



Relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un
hospital de primer nivel de Antioquia, 2025

Ángela María Castaño Piedrahita

Angie Paola España Ruiz

Ludys Mercedes Quinto Rocha

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Virtual y a Distancia

Sede Bogotá D.C. - Sede Principal

Maestría en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Mayo 9 de 2026

Relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un
hospital de primer nivel de Antioquia, 2025

Ángela María Castaño Piedrahita

Angie Paola España Ruiz

Ludys Mercedes Quinto Rocha

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Magíster en
Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Asesora

Katherine Montaña Oviedo

Especialista en higiene industrial y Magíster en Ciencias Químicas

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Virtual y a Distancia

Sede Bogotá D.C. - Sede Principal

Maestría en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Mayo 9 de 2026

Contenido

Contenido.....	3
Lista de tablas	6
Lista de figuras.....	7
Lista de anexos.....	8
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción	12
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 Presentación del problema de investigación.	14
1.2 Justificación	16
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo General.....	18
1.3.2 Objetivos Específicos.....	18
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes de investigación	19
3. Bases teóricas	21
3.1 Contexto del sector salud	21
3.2 Procesos y actividades asociadas al sector	22
3.3 Factores de riesgo laboral en el sector salud	22
3.4 Efectos a corto y largo plazo por la exposición	24
3.5 Estrategias de valoración del riesgo	26
3.6 Estrategias de intervención	30
4. Bases legales de la investigación.....	32
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	36
1. Tipo de investigación	36
2. Población y/o muestra objeto de estudio.....	36
3. Técnicas o herramientas de recolección de datos.....	37
3.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)	38
3.2 Cuestionario WHOQOL-BREF.....	39
3.3. Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo (III Encuesta Nacional de Condiciones de SST en Colombia, Min Trabajo – OISS, 2021)	41

4. Operacionalización de variables	42
5. Fases metodológicas.....	44
5.1 Flujograma de trabajo de campo.....	45
5.2 Limitaciones identificadas.....	47
6. Análisis estadístico o de los datos.....	49
6.1 Prueba de normalidad aplicada	49
6.2 Prueba de Shapiro-Wilk	50
6.3 Prueba de Kolmogorov-Smirnov.....	50
6.4 Criterio para elegir Pearson o Spearman.....	50
6.5 Variables incluidas en la regresión.....	51
7. Consideraciones éticas	52
7.1 Clasificación del riesgo de la investigación.....	52
7.2 Aprobación ética e institucional	53
7.3 Consentimiento informado y recolección digital	53
7.4 Confidencialidad, anonimato y tratamiento de datos.....	53
7.5 Manejo de datos y análisis estadístico	54
7.6 Custodia y disposición de la información	55
7.7 Manejo de hallazgos sensibles y ruta de atención	55
7.8 Principios de beneficencia y no maleficencia	55
7.9 Divulgación de resultados.....	56
7.10 Declaración de uso de inteligencia artificial.....	56
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	57
1. Resultados asociados al objetivo específico No. 1	57
2. Resultados asociados al objetivo específico No. 2.....	59
3. Resultados asociados al objetivo específico No. 3.....	60
Discusión de resultados.....	63
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
Conclusiones.....	65
Recomendaciones.....	66
ANEXOS	74
Anexo A. Consentimiento informado	74
Anexo B. Instrumento de recolección de datos.....	74

Anexo C. Aval institucional (anonimizado)	74
---	----

Lista de tablas

Tabla 1. Clasificación de los riesgos laborales según área de desempeño en hospitales de primer nivel.....	23
Tabla 2. Comparación de metodologías para la valoración del riesgo psicosocial y condiciones de trabajo.....	28
Tabla 3. Bases legales.....	33
Tabla 4. Clasificación del síndrome de burnout según MBI	38
Tabla 5. Dominios del WHOQOL-BREF	40
Tabla 6. Variables.....	42
Tabla 7. Etapas del proyecto durante la fase de ejecución.....	44
Tabla 8. Validación de los instrumentos de aplicación en Colombia	48
Tabla 9. Características sociodemográficas y laborales de la población encuestada	57
Tabla 10. Análisis de las dimensiones del síndrome de burnout en el personal del hospital	59
Tabla 11. Percepción de factores psicosociales y condiciones de trabajo	61

Lista de figuras

Figura 1. Comparación de metodologías de valoración del riesgo psicosocial**¡Error! Marcador no definido.**

Figura 2. Jerarquía de estrategias de intervención del riesgo laboral en hospitales**¡Error! Marcador no definido.**

Figura 3. Flujograma de Trabajo de Campo **¡Error! Marcador no definido.**

Lista de anexos

Anexo A. Consentimiento informado.....	74
Anexo B. Instrumento de recolección de datos.....	74
Anexo C. Aval institucional (anonimizado).....	74

Resumen

Contexto: El síndrome de burnout ha sido identificado como un fenómeno ocupacional frecuente en el sector salud, especialmente en hospitales de primer nivel, donde las demandas laborales son elevadas y los recursos limitados. Este fenómeno no solo afecta la salud emocional de los trabajadores, sino también la calidad de los servicios prestados; en este contexto, la calidad de vida se reconoce como un factor clave para comprender el bienestar del personal.

Objetivo: Analizar la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un hospital de primer nivel de Antioquia durante el año 2025.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, con un alcance descriptivo-correlacional y un diseño transversal, la muestra estuvo compuesta por 30 trabajadores del área asistencial y administrativa, a quienes se les aplicaron los siguientes cuestionarios: Maslach Burnout Inventory (MBI), WHOQOL-BREF y un cuestionario sobre condiciones laborales. El análisis de datos incluyó estadísticas descriptivas, como medidas de tendencia central y dispersión. De igual manera, se calculó la correlación de Spearman para evaluar la relación entre las variables, dado que los datos no cumplían con los supuestos de normalidad, esta correlación constituye una técnica no paramétrica adecuada para variables ordinales y distribuciones no normales. El nivel de significancia se estableció en $p < 0.05$, para identificar asociaciones estadísticamente significativas entre el síndrome de burnout, la calidad de vida y las condiciones laborales.

Resultados: Se identificaron niveles moderados de burnout ($M = 3.54$; $DE = 0.62$) y una percepción moderadamente favorable de la calidad de vida ($M = 3.63$; $DE = 0.59$). Se evidenció una correlación negativa moderada entre burnout y calidad de vida ($\rho = -0.43$; $p = 0.018$), así como una correlación positiva entre burnout y condiciones laborales ($\rho = 0.63$; $p < 0.01$). Adicionalmente, las condiciones laborales se asociaron significativamente con el nivel de burnout ($B = 0.814$; $p < 0.001$).

Conclusiones: Se evidencia que el incremento del síndrome de burnout se asocia con una disminución en la calidad de vida de los trabajadores. Los resultados sugieren la importancia de fortalecer estrategias organizacionales orientadas a la gestión de los riesgos psicosociales y la promoción del bienestar en instituciones de salud de primer nivel.

Palabras clave: *burnout; calidad de vida; personal de salud; salud ocupacional; factores psicosociales.*

Abstract

Context: Burnout syndrome has been identified as a frequent occupational phenomenon in the healthcare sector, especially in primary care hospitals, where job demands are high and resources are limited. This phenomenon affects not only the emotional health of workers but also the quality of services provided. In this context, quality of life is recognized as a key factor in understanding staff well-being.

Objective: To analyze the relationship between quality of life and burnout syndrome in workers at a primary care hospital in Antioquia during the year 2025.

Methods: A quantitative study was conducted with a descriptive-correlational approach and a cross-sectional design. The sample consisted of 30 workers from the healthcare and administrative areas, who were administered the following questionnaires: Maslach Burnout Inventory (MBI), WHOQOL-BREF, and a questionnaire on working conditions. The data analysis included descriptive statistics, such as measures of central tendency and dispersion. Additionally, the Spearman correlation was calculated to assess the relationship between variables, as the data did not meet the assumptions of normality. This correlation is a non-parametric technique, suitable for ordinal variables and non-normal distributions. The significance level was set at $p < 0.05$ to identify statistically significant associations between burnout syndrome, quality of life, and working conditions.

Results: Moderate levels of burnout were identified ($M = 3.54$; $SD = 0.62$), along with a moderately favorable perception of quality of life ($M = 3.63$; $SD = 0.59$). A moderate negative correlation was found between burnout and quality of life ($\rho = -0.43$; $p = 0.018$), as well as a positive correlation between burnout and working conditions ($\rho = 0.63$; $p < 0.01$). Additionally, working conditions were significantly associated with the level of burnout ($B = 0.814$; $p < 0.001$).

Conclusions: The results show that an increase in burnout syndrome is associated with a decrease in the quality of life of workers. These findings highlight the need to strengthen organizational strategies focused on managing psychosocial risks and promoting well-being in primary healthcare institutions.

Keywords: *burnout; quality of life; healthcare personnel; occupational health; psychosocial factors.*

Introducción

El síndrome de burnout se ha consolidado como un fenómeno relevante en el campo de la seguridad y salud en el trabajo, especialmente en el sector salud, donde las condiciones laborales implican altas demandas emocionales, cognitivas y operativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) lo reconoce como un fenómeno ocupacional derivado del estrés crónico no gestionado, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño laboral. En este contexto, los profesionales del sector salud presentan mayor vulnerabilidad debido a la exposición constante a situaciones de alta exigencia y a la responsabilidad asociada al cuidado de la vida de los pacientes (Maslach & Leiter, 2016).

Desde una perspectiva histórica, el concepto de burnout fue introducido por Freudenberger (1974), quien identificó manifestaciones de desgaste emocional en trabajadores de servicios humanos. Posteriormente, Maslach y Jackson (1981) desarrollaron un instrumento ampliamente utilizado para su medición, lo que contribuyó a consolidar su estudio en el ámbito de la psicología organizacional. A partir de estos aportes, diversas investigaciones han profundizado en la comprensión del fenómeno, evidenciando su relación con factores psicosociales como la sobrecarga laboral, la falta de control y el escaso apoyo organizacional (Karasek, 1979; Bakker & Demerouti, 2007). De igual manera, el modelo de demandas y recursos laborales plantea que el desequilibrio entre las exigencias del trabajo y los recursos disponibles se asocia con la aparición del burnout (Schaufeli & Bakker, 2004).

En América Latina, esta problemática adquiere especial relevancia debido a las limitaciones estructurales de los sistemas de salud, tales como la escasez de recursos, la inestabilidad laboral y las condiciones organizacionales exigentes. En este contexto, estudios recientes han evidenciado una relación significativa entre el síndrome de burnout y la calidad de vida en el personal sanitario, indicando que niveles elevados de desgaste profesional se asocian con un deterioro del bienestar general (Manrique et al., 2021; Villamarín Semblantes & Noroña Salcedo, 2023).

Asimismo, en el sector salud, condiciones como la sobrecarga de trabajo, la limitación de recursos y la presión asistencial se han relacionado con una mayor presencia del síndrome de burnout (Danna & Griffin, 1999). En el contexto colombiano, el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 2404 de 2019 establecen la obligatoriedad de gestionar los riesgos psicosociales en

el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, lo que evidencia la necesidad de abordar esta problemática desde un enfoque investigativo y aplicado.

No obstante, a pesar de los avances en la literatura, persisten vacíos en la evidencia empírica, especialmente en contextos locales y en instituciones de primer nivel de atención. En Colombia, la mayoría de los estudios se ha desarrollado en hospitales de mediana y alta complejidad, lo que limita la comprensión de esta relación en escenarios donde las condiciones organizacionales, la disponibilidad de recursos y la dinámica asistencial difieren. En particular, en Antioquia se dispone de escasa información que permita analizar cómo se manifiesta la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de instituciones de primer nivel, lo cual restringe la formulación de estrategias de intervención ajustadas a este contexto.

Por otra parte, la calidad de vida se entiende como un constructo multidimensional que integra dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales, las cuales influyen en el bienestar general de los individuos (OMS, 2020). En este sentido, la evidencia científica ha demostrado que la exposición prolongada a factores de riesgo psicosocial se asocia con una disminución en la calidad de vida, particularmente en contextos de alta exigencia como el sector salud (West et al., 2016).

En consecuencia, el presente estudio tiene como propósito analizar la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un hospital de primer nivel de Antioquia durante el año 2025, con el fin de aportar evidencia empírica que contribuya a la comprensión de esta problemática en el ámbito local y a la orientación de acciones en seguridad y salud en el trabajo.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Presentación del problema de investigación.

La salud mental en el trabajo se ha consolidado como una prioridad en salud pública y en la gestión organizacional, particularmente en sectores con alta exigencia emocional y operativa, como el sector salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) reconoce el síndrome de burnout como un fenómeno ocupacional derivado del estrés crónico no gestionado, caracterizado por agotamiento emocional, distanciamiento mental respecto al trabajo y disminución de la eficacia profesional. Asimismo, los riesgos para la salud mental aumentan en contextos donde confluyen altas cargas laborales, bajo control sobre el trabajo y escaso apoyo organizacional (OMS, 2020).

A nivel global, la salud mental de los trabajadores constituye una preocupación creciente debido a su impacto en el bienestar individual y en el desempeño organizacional. En el sector salud, esta problemática adquiere especial relevancia, dado que el estado psicológico del trabajador influye directamente en la seguridad del paciente y en la calidad del servicio prestado. En este sentido, las altas demandas laborales, la presión asistencial y la limitación de recursos se asocian con la aparición del burnout, el cual, a su vez, se relaciona con consecuencias como el deterioro del bienestar, el ausentismo y la disminución del desempeño laboral (Maslach & Leiter, 2016).

Diversos estudios han evidenciado que el personal sanitario constituye uno de los grupos más vulnerables a este síndrome. Revisiones recientes reportan una alta prevalencia de burnout en profesionales de enfermería y otros trabajadores de la salud, asociada a jornadas prolongadas y a la exposición continua a situaciones emocionalmente demandantes (Dall'Ora et al., 2020; Gómez-Urquiza et al., 2017). Asimismo, se ha identificado que este fenómeno no depende únicamente de características individuales, sino que se relaciona estrechamente con factores organizacionales, como la sobrecarga laboral, el liderazgo y el apoyo institucional (Gil-Monte, 2012).

En América Latina, la problemática de la salud mental en el personal sanitario ha sido ampliamente documentada. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) reporta que entre el 30 % y el 50 % de los trabajadores de la salud presenta síntomas asociados a estrés, ansiedad o agotamiento emocional, especialmente en contextos de alta demanda asistencial. Estas cifras evidencian una alta exposición a riesgos psicosociales en la región, asociada a condiciones laborales exigentes, limitaciones estructurales y déficit de recursos humanos.

En el contexto colombiano, el Ministerio de Salud y Protección Social (2022) señala que el talento humano en salud enfrenta condiciones laborales que incrementan el riesgo de afectaciones en la salud mental, particularmente en escenarios de sobrecarga laboral y presión asistencial. Asimismo, se reconoce que los factores psicosociales constituyen uno de los principales riesgos emergentes en el entorno laboral del sector salud.

En el ámbito normativo, el país cuenta con marcos regulatorios como la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 2404 de 2019, los cuales establecen la obligación de identificar, evaluar y gestionar los riesgos psicosociales en el trabajo. No obstante, a pesar de estos lineamientos, la evidencia empírica sobre la magnitud del burnout y su relación con la calidad de vida en contextos específicos aún es limitada, especialmente en instituciones de primer nivel de atención.

En Antioquia, los hospitales de primer nivel cumplen un papel fundamental en la atención primaria en salud. Estas instituciones enfrentan una alta demanda de servicios, limitaciones en recursos humanos y presión por cobertura, condiciones que incrementan la exposición a riesgos psicosociales. Sin embargo, existe escasa evidencia que permita comprender cómo estas condiciones se relacionan con la calidad de vida y el síndrome de burnout en este nivel de atención.

A pesar de la evidencia internacional y nacional disponible, persisten vacíos en el análisis específico de la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de instituciones de primer nivel. Esta limitación restringe la formulación de estrategias de intervención ajustadas a las condiciones reales del contexto, particularmente en escenarios con limitaciones de recursos y alta demanda asistencial.

El presente estudio se desarrolló en un hospital de primer nivel de Antioquia durante el año 2025. La población estuvo conformada por trabajadores del área asistencial y administrativa. Debido a criterios de participación voluntaria y disponibilidad del personal, se contó con la participación de 30 trabajadores. En este contexto, se reconoce que la interacción entre las condiciones laborales y las demandas organizacionales influye en la calidad de vida de los trabajadores y en la presencia del síndrome de burnout.

En consecuencia, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un hospital de primer nivel de Antioquia en el año 2025?

1.2 Justificación

La presente investigación se justifica por su relevancia social, científica y práctica, en la medida en que aborda la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en el talento humano del sector salud, una problemática que impacta tanto el bienestar de los trabajadores como la calidad de los servicios prestados. El personal sanitario constituye un grupo especialmente vulnerable a factores de riesgo psicosocial derivados de condiciones laborales exigentes, como la sobrecarga asistencial, la presión emocional y la limitación de recursos (OMS, 2019; Dall’Ora et al., 2020).

Desde una perspectiva social, el estudio resulta pertinente debido a que el bienestar del personal de salud se relaciona con la calidad de la atención brindada a la población. En este sentido, la evidencia ha demostrado que mayores niveles de burnout se asocian con efectos adversos como el incremento del riesgo de errores, la disminución de la seguridad del paciente y el deterioro en la calidad del servicio (Gómez-Urquiza et al., 2017; West et al., 2016). Por tanto, comprender su relación con la calidad de vida permite generar insumos orientados al fortalecimiento del sistema de salud y a la protección del talento humano.

Desde el punto de vista científico, la investigación aporta al campo de la salud ocupacional al analizar de manera integrada el síndrome de burnout y la calidad de vida, dos constructos que, aunque han sido ampliamente estudiados, no siempre se abordan de forma conjunta en contextos específicos. La literatura reciente ha evidenciado una asociación

significativa entre ambos, lo que sugiere que el deterioro en las condiciones de bienestar se relaciona con mayores niveles de desgaste profesional (Manrique et al., 2021; Villamarín Semblantes & Noroña Salcedo, 2023). En este marco, el uso del WHOQOL-BREF permite una aproximación integral al bienestar del trabajador, al considerar dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales.

En términos prácticos, los resultados del estudio permitieron identificar la relación entre el síndrome de burnout y la calidad de vida en trabajadores del sector salud, lo cual facilita la formulación de estrategias orientadas a la prevención de riesgos psicosociales y a la promoción del bienestar. Esta información puede ser utilizada por las instituciones de salud para fortalecer programas de intervención, optimizar las condiciones organizacionales y orientar acciones dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Desde el ámbito normativo, la investigación se encuentra alineada con la legislación colombiana vigente, particularmente con la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 2404 de 2019, los cuales establecen la obligación de identificar, evaluar e intervenir los factores de riesgo psicosocial en el entorno laboral. En este sentido, el estudio aporta evidencia empírica que respalda la importancia de fortalecer las acciones dirigidas a la salud mental del talento humano en salud.

Finalmente, el aporte diferencial del estudio radica en el análisis de la relación entre el síndrome de burnout y la calidad de vida en un hospital de primer nivel de Antioquia, un contexto que ha sido menos explorado en la literatura. Aunque existe evidencia en hospitales de mediana y alta complejidad, se dispone de información limitada sobre esta relación en instituciones de primer nivel, caracterizadas por alta demanda asistencial, menor disponibilidad de personal y restricciones en recursos. En consecuencia, el estudio contribuye a este vacío al generar evidencia contextualizada que permite comprender cómo estas condiciones se asocian con la exposición a riesgos psicosociales y con el bienestar del trabajador, aportando elementos útiles para la toma de decisiones en seguridad y salud en el trabajo, la gestión hospitalaria y el diseño de estrategias de intervención ajustadas al nivel primario de atención.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un hospital de primer nivel de Antioquia durante el año 2025.

1.3.2 Objetivos Específicos

Describir el perfil sociodemográfico, las condiciones de salud y las condiciones laborales de los trabajadores, a partir de la información recolectada mediante el cuestionario aplicado.

Determinar los niveles de calidad de vida, evaluados mediante el instrumento WHOQOL-BREF, y los niveles del síndrome de burnout, medidos a través del Maslach Burnout Inventory (MBI), en la población de estudio.

Analizar la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en los trabajadores del hospital, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, de acuerdo con los resultados obtenidos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

El bienestar de los trabajadores constituye un elemento central para el adecuado funcionamiento de las organizaciones, en la medida en que influye en la calidad de los procesos, la productividad y el cumplimiento de los objetivos institucionales. En el sector salud, esta relación adquiere una relevancia particular, debido a que el talento humano representa el eje fundamental para la prestación de los servicios y enfrenta de manera constante altas demandas físicas, cognitivas y emocionales (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2021). En este contexto, la calidad de vida se configura como un componente clave del bienestar general del trabajador, con implicaciones directas en la seguridad del paciente y en la eficiencia del sistema sanitario (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En el contexto colombiano, los hospitales de primer nivel desempeñan un papel estratégico como puerta de entrada al sistema de salud. No obstante, estas instituciones enfrentan limitaciones estructurales, escasez de recursos humanos y restricciones financieras, lo que incrementa la carga laboral del personal. Estas condiciones han sido documentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (2022), evidenciando tensiones en la gestión del talento humano en salud. En consecuencia, este escenario favorece la aparición de riesgos psicosociales, entre los cuales el síndrome de burnout se ha consolidado como uno de los más relevantes, debido a su impacto en la salud mental, el desempeño laboral y la calidad del servicio prestado (Maslach & Leiter, 2016). Por ello, analizar la relación entre la calidad de vida y el burnout en este tipo de instituciones resulta fundamental para la formulación de estrategias de intervención en salud ocupacional.

2.1 Antecedentes de investigación

A nivel internacional, el síndrome de burnout ha sido ampliamente estudiado en el sector salud, especialmente en relación con su impacto en el bienestar del personal y en la calidad de la atención. Gómez-Urquiza et al. (2017), en un metaanálisis realizado en población de enfermería de servicios de urgencias, identificaron una alta prevalencia del síndrome, con predominio del agotamiento emocional como dimensión más afectada. Este estudio permitió dimensionar la magnitud del problema; sin embargo, presenta como limitación el énfasis en la prevalencia, sin profundizar en factores explicativos de tipo organizacional.

Por su parte, Dall'Ora et al. (2020), mediante una revisión teórica en contextos hospitalarios, analizaron la relación entre condiciones laborales y burnout, encontrando que variables como las jornadas prolongadas, la sobrecarga laboral y el poco descanso se asocian significativamente con mayores niveles del síndrome. A diferencia del estudio anterior, este trabajo enfatiza el papel de los factores organizacionales como determinantes del burnout, lo cual amplía la comprensión del fenómeno más allá de su medición descriptiva.

En este sentido, ambos estudios coinciden en la relevancia del burnout en el sector salud, pero difieren en su enfoque metodológico: mientras uno prioriza la estimación de la prevalencia, el otro profundiza en la explicación de sus determinantes. Esta diferencia evidencia la necesidad de integrar ambas perspectivas para lograr una comprensión más completa del fenómeno.

En relación con los modelos explicativos, el enfoque de demandas y recursos laborales, propuesto por Bakker y Demerouti (2007) y Schaufeli y Bakker (2004), plantea que el burnout surge del desequilibrio entre las exigencias del trabajo y los recursos disponibles. Este modelo, validado en múltiples contextos organizacionales, permite integrar variables individuales y organizacionales. No obstante, su aplicación en contextos específicos, como los sistemas de salud en países en desarrollo, puede presentar limitaciones al no considerar plenamente las condiciones estructurales propias de estos entornos.

En el contexto latinoamericano, diversos estudios han reportado una alta prevalencia del burnout en trabajadores del sector salud, asociada a condiciones laborales adversas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) señala que una proporción importante del personal sanitario presenta síntomas relacionados con estrés, ansiedad o agotamiento emocional. Si bien estos hallazgos permiten dimensionar el problema a nivel regional, su principal limitación radica en el carácter general de los análisis, lo que dificulta la comprensión de dinámicas específicas en contextos institucionales particulares.

En Colombia, Manrique et al. (2021) identificaron una relación entre el síndrome de burnout y el riesgo psicosocial intralaboral, evidenciando que las condiciones organizacionales pueden asociarse con el desgaste profesional y el bienestar del trabajador. De manera complementaria, Vinaccia y Alvaran (2004) abordaron el burnout en personal de salud colombiano desde un enfoque multifactorial, señalando la interacción de variables emocionales, organizacionales y sociales en la aparición del síndrome. No obstante, estos estudios presentan como limitación el análisis en contextos institucionales de mayor complejidad o de alcance general, sin focalizarse en hospitales de primer nivel.

En síntesis, la literatura revisada coincide en que el burnout es un problema prevalente en el sector salud, estrechamente relacionado con las condiciones laborales y con efectos significativos sobre el bienestar del trabajador. Sin embargo, se identifican vacíos en el análisis de la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en hospitales de primer nivel en Colombia, donde las condiciones organizacionales y operativas presentan características particulares.

En este marco, la presente investigación aporta evidencia empírica en un hospital de primer nivel de Antioquia, con el fin de comprender cómo se relacionan estas variables en un contexto caracterizado por limitaciones estructurales, alta demanda asistencial y condiciones laborales específicas, contribuyendo así al fortalecimiento de estrategias en salud ocupacional.

3. Bases teóricas

3.1 Contexto del sector salud

El sector salud en Colombia se encuentra estructurado y regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, entidad encargada de formular, dirigir y coordinar las políticas públicas en materia de atención sanitaria. Las actividades hospitalarias se clasifican bajo el código CIIU 8610, correspondiente a actividades de hospitales y clínicas con internación, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2020), lo que permite su organización y análisis dentro del sistema económico nacional.

La red hospitalaria se organiza en niveles de complejidad, definidos según la capacidad resolutive y el tipo de servicios prestados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). En particular, los hospitales de primer nivel se orientan a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de baja complejidad, en coherencia con el modelo de atención primaria en salud (OMS, 2019).

No obstante, estas instituciones enfrentan limitaciones estructurales, escasez de talento humano y restricciones presupuestales, lo que incrementa la carga laboral del personal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Estas condiciones configuran entornos laborales exigentes que pueden afectar el bienestar integral de los trabajadores, incidiendo tanto en su desempeño laboral como en su calidad de vida.

La calidad de vida se entiende como la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida, en relación con su contexto cultural, sus expectativas y sus condiciones de salud (The WHOQOL Group, 1998). En este escenario, las condiciones organizacionales adversas pueden impactar negativamente las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales del bienestar, favoreciendo la aparición de estrés laboral crónico y del síndrome de burnout (Maslach & Leiter, 2016).

En consecuencia, el análisis de estos factores resulta fundamental para comprender cómo el entorno institucional influye en la salud y el bienestar del talento humano en salud, especialmente en contextos de atención primaria.

3.2 Procesos y actividades asociadas al sector

Los hospitales de primer nivel desarrollan procesos asistenciales y administrativos orientados a la atención primaria en salud, incluyendo consulta externa, actividades de promoción y prevención, servicios diagnósticos básicos y atención de urgencias de baja complejidad (OPS, 2019).

Estas actividades implican una alta demanda física, cognitiva y emocional para los trabajadores, quienes deben responder de manera continua a las necesidades de la población en contextos caracterizados por limitaciones de recursos. Como resultado, este entorno puede generar sobrecarga laboral, afectando diferentes dimensiones del bienestar, particularmente aquellas relacionadas con la salud física, el estado psicológico y las relaciones sociales.

La evidencia empírica ha demostrado que estas condiciones se asocian con la aparición del síndrome de burnout, especialmente cuando existe un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles (Dall'Ora et al., 2020; Maslach & Leiter, 2016). En este contexto, el entorno organizacional no solo condiciona el desempeño laboral, sino que también se relaciona con la calidad de vida de los trabajadores.

De esta manera, la calidad de vida puede verse afectada en presencia de condiciones laborales adversas, lo que refuerza la necesidad de analizar estos factores desde la perspectiva de la salud ocupacional, particularmente en instituciones de primer nivel donde las exigencias operativas son constantes.

3.3 Factores de riesgo laboral en el sector salud

Los factores de riesgo psicosocial en el entorno hospitalario constituyen determinantes clave del bienestar del trabajador, en la medida en que inciden tanto en su salud mental como en su calidad de vida. Estos factores comprenden condiciones organizacionales, características del trabajo y dinámicas interpersonales que, cuando no son gestionadas adecuadamente, pueden generar estrés laboral (Ministerio del Trabajo, 2019).

La evidencia empírica ha demostrado que variables como la sobrecarga laboral, la presión asistencial y la exposición constante al sufrimiento humano se asocian con niveles elevados de agotamiento emocional (Gómez-Urquiza et al., 2017). De igual forma, factores como la baja autonomía, las jornadas prolongadas y el escaso apoyo organizacional se relacionan con un mayor riesgo de desarrollar síndrome de burnout (Dall’Ora et al., 2020).

Desde esta perspectiva, el burnout, definido como una respuesta al estrés laboral crónico (OMS, 2019), trasciende el ámbito del desempeño laboral y se vincula con múltiples dimensiones de la calidad de vida, incluyendo el bienestar psicológico, las relaciones sociales y la percepción del entorno.

En consecuencia, los riesgos psicosociales deben analizarse no solo desde su impacto organizacional, sino también desde su relación con el bienestar integral del trabajador. Esto refuerza la necesidad de abordarlos mediante enfoques preventivos e integrales en el marco de la seguridad y salud en el trabajo, especialmente en contextos hospitalarios donde la interacción entre altas demandas laborales y limitación de recursos incrementa la vulnerabilidad del personal (ISO, 2018).

Tabla 1.

Clasificación de los riesgos laborales según área de desempeño en hospitales de primer nivel

Área	Tipo de riesgo	Descripción	Referencia
Atención médica y urgencias	Psicosocial	Sobrecarga laboral, presión por decisiones clínicas y exposición al sufrimiento humano	Ministerio del Trabajo, 2019; Gómez-Urquiza et al., 2017
Enfermería	Biológico, Psicosocial	Exposición a fluidos y alta carga emocional	Dall’Ora et al., 2020; OMS, 2019
Laboratorio clínico	Biológico	Manejo de muestras y agentes patógenos	OMS, 2019; INSST, 2020
Administración	Psicosocial, Ergonómico	Carga mental, tareas repetitivas y jornadas prolongadas	Ministerio del Trabajo, 2019; INSST, 2020

Promoción y prevención	Psicosocial	Alta interacción comunitaria y demanda emocional	OPS, 2021
------------------------	-------------	--	-----------

Fuente: *Elaboración propia con base en Ministerio del Trabajo (2019), ISO (2018), INSST (2020), OPS (2021), OMS (2019) y literatura científica indexada.*

3.4 Efectos a corto y largo plazo por la exposición

La exposición constante a factores de riesgo en hospitales de primer nivel, tales como altas cargas de trabajo, presión asistencial, escasez de personal y jornadas prolongadas, genera efectos acumulativos en la salud del personal sanitario. Estas condiciones han sido ampliamente documentadas en el sector salud, especialmente en contextos caracterizados por limitaciones estructurales y alta demanda de servicios (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En el corto plazo, suelen presentarse manifestaciones físicas y psicológicas asociadas a la sobrecarga laboral. Entre estas se incluyen fatiga, alteraciones del sueño, irritabilidad y molestias osteomusculares. En el plano emocional, también se reportan ansiedad, dificultades de concentración y disminución de la motivación, las cuales se relacionan con la presión constante del entorno hospitalario (Dall’Ora et al., 2020; Gómez-Urquiza et al., 2017).

A medida que la exposición se prolonga, los efectos tienden a intensificarse y a adquirir mayor complejidad. La literatura reporta la aparición de alteraciones musculoesqueléticas, cardiovasculares y mentales asociadas al estrés laboral crónico, entre ellas ansiedad, depresión, fatiga persistente y deterioro del bienestar psicológico (Maslach & Leiter, 2016). Estas condiciones afectan tanto la salud del trabajador como su capacidad de respuesta frente a las exigencias del entorno laboral.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la salud mental en el trabajo constituye un componente esencial para el funcionamiento de los sistemas sanitarios, debido a su relación con el bienestar del personal, la calidad del servicio y la sostenibilidad de las organizaciones. En este sentido, los escenarios de alta exigencia pueden favorecer el deterioro progresivo del bienestar psicológico del personal de salud.

Entre los efectos de largo plazo, el síndrome de burnout se configura como una de las principales consecuencias de la exposición sostenida a riesgos psicosociales. Este fenómeno,

definido como resultado del estrés laboral crónico no gestionado adecuadamente, se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización profesional (OMS, 2019; Maslach et al., 2001). En este sentido, el burnout puede entenderse como un proceso progresivo que compromete tanto la salud del trabajador como su funcionamiento laboral.

En el contexto colombiano, esta problemática ha sido reconocida dentro del marco normativo laboral. El Decreto 1477 de 2014 incluye los trastornos relacionados con factores psicosociales dentro de la tabla de enfermedades laborales, mientras que la Ley 1562 de 2012 establece la obligación de gestionar integralmente los riesgos laborales, lo que implica su abordaje como una responsabilidad organizacional.

Sus efectos se evidencian en distintos niveles. A nivel individual, se asocia con fatiga crónica, alteraciones del sueño y trastornos emocionales; en el plano organizacional, con disminución del rendimiento, aumento del ausentismo y mayor probabilidad de errores en la atención (Dall’Ora et al., 2020). A su vez, en el sistema de salud puede contribuir a la rotación del personal y a la disminución de la calidad del servicio.

Estos efectos guardan relación con los factores de riesgo psicosocial definidos en la normativa colombiana. La Resolución 2646 de 2008 establece disposiciones para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, mientras que el Decreto 1072 de 2015 exige su gestión dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Frente a este panorama, las instituciones deben implementar estrategias orientadas a regular la carga laboral, fortalecer el apoyo organizacional y promover el bienestar psicológico del personal. Estas acciones se relacionan con la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente (Maslach & Leiter, 2016).

En síntesis, las condiciones psicosociales del trabajo se relacionan directamente con la calidad de vida del personal de salud. Su deterioro se asocia con un mayor riesgo de desarrollar síndrome de burnout, evidenciando la interrelación entre condiciones laborales, desgaste profesional y bienestar integral del trabajador.

3.5 Estrategias de valoración del riesgo

La valoración del riesgo laboral constituye un proceso fundamental dentro de la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, dado que permite identificar peligros, determinar la población expuesta y estimar la magnitud de sus posibles efectos. A partir de este proceso se orienta la toma de decisiones en materia de prevención, control y mejora continua de las condiciones laborales, en concordancia con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido en el Decreto 1072 de 2015.

En el ámbito hospitalario, particularmente en instituciones de primer nivel, esta evaluación adquiere especial relevancia debido a la exposición simultánea a riesgos biológicos, ergonómicos, físicos y psicosociales. En concordancia con la normativa colombiana, especialmente la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015, las organizaciones tienen la responsabilidad de gestionar estos riesgos de manera sistemática, anticipativa y preventiva.

Para ello, las instituciones implementan metodologías estandarizadas orientadas al diagnóstico, la priorización y la intervención de los riesgos. Estas herramientas permiten realizar seguimiento y evaluar la efectividad de las acciones implementadas, en articulación con estándares internacionales como la ISO 45001:2018, la cual promueve un enfoque basado en la mejora continua de la seguridad y salud en el trabajo (International Organization for Standardization [ISO], 2018).

Entre las estrategias más utilizadas se destaca la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, basada en la Guía Técnica Colombiana GTC 45. Esta herramienta permite clasificar los riesgos en función de su nivel de probabilidad y consecuencia, lo que facilita la priorización de medidas de intervención en diferentes áreas de trabajo (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación [ICONTEC], 2012). En el sector salud, su aplicación resulta pertinente porque permite identificar riesgos físicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales dentro de los planes de intervención institucional.

Asimismo, se emplean listas de chequeo e inspecciones periódicas que permiten evaluar condiciones locativas, carga física y aspectos organizacionales. Estas acciones hacen parte integral del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, ya que contribuyen a la detección temprana de factores de riesgo.

En relación con los riesgos psicosociales, su evaluación se realiza mediante instrumentos estandarizados, en cumplimiento de la Resolución 2646 de 2008. En este marco, el Maslach Burnout Inventory (MBI) se utiliza para medir el síndrome de burnout en sus dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (Maslach et al., 1996). Por su parte, el WHOQOL-BREF evalúa la calidad de vida desde un enfoque multidimensional, integrando dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales (The WHOQOL Group, 1998).

La aplicación conjunta de estos instrumentos permite un análisis integral del bienestar del trabajador, al articular el desgaste ocupacional con la percepción general de calidad de vida. De esta manera, se favorece la comprensión de la relación entre las condiciones laborales y los resultados en salud.

Adicionalmente, modelos teóricos como el de demanda-control de Karasek y Theorell (1990) facilitan la comprensión de la relación entre las exigencias laborales y el nivel de autonomía del trabajador, permitiendo identificar configuraciones de mayor exposición a riesgos psicosociales.

La integración de estas metodologías permite identificar riesgos específicos por área, estimar su impacto y definir medidas de control pertinentes. Este proceso resulta especialmente relevante en hospitales de primer nivel, donde la alta demanda asistencial y la limitación de recursos incrementan la exposición a riesgos psicosociales.

Desde una perspectiva normativa, la valoración del riesgo psicosocial constituye una obligación institucional que implica no solo la identificación de factores de riesgo, sino también la implementación de planes de intervención, seguimiento y mejora continua (Ministerio de la Protección Social, 2008). En este sentido, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo exige que estas evaluaciones se integren en una estrategia organizacional más amplia, orientada a la prevención de riesgos físicos y mentales.

En síntesis, la evidencia indica que una adecuada valoración del riesgo laboral se relaciona con la prevención de enfermedades y con el mejoramiento de la calidad de vida del personal de salud, particularmente frente a los riesgos psicosociales asociados al síndrome de burnout (OMS, 2019; Maslach & Leiter, 2016).

Tabla 2.

Comparación de metodologías para la valoración del riesgo psicosocial y condiciones de trabajo

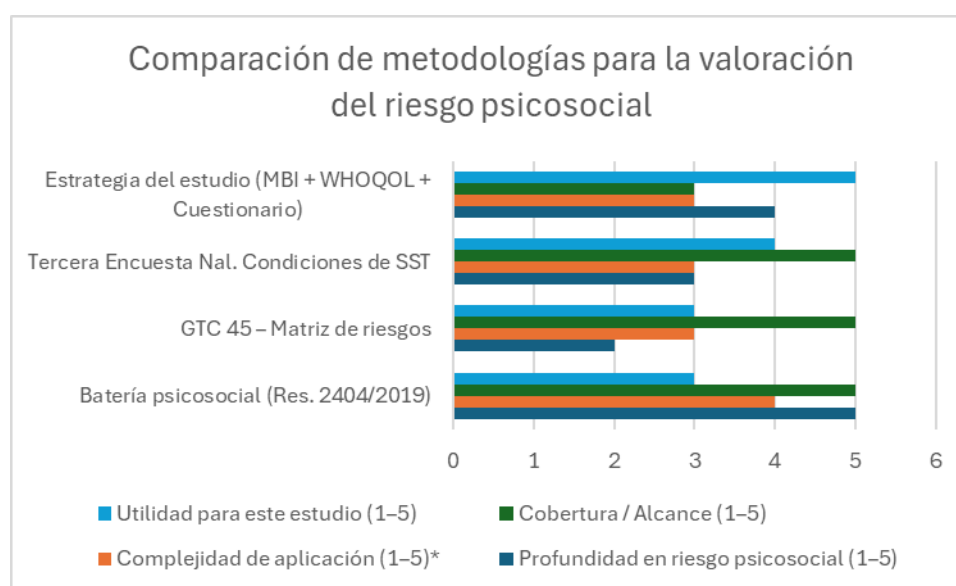
Metodología / Instrumento	Objetivo	Alcance	Aplicación en hospital de primer nivel	Criterios de evaluación	Tipo de resultado	Utilidad en el estudio	Perfil de aplicación	Ventajas	Limitaciones
GTC 45 – Matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos (ICONTEC, 2012)	Identificar peligros y estimar nivel de riesgo	Multirriesgo (físico, biológico, ergonómico, psicosocial)	Todas las áreas hospitalarias	Probabilidad × consecuencia	Nivel de riesgo (bajo–crítico)	Contextualiza condiciones laborales del entorno	Profesional SST	Estandarizada, prioriza riesgos	Limitada para medir impacto psicosocial profundo
Resolución 2646 de 2008 – Evaluación de factores de riesgo psicosocial (Ministerio de la Protección Social, 2008)	Evaluar factores psicosociales intra y extralaborales	Riesgos psicosociales	Personal asistencial y administrativo	Nivel de exposición a factores psicosociales	Nivel de riesgo (bajo–alto)	Identifica condiciones organizacionales asociadas al burnout	Psicología ocupacional / SST	Obligatoria en Colombia, enfoque estructural	Requiere condiciones de aplicación (confidencialidad)
Maslach Burnout Inventory — MBI (Maslach et al., 1996)	Medir síndrome de burnout	Individual (estado emocional)	Personal de salud con alta demanda emocional	Agotamiento emocional, despersonalización, realización personal	Nivel de burnout	Variable dependiente clave del estudio	Psicología / salud ocupacional	Estándar internacional, alta validez	No identifica causas organizacionales
WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1998)	Evaluar calidad de vida	Individual multidimensional	Todo el personal	Dimensiones: física, psicológica, social, ambiental	Nivel de calidad de vida	Variable principal de bienestar del estudio	Profesionales de salud / investigadores	Enfoque integral del bienestar	No específico del entorno laboral
Modelo demanda-control (Karasek & Theorell, 1990)	Analizar relación entre demanda laboral y control	Organizacional	Áreas con alta presión asistencial	Nivel de demanda vs autonomía	Clasificación de riesgo psicosocial	Marco explicativo del burnout	SST / talento humano	Explica origen organizacional del estrés	No mide directamente burnout
Modelo demandas-recursos laborales — JD-R (Bakker & Demerouti, 2007)	Explicar el burnout a partir del equilibrio entre demandas y recursos	Organizacional e individual	Todo el entorno hospitalario	Relación demandas–recursos	Riesgo de desgaste laboral	Sustento teórico de la relación burnout–calidad de vida	Investigadores / SST	Integra múltiples variables	Requiere operacionalización empírica

Fuente: *Elaboración propia con base en ICONTEC (2012), Ministerio de la Protección Social (2008), Decreto 1072 de 2015, ISO (2018), OMS (2019), OIT (2021), Dall’Ora et al. (2020), Gómez-Urquiza et al. (2017), Maslach et al. (1996), The WHOQOL Group (1998), Karasek y Theorell (1990), y Bakker y Demerouti (2007).*

La comparación de metodologías evidencia que la evaluación del riesgo psicosocial en el sector salud requiere un abordaje integral que combine herramientas de identificación de riesgos, medición de condiciones organizacionales y evaluación del impacto en el trabajador. En este marco, el presente estudio se centró en la aplicación del Maslach Burnout Inventory (MBI) y el WHOQOL-BREF, por su capacidad para medir el síndrome de burnout y la calidad de vida, respectivamente. Esta elección resulta coherente con el objetivo de analizar la relación entre ambas variables y se complementa con referentes teóricos como el modelo demanda-control y el modelo de demandas-recursos laborales, los cuales permiten interpretar los hallazgos en función de las condiciones organizacionales (Bakker & Demerouti, 2007; Karasek & Theorell, 1990).

Figura 1.

Comparación de metodologías de valoración del riesgo psicosocial



Fuente: *Elaboración propia con base en ICONTEC (2012), Ministerio de la Protección Social (2008), ISO (2018), OIT (2021), OMS (2019), Maslach et al. (1996), The WHOQOL Group (1998), Karasek y Theorell (1990), y Bakker y Demerouti (2007).*

La calificación presentada en la figura se realizó mediante un análisis comparativo cualitativo de las metodologías, considerando criterios como el alcance de la evaluación, el tipo de riesgo abordado, la aplicabilidad en el contexto hospitalario, el nivel de profundidad del análisis y la utilidad para la toma de decisiones. A partir de estos criterios, se asignaron niveles relativos de valoración, los cuales permiten visualizar de manera comparativa las fortalezas y limitaciones de cada herramienta en hospitales de primer nivel.

3.6 Estrategias de intervención

La identificación de factores de riesgo en el entorno hospitalario requiere complementarse con estrategias de intervención orientadas a su prevención, control y mitigación, con el fin de reducir su impacto en la salud física y mental de los trabajadores. En este sentido, la gestión del riesgo laboral se fundamenta en la jerarquía de controles, la cual establece un orden de prioridad que inicia con la eliminación del peligro y finaliza con el uso de equipos de protección personal (OIT, 2021).

En primer lugar, la eliminación o sustitución del riesgo constituye la estrategia más efectiva, en la medida en que interviene directamente sobre la fuente del peligro. En el contexto hospitalario, estas acciones se relacionan con la reorganización de turnos prolongados, la redistribución de cargas laborales y la optimización de los procesos asistenciales. Estas medidas se asocian con la disminución de la fatiga y con un mayor equilibrio entre las demandas laborales y la vida personal, aspectos vinculados con la prevención del síndrome de burnout (Dall'Ora et al., 2020).

En segundo lugar, los controles de ingeniería se orientan a la adecuación del entorno físico de trabajo mediante mejoras en iluminación, ventilación, ergonomía y diseño de los puestos. Estas intervenciones contribuyen a reducir la carga física, minimizar errores y optimizar las condiciones de desempeño del personal sanitario, lo cual se relaciona con el bienestar general del trabajador.

Por otra parte, los controles administrativos adquieren especial relevancia en la gestión de los riesgos psicosociales, dado que intervienen directamente en la organización del trabajo. Entre las estrategias más utilizadas se encuentran la implementación de pausas activas, la

rotación de tareas, la capacitación en manejo del estrés, el fortalecimiento del liderazgo y el desarrollo de programas de apoyo psicosocial. La evidencia indica que este tipo de intervenciones organizacionales se asocia con la reducción del estrés laboral y con la mejora del clima organizacional, particularmente en contextos de alta exigencia como el sector salud (OMS, 2020; West et al., 2016).

Finalmente, los equipos de protección personal constituyen la última barrera frente a los riesgos laborales. Aunque su impacto sobre los factores psicosociales es indirecto, su uso adecuado se relaciona con la disminución de eventos adversos y con una mayor percepción de seguridad por parte del trabajador (OMS, 2020).

La literatura señala que las intervenciones más efectivas para prevenir el burnout son aquellas que combinan cambios organizacionales con estrategias de apoyo individual, ya que permiten abordar tanto las condiciones estructurales del trabajo como las respuestas psicológicas del trabajador frente al estrés (West et al., 2016). En este sentido, la implementación articulada de estrategias de intervención resulta especialmente relevante en hospitales de primer nivel, donde la alta demanda asistencial y la limitación de recursos incrementan la exposición a riesgos psicosociales.

En consecuencia, estas acciones se relacionan no solo con la reducción del síndrome de burnout, sino también con el mejoramiento de la calidad de vida del personal de salud, al influir en sus dimensiones física, psicológica y social. De este modo, la gestión integral de los riesgos se consolida como un componente clave para el bienestar del trabajador y la sostenibilidad de los servicios de salud.

Figura 2.

Jerarquía de estrategias de intervención del riesgo laboral en hospitales



Fuente: Elaboración propia con base en ICONTEC (2012), INSST (2020), OIT (2021) y OMS (2020).

4. Bases legales de la investigación

El proyecto titulado “Relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un hospital de primer nivel de Antioquia en el año 2025” se fundamenta en el marco normativo colombiano en materia de seguridad y salud en el trabajo, salud mental y gestión de riesgos laborales. Dicho marco regula la protección de la salud de los trabajadores y establece la obligación de identificar, evaluar, prevenir e intervenir los riesgos laborales, incluidos aquellos de carácter psicosocial.

En este sentido, la legislación vigente no solo reconoce la importancia de la salud mental en el entorno laboral, sino que exige su gestión sistemática dentro de las organizaciones, con el fin de garantizar condiciones de trabajo seguras, dignas y saludables. Este marco resulta especialmente pertinente para el presente estudio, en la medida en que el síndrome de burnout se configura como una manifestación asociada a los riesgos psicosociales derivados de

condiciones laborales exigentes, sobrecarga de trabajo, presión asistencial y escaso apoyo organizacional.

Asimismo, la normativa colombiana establece lineamientos específicos para la identificación y gestión de los factores de riesgo psicosocial, así como para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Por tanto, este soporte legal permite sustentar el desarrollo de investigaciones orientadas a comprender la relación entre las condiciones laborales, la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores del sector salud.

A continuación, se presentan las principales normas que orientan el desarrollo de la presente investigación:

Tabla 3.

Bases legales

Nivel normativo	Norma	Propósito en relación con la investigación
Constitucional	Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 25	Establece el trabajo como un derecho y una obligación social, que debe desarrollarse en condiciones dignas y justas. Sustenta el análisis de la calidad de vida y del bienestar del trabajador como componentes esenciales del entorno laboral.
Legal	Ley 100 de 1993	Crea el Sistema de Seguridad Social Integral y establece disposiciones relacionadas con la protección de la salud, la seguridad social y el bienestar de la población trabajadora.
Legal	Ley 1010 de 2006	Regula medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral, entendido como una condición que puede afectar el ambiente psicosocial, la salud mental y el bienestar del trabajador.
Legal	Ley 1562 de 2012	Modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y fortalece la gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Sirve de fundamento para abordar los riesgos psicosociales como parte de la salud ocupacional.
Legal	Ley 1616 de 2013	Expide la Ley de Salud Mental y reconoce la necesidad de promover, prevenir y atender integralmente los problemas relacionados con la salud mental. Es pertinente para el análisis del bienestar psicológico y los factores psicosociales en el trabajo.

Legal	Código Sustantivo del Trabajo	Define obligaciones del empleador relacionadas con la protección del trabajador y el respeto por condiciones laborales dignas, lo que respalda el análisis de condiciones que pueden afectar el bienestar físico y mental.
Decreto Ley	Decreto Ley 1295 de 1994	Organiza el Sistema General de Riesgos Profesionales, hoy Sistema General de Riesgos Laborales, y establece responsabilidades frente a la prevención de riesgos derivados del trabajo.
Decreto	Decreto 1477 de 2014	Expide la tabla de enfermedades laborales e incluye patologías asociadas a factores psicosociales y estrés laboral, lo cual respalda el abordaje del burnout como fenómeno relacionado con el trabajo.
Decreto	Decreto 1072 de 2015	Compila la normativa del sector trabajo y reglamenta el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, exigiendo la identificación, evaluación, prevención e intervención de los riesgos laborales, incluidos los psicosociales.
Resolución	Resolución 1016 de 1989	Reglamenta la organización y funcionamiento de los programas de salud ocupacional, antecedente del actual Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Resolución	Resolución 2013 de 1986	Reglamenta la organización y funcionamiento de los comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo, actualmente COPASST, como instancias de apoyo a la prevención de riesgos laborales.
Resolución	Resolución 2646 de 2008	Establece disposiciones y responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo.
Resolución	Resolución 652 de 2012	Establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral, orientado a prevenir situaciones de acoso laboral y mejorar el ambiente psicosocial.
Resolución	Resolución 4886 de 2018	Adopta la Política Nacional de Salud Mental, promoviendo acciones de prevención, atención integral y bienestar psicológico.
Resolución	Resolución 2404 de 2019	Adoptó la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial y guías de intervención. Se incluye como antecedente normativo, teniendo en cuenta que fue derogada por la Resolución 2764 de 2022.

Resolución	Resolución 2764 de 2022	Adopta la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus protocolos específicos. Constituye el referente vigente para la gestión del riesgo psicosocial.
------------	-------------------------	--

Fuente: *Elaboración propia con base en la Constitución Política de Colombia (1991), Ley 100 de 1993, Ley 1010 de 2006, Ley 1562 de 2012, Ley 1616 de 2013, Decreto Ley 1295 de 1994, Decreto 1477 de 2014, Decreto 1072 de 2015, Resolución 1016 de 1989, Resolución 2013 de 1986, Resolución 2646 de 2008, Resolución 652 de 2012, Resolución 4886 de 2018, Resolución 2404 de 2019 y Resolución 2764 de 2022.*

El análisis desarrollado a lo largo del presente capítulo permite establecer que la calidad de vida y el síndrome de burnout constituyen fenómenos estrechamente relacionados, especialmente en el contexto del sector salud. La evidencia científica indica que factores como la sobrecarga laboral, la organización del trabajo, la falta de apoyo institucional y la exposición continua a situaciones emocionalmente demandantes se asocian con el bienestar del personal sanitario y con la presencia de desgaste profesional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019; West et al., 2016).

Asimismo, los antecedentes revisados evidencian la necesidad de fortalecer estudios en hospitales de primer nivel, donde las limitaciones estructurales, la alta demanda asistencial y la disponibilidad restringida de recursos configuran escenarios de mayor vulnerabilidad frente al estrés laboral. En este sentido, analizar la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout permite comprender de manera integral cómo las condiciones del entorno laboral se vinculan con la salud y el desempeño del trabajador.

Desde el punto de vista normativo, Colombia cuenta con un marco legal que respalda la gestión de los riesgos psicosociales, estableciendo la obligación de identificarlos, evaluarlos, prevenirlos e intervenirlos dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Por ende, la presente investigación adquiere no solo relevancia académica, sino también pertinencia institucional y legal, al aportar evidencia que puede orientar acciones de prevención e intervención en el ámbito organizacional.

En síntesis, el marco teórico proporciona una base conceptual, empírica y normativa coherente para analizar la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un hospital de primer nivel. Esto permite sustentar el desarrollo del estudio y orientar la interpretación de sus resultados en el contexto específico del sistema de salud.

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Tipo de investigación

La presente investigación se desarrolló como un estudio de tipo aplicado, orientado al análisis de un problema concreto en un contexto específico: la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un hospital de primer nivel. Este tipo de investigación busca generar conocimiento útil para la comprensión y el abordaje de problemáticas reales en el ámbito organizacional y en el campo de la seguridad y salud en el trabajo.

El enfoque metodológico fue cuantitativo, dado que se basó en la medición objetiva de variables, el análisis estadístico de los datos y la identificación de relaciones entre ellas. Este enfoque permitió describir y analizar el comportamiento del fenómeno estudiado a partir de evidencia empírica obtenida mediante instrumentos estandarizados y validados.

En cuanto al alcance, el estudio se clasificó como descriptivo-correlacional, debido a que caracterizó las condiciones sociodemográficas, laborales y de salud de la población, y analizó la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout, sin establecer relaciones de causalidad. Este tipo de diseño resulta adecuado cuando se busca identificar asociaciones entre variables en un momento específico, sin intervenir directamente sobre ellas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Finalmente, se adoptó un diseño transversal, dado que la recolección de la información se realizó en un único momento durante el año 2025, lo que permitió analizar las variables en un periodo específico sin seguimiento longitudinal.

2. Población y/o muestra objeto de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 70 trabajadores de un hospital de primer nivel ubicado en Antioquia durante el año 2025. De esta población, 50 trabajadores cumplieron con los criterios de inclusión; sin embargo, 20 fueron considerados no elegibles debido a que se encontraban en licencia médica, incapacidad o no cumplían con las condiciones establecidas para la participación en el estudio.

La muestra final estuvo constituida por 30 trabajadores que aceptaron participar voluntariamente y diligenciaron completamente los instrumentos, configurando una muestra no probabilística por conveniencia. Este tipo de muestreo implica un posible sesgo de selección, dado que la inclusión de los participantes dependió de su disponibilidad y disposición para participar.

En este sentido, aunque el estudio permitió una caracterización detallada del fenómeno en el contexto específico del hospital, los resultados deben interpretarse con cautela y no son generalizables a otras poblaciones, debido a la naturaleza no probabilística de la muestra.

Asimismo, el tamaño muestral, correspondiente a $n = 30$, limita la precisión de las estimaciones inferenciales. Por esta razón, los análisis de correlación y regresión se interpretaron con un alcance exploratorio, orientado a identificar asociaciones entre variables, sin pretender establecer relaciones concluyentes. En consecuencia, el estudio no corresponde a un diseño censal, sino a una muestra efectiva derivada de la participación voluntaria, aspecto que debe ser considerado en la interpretación de los resultados.

3. Técnicas o herramientas de recolección de datos

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de instrumentos estandarizados y validados, orientados a la medición de las variables principales del estudio: síndrome de burnout y calidad de vida. Adicionalmente, se utilizó un cuestionario estructurado para la caracterización sociodemográfica, laboral y de salud de los participantes.

El uso de estos instrumentos permitió fortalecer la validez de constructo, la confiabilidad de las mediciones y la comparabilidad de los resultados con la literatura científica disponible, lo cual contribuye a la consistencia metodológica del estudio.

3.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

El síndrome de burnout fue evaluado mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI), desarrollado por Maslach y Jackson (1981) y posteriormente sistematizado en su manual técnico por Maslach, Jackson y Leiter (1996). Este instrumento es ampliamente utilizado en contextos laborales y de salud para la medición del desgaste profesional.

El MBI está conformado por 22 ítems distribuidos en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de siete puntos, con valores que oscilan entre 0, correspondiente a “nunca”, y 6, correspondiente a “todos los días”, lo que permite cuantificar la frecuencia de las experiencias asociadas al síndrome.

Desde el punto de vista psicométrico, el instrumento presenta adecuados niveles de confiabilidad, con coeficientes de consistencia interna reportados en estudios internacionales y en su manual técnico (Maslach et al., 1996). En el contexto colombiano, el MBI ha sido aplicado en población del sector salud, lo cual respalda su pertinencia para el análisis del desgaste profesional en trabajadores sanitarios (Vinaccia & Alvaran, 2004).

Para el procesamiento de la información, se calcularon las puntuaciones de cada dimensión mediante la suma de los ítems correspondientes. Las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización se interpretaron en sentido directo, es decir, a mayor puntuación, mayor nivel de burnout. Por su parte, la dimensión de realización personal se interpretó de forma inversa, dado que puntuaciones más bajas indican mayor afectación.

Asimismo, las puntuaciones fueron clasificadas en niveles bajo, medio y alto, de acuerdo con los puntos de corte establecidos en la literatura especializada, como se presenta en la Tabla 4. Para los análisis estadísticos, se utilizaron tanto las puntuaciones continuas por dimensión como su categorización, según el tipo de análisis realizado.

Tabla 4.

Clasificación del síndrome de burnout según MBI

Escala	Ítems	Bajo	Medio	Alto
--------	-------	------	-------	------

Agotamiento emocional (AE)	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	≤ 18	19–27	≥ 28
Despersonalización (DP)	5, 10, 11, 15, 22	≤ 5	6–9	≥ 10
Realización personal (RP)*	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	≥ 40	34–39	≤ 33

Fuente: Adaptado Maslach, Jackson y Leiter (1996).

Nota: La dimensión de realización personal se interpreta de forma inversa; puntuaciones más bajas indican mayor nivel de burnout.

En este sentido, el MBI permitió evaluar de manera integral el nivel de burnout en los trabajadores del hospital, identificando el grado de afectación en cada una de sus dimensiones y facilitando su análisis en relación con la calidad de vida y las condiciones laborales.

3.2 Cuestionario WHOQOL-BREF

La variable calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, desarrollado por The WHOQOL Group como una versión abreviada del WHOQOL-100. Este instrumento permite valorar la percepción de calidad de vida desde una perspectiva multidimensional e incluye dominios físicos, psicológicos, sociales y ambientales. El artículo original del WHOQOL-BREF describe su desarrollo como instrumento abreviado y reporta sus dominios centrales de evaluación .

El instrumento consta de 26 ítems distribuidos en cuatro dominios:

1. Salud física: energía, fatiga, sueño, movilidad y actividades de la vida diaria.
2. Salud psicológica: autoestima, memoria, concentración, sentimientos positivos y negativos.
3. Relaciones sociales: apoyo social, relaciones personales y vida sexual.
4. Entorno: seguridad, recursos económicos, acceso a servicios de salud, transporte y oportunidades de ocio.

Adicionalmente, incluye dos ítems generales relacionados con la percepción global de la calidad de vida y la satisfacción con la salud. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, donde valores más altos indican una mejor percepción de calidad de vida.

En términos psicométricos, el WHOQOL-BREF ha demostrado adecuados niveles de confiabilidad y validez en diferentes poblaciones, lo cual respalda su uso en estudios orientados al análisis del bienestar y la salud percibida (The WHOQOL Group, 1998).

Para el procesamiento de la información, las puntuaciones de cada dominio se calcularon mediante la suma de los ítems correspondientes y posteriormente se transformaron a una escala de 0 a 100, de acuerdo con las directrices metodológicas del grupo WHOQOL. En esta escala, valores más altos representan una mejor calidad de vida percibida.

Para los análisis estadísticos, se utilizaron las puntuaciones continuas por dominio, lo que permitió evaluar la relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout.

Tabla 5.

Dominios del WHOQOL-BREF

Dominio	Número de ítems	Descripción principal
Salud física	7	Energía, movilidad, dolor, sueño, actividades diarias
Salud psicológica	6	Autoestima, concentración, sentimientos positivos/negativos
Relaciones sociales	3	Relaciones personales, apoyo social, vida sexual
Entorno	8	Seguridad, finanzas, servicios, transporte, ocio
Evaluación global	2	Percepción general de calidad de vida y salud

Fuente: Adaptado de *The WHOQOL Group (1998)*.

Finalmente, se verificó la consistencia interna del instrumento en la muestra del estudio mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con el fin de confirmar su confiabilidad en el contexto específico de aplicación.

3.3. Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo (III Encuesta Nacional de Condiciones de SST en Colombia, Min Trabajo – OISS, 2021)

Con el fin de complementar la información obtenida mediante los instrumentos principales, se aplicó un cuestionario estructurado basado en la Tercera Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en Colombia, desarrollada por el Ministerio del Trabajo y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Esta encuesta incluyó instrumentos orientados a caracterizar condiciones de trabajo y salud en diferentes grupos de trabajadores, lo que la convierte en una referencia técnica pertinente para el análisis de factores asociados al riesgo laboral en Colombia .

El cuestionario tuvo como propósito caracterizar las condiciones de empleo, la organización del trabajo, las demandas laborales y el estado de salud percibido de los trabajadores. Estos aspectos resultan relevantes para identificar factores asociados al riesgo laboral en diferentes sectores productivos, incluido el sector salud.

El cuestionario estuvo conformado por 50 ítems, los cuales indagaron sobre aspectos relacionados con la organización de la jornada laboral, los turnos de trabajo, la carga laboral percibida, la disponibilidad de pausas y tiempos de recuperación, así como el apoyo recibido por parte del equipo de trabajo y de los superiores. De igual manera, incluyó preguntas sobre situaciones de tensión o trato hostil en el entorno laboral, así como sobre la percepción del trabajador frente a su estado general de salud y sus niveles de fatiga.

Estos componentes fueron seleccionados debido a su incidencia en el bienestar físico, mental y social del personal, permitiendo identificar condiciones que pueden asociarse con el agotamiento emocional, el estrés laboral y la disminución del bienestar percibido.

Cada ítem fue evaluado mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, en la cual 1 correspondió a “nunca”, 2 a “rara vez”, 3 a “algunas veces”, 4 a “casi siempre” y 5 a “siempre”. El uso de esta escala permitió estimar la frecuencia de exposición a diferentes condiciones laborales, así como cuantificar la percepción de factores como la sobrecarga laboral, la presión asistencial, la falta de apoyo organizacional y el malestar físico o emocional asociado al trabajo.

Para el análisis de los datos, las respuestas fueron agrupadas en niveles de exposición baja, moderada y alta, de acuerdo con la frecuencia reportada por los participantes, lo cual permitió su posterior presentación en tablas de distribución porcentual y su integración con las variables principales del estudio.

La aplicación de este cuestionario permitió identificar áreas críticas dentro de la institución hospitalaria en las que se concentraron mayores exigencias laborales o condiciones percibidas como desfavorables para la salud y el bienestar. Asimismo, la información obtenida se utilizó como variable independiente en los análisis de asociación con el síndrome de burnout, así como en el modelo de regresión lineal exploratorio.

En conjunto, este instrumento aportó una dimensión contextual complementaria a los datos obtenidos mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el WHOQOL-BREF, permitiendo no solo medir el nivel de burnout y la calidad de vida, sino también caracterizar el entorno organizacional en el que se desarrollan estas variables.

4. Operacionalización de variables

La operacionalización de variables constituyó un proceso metodológico clave, ya que permitió traducir los conceptos teóricos en indicadores observables y medibles, facilitando su análisis empírico. En la presente investigación, se incluyeron variables principales de carácter complejo, como el síndrome de burnout y la calidad de vida, así como variables complementarias relacionadas con las condiciones laborales y las características sociodemográficas de los participantes.

Este proceso permitió establecer una correspondencia directa entre los objetivos del estudio, los instrumentos de recolección de datos y las técnicas de análisis estadístico, garantizando la coherencia interna del diseño metodológico.

Asimismo, la matriz de operacionalización se estructuró de manera que cada variable se vinculara con sus respectivas dimensiones, indicadores, definiciones conceptuales y operativas, instrumentos de medición, escalas y métodos de análisis, lo que asegura la trazabilidad del estudio desde la recolección de la información hasta la interpretación de los resultados.

Tabla 6.

Variables

Objetivo específico	Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición operativa	Instrumento	Escala	Forma de puntuación	Estadístico de análisis
Describir el perfil	Variables sociodemográficas	Edad, género, tiempo laboral, nivel educativo	Características individuales del trabajador que pueden influir en su bienestar	Datos autorreportados por el participante	Cuestionario estructurado	Nominal, ordinal y de razón	Registro directo	Frecuencias, porcentajes
Determinar niveles	Síndrome de burnout(VD)	Agotamiento emocional	Respuesta al estrés laboral crónico (Maslach & Leiter, 2016)	Suma de ítems correspondientes	MBI	Likert 0–6	Puntaje por dimensión	Media, DE, correlación
		Despersonalización	Actitudes de distanciamiento hacia el trabajo	Suma de ítems correspondientes	MBI	Likert 0–6	Puntaje por dimensión	Media, DE, correlación
		Realización personal (invertida)	Percepción de logro laboral	Suma de ítems (interpretación inversa)	MBI	Likert 0–6	Puntaje por dimensión	Media, DE, correlación
Determinar niveles	Calidad de vida	Salud física	Percepción del bienestar físico (OMS, 1998)	Puntaje transformado por dominio	WHOQOL-BREF	Likert 1–5	Escala transformada (0–100)	Media, DE, correlación
		Salud psicológica	Bienestar emocional y cognitivo	Puntaje transformado por dominio	WHOQOL-BREF	Likert 1–5	Escala transformada (0–100)	Media, DE, correlación
		Relaciones sociales	Calidad de relaciones interpersonales	Puntaje transformado por dominio	WHOQOL-BREF	Likert 1–5	Escala transformada (0–100)	Media, DE, correlación
		Entorno	Condiciones del contexto de vida	Puntaje transformado por dominio	WHOQOL-BREF	Likert 1–5	Escala transformada (0–100)	Media, DE, correlación
Describir condiciones	Condiciones laborales(VI)	Carga laboral, jornada, turnos	Factores organizacionales del trabajo	Promedio de ítems por dimensión	Encuesta SST	Likert 1–5	Promedio por dimensión	Frecuencias, correlación
		Apoyo organizacional	Relación con superiores y compañeros	Promedio de ítems	Encuesta SST	Likert 1–5	Promedio por dimensión	Correlación

		Salud percibida	Estado general de salud y fatiga	Promedio de ítems	Encuesta SST	Likert 1–5	Promedio por dimensión	Correlación
Analizar relación	Burnout – calidad de vida	—	Asociación entre variables	Puntajes continuos	MBI + WHOQOL	Continua	Puntajes finales	Spearman
Analizar relación	Condiciones laborales → burnout	—	Influencia de condiciones laborales	Puntajes promedios SST	Encuesta SST	Continua	Puntajes finales	Regresión lineal

Fuente: *Elaboración propia con base en Maslach y Jackson (1981), Maslach et al. (1996), Maslach y Leiter (2016), The WHOQOL Group (1998) y Ministerio del Trabajo y OISS (2021).*

5.Fases metodológicas

El desarrollo metodológico de la presente investigación se estructuró en un conjunto de fases ejecutadas de manera secuencial, con el propósito de garantizar la coherencia entre los objetivos planteados, los procedimientos aplicados y los resultados obtenidos. Estas fases integraron actividades de preparación, recolección, procesamiento y análisis de la información, en concordancia con los lineamientos éticos y técnicos establecidos para estudios en salud ocupacional.

A continuación, se describen las etapas desarrolladas durante la ejecución del estudio:

Tabla 7.

Etapas del proyecto durante la fase de ejecución

Fase metodológica	Actividades realizadas	Objetivo específico relacionado	Instrumento y técnica	Medio de aplicación
1. Preparación del estudio	Revisión documental, elaboración del protocolo y gestión de permisos institucionales	Transversal a todos los objetivos	Análisis documental	Documentos físicos y digitales

2. Consideraciones éticas	Obtención del consentimiento informado, clasificación del nivel de riesgo y aprobación institucional	Transversal a todos los objetivos	Consentimiento informado basado en la Resolución 8430 de 1993 y la Declaración de Helsinki	Formulario digital (Google Forms)
3. Definición de población y muestra	Identificación de la población (n=70), selección de participantes elegibles (n=50) y conformación de la muestra final (n=30) mediante participación voluntaria	Describir el perfil sociodemográfico y laboral	Cuestionario sociodemográfico	Formulario digital (Google Forms)
4. Recolección de la información	Aplicación de los instrumentos MBI, WHOQOL-BREF y cuestionario de condiciones de trabajo	Determinar niveles de burnout, calidad de vida y condiciones laborales	Instrumentos estandarizados	Formulario digital (Google Forms)
5. Procesamiento de datos	Consolidación, codificación y depuración de la base de datos	Transversal a todos los objetivos	Matriz de datos estructurada	Microsoft Excel
6. Análisis estadístico	Análisis descriptivo, pruebas de normalidad, correlación (Spearman) y regresión lineal exploratoria	Analizar la relación entre variables	Estadística descriptiva e inferencial	IBM SPSS Statistics v.25
7. Interpretación de resultados	Análisis e interpretación de resultados y contraste con literatura científica	Todos los objetivos	Análisis comparativo	Documento de resultados
8. Elaboración del informe final	Redacción del informe, conclusiones y recomendaciones	Todos los objetivos	Sistematización de resultados	Documento final

Fuente: *Elaboración propia con base en Hernández-Sampieri y Mendoza (2018).*

5.1 Flujoograma de trabajo de campo

El flujoograma presentado a continuación describe la secuencia operativa desarrollada durante el trabajo de campo del estudio titulado “Relación entre la calidad de vida y el síndrome de burnout en trabajadores de un hospital de primer nivel de Antioquia, 2025”.

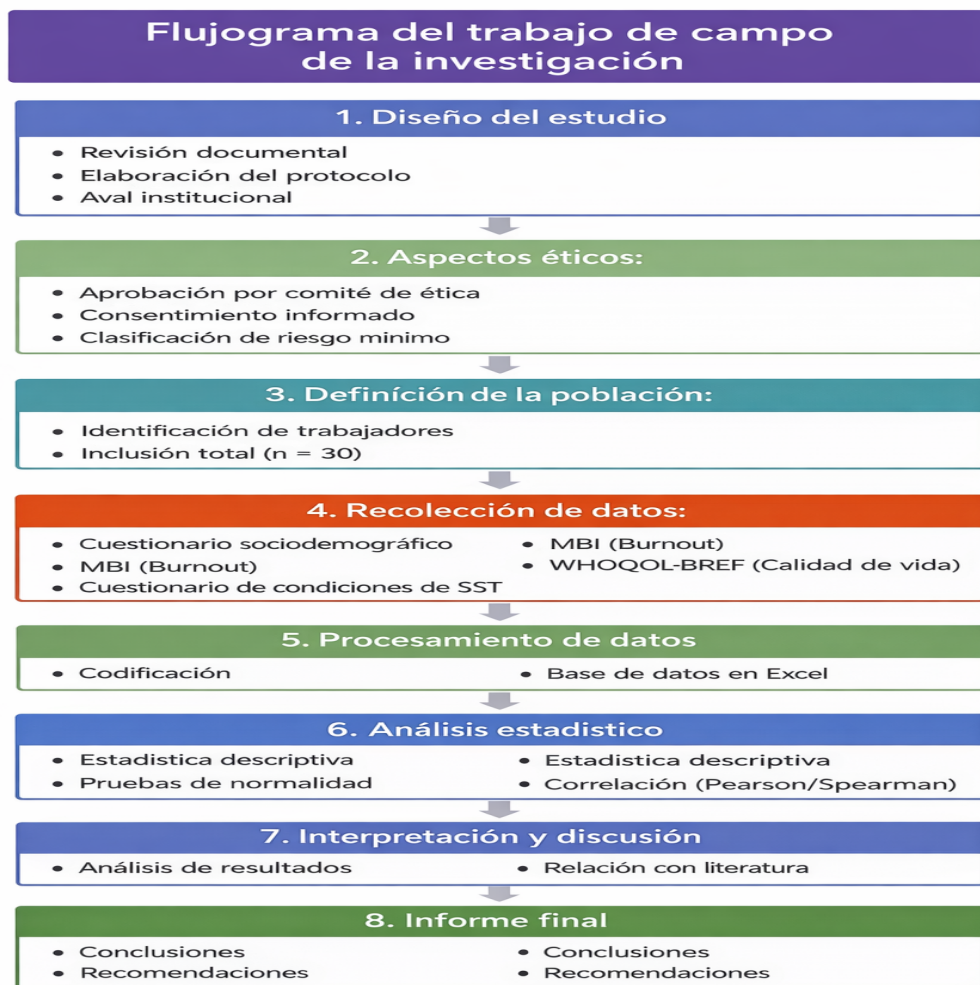
Su construcción permitió organizar de manera sistemática las fases de recolección de la información, desde la gestión institucional hasta la consolidación de la base de datos, lo que garantizó la trazabilidad del proceso investigativo. Asimismo, facilitó el control de las etapas críticas, particularmente aquellas relacionadas con la disponibilidad de los participantes, el acceso a herramientas digitales y la tasa de respuesta.

En términos operativos, el proceso inició con la obtención del aval institucional y la aprobación ética. Posteriormente, se realizó la socialización del estudio con los trabajadores elegibles ($n = 50$), seguida de la obtención del consentimiento informado.

En una fase posterior, se aplicaron los instrumentos definidos: el Maslach Burnout Inventory (MBI), el WHOQOL-BREF y el cuestionario de condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

Finalmente, se llevaron a cabo los procesos de revisión, depuración, codificación y consolidación de la información, lo que permitió estructurar una base de datos apta para el análisis estadístico.

En conjunto, este proceso garantizó la coherencia entre las fases metodológicas planteadas y su ejecución en campo.



5.2 Limitaciones identificadas

Durante el desarrollo de la investigación se identificaron diversas limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados.

En primer lugar, se evidenció una disponibilidad de tiempo restringida por parte de los trabajadores, debido a la alta carga laboral propia del entorno hospitalario, lo cual pudo influir tanto en la participación como en la calidad del diligenciamiento de los instrumentos.

Asimismo, se presentaron dificultades asociadas al acceso a medios tecnológicos, dado que algunos participantes reportaron limitaciones en la conectividad o en la disponibilidad de dispositivos para responder el cuestionario en formato digital. También se identificó una resistencia inicial en algunos trabajadores, relacionada con percepciones de desconfianza frente

a la confidencialidad de la información; no obstante, esta situación fue mitigada mediante la socialización del consentimiento informado y la explicación de las garantías éticas del estudio.

Desde el punto de vista metodológico, la principal limitación corresponde al tipo de muestreo utilizado. Aunque la población total de la institución correspondía a 70 trabajadores, 50 cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron invitados a participar; de estos, 30 aceptaron voluntariamente. En consecuencia, se trató de una muestra no probabilística por conveniencia, lo cual introduce un posible sesgo de selección y limita la representatividad de los resultados.

Adicionalmente, el tamaño muestral ($n = 30$) restringe la potencia estadística del análisis inferencial. Por esta razón, los resultados deben interpretarse con cautela, especialmente en lo relacionado con su generalización a otros contextos hospitalarios.

Finalmente, se presentaron situaciones imprevistas, como incapacidades médicas, cambios en los turnos laborales y licencias, las cuales pudieron incidir en la participación y en la continuidad del proceso de recolección de la información.

Tabla 8.

Validación de los instrumentos de aplicación en Colombia

Instrumento	Validez estructural	Confiabilidad (α de Cronbach)	Ajuste (AFC/EFA)	Contexto de validación
Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)	Estructura tridimensional (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) con soporte empírico en población colombiana	Agotamiento emocional: 0.87 Realización personal: 0.77 Despersonalización: 0.45*	Ajuste aceptable en AFC, con algunas limitaciones en índices de ajuste	Trabajadores del sector salud en Colombia
WHOQOL-BREF	Adecuada validez de constructo con estructura de cuatro dominios (físico, psicológico, social y ambiental)	Coefficientes $\alpha \geq 0.70$ en la mayoría de los dominios	Validado mediante AFE y AFC con adecuados indicadores de ajuste	Población general y personal de salud en Colombia

Fuente: *Elaboración propia con base en Maslach et al. (1996) y The WHOQOL Group (1998).*

Los resultados de validación reportados en la literatura respaldan la pertinencia del uso de estos instrumentos para la medición de las variables principales del estudio. En este sentido, su aplicación permitió obtener información estructurada sobre el síndrome de burnout y la calidad de vida percibida, lo que contribuye al fortalecimiento de la coherencia metodológica de la investigación.

Si bien algunos estudios han reportado variaciones en la confiabilidad de determinadas dimensiones del Maslach Burnout Inventory, particularmente en la dimensión de despersonalización, el instrumento en su conjunto continúa siendo una herramienta de referencia para la evaluación del síndrome de burnout en el ámbito laboral y sanitario (Maslach et al., 1996; Vinaccia & Alvaran, 2004).

6. Análisis estadístico o de los datos

El análisis de los datos se realizó mediante el software IBM SPSS Statistics, versión 25.

Inicialmente, se llevó a cabo la consolidación, codificación y depuración de la base de datos. La numeración de los ítems del formulario respondió a la estructura original de los instrumentos utilizados; sin embargo, para el análisis estadístico, las variables fueron reorganizadas y codificadas en una matriz de datos, garantizando la correspondencia entre ítems, dimensiones y variables del estudio.

Se realizaron análisis descriptivos para caracterizar la población participante y las variables principales del estudio. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y dispersión, como media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico, según la distribución de los datos.

6.1 Prueba de normalidad aplicada

Con el fin de verificar si las variables de interés seguían una distribución normal, se aplicaron pruebas de normalidad acordes con el tamaño muestral y la naturaleza de los datos. Esta verificación permitió definir el tipo de prueba estadística más apropiada para el análisis de asociación entre las variables del estudio.

6.2 Prueba de Shapiro-Wilk

Dado que el tamaño muestral fue reducido, correspondiente a $n = 30$, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk a las variables continuas relacionadas con el síndrome de burnout, los dominios del WHOQOL-BREF y las condiciones laborales, con el propósito de determinar si los datos provenían de una distribución normal (Shapiro & Wilk, 1965). Esta prueba es ampliamente utilizada para evaluar normalidad en muestras pequeñas.

6.3 Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Como prueba complementaria, se revisó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, la cual permite contrastar la distribución empírica de los datos frente a una distribución normal cuando los parámetros poblacionales son desconocidos (Lilliefors, 1967). No obstante, para la toma de decisiones estadísticas se priorizó la prueba de Shapiro-Wilk, debido al tamaño muestral del estudio.

Los resultados de las pruebas de normalidad para la variable burnout y los dominios de calidad de vida fueron estadísticamente significativos ($p < 0.05$), lo que indica que no se cumplió con el supuesto de normalidad. En consecuencia, se optó por la aplicación de pruebas no paramétricas en los análisis posteriores.

6.4 Criterio para elegir Pearson o Spearman

La correlación de Spearman fue seleccionada debido a que los datos no cumplieron con los supuestos de normalidad requeridos para la aplicación de la correlación de Pearson. En particular, la prueba de Shapiro-Wilk evidenció que las variables de interés, correspondientes al síndrome de burnout y la calidad de vida, no seguían una distribución normal ($p < 0.05$), lo que limitó el uso de métodos paramétricos.

Adicionalmente, las variables analizadas se derivaron de escalas tipo Likert, las cuales presentan una naturaleza ordinal en sus ítems originales. En este contexto, el coeficiente rho de Spearman resulta apropiado, dado que evalúa la relación monotónica entre variables sin asumir normalidad en la distribución de los datos (Siegel & Castellan, 1988).

Por tanto, el uso del coeficiente rho (ρ) de Spearman se consideró metodológicamente adecuado para evaluar la asociación entre el síndrome de burnout, la calidad de vida y las condiciones laborales en la población estudiada.

6.5 Variables incluidas en la regresión

La regresión lineal simple fue empleada con el propósito de explorar la relación entre las condiciones laborales y el síndrome de burnout, considerando este último como variable dependiente continua. Las condiciones laborales fueron tratadas como variable independiente, a partir de los puntajes promedio obtenidos en el cuestionario aplicado.

La elección de esta técnica se fundamentó en la necesidad de examinar la asociación entre ambas variables y estimar en qué medida las condiciones laborales se relacionan con los niveles de desgaste profesional en la población estudiada. Dado el diseño transversal, el tamaño muestral reducido ($n = 30$) y el tipo de muestreo no probabilístico, este análisis se planteó con un carácter estrictamente exploratorio, sin pretensión de establecer relaciones causales.

Previo a la aplicación del modelo, se verificaron los supuestos básicos de la regresión lineal, con el fin de evaluar la adecuación de esta técnica para los datos del estudio:

Linealidad: Se evaluó mediante gráficos de dispersión entre la variable dependiente, correspondiente al burnout, y la variable independiente, correspondiente a las condiciones laborales. Los resultados evidenciaron una tendencia aproximadamente lineal, lo que respaldó la pertinencia exploratoria del modelo.

Independencia de los residuos: Se verificó mediante el estadístico de Durbin-Watson. El valor obtenido fue cercano a 2, lo que sugiere ausencia de autocorrelación relevante entre los residuos del modelo.

Homocedasticidad: Se analizó mediante gráficos de dispersión de los residuos estandarizados. En estos no se identificaron patrones sistemáticos, lo que sugiere una varianza aproximadamente constante de los errores.

Normalidad de los residuos: Se revisó mediante gráficos y pruebas de normalidad aplicadas a los residuos del modelo. Este supuesto se consideró de manera exploratoria debido al tamaño reducido de la muestra.

Nivel de confianza: El análisis se realizó con un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Finalmente, debido al tamaño reducido de la muestra y al tipo de muestreo no probabilístico, los resultados del modelo deben interpretarse con cautela. En este sentido, la regresión lineal permitió identificar tendencias de asociación entre las variables, constituyendo un insumo para futuras investigaciones con diseños metodológicos más robustos.

7. Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló conforme a los principios éticos para la investigación en seres humanos establecidos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, garantizando el respeto por la dignidad, la autonomía, la confidencialidad y el bienestar de los participantes (Asociación Médica Mundial, 2013). Asimismo, se acogieron las disposiciones normativas vigentes en Colombia aplicables a la investigación en salud, la protección de datos personales y la gestión de información sensible.

En el contexto nacional, el estudio se rigió por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, así como por la Ley 1581 de 2012, que dicta disposiciones generales para la protección de datos personales. Esta ley regula el tratamiento de datos personales en Colombia y reconoce los derechos de los titulares sobre su información .

7.1 Clasificación del riesgo de la investigación

De acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, la investigación se clasificó como de riesgo mínimo, dado que implicó la aplicación de instrumentos estandarizados de autoinforme, específicamente el WHOQOL-BREF, orientado a evaluar la calidad de vida, y el Maslach Burnout Inventory (MBI), utilizado para medir el síndrome de burnout.

Estos instrumentos exploran dimensiones psicológicas y emocionales; sin embargo, no implican intervención clínica, manipulación experimental ni modificación de las condiciones laborales de los participantes. No obstante, se reconoce que su aplicación pudo generar niveles leves de incomodidad emocional o procesos de autorreflexión, lo cual fue informado previamente a los participantes mediante el consentimiento informado.

En el estudio no se incluyeron menores de edad ni poblaciones en condiciones de especial vulnerabilidad.

7.2 Aprobación ética e institucional

La investigación contó con el aval institucional de la entidad donde se llevó a cabo el estudio. Asimismo, el protocolo fue aprobado por la institución universitaria, la cual verificó el cumplimiento de los principios éticos, la pertinencia metodológica y las condiciones de protección a los participantes.

7.3 Consentimiento informado y recolección digital

La participación fue voluntaria y se formalizó mediante la aceptación de un consentimiento informado en formato digital, incorporado en la primera sección del instrumento de recolección de datos diseñado a través de Google Forms. El acceso al formulario fue restringido mediante enlace controlado, con el fin de evitar una difusión pública no autorizada.

El consentimiento informado fue redactado en lenguaje claro e incluyó información sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, la duración estimada, los posibles riesgos y beneficios, el manejo de la información, la voluntariedad de la participación y las garantías de confidencialidad.

El formulario fue configurado de tal manera que solo quienes otorgaron su consentimiento explícito pudieron continuar con el diligenciamiento, mediante una pregunta de aceptación obligatoria. Con el fin de preservar el anonimato, no se habilitó la recolección automática de correos electrónicos ni de otros datos de identificación directa.

7.4 Confidencialidad, anonimato y tratamiento de datos

No se recolectaron datos de identificación directa. A cada participante se le asignó un código alfanumérico, garantizando un proceso de anonimización desde la fase de recolección. La información fue almacenada en bases de datos digitales protegidas mediante mecanismos de acceso restringido, bajo custodia exclusiva del equipo investigador.

Dado que la muestra estuvo conformada por 30 participantes, se consideró el riesgo de identificación indirecta. En consecuencia, los resultados fueron analizados y presentados de forma agregada, evitando desagregaciones por cargos, áreas u otras variables que pudieran facilitar la inferencia de identidad.

En función de los instrumentos aplicados, WHOQOL-BREF y MBI, los datos recolectados se clasificaron como información sensible, al estar relacionados con la salud mental, el bienestar psicológico y las condiciones de vida de los participantes. Su tratamiento se realizó conforme a los principios establecidos en la Ley 1581 de 2012:

Finalidad: uso exclusivo con fines académicos e investigativos.

Confidencialidad: acceso restringido únicamente al equipo investigador.

Seguridad: almacenamiento en entornos digitales protegidos.

Circulación restringida: no divulgación a terceros no autorizados.

Los datos no fueron utilizados para procesos de evaluación laboral ni compartidos con la entidad empleadora de manera individualizada.

7.5 Manejo de datos y análisis estadístico

La información recolectada fue procesada mediante el software IBM SPSS Statistics, versión 25, garantizando un tratamiento técnico y sistemático de los datos. Previamente al análisis, la base de datos fue depurada para asegurar la ausencia de identificadores directos.

Los archivos digitales fueron almacenados en equipos protegidos con contraseña y acceso restringido. Durante el procesamiento estadístico, se trabajó exclusivamente con datos codificados, preservando la confidencialidad en todas las fases del análisis.

7.6 Custodia y disposición de la información

Las bases de datos fueron conservadas en medios digitales seguros durante 5 años para fines académicos, posteriormente, se garantizará su eliminación segura, evitando cualquier posibilidad de recuperación o uso indebido de la información.

7.7 Manejo de hallazgos sensibles y ruta de atención

Considerando la evaluación de variables asociadas a la salud mental, se estableció un protocolo ético para el manejo de hallazgos potencialmente sensibles, dado el carácter anónimo de la investigación, no fue posible realizar identificación ni seguimiento individual de los participantes.

En los casos en que se evidenciaron puntajes compatibles con niveles elevados de burnout o afectación en la calidad de vida, se procedió a:

- Analizar los resultados a nivel grupal, identificando tendencias generales.

- Elaborar un informe técnico con alertas psicosociales sin identificación individual.

- Recomendar a la institución la activación de rutas de atención, tales como:

 - Programas de acompañamiento psicosocial

 - Servicios de atención en salud mental

 - Intervenciones desde el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Este procedimiento se desarrolló bajo criterios de confidencialidad, prevención del daño, beneficencia y no estigmatización.

7.8 Principios de beneficencia y no maleficencia

La investigación se diseñó procurando minimizar cualquier riesgo o carga para los participantes. La aplicación de los instrumentos se coordinó en horarios que no interfirieran con sus actividades laborales, informando previamente el tiempo estimado de diligenciamiento.

Si bien no se contemplaron beneficios económicos directos, el estudio aporta información relevante para el fortalecimiento de estrategias institucionales orientadas a la prevención de riesgos psicosociales y la promoción del bienestar laboral (Organización Mundial de la Salud, 2019, 2020).

7.9 Divulgación de resultados

Los resultados serán socializados mediante informes técnicos dirigidos a los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantizando en todo momento el anonimato de los participantes y el uso responsable de la información, por lo cual, los productos derivados de la investigación se elaboraron en coherencia con los principios éticos de la investigación científica.

Aunque el formulario incluyó un campo opcional de correo electrónico, este no fue utilizado para la identificación de los participantes ni para análisis individuales. La información fue anonimizada mediante codificación, garantizando la confidencialidad.

7.10 Declaración de uso de inteligencia artificial

Los autores reconocen el uso de herramientas de inteligencia artificial, como ChatGPT y Justdone.ai, como apoyo en el proceso de redacción académica, específicamente en la mejora de la claridad textual, la coherencia entre secciones y la organización de ideas.

Su utilización se limitó a la revisión de estilo, la optimización de la continuidad discursiva y el apoyo en la integración de fuentes y referencias previamente seleccionadas. En ningún caso estas herramientas sustituyeron el análisis crítico, la interpretación de los resultados ni la construcción conceptual del estudio, los cuales corresponden exclusivamente a los autores.

Como resultado, se obtuvo un documento con mayor claridad, coherencia y articulación en su contenido.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.Resultados asociados al objetivo específico No. 1

El primer objetivo se orientó a describir el perfil sociodemográfico y las condiciones laborales de los trabajadores del hospital.

En relación con el sexo, se observó una mayor proporción de mujeres (70,0%; n = 21) frente a hombres (26,7%; n = 8). No se registraron participantes en otras categorías de género. En cuanto a la edad, la mayor concentración se ubicó en el grupo de ≤ 28 años (50,0%; n = 15), seguido del rango de 36 a 40 años (23,3%; n = 7), lo que evidencia una población predominantemente joven.

Respecto al estado civil, predominó la condición de soltero/a (56,7%; n = 17), seguida de quienes reportaron estar casados o en unión marital estable (40,0%; n = 12). En relación con el tipo de jornada laboral, se evidenció un predominio de contratación a término fijo o por prestación de servicios (60,0%; n = 18), mientras que el 36,7% (n = 11) contaba con contrato indefinido.

En cuanto a la jornada laboral, la mayoría de los participantes (86,7%; n = 26) reportó trabajar tiempo completo, mientras que el 13,3% (n = 4) indicó desempeñarse en jornadas parciales o turnos rotativos. La antigüedad en la institución mostró mayor concentración en trabajadores con menos de un año (43,3%; n = 13).

En relación con el área de desempeño, la mayor proporción correspondió a consulta externa (50,0%; n = 15), seguida de áreas administrativas (20,0%; n = 6) y apoyo clínico (16,7%; n = 5). Finalmente, en el nivel educativo predominó la formación técnica o tecnológica (56,7%; n = 17), seguida del nivel profesional (33,3%; n = 10).

Los resultados detallados se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9.

Características sociodemográficas y laborales de la población encuestada

Variable sociodemográfica / laboral	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	8	26,7
Mujer	21	70
Otro / no binario	0	0,0
Grupo de edad (años)		
≤ 28	15	50
29–35	4	13,3
36–40	7	23,3
41–46	1	3,3
≥ 47	1	3,3
Estado civil		
Casado / Unión marital estable	12	40
Soltero / Sin pareja	17	56,7
Divorciado / Separado	1	3,3
Viudo	0	0
Tipo de vinculación laboral		
Planta / Contrato indefinido	11	36,7
Término fijo / Orden de prestación de servicios	18	60
Tiempo completo	26	86,7
Tiempo parcial / Turnos parciales	4	13,3
Antigüedad en la institución		
< 1 año	13	43,3
1–3 años	8	26,7
4–6 años	5	16,7
> 6 años	4	13,3
Área / Servicio		

Urgencias / Atención inmediata	1	3,3
Consulta externa / Atención primaria	15	50
Hospitalización / Observación	3	10
Apoyo clínico (laboratorio, farmacia, etc.)	5	16,7
Administrativo / Gestión	6	20
Escolaridad		
Bachiller	1	3,3
Técnico / Tecnólogo	17	56,7
Profesional universitario	10	33,3
Posgrado (especialización / maestría)	2	6,7

2.Resultados asociados al objetivo específico No. 2

El segundo objetivo se orientó a determinar los niveles del síndrome de burnout y de la calidad de vida en la población estudiada.

En relación con el síndrome de burnout, el puntaje global presentó una media de 3,54 (DE = 0,62), indicando un nivel moderado en los trabajadores evaluados, al analizar las dimensiones específicas, se encontró que el 30,0% (n = 9) de los participantes reportaron niveles altos de agotamiento emocional, mientras que el 43,3% (n = 13) mostraron niveles altos de despersonalización.

Por otro lado, la dimensión de realización personal presentó una alta proporción de niveles bajos (96,7%; n = 29). Dado que esta dimensión se interpreta de manera inversa en el instrumento, los resultados sugieren una disminución significativa en la percepción de logro laboral, lo que se asocia con una mayor afectación dentro del síndrome de burnout.

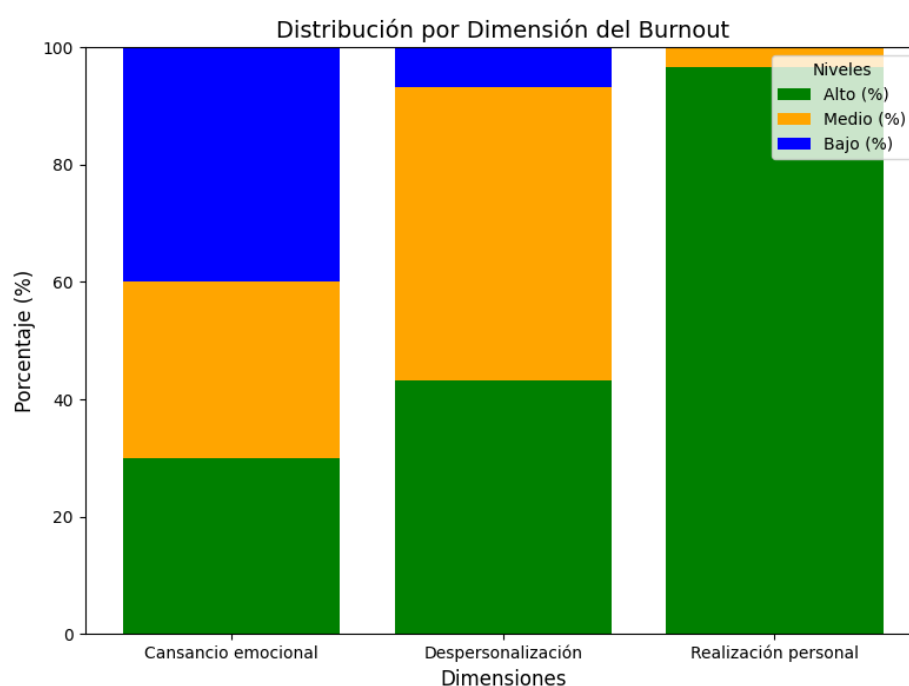
En cuanto a la calidad de vida, se obtuvo una media global de 3,63 (DE = 0,59), lo que sugiere una percepción moderadamente favorable del bienestar por parte de los participantes.

Los resultados detallados de las dimensiones del síndrome de burnout se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10.

Análisis de las dimensiones del síndrome de burnout en el personal del hospital

Burnout / Dimensión	Alto n (%)	Medio n (%)	Bajo n (%)	ρ Spearman	p-valor
Cansancio emocional (Agotamiento emocional)	9 (30.0%)	9 (30.0%)	12 (40.0%)	-0.43	0.018
Despersonalización / Distanciamiento	13 (43.3%)	15 (50.0%)	2 (6.7%)	-0.36	0.035
Realización personal (baja realización = peor)	29 (96.7%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	-0.28	0.042



3.Resultados asociados al objetivo específico No. 3

El tercer objetivo se centró en analizar la relación entre el síndrome de burnout, la calidad de vida y las condiciones laborales.

El análisis correlacional, realizado mediante el coeficiente rho (ρ) de Spearman, evidenció una relación negativa moderada entre burnout y calidad de vida ($\rho = -0,43$; $p = 0,018$), lo que indica que mayores niveles de burnout se asocian con una menor percepción de calidad de vida.

Asimismo, se identificó una correlación positiva entre burnout y condiciones laborales ($p = 0,63$; $p < 0,01$), lo que sugiere que mayores niveles de exposición a condiciones laborales adversas se asocian con mayores niveles del síndrome.

En cuanto al análisis de regresión lineal simple, las condiciones laborales se comportaron como un predictor estadísticamente significativo del burnout ($B = 0,814$; $p < 0,001$). No obstante, dado el tamaño muestral ($n = 30$) y el tipo de muestreo no probabilístico, estos resultados deben interpretarse con un carácter exploratorio.

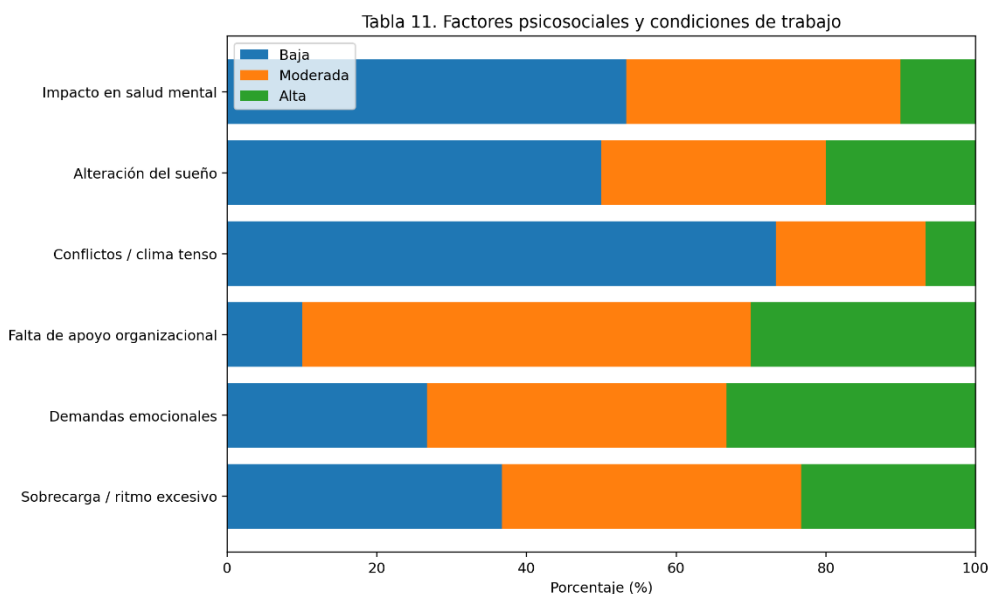
Por otra parte, en relación con la percepción de factores psicosociales, se observó que el 23,3% ($n = 7$) de los participantes reportó alta exposición a sobrecarga laboral, mientras que el 16,7% ($n = 5$) indicó alta exposición a demandas emocionales. En contraste, la mayoría de los participantes reportó niveles bajos de conflicto laboral (73,3%; $n = 22$) y bajo impacto percibido en la salud mental (53,3%; $n = 16$).

Los resultados detallados se presentan en la Tabla 11.

Tabla 11.

Percepción de factores psicosociales y condiciones de trabajo

Factor psicosocial / Condición laboral evaluada	Alta exposición n (%)	Exposición moderada n (%)	Baja exposición n (%)
Sobrecarga / ritmo de trabajo excesivo	7 (23,3%)	14 (46,7%)	9 (30,0%)
Demandas emocionales del servicio (trato con dolor, crisis, urgencia permanente)	5 (16,7%)	8 (26,7%)	17 (56,7%)
Falta de apoyo organizacional / insuficiente respaldo del jefe o de la institución	0 (0,0%)	15 (50,0%)	15 (50,0%)
Conflictos / clima laboral tenso	2 (6,7%)	6 (20,0%)	22 (73,3%)
Alteración del sueño atribuida al trabajo	6 (20,0%)	9 (30,0%)	15 (50,0%)
Impacto percibido del trabajo en la salud mental (estrés, tristeza, irritabilidad, ansiedad)	3 (10,0%)	11 (36,7%)	16 (53,3%)



Los resultados del análisis de mediación no evidenciaron un efecto significativo del síndrome de burnout en la relación entre las condiciones laborales y la calidad de vida ($p > 0,05$); este hallazgo sugiere que el impacto de las condiciones laborales sobre la calidad de vida se presenta de manera directa, sin estar mediado significativamente por el burnout.

En este sentido, se observa que las condiciones laborales adversas inciden en la percepción de calidad de vida de los trabajadores, independientemente del nivel de agotamiento emocional. Este resultado refuerza la relevancia de los factores organizacionales como elementos centrales en el bienestar laboral.

Por otra parte, los objetivos específicos del estudio se cumplieron conforme a lo previsto, permitiendo una caracterización detallada de la interacción entre el síndrome de burnout, la calidad de vida y las condiciones laborales. Los resultados evidencian que los factores organizacionales y psicosociales se asocian de manera significativa con la presencia del burnout y con la percepción de bienestar en el contexto laboral.

A partir de estos hallazgos, se identifica la necesidad de fortalecer estrategias institucionales orientadas a la mejora de las condiciones de trabajo, mediante la implementación de políticas de bienestar, gestión de la carga laboral y apoyo organizacional, estas acciones no solo contribuyen a la salud mental del personal, sino que también favorecen la calidad del servicio prestado en el sector salud.

Discusión de resultados

Los resultados del presente estudio evidencian asociaciones entre el síndrome de burnout, la calidad de vida y las condiciones laborales en trabajadores de un hospital de primer nivel en Antioquia. En particular, se identificó una correlación negativa moderada entre burnout y calidad de vida ($\rho = -0,43$; $p = 0,018$), lo que indica que mayores niveles de desgaste profesional se asocian con una menor percepción de bienestar. Asimismo, se observó una correlación positiva entre burnout y condiciones laborales ($\rho = 0,63$; $p < 0,01$), lo que sugiere que una mayor exposición a condiciones laborales adversas se relaciona con niveles más elevados del síndrome.

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura científica. Gómez-Urquiza et al. (2017) documentan que la exposición a altas demandas laborales y la limitada disponibilidad de recursos organizacionales se asocian con mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización en personal de salud. De manera similar, Maslach y Leiter (2016) plantean que los entornos laborales caracterizados por sobrecarga, baja autonomía y escaso apoyo organizacional se relacionan con mayores niveles de burnout.

En el contexto de hospitales de primer nivel, los resultados adquieren una relevancia particular. En Colombia, estudios como el de Restrepo, Nuñez y Almarales (2025) han identificado que el personal del sector salud puede presentar agotamiento emocional asociado a cargas administrativas, limitaciones de recursos y presión asistencial. Este comportamiento coincide con los hallazgos del presente estudio, en el que se observaron niveles moderados de burnout, lo que sugiere la presencia de factores organizacionales asociados al desgaste profesional en este nivel de atención.

En relación con la calidad de vida, los resultados mostraron una percepción global moderadamente favorable ($M = 3,63$; $DE = 0,59$). Este hallazgo puede interpretarse como un nivel funcional de bienestar en la población estudiada; sin embargo, su coexistencia con niveles moderados de burnout sugiere la presencia de condiciones laborales que podrían afectar progresivamente el bienestar si no se gestionan adecuadamente. En este sentido, West et al. (2016) señalan que los profesionales de la salud pueden mantener niveles de desempeño aceptables en contextos de estrés sostenido, aunque con efectos acumulativos sobre su bienestar físico, emocional y profesional.

Por otra parte, el análisis de regresión lineal evidenció que las condiciones laborales se asociaron significativamente con el nivel de burnout ($B = 0,814$; $p < 0,001$). No obstante, debido al tamaño muestral y al tipo de muestreo no probabilístico, este resultado debe interpretarse con carácter exploratorio. Este hallazgo es coherente con lo planteado por Schaufeli y Bakker (2004), quienes señalan que las demandas laborales, en ausencia de recursos suficientes, se relacionan con mayores niveles de desgaste profesional.

Al comparar estos resultados con estudios desarrollados en América Latina, se observa una tendencia similar. Simonetti et al. (2017) han señalado que factores como la sobrecarga laboral, la inestabilidad contractual, la presión asistencial y la falta de reconocimiento pueden asociarse con el desarrollo del burnout en trabajadores del sector salud. Estas coincidencias sugieren que, en contextos con limitaciones estructurales, los factores organizacionales desempeñan un papel relevante en la salud ocupacional del personal sanitario.

Desde una perspectiva teórica, los hallazgos del estudio respaldan el modelo de demandas y recursos laborales propuesto por Bakker y Demerouti (2007), el cual plantea que el desequilibrio entre las exigencias del trabajo y los recursos disponibles se relaciona con el desarrollo del burnout. En este sentido, los resultados sugieren que la gestión de las condiciones laborales constituye un elemento clave en la promoción del bienestar en el entorno hospitalario.

En términos de implicaciones prácticas, los resultados orientan la necesidad de fortalecer estrategias organizacionales dirigidas a la gestión de la carga laboral, la organización del trabajo y el apoyo institucional. Estas acciones podrían contribuir a mejorar las condiciones de trabajo y, en consecuencia, favorecer el bienestar del personal de salud. Asimismo, los hallazgos permiten reconocer la importancia de implementar acciones preventivas desde el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, especialmente en instituciones de primer nivel donde la disponibilidad de recursos puede ser limitada.

Finalmente, el estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra ($n = 30$) limita la generalización de los hallazgos. En segundo lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables. Adicionalmente, el uso de instrumentos de autoinforme puede introducir sesgos de percepción o deseabilidad social. No obstante, los resultados aportan

evidencia relevante en un contexto poco explorado, contribuyendo a la comprensión de la relación entre calidad de vida, condiciones laborales y síndrome de burnout en hospitales de primer nivel.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Los resultados del estudio permitieron dar cumplimiento al objetivo general, al identificar asociaciones entre la calidad de vida, el síndrome de burnout y las condiciones laborales en trabajadores de un hospital de primer nivel en Antioquia.

En relación con el primer objetivo, se logró caracterizar el perfil sociodemográfico y laboral de la población, evidenciando una mayor participación de mujeres (70,0%) y una población predominantemente joven. Asimismo, se identificaron condiciones laborales asociadas a contratación temporal y presencia de demandas laborales, como la sobrecarga de trabajo y las exigencias emocionales, las cuales han sido reportadas en la literatura como factores relacionados con el desgaste profesional.

Respecto al segundo objetivo, se determinaron niveles moderados de burnout ($M = 3,54$; $DE = 0,62$) y una percepción moderadamente favorable de la calidad de vida ($M = 3,63$; $DE = 0,59$). Estos resultados sugieren la coexistencia de condiciones de bienestar percibido con la presencia de factores asociados al desgaste profesional en la población estudiada.

En cuanto al tercer objetivo, se evidenció una correlación negativa moderada entre burnout y calidad de vida ($\rho = -0,43$; $p = 0,018$), así como una correlación positiva entre burnout y condiciones laborales ($\rho = 0,63$; $p < 0,01$). Estos hallazgos indican que mayores niveles de burnout se asocian con una menor percepción de calidad de vida, mientras que condiciones laborales más exigentes se relacionan con mayores niveles del síndrome. Adicionalmente, el análisis de regresión lineal mostró una asociación significativa entre las condiciones laborales y el burnout ($B = 0,814$; $p < 0,001$), resultado que debe interpretarse con carácter exploratorio debido al tamaño muestral y al tipo de muestreo utilizado.

En síntesis, los hallazgos evidencian que el síndrome de burnout se presenta en niveles moderados, mientras que la calidad de vida es percibida como relativamente favorable. No

obstante, esta coexistencia sugiere la presencia de factores laborales que podrían afectar el bienestar del trabajador si no son gestionados adecuadamente.

Como aporte del estudio, se destaca la generación de evidencia empírica en un hospital de primer nivel, lo que contribuye a la comprensión de la relación entre factores psicosociales, burnout y calidad de vida en un contexto poco explorado. Este aporte resulta relevante para el campo de la seguridad y salud en el trabajo, al proporcionar información útil para la toma de decisiones organizacionales.

En términos prácticos, los resultados pueden orientar el diseño de estrategias dirigidas a la gestión de la carga laboral, el fortalecimiento del apoyo organizacional y la promoción del bienestar del personal de salud.

Finalmente, los resultados deben interpretarse considerando algunas limitaciones, como el tamaño reducido de la muestra, el muestreo no probabilístico y el diseño transversal, los cuales restringen la generalización de los hallazgos y no permiten establecer relaciones causales. Se recomienda que futuras investigaciones amplíen el tamaño muestral, incluyan diferentes niveles de atención y consideren variables adicionales, como el liderazgo organizacional y el clima laboral, así como el uso de enfoques metodológicos mixtos que permitan profundizar en la comprensión del fenómeno.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos, se plantean las siguientes recomendaciones dirigidas a actores institucionales, académicos y gubernamentales del sector salud. Estas se formulan en función de su coherencia con los resultados del estudio y su viabilidad de implementación en contextos de atención primaria.

En el ámbito institucional, se sugiere fortalecer las estrategias de gestión de riesgos psicosociales, especialmente aquellas orientadas a la organización de la carga laboral, dado que este factor se asoció con mayores niveles de burnout. Acciones como la implementación de pausas activas, la redistribución de tareas y el monitoreo periódico del bienestar del personal podrían contribuir a la mitigación del desgaste profesional.

Asimismo, se recomienda revisar la organización de los turnos laborales, en particular en esquemas rotativos, los cuales se relacionaron con mayores niveles de agotamiento emocional. Ajustes orientados a favorecer el descanso adecuado y la estabilidad horaria podrían estar asociados con mejoras en la percepción de bienestar del trabajador.

En relación con el apoyo organizacional, se propone fortalecer los canales de comunicación interna y los espacios de retroalimentación entre el personal y los directivos. Considerando que una proporción relevante de los participantes reportó niveles moderados de apoyo institucional, estrategias como reuniones periódicas, procesos de escucha activa y acompañamiento por parte del liderazgo podrían favorecer un mejor clima laboral.

Desde la perspectiva del desarrollo del talento humano, se sugiere promover estrategias de reconocimiento laboral, en respuesta a los niveles de baja realización personal observados. El reconocimiento del desempeño, tanto formal como informal, podría relacionarse con una mayor motivación, compromiso y percepción de logro en el trabajo.

En el ámbito gubernamental, se recomienda fortalecer la implementación y el seguimiento de políticas públicas relacionadas con la salud mental en el trabajo, especialmente en el sector salud, donde las condiciones laborales implican una alta carga emocional. Esto puede contribuir al fortalecimiento de entornos laborales más seguros y saludables.

En el campo académico, se sugiere que las instituciones de educación superior incorporen con mayor énfasis contenidos relacionados con la prevención del burnout, el bienestar laboral y las estrategias de afrontamiento, con el fin de preparar a los futuros profesionales frente a las exigencias del entorno laboral.

Finalmente, para futuras investigaciones, se recomienda ampliar el tamaño muestral e incluir diferentes instituciones de salud, lo cual permitiría fortalecer la validez externa de los hallazgos. Asimismo, sería pertinente incorporar variables como el liderazgo organizacional, el clima laboral y las estrategias de afrontamiento. El uso de enfoques mixtos podría complementar el análisis cuantitativo con evidencia cualitativa, favoreciendo una comprensión más integral del fenómeno.

Referencias bibliográficas

- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Gaceta Constitucional.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.148.
- Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1010 de 2006. Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo*. Diario Oficial No. 46.160.
- Congreso de la República de Colombia. (2012a). *Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional*. Diario Oficial No. 48.488.
- Congreso de la República de Colombia. (2012b). *Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*. Diario Oficial No. 48.587.
- Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 48.680.
- Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18, Article 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357–384. <https://doi.org/10.1177/014920639902500305>

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2020). *Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas: Revisión 4 adaptada para Colombia CIIU Rev. 4 A.C.* (2020). DANE.
https://www.dane.gov.co/files/sen/nomenclatura/ciiu/CIIU_Rev_4_AC2020.pdf
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237–241. <https://doi.org/10.1590/S1726-46342012000200012>
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1–e9.
<https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. (2012). *Guía Técnica Colombiana GTC 45: Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional*. ICONTEC.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2020). *Directrices básicas para la evaluación de riesgos laborales*. INSST. <https://www.insst.es>
- International Organization for Standardization. (2018). *ISO 45001:2018. Occupational health and safety management systems—Requirements with guidance for use*. ISO.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.

- Lilliefors, H. W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov test for normality with mean and variance unknown. *Journal of the American Statistical Association*, 62(318), 399–402. <https://doi.org/10.1080/01621459.1967.10482916>
- Manrique, A. M., Avendaño Prieto, B. L., Galvis Serna, E., & Ferro Vásquez, J. (2021). Relación entre síndrome de burnout y riesgo psicosocial intralaboral en profesionales sociales. *Diversitas*, 17(2). <https://doi.org/10.15332/22563067.7077>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Ministerio de Gobierno de la República de Colombia. (1994). *Decreto Ley 1295 de 1994. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales*. Diario Oficial No. 41.405.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolución 2646 de 2008. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo*. Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 4886 de 2018. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Lineamientos para la organización y prestación de servicios de salud en Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Política nacional de talento humano en salud: Documentos técnicos sobre talento humano en salud*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1986). *Resolución 2013 de 1986. Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1989). *Resolución 1016 de 1989. Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Ministerio del Trabajo. (2012). *Resolución 652 de 2012. Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones*. Ministerio del Trabajo.

Ministerio del Trabajo. (2014). *Decreto 1477 de 2014. Por el cual se expide la tabla de enfermedades laborales*. Ministerio del Trabajo.

Ministerio del Trabajo. (2015). *Decreto 1072 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo*. Ministerio del Trabajo.

Ministerio del Trabajo. (2019). *Resolución 2404 de 2019. Por la cual se adopta la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora y sus protocolos específicos y se dictan otras disposiciones*. Ministerio del Trabajo.

Ministerio del Trabajo. (2022). *Resolución 2764 de 2022. Por la cual se adopta la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora y sus protocolos específicos y se dictan otras disposiciones*. Ministerio del Trabajo.

- Ministerio del Trabajo, & Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2021). *Tercera Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en Colombia*. Ministerio del Trabajo; Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- Organización Internacional del Trabajo. (2021). *La seguridad y salud en el trabajo en el centro del futuro del trabajo: Aprovechar 100 años de experiencia*. OIT. <https://www.ilo.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mental health at work*. <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-at-work>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Atención primaria de salud*. OPS. <https://www.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErS Study (HEROES): Informe regional de las Américas*. OPS. <https://iris.paho.org>
- Presidencia de la República de Colombia. (1950). Decreto Ley 2663 de 1950. Código Sustantivo del Trabajo. Diario Oficial No. 27.407.
- Restrepo, J., Nuvaez, L., & Almarales, M. (2025). Estrés laboral, riesgos psicosociales y calidad de vida en personal de salud en Colombia. *Revista de Salud y Trabajo*, 18(2), 45–60.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality: Complete samples. *Biometrika*, 52(3–4), 591–611. <https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591>
- Siegel, S., & Castellan, N. J., Jr. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* (2nd ed.). McGraw-Hill.

- Simonetti, M., Vásquez Aqueveque, A. M., & Galiano, M. A. (2021). Ambiente, carga laboral y burnout en enfermeras de hospitales públicos de Chile. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e20200521. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0521>
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Vinaccia Alpi, S., & Alvaran Flórez, L. (2004). El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: Un estudio exploratorio. *Universitas Psychologica*, 3(1), 35–45.
- Villamarín Semblantes, D. T., & Noroña Salcedo, D. R. (2023). Asociación del burnout y calidad de vida en docentes de nivel superior durante la COVID-19. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 13(2), e8852. <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.2.2023.8852>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

<https://docs.google.com/forms/d/1yG-j99HE8PryJRyAi9R5PwmGvDXk-oNjsVmKTnY5V80/edit>

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

Forms de Google: *Instrumento de medición sobre Relación de la calidad de vida y Síndrome de Burnout*

<https://docs.google.com/forms/d/1yG-j99HE8PryJRyAi9R5PwmGvDXk-oNjsVmKTnY5V80/edit>

Anexo C. Aval institucional (anonimizado)

<https://docs.google.com/document/d/1VgJtNNz68EDSS5L5tLnIvyaqWywFF0rZf3jxjQenW1Q/edit?tab=t.0>