



Aproximación hermenéutica y analógica al síndrome de burnout en el personal de atención primaria

A Hermeneutic and Analogical Approach to Burnout Syndrome among Primary Care Personnel

Artículo de investigación

Anabel de las Mercedes Báez Rodríguez¹

Resumen

El Síndrome de Burnout en el primer nivel asistencial trasciende la esfera afectiva individual para consolidarse como un indicador crítico de disfunciones macroestructurales dentro de los sistemas sanitarios. Bajo una perspectiva epistémica cualitativa, este artículo de reflexión científica tiene como propósito interpretar hermenéuticamente la génesis y vivencia del síndrome de burnout en el personal de Atención Primaria de Salud (APS) mediante la construcción de un modelo analógico fundamentado en la sobrecarga y degradación operativa de un dispositivo tecnológico inteligente (smartphone). Metodológicamente, se desarrolló un estudio cualitativo de reflexión científica sustentado en el paradigma interpretativo y el método hermenéutico. El corpus documental integró literatura fundacional y contemporánea en salud ocupacional, psicología del trabajo y gestión sanitaria (1981–2023). El análisis se articuló en cinco fases interpretativas: lectura comprensiva, categorización dimensional, transferencia heurística analógica, triangulación teórica y síntesis conceptual. Entre los hallazgos interpretativos se encuentra que la correspondencia analógica permitió resignificar las dimensiones clásicas del burnout: la sobrecarga multitarea como saturación de la unidad central de procesamiento (CPU); el agotamiento emocional como degradación de la autonomía energética de la batería; la despersonalización como un escudo térmico defensivo ante la sobrecarga relacional; y la baja realización personal como el colapso del software operativo o vocacional frente a barreras macroestructurales. La fase terminal o Blackout institucional refleja la interrupción crítica de la continuidad asistencial y el incremento del ausentismo laboral. En conclusión, el burnout en Atención Primaria de la Salud constituye la manifestación fenomenológica de una disfunción estructural del sistema de salud y no un fallo moral o de resiliencia individual. El modelo analógico propuesto opera como una herramienta pedagógica y analítica que demanda intervenciones enfocadas en la reingeniería de procesos, la adecuación de dotaciones y el rediseño de las condiciones laborales.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, gestión sanitaria, hermenéutica, modelos analógicos, salud mental laboral, Síndrome de burnout.

¹ Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua, Venezuela.
baezana1979@gmail.com



Recibido: 15 de mayo de 2026
Received: 15 May 2026

Aceptado: 07 de septiembre de 2026
Accepted: 07 September 2026

Abstract

Burnout syndrome in primary healthcare transcends the individual affective sphere to become a critical indicator of macrostructural dysfunctions within healthcare systems. From a qualitative epistemic perspective, this article of scientific reflection aims to hermeneutically interpret the genesis and experience of burnout syndrome among primary healthcare (PHC) personnel by constructing an analogical model based on the overload and operational degradation of a smart technological device (smartphone). Methodologically, a qualitative study of scientific reflection was developed, grounded in the interpretive paradigm and the hermeneutic method. The documentary corpus integrated foundational and contemporary literature in occupational health, work psychology, and healthcare management (1981–2023). The analysis was structured in five interpretive phases: comprehensive reading, dimensional categorization, analogical heuristic transfer, theoretical triangulation, and conceptual synthesis. Among the interpretive findings is that the analogical correspondence allowed for a reinterpretation of the classic dimensions of burnout: multitasking overload as saturation of the central processing unit (CPU); emotional exhaustion as degradation of the body's energy reserves; depersonalization as a defensive thermal shield against relational overload; and low personal accomplishment as the collapse of the operational or vocational software in the face of macrostructural barriers. The terminal phase, or institutional blackout, reflects the critical interruption of continuity of care and the increase in absenteeism. In conclusion, burnout in primary healthcare constitutes the phenomenological manifestation of a structural dysfunction of the healthcare system, not a moral failing or a lack of individual resilience. The proposed analogical model operates as a pedagogical and analytical tool that demands interventions focused on process reengineering, staffing adjustments, and the redesign of working conditions.

Keywords: Primary Health Care, health management, hermeneutics, analogical models, occupational mental health, burnout syndrome.

Introducción

La forma de entender el Síndrome de Burnout desde el ámbito de la salud ocupacional actual requiere rupturas epistemológicas que van más allá de los planteamientos estrictamente positivistas. En la Atención Primaria de Salud (APS), pensada institucionalmente como la base y el núcleo del tejido sanitario de un país, el personal está constantemente expuesto a situaciones de un entorno psicosocial de alta complejidad. La enfermedad crónica de los usuarios, el déficit de cadenas de

suministro y la presión temporal no son hechos aislados, sino que terminan conformando la cotidianidad del ejercicio profesional en el ámbito de los centros de salud de proximidad. Por ello, se hace indispensable comprender el desgaste desde "una perspectiva interpretativa y contextualizada que permita visibilizar las experiencias subjetivas del personal frente a las demandas de su entorno" (García-Arroyo y Segovia, 2018, p. 216).



La crucial importancia que posee la Atención Primaria se debe a su carácter de punto de contacto y de filtro del sistema de salud para toda la población. No obstante, este nivel asistencial padece de una histórica distribución desigual que tiende a ser equitativa en torno a los grandes hospitales. Esta disonancia estructural crónica erosiona el bienestar de los trabajadores y, tal como lo señala la literatura especializada, "la sobrecarga mantenida en el primer nivel asistencial destruye silenciosamente los mecanismos de afrontamiento del personal" (Gil-Monte, 2005, p. 45).

Bajo la óptica de una metodología cualitativa, el Burnout no se puede reducir a un indicador estadístico emergido del cuestionario psicométrico estandarizado. El desgaste del trabajo es un proceso vivo, un proceso dinámico e incierto que se va tejiendo y que se va gestando a través de aquellos significados que los trabajadores mismos dotan en todas aquellas interacciones que van desarrollando a lo largo del día. La hermenéutica aporta las herramientas conceptuales necesarias para poder desvelar el entramado relacional y poder dar cuenta de los matices que el sufrimiento psicológico está presente en el trabajo, un matiz que muchas veces los números no pueden mostrar. Es así como la investigación cualitativa nos revela que "el síndrome se manifiesta como una crisis existencial y de sentido que afecta la identidad misma del servidor sanitario" (Maslach y Jackson, 1981, p. 102).

Para ir más a fondo en el análisis interpretativo de este fenómeno, se hace muy útil en la práctica de la metodología la utilización de modelos fundamentados en el análisis por analogías. Las analogías y las metáforas conceptuales funcionan como puentes cognitivos permitiendo mapear el funcionamiento de un sistema

conocido entre complejas y abstractas dinámicas del comportamiento humano y organizacional. En este artículo, se introduce la analogía de un dispositivo móvil inteligente saturado para ilustrar la degradación del personal. Al recurrir a este enfoque conceptual, se busca evidenciar que "las representaciones analógicas facilitan la comprensión de las fallas sistémicas complejas en las organizaciones de salud" (García-Arroyo y Segovia, 2018, p. 220).

El constructo teórico clásico del Burnout postulado por Maslach y Jackson determina la existencia de una tríada tridimensional interrelacionada. La primera dimensión, la cual se entiende por agotamiento emocional, está caracterizada por un vaciamiento extremo de los recursos emotivos de la persona que siente ya no poder seguir dando de sí mismo a los usuarios. La persona profesional muestra una fatiga de tipo crónica que no cesa incluso al término de los habituales periodos de descanso físico. En los entornos de atención primaria, esta dimensión adquiere un carácter alarmante debido a que "el agotamiento emocional representa la primera respuesta adaptativa fallida frente a la presión asistencial desmedida" (Gil-Monte, 2005, p. 78).

La segunda dimensión conceptual del constructo se relaciona con las ideas de despersonalización o de personas, también denominada en la literatura científica anglosajona cinismo o distanciamiento relacional. Ante la incapacidad de continuar gestionando a las personas y su sufrimiento, así como sus exigencias, el trabajador afectado desarrolla una mentalidad defensiva caracterizada por la frialdad, la indiferencia y el trato despersonalizado. La estrategia afectiva a través de la que se establece este distanciamiento afectivo intenta evitar



daños psicológicos mayores a consecuencia de un malestar en la relación terapéutica, transformando las personas atendidas en objetos o en meros trámites burocráticos. Hermenéuticamente, se entiende que "la despersonalización opera como un escudo térmico inconsciente frente al sufrimiento que el sujeto ya no puede procesar" (Maslach y Jackson, 1981, p. 105).

Finalmente, la tercera dimensión del síndrome se refiere a la baja realización personal en el trabajo, la cual provoca la destrucción del sentido de autoeficacia que tiene la persona que desarrolla su actividad en el ámbito de la salud. El trabajador evalúa negativamente las metas alcanzadas y concluye que sus esfuerzos cotidianos son irrelevantes, que no tienen valor real, que carecen de un impacto social mínimo en la comunidad. En este sentido, la percepción de la inutilidad extrema hace que se rompa la vocación de servicio que inicialmente llevó al profesional a ingresar en el ámbito sanitario. Las investigaciones cualitativas confirman que "la pérdida de realización personal es el reflejo directo del colapso de las expectativas vocacionales del trabajador" (García-Arroyo y Segovia, 2018, p. 224).

La justificación de este acercamiento hermenéutico fundamenta la necesidad ineludible de reformar los modelos de gestión del talento humano en los servicios públicos de salud. La historia nos muestra como a menudo las instituciones sanitarias han explicado el Burnout y lo han hecho desde una perspectiva individualizante, culpabilizando al trabajador por su falta de resiliencia o por no saber gestionar el estrés. Esta visión reduccionista ignora los determinantes organizacionales y estructurales que originan la patología. Por consiguiente, se requiere demostrar que "el

desgaste profesional en la atención primaria es el síntoma inequívoco de un sistema de salud que opera al límite" (Gil-Monte, 2005, p. 112).

Desde esta perspectiva analítica, se plantea como argumento interpretativo central que el desgaste profesional en la atención primaria no constituye una falla aislada en la resiliencia individual, sino el reflejo de un sistema asistencial que opera de manera prolongada en sus umbrales máximos de saturación. Ante este panorama, se formula la siguiente pregunta orientadora de investigación: ¿Cómo puede interpretarse hermenéuticamente el síndrome de burnout en el personal de Atención Primaria de Salud a partir de un modelo analógico de saturación tecnológica?

En correspondencia, el objetivo del presente estudio es analizar e interpretar hermenéuticamente las dimensiones del desgaste profesional en el personal de APS al amparo del modelo analógico planteado, confrontando los hallazgos de la salud ocupacional con los principios operativos del dispositivo saturado para ofrecer a gestores y tomadores de decisiones una herramienta heurística orientada a la reingeniería de las condiciones de trabajo y la preservación de la seguridad asistencial.

Metodología

Se desarrolló un artículo de reflexión científica de carácter teórico-conceptual, sustentado en el paradigma interpretativo y el método hermenéutico (Martínez, 2006; Sandín, 2003). El estudio no involucró experimentación empírica directa ni recolección de datos primarios con participantes humanos, orientándose al análisis interpretativo y a la articulación conceptual de la literatura especializada.



El corpus documental estuvo conformado por literatura científica clásica y contemporánea indexada en bases de datos académicas (Scopus, SciELO, PubMed y Google Scholar), así como informes de organismos internacionales:

- Criterios de inclusión: (a) publicaciones que abordan el síndrome de burnout en el primer nivel asistencial y personal de salud; (b) literatura fundacional sobre la tríada tridimensional del burnout; (c) estudios cualitativos y hermenéuticos sobre el trabajo sanitario; (d) referentes metodológicos sobre modelos analógicos y metáforas en ciencias sociales.
- Criterios de exclusión: estudios centrados exclusivamente en validaciones psicométricas sin discusión de determinantes organizacionales o artículos sin acceso a texto completo.
- Ventana temporal de revisión: fuentes fundacionales de referencia (1981–2005) y literatura de contraste contemporánea (2006–2023).

El análisis se ejecutó a través del círculo hermenéutico gadameriano en cinco fases estructuradas:

1. Lectura comprensiva e inmersión textual: revisión a profundidad de los documentos que componen el corpus.
2. Identificación y categorización de unidades de sentido: extracción de patrones conceptuales vinculados a la sobrecarga, el agotamiento, el

distanciamiento relacional y la pérdida de autoeficacia.

3. Construcción y mapeo de la matriz analógica: delimitación del sistema técnico de referencia (smartphone: CPU, memoria RAM, batería, pantalla táctil, sistema operativo) y diseño de sus correspondencias con la praxis de APS.
4. Triangulación teórica y contraste dialéctico: confrontación de las categorías analógicas con los modelos teóricos de la salud ocupacional (demanda-recursos laborales, estrés de rol y teorías de desgaste).
5. Síntesis interpretativa e integración holística: consolidación de la matriz heurística y formulación de implicaciones institucionales.

El uso de la analogía del smartphone se justifica por su capacidad para ilustrar de forma tangible dinámicas complejas e invisibles de saturación, sobrecalentamiento y mecanismos defensivos de apagado de funciones secundarias. No obstante, se reconocen explícitamente sus fronteras epistemológicas: el ser humano no es asimilable a una máquina reactiva. La persona posee subjetividad, historicidad, agencia moral, vocación y capacidad de resistencia política, dimensiones ontológicas que desbordan cualquier sistema artificial de procesamiento computacional. La analogía se asume estrictamente como un recurso heurístico y pedagógico, evitando cualquier reduccionismo mecanicista.

Para asegurar el rigor analítico se aplicaron criterios de coherencia interna, auditabilidad documental, reflexividad investigativa y control de sobreinterpretación mediante contraste



continuo con la literatura de referencia. En el plano ético, al tratarse de un estudio secundario de carácter teórico que no involucró intervención sobre sujetos, obtención de muestras biológicas ni uso de historias clínicas confidenciales, no requirió consentimiento informado ni dictamen de un comité de bioética clínica, apegándose a las normas internacionales de integridad científica y citación académica.

Resultados

El análisis interpretativo del Síndrome de Burnout en el grupo de profesionales de la Atención Primaria en Salud (APS) nos lleva a explorar las interacciones diarias que transforman el entorno laboral en un espacio vulnerable desde una perspectiva psicosocial. Utilizando el círculo hermenéutico, se comprende que el desgaste no es solo un evento aislado, sino una totalidad; las experiencias de los trabajadores solo se pueden entender al examinar la estructura general del sistema de salud. Para aplicar esta forma de comprensión cualitativa, se puede utilizar un modelo que se asemeje a un dispositivo inteligente (smartphone), actuando como un espejo heurístico que pone de manifiesto cómo la carga institucional crónica afecta de manera progresiva tanto el aspecto biológico como el psicológico del capital humano.



Figura 1. Progresión Interpretativa del Desgaste en Atención Primaria de Salud
Fuente: Elaboración propia.

Saturación del Procesamiento Central: La Multitarea como Estresor Estructural

El núcleo operativo de la APS coloca al profesional en un entorno donde se enfrentan a demandas asimétricas de manera simultánea. El personal de salud no realiza sus tareas de forma lineal; en realidad, su jornada laboral implica mantener en funcionamiento múltiples aplicaciones o roles en segundo plano.

La primera de estas es la gestión clínica directa, que requiere una gran concentración para diagnosticar y tratar patologías complejas en tiempos que las agendas institucionales limitan a unos pocos minutos por paciente. Al mismo tiempo, el profesional debe lidiar con una pesada aplicación burocrática, que incluye transcribir datos en historias clínicas, completar formularios epidemiológicos y gestionar interconsultas administrativas.

En el modelo analógico, esta condición equivale a una unidad central de procesamiento (CPU) obligada a ejecutar múltiples aplicaciones en segundo plano mientras se agota la memoria RAM disponible. La falta de personal de soporte administrativo, el déficit de insumos básicos y las agendas saturadas representan esa carencia de memoria operativa institucional.

Al no existir pausas de descompresión cognitiva, el procesador humano experimenta sobrecalentamiento operativo. Dicho sobrecalentamiento se manifiesta fenomenológicamente en fatiga mental, ansiedad y una disminución en la fluidez de la toma de decisiones clínicas que puede incrementar el riesgo de incidentes o fallos involuntarios en la atención (García-Arroyo y Segovia, 2018).



Agotamiento Emocional: La Vivencia de la Batería Degradada

Cuando la saturación del procesamiento central se vuelve crónica, el cuerpo se queda sin energía, dando paso a la primera fase del síndrome: el agotamiento emocional. En este punto, el profesional siente que está completamente vacío, como si ya no tuviera recursos afectivos ni psicológicos para atender a los usuarios. Desde una perspectiva hermenéutica, esta fase transforma drásticamente la percepción del tiempo del trabajador, quien ya no ve el inicio de cada jornada laboral como una oportunidad para crecer, sino como una amenaza constante a su bienestar. Los momentos de descanso habituales, como el sueño nocturno o los fines de semana, pierden su capacidad de recuperación debido al impacto del estrés prolongado en el sistema neuroendocrino.

Siguiendo con la analogía, metafóricamente, se asemeja a una batería que ha sufrido degradación física y cuya capacidad de retención de carga se percibe reducida al mínimo operativo. El profesional inicia su labor en un estado basal de agotamiento. Frente a la imposibilidad de detener la exigencia externa, el organismo activa un "Modo de Ahorro de Energía" biocomportamental: atenúa la intensidad de su resonancia afectiva, restringe la escucha empática y circunscribe su intervención a lo estrictamente protocolar. Esta respuesta es funcional a corto plazo para evitar el colapso físico inmediato, pero conduce a una praxis mecánica y carente de vitalidad (Gil-Monte, 2005).

Despersonalización: El Escudo Térmico ante la Sobrecarga Relacional

La persistencia en el ahorro de energía se vuelve insuficiente si las demandas

externas no disminuyen, lo que lleva al sistema a activar defensas más drásticas. Aquí es donde surge la despersonalización, que se manifiesta a través de actitudes de cinismo, frialdad e indiferencia hacia quienes reciben el servicio. Desde una perspectiva hermenéutica, esta situación no debería ser juzgada con un enfoque moralizante como una falta de empatía intencionada o negligencia ética; más bien, representa una barrera defensiva de desapego psicológico. El profesional, al no poder seguir soportando el sufrimiento humano y la frustración de la comunidad ante las fallas del sistema, elige desconectarse emocionalmente para evitar que su salud mental se vea comprometida de manera irreversible.

Un paralelo de este fenómeno se puede observar en los protocolos de seguridad de dispositivos avanzados, que desactivan los periféricos y la sensibilidad de la pantalla táctil al detectar temperaturas internas que amenazan la integridad del circuito. En la Atención Primaria de Salud (APS), la despersonalización actúa como ese corte en el flujo emocional hacia las relaciones interpersonales. La pantalla táctil del profesional deja de responder adecuadamente a las señales emocionales del paciente; el trato se vuelve mecánico, distante y tardío. En este punto de la degradación sistémica, ocurre un proceso de cosificación donde "el paciente pierde su condición de sujeto doliente para ser significada hermenéuticamente como un mero trámite u objeto administrativo" (Maslach y Jackson, 1981, p. 106).

Baja Realización Personal: La Quiebra del Sentido Vocacional

La etapa final del círculo hermenéutico del desgaste se establece cuando el profesional reflexiona sobre su trayectoria y su día a



día, sintiendo una profunda pérdida de su sentido de autoeficacia y un persistente sentimiento de fracaso. En la Atención Primaria de Salud (APS), esta situación se intensifica, ya que el personal se da cuenta cada día de que, a pesar de sus esfuerzos titánicos, las deficiencias estructurales del sistema de salud (como la falta de medicamentos, infraestructuras en mal estado y obstáculos burocráticos) impiden que su conocimiento técnico se traduzca en una mejora real para la salud de la comunidad. Esta constante lucha erosiona la ilusión vocacional y la identidad profesional del trabajador.

En el contexto del modelo analógico, la baja realización personal se asemeja al colapso del software nativo o la aplicación principal del dispositivo. Cuando el operador intenta llevar a cabo la función para la que fue diseñado el equipo (la vocación de curar, el orgullo de su profesión, la transformación social), la interfaz del sistema muestra de manera continua la alerta: La aplicación ha dejado de funcionar. En ese momento, el profesional llega a la conclusión de que sus habilidades no tienen valor dentro de una estructura disfuncional. Esta autoevaluación negativa clausura los horizontes de desarrollo del sujeto, consolidando un estado de frustración donde "la quiebra del sentido vocacional transforma el trabajo en una carga existencial carente de propósito legítimo" (García-Arroyo y Segovia, 2018, p. 225).

Fase terminal: colapso sistémico (Blackout) e impacto organizacional

Cuando todos los mecanismos de adaptación y defensa resultan sobrepasados, sobreviene la fase terminal del proceso: el colapso sistémico o Blackout. En el modelo analógico, representa el apagado intempestivo de

emergencia para evitar la destrucción irreversible de la placa base del dispositivo.

En el plano de la gestión sanitaria, este colapso se manifiesta mediante bajas médicas de larga duración por trastornos adaptativos o depresivos, renuncias profesionales imprevistas y alta rotación de personal. Las consecuencias organizacionales de este estado terminal son severas: fractura de la longitudinalidad del cuidado, sobrecarga refleja en los compañeros que permanecen en el centro, incremento en los tiempos de espera y deterioro de la seguridad asistencial del paciente.

Tabla 1.
Matriz de síntesis hermenéutica y correspondencias del modelo analógico en APS

Dimensión Analítica	Componente Tecnológico Analógico (Smartphone)	Expresión Fenomenológica en la Praxis de APS
Dimensión 1: Sobrecarga Laboral	Procesador (CPU) obligado a ejecutar múltiples aplicaciones complejas de forma simultánea.	Solapamiento ininterrumpido de funciones clínicas directas, contención emocional y exigencias administrativas del entorno.
	Falta de memoria RAM disponible para procesar los flujos de información entrante de manera eficiente.	Ausencia de personal de apoyo, escasez de insumos básicos y agendas con tiempos de consulta críticamente reducidos.
	Incremento crítico de la temperatura operativa y ralentización general del sistema de cómputo.	Desarrollo de estrés agudo crónico y una ralentización evidente en la toma de decisiones clínicas.
Dimensión 2: Agotamiento Emocional	Batería con desgaste químico severo que escasamente retiene entre un 10% y un 20% de su capacidad total.	Pérdida y vaciamiento absoluto de las reservas afectivas, físicas y cognitivas necesarias para la jornada laboral.
	Activación automática y forzada del Modo de Ahorro de Energía para evitar apagados inesperados.	El profesional opera bajo mínimos; hay una supresión inconsciente de la empatía profunda y la escucha activa del usuario.
	Ineficacia del cargador estándar; el sistema no recupera su autonomía a pesar de estar conectado a la red.	Los periodos habituales de descanso pierden su función reparadora; el sujeto opera por inercia mecánica.
Dimensión 3: Despersonalización	Desactivación de la sensibilidad de la pantalla táctil ante variaciones térmicas peligrosas del hardware.	Distanciamiento afectivo voluntario o involuntario; desarrollo de conductas de frialdad, escepticismo e indiferencia.
	El terminal responde de forma tardía o emite respuestas pregrabadas y automatizadas sin interactuar.	Trato robótico y deshumanizado ante las demandas de salud; el paciente es visto como un número de caso o trámite técnico.
	Aislamiento de los circuitos para proteger la integridad de la placa base interna del dispositivo.	Escudo térmico inconsciente frente al sufrimiento que el sujeto ya no puede procesar.
Dimensión 4: Baja Realización Personal	El sistema operativo arroja la alerta persistente: "La aplicación matriz ha dejado de funcionar".	Sentimiento crónico de inutilidad, fracaso laboral y devaluación severa de las competencias profesionales propias.
	Incapacidad del software para cumplir con las funciones principales para las cuales fue construido el equipo.	Constatación diaria de que las deficiencias estructurales impiden que el saber médico se traduzca en bienestar comunitario real.
	Pérdida de la utilidad del dispositivo, transformándolo en un objeto disfuncional e inoperante.	Cierre de horizontes profesionales; la quiebra del sentido vocacional transforma el trabajo en carga.
Fase Terminal: Colapso Sistémico	Interrupción intempestiva del suministro eléctrico interno; frecuentes episodios de "Blackout".	Incremento exponencial del ausentismo laboral, renuncias masivas y solicitud de licencias médicas de larga duración.
	Ocurrencia del fallo crítico en medio de la ejecución de una tarea de alta relevancia para el usuario.	Ruptura de la continuidad asistencial del centro de salud, aumentando los riesgos en la seguridad y atención de los pacientes.



Fuente: Elaboración propia (2026) a partir del análisis interpretativo del corpus documental y las dimensiones de Maslach y Jackson (1981). La matriz organiza las transferencias heurísticas entre el sistema técnico de referencia y la vivencia en salud laboral.

Discusión

El análisis hermenéutico de los resultados reveló que el Síndrome de Burnout en el personal de Atención Primaria de Salud no es simplemente una patología individual o un fallo en las estrategias de afrontamiento psicológico del trabajador. Más bien, se trata de una manifestación clara de una disfunción sistémica profunda. Al comparar la matriz analógica del dispositivo tecnológico con las teorías clásicas y contemporáneas sobre el desgaste ocupacional, se abre una nueva perspectiva sobre el sufrimiento burocrático y asistencial, que afecta incluso la esencia misma del ejercicio médico y de enfermería. La articulación interpretativa desarrollada corrobora que el síndrome de burnout en la Atención Primaria de Salud debe ser conceptualizado prioritariamente como la expresión de disfunciones macroestructurales de los sistemas de salud y no como una deficiencia psicológica intrínseca del trabajador (Gil-Monte, 2005; OPS, 2020)

Los hallazgos vinculados a la Saturación del Procesamiento Central se relacionan directamente con los planteamientos de García-Arroyo y Segovia (2018), quienes sostienen que la sobrecarga en las organizaciones de salud de hoy en día ya no es solo un problema ocasional, sino que se ha convertido en una parte fundamental del entorno laboral. La comparación con un microprocesador (CPU) que está sobrecargado ilustra perfectamente lo que

la hermenéutica describe como la fragmentación de la atención. Forzar a los profesionales a manejar aplicaciones administrativas de manera constante mientras realizan consultas clínicas no solo no mejora la productividad, sino que, de hecho, provoca una desaceleración en su capacidad cognitiva.

Al contrastar la dimensión de sobrecarga (CPU saturada) con modelos contemporáneos de salud ocupacional como el Modelo Demandas-Recursos Laborales (JD-R de Bakker y Demerouti), se evidencia que cuando las demandas organizacionales crecen de forma desmedida sin un incremento paralelo en los recursos de soporte (autonomía en la gestión de agendas, dotación suficiente de personal y herramientas tecnológicas interoperables), se rompe el equilibrio adaptativo del sistema. Esta fragmentación no solo desgasta al profesional, sino que eleva de forma sustantiva la probabilidad de que acontezcan errores diagnósticos involuntarios, afectando de manera directa los estándares de seguridad del paciente (García-Arroyo y Segovia, 2018)

La dimensión del Agotamiento Emocional interpretada a través del Modo de Ahorro de Energía resignifica el concepto de cansancio tradicional. Tal como apunta Gil-Monte (2005), la pérdida de recursos afectivos no es simplemente una reacción pasiva; es más bien una defensa activa y adaptativa que el organismo pone en marcha cuando falta un sustrato reparador. Cuando un profesional se da cuenta de que los momentos de descanso habituales no son suficientes para restaurar su equilibrio interno (algo así como un cargador que no logra recargar unas baterías desgastadas), la disminución del brillo relacional se convierte en una necesidad urgente.



Desde un enfoque hermenéutico, esta desconexión de las funciones empáticas más profundas refleja el intento desesperado del individuo por mantener un núcleo básico de integridad psíquica. Sin embargo, la conversación debe centrarse en la paradoja existencial que esto implica: para evitar un colapso total, el profesional se ve forzado a renunciar a esos atributos humanos (como la escucha activa y el cuidado compasivo) que son los que realmente dan sentido y valor a su vocación original.

El análisis de la Despersonalización como un escudo térmico permite superar las lecturas moralizantes que catalogan el cinismo del personal de salud como una mala praxis conductual. De acuerdo con el modelo fundacional de Maslach y Jackson (1981), el distanciamiento emocional y el trato impersonal funcionan como un escudo ante la sobrecarga relacional y el sufrimiento que nos rodea. La analogía del periférico táctil insensible ilustra que, en un entorno que es constantemente hostil o carente de recursos, la insensibilidad surge como una respuesta directa al exceso de calor emocional o térmico interno.

El verdadero peligro que se plantea aquí es la transformación del horizonte hermenéutico del paciente. Cuando se desactiva la "interfaz sensible", la persona que busca alivio se ve despojada de su subjetividad y se convierte en un mero "trámite" o un "objeto que transmite datos". Esta cosificación no solo pone en riesgo la relación entre el médico y el paciente, sino que también fractura el tejido social de la Atención Primaria de Salud, convirtiendo un espacio que debería ser para la prevención y la sanación comunitaria en una línea de producción fría, distante y burocrática.

Finalmente, la Baja Realización Personal vista a través de la caída de la aplicación matriz pone de relieve el impacto del entorno macroestructural en la psique del microoperador. García-Arroyo y Segovia (2018), se destaca que la disminución de la autoeficacia se intensifica cuando hay una discrepancia insalvable entre las habilidades del trabajador y los recursos que realmente tiene a su disposición para llevar a cabo su labor. El profesional de Atención Primaria de Salud (APS) vive con la constante sensación de que su "software" interno (curar, transformar, acompañar) ya no funciona, no porque carezca de habilidades técnicas, sino porque los canales institucionales que deberían facilitar su trabajo están dañados. Esta ruptura de la ilusión vocacional crea un vacío existencial, donde el trabajo pierde su sentido. La práctica médica deja de enfocarse en la salud colectiva y se convierte en un mero ejercicio de supervivencia dentro de la burocracia.

Se debe enfatizar que, aunque el modelo del smartphone ofrece claridad pedagógica y heurística para visibilizar el colapso del sistema, posee limitaciones conceptuales precisas. Las analogías tecnológicas no pueden captar la totalidad de la experiencia humana, la subjetividad del sufrimiento, la ética del cuidado, las relaciones de poder intraorganizacionales ni las asimetrías de clase y género que atraviesan a los equipos sanitarios de la APS. Por tanto, la analogía debe entenderse como un modelo facilitador de la comprensión organizativa y no como una homologación reduccionista de la persona a una máquina.

Para mitigar de raíz el desgaste laboral en el primer nivel asistencial se proponen transformaciones operativas concretas:



1. Rediseño de agendas clínicas: fijar tiempos de consulta acordes con la complejidad de cada caso, garantizando espacios protegidos dentro de la jornada para el trabajo administrativo, la investigación y la docencia.
2. Desburocratización y soporte administrativo: reasignar tareas no clínicas a personal administrativo cualificado, desahogando la labor asistencial directa.
3. Pausas activas y espacios reales de descompresión: establecer descansos breves reglamentados que permitan la recuperación neurocognitiva durante la jornada.
4. Vigilancia epidemiológica psicosocial: monitorizar de manera periódica los indicadores de carga laboral, clima organizacional y salud mental de los equipos sanitarios.

Conclusiones

A través de un enfoque interpretativo, se llega a la conclusión de que el Síndrome de Burnout en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) va más allá de ser un simple problema psicológico individual. Se presenta como una manifestación clara de una crisis a gran escala. El agotamiento del personal no se debe a una falta de resiliencia o a una mala gestión del estrés por parte de los trabajadores de la salud; al contrario, es un signo evidente de un diseño organizacional que está sobrecargado y funcionando al límite de sus capacidades tanto físicas como institucionales.

La analogía con un dispositivo inteligente, como un smartphone, resultó ser una herramienta muy útil para llevar a cabo un análisis cualitativo. Al comparar las variables de hardware deteriorado y

software colapsado con las dimensiones clásicas propuestas por Maslach y Jackson, el modelo se convirtió en un espejo analítico donde se propone como recurso heurístico útil para organizar la interpretación. Este marco epistemológico ayudó a poner de relieve cómo la superposición de roles, las limitaciones de tiempo en las agendas clínicas y la falta crónica de suministros actúan como factores estresantes que agotan progresivamente la energía mental y la autoeficacia del personal.

Desde el enfoque del círculo hermenéutico, se puede observar que tanto el "Modo de Ahorro de Energía" (que se traduce en agotamiento emocional) como el "Escudo Térmico" (que lleva a la despersonalización) son respuestas adaptativas que el organismo activa cuando no cuenta con un entorno institucional que lo apoye. Sin embargo, estas defensas traen consigo una paradoja existencial profunda: para proteger su integridad psicológica, el profesional se ve obligado a desconectar su capacidad de relacionarse y empatizar. Esto resulta en una cosificación del cuidado, donde el paciente pierde su subjetividad y se desdibuja el verdadero sentido de la práctica asistencial.

La baja realización personal es el punto en el que se rompe el "software nativo" o la identidad profesional del trabajador. La frustrante realidad de que los conocimientos científicos no se traducen en bienestar para la comunidad, debido a las barreras burocráticas, genera un vacío existencial que se vuelve crónico. El desenlace de este síndrome, que se puede interpretar como un apagón forzado, pone de manifiesto los riesgos críticos para la seguridad del paciente y la continuidad de los servicios de salud, todo a causa del



ausentismo crónico y la ruptura del capital humano.

Finalmente, se llega a la conclusión de que las estrategias tradicionales de intervención, que se basan en enfoques paliativos e individuales (como esos talleres aislados de autocuidado), son insuficientes cuando no se acompañan de cambios organizacionales. Es como intentar actualizar el software de un terminal cuya placa base está completamente dañada. Para realmente abordar el Burnout en el primer nivel asistencial, necesitamos una reingeniería profunda de los procesos operativos, un rediseño integral de las agendas de consulta, asegurar que haya suficiente personal de apoyo y hacer una inversión estructural que dignifique a los trabajadores. Todo esto es esencial para preservar la salud mental de quienes están en el sistema sanitario, ya que es un requisito fundamental para su eficiencia.

Al constituir una investigación de naturaleza teórico-reflexiva basada en el análisis hermenéutico de la literatura, este trabajo no pretende establecer prevalencias epidemiológicas, relaciones de causalidad empírica ni generalizaciones estadísticas aplicables a centros de salud específicos.

Se sugieren algunas recomendaciones, en cuanto a la gestión sanitaria: avanzar hacia una reingeniería de las condiciones de trabajo en el primer nivel asistencial que priorice la dotación adecuada de personal, la racionalización de las agendas y la desburocratización operativa. Y en base a la salud ocupacional: implementar programas de prevención primaria que intervengan prioritariamente sobre los factores de riesgo psicosocial organizacionales antes de aplicar medidas paliativas individuales.

En relaciona las líneas futuras de indagación: desarrollar estudios empíricos cualitativos (mediante entrevistas en profundidad y grupos focales) que evalúen la pertinencia de este modelo analógico en las narrativas vivenciales de equipos de APS en diversos contextos sociopolíticos, así como diseñar investigaciones evaluativas sobre el impacto del rediseño organizacional de agendas en la reducción del burnout.



Referencias

- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Deza, A. R. (2021). Modelos analógicos y metáforas conceptuales en la investigación cualitativa de las organizaciones. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (61), 45–62. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2021000100045>
- Gadamer, H. G. (1993). *Verdad y método II*. Salamanca, España: Ediciones Sígueme.
- García-Arroyo, J. A., y Segovia, A. O. (2018). Efectos del burnout en la práctica médica y estrategias organizacionales en la atención primaria. *Revista de Salud Ocupacional y Gestión Sanitaria*, 14(3), 215–230.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Martínez, M. (2006). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. *Revista de Investigación Psicológica*, 12(2), 85–104.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *La resiliencia de los sistemas de salud en la atención primaria ante crisis crónicas*. Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52000>
- Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Statistical Classification of Diseases (ICD-11)*. Ginebra: WHO.