia, en cambio, son dos las categorías en que el rango bajo alcanza un alto porcentaje: Desde 1 a 5 años (30,3%, n=10) y Desde 5 a 10 años (35,3%, n=6). En relación con el número de turnos y horas trabajadas en la Clínica, la categoría 3 a 5 turnos semanales concentra un 34,4% (n=21) en un rango bajo, lo que se repite en los segmentos de 0 horas (33,3%, n=17), menos de 12 horas (37,5%, n=3) y 3 a 5 turnos (40%, n=2) respecto de quienes hacen turnos en otros centros de salud. La situación contractual de “Servicios transitorios” se asocia a un bajo puntaje en esta escala también (37,55%, n=3). Para finalizar, en relación con los recursos percibidos en la urgencia, tuvieron un rango bajo de puntaje en esta dimensión quienes consideran los recursos escasos (100%, n=4) y regulares (54,5%, n=6).

Fiabilidad interna

Al analizar el nivel de fiabilidad interna de cada una de las escalas del cuestionario (Tabla 3), es posible evidenciar que tienen un comportamiento bastante estable, lo que permite poder calcular puntajes por cada una de las escalas con los ítems definidos por los autores del cuestionario. La escala que presenta una mayor consistencia corresponde a Cansancio emocional ($\alpha=0,90$), seguido de Despersonalización ($\alpha=0,82$) y Realización personal ($\alpha=0,75$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión.

El presente estudio evaluó la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de la Unidad de Emergencia de la una Clínica Particular de la V Región de Valparaíso, Chile, describiendo su asociación con variables sociodemográficas y laborales. Aunque la prevalencia global fue relativamente baja (11,1%), la identificación de subgrupos vulnerables dentro de la población aporta información valiosa para el diseño de estrategias preventivas y correctivas.

Si nos enfocamos en las dimensiones, hallamos lo siguiente:

Agotamiento emocional: Esta dimensión fue la más afectada, con un 21,1% de los trabajadores en niveles altos. Este hallazgo es consistente

Tabla 3: Consistencia interna de las dimensiones

Escala	α de Cronbach	N ítems	Rango	Media	DE
Cansancio Emocional	0.90	9	0-54	18.34	12.69
Despersonalización	0.82	5	0-30	7.06	6.84
Realización Personal	0.75	8	0-48	37.34	8.09

Fuente: Elaboración propia

con estudios previos que señalan al agotamiento emocional como la dimensión inicial y más común del Burnout (Maslach & Leiter, 2016). Los trabajadores más afectados fueron aquellos con cargas laborales prolongadas, como turnos de más de 45 horas semanales, y quienes percibían los recursos del servicio como insuficientes. La acumulación de demandas emocionales y físicas en un entorno de alta presión puede haber intensificado esta respuesta.

Despersonalización: Aunque menos prevalente (11,1% en niveles altos), esta dimensión mostró asociaciones significativas con factores laborales, en particular la percepción de escasez de recursos. Este hallazgo refuerza la hipótesis de que la falta de apoyo organizativo y la percepción de inequidad pueden contribuir a un distanciamiento emocional hacia pacientes y colegas, fenómeno documentado en investigaciones anteriores (Rubio, 2003; Gil-Monte, 2005).

Realización personal: Con un 61,1% de los participantes puntuando en niveles altos, esta dimensión actuó como un factor protector frente al desarrollo del Burnout. Esto sugiere que muchos trabajadores encuentran propósito y satisfacción en su labor, incluso en un entorno de alta demanda. Estudios como los de Schaufeli et al. (2002) han señalado que la percepción de impacto positivo en los demás puede amortiguar los efectos del agotamiento y la despersonalización.

En relación con los subgrupos vulnerables:

Por edad: El grupo de 35 a 40 años presentó las mayores tasas de Burnout (23,3%). Este rango etario coincide con una etapa de la vida en la que las responsabilidades profesionales y personales suelen ser más intensas, lo que puede exacerbar el estrés laboral. Además, la combinación de experiencia acumulada y altos niveles de exigencia organizacional podría explicar esta mayor vulnerabilidad.

Por estado civil: El grupo de separados o divorciados presentó las mayores tasas de Burnout (33,3%), aunque la muestra es demasiado pequeña para interpretar este hallazgo.

Por profesión: Los administrativos mostraron la prevalencia más alta de Burnout (28,6%), seguido de los técnicos en enfermería (10,5%). Esto puede estar relacionado con una menor percepción de control sobre su entorno laboral, mayores demandas administrativas y falta de reconocimiento organizacional.

Por percepción de recursos: Los trabajadores que calificaron los recursos como "escasos" tuvieron las tasas más altas de Burnout (75%), lo que refuerza la idea de que la percepción de insuficiencia organizacional es un factor crítico en el desarrollo del síndrome. Este resultado coincide con investigaciones que destacan la relación entre recursos laborales y niveles de estrés ocupacional (Maslach & Leiter, 1997).

A nivel internacional, estudios realizados en servicios de urgencias en contextos similares reportan prevalencias de Burnout entre el 20% y el 50% (Gamonal et al., 2008; Talaei et al., 2020). La prevalencia observada en este estudio (11,1%) es significativamente menor, lo que podría deberse a la organización específica del servicio, el incluir a personal administrativo en la muestra o a factores culturales que amortiguan la expresión de estrés laboral. No obstante, la comparación directa debe ser cautelosa debido a las diferencias metodológicas entre los estudios.

Respecto a esto último, este diseño muestra algunas limitaciones que es importante advertir. En primer lugar, el diseño transversal limita la capacidad de establecer relaciones causales entre las variables analizadas. En segundo lugar, el tamaño de la muestra es bajo (n=90), y aunque el estudio incluyó al total de la población de urgencias, este acotado número de participantes debe indicarnos prudencia al interpretar resultados y porcentajes y limitar la generalización de los resultados a otros entornos.

CONCLUSIONES

La prevalencia global del síndrome de Burnout en la Unidad de Emergencia de la una Clínica Particular de la V Región de Valparaíso, Chile. es baja en comparación con estudios similares. Sin embargo, ciertas dimensiones, como el agotamiento emocional, afectan a una proporción significativa de trabajadores (21,1%), mientras que subgrupos específicos, como los administrativos y aquellos con más de 10 años de servicio, presentan niveles altos de afectación.

La percepción de insuficiencia en los recursos del servicio de urgencias emergió como un factor crítico asociado al Burnout, influyendo negativamente en las tres dimensiones evaluadas. Estos hallazgos subrayan la importancia de las condiciones laborales y el apoyo organizacional en la prevención del síndrome.

La realización personal alta en la mayoría de los trabajadores destaca como un factor protector que puede contrarrestar el impacto del agotamiento emocional y la despersonalización. Esto sugiere que fortalecer el reconocimiento del trabajo realizado y fomentar el engagement laboral son estrategias valiosas para mitigar el Burnout.

El síndrome de Burnout, aunque poco prevalente en esta unidad específica, sigue siendo una preocupación significativa debido a su impacto potencial en la salud de los trabajadores y la calidad del servicio prestado. Este estudio subraya la necesidad de un enfoque integral que combine intervenciones organizacionales y estrategias individuales para prevenir y mitigar el Burnout, fomentando un entorno laboral saludable y resiliente.

REFERENCIAS

Adamson, L., Bakeman, R., Deckner, D., & Romski, M. Carrasco, C., Brown, X., Nunez, E., Ruiz, C., & Jabalquinto, M. (2008). Factores asociados al Síndrome de Burnout en enfermeras (os) del Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159- 165.

Gamonal, C., Silva, C., & Vega, G. (2008). Burnout en profesionales de la salud: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(3), 197-205.

Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Ediciones Pirámide.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. Jossey-Bass.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Rubio, C. (2003). Factores organizacionales y el síndrome de Burnout en el trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(1), 59-73.

Santos, M. C., Oliveira, M. H., & Soares, E. A. (2007). Burnout syndrome in health care professionals in emergency services. *Journal of Occupational Health*, 49(4), 270-276.

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two-sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>

Talae, N., Varahram, M., Jamaati, H., Salimi, A., Attarchi, M., & Dizaji, A. M. (2020). Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Journal of Occupational Health*, 62(1), e12175. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175>