

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Burnout Syndrome in healthcare personnel during and after the COVID 19 pandemic in a hospital in Quito, Ecuador

Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario durante y post pandemia COVID-19 en un hospital de Quito, Ecuador

Patricio Alejandro Abril López¹ 
Miguel Jacob Ochoa-Andrade² 
Iván Dueñas Espín³ 

Sharon Aileen Salinas Carrillo¹ 
Ha Ram Oh⁴ 

¹ Hospital General Docente de Calderón, Ecuador.

² Universidad de las Américas, Ecuador.

³ Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

⁴ Hospital General del Sur de Quito - IESS, Ecuador

How to cite: Abril, P. A., Ochoa-Andrade, M.J., Dueñas, I., Salinas, S.A. & Oh, H.R. (2026). Prevalence of Burnout Syndrome in healthcare personnel during and after the COVID 19 pandemic in a hospital in Quito, Ecuador. *Revista San Gregorio*, 1(66), 76-83. <http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1i66.3600>

Received: 18-09-2025

Accepted: 04-06-2026

Published: 30-06-2026

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic triggered a global health crisis with severe repercussions for mental health. Healthcare personnel faced high levels of stress, anxiety, and emotional exhaustion due to work overload and the scarcity of resources. This study aimed to characterize the level of Burnout syndrome among healthcare personnel in the Internal Medicine Department of the Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador. A descriptive cross-sectional study was conducted through the voluntary administration of the Maslach Burnout Inventory to healthcare personnel. A total of 53 responses were collected during the pandemic and 24 in the post-pandemic period. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics to compare the presence of Burnout syndrome between both periods. Among the main findings, the feeling of emptiness at the end of the workday was higher in the post-pandemic period ($p = 0.001$). The perceived impact of work and emotional exhaustion increased significantly in the post-pandemic period ($p = 0.039$ and $p = 0.041$, respectively). The sense of personal accomplishment and the perception of positively influencing others showed no significant differences between the two periods. The study identified a high level of Burnout syndrome among healthcare personnel, with greater emotional impact during the post-pandemic stage. Workers with less professional experience were the most vulnerable to occupational exhaustion. These findings may guide strategies for prevention and improvement of professional well-being.

Keywords: Burnout, COVID-19, Health Personnel, Primary Prevention.

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 provocó una crisis sanitaria global con graves repercusiones en la salud mental. El personal de salud enfrentó elevados niveles de estrés, ansiedad y agotamiento emocional debido a la sobrecarga laboral y la escasez de recursos. El presente estudio tiene como objetivo caracterizar el nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud, del área de Medicina Interna del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador. Se realizó un estudio descriptivo transversal aplicando voluntariamente el test Maslach Burnout Inventory al personal de salud. Se recolectaron 53 respuestas durante la pandemia y 24 en la postpandemia. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial para comparar la presencia del síndrome de Burnout entre ambos periodos. Entre los principales resultados se destacan que la sensación de vacío al final de la jornada fue mayor en la pospandemia ($p=0,001$). La percepción de afección del trabajo y el cansancio emocional aumentaron significativamente en la pospandemia ($p=0,039$ y $p=0,041$). La sensación de logro personal y la percepción de influir positivamente en otros no mostraron diferencias significativas entre ambos periodos. El estudio identificó un alto nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud, con mayor afectación emocional en la etapa postpandémica. Los trabajadores con menor experiencia fueron los más vulnerables al desgaste laboral. Estos hallazgos permiten orientar estrategias de prevención y mejora del bienestar profesional.

Palabras clave: Burnout, COVID-19, Personal de Salud; Prevención Primaria.



© 2026; The authors. This is an open access article distributed under the terms of a Creative Commons license that permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, fue identificada por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019, y declarada pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020 (Ochoa-Andrade et al., 2023). Esta crisis sanitaria tuvo un fuerte impacto en la salud mental a nivel global, generando efectos psicológicos como ansiedad, estrés postraumático, ira, confusión y angustia. El personal de salud fue uno de los grupos más afectados, enfrentando condiciones laborales extremas, contacto directo con pacientes contagiados y una constante exposición al sufrimiento y la muerte. Esta situación se vio agravada por la falta de recursos, de protocolos de protección y por las largas jornadas de trabajo en un ambiente de alta presión e incertidumbre (Organización Panamericana de la Salud, 2022; Quiroz-Ascencio et al., 2021).

Ante la falta de preparación frente a una emergencia sanitaria de tal magnitud, los profesionales de la salud se vieron sometidos a una sobrecarga física y emocional sin precedentes, lo que los expuso a desarrollar el síndrome de Burnout. Este trastorno, reconocido como un riesgo laboral, se manifiesta a través de agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento profesional (Saborío Morales & Hidalgo Murillo, 2015). En contextos de alta exigencia y limitación de recursos, como en las unidades asistenciales docentes, la aparición de Burnout es especialmente preocupante. Además, su presencia no solo afecta al bienestar del profesional, sino también a la calidad del servicio que se brinda al paciente (Montero-Marín, 2015; Linares Parra & Guedez Salas, 2021).

Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue caracterizar el nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud, del área de Medicina Interna del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador. Tiene como propósito de proponer estrategias de prevención orientadas a mitigar esta patología y mejorar el bienestar profesional.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y comparativo, orientado a caracterizar el nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud del área de Medicina Interna del Hospital General Docente de Calderón, ubicado en Quito, Ecuador. La recolección de información se efectuó en dos momentos: diciembre de 2021, correspondiente al periodo de pandemia por COVID-19, y diciembre de 2024, considerado como periodo postpandemia.

La población de estudio estuvo conformada por el personal de salud que integraba el área de Medicina Interna del hospital, con un total de 96 trabajadores distribuidos de la siguiente manera: 36 médicos especialistas, 10 médicos generales, 28 enfermeras y 22 auxiliares de enfermería. La encuesta fue enviada al 100 % de la población. Se obtuvo respuesta de 53 participantes durante el periodo de pandemia, en el año 2021, y de 24 participantes durante el periodo postpandemia, en el año 2024.

Se incluyó al personal de salud perteneciente al área de Medicina Interna que aceptó participar voluntariamente en el estudio. Se excluyeron internos rotativos de Enfermería, Nutrición y Medicina, así como personal de salud perteneciente a otras áreas hospitalarias y aquellos trabajadores que no otorgaron su consentimiento para participar.

Previo aprobación del proyecto por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General Docente de Calderón, se solicitaron los datos previamente recolectados correspondientes al año 2021. Asimismo, para la fase postpandemia, se contó con el apoyo de la Coordinación del Servicio de Medicina Interna para la socialización de la encuesta aplicada en diciembre de 2024.

Recolección de datos y evaluación del nivel de síndrome de Burnout

La información fue obtenida mediante una encuesta voluntaria, individual y en línea. El instrumento empleado fue validado mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, con un valor de 0,78, lo que evidencia una consistencia interna aceptable.

Se recolectaron variables sociodemográficas y laborales, entre ellas: edad, sexo, estado civil, profesión y tiempo de trabajo en la institución. Para la evaluación del síndrome de Burnout se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory, compuesto por 22 ítems, valorados mediante una escala tipo Likert de siete puntos: 0 = nunca, 1 = pocas veces al año o menos, 2 = una vez al mes o menos, 3 = unas pocas veces al mes, 4 = una vez a la semana, 5 = pocas veces a la semana y 6 = todos los días.

El instrumento evalúa tres dimensiones del síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Cada dimensión fue clasificada en niveles alto, moderado y bajo, de acuerdo con los puntos de corte establecidos por Aranda Beltrán et al. (2016).

La dimensión de cansancio emocional incluyó los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Los puntajes se clasificaron como nivel alto cuando fueron mayores de 27, moderado entre 17 y 26, y bajo entre 0 y 16.

La dimensión de despersonalización comprendió los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Se consideró nivel alto cuando el puntaje fue mayor de 13, moderado entre 7 y 12, y bajo entre 0 y 6.

La dimensión de realización personal incluyó los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En esta dimensión, los puntajes mayores de 39 fueron clasificados como nivel alto, entre 32 y 38 como moderado, y entre 0 y 31 como bajo.

Análisis de datos

Los datos fueron organizados en una base de Microsoft Excel 2023, de acuerdo con la operacionalización de variables. La información fue anonimizada, codificada y posteriormente analizada mediante el programa SPSS versión 27.0.

Las variables cualitativas dicotómicas y multinomiales, tanto ordinales como nominales, fueron descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas con distribución normal fueron expresadas mediante media aritmética y desviación estándar.

Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi cuadrado, con el propósito de comparar proporciones entre los grupos correspondientes al periodo de pandemia y postpandemia. Asimismo, se aplicó la prueba t de Student para comparar medias aritméticas relacionadas con las dimensiones del síndrome de Burnout entre ambos periodos.

Consideraciones éticas

La investigación cumplió con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. El estudio empleó información recolectada con consentimiento previo de los participantes y fue revisado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General Docente de Calderón.

El proyecto fue aprobado mediante resolución emitida el 11 de julio de 2024, con el código CEISH-HGDC-2024-005. La información utilizada fue tratada de forma confidencial, anonimizada y codificada, garantizando la protección de la identidad de los participantes.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones metodológicas del estudio fue la baja tasa de respuesta del personal de salud, debido al carácter voluntario de la encuesta. Esta situación pudo generar un sesgo de autoselección, dado que es posible que hayan respondido principalmente aquellos trabajadores con mayor disponibilidad de tiempo, mayor interés en el tema o una percepción particular sobre su carga laboral y emocional.

En consecuencia, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que no pueden generalizarse a la totalidad del personal del área de Medicina Interna del Hospital General Docente de Calderón. Esta limitación afecta principalmente la validez externa del estudio.

RESULTADOS

Como se muestra en la Tabla 1, el análisis de las variables categóricas incluyó la evaluación temporal, el género, el tiempo de trabajo en la unidad y el puesto laboral. La mayoría de los participantes fueron evaluados en la fase de pandemia (68,83%) y un porcentaje menor (31,17%) en la postpandemia. En cuanto al género, el 58,44% de los participantes fueron mujeres, el 38,96% hombres y el 2,60% prefirió no especificarlo. El tiempo de trabajo en la unidad fue variable, destacando que el 23,38% de los participantes tenía seis años de experiencia, mientras que el 12,99% reportó cinco años. Los profesionales de enfermería conformaron un 25,97%, el 19,48% de auxiliares de enfermería, y el 46,74% de la muestra fueron médicos generales y especialistas.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables categóricas.

Variable	Categorías (n, %)
Evaluación	Pandemia (n=53, 68,83%), Postpandemia (n=24, 31,17%)
Género	Masculino (n=30, 38,96%), Femenino (n=45, 58,44%), Prefiero no decirlo (n=2, 2,60%)
Tiempo de trabajo en la unidad	Menos de un año (n=9, 11,69%), 1 año (n=3, 3,90%), 2 años (n=8, 10,39%), 3 años (n=9, 11,69%), 4 años (n=5, 6,49%), 4 años 9 meses (n=1, 1,30%), 5 años (n=10, 12,99%), 5 años 10 meses (n=1, 1,30%), 6 años (n=18, 23,38%), 7 años (n=2, 2,60%), 9 años (n=2, 2,60%)
Puesto de trabajo	Auxiliar de enfermería (n=15, 19,48%), Camillero (n=6, 7,79%), Enfermera/o (n=20, 25,97%), Médico General (n=17, 22,07%), Médico Especialista (n=19, 24,67%),

En cuanto a las variables numéricas, que se describen en la Tabla 2, la edad mediana de los participantes fue de 34 años, con un rango intercuartílico entre 30 y 40,5 años. La evaluación del agotamiento emocional mostró una mediana de 3 puntos, con un rango intercuartílico de 1 a 5. Los participantes reportaron una mediana de 1 en la sensación de vacío al finalizar la jornada y de 3 al despertar, lo que sugiere variabilidad en la percepción del cansancio. En términos de desempeño, los encuestados indicaron que podían entender a los pacientes con facilidad (mediana=6, IQR=5-6) y que sentían estar influyendo positivamente en la vida de otros (mediana=6, IQR=4-6). No obstante, el desgaste laboral también fue reportado, con una mediana de 2 en la percepción de que el trabajo los estaba afectando y una mediana de 1 en la sensación de endurecimiento emocional.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de las variables numéricas.

Variable	Mediana (RIQ: P25 - P75)
Edad	34 (30 - 40,5)
Me siento emocionalmente agotado	3 (1 - 5)
Cuando termino mi jornada	1 (0 - 3)
Cuando me levanto	3 (0,5 - 4,5)
Siento que puedo entender	6 (5 - 6)
Siento que estoy tratando a algunos pacientes como objetos	0 (0 - 1)
Siento que trabajar todo el día con gente me cansa	0 (0 - 2)
Siento que trato con eficacia los problemas de mis pacientes	6 (3 - 6)
Siento que mi trabajo me está desgastando	2 (1 - 5)
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otros	6 (4 - 6)
Siento que me he hecho más duro con la gente	1 (0 - 3)
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	1 (0 - 3,5)
Me siento con mucha energía en mi trabajo	5 (3 - 6)
Me siento frustrado en mi trabajo	1 (0 - 4)
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	1 (0 - 3,5)
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0 (0 - 0)
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0 (0 - 1)
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable	6 (5 - 6)
Me siento estimado después de trabajar con pacientes	5 (3 - 6)
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	6 (4 - 6)
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	1 (0 - 4)
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales se manejan adecuadamente	2 (0 - 5)
Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	0 (0 - 2)
PUNTAJE	58 (48 - 73,5)
Cansancio emocional	14 (5,5 - 32)
Despersonalización	4 (0,5 - 11)
Realización personal	38 (28 - 43,5)

El análisis comparativo en la Tabla 3, de las variables categóricas entre la pandemia y la pospandemia reveló diferencias significativas en la distribución del tiempo de trabajo en la unidad y el puesto de trabajo. En la fase pandémica, el 43,40% de los participantes tenía entre cuatro y seis años de experiencia laboral, mientras que en la pospandemia este grupo disminuyó al 29,17%, con un aumento significativo ($p<0,001$) en la proporción de aquellos con menos de tres años de experiencia (de 22,64% a 37,50%). En cuanto al puesto de trabajo, durante la pandemia el personal estuvo compuesto por auxiliares de enfermería (26,42%), camilleros (11,32%), enfermeras (28,30%) y médicos (33,96%), mientras que en la postpandemia el 100% de los encuestados fueron médicos, sin representación de enfermería ni personal auxiliar ($p<0,001$).

Tabla 3. Comparación de variables categóricas entre Pandemia y Pospandemia.

Variable	Pandemia (N=53)	Pospandemia (N=24)	p-valor*
Género	Hombre (39,62%), Mujer (56,60%), Prefiero no decirlo (3,77%)	Hombre (37,50%), Mujer (62,50%)	0,600
Tiempo de trabajo en la unidad	Menos de un año (9,43%), 1-3 años (22,64%), 4-6 años (43,40%), 7+ años (24,53%)	Menos de un año (0,00%), 1-3 años (37,50%), 4-6 años (29,17%), 7+ años (33,33%)	<0,001
Puesto de trabajo	Auxiliar de enfermería (26,42%), Camillero (11,32%), Enfermera (28,30%), Médico (33,96%)	Auxiliar de enfermería (0,00%), Camillero (0,00%), Enfermera (0,00%), Médico (100,00%)	<0,001

* Chi cuadrado

Como se muestra en la Tabla 4, el análisis de las variables numéricas comparadas entre pandemia y pospandemia mostró cambios significativos en algunas dimensiones del bienestar laboral. La sensación de vacío al finalizar la jornada fue mayor en la postpandemia, con una mediana de 2 (IQR=1-4) en comparación con 1 (IQR=0-3) en la pandemia ($p=0,001$). Asimismo, la percepción de que el trabajo los estaba afectando fue significativamente mayor en la postpandemia (mediana=3, IQR=2-5) en comparación con la pandemia (mediana=2, IQR=1-4) ($p=0,039$). Se observó un aumento en el cansancio emocional en la postpandemia (mediana=20, IQR=8-34) frente a la pandemia (mediana=17, IQR=6-30) ($p=0,041$). No obstante, variables como la sensación de logro personal y la percepción de influir positivamente en otros no presentaron diferencias significativas entre ambos periodos.

Tabla 4. Comparación de variables numéricas entre Pandemia y Pospandemia.

Variable	Pandemia (Mediana, IQR)	Pospandemia (Mediana, IQR)	p-valor*
Edad	35 (30-42)	36 (28-44)	0,422
Me siento agotado por mi trabajo	3 (1-5)	3 (2-5)	0,180
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	1 (0-3)	2 (1-4)	0,001
Cuando me levanto	2 (1-4)	3 (2-5)	0,088
Siento que puedo entender	5 (4-6)	5 (3-6)	0,706
Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0 (0-1)	1 (0-2)	0,103
Siento que trabajar todo el día con gente me cansa	0 (0-2)	1 (0-3)	0,111
Siento que trato con eficacia los problemas de mis pacientes	5 (4-6)	5 (3-6)	0,514
Siento que mi trabajo me afecta	2 (1-4)	3 (2-5)	0,039
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas	5 (3-6)	5 (3-6)	0,619
Siento que me he endurecido emocionalmente	1 (0-3)	1 (0-4)	0,231
Me preocupa que este trabajo me	2 (0-3)	3 (1-4)	0,055

Variable	Pandemia (Mediana, IQR)	Pospandemia (Mediana, IQR)	p-valor*
afecte			
Me siento con mucha energía en mi trabajo	5 (3-6)	4 (3-6)	0,042
Me siento frustrado en mi trabajo	2 (0-4)	3 (1-5)	0,045
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	1 (0-3)	2 (1-4)	0,085
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0 (0-0)	0 (0-1)	0,918
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0 (0-1)	1 (0-2)	0,401
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	5 (4-6)	5 (4-6)	0,403
Me siento estimado después de haber trabajado con mis pacientes	5 (3-6)	5 (3-6)	0,208
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	5 (4-6)	5 (3-6)	0,094
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	2 (0-4)	3 (1-5)	0,092
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados adecuadamente	3 (1-5)	3 (1-5)	0,933
Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	1 (0-2)	1 (0-2)	0,980
PUNTAJE	60 (47-74)	58 (45-72)	0,202
Cansancio emocional	17 (6-30)	20 (8-34)	0,041
Despersonalización	5 (2-9)	6 (3-10)	0,337
Realización personal	38 (30-44)	37 (28-43)	0,265
* Test de Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney)			

DISCUSIÓN

En estudios previos con relación al síndrome de Burnout, se reporta una frecuencia del 51,4% en hombres. El porcentaje de médicos en referencia a alteraciones personales, relacionadas con el trabajo y relacionados con el paciente fueron 62,2%, 52,2 y 27,5%, respectivamente. Se reveló una asociación entre las puntuaciones de Burnout, el sexo y años de experiencia en el área laboral. Se evidenció que el género femenino ($p=0,012$), tenían menos de 6 años de experiencia laboral ($p=0,004$) y se correlacionó con puntuaciones de Burnout más altas. Además, los médicos que tenían una persona con COVID-19 en su entorno inmediato tenían una asociación independiente con puntajes de agotamiento más altos relacionados con el trabajo ($p=0,043$). Se ha reportado en un estudio nigeriano realizado en médicos, que, la mediana de edad, fue de 34 años, edad similar a la encontrada en nuestro estudio (Pius et al., 2023; Vera Carrasco, 2022).

En estudios realizados en España en radiólogos, se reportó que la media obtenida para el agotamiento emocional durante la pandemia era menor que el grupo de médicos antes de la pandemia, sin embargo, la prevalencia era significativamente alta de aproximadamente 52% de la población. ($p = 0,008$). Los investigadores en España con el objetivo de buscar algún factor que encadene el estrés que resultaba en agotamiento emocional encontraron que factores como un ambiente caótico y pérdida de control en el trabajo podría aumentar la tasa de agotamiento emocional. El desgaste laboral presentado en nuestro país también podría ser una causa que aumenta la tasa de agotamiento emocional debido a la alta incidencia de pacientes con COVID-19 en aquella época que resultó en el colapso completo del sistema de salud requiriendo una reestructuración inmediata del sistema en un espacio pequeño en tiempo (Oprisan, 2022). Para tratar de evitar el desgaste laboral y sensación de vacío se debería implementar flexibilidad en horarios o mejorar el ambiente laboral para disminuir los factores estresantes del síndrome de Burnout.

En Japón se realizó un estudio en la cual buscaba la asociación entre el Burnout e intención de renunciar al cargo de trabajo, encontrándose que de las tres esferas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal), el personal de salud con cansancio emocional era más propenso en renunciar a su trabajo, debido a la cultura de sobretiempo y falta de descanso adecuado, el personal de salud se presentaba con más intenciones para renunciar a su trabajo. Adicionalmente, en una asociación de Enfermería de Japón, reportó que más del 10% enfermeras, especialmente las recién graduadas, han abandonado su trabajo durante el año 2022,

posiblemente debido a problemas dentro del ámbito de trabajo a causa del ambiente negativo y síndrome de Burnout que causaba repercusiones como disminución del desempeño laboral, peores evaluaciones internas y externas hacia los profesionales, por lo cual hace difícil atraer a nuevos personales (Stallings Welden, 2023).

Asimismo, un estudio llevado a cabo con enfermeras ha encontrado que la salud física y mental que ellas perciben está fuertemente relacionada con su nivel de resiliencia, y que esta salud se deterioró durante la pandemia de COVID-19, particularmente en los grupos de enfermeras más jóvenes y mayores (Stallings Welden, 2023).

En una revisión literaria realizada en España sobre el síndrome de Burnout, refiere que hay varios factores que pueden causar esta alteración. La teoría de demanda y recursos que menciona Valsania, explica que la demanda de trabajo exige ciertas exigencias físicas y mentales para poder realizar un trabajo mediante la activación del sistema hipotalámico- pituitario adrenal; varios factores que podrían afectar las exigencias laborales incluyen sobrecarga de trabajo, estrés emocional laboral y conflictos personales. Los recursos se refieren a los aspectos físicos, psicológicos y sociales de un trabajo que puede reducir las demandas del mismo, es decir factores protectores que pueden disminuir el factor estresante como habilidades socio-emocionales positivas, optimismo, creatividad, organización eficiente y flexibilidad de trabajo. En casos de que la demanda sobrepasa a los recursos y este desequilibrio se mantiene constante, puede causar síndrome de Burnout (Edú-Valsania et al., 2022; Barsallo Zambrano, 2024).

Las estrategias descritas se dividen en tres esferas: individual, grupal y ambiental. Las estrategias o intervenciones individuales, incluyen métodos que pueden conducir al mindfulness, una práctica psicológica que ayuda a prestar atención al entorno de manera consciente y sin juicios. Este método puede ayudar a los profesionales a adaptarse a situaciones estresantes y mejorar su bienestar y compasión, especialmente en el ámbito de la salud. Se puede alcanzar el estado de mindfulness mediante ejercicios como el yoga, la meditación y ejercicios de respiración (Salvado, 2021).

En cuanto a las intervenciones grupales, se busca mejorar la comunicación, las relaciones interpersonales, el clima laboral y el trabajo en equipo, con el objetivo de optimizar la calidad de atención brindada a los pacientes. Estas intervenciones se realizan a través de talleres grupales de desarrollo personal ofrecidos por el hospital, con la intención de que todos los profesionales encuentren confianza y motivación para reducir los factores estresantes del síndrome de Burnout. Adicionalmente, los grupos de apoyo que ofrecen actividades interactivas y espacios de discusión ayudan a responder a las molestias y preocupaciones, y permiten manejar de manera eficaz el este síndrome (Pilligua, 2019; Razai et al., 2023).

En cuanto a los cambios ambientales para reducir el síndrome de Burnout, se incluyen medidas como asegurar suficiente personal y mejorar los horarios laborales, además, el entorno laboral debería fomentar un estilo de vida saludable, con un equilibrio entre la vida personal y profesional (Razai et al., 2023; de Oliveira, 2019). Esto implica ofrecer tiempos de descanso, horarios flexibles, días libres remunerados y fomentar los intereses personales fuera del ámbito profesional. Un ambiente abierto, que brinde apoyo sin generar miedo o estigmatización, proporciona seguridad psicológica a los profesionales y garantiza un bienestar a largo plazo, así como una mayor resiliencia frente al síndrome de Burnout.

CONCLUSIONES

Este estudio aporta una visión innovadora al evidenciar cómo el perfil del personal de salud y su experiencia laboral influyen en la intensidad del síndrome de Burnout, especialmente en contextos de crisis sanitaria como la pandemia de COVID-19. Se destaca el cambio en la composición del equipo de salud entre la pandemia y la pospandemia, así como el aumento del desgaste emocional en trabajadores con menor experiencia. La identificación de estos patrones ofrece una base sólida para el diseño de intervenciones focalizadas según la etapa laboral y el tipo de profesional.

La aplicabilidad práctica de estos hallazgos radica en la propuesta de estrategias de prevención del Burnout enfocadas en tres niveles: individual, grupal y ambiental. Reconocer factores de riesgo y protectores, como la sobrecarga emocional, la falta de control y la importancia de habilidades socioemocionales, permite anticipar casos y mejorar el entorno laboral. Este enfoque integral busca no solo reducir el ausentismo y mejorar el rendimiento, sino también preservar el bienestar psicológico del personal de salud en contextos de alta demanda.

REFERENCIAS

Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M. & Salazar Estrada, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Revista Salud Uninorte*, 32 (2), 218-227. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200005&lng=en&tlng=es.

- Barsallo Zambrano W. (2024). Síndrome del Burnout: Una Revisión de la literatura. *Revista Imaginario Social*, 7(4). <https://doi.org/10.59155/is.v7i4.232>
- de Oliveira, S. M., de Alcantara Sousa, L. V., Vieira Gadelha, M. D. S., & do Nascimento, V. B. (2019). Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 15, 64-73. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010064>
- Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- Linares Parra, G. D. V., & Guedez Salas, Y. S. (2021). Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *Atencion primaria*, 53(5), 102017. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102017>
- Montero-Marín J, Tops M, Manzanera R, Piva Demarzo MM, Álvarez de Mon M y García-Campayo J. (2015). Subtipos de atención plena, resiliencia y síndrome de burnout en médicos de atención primaria: El posible papel mediador del afecto positivo y negativo. *Front. Psychol*, 6, 1895. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01895
- Ochoa-Andrade, M., et al. (2023). Impacto en la salud mental durante los primeros quince días de confinamiento por COVID-19 en Ecuador. *INSPILIP*, 7(23), 15-24. <https://doi.org/10.31790/inspilip.v7i23.463>
- Oprisan, A., Baettig-Arriagada, E., Baeza-Delgado, C., & Martí-Bonmatí, L. (2022). Prevalencia y factores de desgaste profesional en radiólogos durante la pandemia COVID-19. *Radiologia*, 64(2), 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.09.003>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022, 2 de marzo). La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Pilligua Lucas, C. F., & Arteaga Ureta, F. M. (2019). El clima laboral como factor clave en el rendimiento productivo de las empresas. Estudio caso: Hardepex Cía. Ltda. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*, 15(28). <https://www.redalyc.org/journal/4096/409659500007/html/>
- Pius, R. E., Ajuluchukwu, J.N., y Roberts, A.A. (2023). Prevalence and correlates of burn-out among Nigerian medical doctors during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 13, e076673. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076673>
- Quiroz-Ascencio G., et al. (2021). Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Sal Jal*, 8(Esp), 20-32. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101502>
- Razai, M. S., Kooner, P., & Majeed, A. (2023). Strategies and Interventions to Improve Healthcare Professionals' Well-Being and Reduce Burnout. *Journal of primary care & community health*, 14, 21501319231178641. <https://doi.org/10.1177/21501319231178641>
- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32 (1), 119-124. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es
- Salvado, M., Marques, D. L., Pires, I. M., & Silva, N. M. (2021). Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout in Primary Healthcare Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(10), 1342. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101342>
- Stallings Welden, L. M., Chen, C., Willegal-Russ, K., & Kalb, E. (2023). Nurse Resiliency and Health in Practicing Nurses Before and During COVID-19. *The Journal of nursing administration*, 53(7-8), 420-428. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001308>
- Vera Carrasco, Oscar. (2022). El Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud por la pandemia del COVID-19. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 66-72. Epub 30 de diciembre de 2022. Recuperado en 27 de julio de 2025, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000200066&lng=es&tlng=es

Conflicts of Interest:

The authors declare no conflicts of interest.

Author Contributions:

The authors were responsible for all aspects of the study, including conceptualization, methodology, analysis, and writing.

Disclaimer/Publisher's Note:

The statements, opinions, and data contained in all publications are solely those of the authors and individual contributors and not of Revista San Gregorio or the editors. Revista San Gregorio and/or the editors disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred to in the content.