

REVIEW ARTICLE

Burnout syndrome in critical care nurses from an organizational and social perspective

Síndrome de Burnout en enfermeros de áreas críticas desde una perspectiva organizacional y social

Geny Margoth Rivera Salazar^{1,2}  
Marx Anthony Alarcón Rivera³  

Cesar Enrique Andraus Quintero⁴  
María Auxiliadora Rendón Cabrera⁵  

¹ Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador

² Doctorando en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.

³ Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA ION Guayaquil, Ecuador.

⁴ Universidad San Gregorio de Portoviejo, Ecuador.

⁵ Clínica Internacional de la Visión del Ecuador.

Citar como: Rivera, G.M., Alarcón, M.A., Andraus, C.E., & Rendón, M.A. (2026). Burnout syndrome in critical care nurses from an organizational and social perspective. *Revista San Gregorio*, 1(Especial_3), 142-148. http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1iEspecial_3.4104

Received: 01-02-2026

Accepted: 04-08-2026

Published: 31-08-2026

ABSTRACT

The present study aims to determine the organizational, occupational, and social factors associated with Burnout Syndrome (BS) among nursing professionals working in critical care units. To this end, a critical narrative review of scientific and documentary literature published mainly between 2015 and 2025 was conducted. The search was carried out in PubMed, Scopus, Web of Science, and SciELO using terms related to burnout, critical care nursing, occupational health, health systems, and organizational factors. The information was organized into individual, organizational, and social dimensions. The reviewed literature identifies workload, extended shifts, shortages of staff and resources, job insecurity, continuous exposure to suffering and death, lack of institutional recognition, and increased administrative tasks associated with health technologies as factors linked to burnout. These conditions are associated with emotional exhaustion, depersonalization, reduced professional accomplishment, increased staff turnover, care-related errors, and deterioration in the quality of care. Individual strategies, such as self-care and stress management, show limited benefits when they are not accompanied by sustained organizational changes. It is concluded that burnout among nurses working in critical care settings should be understood as an organizational and social phenomenon, in addition to an individual one. Its prevention requires institutional policies aimed at improving staffing levels, regulating workloads and working hours, strengthening psychosocial support, promoting ethical work environments, and designing technologies that enhance professional autonomy and quality of care.

Keywords: Burnout Syndrome; Critical care nursing; Occupational health; Health services organization; Working conditions; Health systems.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores organizacionales, laborales y sociales que se han asociado al Síndrome de Burnout (SB) en profesionales de enfermería de unidades críticas. Para ello se realizó una revisión narrativa crítica de literatura científica y documental publicada principalmente entre 2015 y 2025. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO, utilizando términos relacionados con burnout, enfermería de cuidados críticos, salud laboral, sistemas de salud y factores organizacionales. La información se organizó en dimensiones individuales, organizacionales y sociales. La literatura revisada identifica como factores asociados al burnout la sobrecarga laboral, los turnos prolongados, la escasez de personal y recursos, la precariedad contractual, la exposición continua al sufrimiento y la muerte, la falta de reconocimiento institucional y el aumento de tareas administrativas vinculadas con tecnologías sanitarias. Estas condiciones se asocian con agotamiento emocional, despersonalización, disminución de la realización profesional, mayor rotación laboral, errores asistenciales y deterioro de la calidad del cuidado. Las estrategias individuales, como el autocuidado y el manejo del estrés, muestran beneficios limitados cuando no se acompañan de transformaciones organizacionales sostenidas. Se concluye que el SB en enfermeros de áreas críticas debe comprenderse como un fenómeno organizacional y social, además de individual. Su prevención requiere políticas institucionales orientadas a mejorar la dotación de personal, regular las cargas y jornadas laborales, fortalecer el apoyo psicosocial, promover entornos éticos de trabajo y diseñar tecnologías que favorezcan la autonomía profesional y la calidad del cuidado.

Palabras clave: Síndrome de Burnout; Enfermería de cuidados críticos; Salud ocupacional; Servicios de salud; Condiciones de trabajo.



INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout (SB) en el personal de enfermería que labora en áreas críticas es una problemática social de creciente relevancia en los sistemas de salud contemporáneos, debido a sus implicaciones en la salud física y mental de los profesionales, así como a su impacto en la calidad de la atención y en la sostenibilidad de los servicios sanitarios. Este síndrome se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal, manifestándose en síntomas físicos y psicológicos, además de insatisfacción laboral (Albendin-García et al., 2021; Appiani et al., 2021; Bogue & Bogue, 2020). En consecuencia, trasciende la esfera individual para configurarse como un fenómeno colectivo que evidencia tensiones estructurales en los entornos laborales.

Las áreas críticas del contexto hospitalario, requieren un seguimiento riguroso orientado al control y la prevención. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), caracterizadas por elevadas demandas físicas, emocionales y cognitivas, el personal de enfermería se encuentra expuesto de forma sistemática a diversos factores de riesgo psicosocial, entre ellos la sobrecarga laboral, la exposición continua al sufrimiento humano, los turnos prolongados y las presiones institucionales (Alkhawaldeh et al., 2020).

Esta realidad, además de comprometer el bienestar del personal de enfermería, se traduce en consecuencias tangibles para la sociedad, tales como el aumento de eventos adversos, la alta rotación de personal, el deterioro de la atención al paciente y el incremento de los costos en los sistemas de salud, que pueden vulnerar el principio de justicia social en el acceso a una atención sanitaria de calidad (Aqeel Oohayid & Sabah Musihb, 2024; Arriagada Silva et al., 2023; Fejes et al., 2021; Garzón González et al., 2020; Poblete-Troncoso et al., 2020; Viñan et al., 2024).

En el estudio de Albendin-García et al. (2021) se estimó que alrededor del 30 % del personal de enfermería a nivel mundial experimenta SB, con tasas más elevadas en áreas críticas, donde alcanzan entre el 40 % y el 45 %. Asimismo, Juela et al. (2025) señalan que el SB es frecuente entre el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, con prevalencias que oscilan entre el 70 % y el 90 %. Otras investigaciones derivadas evidencian que son más vulnerables a desarrollar este síndrome los profesionales con contratos temporales, jornadas prolongadas o exceso de horas extras, así como aquellos que perciben salarios insuficientes (Cederno & Rojas, 2020). También se observa una mayor influencia en quienes poseen entre uno y diez años de experiencia en UCI, debido a la elevada sobrecarga laboral, la creciente responsabilidad asociada a la toma de decisiones éticas, la rotación de turnos y el contacto constante con pacientes complejos y sus familiares (Poblete-Troncoso et al., 2020).

En el contexto ecuatoriano, las cifras tienen un comportamiento similar a lo que se observa en el mundo y en la región de Latinoamérica. Cerca del 80% del personal de enfermería del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en Guayaquil presenta niveles moderados a altos de SB (González Pionce, 2021). Otro estudio realizado con 427 profesionales de enfermería, indican alto agotamiento emocional del 41.3%, en despersonalización un 13.6%, y la realización personal un 20.4% (Guzmán Riofrío, 2021).

En Ecuador, los factores determinantes en el desarrollo del SB están estrechamente vinculados a la escasez de recursos institucionales y estructurales. Las evidencias en el contexto hospitalario ecuatoriano demuestran que el SB afecta severamente la salud mental de la enfermería. El impacto de este síndrome es dual: deteriora el bienestar del profesional y disminuye la calidad de la atención médica en los servicios de alta complejidad o áreas críticas (López -Cudco, 2023).

Aunque la ciencia ha avanzado en identificar las causas y consecuencias del SB, su traslación a políticas públicas y modelos de gestión preventiva sigue limitada, con perpetuación de un ciclo de desgaste que normaliza el sufrimiento laboral como inherente a la profesión. Por esta razón, el presente estudio tiene como objetivo determinar los factores organizacionales, laborales y sociales que se han asociado al SB en profesionales de enfermería de unidades críticas.

METODOLOGÍA

Se desarrolló como una revisión bibliográfica narrativa con enfoque crítico-interpretativo, orientada a analizar el SB en enfermeros de áreas críticas como un problema social y ocupacional vinculado a las dinámicas entre ciencia, tecnología y sociedad. La pregunta orientadora de la revisión fue: ¿Cómo se configura el SB en enfermeros de áreas críticas como un problema social complejo relacionado con las condiciones laborales, los sistemas de salud y las dinámicas entre Ciencia-Tecnología-Sociedad?

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos: PubMed, SciELO, Scopus y Web of Science, complementada con búsqueda manual en listas de referencias de artículos relevantes, revisiones previas y documentos teóricos vinculados con enfermería, salud laboral, sociología del trabajo, filosofía política y estudios Ciencia-Tecnología-Sociedad. Se emplearon términos en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos, entre ellos: “burnout syndrome”, “burnout, professional”, “síndrome de burnout”, “critical care nurses”, “intensive care units”, “enfermería de cuidados críticos”, “áreas críticas”, “occupational health”, “salud laboral”, “health systems”, “sistemas de salud”, “social problem” y “science technology society”.

Se priorizaron publicaciones comprendidas entre 2015 y 2025, con el propósito de garantizar la actualidad de la evidencia revisada. No obstante, se incluyeron obras clásicas y textos teóricos previos cuando resultaron

indispensables para fundamentar el análisis conceptual, especialmente en relación con los metaparadigmas de Enfermería, la sociología del trabajo, la filosofía de la tecnología y los enfoques críticos sobre poder, cuidado y precarización laboral.

Los criterios de inclusión contemplaron artículos originales de enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto; revisiones bibliográficas, narrativas o sistemáticas; metaanálisis; artículos de reflexión teórica; libros, capítulos académicos y documentos normativos o de posición emitidos por organismos nacionales e internacionales. Se excluyeron documentos centrados exclusivamente en otras profesiones sanitarias sin relación analítica con enfermería, estudios de caso aislados con escaso aporte conceptual, publicaciones sin acceso a texto completo, documentos sin respaldo académico verificable y trabajos que abordaran únicamente estrés laboral, fatiga o malestar emocional sin vincularlos explícitamente con el constructo de Burnout.

El proceso de revisión se desarrolló en tres fases: se realizó la identificación de documentos mediante búsqueda en bases de datos y revisión manual de referencias; se efectuó una lectura exploratoria de títulos, resúmenes y palabras clave para valorar la pertinencia de los textos en función de la pregunta orientadora; y se revisaron los documentos seleccionados en texto completo, considerando su aporte empírico, conceptual o normativo al análisis del Burnout en enfermeros de áreas críticas.

Para organizar la información se elaboró una matriz de análisis que incluyó los siguientes aspectos: autoría, año de publicación, país o contexto de estudio, tipo de documento, objetivo, diseño metodológico, población o unidad de análisis, principales hallazgos, factores asociados al Burnout, intervenciones descritas y aportes al enfoque social, organizacional o Ciencia-Tecnología-Sociedad.

El análisis de la información se realizó mediante una síntesis narrativa crítica. Los documentos fueron examinados a partir de categorías analíticas previamente definidas: factores individuales, factores organizacionales, implicaciones sociales, relación entre tecnología y condiciones de trabajo, calidad del cuidado y sostenibilidad de los sistemas de salud. Dado el carácter narrativo de la revisión, no se aplicó un protocolo sistemático de selección ni una evaluación formal del riesgo de sesgo de los estudios incluidos. Sin embargo, se procuró garantizar la pertinencia académica de las fuentes mediante la selección de literatura científica actualizada, documentos indexados, aportes teóricos reconocidos y referencias normativas relevantes para el campo de la salud laboral y la enfermería crítica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) ha reconocido el Burnout como un síndrome ocupacional, vinculado al estrés crónico no gestionado que marca un hito al situarlo como problema de salud pública global. Sin embargo, esta categoría, aunque necesaria, reduce la complejidad del fenómeno, si no se analiza desde una perspectiva crítica, que tome en cuenta cuestiones más profundas vinculadas a las estructuras de poder en los sistemas sanitarios.

Varios autores advierten que la sociedad del rendimiento exagera la autoexplotación, que normaliza el sacrificio en profesiones vocacionales como la enfermería (Mercado, 2016; Navarro, 2019). Esta idea resuena en el ámbito sanitario bajo la narrativa del personaje que resiste sin quejas, arraigada en la cultura, que encubre condiciones laborales precarias y transfiere la responsabilidad del bienestar al individuo y no a las instituciones.

En América Latina, el panorama se agrava por asimetrías económicas y sistemas de salud fragmentados. Aquí, la justificación del problema adquiere matices éticos, que llevan a la reflexión respecto a cómo garantizar equidad en entornos donde la ciencia biomédica avanza hacia tecnologías de alta complejidad, pero descuida el bienestar de quienes operan dichas tecnologías.

La paradoja es palpable, pues mientras la innovación técnica promete eficacia, es común que en las instituciones de salud se encuentra que se priorizan instrumentos sobre sujetos, lo que deshumaniza tanto a pacientes como a profesionales. Esta crítica es necesaria para entender cómo el SB trasciende lo individual para convertirse un efecto colateral de sistemas que otorgan mayor peso a la productividad sobre el bienestar laboral.

En Ecuador, la realidad no dista de este marco global, pero se singulariza por desafíos propios. Investigaciones locales muestran que una buena parte de los profesionales de enfermería en UCI presentan niveles altos de SB, donde predomina la despersonalización, atribuidos a la falta de insumos básicos, turnos de hasta 24 horas y ausencia de reconocimiento salarial (Cederno & Rojas, 2020; López -Cudco, 2023). Los datos muestran un problema organizacional y evidencian una fractura en el contexto social. En la tabla 1 se muestra la comparación entre la prevalencia y los factores clave del SB según el contexto.

Tabla 1. Comparación de prevalencias y factores clave del SB en enfermeros de áreas críticas según contexto.

Contexto	Prevalencia de SB	Factores clave asociados
Global	Aprox. 30% en personal de enfermería general; 40-45% en áreas críticas; 70-90% en UCI	Sobrecarga laboral, turnos prolongados, exposición al sufrimiento, falta de apoyo institucional, alta demanda emocional y física.
Latinoamérica	Mayor vulnerabilidad en áreas críticas; tasas altas en UCI	Contratos temporales, horas extras excesivas, salarios insuficientes, sistemas de salud fragmentados, asimetrías económicas, falta de recursos.
Ecuador	80% con niveles moderados-altos en Hospital Teodoro Maldonado Carbo; 41.3% agotamiento emocional, 13.6% despersonalización, 20.4% baja realización personal	Falta de insumos básicos, turnos de hasta 24 horas, contratos inestables, sobrecarga laboral, ausencia de reconocimiento salarial, carencia de manejo de estrés, escasez de recursos en salud.

Nota. Elaboración de los autores a partir de la revisión bibliográfica.

El problema trasciende además el plano profesional y el entorno de las instituciones de salud, ya que la afectación del profesional de enfermería influye en sus relaciones familiares y cotidianas en su entorno inmediato. La cronicidad del SB puede provocar reacciones emocionales profundas que, sin intervención o guía dirigida a su prevención, pueden causar daño a la integridad física y psicológica del profesional de la salud. Además, deterioro en la calidad del cuidado con el creciente riesgo en la seguridad de las personas enfermas, debido a un bajo rendimiento y aumento de errores en el entorno de atención médica (Norful et al., 2021). Por esta razón, múltiples investigaciones han estado encaminadas a prevenir su ocurrencia mediante diversas estrategias.

La literatura revisada permite identificar dos grandes categorías de intervenciones, las estrategias personales y organizacionales. Las estrategias personales, incluyen el desarrollo del autocuidado, la inteligencia emocional, el manejo del estrés y la resiliencia. Estudios como el de Prentice et al. (2022) destacan que el apoyo psicológico puede reducir los síntomas de agotamiento, mientras Khesroh et al. (2022) identifican a la inteligencia emocional como un factor protector moderado contra el SB. Sin embargo, otras investigaciones señalan que estos beneficios suelen ser temporales, sin un impacto duradero si no se sostienen con apoyo institucional continuo (Cebolla et al., 2022; Dahlgren et al., 2022; Klatt et al., 2022).

Por otro lado, las estrategias organizacionales, se enfocan en modificar el entorno laboral. Incluyen la promoción de ambientes de trabajo saludables, la reducción de cargas laborales excesivas, el establecimiento de horarios flexibles y la implementación de políticas de apoyo (Jones et al., 2022; Norful et al., 2021). Estas intervenciones muestran resultados positivos en la organización del trabajo, pero su impacto directo y consistente en la reducción del SB no siempre es explícito (Cebolla et al., 2022; Dahlgren et al., 2022; Klatt et al., 2022). Además, las soluciones organizacionales pueden no abordar de forma adecuada las necesidades individuales de cada profesional.

Mientras los estudios coinciden en la necesidad de combinar ambos enfoques para una mayor efectividad (Albendin-Garcia et al., 2021), existe una diferencia relevante en su fundamento filosófico y práctico. La literatura tradicional sobre enfermería, incluidos los modelos de autocuidado, suele enfatizar la adaptación y responsabilidad individual (Clarke et al., 2009; Prado Solar et al., 2014). Un ejemplo paradigmático es el modelo de requisitos de autocuidado de Dorothea Orem (Naranjo Hernández et al., 2018), que provee un marco estructurado para que el profesional gestione su propio tiempo.

Sin embargo, análisis más recientes y de corte crítico subrayan que, sin cambios estructurales, las intervenciones centradas en el individuo pueden ser en esencia, paliativas (Simms-Ellis et al., 2025). Si bien modelos como el de Orem proveen un marco útil para el autocuidado, su aplicación aislada y descontextualizada puede reforzar, sin querer, la narrativa que individualiza la responsabilidad del bienestar. Esta perspectiva puede, de manera inadvertida, eximir a las instituciones de su obligación de crear condiciones laborales dignas y sostenibles. Como argumentan Simms-Ellis et al. (2025), y los análisis inspirados en Foucault (Moreno, 2021) y Sennett (1998) sobre el poder y la precariedad laboral, el SB es en gran medida un síntoma de fallas sistémicas. Por lo tanto, cualquier estrategia de autocuidado solo será efectiva y ética si se enmarca en transformaciones organizacionales y políticas que posibiliten y prioricen dicho cuidado, lo que desplaza la carga de la resiliencia, en exclusiva, individual, hacia una corresponsabilidad colectiva e institucional.

Por su parte, la relación Ciencia-Tecnología-Sociedad se manifiesta en cómo los avances tecnológicos, aunque aportan nuevas posibilidades para la práctica sanitaria, también pueden generar tensiones en la experiencia

profesional. En este sentido, se ha señalado que el uso sostenido de entornos digitales puede influir en la identidad profesional, difuminar los límites entre la vida personal y laboral y plantea la necesidad de analizar sus posibles efectos sobre el agotamiento profesional y la relación con los pacientes (Andraus Quintero et al., 2025). La telemedicina o los softwares de gestión hospitalaria, promovidos como soluciones técnicas, a menudo incrementan la carga burocrática de los enfermeros sin mejorar su autonomía. Como advierte Veak (2000), la tecnología no es neutral: su diseño refleja intereses de quienes ostentan el poder. La ciencia, entonces, debe reorientarse, no como herramienta de eficiencia, sino como práctica social que priorice la sostenibilidad humana.

Desde una perspectiva filosófica, este fenómeno puede interpretarse como una forma de alienación donde el personal de enfermería, inmerso en un entorno que prioriza la eficiencia sobre el bienestar integral, se ve desconectado del sentido humanizador de su labor, reducido a un engranaje funcional dentro de una maquinaria hospitalaria despersonalizadora. La exposición constante al sufrimiento y la muerte, sumada a la presión institucional por optimizar recursos, genera una fractura ético-existencial: el imperativo hipocrático de cuidar colisiona con la imposibilidad material de hacerlo dignamente, erosionando la identidad profesional y desencadenando un vacío moral.

A esto se añade una biopolítica foucaultiana, donde el cuerpo del enfermero es disciplinado para resistir jornadas extenuantes, lo que normaliza el autosacrificio como *ethos* laboral, mientras el sistema invisibiliza su desgaste emocional. En lo social, el SB refleja una contradicción evidente, mientras se exalta desde la retórica, el valor del cuidado; se precariza a quienes lo sostienen, lo que evidencia una contradicción entre los valores proclamados y las estructuras económicas que mercantilizan la salud.

El impacto filosófico del SB en enfermeros en áreas críticas radica en su capacidad para desnudar las contradicciones ontológicas y éticas de sociedades que, al priorizar la productividad sobre la vida, deshumanizan tanto a quien cuida como a quien es cuidado. Desde una dimensión ética, este fenómeno cuestiona los fundamentos mismos de la moral hipocrática: si el sistema convierte el cuidado en un acto imposible bajo condiciones de precariedad, ¿cómo sostener una ética de la responsabilidad cuando la estructura niega al otro su rostro, reduciéndolo a un número o un recurso gestionable? Esto no solo erosiona la agencia moral del profesional, sino que revela una fractura civilizatoria donde el valor de la vida se subordina a la lógica del mercado, lo que desafía nociones universales de dignidad y justicia.

En lo político, el SB funciona como un síntoma de biopoder foucaultiano que no se manifiesta como un síntoma o patología, los cuerpos y afectos de los trabajadores son regulados para sostener sistemas de salud que naturalizan la explotación, lo que convierte la resiliencia en un mandato opresivo que culpabiliza al individuo por su incapacidad de adaptarse.

Además, desde una epistemología crítica, el SB obliga a replantear cómo se construye el conocimiento en salud: si la medicina hegemónica invisibiliza el malestar estructural de sus propios agentes, ¿qué paradigmas alternativos podrían emerger desde la escucha de su desgaste? Al final, el impacto más profundo es una interpelación para redefinir la ontología del cuidado: no como un recurso técnico o un deber abstracto, sino como una práctica política encarnada, que exige repensar las relaciones de poder, redistribuir la vulnerabilidad y construir sistemas donde la interdependencia humana sea una ética colectiva. Así, el SB trasciende lo patológico para convertirse en un catalizador de reflexión sobre qué tipo de sociedad se está dispuesto a habitar.

Este análisis aporta, por tanto, una comprensión más profunda de las raíces sociales del problema, necesaria para diseñar soluciones transformadoras y no solo paliativas. Los resultados, aunque enmarcados en la teoría, tienen aplicabilidad para la política sanitaria ya que señalan la urgencia de intervenciones que combaten la precariedad laboral, rediseñen la tecnología centrándose en el usuario y fomenten una cultura organizacional no sacrificial. No obstante, se debe tener cautela al generalizar las interpretaciones filosóficas específicas, cuya relevancia puede variar según el contexto cultural e institucional.

Por tanto, abordar el SB exige un compromiso transdisciplinario y político. Las intervenciones deben combinar estrategias personales con transformaciones organizacionales, respaldadas por políticas públicas que reconozcan que el cuidado de quienes cuidan no es un gasto, sino la base ética y práctica de un sistema de salud justo y resiliente.

CONCLUSIONES

Se evidencia que el SB es una respuesta colectiva a condiciones estructurales, donde factores como la sobrecarga laboral extrema, la precariedad contractual y la implementación de tecnologías que aumentan la carga burocrática sin autonomía, interactúan con narrativas culturales que normalizan el sacrificio profesional.

Esto conlleva implicaciones profundas para la Enfermería como disciplina y profesión. Se refuerza la necesidad de trascender el enfoque individual del autocuidado y abogar desde la gestión y la práctica por entornos laborales éticos y sostenibles, donde los recursos humanos sean priorizados. Se subraya el rol de la investigación en Enfermería para generar evidencia sobre modelos organizacionales exitosos que desmonten las

lógicas de poder que lo generan, lo que posiciona el bienestar del profesional como un indicador fundamental de la calidad de los cuidados.

REFERENCIAS

- Albendin-Garcia, L., Suleiman-Martos, N., Canadas-De la Fuente, G. A., Ramirez-Baena, L., Gomez-Urquiza, J. L., & De la Fuente-Solana, E. I. (2021). Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Among Midwives: A Systematic Review. *Journal Of Midwifery & Womens Health*, 66(1), 24-44. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13186>
- Alkhalil, J. M. A., Soh, K. L., Mukhtar, F. B. M., Peng, O. C., & Anshasi, H. A. (2020). Stress management interventions for intensive and critical care nurses: A systematic review. *Nursing in Critical Care*, 25(2), 84-92. <https://doi.org/10.1111/nicc.12489>
- Andraus Quintero, C. E., Vega Mendoza, D. L., Esquivel Garcia, R., Mendoza Véliz, D. K., Espinel Zambrano, P. M., & Arteaga Biones, L. A. (2025). The Impact of Social Media on Healthcare Professionals' Branding. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 5, 1539. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20251539>
- Appiani, F. J., Cairoli, F. R., Sarotto, L., Yaryour, C., Basile, M. E., & Duarte, J. M. (2021). Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety, and depression among physicians of a teaching hospital during the COVID-19 pandemic. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 119(5), 317-324. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.eng.317>
- Aqeel Oohayid, M., & Sabah Musihb, Z. (2024). Influencia de Enfermeras carga de trabajo en relación con los errores de medicación Conocimiento en Unidad de Cuidados Críticos Pediátrico. *Pakistan Journal of Life and Social Sciences*, 22(1), 1450-1459. <https://doi.org/10.57239/PJLSS-2024-22.1.0098>
- Arriagada Silva, M., Jirón Aliste, M., & Penna Silva, A. (2023). Frecuencia de errores de medicación y factores de riesgo asociados en los pabellones quirúrgicos de un hospital universitario: Estudio de corte transversal. *Revista Chilena de Anestesia*. 49° Congreso Chileno de Anestesiología. <https://doi.org/10.25237/congreso2023-3>
- Bogue, T. L., & Bogue, R. L. (2020). Extinguish Burnout in Critical Care Nursing. *Critical Care Nursing Clinics*, 32(3), 451-463. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.05.007>
- Cebolla, A., Galiana, L., Navarrete, J., Alvear, D., Garrote, E., Sansó, N., Carmona, J. V., Juan, M., & Blasco, M. L. (2022). Wellbeing Training Based on Contemplative Practices in a Sample of Intensive Care and Homecare Professionals: A Pilot and Feasibility Non-Randomized Clinical Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph192013137>
- Cedeno, M. M. B., & Rojas, M. A. S. (2020). Burnout Syndrome in a Basic Hospital in the Province of Manabi. *Revista San Gregorio*, 43, 65-77. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i43.1417>
- Clarke, P., Allison, S., Berbiglia, V., & Taylor, S. (2009). The Impact of Dorothea E. Orem's Life and Work: An Interview With Orem Scholars. *Nursing Science Quarterly*, 22(1), 41-46. <https://doi.org/10.1177/0894318408329160>
- Dahlgren, A., Tucker, P., Epstein, M., Gustavsson, P., & Söderström, M. (2022). Randomised control trial of a proactive intervention supporting recovery in relation to stress and irregular work hours: Effects on sleep, burn-out, fatigue and somatic symptoms. *Occup Environ Med*, 79(7), 460-468. <https://doi.org/10.1136/oemed-2021-107789>
- Fejes, E., Mak, K., Pohl, M., Bank, G., Feher, G., & Tibold, A. (2021). The examination of burnout among healthcare workers. *Ideggyogyaszati Szemle-Clinical Neuroscience*, 74(9-10), 337-347. <https://doi.org/10.18071/isz.74.0337>
- Garzón González, G., Montero Morales, L., de Miguel García, S., Jiménez Domínguez, C., Domínguez Pérez, N., & Mediavilla Herrera, I. (2020). Análisis descriptivo de los errores de medicación notificados en atención primaria: Aprendiendo de nuestros errores. *Atencion Primaria*, 52(4), 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.01.006>
- González Pionce, J. D. R. (2021). *Medición del síndrome de burnout y su impacto en el clima laboral del área de enfermería del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil* [Tesis de maestría, Universidad Tecnológica Empresarial de Guayaquil]. Repositorio UTEG. <http://biblioteca.uteg.edu.ec/xmlui/handle/123456789/1536>
- Guzmán Riofrío, R. A. (2021). *Burnout y su relación con variables psicosociales afrontamiento y apoyo social en enfermeras del sector norte del Ecuador* [Tesis de grado, Universidad Técnica Particular de Loja]. Repositorio UTPL. <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/28968>
- Jones, C. E., Fox, E. D., Holsten, S. B. M., White, C. Q., Sayyid, R., O'Keeffe, T., & Lawson, A. G. (2022). Burnout reduction in acute care surgeons: Impact of faculty schedule change at a level 1 trauma and tertiary care center. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 93(4), 439-445. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003736>

- Juela, N. de J. J., Jazmín, V. B. M., Revelo, A. I. Y., Guamanzara, X. del P. A., & Guerrero, M. del C. D. (2025). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Revisión sistemática de la literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(2), Article 2. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.16877
- Khesroh, E., Butt, M., Kalantari, A., Leslie, D. L., Bronson, S., Rigby, A., & Aumiller, B. (2022). The use of emotional intelligence skills in combating burnout among residency and fellowship program directors. *BMC Med Educ*, 22(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03187-z>
- Klatt, M., Westrick, A., Bawa, R., Gabram, O., Blake, A., & Emerson, B. (2022). Sustained resiliency building and burnout reduction for healthcare professionals via organizational sponsored mindfulness programming. *Explore (NY)*, 18(2), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.04.004>
- López -Cudco, L. L. (2023). Salud Mental y Burnout en Profesionales de Enfermería en Hospitales Ecuatorianos. *Revista Científica Zambos*, 2(2), Article 2. <https://doi.org/10.69484/rcz/v2/n2/44>
- Mercado, V., M. (2016). La sociedad del cansancio. *Revista Ciencia y Cultura*, 20(37), 252-263. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-33232016000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Moreno, Y. (2021). Michel foucault o la problematización del pensamiento. Entrevista con Marco Díaz Marsá. *Praxis Filosófica*, 53, 249-272. <https://doi.org/10.25100/pfilosofica.v0i53.11375>
- Naranjo Hernández, Y., Jiménez Machado, N., & González Meneses, L. (2018). Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 231-243. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552018000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Navarro, A. (2019). ¿Por qué no es posible la revolución hoy? Una teoría crítica de la Sociedad del rendimiento. *En-claves del pensamiento*, 13(25), 57-82. <https://www.redalyc.org/journal/1411/141160244003/html/>
- Norful, A. A., Rosenfeld, A., Cilgy M., A., & Chang, B. (2021). Mitigating primary care provider burnout with interdisciplinary dyads and shared care delivery. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(3), 363-370. <https://doi.org/10.1111/jep.13642>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Poblete-Troncoso, M. del C., Miño-Gonzalez, C. G., Marchant-Fuentes, C., & Arancibia-Pacheco, M. T. (2020). Sobrecarga, equivocación, falta de capacitación: Factores contribuyentes en errores de medicación en hospital público chileno. *Index de Enfermería*, 29(3), 112-116. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962020000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242014000600004&lng=e&nrm=iso&tlng=es
- Prentice, S., Elliott, T., Dorstyn, D., & Benson, J. (2022). A qualitative exploration of burnout prevention and reduction strategies for general practice registrars. *Australian Journal of General Practice*, 51(11), 895-901. <https://doi.org/10.3316/informit.731990607849043>
- Sennett, R. (1998). The Corrosion of Character. *New York*, 9-10. https://www.academia.edu/6846256/Sennett_1998_The_Corrosion_of_Character
- Simms-Ellis, R., Harrison, R., Sattar, R., Sweeting, E., Hartley, H., Morys-Edge, M., & Lawton, R. (2025). Avoiding ‘second victims’ in healthcare: What support do staff want for coping with patient safety incidents, what do they get and is it effective? A systematic review | *BMJ Open. Occupational and environmental medicine*, 15(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087512>
- Veak, T. (2000). Whose Technology? Whose Modernity? Questioning Feenberg’s Questioning Technology—Tyler Veak, 2000. *Science, Technology, & Human Values*, 25(2). <https://doi.org/10.1177/016224390002500204>
- Viñan, G. N. S., Caillagua, Y. C. S., Carrión, M. G. C., & Iñahuazo, J. F. I. (2024). Administración de medicamentos de alto riesgo asociado a la práctica de enfermería y circunstancias de errores en Ecuador. *Revista InveCom*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10825393>

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.