



Significados del desgaste laboral (burnout) en profesionales de la salud pública: estudio cualitativo de caso múltiple

Meanings of burnout among public health professionals: a multiple-case qualitative study

Artículo de investigación

Denesey Elizabeth Bolívar Márquez¹

Resumen

Este artículo tuvo como objetivo comprender los significados y vivencias que profesionales de la salud pública (personal médico y de enfermería) atribuyen al desgaste laboral (burnout), así como analizar de qué forma estas interpretaciones configuran sus estrategias de afrontamiento y su práctica asistencial diaria. La investigación se desarrolló en una red pública de servicios de salud que articula centros de atención primaria y servicios hospitalarios de alta demanda. Se adoptó una perspectiva cualitativa interpretativa mediante un diseño de estudio de caso múltiple, donde cada profesional constituyó una unidad de análisis situada. La recolección de datos se llevó a cabo a través de 14 entrevistas semiestructuradas en profundidad, procesadas mediante análisis temático inductivo e interpretativo con soporte de codificación reflexiva y bitácora de auditoría. Los hallazgos revelaron cuatro temas estructurantes: a) la naturalización del desgaste como rutina adaptativa y somatización aceptada; b) la percepción de fricción, ruptura del contrato psicológico e invisibilización institucional; c) la asunción de la salud mental como una carga de responsabilidad estrictamente individual; y d) la red de apoyo entre pares como principal dispositivo de contención emocional inmediata. A partir de estas dinámicas se identificaron tres perfiles adaptativos: Resignado-Instrumental, Crítico-Resistente e Integrado-Sostenido por Redes. Se concluye que el burnout en la salud pública no constituye un déficit de resiliencia personal, sino una respuesta psicosocial a condiciones organizacionales y socioestructurales precarizadas. Aunque el distanciamiento y la despersonalización operan como escudos protectores ante el colapso emocional, impactan negativamente en la humanización de la atención, lo que demanda reformas integrales en la gestión del trabajo sanitario.

Palabras clave: Agotamiento profesional, estrategias de afrontamiento, investigación cualitativa, personal de salud, relaciones interpersonales, salud pública.

Recibido: 05 de mayo de 2026
Received: 05 May 2026

Aceptado: 28 de septiembre de 2026
Accepted: 28 September 2026

¹ Universidad de Carabobo, Grado académico: Magister en Administración del Trabajo y Relaciones Laborales y Correo: deneseybolivar@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8952-2553>



Abstract

This article aimed to understand the meanings and lived experiences that public health professionals (physicians and nurses) attribute to job burnout, as well as to analyze how these interpretations shape their coping strategies and daily clinical practice. The study was conducted within a public healthcare network combining primary care centers and high-demand hospital services. A qualitative-interpretive approach was adopted using a multiple-case study design, in which each professional served as a situated unit of analysis. Data collection was carried out through 14 in-depth semi-structured interviews, analyzed using inductive and interpretive thematic analysis supported by reflexive coding and an audit trail. The findings revealed four overarching themes: a) the naturalization of burnout as an adaptive routine and accepted somatization; b) the perception of friction, breach of the psychological contract, and institutional invisibility; c) the internalization of mental health as a strictly individual responsibility; and d) peer support networks as the primary mechanism for immediate emotional containment. From these dynamics, three adaptive profiles were identified: Resigned-Instrumental, Critical-Resistant, and Integrated-Network-Supported. The study concludes that burnout in public healthcare is not an individual failure of resilience, but a psychosocial response rooted in precarious organizational and socio-structural conditions. Although detachment and depersonalization act as protective barriers against emotional breakdown, they compromise humanized patient care, highlighting the urgent need for structural reforms in public healthcare management.

Keywords: Professional burnout, coping strategies, qualitative research, health personnel, interpersonal relationships, public health.

Introducción

En los sistemas de salud pública, el personal sanitario (médicos, enfermeros y otros profesionales) es el pilar sobre el que se basa la capacidad de respuesta, la cobertura y la calidad de la atención. Sin embargo, en los últimos años, se ha observado un empeoramiento constante en las condiciones de trabajo en el sector público. Esto se debe a factores como la sobrecarga asistencial, la falta de insumos, la organización fragmentada y la presión emocional alta. Este escenario somete al personal a niveles severos de riesgo psicosocial, desencadenando altos índices de sufrimiento laboral y desgaste ocupacional.

El burnout se define tradicionalmente a través de tres aspectos: agotamiento emocional, despersonalización y baja

realización personal. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones se centran en mediciones cuantitativas, lo que reduce el fenómeno a puntuaciones y escalas. Esto hace que se pierda la riqueza de las experiencias personales y cómo los profesionales entienden su malestar diario. Desde perspectivas socioculturales y de la psicología ocupacional, la salud laboral no ocurre en el vacío.

El sentido que tienen los trabajadores sobre su desgaste y el entorno en el que trabajan influye en cómo responden, cómo se comportan en su trabajo y si siguen comprometidos con su profesión. (Maslach et al., 2001; Maslach y Leiter, 2016). No obstante, es fundamental diferenciar conceptualmente el burnout de otros constructos afines pero distintos:



- Estrés laboral agudo: Respuesta fisiológica y psicológica transitoria frente a una sobrecarga de demandas puntuales que se disipa con el descanso.
- Fatiga por compasión o estrés traumático secundario: Desgaste que surge de la absorción empática del trauma específico de los pacientes.
- Sufrimiento ético o moral: Angustia experimentada cuando el profesional sabe cuál es la intervención correcta o humanizada requerida, pero las limitaciones institucionales le impiden ejecutarla.
- Burnout: Síndrome ocupacional crónico donde se agotan los recursos emocionales, derivando en actitudes de desapego defensivo y deterioro de la relación contractual y asistencial.

Gran parte de la literatura predominante sobre burnout ha priorizado enfoques cuantitativos y psicométricos que miden la prevalencia a través de escalas cerradas, reduciendo la complejidad del fenómeno a puntajes numéricos descontextualizados. Aunque estas mediciones son útiles para establecer panoramas epidemiológicos, tienden a invisibilizar la riqueza de la experiencia vivida, el significado subjetivo que los trabajadores otorgan a sus condiciones de trabajo y la manera en que construyen sentido frente a la adversidad cotidiana. La salud ocupacional no opera en el vacío: el modo en que un trabajador interpreta el malestar, la falta de reconocimiento institucional y la relación con sus pares determina las

estrategias prácticas con las que afronta la jornada asistencial (Dejours, 2000).

Para comprender estos procesos, resulta pertinente articular la Teoría Transaccional del Estrés y del Afrontamiento formulada por Lazarus y Folkman (1984), la cual establece que el estrés no reside únicamente en los estresores del entorno ni en la persona de forma aislada, sino en la evaluación cognitiva que el sujeto realiza respecto al desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos de respuesta disponibles.

Desde este marco, el afrontamiento se comprende como un proceso dinámico que abarca esfuerzos dirigidos a modificar el entorno (afrontamiento centrado en el problema) o a regular la respuesta afectiva y defensiva ante realidades inmodificables (afrontamiento centrado en la emoción, como la desensibilización o la catarsis).

Asimismo, este fenómeno se encuentra atravesado por la dimensión vincular de la organización. La noción de contrato psicológico (Rousseau, 1995) permite explicar cómo la percepción de una promesa institucional rota (entrega vocacional no retribuida en condiciones dignas ni en reconocimiento ético) detona una profunda alienación laboral. Frente a este distanciamiento institucional, el soporte social y las comunidades de práctica (Lave y Wenger, 1991) emergen como microestructuras de contención colectiva donde los profesionales gestionan el sufrimiento compartido.

Esta situación es especialmente grave en la salud pública, donde se busca garantizar un derecho humano, pero a menudo se enfrenta a escasez de recursos. Cuando el personal cree que el desgaste es parte natural del trabajo público, se corre el riesgo de aceptar condiciones



perjudiciales. Esto puede llevar a un trato frío con los usuarios, a ausentismo y a deseos de dejar la profesión.

Una forma útil de analizar esto es cambiar el enfoque de la medición del estrés hacia la comprensión de la experiencia vivida. Donde la Teoría del estrés por Richard S. Lazarus (1966), también desarrollada por Cohen (1977) y Folkman (1984), se centra en los procesos cognitivos que aparecen ante una situación estresante. Dicha teoría plantea que el afrontamiento que hacemos ante una situación estresante es en realidad un proceso que depende del contexto y otras variables.

Es aquí, donde se debe preguntar cómo los profesionales ven la sobrecarga; qué emociones experimentan al trabajar en condiciones difíciles, cómo perciben el apoyo institucional y qué estrategias usan para afrontar la crisis. Un enfoque cualitativo ayuda a explorar esto en detalle, en el entorno real de los servicios de salud, y a escuchar a los profesionales.

A partir de este vacío empírico e interpretativo, la presente investigación plantea como interrogante central: ¿Qué significados atribuyen los profesionales de la salud pública al desgaste laboral (burnout) y de qué manera estas interpretaciones configuran sus estrategias de afrontamiento y sus prácticas asistenciales dentro del contexto institucional?

En consonancia, el objetivo del estudio es comprender las experiencias y significados asignados al burnout por el personal médico y de enfermería de la red pública, analizando su incidencia en la interacción terapéutica y en la estructuración de patrones adaptativos de trabajo.

Metodología

Diseño y enfoque de investigación

Se adoptó un enfoque cualitativo con orientación interpretativo-constructivista, idóneo para profundizar en las narrativas subjetivas y en la construcción social de significados en contextos institucionales específicos (Creswell y Poth, 2018). Se aplicó un diseño de estudio de caso múltiple (Yin, 2018), en el cual se definió operativamente como “caso” a cada profesional de la salud (médico/a o enfermero/a) integrado en su servicio asistencial específico, concibiéndolo como una unidad de experiencia situada dentro del ecosistema de la red pública de salud.

Contexto empírico y participantes

El estudio se contextualizó en una red pública de salud ubicada en la región central de Venezuela, la cual integra centros de atención primaria de salud (ambulatorios urbanos) y servicios clínicos/quirúrgicos de un hospital público universitario de alta complejidad.

Se utilizó un muestreo intencional con criterio de variación máxima (Patton, 2015) para captar la diversidad de perspectivas según disciplina profesional, años de ejercicio profesional, nivel de complejidad asistencial y turno laboral.

• Criterios de inclusión:

1. Personal asistencial activo (médicos especialistas/residentes o licenciados/as en enfermería).
2. Antigüedad ininterrumpida mínima de dos años en la red pública de salud.
3. Desempeño directo en tareas de atención asistencial a usuarios.



- Criterios de exclusión:
 1. Personal con funciones estrictamente directivas o administrativas sin labor asistencial directa.
 2. Pasantes, estudiantes de pregrado o médicos rurales en su primer año de servicio.
 3. Personal en situación de permiso médico prolongado o año sabático.

La recolección finalizó tras alcanzar la saturación teórica y suficiencia informativa (Lincoln y Guba, 1985) con un total de 14 participantes, momento en el cual las entrevistas sucesivas no aportaron nuevas categorías interpretativas.

Tabla 1.
Caracterización sociodemográfica y laboral de los participantes

Código	Profesión	Rango de Edad	Años de Experiencia	Nivel Asistencial / Servicio	Turno de Trabajo
P01	Médica Especialista	36-45 años	12 años	Hospitalario / Medicina Interna	Matutino
P02	Médico Especialista	46-55 años	18 años	Hospitalario / Terapia Intensiva	Rotativo
P03	Enfermera Asistencial	26-35 años	5 años	Hospitalario / Emergencia Adultos	Nocturno
P04	Enfermero Asistencial	36-45 años	9 años	Atención Primaria / Ambulatorio Urbano	Matutino
P05	Médica Residente	26-35 años	3 años	Hospitalario / Pediatría	Rotativo (Guardias)
P06	Enfermera Supervisora	46-55 años	21 años	Hospitalario / Quirófano	Matutino
P07	Médico Especialista	36-45 años	11 años	Atención Primaria / Consulta General	Vespertino
P08	Enfermera Asistencial	26-35 años	4 años	Hospitalario / Hospitalización Cirugía	Rotativo
P09	Médica Especialista	46-55 años	15 años	Hospitalario / Ginecología y Obstetricia	Matutino / Guardias
P10	Médico General	26-35 años	6 años	Atención Primaria / Emergencia Ambulatoria	Nocturno
P11	Enfermera Asistencial	36-45 años	13 años	Hospitalario / Unidad de Cuidados Coronarios	Rotativo
P12	Médica Especialista	36-45 años	8 años	Hospitalario / Urgencias Pediátricas	Vespertino
P13	Enfermero Asistencial	26-35 años	4 años	Atención Primaria / Programa Inmunizaciones	Matutino
P14	Médico Especialista	56 años o más	27 años	Hospitalario / Cirugía General	Matutino

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio (2026).

Técnica de recolección de datos

La recolección se efectuó a través de entrevistas semiestructuradas individuales en profundidad (Kvale y Brinkmann, 2015), con una duración media de 50 a 70 minutos. Los participantes fueron contactados de forma personalizada e independiente en sus áreas de servicio, coordinando los encuentros en espacios privados (salas de descanso no utilizadas, consultorios fuera de horario o áreas académicas) para preservar la absoluta confidencialidad y evitar interferencias o presiones jerárquicas.

El guion de entrevista flexible se estructuró a partir de cuatro ejes temáticos:

- Eje 1. Condiciones laborales y vivencia de la demanda: «¿Cómo describe la carga de trabajo diaria y la disponibilidad de recursos para atender a los pacientes en su servicio?»
- Eje 2. Significación y corporalidad del desgaste: «¿Cómo experimenta el cansancio en su cuerpo y en su vida personal? ¿Qué sentido le otorga a ese malestar?»
- Eje 3. Interacción y contrato institucional: «¿Cómo percibe el respaldo o las exigencias por parte de las directivas de la institución frente a las dificultades cotidianas?»
- Eje 4. Dispositivos de afrontamiento: «¿Qué estrategias individuales y colectivas utiliza para terminar su jornada cuando la presión desborda los recursos disponibles?»



Las sesiones fueron grabadas en audio previo consentimiento informado y transcritas textualmente, complementándose con notas de campo reflexivas (memos) tomadas por la investigadora inmediatamente después de cada entrevista.

Procedimiento de análisis de datos

Se implementó un análisis temático inductivo e interpretativo siguiendo las seis fases sistemáticas de Braun y Clarke (2006):

1. Familiarización con los datos: Lectura repetida y exhaustiva de las transcripciones literales.
2. Generación de códigos iniciales: Segmentación del corpus discursivo mediante codificación abierta, asignando etiquetas semánticas a unidades de significado vinculadas a emociones, prácticas clínicas, metáforas corporales y barreras organizacionales.
3. Búsqueda y construcción de temas: Agrupación y articulación de códigos similares en subtemas y temas interpretativos de mayor nivel de abstracción.
4. Revisión de temas: Contraste sistemático de los temas candidatos frente a los extractos codificados y a la totalidad del corpus para verificar coherencia y consistencia interna.
5. Definición y denominación de temas: Formalización conceptual de cuatro temas axiales y sus subdimensiones.
6. Integración analítica y tipológica: Elaboración de matrices de trazabilidad para consolidar cómo la interacción de

temas dio origen a tres perfiles adaptativos cualitativos.

Para garantizar la fiabilidad del análisis, se llevó a cabo un proceso de doble codificación independiente en una muestra representativa (25% del corpus) entre la investigadora principal y un investigador colaborador en salud ocupacional, resolviendo discrepancias mediante consenso dialógico. Todo el proceso se documentó en una bitácora de auditoría (audit trail) para asegurar la trazabilidad metodológica (Nowell, Norris, White y Moules, 2017).

Criterios de rigor y consideraciones éticas
El rigor de la investigación se sustentó en los criterios clásicos para estudios naturalistas (Lincoln y Guba, 1985):

- Credibilidad: Mediante la verificación de transcripciones por parte de los informantes (member checking) y triangulación reflexiva de investigadores.
- Transferibilidad: A través de una descripción densa del contexto socioinstitucional y de la muestra.
- Confirmabilidad y Dependencia: Respaldadas por la bitácora analítica y la reflexividad de la investigadora sobre su posicionamiento en el campo.

En el ámbito ético, se aplicaron los principios de la Declaración de Helsinki. Se garantizó la participación voluntaria mediante la firma de consentimiento informado escrito, la anonimización rigurosa de personas e instituciones mediante códigos alfanuméricos (P01 a P14), y la certeza formal de no repercusión laboral. Adicionalmente, se estableció un protocolo de contención y acompañamiento emocional en caso de que la rememoración de vivencias críticas



generara angustia significativa durante las entrevistas.

Resultados

Del análisis temático de las entrevistas emergió una estructura de cuatro temas

principales y sus correspondientes subtemas, los cuales explican cómo los profesionales de la salud significan el desgaste profesional y cómo estos significados estructuran sus respuestas emocionales y operativas.

Tabla 2.

Temas principales, significado atribuido e impacto en la práctica asistencial

Tema Principal	Significado Atribuido	Manifestación en el Relato	Impacto en la Práctica Asistencial	Evidencias Textuales Representativas
1. Desgaste como rutina adaptativa	El sufrimiento físico y mental se asume como un costo inevitable e intrínseco del trabajo en salud pública.	Normalización del dolor crónico, cefaleas, insomnio y habituación a la escasez de insumos.	Distanciamiento afectivo hacia el paciente; atención guiada por el automatismo para economizar energía.	• "Uno entra sabiendo que aquí no hay insumos y que la carga te va a molestar el cuerpo. Te acostumbras a vivir cansado, es parte del puesto." (P04, Enfermero, Atención Primaria) • "Llega un punto en que el dolor de espalda y la taquicardia son parte de la guardia. Si te detienes a sentir el cansancio, no atiendes a los 40 pacientes que esperan." (P01, Médica, Hospitalario)



2. Fricción e invisibilización institucional	La estructura es percibida como punitiva, distante y enfocada únicamente en métricas cuantitativas.	Sensación de abandono, sobreexigencia administrativa sin dotación técnica y ruptura del pacto de confianza.	de Desmotivación vocacional, pérdida de identidad institucional y deseo de desvinculación o ausentismo.	• "A la administración le importa que las planillas estén llenas, no si tú almorzaste o si llevas 12 horas de pie sin agua." (P09, Médica, Hospitalario) • "La supervisión solo baja al piso a buscar culpables cuando falta un papel, pero nunca a ver si tenemos guantes o soluciones." (P03, Enfermera, Hospitalario)
3. Afrontamiento o individualizado	El cuidado de la salud mental se interioriza como una carga y responsabilidad estrictamente privada.	Aislamiento emocional, automedicación/consumo de psicofármacos y silenciamiento del colapso por temor a ser juzgado.	Culpabilización personal por el malestar, postergación en la búsqueda de ayuda y fragmentación del colectivo.	• "Nadie te va a salvar aquí. Si colapsas, te reemplazan al día siguiente; así que cada quien mira cómo sobrevive en su casa." (P02, Médico, Hospitalario) • "Si dices que no puedes más, te tildan de débil. Así que me tomo una pastilla para dormir y al día siguiente vuelvo a



				<i>sonreír como si nada pasara."</i> (P08, Enfermera, Hospitalario)
4. La red entre pares como sostén	La solidaridad horizontal e informal entre colegas se percibe como la única fuente legítima de soporte emocional.	Espacios espontáneos de catarsis (" <i>el café del turno</i> "), complicidad protectora, uso del humor negro y cobertura mutua.	Amortiguación temporal de la crisis emocional, preservación de la empatía residual y contención del abandono laboral.	• "<i>Lo único que nos sostiene es el compañero de al lado. Nos miramos y sabemos que el turno está duro, nos cubrimos cinco minutos para respirar.</i>" (P11, Enfermera, Hospitalario) • "<i>El humor negro en la sala de médicos no es falta de respeto, es la válvula de escape que nos permite procesar la muerte y seguir atendiendo.</i>" (P07, Médico, Atención Primaria)

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis temático (2026).



Tabla 3.
Subtemas y mecanismos de afrontamiento asociados

Tema	Subtema	Mecanismo descrito por el profesional	Consecuencia sobre la práctica asistencial
1. Desgaste como rutina	Afectación somática	El cuerpo es el primer frente de registro; se ignora la somatización hasta la incapacidad física.	Descenso en la concentración y aumento potencial de riesgos/errores de procedimiento.
1. Desgaste como rutina	Desensibilización proteccionista	Bloqueo o barrera emocional frente a las demandas y dolor del usuario como escudo.	Trato instrumentalizado hacia el paciente; disminución de la empatía.
2. Fricción institucional	Ruptura del contrato psicológico	Sensación de traición entre el esfuerzo entregado y el nulo reconocimiento recibido.	Desmotivación profunda y cumplimiento estrictamente reglamentario.
3. Afrontamiento individual	Culpabilización personal	El malestar se interpreta como una "debilidad de carácter" o falta de resiliencia propia.	Silenciamiento del malestar psicológico y demora en la búsqueda de ayuda profesional.
4. Red entre pares	Catarsis y humor negro	Uso del humor y la narrativa compartida para procesar eventos críticos del turno.	Descarga de tensión emocional inmediata y fortalecimiento de la cohesión del equipo.

Fuente: Elaboración propia.

A partir de la recopilación de las experiencias compartidas por el personal sanitario, se lograron identificar tres patrones de respuesta o perfiles adaptativos. Esta clasificación cualitativa muestra cómo estos profesionales interpretan las tensiones del entorno laboral y cómo moldean sus formas de actuar ante el malestar crónico (Lazarus y Folkman, 1984; Maslach y Leiter, 2016):

Perfil Resignado-Instrumental: En este perfil, el profesional ve la sobrecarga y la falta de recursos institucionales como realidades que no se pueden cambiar y que son parte esencial del trabajo en salud pública. Ante la sensación de que no se puede modificar la estructura organizativa, opta por un enfoque de afrontamiento más pasivo, buscando proteger al menos un poco de sus recursos emocionales. Su prioridad operativa se centra en cumplir formalmente con la jornada laboral y

desconectarse inmediatamente de la dinámica asistencial.

Muestra altos niveles de despersonalización, o cinismo, que no se ven como un rasgo patológico individual, sino más bien como una especie de barrera o escudo que protege frente a las demandas emocionales de los usuarios (Maslach et al., 2001, p. 403). Aunque no tiene conflictos abiertos con la administración (pues no cuestiona las directrices ni pide cambios en la estructura), su compromiso con la humanización de la atención es bastante débil y su forma de trabajar se vuelve automática.

Perfil Crítico-Resistente: Este perfil reúne a profesionales que no solo identifican, sino que también denuncian de manera activa las fallas estructurales del sistema, como la escasez de insumos, la precarización laboral y las presiones cuantitativas impuestas por la administración. Su relato está marcado por un profundo Agotamiento Emocional y una constante frustración ética; sin embargo, se resisten a caer en la apatía o a distanciarse de los pacientes (Maslach y Leiter, 2016).

El profesional mantiene la rigurosidad técnica en su labor asistencial impulsado por un fuerte sentido ético y una profunda vocación. A menudo se enfrenta a lo que en la literatura se conoce como sufrimiento ético o fricción del contrato psicológico: ese dolor que surge al querer ofrecer la mejor atención posible mientras se trabaja en condiciones que no son las ideales (Schaufeli et al., 2002, p. 73–75). Su vínculo con la institución suele estar marcado por una constante tensión y la necesidad de mejoras organizativas.

Perfil Integrado-Sostenido por Redes: Se refiere a aquellos trabajadores que



fundamentan su labor diaria en la creación y el mantenimiento del tejido social dentro de su equipo de asistencia. Este perfil pone de manifiesto que la habilidad para enfrentar la sobrecarga es, en gran medida, un esfuerzo colectivo y contextual (Lave y Wenger, 1991; Lincoln y Guba, 1985).

Aunque estos profesionales sienten el peso físico del cansancio acumulado, logran mitigar el sufrimiento emocional a través de redes informales de apoyo entre compañeros, donde pueden compartir sus experiencias, contenerse mutuamente y colaborar durante la jornada. Esta dinámica de solidaridad horizontal les permite mantener los niveles más bajos de alienación laboral y despersonalización, preservando su empatía en el trato asistencial y un sentido de realización personal que se mantiene intacto (Maslach et al., 2001).

Discusión

Los hallazgos del presente estudio demuestran que el desgaste profesional (burnout) en el ámbito de la salud pública no puede conceptualizarse ni intervenir como un mero trastorno psicológico individual o un déficit de resiliencia personal. Por el contrario, las narrativas analizadas evidencian que el agotamiento surge de la colisión estructural entre una demanda asistencial desbordada y una organización hospitalaria burocratizada que invisibiliza el bienestar de sus trabajadores.

Los resultados evidencian un proceso sistemático de habituación al sufrimiento, donde el dolor físico crónico, la fatiga somática y el insomnio son asimilados por los trabajadores como exigencias normales de su identidad profesional. Esta rutinización del sufrimiento laboral opera como una ideología defensiva colectiva

(Dejours, 2000), permitiendo al personal continuar operando en contextos de carencia material. Sin embargo, esta adaptación forzada tiene un límite biológico y psíquico: cuando las demandas sobrepasan crónicamente los recursos disponibles, la evaluación cognitiva del sujeto (Lazarus y Folkman, 1984) se orienta hacia la desconexión afectiva para evitar el colapso funcional.

Contrario a las visiones que interpretan la despersonalización como una falta moral o una insensibilidad patológica, las narrativas evidencian que el trato instrumentalizado hacia los pacientes funciona como una estrategia activa de afrontamiento por distanciamiento (coping through detachment) (Maslach et al., 2001). Cuando el profesional carece de insumos para salvar vidas o mitigar el sufrimiento ajeno, interpone una barrera emocional para proteger su propia integridad psíquica. No obstante, este mecanismo de defensa fragmenta la relación médico-paciente y deshumaniza la atención de salud, convirtiendo un problema de gestión pública en un deterioro de la calidad asistencial.

El análisis revela una profunda crisis en las expectativas no escritas de reciprocidad institucional (Rousseau, 1995). Los profesionales perciben que, mientras ellos entregan su salud física y emocional para mantener los servicios abiertos, las directivas sanitarias responden con exigencias puramente cuantitativas y sanciones disciplinarias.

Cuando las intervenciones institucionales frente al estrés se reducen a recomendaciones de autocuidado individual o talleres aislados de manejo del estrés, sin alterar las condiciones materiales ni las jornadas laborales, la administración transfiere la



responsabilidad estructural al trabajador. Este mecanismo de "culpabilización de la víctima" exime a la organización de su deber jurídico y ético de gestionar los riesgos psicosociales en el trabajo (Freudenberger, 1974; Maslach y Leiter, 2016).

Frente al vacío del respaldo institucional, las redes de solidaridad informal entre colegas constituyen el dispositivo más valorado por los participantes para obtener alivio emocional inmediato. Espacios de encuentro como "el café del turno" o la catarsis basada en el humor configuran verdaderas comunidades de práctica y contención situada (Lave y Wenger, 1991; Nowell et al., 2017).

Sin embargo, es imperativo reconocer los límites de este capital social: la solidaridad entre pares opera como un paliativo que permite "sobrevivir a la guardia", pero no tiene la capacidad de revertir los determinantes estructurales del desgaste, tales como la precariedad salarial, el déficit de personal o el desabastecimiento de insumos.

Los resultados fundamentan la urgencia de transitar desde modelos de administración burocráticos y punitivos hacia esquemas de gestión del talento humano basados en la seguridad psicológica, el reconocimiento ético y la provisión adecuada de recursos de trabajo.

Asimismo, el reconocimiento de los tres perfiles adaptativos (Resignado-Instrumental, Crítico-Resistente e Integrado-Sostenido por Redes) ofrece a los administradores de salud una herramienta cualitativa para diseñar programas diferenciados de salud ocupacional y prevención del riesgo psicosocial.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones de esta investigación se reconocen:

El uso de un muestreo intencional circunscrito a una red pública regional, lo que restringe la transferibilidad directa de los hallazgos a sistemas de salud privados o a contextos internacionales con marcos de financiamiento divergentes.

El riesgo potencial de sesgo de deseabilidad social o temor inicial a la censura laboral por tratarse de empleados públicos evaluando a sus instituciones.

La ausencia de un seguimiento longitudinal que permita monitorear la transición individual entre los perfiles adaptativos a lo largo de la trayectoria profesional.

Proyecciones para futuras investigaciones
Se recomienda que futuras investigaciones desarrollen estudios cualitativos comparativos que incorporen las perspectivas de los mandos directivos y supervisores de salud ocupacional. Asimismo, resulta pertinente indagar en el impacto de intervenciones organizacionales participativas diseñadas para institucionalizar espacios de descarga emocional y evaluar el rol del liderazgo transformacional en la mitigación del burnout en el sector público.

Conclusiones

En primer lugar, los hallazgos de este estudio demuestran que el burnout en la salud pública no puede reducirse a un indicador psicométrico ni a una vulnerabilidad individual, sino que constituye una vivencia subjetiva profundamente condicionada por factores socioestructurales y tensiones



organizacionales. La escasez de recursos y la sobrecarga asistencial son evaluadas por los trabajadores como una amenaza constante a su bienestar integral, determinando sus respuestas corporales, emocionales y asistenciales.

En segundo lugar, se concluye que la naturalización del sufrimiento somático y la despersonalización operan como mecanismos de defensa frente al colapso emocional cotidiano. Aunque estas estrategias permiten a los profesionales continuar laborando bajo condiciones precarias, tienen como costo el distanciamiento afectivo y la deshumanización del acto médico-asistencial, lo cual compromete la calidad del cuidado brindado al usuario del sistema público.

En tercer lugar, la investigación evidencia una marcada ruptura del contrato psicológico entre el personal y la institución, generada por la primacía de exigencias cuantitativas y la desatención del bienestar laboral. Frente a esta fricción, el soporte horizontal entre pares emerge como el principal amortiguador del malestar subjetivo, configurando comunidades de práctica informales que preservan la vocación y la salud mental del personal.

Finalmente, este estudio enfatiza la necesidad impostergable de reformular las políticas de talento humano en los servicios públicos de salud. Es indispensable superar las intervenciones orientadas exclusivamente al autocuidado privado y avanzar hacia transformaciones estructurales que garanticen dotación

adecuada de insumos, jornadas laborales sostenibles, espacios formales de descarga emocional interprofesional y modelos directivos fundamentados en el reconocimiento y la humanización del trabajo en salud.



Referencias

- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cohen, S. (1977). Environmental load and the allocation of attention. In A. Baum, J. E. Singer, & S. Valins (Eds.), *Advances in environmental psychology* (Vol. 1, pp. 1–29). Lawrence Erlbaum Associates.
- Creswell, J. W., y Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Dejours, C. (2000). *Trabajo y desgaste mental: Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Editorial Modus Vivendi.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839–852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- 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>
- Kvale, S., y Brinkmann, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Lave, J., y Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511815355>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lincoln, Y. S., y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Maslach, C., y 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>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., y Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). SAGE Publications.
- Rousseau, D. M. (1995). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452231594>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.