



Clima organizacional como factor de riesgo para el Síndrome de Burnout en trabajadores de una Institución de salud domiciliaria en Colombia, 2023

Organizational climate as a risk factor for Burnout Syndrome among workers in a home healthcare institution in Colombia, 2023

Clima organizacional como fator de risco para a síndrome de burnout em trabalhadores de uma instituição de assistência domiciliar na Colômbia, 2023

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Burnout es un riesgo creciente en la salud domiciliaria, donde la alta demanda emocional y el escaso soporte institucional favorecen el desgaste profesional. **Objetivo:** Analizar el clima organizacional como factor de riesgo del Síndrome de Burnout en trabajadores de una institución de salud domiciliaria en Colombia, 2023. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, transversal y correlacional con censo poblacional (N = 143). Se aplicaron el MBI-HSS y la Encuesta de Clima Organizacional EDCO, validados para el contexto hispanohablante. El análisis incluyó correlaciones de Spearman y regresión lineal múltiple con verificación de supuestos. **Resultados:** El 17,5 % presentó Burnout completo bajo criterio tridimensional estricto; el 37,8 % evidenció agotamiento emocional elevado de forma independiente. El clima organizacional se correlacionó significativamente con las tres dimensiones del síndrome (p entre -0,376 y 0,347; p < 0,001). Los modelos de regresión fueron globalmente significativos (p < 0,001, R² entre 0,20 y 0,21), con el clima como único predictor estadístico significativo; las variables sociodemográficas no alcanzaron significancia. **Conclusión:** El clima organizacional opera como factor protector independiente del Burnout en atención domiciliaria. Mejorar la retribución percibida, la estabilidad laboral y la claridad directiva constituye una estrategia prioritaria para reducir el desgaste profesional y fortalecer la calidad del cuidado.

Palabras clave: Burnout; clima organizacional; atención domiciliaria de salud; factores de riesgo; calidad de vida. (Fuente: DeCS, Bireme).

Objetivos de desarrollo sostenible: Salud y bienestar; trabajo decente y crecimiento económico. (Fuente: ODS, OMS).

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome is a growing risk in home healthcare services, where high emotional demands and limited institutional support foster professional Burnout. **Objective:** To analyze organizational climate as a risk factor for Burnout syndrome among workers at a home healthcare institution in Colombia, 2023. **Materials and methods:** Quantitative, cross-sectional, correlational study with full census coverage (N = 143 workers). The MBI-HSS and the EDCO Organizational Climate Survey, both validated for Spanish-speaking contexts, were administered. Analysis included Spearman correlations and multiple linear regression with verification of model assumptions. **Results:** 17.5% of workers met the strict three-dimensional criterion for full Burnout syndrome; 37.8% showed elevated emotional exhaustion as an independent indicator. Organizational climate correlated significantly with all three Burnout dimensions (rho between -0.376 and 0.347; p < 0.001). Regression models were globally significant (p < 0.001, R² between 0.20 and 0.21), with organizational climate as the only statistically significant predictor; sociodemographic variables were non-significant across all models. **Conclusion:** Organizational climate operates as an independent protective factor against Burnout in home healthcare workers. Improving perceived compensation, job stability, and managerial clarity is a priority strategy to reduce professional Burnout and strengthen the quality of home-based care.

Keywords: Burnout; workplace environment; home care services; risk factors; quality of life. (Source: DeCS, Bireme).

Sustainable development goals: Good health and well-being; decent work and economic growth. (Source: SDG, WHO).

Alexander Almeida-Espinosa 1,2

Camila Rodríguez-Guevara 3

1. Universidad del Valle. Cali, Colombia
2. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia.
3. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia.

Citación:
Almeida-Espinosa A, Rodríguez-Guevara C. Clima organizacional como factor de riesgo para el Síndrome de Burnout en trabajadores de una Institución de salud domiciliaria en Colombia, 2023. Univ Salud [Internet]. 2026; 28(3):e9667. DOI: 10.22267/rus.262803.9667

Recibido: Julio 24 - 2025
Revisado: Diciembre 01 - 2025
Aceptado: Agosto 14 - 2026
Publicado: Septiembre 01 - 2026



ISSN: 0124-7107 - ISSN (En línea): 2389-7066
Univ. Salud 2026 Vol 28 No 3
<https://doi.org/10.22267/rus>

<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/ususalud>

RESUMO

Fuentes de financiamiento:

Los autores declaran que no han recibido financiación directa o indirecta de entidades públicas o privadas que pudieran beneficiarse de los resultados del estudio. Asimismo, manifiestan que la investigación se desarrolló con total independencia académica y científica. Ninguna institución, patrocinador o tercero participó en el diseño del estudio, la recolección y análisis de los datos, la redacción del manuscrito ni en la decisión de enviarlo para publicación.

Contribución de autoría:

Conceptualización: Alexander Almeida-Espinosa y Camila Rodríguez-Guevara.
Curación de datos: Alexander Almeida-Espinosa.
Análisis formal: Alexander Almeida-Espinosa y Camila Rodríguez-Guevara.
Investigación: Camila Rodríguez-Guevara.
Metodología: Alexander Almeida-Espinosa.
Administración del proyecto: Alexander Almeida-Espinosa.
Supervisión: Alexander Almeida-Espinosa.
Validación: Camila Rodríguez-Guevara.
Redacción - borrador original: Alexander Almeida-Espinosa y Camila Rodríguez-Guevara.
Redacción - revisión y edición: Alexander Almeida-Espinosa. (Fuente: CRediT, NISO).

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con la elaboración y publicación del presente artículo. Asimismo, manifiestan que no mantienen vínculos financieros, laborales, contractuales, profesionales ni personales que puedan influir de manera inapropiada en la interpretación de los resultados, en el análisis de los datos, en las conclusiones del manuscrito, ni en su relación con la revista o los editores.

Introdução: A síndrome de burnout é um risco crescente na saúde domiciliar, onde as elevadas exigências emocionais e o escasso apoio institucional favorecem para o esgotamento profissional. **Objetivo:** Analisar o clima organizacional como fator de risco para a Síndrome de Burnout em trabalhadores de uma instituição de assistência domiciliar na Colômbia, em 2023. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo, transversal e correlacional utilizando um censo populacional (N = 143). Foram aplicados o MBI-HSS e o Questionário de Clima Organizacional da EDCO, validados para o contexto de língua espanhola. A análise incluiu correlações de Spearman e regressão linear múltipla com verificação das premissas. **Resultados:** 17,5 % apresentaram burnout completo de acordo com critérios tridimensionais rigorosos; 37,8 % apresentaram exaustão emocional elevada de forma independente. O clima organizacional correlacionou-se significativamente com todas as três dimensões da síndrome (p entre -0,376 e 0,347; p < 0,001). Os modelos de regressão foram globalmente significativos (p < 0,001, R² entre 0,20 e 0,21), com o clima como o único preditor estatisticamente significativo; as variáveis sociodemográficas não atingiram significância. **Conclusão:** O clima organizacional atua como um fator de proteção independente contra a síndrome de burnout em cuidados domiciliares. Melhorar a percepção de retribuição, a estabilidade no emprego e a clareza gerencial é uma estratégia prioritária para reduzir o burnout profissional e fortalecer a qualidade do atendimento.

Palavras-chave: Burnout; ambiente de trabalho; atenção domiciliar à saúde; fatores de risco; qualidade de vida. (Fonte: DeCS, Bireme).

Metas de desenvolvimento sustentável: Saúde e bem-estar. (Fonte: MDS, ONU).

INTRODUCCIÓN

La transformación hacia la atención domiciliaria representa un avance importante en los sistemas de salud contemporáneos. Este cambio ha permitido una atención más accesible y personalizada, aunque también presenta desafíos para los profesionales de la salud, quienes enfrentan condiciones laborales asociadas a mayores demandas emocionales, organizacionales y logísticas⁽¹⁾.

En este contexto, el Síndrome de Burnout (SB) se consolida como una preocupación institucional que puede afectar de forma trascendental la calidad de la atención domiciliaria⁽²⁾.

A pesar de los beneficios que ofrece la atención en salud domiciliaria a los usuarios, los trabajadores se enfrentan a un entorno impredecible, caracterizado por una elevada carga emocional, autonomía en la toma de decisiones y exposición a situaciones de estrés laboral que favorece la aparición del SB⁽³⁾.

En este sentido, diversos estudios reflejan alta prevalencia del SB en profesionales de la salud, situación que ha motivado el interés por identificar factores organizacionales que puedan contribuir a su desarrollo o mitigación⁽⁴⁾. A medida que la atención domiciliaria se expande como estrategia de prestación de servicios⁽⁵⁾, es esencial abordar las implicaciones del SB para la salud mental de los profesionales y la calidad de la atención que brindan⁽⁶⁾.

Servicios de salud domiciliarios

Los servicios de atención domiciliaria han redefinido la asistencia en salud, ofreciendo alternativas más accesibles y personalizadas para los usuarios⁽⁷⁾. Sin embargo, los profesionales de la salud que laboran en este entorno enfrentan desafíos específicos, como la dispersión geográfica de los servicios, la atención en contextos familiares diversos y la gestión de recursos limitados; factores que pueden afectar significativamente la salud mental y bienestar laboral⁽⁸⁾.

El SB conceptualizado por Maslach y Jackson en 1981, se caracteriza por agotamiento

emocional, despersonalización mental respecto al trabajo y disminución de la realización personal⁽⁹⁾.

Estas manifestaciones no solo impactan al trabajador, sino que también repercuten directamente en la calidad de la atención brindada a los usuarios. La literatura ha identificado a los profesionales de salud como un grupo particularmente vulnerable al SB⁽¹⁰⁾; sin embargo, la investigación en el contexto específico de la atención domiciliaria sigue siendo limitada.

Por otro lado, instrumentos de evaluación, como el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), han sido utilizados de forma amplia para la medición del SB⁽¹¹⁾, aunque su aplicabilidad en escenarios de atención domiciliaria no ha sido suficientemente explorada⁽¹²⁾.

Así mismo, la concordancia entre las evaluaciones objetivas y las experiencias subjetivas de los trabajadores resulta muy relevante, dado que la atención domiciliaria es un entorno diverso que puede afectar la validez de estos instrumentos⁽¹³⁾. En este marco, factores como la carga de trabajo, el apoyo organizacional y el clima laboral adquieren especial importancia en la comprensión del fenómeno⁽¹⁴⁾.

Síndrome de Burnout

El SB ha adquirido una relevancia creciente en las profesiones de salud debido a las condiciones laborales adversas que enfrentan los profesionales, incluyendo jornadas prolongadas de trabajo, altas exigencias emocionales y estrés continuo⁽¹⁵⁾. Este se manifiesta a través de síntomas físicos, como cansancio e insomnio, así como síntomas psicosociales que incluyen desmotivación, falta de compromiso y sentimientos de frustración⁽¹⁶⁾.

Desde un enfoque conceptual, el SB se estructura en tres dimensiones, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional⁽¹⁷⁾. La disminución de la realización personal afecta la autoestima y la motivación, mientras que el agotamiento emocional se

Declaración de responsabilidad:
Se declara que los autores son responsables del contenido y de su veracidad.

Consentimiento para publicación:
Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final para su publicación en la revista.

Consideraciones adicionales:
Este estudio se alinea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Salud y bienestar, particularmente con la meta 3.4, orientada a promover la salud mental y el bienestar; así como con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 8: Trabajo decente y crecimiento económico, especialmente con la meta 8.8, relacionada con la promoción de entornos laborales seguros y saludables

expresa como una sensación de pérdida progresiva de recursos físicos y emocionales⁽¹⁸⁾. Por su parte, la despersonalización se traduce en actitudes negativas hacia el trabajo y el deterioro de las relaciones laborales⁽¹⁹⁾.

En el contexto nacional, el SB ha sido asociado con ausentismo laboral, disminución del desempeño profesional y afectaciones en la calidad del cuidado, especialmente tras la pandemia por Covid-19⁽²⁰⁾.

A pesar de lo anterior, existe una necesidad de estudios que analicen de forma integral la asociación del SB con los factores organizacionales que contribuyen a su aparición⁽²¹⁾. En este sentido, el presente estudio busca analizar el clima organizacional como factor de riesgo en la manifestación del SB en una institución de salud domiciliaria durante 2023⁽²²⁾.

Síndrome de Burnout en instituciones de salud de atención domiciliaria

Los trabajadores de instituciones de salud domiciliaria desarrollan su labor en un entorno que combina atención directa a usuarios con desafíos emocionales, organizativos y logísticos⁽²³⁾. La elevada carga de trabajo, la autonomía en la toma de decisiones y la responsabilidad en situaciones críticas constituyen factores que pueden incrementar el riesgo de desarrollar SB⁽²⁴⁾.

Las exigencias emocionales propias de la atención domiciliaria son relevantes, dado que los profesionales interactúan con pacientes en condiciones de vulnerabilidad, lo que puede llevar a un desgaste emocional progresivo⁽²⁵⁾. Se suma a lo anterior, limitaciones estructurales como la escasez de personal, la insuficiencia de recursos y en algunos casos, el temor a situaciones de violencia durante las visitas domiciliarias agrega estrés a la experiencia laboral de estos profesionales⁽²⁶⁾.

El SB no solo compromete la salud física y mental de los trabajadores⁽²⁷⁾, sino que también impacta de forma negativa la calidad de la atención prestada, lo que resalta la necesidad de abordar este fenómeno desde una

perspectiva organizacional que impacte de forma directa la atención en el servicio de salud y al integridad del trabajador.

Por otro lado, y a pesar de la evidencia existente sobre el SB en el sector salud, se identifica un vacío de conocimiento en lo relacionado con su análisis en instituciones de atención domiciliaria⁽²⁸⁾. La mayoría de los estudios se han centrado en entornos hospitalarios convencionales, dejando en segundo plano las particularidades estructurales y logísticas propias del trabajo domiciliario.

Asimismo, existe una limitada producción científica que examine cómo el clima organizacional influye de forma diferencial en profesionales que laboran fuera de la infraestructura institucional, con esquemas de supervisión indirecta y dinámicas de trabajo dispersas geográficamente.

Esta ausencia de estudios contextualizados, particularmente en escenarios latinoamericanos, evidencia la necesidad de investigaciones que profundicen en la relación entre clima organizacional y Burnout en instituciones de salud domiciliaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y enfoque del estudio

El presente estudio adoptó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de tipo descriptivo-correlacional y corte transversal. Se empleó un censo poblacional que incluyó a la totalidad del personal de atención domiciliaria de la organización participante, garantizando la cobertura exhaustiva de la población objetivo sin procedimiento muestral.

Participantes

La población estuvo conformada por N = 143 trabajadores del sector de atención domiciliaria en Colombia. La distribución sociodemográfica completa se presenta en la Tabla 1. El 60,8 % (5) eran mujeres y los grupos de edad se distribuyeron de manera relativamente homogénea entre los 21 y 60 años.

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	87	60,8
	Masculino	56	39,2
Grupo de edad	21-30 años	36	25,2
	31-40 años	39	27,3
	41-50 años	35	24,5
	51-60 años	33	23,1
Cargo	Auxiliar de Enfermería	52	36,4
	Profesional I	33	23,1
	Cuidador	32	22,4
	Otros cargos	26	18,2
Tipo de jornada	Tiempo completo	95	66,4
	Turnos	34	23,8
	Medio tiempo	14	9,8
Tipo de contrato	Indefinido	95	66,4

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los participantes (N = 143)

Nota: Los porcentajes pueden no sumar exactamente 100 % por redondeo.

El cargo predominante fue Auxiliar de Enfermería (36,4 %), seguido de Profesional I (23,1 %) y Cuidador (22,4 %). La mayoría trabajaba en jornada de tiempo completo (66,4 %) y bajo contrato indefinido (66,4 %). Estos datos sociolaborales son relevantes dado que la literatura reporta que el tipo de contrato y la jornada laboral constituyen determinantes estructurales del riesgo de Burnout en personal de atención domiciliaria⁽²⁹⁾.

Instrumentos

Se aplicaron dos instrumentos estandarizados, validados en contextos hispanohablantes:

Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS): instrumento desarrollado por Maslach y Jackson para evaluar el Síndrome de Burnout en profesionales de servicios humanos.

Comprende 22 ítems distribuidos en tres subescalas: (a) Agotamiento Emocional (AE, 9 ítems, rango 0-54); (b) Despersonalización (DP, 5 ítems, rango 0-30); y (c) Realización Personal (RP, 8 ítems, rango 0-48). La escala de respuesta es Likert de 7 puntos (0 = "nunca", 6 = "todos los días")^(30,31).

La versión en español del MBI-HSS ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en muestras de profesionales hispanohablantes, con validez factorial de la estructura tridimensional confirmada mediante AFC en 705 profesionales de servicios⁽³²⁾.

En Colombia, Córdoba *et al.* realizaron la adaptación y validación del instrumento con 314 profesionales de la salud en Cali, confiriendo respaldo psicométrico para su uso en el contexto nacional⁽³³⁾.

Finalmente, estudios recientes con el MBI-HSS en personal sanitario de América Latina y otras regiones han reportado consistentemente la validez de su estructura tridimensional y valores de consistencia interna satisfactorios^(34,35).

Encuesta de Clima Organizacional (EDCO): escala diseñada para medir la percepción del clima organizacional mediante 40 ítems agrupados en ocho dimensiones: Relaciones interpersonales, Estilo de dirección, Retribución, Sentido de pertenencia, Disponibilidad de recursos, Estabilidad laboral, Claridad y coherencia de la dirección, y Valores colectivos.

La escala de respuesta es Likert de 5 puntos (1-5), con puntaje total entre 40 y 200, donde valores más altos reflejan un clima más favorable. El EDCO ha sido desarrollado y validado para el contexto organizacional colombiano, mostrando propiedades psicométricas satisfactorias en estudios con personal de salud del país⁽³⁶⁾.

Criterios diagnósticos del Síndrome de Burnout

Siguiendo los puntos de corte establecidos por Maslach y Jackson^(30,31), se definió la presencia del SB en su forma completa mediante el criterio combinatorio simultáneo: (a) AE alto: puntuación ≥ 27 ; (b) DP alta: puntuación ≥ 10 ; y (c) RP baja: puntuación ≤ 33 .

Un trabajador fue clasificado con Burnout completo únicamente si satisfacía de manera simultánea los tres criterios anteriores, en

concordancia con la conceptualización tridimensional del síndrome.

La presente revisión adopta el criterio tridimensional estricto recomendado por Maslach y Jackson⁽⁹⁾, que reduce la prevalencia al 17,5 % (n = 25). Esto refleja el consenso científico actual sobre el carácter sindromático del Burnout, que requiere la coexistencia de las tres dimensiones para su diagnóstico, y responde a las observaciones del comité evaluador sobre la necesidad de explicitar el algoritmo diagnóstico utilizado.

Propiedades psicométricas en la muestra de estudio

Se calcularon las propiedades psicométricas de ambos instrumentos específicamente para la muestra de estudio (N = 143). Se estimaron dos indicadores complementarios de fiabilidad: (a) el Alfa de Cronbach (α), como medida clásica de consistencia interna, y (b) el Omega de McDonald (ω), obtenido mediante análisis de componente principal con un factor general, el cual resulta más robusto que el alfa cuando se viola el supuesto de tau-equivalencia entre los ítems de una escala^(37,38).

Así mismo, los autores anteriormente mencionados han argumentado que el α subestima la fiabilidad real cuando las cargas factoriales de los ítems son desiguales, recomendando el uso complementario del ω . Los resultados, presentados en la Tabla 2, evidencian una fiabilidad entre Buena y Excelente para todas las dimensiones evaluadas.

Tabla 2. Propiedades psicométricas de los instrumentos en la muestra de estudio (N

	Escala	Dimensión	Ítems	α Cronbach	ω McDonald*	Interpretación
	MBI-HSS	Agotamiento Emocional	9	0,965	0,970	Excelente
	MBI-HSS	Despersonalización	5	0,893	0,921	Buena/Excelente
	MBI-HSS	Realización Personal	8	0,917	0,932	Excelente
	EDCO	Global (40 ítems)	40	0,979	0,980	Excelente
	EDCO	Relaciones interpersonales	5	0,863	0,902	Buena/Excelente
	EDCO	Estilo de dirección	5	0,877	0,911	Buena/Excelente
	EDCO	Retribución	5	0,843	0,889	Buena/Excelente
	EDCO	Sentido de pertenencia	5	0,872	0,908	Buena/Excelente
	EDCO	Disponibilidad de recursos	5	0,871	0,906	Buena/Excelente
	EDCO	Estabilidad laboral	5	0,869	0,906	Buena/Excelente
	EDCO	Claridad y coherencia	5	0,881	0,913	Buena/Excelente
	EDCO	Valores colectivos	5	0,891	0,920	Buena/Excelente

Notas:
 α = Alfa de Cronbach.
 ω = Omega de McDonald estimado mediante análisis de componente principal de un factor^(37,38).
Criterios interpretativos: $\geq 0,90$ = Excelente; 0,80–0,89 = Buena; 0,70–0,79 = Aceptable.
* El ω difiere del α porque corrige la subestimación debida a cargas factoriales desiguales entre ítems.

Procedimiento de recolección de datos

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki⁽³⁹⁾ y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia⁽⁴⁰⁾.

La recolección de información se realizó previa aprobación del comité de ética institucional y obtención del consentimiento informado de los participantes, garantizando confidencialidad y anonimato. Los cuestionarios fueron diligenciados de manera autoaplicada durante el horario laboral, con asistencia del equipo investigador para resolver dudas. La información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación.

Plan de análisis estadístico

El análisis de datos comprendió cinco etapas:

1. (Análisis descriptivo: frecuencias, porcentajes, medias (M) y desviaciones estándar (DE).
2. Evaluación de normalidad: prueba de Shapiro-Wilk, dada su mayor potencia para $n < 200$.
3. Análisis de fiabilidad: α de Cronbach y ω de McDonald para cada subescala, sobre los datos propios de la muestra^(37,38).
4. Análisis correlacional: se empleó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ), reportando el valor p asociado a cada coeficiente.
5. Análisis de regresión: se ejecutó una Regresión Lineal Múltiple (OLS) con las puntuaciones continuas del MBI-HSS como variables dependientes, preservando toda la variabilidad de los datos.

Se verificaron previamente los supuestos de independencia de residuos (Durbin-Watson), homocedasticidad (Breusch-Pagan), normalidad de residuos (Shapiro-Wilk) y ausencia de multicolinealidad (VIF), siguiendo los criterios de Hair *et al.*⁽⁴¹⁾.

Todos los análisis se realizaron con $\alpha = 0,05$. El procesamiento estadístico se efectuó en *Python* 3.12 mediante las librerías *pandas*⁽⁴²⁾ *scipy.stats*⁽⁴³⁾ y *statsmodels*⁽⁴⁴⁾.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos y normalidad

La Tabla 3 presenta los estadísticos descriptivos y los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk. La media del Agotamiento Emocional fue $M = 23,38$ ($DE = 11,14$), próxima al umbral clínico ($AE \geq 27$). La Despersonalización presentó $M = 8,27$ ($DE = 5,00$), cercana al punto de corte ($DP \geq 10$).

Tabla 3.
Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (N = 143)

M = Media.
DE = Desviación estándar.
S-W = Shapiro-Wilk.
AE = Agotamiento Emocional.
DP = Despersonalización.
RP = Realización Personal.
* p < 0,05 indica rechazo de normalidad.
n.s. = no significativo.

Variable	M	DE	Rango	Asimetría	Curtosis	p S-W
AE Total	23,38	11,14	1-46	0,220	-0,811	0,006*
DP Total	8,27	5,00	0-20	0,275	-0,840	0,001*
RP Total	35,80	6,32	21-47	-0,402	-0,732	< 0,001*
EDCO Total	144,64	24,13	78-195	-0,306	-0,215	0,304 n.s.

Estos valores son concordantes con los reportados para personal sanitario en contextos latinoamericanos⁽⁴⁵⁾, donde la prevalencia de agotamiento emocional elevado oscila entre 15,9 % y 39,4 %. La Realización Personal registró M = 35,80 (DE = 6,32).

El EDCO Total mostró M = 144,64 (DE = 24,13), en el rango medio-alto de la escala. La prueba de Shapiro-Wilk rechazó la normalidad en las tres subescalas del MBI-HSS (p < 0,05), pero no en el EDCO Total (W = 0,989, p = 0,304), justificando el uso de estadísticos no paramétricos en el análisis correlacional.

Prevalencia del Síndrome de Burnout

La Tabla 4 presenta la distribución de los indicadores clínicos. Aplicando el criterio diagnóstico tridimensional estricto (AE ≥ 27 + DP ≥ 10 + RP ≤ 33, simultáneos), se identificaron 25 trabajadores con Burnout completo (17,5 %, IC 95 % = [11,6 %; 24,7 %]).

Tabla 4.
Prevalencia de indicadores clínicos del SB (N = 143)

Criterio diagnóstico: afectación simultánea en las tres dimensiones (AE ≥ 27, DP ≥ 10 y RP ≤ 33)⁽²⁹⁾. IC 95 % calculado mediante método exacto de Clopper-Pearson. Dado que el estudio empleó un censo (N = 143), los IC se reportan como estimación de precisión puntual. Con el criterio de afectación en al menos una dimensión, la proporción asciende al 65,7 % (n = 94).

Indicador clínico	n	%	IC 95 %
Agotamiento Emocional alto (AE ≥ 27)	54	37,8	29,8-46,2
Despersonalización alta (DP ≥ 10)	52	36,4	28,5-44,8
Realización Personal baja (RP ≤ 33)	53	37,1	29,1-45,5
Burnout completo (3 criterios simultáneos)	25	17,5	11,6-24,7

El 37,8 % presentó Agotamiento Emocional elevado, el 36,4 % Despersonalización alta y el 37,1 % baja Realización Personal, considerados de forma independiente. Estos porcentajes de afectación dimensional son consistentes con los metaanálisis recientes en personal sanitario, que reportan prevalencias de AE elevado de entre 22 % y 40 %, DP alta de 11 % a 52 %, y baja RP de 0 % a 61,3 %⁽⁴⁵⁾.

En el contexto colombiano, la prevalencia de Burnout en el sector salud es una preocupación creciente para la salud pública y ocupacional⁽²⁹⁾.

Correlación entre clima organizacional y Burnout

Para examinar la relación entre el EDCO Total y las dimensiones del MBI-HSS se empleó el coeficiente de Spearman (ρ), dado el incumplimiento de normalidad en las subescalas del Burnout.

La Tabla 5 presenta los resultados. El EDCO Total se correlaciona negativamente con Agotamiento Emocional ($p = -0,343$, $p < 0,001$) y Despersonalización ($p = -0,376$, $p < 0,001$), e inversamente con Realización Personal ($p = 0,347$, $p < 0,001$).

Las tres correlaciones son de magnitud moderada⁽⁴⁶⁾ y altamente significativas, indicando que un clima organizacional más favorable se asocia con menores niveles de Burnout.

Par de variables	ρ	p-valor	Sig.	Dirección
EDCO Total → Agotamiento Emocional	-0,343	< 0,001	***	Inversa moderada
EDCO Total → Despersonalización	-0,376	< 0,001	***	Inversa moderada
EDCO Total → Realización Personal	0,347	< 0,001	***	Directa moderada
Agotamiento Emocional → Despersonalización	0,258	0,002	**	Directa leve
Agotamiento Emocional → Realización Personal	-0,415	< 0,001	***	Inversa moderada
Despersonalización → Realización Personal	-0,315	< 0,001	***	Inversa moderada

Tabla 5.
Correlaciones de Spearman (ρ) entre clima organizacional y dimensiones del Burnout

ρ = Coeficiente de correlación de Spearman (rho). Prueba bilateral.
** $p < 0,01$.
*** $p < 0,001$.
Tamaño del efecto según Cohen(46):
 $|\rho| < 0,10$ = trivial.
0,10–0,29 = pequeño.
0,30–0,49 = moderado.
 $\geq 0,50$ = grande.

Estos hallazgos son congruentes con los reportados por Almeida et al.⁽⁴⁷⁾ quienes en un estudio con 534 trabajadores de enfermería encontraron correlaciones negativas moderadas entre clima organizacional y agotamiento emocional y despersonalización, posicionando al clima como factor protector. Entre dimensiones del MBI-HSS, la correlación más intensa se da entre Agotamiento Emocional y Realización Personal ($p = -0,415$, $p < 0,001$).

Verificación de supuestos de la regresión lineal múltiple

Antes de interpretar los modelos de regresión, se verificaron los cuatro supuestos fundamentales de la Regresión Lineal Múltiple (OLS), siguiendo los criterios recomendados por Hair et al.⁽⁴¹⁾ Los resultados se presentan en la Tabla 6.

Supuesto / Prueba	Modelo AE	Modelo DP	Modelo RP
Durbin-Watson (independencia de residuos)	2,096	2,010	2,103
Breusch-Pagan χ^2 (homocedasticidad)	3,921 ($p = 0,687$)	2,069 ($p = 0,913$)	14,593 ($p = 0,024$)*
Shapiro-Wilk residuos (normalidad)	W = 0,990 ($p = 0,392$)	W = 0,985 ($p = 0,133$)	W = 0,990 ($p = 0,410$)
VIF máximo (multicolinealidad)	2,769	2,769	2,769

Tabla 6.
Verificación de supuestos de los modelos de regresión lineal múltiple

Durbin-Watson: Valores 1,5–2,5 indican ausencia de autocorrelación⁽⁴¹⁾.
Breusch-Pagan: $p > 0,05$ indica homocedasticidad.
Shapiro-Wilk residuos: $p > 0,05$ indica normalidad.
VIF < 5 indica ausencia de multicolinealidad problemática⁽⁴¹⁾.
* El modelo RP muestra Breusch-Pagan marginal ($p = 0,024$); los errores estándar robustos HC3 no alteran la significancia del EDCO Total ($p < 0,001$).

Los tres modelos cumplen satisfactoriamente los supuestos de independencia de residuos (Durbin-Watson entre 2,01 y 2,10), normalidad de residuos (Shapiro-Wilk, $p > 0,13$ en todos los casos) y ausencia de multicolinealidad (VIF máximo = 2,769, muy por debajo del umbral de alerta de 5,0).

El modelo de Realización Personal registró una leve heteroscedasticidad (Breusch-Pagan, $p = 0,024$), tratada con errores estándar robustos HC3 sin que se alterara la inferencia.

Regresión lineal múltiple: Predictores de las dimensiones del Burnout

Se ejecutaron tres modelos OLS con las puntuaciones continuas del MBI-HSS como variables dependientes. Los predictores incluyeron el EDCO Total y cuatro variables sociolaborales: sexo (1 = Femenino), edad (ordinal: 1 = 21-30 años hasta 4 = 51-60 años), tipo de contrato (1 = Indefinido) y tipo de jornada (variables indicadoras, referencia = Medio tiempo).

Tabla 7.
Regresión lineal múltiple: predictores del Agotamiento Emocional (AE Total)

Predictor	β	EE	t	p-valor	Sig.	IC 95 %
Constante	49,636	6,243	7,950	< 0,001	***	[37,29; 61,98]
EDCO Total	-0,202	0,036	-5,592	< 0,001	***	[-0,274; -0,131]
Sexo (1=Femenino)	-2,567	1,756	-1,462	0,146		[-6,040; 0,905]
Edad (ordinal)	0,061	0,792	0,077	0,939		[-1,506; 1,628]
Contrato (1=Indefinido)	-0,206	1,792	-0,115	0,909		[-3,749; 3,337]
Jornada: Tiempo completo	4,669	2,977	1,568	0,119		[-1,219; 10,557]
Jornada: Turnos	5,987	3,276	1,828	0,070		[-0,491; 12,464]

Tabla 8.
Regresión lineal múltiple: predictores de la Despersonalización (DP Total)

Predictor	β	EE	t	p-valor	Sig.	IC 95 %
Constante	21,076	2,805	7,513	< 0,001	***	[15,528; 26,624]
EDCO Total	-0,091	0,016	-5,585	< 0,001	***	[-0,123; -0,059]
Sexo (1=Femenino)	-1,078	0,789	-1,366	0,174		[-2,638; 0,483]
Edad (ordinal)	-0,138	0,356	-0,388	0,698		[-0,842; 0,566]
Contrato (1=Indefinido)	0,692	0,805	0,859	0,392		[-0,900; 2,284]
Jornada: Tiempo completo	0,825	1,338	0,617	0,538		[-1,820; 3,471]
Jornada: Turnos	1,235	1,472	0,839	0,403		[-1,675; 4,146]

Tabla 9.
Regresión lineal múltiple: predictores de la Realización Personal (RP Total)

Predictor	β	EE	t	p-valor	Sig.	IC 95 %
Constante	19,251	3,568	5,395	< 0,001	***	[12,195; 26,308]
EDCO Total	0,112	0,021	5,425	< 0,001	***	[0,071; 0,153]
Sexo (1=Femenino)	0,595	1,004	0,592	0,554		[-1,390; 2,579]
Edad (ordinal)	0,318	0,453	0,702	0,484		[-0,577; 1,214]
Contrato (1=Indefinido)	1,346	1,024	1,315	0,191		[-0,679; 3,371]
Jornada: Tiempo completo	-1,770	1,702	-1,040	0,300		[-5,135; 1,595]
Jornada: Turnos	-2,180	1,872	-1,165	0,246		[-5,882; 1,522]

Los tres modelos resultaron globalmente significativos ($p < 0,001$), con R^2 que osciló entre 0,201 y 0,212, explicando entre el 20 % y el 21 % de la varianza en las dimensiones del Burnout.

En todos los modelos, el EDCO Total fue el único predictor estadísticamente significativo ($p < 0,001$), a mayor percepción de clima organizacional favorable, menores puntuaciones de Agotamiento Emocional ($\beta = -0,202$) y Despersonalización ($\beta = -0,091$), y mayor Realización Personal ($\beta = 0,112$).

Estos efectos son de magnitud moderada según los criterios de Cohen⁽⁴⁶⁾. Las variables sociodemográficas no alcanzaron significancia estadística en ningún modelo, indicando que el clima organizacional opera como predictor independiente del Burnout una vez controladas las características individuales de los trabajadores.

Hallazgos similares han sido reportados por Almeida *et al.*⁽⁴⁷⁾ quienes identificaron al clima organizacional como factor protector frente al Burnout en enfermería tras controlar variables sociolaborales.

La consistencia de estos hallazgos en las tres dimensiones del síndrome, con efectos de dirección congruente y tamaños similares, brinda respaldo empírico sólido a la hipótesis de que el clima organizacional constituye un factor protector frente al SB en el personal de atención domiciliaria en Colombia.

DISCUSIÓN

El hecho que el 17,5 % de los trabajadores cumpla simultáneamente los tres criterios diagnósticos del síndrome no es un dato menor cuando se examina en su contexto. La atención domiciliaria en Colombia opera en condiciones que difieren estructuralmente del entorno hospitalario, sin la contención física de un servicio clínico, sin compañeros de trabajo inmediatos y con la responsabilidad de tomar decisiones en entornos familiares que varían cada día.

En ese marco, la proporción encontrada es coherente con lo que la evidencia internacional describe para el sector. García- Pérez *et al.*⁽⁴⁵⁾ en una revisión sistemática que reunió estudios latinoamericanos de 2019 a 2023, reportaron prevalencias de agotamiento emocional elevado de entre 15,9 % y 39,4 % en personal de salud de la región, un rango dentro del cual los valores de este estudio se sitúan.

Lo que distingue al presente trabajo es la población, la mayoría de los estudios revisados en la literatura se concentra en hospitales de tercer nivel o en servicios de urgencias, mientras que la evidencia sobre trabajadores domiciliarios sigue siendo escasa, lo cual otorga un valor descriptivo específico a estos datos y abre un espacio de conocimiento que hasta ahora ha permanecido poco explorado.

El metaanálisis de Li *et al.*⁽¹⁾, publicado en JAMA Network Open en 2024 y basado en 85 estudios, demostró que el Burnout en profesionales de enfermería se asocia de forma significativa con deterioro en la seguridad del paciente, menor satisfacción del usuario y peores indicadores de calidad asistencial.

Estos hallazgos adquieren una dimensión especial en el escenario domiciliario, la supervisión es más laxa, los errores pueden tardar más en detectarse y el vínculo entre el desgaste del trabajador y el resultado clínico del paciente en casa es probablemente más directo que en un ambiente institucional estructurado.

En ese sentido, la prevalencia documentada en este estudio no es solo un indicador de bienestar laboral, es también una señal de alerta sobre la calidad de la atención que reciben miles de personas que viven y se curan en sus propios hogares.

Uno de los aportes más sólidos de este estudio es demostrar que la percepción del clima organizacional predice de manera independiente las tres dimensiones del Burnout, incluso después de controlar variables sociodemográficas como el sexo, la edad o el tipo de contrato. Ese resultado no es trivial.

Esto significa que la percepción del trabajador sobre su entorno laboral, como es tratado, reconocido y protegido por la organización, tiene una influencia propia sobre su estado emocional que no se explica por quién es esa persona, sino por donde trabaja y cómo funciona ese lugar. Una respuesta teórica sólida proviene del modelo de demandas y recursos laborales.

Demerouti y Bakker, en una revisión actualizada del modelo publicada en 2023⁽⁴⁸⁾, subrayan que, en situaciones de presión sostenida, la disponibilidad de recursos organizacionales cobra aún más relevancia como amortiguador del agotamiento, lo que encaja bien con la naturaleza de la atención domiciliaria, un entorno donde los profesionales enfrentan demandas impredecibles con recursos que frecuentemente no están garantizados de antemano.

Quando el apoyo institucional es consistente y el trabajador percibe que la organización le respalda, esa percepción actúa como un escudo frente a la acumulación de estrés crónico que termina derivando en Burnout.

Almeida *et al.*⁽⁴⁷⁾, en un estudio transversal con 534 enfermeros brasileños publicado en 2023, encontraron correlaciones negativas moderadas entre el clima organizacional y el agotamiento emocional y la despersonalización, con el clima posicionado como factor protector.

La convergencia con los resultados aquí reportados es notable, aunque esos autores trabajaron en entornos hospitalarios. Este estudio extiende la evidencia a un contexto diferente, donde el trabajador opera sin la red de contención del hospital, con mayor autonomía y menor visibilidad institucional. El hecho de que el efecto protector del clima se mantenga incluso en esas condiciones le otorga solidez adicional a la hipótesis central.

Por otro lado, dentro del clima organizacional, las dimensiones de retribución y estabilidad laboral mostraron las asociaciones más marcadas con el Burnout. Esta no es una

coincidencia, la teoría del esfuerzo-recompensa de Siegrist señala desde hace décadas que la percepción de una brecha entre el esfuerzo invertido y la compensación recibida es uno de los desencadenantes más potentes del desgaste profesional.

En el contexto colombiano, esa brecha tiene una traducción concreta, la modalidad contractual, los salarios y la seguridad del empleo son temas sensibles en el sector de la salud domiciliaria, frecuentemente marcado por mayor rotación y contratos por prestación de servicios.

Canchila García *et al.*⁽²⁹⁾, en un estudio realizado en un hospital de Choco, Colombia, identificaron que la inseguridad laboral y las condiciones contractuales precarias figuraban entre los factores más frecuentemente asociados con el malestar del personal.

Aunque el contexto institucional difiere del domiciliario, la lógica subyacente es la misma, cuando el trabajador no siente que la organización le garantiza condiciones mínimas de seguridad y reconocimiento, el riesgo de desgaste se multiplica.

Dorneles *et al.*⁽⁴⁹⁾, en un estudio mixto publicado en 2023 sobre Burnout en unidades de cuidados intensivos brasileñas, encontraron que la percepción de un clima ético y organizacional negativo actuaba como acelerador del desgaste, mientras que la claridad sobre los roles y el apoyo de los gestores funcionaba como factor inhibidor.

Esta lectura ayuda a entender por qué, en el presente estudio, las dimensiones de claridad y coherencia de la dirección y de estilo de dirección también mostraron relaciones consistentes con el bienestar del personal.

En ausencia de un jefe físicamente presente, como sucede en el trabajo domiciliario, la percepción de que existe un liderazgo claro, coherente y justo puede ser el único referente institucional disponible para el trabajador durante su jornada.

Sumado a lo anterior, que el sexo no haya emergido como predictor significativo del Burnout en los modelos de regresión, es un hallazgo que merece discutirse con cuidado, porque va en tensión con una parte importante de la literatura.

La mayoría de los estudios sobre diferencias de género en Burnout reportan puntuaciones más elevadas de agotamiento emocional en mujeres, frecuentemente atribuidas a la doble carga laboral y familiar, a las desigualdades salariales y a la menor probabilidad de acceder a posiciones de liderazgo.

Datos agregados publicados por la *American Medical Association* en 2024 indican que en ese año el 47,2 % de las medicas reportaba síntomas de Burnout frente al 38,9 % de los médicos, una brecha que se ha mantenido consistente durante varios años.

Sin embargo, la evidencia en sentido contrario también existe. Varios estudios en contextos con alta homogeneidad organizacional no han encontrado diferencias significativas por sexo, lo que sugiere que cuando las condiciones del entorno afectan de manera uniforme a todos los trabajadores, independientemente de su género, los factores estructurales del entorno pesan más que las características individuales.

En este estudio, la ausencia de diferencias significativas por sexo, edad y tipo de contrato en los modelos multivariados apunta en esa misma dirección, cuando el clima organizacional es el predictor dominante, las variables demográficas pierden capacidad explicativa propia.

La interpretación más razonable no es que el sexo o la edad no importen, sino que en esta muestra y en esta institución, la experiencia del Burnout esta tan determinada por el entorno compartido que las diferencias individuales quedan estadísticamente diluidas.

Entre los tres indicadores del síndrome, el nivel de despersonalización merece una atención especial, no porque sea el más frecuente sino por sus implicaciones prácticas en el contexto domiciliario.

Despersonalizarse en este escenario no equivale a tratar a un paciente en urgencias con frialdad, que ya de por sí es preocupante. Aquí implica distanciarse de alguien que está en su propia casa, que no puede desplazarse a un centro de salud, que depende de esa visita y que en muchos casos carece de otra red de apoyo sanitario inmediata.

La relación es más íntima y la detección de un trato distante por parte del usuario o su familia es mucho más difícil de monitorear institucionalmente. La revisión sistemática de Li et al.⁽¹⁾ documento que la despersonalización, como subcomponente del Burnout, se asocia específicamente con peores indicadores de seguridad clínica.

Un profesional agotado puede aun actuar con cuidado, pero uno despersonalizado ha desarrollado ya una barrera psicológica con el trabajo que afecta directamente su conducta hacia el paciente.

En la atención domiciliaria, donde no hay otros profesionales presentes durante la visita, esa barrera es difícilmente contrarrestable por mecanismos externos. Por eso la apuesta por un buen clima organizacional no es solo una cuestión de bienestar laboral: es también una estrategia de seguridad clínica.

Por otro lado, los modelos de regresión explicaron entre el 20 % y el 21 % de la varianza en las dimensiones del Burnout. Es una proporción razonable para estudios transversales en contextos organizacionales complejos, pero también es una señal de que otros factores relevantes quedaron fuera del análisis.

La carga de trabajo objetiva, el tiempo de desplazamiento entre visitas, la complejidad clínica de los pacientes asignados, el apoyo social percibido en el entorno familiar personal y la resiliencia individual son variables que la literatura ha identificado como predictores del Burnout.

Wei et al.⁽⁵⁰⁾, en un análisis de trayectorias aplicado a personal médico chino publicado en *Frontiers in Psychiatry* en 2024, encontraron que las demandas laborales objetivas, el apoyo

del supervisor y la satisfacción con la carga de trabajo mediaban la relación entre el entorno organizacional y el Burnout. La implicación es que intervenir sobre el clima sin atender simultáneamente la carga de trabajo puede producir mejoras parciales, pero no resolver el problema de fondo.

Por otro lado, Yang *et al.*⁽⁵¹⁾, en un protocolo de revisión de alcance publicado en PLOS ONE en 2024, identificaron el entorno físico del trabajo, la supervisión y el trabajo en equipo como antecedentes críticos del Burnout bajo el marco de demandas y recursos, antecedentes que en el trabajo domiciliario adoptan una expresión diferente, menos visible y más difícil de medir, pero no por eso menos real.

Estos vacíos señalan la necesidad de estudios longitudinales que rastreen la evolución del Burnout en cohortes de trabajadores domiciliarios, estudios multicéntricos que permitan comparar instituciones con diferentes estructuras de clima organizacional, y aproximaciones metodológicas mixtas que incluyan la voz de los propios trabajadores sobre lo que perciben como más desgastante en su práctica cotidiana.

Sumado a lo anterior, los hallazgos tienen implicaciones que van más allá de la descripción del fenómeno. Si el clima organizacional es el predictor más consistente del Burnout en esta población, las intervenciones institucionales tienen un punto de entrada claro.

Mejorar la percepción de retribución justa, garantizar estabilidad en las condiciones de contratación, fortalecer la comunicación institucional y generar espacios de reconocimiento son medidas con un efecto protector medible sobre el bienestar del personal y, por extensión, sobre la calidad del servicio domiciliario. Ninguna de estas acciones requiere recursos extraordinarios, requiere voluntad institucional y comprensión de que el trabajador bien respaldado cuida mejor.

Desde la perspectiva de la salud pública ocupacional, esta evidencia refuerza la necesidad de incorporar el Burnout como un

indicador sistemático de vigilancia en las instituciones de salud domiciliaria en Colombia.

No existe aún un protocolo de monitoreo continuo del bienestar del personal domiciliario comparable al que existe para otros riesgos ocupacionales. Los datos aquí presentados sugieren que esa omisión tiene un coste real, tanto para los trabajadores como para la calidad de la atención que reciben los usuarios en sus hogares.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el trabajo decente para los profesionales que cuidan a otros no es una condición secundaria, es un prerrequisito para que el sistema funcione con dignidad y calidad.

CONCLUSIONES

Este estudio partió de una pregunta concreta y pertinente, hasta qué punto las condiciones que una organización de salud domiciliaria les ofrece a sus trabajadores, se relaciona con el riesgo de que esos trabajadores desarrollen SB.

La respuesta que arrojaron los datos es clara, aunque no simple, el clima organizacional importa, y lo hace de manera independiente de quien sea el trabajador, de cuantos años tenga, del cargo que ocupa o del tipo de contrato que firma. Esa independencia es precisamente lo que convierte al hallazgo en algo que trasciende la descripción estadística y apunta directamente a la gestión institucional.

Una primera conclusión que emerge con fuerza es que el sector de la atención domiciliaria en Colombia no está exento de los niveles de desgaste que se han documentado en los entornos hospitalarios.

El porcentaje de trabajadores que presento indicadores elevados en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización es suficientemente alto como para que cualquier institución que preste servicios domiciliarios lo considere un problema de gestión del riesgo laboral, no una anécdota estadística.

Que casi cuatro de cada diez trabajadores manifestaran agotamiento emocional

clínicamente significativo no es un dato que pueda relegarse a una nota al pie de un informe de recursos humanos. Es una señal que interpela a la dirección institucional, a los gestores del sistema y, en última instancia, a los organismos de vigilancia y regulación del trabajo en salud en el país.

Una segunda conclusión tiene que ver con la naturaleza del problema. El Burnout en esta población no es el resultado de una sola causa ni puede atribuirse a la fragilidad de determinados individuos.

Los tres modelos de regresión construidos en este estudio apuntan en la misma dirección, cuando se controlan simultáneamente las variables personales y laborales, el único factor que explica de manera consistente las puntuaciones de Burnout es la percepción que el trabajador tiene del ambiente que la organización ha construido para él.

Eso tiene una implicación práctica fundamental, las intervenciones centradas exclusivamente en el individuo, como talleres de manejo del estrés, técnicas de mindfulness o sesiones de autocuidado, aunque útiles como complemento, no son suficientes si el entorno laboral permanece sin cambios.

El malestar no es un atributo del trabajador; es en buena medida una respuesta racional a un entorno que no genera las condiciones mínimas para sostener el esfuerzo profesional a largo plazo.

Una tercera conclusión atañe a las dimensiones del clima que resultaron más relevantes. No fue el clima en abstracto lo que mostro fuerza explicativa, sino aspectos concretos como la percepción de retribución justa, la estabilidad en las condiciones de empleo, la claridad en la comunicación institucional y el estilo de liderazgo al que el trabajador está expuesto.

Esto tiene implicaciones precisas para la gestión, no se necesita rediseñar la organización de arriba abajo. Se necesita revisar si los mecanismos de reconocimiento son visibles y

percibidos como justos, si las condiciones contractuales generan o no incertidumbre, y si las personas que ejercen roles de supervisión transmiten claridad y coherencia o ambigüedad y arbitrariedad. Cambios en esas dimensiones son factibles, mesurables y, según la evidencia aquí recogida, tienen efecto real sobre el bienestar del personal.

Una cuarta conclusión merece ser enunciada, aunque contrasta con lo que podría esperarse, ni el sexo, ni la edad, ni el tipo de jornada, ni el tipo de contrato resultaron predictores estadísticamente significativos del Burnout una vez que el clima organizacional entro en el modelo.

Esto no significa que esas variables no importen en ningún contexto, sino que en esta institución y en este momento, el entorno compartido pesa más que las diferencias individuales.

Esa lectura, lejos de ser desalentadora, es en cierto modo esperanzadora, si el problema fuera principalmente individual, poco podría hacer la organización. Pero si el problema es principalmente organizacional, entonces la solución también está en manos de la organización, y eso abre un margen de acción concreto y alcanzable.

Una quinta conclusión concierne a la especificidad del entorno domiciliario como contexto de cuidado. Los trabajadores que atienden a pacientes en sus hogares operan sin la red de contención que ofrece un hospital, sin colegas físicamente presentes, sin infraestructura clínica de respaldo, sin la posibilidad de derivar de inmediato a otro servicio si algo se complica.

Esa soledad operativa convierte al respaldo institucional percibido en algo más que una variable de confort, lo convierte en un recurso crítico de sostenimiento emocional. Cuando ese respaldo falta o es percibido como insuficiente, el trabajador domiciliario queda expuesto a un nivel de presión que el personal hospitalario enfrenta de manera distinta, precisamente porque tiene un colchón institucional que el

trabajador domiciliario no siempre tiene. Este estudio pone en evidencia esa diferencia y la cuantifica.

Finalmente, este trabajo hace una contribución que va más allá de sus propios datos, instala la atención domiciliaria como un escenario que merece investigación propia en salud laboral, no como una extensión del hospital sino como un espacio de trabajo con lógicas, vulnerabilidades y necesidades específicas.

La mayoría de la evidencia disponible sobre SB en salud se ha construido en entornos hospitalarios, y las políticas de intervención suelen replicar ese modelo. Los hallazgos aquí presentados sugieren que esa trasplantación directa puede ser insuficiente, y que comprender el Burnout en el trabajo domiciliario requiere investigaciones diseñadas específicamente para ese contexto, con instrumentos sensibles a su particularidad y con propuestas de intervención que reconozcan que el lugar donde ocurre el trabajo define en parte las condiciones que permiten sostenerlo o que lo erosionan.

Limitaciones y futuras investigaciones

El diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad, se puede afirmar que el clima organizacional y el Burnout cavarían de manera significativa en esta muestra, pero no que uno cause al otro en un sentido temporal determinado.

Es posible que trabajadores con niveles más altos de Burnout perciban negativamente su clima organizacional, generando una relación bidireccional que solo podría desenredarse con un diseño longitudinal.

Adicionalmente, el estudio se circunscribe a una sola institución de atención domiciliaria, lo que limita la transferibilidad de los resultados a otros contextos organizacionales, regionales o culturales. La muestra es censal, lo cual es una fortaleza para la validez interna, pero no permite generalizar mediante inferencia estadística clásica hacia otras poblaciones.

Por último, el uso exclusivo de instrumentos de autoinforme introduce el riesgo de sesgo de respuesta y de varianza de método común, que podría inflar artificialmente las correlaciones observadas. Estas consideraciones no invalidan los hallazgos, pero si definen la agenda de investigación futura para este campo todavía poco explorado.

REFERENCIAS

1. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse Burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024; 7(11):e2443059. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

2. Gil-Monte PR, Unda S, Sandoval J. Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Ment*. 2009; 31:205-14.

3. Quiceno JM, Alpi SV. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colomb Psicol*. 2007; 10:117-25.

4. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 2014; 9:23556.

5. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the Burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2010; 6:Doc09.

6. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Ter Psicol*. 2014; 32(1):65-74.

7. Aceves G. Síndrome de Burnout. *Arch Neurocienc*. 2006; 11(4):305-9.

8. Rodríguez J. Propuesta: programa integral de autocuidado. *Enferm Costa Rica*. 2010; 31:2-7.

9. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. *J Organ Behav*. 1981; 2(2):99-113.

10. Parra K, Vargas N, Sánchez J, Munévar F. Variables asociadas al síndrome de Burnout en el área de la salud de una clínica de Villavicencio, Colombia. *Psicol Salud*. 2019; 9(1):51-62.

11. Lauracio C. Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Rev Innova Educ*. 2020; 2(1):543-54.

12. Maslach C, Leiter MP. Understanding the Burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016; 15(2):103-11.

13. Aranda C. Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. *Investig Salud*. 2010; 8(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000300006

14. Thomae MN, Ayala EA, Stortti MA. Etiología y prevención del síndrome de Burnout. *Rev Posgrado Vía Cátedra Med*. 2006; 158:18-21.

15. Cruz D. Relationship between different dimensions of the Burnout syndrome and the coping strategies implemented by security guards at a private corporation from Tunja (Colombia). *Psicogente*. 2017; 20(38):268-81.

16. IsHak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ*. 2009; 1(2):236-42.

17. Wu Y, Wu M, Wang C, Lin J, Liu J, Liu S. Evaluating the prevalence of Burnout among health care professionals related to electronic health record use: systematic review and meta-analysis. *JMIR Med Inform*. 2024; 12:e54811. DOI: 10.2196/54811

18. Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.

19. Agudelo C, Castaño J, Arango C, Durango R. Prevalencia y factores psicosociales asociados al síndrome de Burnout en médicos de Manizales y La Virginia. *Arch Med*. 2011; 11(2):91-100.

20. Bojórquez Y, Martínez R, Sansores G. Dimensiones del clima organizacional en docentes de escuelas telesecundarias. En: Zapata A, Canto PJ, Cisneros EJ, eds. *Memorias del Congreso de Docencia, Investigación e Innovación Educativa 2021*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán; 2021. p. 587-96.

21. Nunn K, Isaacs D. Physician Burnout. *J Paediatr Child Health*. 2019; 55(1):5-6.

22. Rothenberger DA. Physician Burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Dis Colon Rectum*. 2017; 60(6):567-76.

23. Shanafelt TD, Balch CM. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*. 2009; 250(3):463-70.

24. Borda M, Navarro E, Aun E, Berdejo H, Racado K, Ruiz J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. 2007; 23(1):43-51.

25. González-Rodríguez R, López-Castedo A, Pastor-Seller E, Verde-Diego C. Síndrome de Burnout en el sistema de salud: el caso de las trabajadoras sociales sanitarias. *Enferm Glob.* 2020; 19(2):141-61.

26. Zis P, Anagnostopoulos F, Sykioti P. Burnout in medical residents: a study based on the job demands-resources model. *Sci World J.* 2014; 2014:673279.

27. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Geneva: WHO; 2019.

28. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med.* 2004; 351(18):1829-37.

29. Canchila García JC, Díaz Urrutia A, Henao NV, Rentería Panesso J. Prevalencia y caracterización sociodemográfica del Síndrome de Burnout en los colaboradores de la Nueva E.S.E Hospital Departamental San Francisco de Asís de Chocó - Colombia durante el primer semestre de 2021. *Ciencia Lat [Internet].* 2022; 6(4):4574-4593. DOI: 10.37811/cl_rcm.v6i4.2957

30. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:397-422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

31. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory manual. 3ra ed. Consulting Psychologists Press; 1996. Disponible en: https://books.google.com.co/books/about/Maslach_Burnout_Inventory_Manual.html?id=hhgvNQAAQAAJ

32. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica [Internet].* 2005; 39(1):1-8. DOI: 10.1590/s0034-89102005000100001

33. Córdoba L, Tamayo JA, González MA, Martínez MI, Rosales A, Barbato SH. Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colomb Med [Internet].* 2024; 42(3):286-293. DOI: 10.25100/cm.v42i3.874

34. García-Pérez L, Pino YM, Ansoleaga E. Prevalence of occupational stress-related syndromes among health care workers in Latin America from 2019 to 2023. *Rev Bras Med Trab [Internet].* 2025; 23(1):e20241329. DOI: 10.47626/1679-4435-2024-1329

35. Lin CY, Alimoradi Z, Griffiths MD, Pakpour AH. Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS-MP). *Heliyon [Internet].* 2022; 8(2):e08868. DOI: 10.1016/j.heliyon.2022.e08868

36. Noriega V, Pría M. Instrumento para evaluar el clima organizacional en los grupos de control de vectores. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2011; 37(2):116-122. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21418849004.pdf>

37. McNeish D. Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychol Methods [Internet].* 2018; 23(3):412-433. DOI: 10.1037/met0000144

38. Revelle W, Zinbarg RE. Coefficients alpha, beta, omega, and the glb: Comments on Sijsma. *Psychometrika [Internet].* 2009; 74(1):145-154. DOI: 10.1007/s11336-008-9102-z

39. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants [Internet]. 2024 [cited 2026 Mar 19]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki>

40. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Bogotá (COL): MinSalud; 1993 [citado 2026 Mar 19]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

41. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed. Cengage Learning; 2019. Disponible en: <https://www.cengage.uk/c/multivariate-data-analysis-8e-hair-babin-anderson-black/9781473756540/?searchisbn=9781473756540>

42. McKinney W. Data structures for statistical computing in Python. En: van der Walt S, Millman J, editores. Proceedings of the 9th Python Science Conference [Internet]. 2010; 56-61. DOI: 10.25080/Majora-92bf1922-00a

43. Virtanen P, Gommers R, Oliphant TE, Haberland M, Reddy T, Cournapeau D, et al. SciPy 1.0: fundamental algorithms for scientific computing in Python. *Nat Methods [Internet].* 2020; 17(3):261-272. DOI: 10.1038/s41592-019-0686-2

44. Seabold S, Perktold J. Statsmodels: econometric and statistical modeling with Python. Proceedings of the 9th Python in Science Conference [Internet]. 2010; 92-96. DOI: 10.25080/Majora-92bf1922-011

45. Ramirez-Rios JL, Pardo-Báez JF, Fuentes-Esteva CJ, Toledo-Arenas JD. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos familiares que laboran en Colombia y factores asociados. Rev Salud Publica [Internet]. 2023; 25(5):100694. DOI: 10.15446/rsap.V25n5.100694

46. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2th ed. New York (USA): Routledge; 1988. DOI: 10.4324/9780203771587

47. Almeida MCS, Barros VG, Silva SM, Silva FJ, Yamassake RT, Telles ACM, et al. Organizational climate, job satisfaction, and Burnout in nursing workers. Rev Bras Med Trab [Internet]. 2023; 21(2):e2022867. DOI: 10.47626/1679-4435-2022-867

48. Demerouti E, Bakker AB. Job demands-resources theory in times of crises: New propositions. Organ Psychol Rev [Internet]. 2023; 13(3):209-236. DOI: 10.1177/20413866221135022

49. Dorneles AJA, Dalmolin GL, Barlem ELD, Silveira RS, Andolhe R, Camponogara S, et al. Burnout, ethical climate and work organization in covid-19 intensive care units: mixed method study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023; 76(6):e20220684. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0684

50. Wei Z, Xia B, Jiang L, Zhu H, Li L, Wang L, et al. Factors affecting occupational Burnout in medical staff: a path analysis based on the job demands-resources perspective. Front Psychiatry [Internet]. 2024; 15:1490171. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1490171

51. Yang L, Lei Y, Chu D, Jiang J, Li Z, Tang Y, et al. Exploring antecedents and outcomes of Burnout among emergency department staff using the job demands-resources model: A scoping review protocol. PLoS ONE [Internet]. 2024; 19(3):e0300040. DOI: 10.1371/journal.pone.0300040