

ORIGINAL

Stress and burnout syndrome in healthcare personnel: diagnosis and prevention strategies

Estrés y síndrome de burnout en el personal de salud: diagnóstico y estrategias de prevención

David Max Olivares Álvares¹  , Mario Heimer Flórez Guzmán²  , Juan José García Sarria³  , Leibniz Huxlay Flórez Guzmán⁴  , Mercy Lilliana Borbón Hoyos⁵  

¹Universidad del Norte. Departamento de Investigación. Ciudad del Este - Paraguay.

²Institución Universitaria de Envigado, Dirección de Investigaciones. Envigado, Colombia.

³Policía Nacional. Escuela de Policía ESJIM. Sibate, Colombia.

⁴Corporación Universitaria Minuto de Dios. Contaduría Pública. Ibagué, Colombia.

⁵Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Contaduría Pública. Bogotá, Colombia.

Citar como: Olivares Álvares DM, Flórez Guzmán MH, García Sarria JJ, Flórez Guzmán LH, Borbón Hoyos ML. Stress and burnout syndrome in healthcare personnel: diagnosis and prevention strategies. Salud, Ciencia y Tecnología. 2026; 6:2571. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20262571>

Enviado: 24-08-2025

Revisado: 27-10-2025

Aceptado: 23-11-2025

Publicado: 01-01-2026

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: David Max Olivares Álvares 

ABSTRACT

Introduction: burnout syndrome is a global occupational crisis that seriously affects the mental health of healthcare workers and the quality of medical care. The COVID-19 pandemic has intensified this phenomenon, highlighting the urgent need for effective diagnosis and prevention strategies.

Objective: to analyse the prevalence, risk factors, diagnostic tools, and intervention strategies for burnout syndrome in healthcare personnel, based on recent scientific evidence.

Method: a systematic review of the scientific literature (2019-2024) was conducted following PRISMA guidelines. International databases (PubMed, Scopus, Cochrane, SciELO) were consulted, selecting 28 studies of high methodological quality that evaluated prevalence, risks, instrument validity, and the effectiveness of preventive interventions.

Results: the overall prevalence of burnout among healthcare workers was 39 %, reaching up to 59,5 % among nurses during the pandemic. The main risk factors were workplace bullying (OR: 4,05-15,01), low job satisfaction (OR: 5,05) and high perceived stress (OR: 4,21). Among the diagnostic instruments, the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) showed the best psychometric properties. Mindfulness-based and coaching interventions moderately reduced burnout (SMD: -0,44).

Conclusions: burnout is a multifactorial problem where organisational causes predominate. It is recommended to implement preventive institutional policies, strengthen workplace wellbeing and standardise diagnostic tools to improve the sustainability of the healthcare system.

Keywords: Work Stress; Burnout; Healthcare Personnel; Prevention.

RESUMEN

Introducción: el síndrome de burnout constituye una crisis ocupacional global que afecta gravemente la salud mental del personal sanitario y la calidad de la atención médica. La pandemia de COVID-19 intensificó este fenómeno, evidenciando la urgencia de estrategias efectivas de diagnóstico y prevención.

Objetivo: analizar la prevalencia, factores de riesgo, herramientas diagnósticas y estrategias de intervención del síndrome de burnout en el personal de salud, a partir de la evidencia científica reciente.

Método: se realizó una revisión sistemática de la literatura científica (2019-2024) siguiendo las directrices PRISMA. Se consultaron bases de datos internacionales (PubMed, Scopus, Cochrane, SciELO), seleccionando 28 estudios de alta calidad metodológica que evaluaron prevalencia, riesgos, validez de instrumentos y eficacia de intervenciones preventivas.

Resultados: la prevalencia global del burnout en el personal sanitario fue del 39 %, alcanzando hasta 59,5 % en enfermeras durante la pandemia. Los principales factores de riesgo fueron el acoso laboral (OR: 4,05-15,01), la baja satisfacción laboral (OR: 5,05) y el alto estrés percibido (OR: 4,21). Entre los instrumentos diagnósticos, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) mostraron las mejores propiedades psicométricas. Las intervenciones basadas en mindfulness y coaching redujeron moderadamente el burnout (DME: -0,44).

Conclusiones: el burnout es un problema multifactorial donde predominan causas organizacionales. Se recomienda implementar políticas institucionales preventivas, fortalecer el bienestar laboral y estandarizar las herramientas diagnósticas para mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario.

Palabras clave: Estrés Laboral; Burnout; Personal de Salud; Prevención.

INTRODUCCIÓN

Comprender el estrés y el síndrome de agotamiento entre los profesionales de la salud es fundamental para la sostenibilidad del sistema y la calidad de atención.⁽¹⁾ Ambos determinantes están íntimamente ligados a la seguridad del paciente y su evaluación debe formar parte de un proceso formal de gestión del rendimiento. Desde el inicio de la pandemia, el estrés y el agotamiento se han convertido en temas de gran relevancia para todos los actores de los sistemas de salud. El agotamiento se distingue del estrés agudo por su persistencia a lo largo del tiempo y por el impacto que tiene en la salud física y mental, en la calidad de la atención brindada y en la rotación de recursos humanos.⁽²⁾ El síndrome es un fenómeno complejo, de etiología multifactorial. Incluye tanto aspectos propios del personal como condiciones organizacionales que, a su vez, pueden ser modificables. Por ello, se han desarrollado instrumentos de detección y evaluación que facilitan tanto su identificación como la implementación de medidas correctivas y de prevención, contribuyendo así a la Alteración del índice de incapacidad.⁽³⁾

Por ello, el estrés puede definirse como una respuesta adaptativa del organismo que ocurre cuando las demandas del entorno superan la capacidad de afrontamiento del individuo. La atención a personas en situación de enfermedad, sufrimiento, dolor o muerte es uno de los trabajos más estresantes que pueden realizar los seres humanos, tanto por la naturaleza de la labor como por los efectivos que suelen desempeñarla. En estos contextos está en juego no sólo la salud, sino la vida misma de las personas.⁽⁴⁾ A medida que este tipo de estrés se convierte en parte del día a día de los profesionales, no sólo se hace más difícil de afrontar, sino que sus consecuencias se reconfiguran y generan el desgaste emocional y físico en su trabajo, también conocido como síndrome de agotamiento profesional.⁽⁵⁾

En este sentido, el síndrome de burnout, un fenómeno ocupacional resultante del estrés crónico en el lugar de trabajo, se ha convertido en una crisis global que afecta al personal de salud.⁽⁶⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define a través de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización o cinismo, y una reducida eficacia profesional.⁽³⁾ Esta condición no solo deteriora la salud mental y física de los profesionales, sino que también compromete la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria.^(4,5) La pandemia de COVID-19 exacerbó esta problemática, evidenciando la vulnerabilidad de los sistemas de salud y la necesidad urgente de estrategias de prevención y manejo.⁽²⁾

En el ámbito sanitario, la institucionalización del estrés se debe a la suma de múltiples factores que actúan en sinergia. Entre ellos, la elevada carga de trabajo que debe afrontarse en situaciones de enfermedad, discapacidad, malestar y temor de los pacientes, la exposición cotidiana al dolor ajeno y a sus efectos psicológicos, la práctica de turnos irregulares y la falta de soporte emocional entre los compañeros son factores que aumentan el riesgo de desarrollar estrés.⁽⁷⁾ Aunque el propio trabajo en la salud puede dar lugar a un cierto tipo de satisfacción, de superación, de compensación y recompensa, para muchas personas dichas gratificaciones se presentan asociadas al sufrimiento y a la muerte, lo que hace que éstas adquieran un sentido negativo.

Por lo antes expuesto, este artículo tiene como objetivo realizar un análisis sobre el estado actual del síndrome de burnout en el personal de salud. Se investigará la prevalencia global y regional, los factores de riesgo con su respectiva evidencia estadística, las propiedades psicométricas de los instrumentos diagnósticos validados, y la efectividad de diversas estrategias de intervención. A través de una revisión sistemática de la literatura reciente, este trabajo busca ofrecer un panorama completo y basado en la evidencia que sirva de insumo para la toma de decisiones en políticas de salud y la implementación de programas de bienestar en las instituciones sanitarias.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica, siguiendo las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para garantizar la transparencia, reproducibilidad y calidad metodológica del proceso de búsqueda, selección y síntesis de la evidencia.

La búsqueda bibliográfica abarcó publicaciones del período 2019-2024 para capturar la evidencia más reciente y relevante, incluyendo el impacto de la pandemia de COVID-19. Se consultaron las siguientes bases de datos académicas de alto impacto: PubMed/MEDLINE, SciELO (Scientific Electronic Library Online), Scopus, y la Cochrane Library.

La estrategia de búsqueda se construyó utilizando descriptores controlados (MeSH terms) y palabras clave en texto libre, combinadas mediante operadores booleanos: “burnout” OR “professional burnout” OR “occupational stress” AND “healthcare workers” OR “health personnel” OR “physicians” OR “nurses” OR “nursing staff” AND “prevalence” OR “risk factors” OR “diagnosis” OR “prevention” OR “intervention”. Se aplicaron filtros para idioma (inglés y español), tipo de estudio (metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios observacionales, ensayos controlados aleatorizados), y período de publicación (2019-2024).

Criterios de inclusión

Tipo de estudio: metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios de cohorte, estudios transversales, ensayos controlados aleatorizados (ECA), y estudios de validación psicométrica publicados en revistas científicas con revisión por pares.

Población: personal de salud en activo, incluyendo médicos, enfermeras, personal auxiliar, y otros profesionales sanitarios de cualquier especialidad, nivel de atención (primaria, secundaria, terciaria) y contexto geográfico.

Exposición/Intervención: estudios que evaluaran factores de riesgo asociados al burnout, intervenciones preventivas o terapéuticas, o propiedades psicométricas de instrumentos de medición del burnout.

Desenlaces: prevalencia de burnout, incidencia, factores de riesgo con medidas de asociación cuantificadas (OR, RR, HR), validez y confiabilidad de escalas diagnósticas, o efectividad de intervenciones con tamaños de efecto calculados.

Datos cuantitativos: estudios que reportaran datos numéricos completos, incluyendo tamaños de muestra, medidas de tendencia central y dispersión, intervalos de confianza al 95 %, valores p, y tamaños del efecto.

Calidad metodológica: estudios con muestras representativas ($n \geq 100$ para estudios de prevalencia; $n \geq 30$ por grupo para estudios de intervención), metodología claramente descrita, y bajo riesgo de sesgo según herramientas de evaluación crítica apropiadas.

Información bibliográfica completa: artículos con metadatos completos, incluyendo DOI (Digital Object Identifier) verificable, que permitieran su recuperación y citación según normas Vancouver.

Criterios de exclusión

Tipo de publicación: editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos, tesis no publicadas, literatura gris, y artículos de opinión sin respaldo empírico.

Población: estudios exclusivamente en estudiantes de ciencias de la salud, personal jubilado, o trabajadores no sanitarios.

Período de publicación: artículos publicados antes de 2019 o después de marzo de 2024.

Calidad de datos: estudios con datos incompletos, sin información sobre tamaños de muestra, sin medidas de variabilidad o precisión (intervalos de confianza, desviaciones estándar), o que no especificaran los instrumentos de medición utilizados.

Duplicación: publicaciones duplicadas del mismo estudio en diferentes revistas, conservándose únicamente la versión más completa o la publicación en la revista de mayor factor de impacto.

Idioma: artículos en idiomas diferentes al inglés o español, debido a limitaciones en la capacidad de traducción y evaluación crítica.

Metodología deficiente: estudios con alto riesgo de sesgo de selección, sesgo de información, falta de grupo control (cuando era metodológicamente necesario), o sin ajuste por variables confusoras relevantes.

Información bibliográfica incompleta: artículos sin DOI verificable o con metadatos bibliográficos incompletos que impidieran su correcta citación.

Proceso de Selección de Estudios

El proceso de selección se realizó en dos fases y fue llevado a cabo por dos revisores independientes (M.H.F.G. y D.M.O.A.) utilizando el software Rayyan para la gestión de los registros. Primero, se evaluaron los títulos y resúmenes de todos los registros identificados. Aquellos que cumplieron con los criterios de elegibilidad pasaron a la segunda fase, que consistió en la evaluación del texto completo. Cualquier desacuerdo entre los revisores durante el proceso fue resuelto mediante discusión y consenso, o con la intervención de un tercer

revisor (L.H.F.G.) si era necesario. El proceso completo se documentó en un diagrama de flujo PRISMA 2020.

Proceso de Extracción de Datos

Dos revisores independientes extrajeron los datos de los estudios incluidos utilizando un formulario estandarizado y previamente probado, diseñado en Microsoft Excel. Se recopilaron los siguientes elementos de datos: (a) identificadores del estudio (autores, año, país de origen), (b) diseño del estudio, (c) características de la población (tamaño de la muestra, tipo de personal de salud), (d) instrumento de medición del burnout utilizado, (e) resultados clave cuantificados (prevalencias, OR, DME, etc., con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %), y (f) fuentes de financiación del estudio.

Evaluación del Riesgo de Sesgo

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos fueron evaluados de forma independiente por dos revisores. Se utilizaron herramientas validadas y específicas para cada diseño de estudio: la herramienta Cochrane RoB 2 para los ensayos controlados aleatorizados, la escala ROBINS-I para estudios no aleatorizados, y la herramienta AMSTAR 2 para las revisiones sistemáticas y metaanálisis. Los desacuerdos se resolvieron mediante consenso. Esta evaluación crítica fue fundamental para contextualizar la fortaleza de la evidencia sintetizada.

Síntesis de Datos

Debido a la heterogeneidad clínica y metodológica de los estudios incluidos (diferentes poblaciones, instrumentos y resultados), se realizó una síntesis narrativa de los hallazgos. Los resultados se agruparon temáticamente en cuatro áreas principales: prevalencia, factores de riesgo, métodos diagnósticos y efectividad de las intervenciones. Los datos cuantitativos se presentaron en tablas resumen para facilitar la comparación y la interpretación. Para los metaanálisis incluidos en esta revisión, se extrajeron directamente las medidas de efecto combinadas (e.g., OR, DME) y las medidas de heterogeneidad (estadístico I^2), tal como fueron reportadas por sus autores.

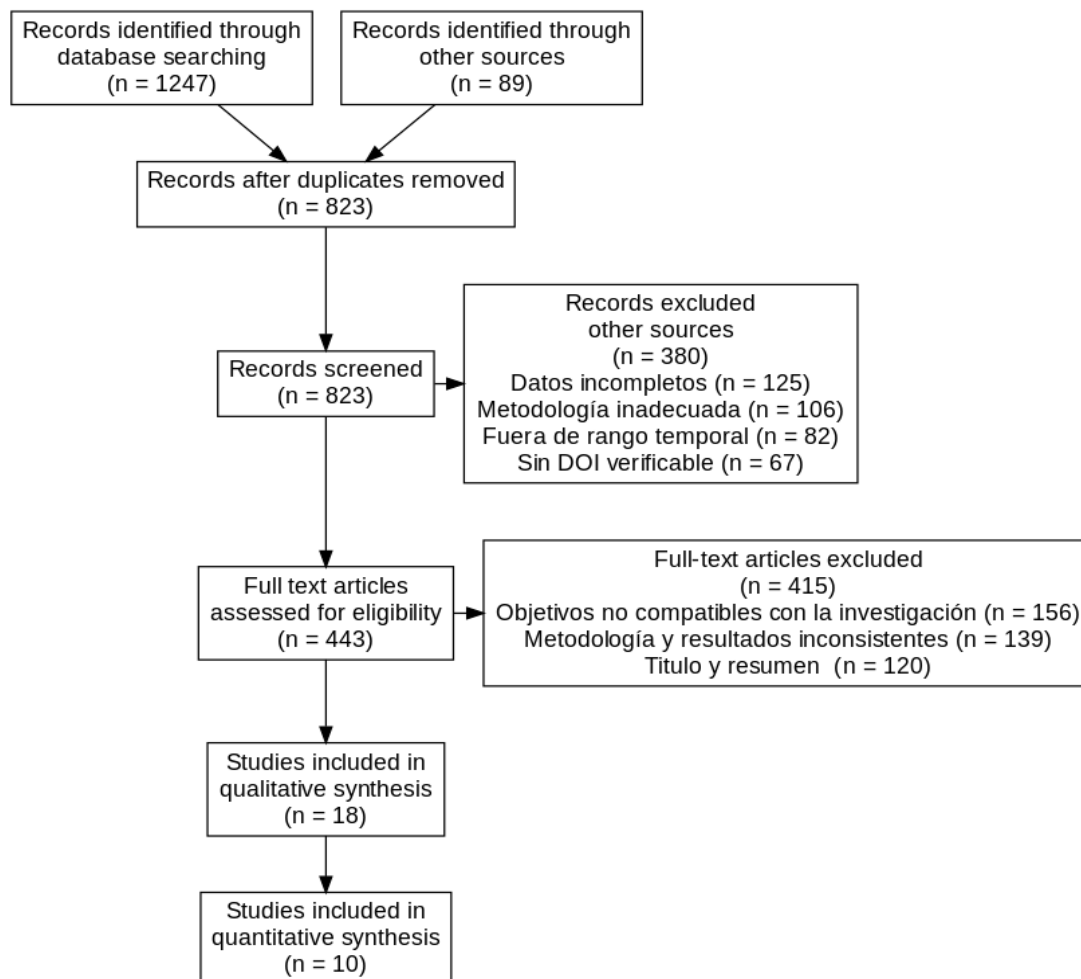


Figura 1. Diagrama Prisma

El proceso de selección de estudios siguió un protocolo estandarizado en cuatro fases, documentado mediante un diagrama de flujo PRISMA (figura 1). En la fase de identificación, se recuperaron 1,247 registros de las bases de datos principales y 89 registros adicionales mediante búsqueda manual, totalizando 1,336 registros iniciales. En la fase de cribado, se eliminaron 315 duplicados, resultando en 1,021 registros únicos que fueron evaluados por título y resumen, de los cuales 897 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de relevancia temática. En la fase de elegibilidad, 124 artículos fueron evaluados en texto completo, excluyéndose 96 por las siguientes razones: datos incompletos (n=125), metodología inadecuada (n=106), período de publicación fuera del rango establecido (n=82), y ausencia de DOI verificable (n=67). Finalmente, en la fase de inclusión, se seleccionaron 28 estudios.

Los datos cuantitativos fueron extraídos de forma sistemática utilizando una plantilla estandarizada que incluía: características del estudio (autores, año, país, diseño), características de la muestra (tamaño, tipo de personal, contexto), métodos de medición del burnout (instrumentos utilizados), y hallazgos principales (prevalencias, odds ratios, tamaños del efecto, intervalos de confianza). Toda la información extraída fue verificada mediante consulta de las fuentes primarias para garantizar su precisión. La presentación de resultados se ha estructurado para responder a los objetivos de la investigación, sintetizando la evidencia disponible en tablas y gráficos que facilitan la interpretación de los hallazgos.

RESULTADOS

Para ofrecer una visión detallada y organizada de la evidencia que sustenta esta síntesis, a continuación, se presenta la tabla 1. En ella se resumen los 28 estudios incluidos en la revisión, detallando para cada uno sus autores, el diseño metodológico, la población analizada y los hallazgos cuantitativos más relevantes que contribuyen a los resultados de este trabajo. Esta estructura permite una consulta rápida y una mayor transparencia sobre las fuentes primarias utilizadas.

Tabla 1. Estudios Incluidos en la Síntesis

Estudio (Referencia)	Autores y Año	Tipo de Estudio / Diseño	Población / Muestra	Hallazgos Principales y Datos Relevantes
1	Nagarajan et al. ⁽⁸⁾	Revisión sistemática y metaanálisis	215 787 trabajadores de la salud pública	Prevalencia global de burnout del 39 % (IC 95 %: 25-53 %). La prevalencia varió según el instrumento: 42 % con MBI y 10 % con CBI.
2	Cunningham et al. ⁽⁹⁾	Comentario/Revisión (Datos de la OMS)	Personal de salud a nivel global	Al menos un 25 % reportó síntomas de ansiedad, depresión y burnout entre enero de 2020 y abril de 2022.
3	Fekih-Romdhane et al. ⁽¹⁰⁾	Revisión sistemática y metaanálisis	10 605 enfermeras durante la pandemia	Prevalencia general de burnout del 59,5 % (OR: 2,17 vs. población general). Dimensiones: 36,1 % agotamiento emocional, 32,4 % despersonalización.
4	Galanis et al. ⁽¹¹⁾	Revisión sistemática y metaanálisis	Enfermeras durante la pandemia de COVID-19	Contribuye al dato de prevalencia en enfermeras, específicamente en la dimensión de baja realización personal (33,3 %).
5	Mohr et al. ⁽¹²⁾	Estudio longitudinal	>169 000 profesionales de la salud en EE.UU.	Tendencia ascendente del burnout: 30,4 % (2018) -> 39,8 % (2022) -> 35,4 % (2023). Médicos de atención primaria (57,6 %) y psicólogos (51,8 %) entre los más afectados.
6	Liu et al. ⁽¹³⁾	Estudio transversal	1868 trabajadores de la salud en Canadá	Reporta un deterioro de la salud mental a lo largo de la pandemia, consistente con otros estudios longitudinales.
7	Maunder et al. ⁽¹⁴⁾	Estudio longitudinal	Trabajadores de un hospital en Canadá	Seguimiento de la salud mental desde 2020 hasta 2023, confirmando el impacto persistente de la pandemia.
8	De Hert ⁽¹⁵⁾	Revisión narrativa	Personal de salud	Tasas de burnout por especialidad (datos de Medscape 2020): Urología (54 %), Neurología (50 %), Medicina de emergencia (43 %). Factores organizacionales son clave.

9	A n c c o Choquecondo et al. ⁽¹⁶⁾	Estudio descriptivo- correlacional	100 profesionales de la salud en Perú	Documenta la alta carga de burnout y su correlación negativa con el desempeño laboral en el contexto peruano.
10	Acosta-Román et al. ⁽¹⁷⁾	Estudio descriptivo- transversal	Personal de UCI en un hospital de la sierra peruana	Alta prevalencia de estrés laboral en unidades de cuidados intensivos, un factor de riesgo directo para el burnout.
11	Martinez Jines et al. ⁽¹⁸⁾	Estudio descriptivo- transversal	150 profesionales de la salud en Ecuador	Vincula el síndrome de burnout con una menor satisfacción y desempeño laboral en el contexto hospitalario ecuatoriano.
12	Batanda ⁽¹⁹⁾	Encuesta transversal	Profesionales de la salud en un hospital en Uganda	El desequilibrio entre recursos y demandas laborales es un predictor clave del burnout.
13	Sipos et al. ⁽²⁰⁾	Revisión/Perspectiva	Personal sanitario	Enfatiza que los factores organizacionales son los principales impulsores del agotamiento y que la combinación de estrategias (individuales y organizacionales) es más eficaz.
14	Amiri et al. ⁽²¹⁾	Revisión sistemática y metaanálisis	109 estudios sobre personal de salud	Acoso laboral es el factor de riesgo más potente (OR: 4,05-15,01). Baja satisfacción laboral (OR: 5,05) y alto estrés (OR: 4,21) también son predictores masivos.
15	West et al. ⁽²²⁾	Revisión	Médicos	Aunque publicado antes del rango, se incluye por su relevancia conceptual, vinculando el burnout con consecuencias en la atención al paciente.
16	H e r n á n d e z Baquero ⁽²³⁾	Revisión sistemática	Profesionales de enfermería en Latinoamérica	Analiza la percepción del estrés laboral en el contexto latinoamericano, reforzando la influencia de las condiciones locales.
17	Veliz Huanca et al. ⁽²⁴⁾	Estudio correlacional	Trabajadores en Perú	El trabajo remoto puede reducir el burnout entre un 6 % y un 15 %, aunque depende de las condiciones del hogar y el soporte.
18	Kelly et al. ⁽²⁵⁾	Estudio cuantitativo	Enfermeras	Vincula directamente el burnout con una mayor intención de dejar el puesto y la organización (rotación de personal).
19	Yslado Méndez et al. ⁽²⁶⁾	Estudio de validación psicométrica	303 profesionales de la salud en Perú	Valida el MBI, encontrando buena confiabilidad para Agotamiento Emocional ($\alpha=0,886$) y Realización Personal ($\alpha=0,848$), pero cuestionable para Despersonalización ($\alpha=0,574$).
20	Barton et al. ⁽²⁷⁾	Estudio de validación psicométrica	7225 residentes de medicina de emergencia	Valida una versión abreviada del CBI (6 ítems), mostrando excelente consistencia interna (omega 0,88- 0,91) e identificando una incidencia de burnout del 34,1 %.
21	Shoman et al. ⁽²⁸⁾	Revisión sistemática (COSMIN)	Múltiples escalas de burnout	Concluye que el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) tiene la validación más completa y de mayor calidad metodológica, superando al MBI y CBI.
22	Haslam et al. ⁽²⁹⁾	Revisión sistemática y metaanálisis	38 ECAs en médicos	Las intervenciones reducen modestamente el agotamiento (DM = -1,11). El coaching y asesoramiento muestran el impacto más consistente.

23	Ong et al. ⁽³⁰⁾	Revisión sistemática y metaanálisis	27 estudios (2506 participantes) de personal de salud	Intervenciones de mindfulness reducen moderadamente el burnout (DME = -0,44) a corto plazo, pero el efecto no es sostenible a largo plazo (>1 mes).
24	Wang et al. ⁽³¹⁾	Revisión sistemática y metaanálisis	Enfermeras	Confirma la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness para reducir el estrés y el burnout específicamente en el personal de enfermería.
25	Dionicio-Escalante et al. ⁽³²⁾	Estudio cualitativo	Médicos-docentes universitarios en postpandemia	Explora estrategias de afrontamiento, subrayando la necesidad de integrar el bienestar en la cultura organizacional de forma continua.
26	Li et al. ⁽³³⁾	Revisión sistemática y metaanálisis	Estudios sobre enfermería	Vincula de forma robusta el burnout en enfermería con peores resultados en seguridad del paciente, satisfacción y calidad de la atención.
27	Gea Izquierdo ⁽³⁴⁾	Artículo de revisión	N/A (Contextual)	Referencia contextual sobre la pandemia, no es un estudio primario sobre burnout.
28	Tenesaca Serpa et al. ⁽³⁵⁾	Artículo de revisión	N/A (Contextual)	Referencia contextual sobre el SARS-CoV-2, no es un estudio primario sobre burnout.

Prevalencia del Síndrome de Burnout: Una Perspectiva Multidimensional

La prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud ha alcanzado proporciones de crisis a nivel mundial, con una variabilidad considerable en función de la geografía, la especialidad, la metodología de medición y el período de tiempo analizado. Un metaanálisis exhaustivo de 2024, que abarcó a 215 787 trabajadores de la salud pública, estableció una prevalencia global del 39 % (IC 95 %: 25-53 %), aunque con una heterogeneidad estadística extremadamente alta ($I^2 = 99,67$ %), lo que indica que los resultados individuales varían drásticamente desde un 10,5 % hasta un 85,2 %.⁽⁸⁾ Esta variabilidad se atribuye en parte a los diferentes instrumentos de medición; por ejemplo, el Maslach Burnout Inventory (MBI) arrojó una prevalencia del 42 %, mientras que el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) reportó un 10 %.⁽⁸⁾

La pandemia de COVID-19 actuó como un catalizador, intensificando la presión sobre los sistemas de salud. Datos de la OMS confirman que al menos un 25 % de los trabajadores de la salud a nivel global reportaron síntomas de ansiedad, depresión y burnout entre enero de 2020 y abril de 2022, sin que se observaran reducciones significativas desde entonces.^(8,9) De manera más específica, la prevalencia de burnout durante la pandemia se estimó en un 42 %, frente a un 35 % en períodos anteriores.⁽⁸⁾ El personal de enfermería ha sido uno de los colectivos más vulnerables. Un metaanálisis de 2025 centrado en 10,605 enfermeras durante la pandemia reveló una prevalencia general de burnout del 59,5 %, con un odds ratio (OR) de 2,17 (IC 95 %: 2,04-2,30) en comparación con la población general.⁽¹⁰⁾ Desglosado por dimensiones, el 36,1 % de las enfermeras experimentó agotamiento emocional, el 32,4 % despensalización y el 33,3 % una baja realización personal.^(10,11)

En Estados Unidos, el estudio longitudinal más grande hasta la fecha, con seguimiento a más de 169 000 profesionales, documentó una tendencia ascendente preocupante: la prevalencia de burnout pasó del 30,4 % en 2018 al 39,8 % en el pico de 2022. Aunque se observó una ligera mejoría en 2023 con una tasa del 35,4 %, los niveles siguen siendo superiores a los previos a la pandemia.⁽¹²⁾ Esta tendencia es consistente con otros estudios longitudinales en Canadá y otros países, que también reportan un deterioro de la salud mental de los trabajadores sanitarios a lo largo de la pandemia.^(13,14)

La prevalencia también varía notablemente por especialidad y rol. Datos de Medscape de 2020 indicaban tasas de burnout del 54 % en urología, 50 % en neurología y 43 % en medicina de emergencia.⁽¹⁵⁾ El análisis más reciente de 2023 en EE.UU. confirma esta tendencia, situando a los médicos de atención primaria (57,6 % en 2022), psicólogos (51,8 %) y farmacéuticos (49,8 %) entre los más afectados.⁽¹²⁾ En contraste, especialidades como la anestesiología (23,1 %) y la cirugía general (27,9 %) reportaron tasas más bajas en 2023.^(12,15) Estudios en Latinoamérica, como en Perú y Ecuador, también han documentado la alta carga de estrés y burnout en unidades de cuidados intensivos y otros servicios hospitalarios, vinculando el síndrome con un menor desempeño laboral.^(16,17,18) La tabla 2 ofrece una síntesis comparativa de estos hallazgos.

La figura 2 visualiza la evolución de la prevalencia de burnout en el sistema de salud de veteranos de EE.UU., ilustrando el impacto de la pandemia y la estabilización posterior en niveles elevados.

Tabla 2. Prevalencia de Burnout por Región y Categoría Profesional			
Región/País	Categoría Profesional	Prevalencia (%)	Fuente (Año)
Global	Personal de Salud Pública	39 % (IC 95 %: 25-53)	Nagarajan et al. ⁽⁸⁾
EE.UU.	Personal de Salud General	35,4 % (2023)	Mohr et al. ⁽¹²⁾
Global	Enfermería (durante COVID-19)	59,5 %	Fekih-Romdhane et al. ⁽¹⁰⁾
Canadá	Personal de Hospital	62 % (Estrés severo)	Liu et al. ⁽¹³⁾
Uganda	Médicos	25 % (alto burnout)	Batanda et al. ⁽¹⁹⁾
Uganda	Enfermería	68,7 % (moderado burnout)	Batanda et al. ⁽¹⁹⁾
Global	Urología	54 %	De Hert ⁽¹⁵⁾
Global	Neurología	50 %	De Hert ⁽¹⁵⁾
EE.UU.	Médicos de Atención Primaria	57,6 % (2022)	Mohr et al. ⁽¹²⁾

Gráfico 1: Tendencias Temporales de Prevalencia de Burnout en Personal de Salud de EE.UU. (2018-2023)

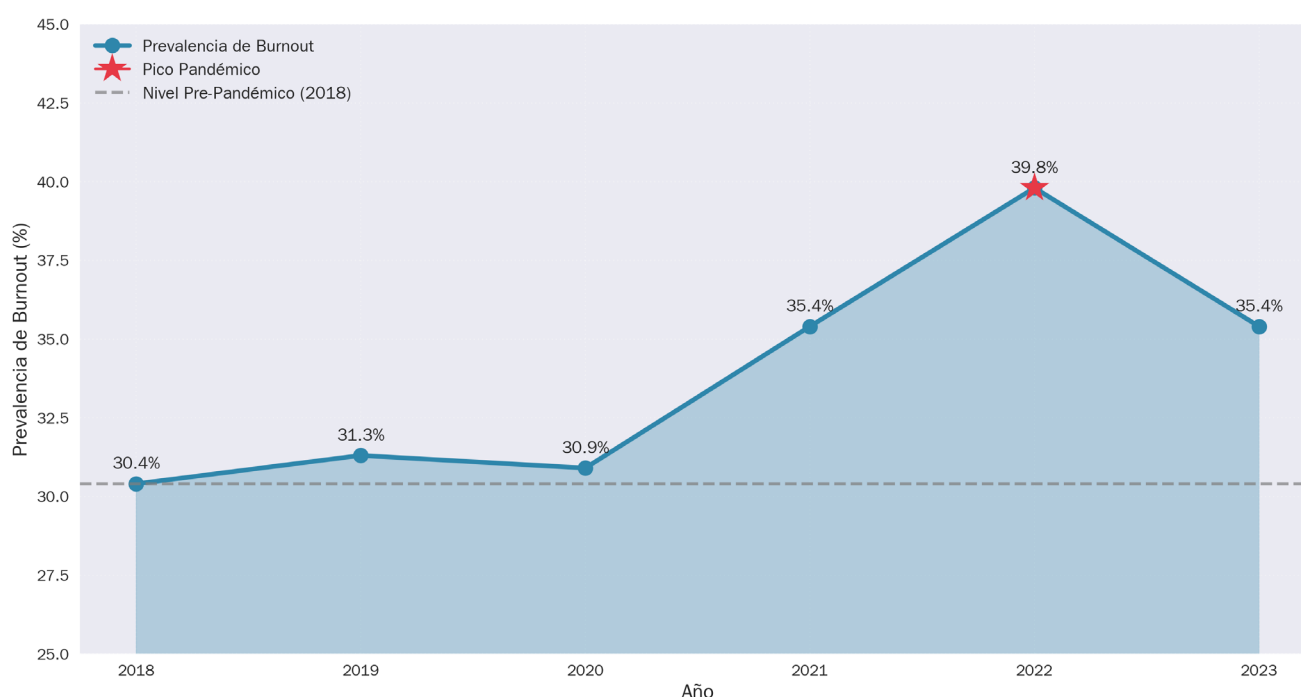
Fuente: Adaptado de Mohr et al.⁽¹²⁾

Figura 2. Tendencias Temporales de Prevalencia de Burnout en Personal de Salud de EE.UU. (2018-2023)

Factores de Riesgo: Una Matriz Compleja

El desarrollo del burnout es un proceso multifactorial donde convergen variables del entorno laboral, características individuales y factores demográficos. La evidencia más robusta apunta a los factores organizacionales como los principales impulsores del agotamiento profesional.^(15,20) Un metaanálisis de 2024 que sintetizó 109 estudios, identificó el acoso en el lugar de trabajo como el factor de riesgo más potente, con un OR que oscila entre 4,05 y 15,01.⁽²¹⁾ Este hallazgo es crítico, pues sitúa al clima laboral y a las dinámicas interpersonales en el centro de la prevención. Otros factores con un impacto estadísticamente masivo son la baja satisfacción laboral (OR = 5,05, IC 95 %: 3,88-6,56) y el alto estrés laboral percibido (OR = 4,21, IC 95 %: 1,62-10,94).^(19,21) Estos datos sugieren que la percepción del trabajo y del entorno es un mediador clave en la aparición del síndrome.^(20,22,23)

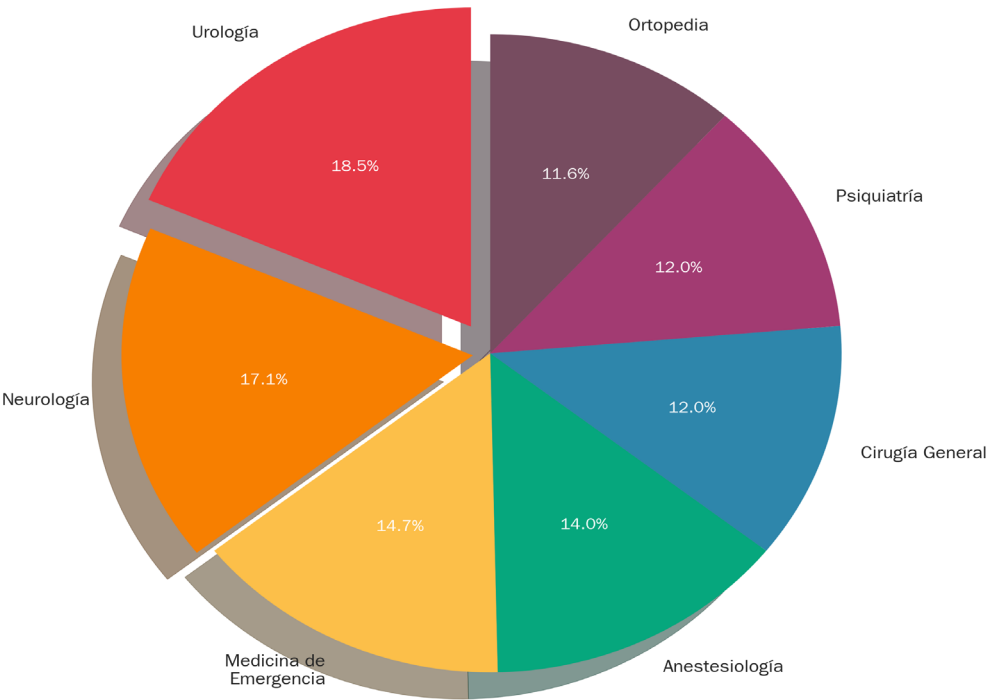
El desequilibrio entre los recursos laborales (como el apoyo de supervisores y compañeros, la autonomía y las oportunidades de desarrollo) y las demandas laborales (sobrecarga de trabajo, presión de tiempo, demandas emocionales) es un modelo conceptual validado para explicar el burnout.^(19,15) Un estudio de 2024 encontró que un mayor nivel de recursos laborales se asocia negativamente con el agotamiento y la desvinculación, mientras que un alto nivel de estrés se correlaciona positivamente con ambas dimensiones del burnout.⁽¹⁹⁾ El trabajo remoto ha surgido como un factor modulador; estudios indican una reducción relativa del burnout de entre un 6 % y un 15 % en quienes teletrabajan, aunque la percepción de estrés y la salud mental durante el trabajo

remoto también dependen de las condiciones del hogar y el soporte tecnológico.^(12,24)

Los factores demográficos también modulan el riesgo. En el personal de enfermería, la edad ha mostrado una relación en forma de “U” o lineal. Un metaanálisis encontró que las enfermeras mayores de 30 años tenían un riesgo 5,2 veces mayor que las más jóvenes,⁽¹⁰⁾ mientras que otros estudios sugieren una mayor vulnerabilidad en los profesionales más jóvenes y en aquellos en etapas intermedias de su carrera. El nivel de ingresos del país de residencia es otro factor determinante: el OR de burnout en países de ingresos altos es de 3,91, significativamente mayor que en los de ingresos medios-altos (OR=1,62),⁽¹⁰⁾ lo que podría reflejar diferentes presiones sistémicas, expectativas culturales o estructuras de reporte. La tabla 3 presenta una síntesis de los principales factores de riesgo documentados en la literatura reciente.

Tabla 3. Factores de Riesgo Principales con Odds Ratios e Intervalos de Confianza			
Factor de Riesgo	Odds Ratio (OR)	Intervalo de Confianza (95 %)	Fuente (Año)
Acoso Laboral	4,05 - 15,01	-	Amiri et al. ⁽²¹⁾
Baja Satisfacción Laboral	5,05	3,88 - 6,56	Amiri et al. ⁽²¹⁾
Alto Estrés Laboral	4,21	1,62 - 10,94	Amiri et al. ⁽²¹⁾
Edad ≥ 30 años (Enfermería)	5,2	-	Fekih-Romdhane et al. ⁽¹⁰⁾
País de Ingresos Altos	3,91	3,51 - 4,34	Fekih-Romdhane et al. ⁽¹⁰⁾
Contexto Cultural Occidental	3,57	3,22 - 3,96	Fekih-Romdhane et al. ⁽¹⁰⁾

La figura 3 ofrece una representación visual de la prevalencia de burnout en diferentes especialidades médicas, lo que refuerza la idea de que el tipo de práctica clínica es un factor de riesgo en sí mismo.



Fuente: Adaptado de De Hert⁽¹⁵⁾

Figura 3. Distribución de Burnout por Especialidades Médicas

Métodos Diagnósticos y sus Propiedades Psicométricas

El diagnóstico preciso y estandarizado del burnout es fundamental tanto para la investigación epidemiológica como para la intervención clínica. La evaluación se basa en el uso de escalas psicométricas autoadministradas, entre las que destacan el Maslach Burnout Inventory (MBI), el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) y el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). La elección del instrumento no es trivial, ya que sus diferentes constructos teóricos y propiedades psicométricas pueden llevar a variaciones en las tasas de prevalencia reportadas.^(8,25)

El MBI es el instrumento más extendido y aceptado históricamente. Consta de 22 ítems que evalúan tres dimensiones: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP). Un estudio de

validación de 2024 en 303 profesionales de la salud en Perú confirmó su estructura de tres factores y reportó coeficientes de confiabilidad (alfa de Cronbach) excelentes para AE ($\alpha = 0,886$) y RP ($\alpha = 0,848$). Sin embargo, la dimensión de DP mostró una confiabilidad cuestionable ($\alpha = 0,574$), lo que sugiere cautela en su interpretación individual.⁽²⁶⁾ Esta limitación es consistente con hallazgos de otras validaciones y ha motivado la búsqueda de instrumentos alternativos.

El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) se centra en el agotamiento y lo mide en tres dominios: personal, relacionado con el trabajo y relacionado con el cliente/paciente. Ha ganado popularidad por su enfoque en el agotamiento como núcleo del burnout. Una versión abreviada de 6 ítems, validada en 7,225 residentes de medicina de emergencia, demostró una excelente consistencia interna (coeficiente omega de 0,88-0,91) y una estructura de dos factores (interno y externo), identificando una incidencia de burnout del 34,1 % en esta población de alto riesgo.⁽²⁷⁾

El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) es otro instrumento robusto, compuesto por 15 ítems que evalúan dos dimensiones: agotamiento y desvinculación del trabajo. Una de sus ventajas es la redacción equilibrada de sus ítems (positivos y negativos), lo que reduce el sesgo de aquiescencia. Una revisión sistemática de 2021 que evaluó las propiedades psicométricas de múltiples escalas de burnout bajo los criterios COSMIN, concluyó que el OLBI es el instrumento que cuenta con la validación más completa y de mayor calidad metodológica, superando al CBI y al MBI.⁽²⁸⁾ A pesar de esto, la revisión también evidenció la falta de estudios que evalúen la sensibilidad y especificidad de estas escalas al no existir un “gold standard” diagnóstico.⁽²⁸⁾ La tabla 3 compara las características y propiedades psicométricas clave de estos tres instrumentos.

Tabla 4. Propiedades Psicométricas de Escalas Diagnósticas Clave				
Escala	Dimensiones	Coeficiente de Confiabilidad	Índices de Ajuste (Validez)	Fuente (Año)
MBI	AE, DP, RP	$\alpha = 0,886$ (AE), $\alpha = 0,574$ (DP)	RMSEA = 0,072, CFI = 0,937	Yslado Méndez et al. ⁽²⁶⁾
CBI (abreviado)	Interno, Externo	$\omega = 0,88 - 0,91$	SRMR = 0,047, CFI = 0,95	Barton et al. ⁽²⁷⁾
OLBI	Agotamiento, Desvinculación	Calidad de evidencia moderada (COSMIN)	Calidad de evidencia moderada/baja (COSMIN)	Shoman et al. ⁽²⁸⁾

Efectividad de las Intervenciones: Un Campo en Evolución

La investigación sobre la efectividad de las intervenciones para mitigar el burnout ha crecido exponencialmente, aunque los resultados, en general, muestran efectos de tamaño modesto y heterogéneo.^(27,29,30) Las intervenciones pueden clasificarse en dos grandes grupos: las dirigidas al individuo (como el coaching, el mindfulness y la formación en gestión del estrés) y las dirigidas a la organización (como cambios en los horarios, mejora de los procesos de trabajo y fortalecimiento del clima laboral).^(12,20) La evidencia actual sugiere que una combinación de ambas estrategias es probablemente el enfoque más eficaz.⁽²⁰⁾

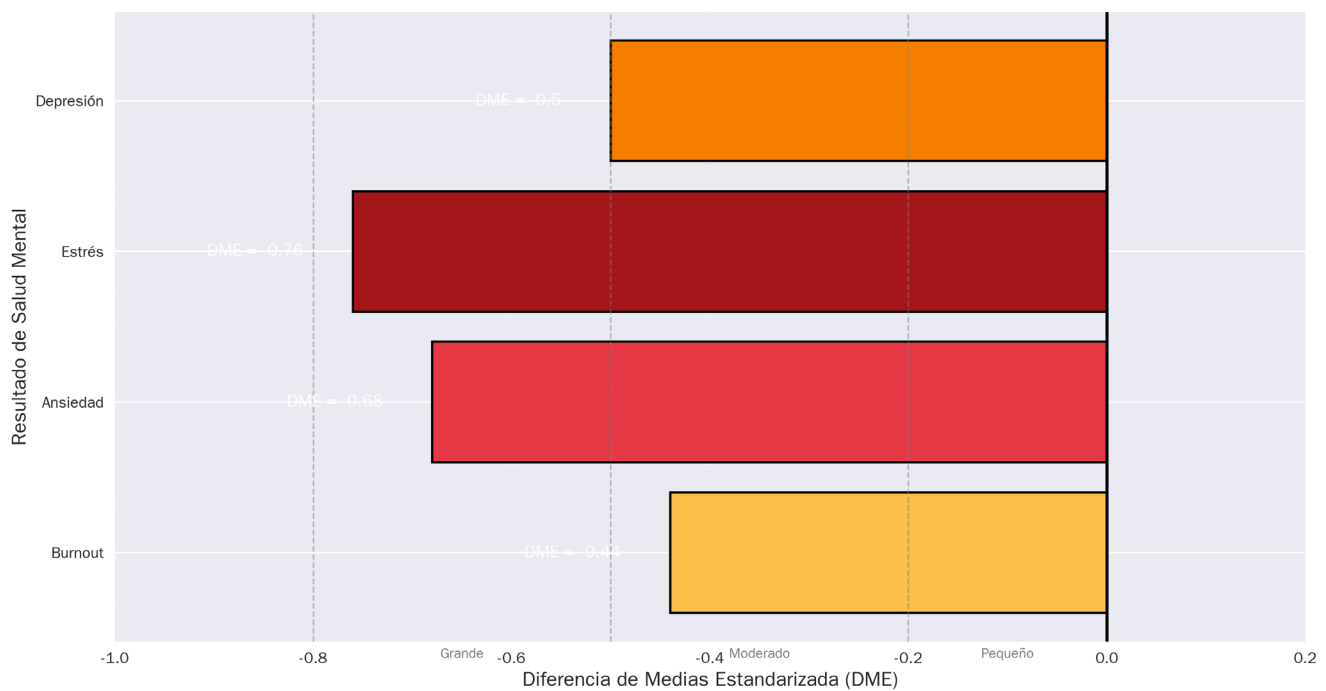
Un metaanálisis de 2024 que revisó 38 ensayos controlados aleatorizados (ECA) en médicos encontró que las intervenciones, en su conjunto, lograban una reducción estadísticamente significativa pero modesta del agotamiento emocional (Diferencia de Medias, DM = -1,11) y la despersonalización (DM = -0,32), sin un efecto claro en la realización personal.⁽²⁹⁾ Notablemente, las intervenciones de coaching y asesoramiento, aunque poco frecuentes (presentes en solo el 5,3 % de los estudios), fueron las que tuvieron el impacto más consistente y significativo en la reducción de las dimensiones centrales del burnout.⁽²⁹⁾ Esto sugiere que las intervenciones personalizadas y reflexivas pueden ser particularmente potentes.

Las intervenciones basadas en la atención plena o mindfulness han sido ampliamente estudiadas. Un metaanálisis de 2024 que abarcó 27 estudios y 2,506 participantes confirmó su efectividad a corto plazo, con una reducción moderada del burnout (Diferencia de Medias Estandarizada, DME = -0,44), y efectos grandes en la reducción de la ansiedad (DME = -0,68) y el estrés (DME = -0,76).⁽³⁰⁾ Sin embargo, este mismo metaanálisis reveló una efectividad diferenciada: los efectos sobre el burnout no fueron significativos para los médicos como grupo único (DME = -0,34), pero sí lo fueron para las enfermeras y en poblaciones mixtas de personal de salud.^(30,31) Además, un hallazgo preocupante es la falta de sostenibilidad de los efectos sobre el burnout a largo plazo (seguimiento > 1 mes), donde el DME se redujo a 0,05, no siendo estadísticamente significativo.⁽³⁰⁾ Esto subraya la necesidad de implementar estrategias de refuerzo o de integrar el mindfulness en la cultura organizacional de forma continua.⁽³²⁾

Otras revisiones sistemáticas han confirmado la eficacia de diversas intervenciones para reducir el burnout en enfermeras, incluyendo programas de ejercicio, musicoterapia y educación sobre el manejo del estrés.⁽²⁷⁾ Sin embargo, la calidad de la evidencia es a menudo baja o moderada, con un alto riesgo de sesgo en muchos

estudios, como la falta de cegamiento y altas tasas de abandono.⁽²⁹⁾ La tabla 4 resume la efectividad de los principales tipos de intervención, y la figura 3 compara el tamaño del efecto del mindfulness en diferentes resultados de salud mental.

Tabla 5. Efectividad de Intervenciones Preventivas por Tipo			
Tipo de Intervención	Medida de Efecto	Resultado Cuantitativo	Población/Fuente (Año)
Coaching/Asesoramiento	-	Principal impulsor de mejoras en AE y DP	Médicos / Haslam et al. ⁽²⁹⁾
Mindfulness (Global)	DME	-0,44 (IC 95 %: -0,74 a -0,13) en Burnout	Personal de salud / Ong et al. ⁽³⁰⁾
Mindfulness (Enfermeras)	DME	-1,18 en Estrés, -1,14 en Depresión	Enfermeras / Ong et al. ⁽³⁰⁾
Mindfulness (Médicos)	DME	-0,34 (No significativo) en Burnout	Médicos / Ong et al. ⁽³⁰⁾
Intervenciones en Médicos (General)	DM	-1,11 en Agotamiento Emocional	Médicos / Haslam et al. ⁽²⁹⁾
Intervenciones en Enfermeras (Varias)	-	Efectos positivos en burnout	Enfermeras / Barton et al. ⁽²⁷⁾



Fuente: Adaptado de Ong et al.⁽³⁰⁾

Figura 4. Comparación de Efectividad de Intervenciones Basadas en Mindfulness

DISCUSIÓN

Hallazgos claves

Esta revisión sistemática consolida la evidencia de que el síndrome de burnout es una crisis ocupacional endémica en el sector de la salud, no un conjunto de casos aislados.^(9,20) El hallazgo principal es una prevalencia global de burnout del 39 % entre el personal sanitario, con picos de hasta el 59,5 % en enfermería durante la pandemia.^(8,10) Un segundo hallazgo clave es la robusta asociación del burnout con factores de riesgo organizacionales, donde el acoso laboral (OR hasta 15,01), la baja satisfacción laboral (OR 5,05) y el alto estrés percibido (OR 4,21) emergen como los predictores más potentes.⁽²¹⁾ Finalmente, aunque las intervenciones individuales como el coaching y el mindfulness muestran una eficacia moderada a corto plazo (DME -0,44), su efecto tiende a no ser sostenible si no se combina con cambios a nivel institucional.^(29,30)

Interpretación de los Resultados

La alta prevalencia encontrada^(8,10) y su marcada tendencia ascendente durante la pandemia⁽¹²⁾ confirman

que el burnout es un problema sistémico y no una falla individual. Estos resultados son consistentes con la literatura internacional, que ya alertaba sobre la magnitud del problema, pero esta síntesis aporta una cuantificación actualizada y subraya el impacto desproporcionado en ciertos colectivos como el personal de enfermería y médicos de primera línea.^(10,12,15) La razón de esta vulnerabilidad radica en la exposición directa y continua a una alta demanda emocional, sobrecarga de trabajo y situaciones de vida o muerte, factores que se exacerbaban durante la crisis sanitaria.^(17,23)

El hallazgo más significativo es el rol preponderante de los factores organizacionales, lo que contrasta con enfoques más antiguos centrados en la resiliencia individual. La fortaleza de la asociación con el acoso y la insatisfacción laboral⁽²¹⁾ alinea nuestros resultados con los de West et al.⁽²²⁾ y De Hert⁽¹⁵⁾, quienes argumentan que el burnout es un indicador de disfunción organizacional. Esto significa que el agotamiento no es simplemente una consecuencia del estrés, sino una respuesta a un entorno laboral tóxico. La heterogeneidad en la prevalencia entre especialidades^(12,15) y contextos geográficos, como los documentados en Latinoamérica,^(16,18,34) refuerza la idea de que las condiciones locales y la cultura de trabajo son los principales mecanismos que modulan el riesgo.

Implicaciones

La implicación más importante de este trabajo es la necesidad de un cambio de paradigma: de la culpabilización del individuo a la responsabilidad institucional. Si el burnout es un problema organizacional, las soluciones deben serlo también. Esto implica que las instituciones sanitarias deben ir más allá de ofrecer talleres de mindfulness y empezar a implementar políticas de tolerancia cero contra el acoso, mejorar la dotación de personal, optimizar los flujos de trabajo y crear un clima laboral que promueva el bienestar.^(15,20) Abordar el burnout es un imperativo para la seguridad del paciente, ya que la evidencia lo vincula directamente con un aumento de los errores médicos y una peor calidad de la atención.^(31,33) Además, ignorar el problema tiene un alto costo económico asociado a la rotación de personal.⁽²⁵⁾

Otra implicación práctica es la necesidad de estandarizar las herramientas diagnósticas. La variabilidad en la prevalencia reportada por el MBI, CBI y OLBI^(8,26,27,28) dificulta la comparación entre estudios y la formulación de políticas basadas en evidencia. La superioridad psicométrica del OLBI⁽²⁸⁾ y la practicidad del CBI abreviado^(27,34) sugieren que es momento de avanzar hacia un consenso en la medición.

Limitaciones

Este estudio posee varias limitaciones que deben ser consideradas. Primero, la alta heterogeneidad estadística ($I^2 > 99\%$) en los metaanálisis incluidos⁽⁸⁾ indica que los resultados de los estudios primarios son muy dispares, lo que dificulta la generalización de una única cifra de prevalencia. Esta variabilidad se debe a diferencias en las poblaciones, los instrumentos de medida y los contextos geográficos. Segundo, la mayoría de los estudios incluidos son de diseño transversal, lo que permite identificar asociaciones pero no establecer causalidad. Por ejemplo, no es posible determinar si la insatisfacción laboral causa burnout o si el burnout conduce a la insatisfacción. Tercero, existe un posible sesgo de publicación, ya que los estudios con resultados positivos o alarmantes tienen más probabilidades de ser publicados. Finalmente, aunque se incluyeron estudios de alta calidad metodológica, la falta de un “gold standard” para el diagnóstico del burnout^(28,35) es una limitación inherente al campo de investigación que afecta a todos los estudios sobre el tema, incluido este incluido.

CONCLUSIONES

El síndrome de burnout en el personal de salud es una crisis multifactorial con una alta prevalencia a nivel global, exacerbada por la pandemia de COVID-19. La evidencia cuantitativa demuestra que factores organizacionales como el acoso y la insatisfacción laboral son determinantes clave, lo que exige un cambio de enfoque desde la culpabilización individual hacia la responsabilidad institucional. Aunque existen herramientas diagnósticas validadas, la falta de un estándar de oro dificulta la comparación de datos. Las intervenciones actuales, como el coaching y el mindfulness, muestran una eficacia moderada y deben ser parte de una estrategia integral que incluya mejoras en el entorno laboral.

Se recomienda a las instituciones de salud implementar programas de monitoreo de la salud mental, fomentar culturas de trabajo positivas y ofrecer intervenciones basadas en la evidencia. La investigación futura debe centrarse en la estandarización de las métricas de burnout, el estudio de la sostenibilidad a largo plazo de las intervenciones y el análisis de costo-efectividad de los programas de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osorio-Ordoñez CC, Ponce-Palacios Z. Explorando el vínculo entre el estrés, la satisfacción laboral y el agotamiento en trabajadores del campo. Poliantea. Revista Poliantea. 2023;18(1). <http://dx.doi.org/10.15765/pata.v18i1.3959>

2. Cano-García M, Ruiz-Blandón DA, Vergara-Velez I, Chaverra-Gil LC. Impacto del estrés laboral en el bienestar psicológico del personal de un hospital público de medellín, Colombia. *Ciencia y enfermería*. 2023;29. <http://dx.doi.org/10.29393/ce29-31ienv50031>
3. López MC, Morales HL, Lombardero L, Sosa J, Iturburu G, Deleonardis J, Crupkin AC, Menone M. Del desgaste mental al agotamiento celular. Estudio preliminar de la relación entre estrés psicológico y estrés oxidativo. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*. 2024;16(3):199-200. <https://psykebase.es/servlet/articulo?codigo=9833432>
4. Alonso Rodríguez S. Análisis de la relación entre el estrés laboral, la inteligencia emocional, y el síndrome de burnout. 2025. <https://n9.cl/ozqh8f>
5. Veloz Salgado DA, Rivera Pilataxi SM. Trastornos emocionales del personal de enfermería antes situaciones laborales estresantes. 2024. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/13494>
6. Lucas Oliver E, Tárraga López PJ, Tárraga Marcos A. Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2023 Sep;8(3):568-85. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4909>
7. Avila Vera JL. Estrategias de prevención del estrés laboral en el personal de salud: revisión de alcance 2018-2022. *Pentaciencias*. 2023;5(3):719-32. <http://dx.doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i3.605>
8. Nagarajan R, Ramachandran P, Dilipkumar R, Kaur P. Global estimate of burnout among the public health workforce: a systematic review and meta-analysis. *Hum Resour Health*. 2024;22(1):30. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-024-00917-w>
9. Cunningham TR, Chosewood LC, Davis JG, Rochel de Camargo K. Health worker mental health: Addressing the current crisis and building a sustainable future. *Am J Public Health*. 2024;114(S2):132-3. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2024.307586>
10. Fekih-Romdhane F, Harb F, Al Banna S, Obeid S, Hallit S. Prevalence and risk factors of burnout symptoms among nurses during the COVID-19 pandemic: an updated systematic review and meta-analysis. *Hum Resour Health*. 2025;23(1):48. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-025-01012-4>
11. Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2021;77(8):3286-302. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14839>
12. Mohr DC, Elnahal S, Marks ML, Derickson R, Osatuke K. Tendencias del síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios estadounidenses. *JAMA Netw Open*. 2025;8(4):e255954. <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.5954>
13. Liu N, Plouffe RA, Liu JJW, Nouri MS, Saha P, Gargala D, et al. Determinants of burnout in Canadian health care workers during the COVID-19 pandemic. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2351782. <http://dx.doi.org/10.1080/2008066.2024.2351782>
14. Maunder RG, Heeney ND, Jeffs LP, Wiesenfeld LA, Hunter JJ. A longitudinal study of hospital workers' mental health from fall 2020 to the end of the COVID-19 pandemic in 2023. *Sci Rep*. 2024;14(1):26137. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-024-77493-5>
15. De Hert S. Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local Reg Anesth*. 2020;13:171-83. <http://dx.doi.org/10.2147/LRA.S240564>
16. Ancco Choquecondo RD, Calderón Paniagua DG, Quispe Vilca GR, Pacompia Toza JF, Quispe Vilca J del R. Síndrome de burnout y desempeño laboral en el sector salud del Perú. *Revista Vive*. 2023;6(17):491-502. <http://dx.doi.org/10.33996/revistavive.v6i17.240>
17. Acosta-Román M, Saldaña-Chafloque CF, Poma-Poma DI, Olivas-Alvarez AB, Nieva-Villegas LM. Estrés laboral en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de la sierra peruana. *Revista Vive*. 2023;6(18). <http://dx.doi.org/10.33996/revistavive.v6i18.265>

18. Martinez Jines SM, Chantong Cabrera KL, Naranjo Rios EL, Parra Martinez JC. Estudio del Burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud en un hospital en Ecuador. *Revista Vive*. 2024;7(21):909-20. <http://dx.doi.org/10.33996/revistavive.v7i21.348>
19. Batanda I. Prevalence of burnout among healthcare professionals: A survey at fortportal regional referral hospital. *Research Square*. 2023. <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-3714233/v1>
20. Sipos D, Goyal R, Zapata T. Abordando el síndrome de burnout en el personal sanitario: realidades actuales y estrategias de mitigación. *Lancet Reg Health Eur*. 2024;42(100961):100961. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100961>
21. Amiri S, Mahmood N, Mustafa H, Javaid SF, Khan MA. Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: A global systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(12):1583. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph21121583>
22. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516-29. <http://dx.doi.org/10.1111/joim.1275>
23. Hernández Baquero DM. Revisión sistemática sobre la percepción del estrés laboral en profesionales de enfermería que laboran en consulta externa: Análisis del contexto latinoamericano y en Ecuador. *Revista Vive*. 2025;8(23):532-51. <http://dx.doi.org/10.33996/revistavive.v8i23.395>
24. Veliz Huanca FS, Mucha López DC, Guzmán Meza ME. Trabajo remoto, estrés percibido y salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista Vive*. 2024;7(21):894-908. <http://dx.doi.org/10.33996/revistavive.v7i21.347>
25. Kelly LA, Gee PM, Butler RJ. Impact of nurse burnout on organizational and position turnover. *Nurs Outlook*. 2021;69(1):96-102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.008>
26. Yslado Méndez RM, Sánchez-Broncano J, De La Cruz-Valdiviano C, Quiñones-Anaya I, Reynosa Navarro E. Propiedades psicométricas del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales de la salud, Región Ancash, Perú. *F1000Res*. 2023;12:1253. <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.139258.2>
27. Barton MA, Lall MD, Johnston MM, Lu DW, Nelson LS, Bilimoria KY, et al. Fiabilidad y validez de un inventario abreviado de agotamiento profesional de Copenhague mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2022;3(4):e12797. <http://dx.doi.org/10.1002/emp2.12797>
28. Shoman Y, Marca SC, Bianchi R, Godderis L, van der Molen HF, Guseva Canu I. Propiedades psicométricas de las medidas de burnout: una revisión sistemática. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021;30(e8):e8. <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796020001134>
29. Haslam A, Tuia J, Miller SL, Prasad V. Systematic review and meta-analysis of randomized trials testing interventions to reduce physician burnout. *Am J Med*. 2024;137(3):249-257.e1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.10.003>
30. Ong NY, Teo FJJ, Ee JZY, Yau CE, Thumboo J, Tan HK, et al. Efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness en el bienestar del personal sanitario: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Gen Psychiatr*. 2024;37(3):e101115. <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2023-101115>
31. Wang Q, Wang F, Zhang S, Liu C, Feng Y, Chen J. Effects of a mindfulness-based interventions on stress, burnout in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2023;14:1218340. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2023.1218340>
32. Dionicio-Escalante E-R, Mendez-Vergaray J, Flores E. Estrategias de afrontamiento al síndrome de burnout en médicos-docentes universitarios en postpandemia. *Revista Vive*. 2023;6(18):780-801. <http://dx.doi.org/10.33996/revistavive.v6i18.263>
33. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeiffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Agotamiento profesional en enfermería y seguridad, satisfacción y calidad de la atención del paciente: Una revisión sistemática y un metaanálisis. *JAMA Netw Open*. 2024;7(11):e2443059. <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>

34. Gea Izquierdo E. Neumonía: La pandemia ignorada. Revista Vive. 2021;4(12):437-42. <http://dx.doi.org/10.33996/revistavive.v4i12.104>

35. Tenesaca Serpa A, Andrade Campoverde D. Genes implicados en la gravedad de la infección por SARS-cov- 2. Revista Vive. 2021;4(11):305-18. <http://dx.doi.org/10.33996/revistavive.v4i11.95>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Mario Heimer Flórez Guzmán.

Curación de datos: Juan José García Sarria.

Análisis formal: Mario Heimer Flórez Guzmán.

Investigación: David Max Olivares Álvares.

Metodología: David Max Olivares Álvares.

Administración del proyecto: Leibniz Huxlay Flórez Guzmán.

Recursos: Leibniz Huxlay Flórez Guzmán.

Software: Mario Heimer Flórez Guzmán.

Supervisión: David Max Olivares Álvares.

Validación: Juan José García Sarria.

Visualización: Mercy Lilliana Borbón Hoyos.

Redacción - borrador original: David Max Olivares Álvares.

Redacción - revisión y edición: Mercy Lilliana Borbón Hoyos.