



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZONA MEDIA**



**Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado
Crítico**

TESINA

Título:

**Guía de intervención para prevenir el Síndrome de Burnout en el
profesional de enfermería en Cuidado crítico**

P R E S E N T A

**Licenciada en Enfermería
América Lizett Cruz Ceballos**

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada
con Énfasis en Cuidado Crítico**

**DIRECTORA DE TESINA
Dra. Minerva**

San Luis Potosí

Marzo 2026



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
CON ÉNFASIS EN CUIDADO CRÍTICO**

Título:

**Guía de intervención para prevenir el Síndrome de Burnout en el
profesional de enfermería en Cuidado crítico**

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Crítico

Presenta:

Licenciada en Enfermería América Lizett Cruz Ceballos

Directora

Dra. Minerva García Rangel

San Luis potosí, S.L.P Marzo, 2026



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ FACULTAD
DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN UNIDAD DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
CON ÉNFASIS EN CUIDADO CRÍTICO, QUIRÚRGICO, PEDIÁTRICO,
GERONTO- GERIÁTRICO, SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

Título:

**Guía de intervención para prevenir el Síndrome de Burnout en el
profesional de enfermería en Cuidado crítico**

Tesina

para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Crítico

Presenta:

Licenciada en Enfermería América Lizett Cruz Ceballos

Sinodales

**Dra. Martha Imelda Maldonado
Cervantes
Presidenta**

Firma

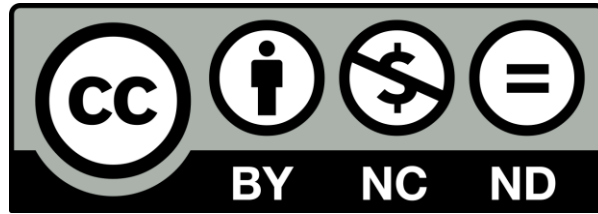
**Dr. Jesús Ramón Castillo Hernández
Secretario**

Firma

**Dra. Minerva García Rangel
Vocal**

Firma

San Luis Potosí, S.L.P Marzo, 2026



Guía de intervención para prevenir el Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería en Cuidado crítico © 2026 by América Lizett Cruz Ceballos is licensed under CC BY-NC-ND 4.0.

Agradecimientos

Quiero comenzar estos agradecimientos con quienes han sido el pilar más firme en mi vida: mis padres. Ellos han sido, y siempre serán, mi fuente de apoyo incondicional. No importa la circunstancia, siempre han estado ahí, alentándome a seguir adelante, a creer en mí y a luchar por mis sueños. Su esfuerzo constante por brindarme las mejores herramientas para construir mi futuro es algo que valoro profundamente. Gracias por su amor, por su paciencia, por sus palabras de aliento y por enseñarme que, con dedicación y fe, todo es posible. Sin ustedes, cada una de mis metas no habría tenido el mismo sentido ni la misma fuerza.

A mis hermanos, gracias por ser mi refugio emocional, por escucharme en los momentos de duda, por compartir conmigo su cariño sin importar las adversidades. Su presencia ha sido un impulso constante para ser mejor, y sus palabras de orgullo hacia mí han sido un bálsamo en los días difíciles. Saber que están orgullosos de mí me llena el corazón y me motiva a seguir creciendo.

A mi familia en general, gracias por creer en mí, por brindarme su cariño de mil maneras, incluso en los gestos más pequeños que, aunque parezcan insignificantes, han tenido un impacto enorme en mi camino. Su apoyo ha sido constante, silencioso a veces, pero siempre presente y valioso.

A mi directora de tesina, Minerva García Rangel, mi más sincero agradecimiento. Su guía, paciencia y compromiso fueron fundamentales para la realización de este trabajo. Más allá de lo académico, la aprecio y estimo profundamente. Su acompañamiento fue un faro en los momentos de incertidumbre, y su confianza en mí me dio la seguridad que necesitaba para avanzar.

Y no puedo dejar de agradecer a mis amigos, quienes estuvieron conmigo durante este importante lapso. Su compañía, sus palabras de aliento, sus

bromas en los momentos tensos y, sobre todo, el orgullo que expresaron por mis logros, fueron profundamente enriquecedores. Gracias por estar ahí, por celebrar conmigo cada pequeño avance, por recordarme que no estaba sola y que este camino también se recorre con amistad y afecto.

A todos ustedes, gracias. Este logro no es solo mío, es también de quienes me han acompañado, impulsado y sostenido. Cada palabra, cada gesto, cada abrazo ha dejado una huella en este proceso, y por eso, este agradecimiento es para ustedes.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. JUSTIFICACIÓN	5
III. OBJETIVOS.....	9
3.1. Objetivo general	9
3.2. Objetivos específicos.....	9
IV. METODOLOGÍA	11
V. MARCO TEÓRICO	13
5.1. Unidades de cuidado crítico	13
5.1.1. Paciente crítico	13
5.1.2. Enfermera especialista en cuidado crítico.....	15
5.1.3. Historia de las unidades de cuidado intensivo.....	16
5.1.4. Características físicas de las unidades de cuidado crítico.....	19
5.2. Síndrome de Burnout	23
5.2.1. Definición y origen del término Burnout	25
5.2.3. Dimensiones del burnout	29
5.2.4. Manifestaciones clínicas.....	30
5.2.5. Enfermería en cuidado crítico con riesgo de burnout	33
5.2.6. Factores que contribuyen a la aparición del Burnout.....	34
5.2.7. Impacto del Burnout en la salud de las profesionales de enfermería	40
5.3. Estrategias de prevención y manejo	42
5.3.1. Escala Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)	42
5.3.2. Estrategias individuales.....	44
5.3.3. Estrategias organizacionales/institucionales	45
5.3.4. Guía de intervención	47
VI. RESULTADOS	49
VII. DISCUSIÓN	50
VIII. CONCLUSIONES	53
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
X. ANEXOS.....	65

9.1. Guía de intervención para prevenir el Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería en Cuidado crítico..... 65

I. INTRODUCCIÓN

Un concepto que ha tenido influencia en el área de psicología y medicina es el estrés, el cual es la suma de respuestas fisiológicas, principalmente hormonales, inducida como reacción a estresores, generándose una respuesta ante estímulos inespecíficos. Si esta activación se mantiene activa constantemente se presenta el síndrome general de adaptación, con todos los cambios y alteraciones funcionales, pudiendo progresar a daños morfológicos en el individuo. (1)

El humano se enfrenta a condiciones prolongadas de activación ante la lucha o huida, como es el caso del estrés generado por las condiciones laborales. Es en este contexto que se ha descrito el llamado síndrome de Burnout, fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974, el cual lo describió como “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por excesivas exigencias de energías, recursos personales o fuerza mental del trabajador”. Más tarde, Maslach y Jackson profundizaron en dicho concepto, desde una perspectiva tridimensional caracterizada por agotamiento mental y físico, despersonalización; insatisfacción profesional y descenso en la productividad; y sentirse incapaz de cumplir las exigencias establecidas. (1,2)

La palabra “burnout” viene del inglés y quiere decir “estar quemado”. Es considerado el agotamiento mental que padece una persona cuando se siente emocional, física y mentalmente exhausto o “quemado” como consecuencia de una sobrecarga de trabajo, derivada de las jornadas laborales, la cantidad de actividades, lo complicado del trabajo, entre otros. (2)

El síndrome de Burnout afecta elementos de las dimensiones psicológica, social y física relacionados con el trabajo, deteriorando la calidad de vida.

Suele experimentarse una sensación de cansancio la cual se ve reflejada en la autorrealización, emocional, e interpersonalmente de los trabajadores. Se han documentado numerosos abandonos laborales, trayendo consigo repercusiones tanto a nivel individual como organizacional. En lo individual suelen desarrollarse sentimientos de incompetencia de los empleados, lo que no permite un buen desarrollo de la labor profesional, generando altos niveles de frustración. En cuanto a lo organizacional, existe una disminución de la eficacia y calidad del servicio prestado, baja productividad, deserción y rotación continua del talento humano, implicando así mayores esfuerzos en procesos de selección y capacitación. (3,4)

El objetivo es desarrollar una guía de intervención para prevenir el Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería en cuidado crítico, aportando estrategias efectivas que respondan a las exigencias físicas, emocionales y psicológicas propias de este entorno laboral. Esta guía busca no solo ofrecer herramientas prácticas para mejorar el bienestar del personal de enfermería, sino también constituirse como un punto de partida para futuras investigaciones que evalúen su efectividad y permitan su perfeccionamiento. Dado que actualmente no existe una guía específica orientada a la prevención del Burnout en el ámbito del cuidado crítico de la enfermería, este trabajo representa una contribución original que podría abrir camino a nuevas líneas de estudio e intervención en el campo de la salud ocupacional.

II. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de Burnout cobró relevancia durante la pandemia por COVID-19, visibilizando la significativa sobrecarga de trabajo del personal de enfermería. Sin embargo, a pesar de la atención que recibió durante esa crisis sanitaria, actualmente se ha observado una disminución en la producción de investigaciones relacionadas. El personal de enfermería mantiene un contacto directo y constante con los pacientes, lo cual conlleva a presentar altos niveles de estrés, afectando negativamente su salud física y psicológica. No obstante, a pesar de su impacto, no se le ha otorgado la importancia que merece, lo cual ha derivado en que muchas enfermeras opten por abandonar la profesión y buscar oportunidades en entornos menos demandantes física y emocionalmente. (5)

En el ámbito internacional, Aquino, Ribeiro y Martins (2021), en su estudio "Síndrome de Burnout: repercussões na saúde do profissional de Enfermagem", señalan que, debido a la carga de trabajo y la prisa, las enfermeras pueden no percatarse de que están enfermando, lo cual puede agravar los síntomas y tener repercusiones tanto en su calidad de vida como en su desempeño laboral. Asimismo, destacan que los cambios en el entorno laboral son fundamentales y que los directivos deben procurar brindar apoyo psicológico y condiciones laborales de calidad. (6)

Por su parte, Dos Santos (2024), en "Burnout em profissionais de saúde: uma revisão das definições, fatores de risco e estratégias de prevenção", indica que la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo institucional y el miedo al contagio durante la pandemia de COVID-19 fueron factores relevantes en el aumento del síndrome de Burnout. La salud mental de los profesionales, así como la calidad de atención que brindan, se ven comprometidas por el agotamiento emocional y la despersonalización. Por lo tanto, resulta necesario comprender los factores de riesgo y las

repercusiones del Burnout, con el objetivo de diseñar intervenciones efectivas que aseguren el bienestar del personal de salud. (7)

En lo que se refiere al ámbito nacional, Álvarez y colaboradores (2023), en su estudio "Depresión y síndrome de Burnout en personal de salud durante la contingencia sanitaria por COVID-19", observaron una mayor prevalencia de Burnout y síntomas depresivos en el personal de salud durante la pandemia. La experiencia en epidemias sanitarias previas muestra que las manifestaciones psicosomáticas en el personal que atiende a los pacientes tienden a agravarse con el tiempo. El estudio concluye que es urgente atender la salud mental del personal y diseñar estrategias de protección y atención psicosocial dentro y fuera del ámbito laboral. (8)

Asimismo, Aguirre y colaboradores (2023), en "Factores psicosociales y sociodemográficos asociados con el desgaste profesional en médicos residentes de Sonora", encontraron que el 25.6% de los participantes presentaban un nivel alto de Burnout y el 51% presentaba agotamiento emocional severo. Concluyeron que los problemas en el manejo de impulsos, distorsiones de la realidad, cursar los primeros años de residencia y la falta de ejercicio físico están asociados con el agotamiento emocional, por lo que se requiere prestar especial atención a la salud física y mental de estos profesionales. (9)

En el estado mexicano de San Luis Potosí, Laris y colaboradores (2023), en "Burnout en personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 en un hospital público", realizaron un estudio transversal analítico con 96 enfermeros agrupados en dos categorías: a) personal de áreas COVID y b) personal no asignado a áreas COVID. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de Burnout entre ambos grupos, concluyendo que la experiencia de atender pacientes con COVID-19, así como el tipo de servicio, influyen directamente en la aparición del síndrome. (10)

En el ámbito local existe escasa investigación sobre el tema. Solo se encontraron tres trabajos. Rangel F. et al. (2010), en “Factores relacionados con el desarrollo de síndrome de Burnout en enfermeras mexicanas”, aplicaron el Maslach Burnout Inventory y un instrumento validado sobre factores de riesgo y protección. El 88.5% refirió agotamiento emocional moderado, el 9.6% elevado y el 1.9% bajo. La ausencia de pasatiempos se relacionó con las tres esferas del síndrome, mientras que la incapacidad percibida influyó en el agotamiento y la despersonalización. Concluyeron que los factores personales se relacionan más con la incidencia del síndrome que los organizacionales.

Padrón S.D. (2012), en "Síndrome de Burnout y la relación con la autoeficacia en el personal de la clínica hospital ISSSTE de Rioverde, S.L.P.", encontró que una parte significativa del personal presentaba bajo agotamiento emocional y despersonalización, así como una elevada realización personal. Se concluyó que la autoeficacia es una variable moduladora del síndrome de Burnout. (11)

Morales C.V. (2020), en “Prevalencia de síndrome de Burnout en personal de enfermería en dos instituciones de salud, una pública y otra privada en Rioverde, S.L.P.”, reportó una prevalencia de 12.9% en la institución pública y 13.6% en la privada. A pesar de que la prevalencia fue baja, se concluyó que es prioritario resolver este problema de salud, principalmente porque no hay consenso en los programas desarrollados para erradicarlo. (12)

Durante el servicio social se identificó que varias enfermeras y enfermeros se encontraban constantemente cansados, agotados y estresados. En general, atendían de tres a seis pacientes, o incluso más, durante su turno, lo cual dificultaba brindar un cuidado individualizado y de calidad. La necesidad de cumplir con todas las intervenciones asignadas generaba

que el trabajo se realizara con premura, aumentando así el riesgo de errores.

Se constató que parte del personal laboraba bajo contrato anual, sin acceso a vacaciones, a diferencia del personal de base. Asimismo, los horarios no eran fijos y se rotaban de manera constante entre distintos servicios, lo que incrementaba el nivel de estrés, ya que no todos se sentían hábiles en determinadas áreas; además, una mala praxis podía derivar en consecuencias legales. También se observó la ausencia de un área de descanso adecuada; durante la hora de comida, el personal ingería sus alimentos rápidamente o, en ocasiones, no lo hacía debido a la acumulación de tareas pendientes.

Por lo anterior, se considera necesario el desarrollo de una guía de intervención aplicada específicamente en entornos de cuidado crítico, donde la sobrecarga emocional y física es más intensa y el riesgo de Burnout más elevado. Esta herramienta busca ofrecer estrategias prácticas basadas en evidencia científica. Se espera que su implementación contribuya al bienestar emocional y laboral del personal de enfermería, fortaleciendo la resiliencia profesional y mejorando la calidad del cuidado brindado al paciente. No obstante, será necesario evaluar su efectividad mediante estudios posteriores que analicen indicadores de salud mental y desempeño laboral.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Analizar los fundamentos teóricos, la evidencia científica y el contexto, relacionado con el Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería en unidades de cuidado crítico, con el propósito de sustentar el diseño de una guía de intervención estandarizada orientada a su prevención, mediante la identificación de factores de riesgo, valoración del estado emocional y laboral del personal, y la propuesta de estrategias psicoeducativas basadas en evidencia.

3.2. Objetivos específicos

- Describir las características de las unidades de cuidado crítico y el perfil del paciente crítico, para contextualizar el entorno laboral en el que se desempeña el personal de enfermería.
- Analizar la evolución histórica y las particularidades organizacionales de las unidades de cuidado intensivo, con el fin de comprender los factores estructurales que influyen en la aparición del síndrome de Burnout.
- Definir y examinar los componentes, manifestaciones clínicas y factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout, con el propósito de identificar las principales vulnerabilidades del personal de enfermería en áreas críticas y orientar la construcción de la guía de intervención.
- Revisar el impacto del Burnout en la salud, bienestar y desempeño del personal de enfermería, con el propósito de fundamentar la necesidad

de estrategias psicoeducativas y organizacionales que orienten el diseño de la guía de intervención.

- Explorar las estrategias de prevención y manejo descritas en la literatura científica y normativa vigente, incluyendo enfoques individuales, organizacionales e institucionales, con el propósito de seleccionar y adaptar las más relevantes para el diseño de una guía de intervención estandarizada orientada a la prevención del Burnout en enfermería crítica.
- Diseñar una propuesta de guía de intervención estandarizada, fundamentada en los hallazgos teóricos y contextuales, orientada a la prevención del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidado crítico.

IV. METODOLOGÍA

La presente investigación se desarrolló mediante una revisión bibliográfica con base en la propuesta de revisiones en investigaciones clínicas planteada por Hernández-Muñoz y colaboradores en el año 2022. Se divide en 5 etapas:

- **Primera etapa: definir una pregunta de revisión**

Se seleccionó el tema de interés a partir de una pregunta de revisión;

- ¿Cuáles son las estrategias de intervención con mayor sustento científico para conformar una guía para prevenir el Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería en una unidad de Cuidado crítico?

- **Segunda etapa: identificar las fuentes de información**

La búsqueda de fuentes de información fue en plataformas y base de datos reconocidas por su relevancia académica y científica, tales como: SciELO, MEDLINE, ELSEVIER, Scopus, Google Académico, Repositorio institución UASLP y UNAM, revistas, páginas de internet, entre otros.

- **Tercera etapa: establecer criterios de selección para la búsqueda**

Se estableció un intervalo no mayor a 6 años de publicación

Es importante señalar que se incorporaron dos artículos del ámbito local con una antigüedad mayor a seis años, debido a la relevancia teórica de su contenido. Asimismo, se integraron Normas Oficiales Mexicanas cuya última actualización se encuentra fuera del intervalo de tiempo establecido.

- **Cuarta etapa: delimitar una adecuada estrategia de búsqueda**

Se delimitó la búsqueda utilizando los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) esto propició una búsqueda concisa en cada base de datos. Se seleccionaron artículos que versaron sobre el tema de interés. Se utilizaron

operadores booleanos en las plataformas con términos como “nursing OR critical care”, “Signs and Symptoms OR Health Impact Assessment”, “burnout AND nursing”, “Health Strategies and Burnout” para ampliar la búsqueda a términos relacionados. De igual forma, se excluyeron estudios no relevantes mediante el operador NOT, como es el caso de “burnout NOT medical” con el propósito de solo obtener información centrada en enfermería, por lo que se priorizó la publicación en revistas disciplinares. Se determinó los idiomas preferentes español, inglés y portugués. Se excluyeron artículos duplicados, textos con un enfoque que no esté directamente relacionado y estudios sin acceso a texto completo.

- **Quinta etapa: clasificar y sistematizar la información encontrada**

Se integró la información relevante de manera estructurada, coherente y adecuada, con base a los hallazgos se desarrolló una propuesta de guía de atención para el personal de enfermería con Burnout, estructurada a partir de las recomendaciones y evidencias encontradas en la revisión bibliográfica. Esta guía incluye estrategias específicas orientadas a la prevención y del síndrome de Burnout en enfermería crítica. Con base a los objetivos de investigación fue organizada la información, lo que permitió una comprensión ordenada y coherente de los datos obtenidos, facilitando así su análisis e interpretación. (13)

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Unidades de cuidado crítico

Es fundamental comprender qué implica la atención de un paciente crítico y reconocer el contexto histórico que dio origen a las unidades de cuidado crítico, así como las características que las distinguen. En este sentido, se presentará de manera breve el proceso de surgimiento de dichas unidades y se expondrán sus elementos más representativos.

5.1.1. Paciente crítico

El paciente crítico puede definirse como aquel cuya condición clínica implica alteraciones en una o más funciones vitales, lo que representa un riesgo potencial o real para su vida. Si bien esta definición es clara y directa, se enfoca exclusivamente en el aspecto físico del individuo, sin considerar otras dimensiones que también lo constituyen como un ser integral y multidimensional.

En el ámbito de la enfermería, aunque la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) se centra en la dimensión física, resulta fundamental no perder de vista los factores psicológicos, sociales, culturales, espirituales y emocionales que influyen en la gravedad del paciente. Por ello, adoptar una perspectiva holística permite comprender al paciente crítico desde una visión más amplia y compleja. (14)

Ahora bien, dentro de la atención de pacientes críticos pueden identificarse distintos grupos según la gravedad de su condición y las posibilidades de recuperación. En primer lugar, se encuentran aquellos pacientes muy graves

e inestables, con potencial de recuperación, quienes requieren tratamientos intensivos y monitorización continua que no pueden realizarse fuera de una unidad especializada. En este grupo suelen incluirse los que necesitan soporte ventilatorio por insuficiencia respiratoria, administración de fármacos vasoactivos en estado de shock y vigilancia médica y de enfermería permanente, con el objetivo de lograr la mejoría clínica o preservar funciones orgánicas. (15)

En segundo lugar, se ubican los pacientes con enfermedades crónicas que desarrollan un cuadro agudo grave, potencialmente reversible, y que requieren seguimiento estrecho, monitorización intensiva y posibilidad de intervención clínica inmediata. En estos casos, el manejo suele ser amplio y sin restricciones terapéuticas, dado que la condición aguda puede revertirse con la atención adecuada.

Por otra parte, también se consideran los pacientes críticamente enfermos cuya probabilidad de recuperación es menor, ya sea por la presencia de comorbilidades significativas o por la naturaleza de la enfermedad aguda que presentan. Aunque pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar el cuadro, en ellos suelen establecerse límites terapéuticos, como la no intubación o la no realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar. (15,16)

Finalmente, existe un conjunto de pacientes para quienes la estancia en una unidad de cuidados críticos no ofrece beneficios claros. En algunos casos, se trata de personas clínicamente estables que no requieren cuidados intensivos, como quienes presentan insuficiencia cardíaca leve o sobredosis sin compromiso neurológico. En otros, se trata de pacientes con enfermedades terminales e irreversibles, con daño cerebral grave, fracaso multiorgánico en fase irreversible o cáncer metastásico sin respuesta a tratamiento, en quienes la atención se orienta principalmente hacia el cuidado paliativo. Asimismo, se incluyen aquellos que, por decisión propia, rechazan intervenciones invasivas y cuidados intensivos, así como quienes se encuentran en estado vegetativo

persistente o con diagnóstico de muerte cerebral sin posibilidad de donación de órganos. (16)

5.1.2. Enfermera especialista en cuidado crítico

El cuidado intensivo ha mostrado un crecimiento sostenido, no solo en el ámbito tecnológico, sino también en el perfeccionamiento, capacitación y actualización continua de los profesionales que lo ejercen.

Las especialidades de enfermería comenzaron a consolidarse a inicios del siglo XX, con la Enfermería en Salud Pública como una de las primeras áreas reconocidas. Desde entonces, su desarrollo ha sido acelerado, impulsado por las crecientes demandas de salud, la generación de nuevos conocimientos, los avances tecnológicos y el fortalecimiento de la profesión. (17)

La especialización en enfermería para la atención del paciente crítico constituye un campo relativamente reciente, cuyo propósito es profundizar en las competencias necesarias para este entorno altamente complejo. La pandemia por COVID-19 evidenció de manera clara la necesidad de contar con formación específica en esta área, así como la escasez de profesionales capacitados, lo que subraya la urgencia de un crecimiento rápido y sostenido en esta disciplina.(18,19)

El profesional de enfermería especializado en el cuidado del paciente crítico se ha convertido en un recurso esencial dentro del sistema sanitario, capaz de atender la elevada frecuencia de procesos cardiovasculares, traumatismos y situaciones de urgencia. Esta evolución ha estado acompañada por un notable progreso tecnológico y una mejora significativa en la efectividad de la atención, lo que ha permitido alcanzar importantes retos en la respuesta rápida y oportuna al paciente crítico.

En cuanto al aspecto laboral, durante el primer trimestre de 2025 la fuerza de trabajo de enfermeras especialistas en México fue de aproximadamente 4.33 mil personas, con un salario promedio de \$18.7 mil MX mensuales y una jornada cercana a las 28.2 horas semanales. La edad promedio fue de 45.4 años, con una distribución de 32.2% hombres (salario promedio de \$14.9 mil MX) y 67.8% mujeres (salario promedio de \$20.5 mil MX). Los mejores ingresos se registraron en Sonora (\$40 mil MX), Aguascalientes (\$34 mil MX) y Chiapas (\$30 mil MX), mientras que la mayor concentración laboral se observó en Nuevo León (498), Tabasco (491) e Hidalgo (430). (20)

La creciente demanda de servicios de salud exige que las enfermeras adapten sus competencias a distintos ámbitos y niveles de complejidad. El abordaje de pacientes críticos justifica la necesidad de desarrollar competencias especializadas en áreas como la seguridad del paciente, la prevención y vigilancia de infecciones nosocomiales, la ejecución de técnicas específicas, el manejo autónomo de medicación y el uso de nuevas tecnologías. (17,18)

5.1.3. Historia de las unidades de cuidado intensivo.

El origen de las unidades de cuidado crítico no está completamente definido; sin embargo, se considera que sus antecedentes se remontan a las guerras napoleónicas (1799–1815), cuando los heridos en combate eran evacuados en carretones al ser considerados graves pero recuperables. Este enfoque rudimentario de atención especializada marcó el inicio de una evolución que continuaría en conflictos posteriores.

Durante la Guerra de Crimea (1853–1856), Florence Nightingale propuso la creación de unidades hospitalarias destinadas exclusivamente al tratamiento de enfermos graves. Esta idea sentó las bases para el establecimiento de

espacios diferenciados dentro de los hospitales, orientados al cuidado intensivo. (21)

Más adelante, en 1940, el neurocirujano Walter Dandy agrupó a pacientes neuroquirúrgicos graves en una sala especial con el fin de mantenerlos bajo vigilancia estrecha. Este modelo de atención concentrada representó un paso importante hacia la formalización de las unidades de cuidado intensivo.

Tras la Segunda Guerra Mundial, en Alemania, surgieron las primeras Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) como respuesta a la necesidad de atender a pacientes en estado crítico. En ellas se desarrollaron salas de choque y áreas de recuperación postquirúrgica, además de incorporar avances significativos en ventilación mecánica, técnicas de reanimación, reemplazo renal, uso de antibióticos y monitoreo hemodinámico. (22)

Un punto de inflexión en la atención de pacientes graves ocurrió durante la epidemia de poliomielitis en la década de 1950. La implementación de traqueotomías y ventilación manual no solo permitió salvar vidas, sino que también sentó las bases para el desarrollo de la ventilación mecánica continua y prolongada.

En 1958, el Hospital Johns Hopkins, en Baltimore (EE. UU.), instauró el primer centro multidisciplinario de cuidados intensivos, consolidando así el concepto moderno de las UCIs. Este surgimiento fue consecuencia directa de los avances previos, que, aunque ocurrieron en distintos momentos históricos, aportaron elementos clave para la conformación de estas unidades tal como se conocen hoy. (21,22)

La evolución continuó con la creación de la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos en 1970 y, posteriormente, en 1978, con el reconocimiento formal de la especialidad médica denominada Medicina Intensiva.

El desarrollo de las UCIs marcó un hito en la medicina moderna. Estas unidades fueron diseñadas como respuesta a la creciente complejidad de las

enfermedades y al avance de tecnologías como el monitoreo hemodinámico invasivo, lo que permitió tratar a pacientes con afecciones graves sin importar su nivel de complejidad. Este cambio transformó radicalmente el enfoque del cuidado al paciente y redefinió el papel fundamental de la enfermería en estos entornos.(23)

En los países desarrollados, la rápida expansión de las UCIs se vio impulsada por la necesidad de contar con personal de salud altamente especializado. Esto motivó la creación de programas de formación avanzada, especialmente para enfermeras, quienes asumieron un rol más activo y decisivo en la atención crítica. (21)

En México, la práctica de las Unidades de Cuidados Intensivos comenzó con la implementación de un área destinada a la atención postoperatoria en el Instituto Nacional de Cardiología, seguida por la apertura de una sección para pacientes graves de medicina interna en el Hospital General de México, en noviembre de 1962. Posteriormente, en 1967, se estableció formalmente la Terapia Médica Intensiva, equipada con 10 camas para cuidados críticos, 10 camas para cuidados intermedios y un laboratorio de análisis clínico. Este avance se atribuye a Héctor Hugo Rivera Reyes, quien promovió la creación de la UCI desde su etapa como médico residente, hasta ser nombrado médico oficial adscrito en ese mismo año.

En 1968, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inauguró una UCI con capacidad para ocho pacientes, y ese mismo año se abrió otra unidad especializada en cuidados posquirúrgicos en el Hospital de la Cruz Roja. Durante la década de 1970, se consolidaron nuevas UCIs, tanto multidisciplinarias como enfocadas en áreas específicas. En este periodo, Mario Shapiro desempeñó un papel clave en el impulso del reconocimiento de los cuidados críticos y en la promoción de la formación de especialistas en medicina crítica a nivel nacional. (23)

5.1.4. Características físicas de las unidades de cuidado crítico

Los avances científicos y tecnológicos en el ámbito médico han incrementado significativamente las posibilidades de éxito en el manejo y tratamiento de pacientes en estado crítico agudo. Esta situación demanda una atención altamente especializada, basada en un enfoque integral que involucre de manera coordinada a todo el personal de salud que conforma las unidades de cuidados intensivos.

Uno de los principales propósitos en la atención de estos pacientes es que el equipo médico, conformado por profesionales de distintas disciplinas, logre mantener la estabilidad de las funciones vitales. Esto permite enfrentar de forma controlada los cambios fisiopatológicos que provocan la condición crítica, sin descuidar el tratamiento específico de la enfermedad que dio origen a dicha alteración.(24)

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos define a la Unidad de cuidados o terapia intensivos a el área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento. (25)

Existen dos criterios adicionales para la admisión de pacientes en las Unidades de Cuidados Críticos Intensivos (UCI), basados en el modelo adoptado por países como España, que siguen la clasificación del Department of Health del Reino Unido. Esta clasificación prioriza las necesidades clínicas del paciente por encima de los recursos disponibles en el hospital de ingreso.

Los niveles de atención se dividen en:

1. Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado, o bien soporte respiratorio básico acompañado del apoyo al menos dos sistemas orgánicos. Este grupo incluye a pacientes complejos con falla multiorgánica que necesitan cuidados intensivos especializados.
2. Pacientes que necesitan una vigilancia más estrecha o intervenciones frecuentes, incluyendo el soporte de un sistema orgánico; también se contempla a quienes requieren cuidados postoperatorios o provienen de niveles superiores de atención médica. (26)

En cuanto a la infraestructura debe cumplir con ciertas características:

- Accesibilidad: Ubicación cercana a cirugía, tococirugía, urgencias y hospitalización.
- Control de acceso: Filtro para visitantes con lavabo, jabón germicida, gel antibacterial y toallas desechables o sistema de secado.
- Dimensiones adecuadas: Puertas y pasillos amplios para tránsito de personal, pacientes y equipo médico.
- Cubículos funcionales:
 - ⇒ Espacio suficiente para cama, equipo de monitoreo y desplazamiento seguro del personal.
 - ⇒ Materiales lavables y resistentes en paredes, pisos y techos.
 - ⇒ Mínimo 16 contactos eléctricos grado médico por cubículo.
 - ⇒ Tomas fijas: 2 de oxígeno, 1 de aire comprimido, 2 de aspiración controlada y canastilla empotrada.
- Aislamiento: Al menos un cubículo para pacientes infectocontagiosos con ventilación independiente.
- Ubicación estratégica: Cubículos preferentemente alrededor de la central de enfermería.
- Central de enfermería:

- ⇒ Sistema de comunicación bidireccional y alarma conectado a cada cubículo.
 - ⇒ Cumplimiento con la Norma Oficial Mexicana correspondiente.
 - Energía eléctrica: Sistema ininterrumpido para garantizar funcionamiento de equipos médicos.
 - Ambiente controlado:
 - ⇒ Temperatura entre 24–28 °C.
 - ⇒ Humedad entre 30–60%, según la región.
 - ⇒ Circulación de aire mínima seis veces por hora y recambio de dos volúmenes por hora.
 - Instalaciones seguras: Salidas eléctricas y de gases accesibles y de fácil mantenimiento.
 - Higiene: Lavabos con insumos en área general y cubículos de aislamiento.
 - Áreas complementarias:
 - Espacios administrativos para personal médico y de enfermería.
 - Área de lavado de instrumental con tarja y zona de secado.
 - Superficie de acero inoxidable para preparación de medicamentos.
 - Sanitarios para el personal.
 - Almacén de equipos rodables con tomas eléctricas para recarga.
 - Cuarto séptico con tarja, mesa y repisas de acero inoxidable.
 - Sala de espera (propia o compartida) con servicios sanitarios.
- (27,28)

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa un espacio altamente especializado donde diversos profesionales de la salud colaboran estrechamente para atender a pacientes en estado crítico. La sinergia del equipo es fundamental para lograr una recuperación efectiva y garantizar el éxito terapéutico.

Cada integrante del equipo desempeña un rol específico, que abarca desde la supervisión médica hasta el acompañamiento nutricional y emocional. Para enfrentar los retos propios del entorno hospitalario, resulta indispensable una comunicación clara y una coordinación eficiente entre todos los involucrados.

El fortalecimiento de la formación profesional, la incorporación de tecnologías avanzadas y el respaldo psicológico al personal son elementos clave que pueden elevar el desempeño y bienestar del equipo que labora en la UCI.(24,29)

5.2. Síndrome de Burnout

Tras haber revisado las características de las unidades de cuidado crítico, la evolución histórica de estas áreas, el perfil del paciente crítico y el papel de la enfermera especialista resulta pertinente adentrarse en un fenómeno que impacta directamente en el desempeño y bienestar de estos profesionales: el síndrome de Burnout. Este apartado aborda de manera integral los fundamentos conceptuales y explicativos del síndrome, así como sus implicaciones en la práctica de enfermería en contextos de alta demanda, con el propósito de comprender su alcance y la necesidad de estrategias orientadas a su prevención.

5.2.1. Fisiología del estrés

La fisiología del estrés se comprende como un proceso dinámico en el que el organismo busca mantener la homeostasis frente a estímulos percibidos como amenazantes. La epigenética ha demostrado que las experiencias tempranas y los patrones de comportamiento aprendidos durante el desarrollo humano predisponen a una mayor sensibilidad frente a los estresores en la adultez, lo que explica por qué la respuesta al estrés no solo depende de la situación presente, sino también de la historia biológica y ambiental de cada individuo.

El estrés puede manifestarse de manera aguda, episódica o crónica, y aunque la intensidad y frecuencia varían entre personas, el mecanismo fisiológico subyacente es común. Este mecanismo se centra en el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HPA), donde el hipotálamo, al detectar un estresor, secreta la hormona liberadora de corticotropina (CRH). Esta señal estimula a la hipófisis anterior para liberar adrenocorticotropina (ACTH), que a su vez actúa sobre las glándulas suprarrenales, induciendo la secreción de cortisol. El cortisol, conocido como la hormona del estrés, cumple funciones esenciales para la adaptación, pero su exceso sostenido puede desencadenar alteraciones metabólicas, cardiovasculares e inmunológicas. El propio cortisol

regula su secreción mediante un mecanismo de retroalimentación negativa, evitando una activación innecesaria del eje, aunque este sistema puede fallar en condiciones de estrés crónico.

La respuesta al estrés involucra además al sistema simpático-adrenomedular (SAM), encargado de liberar epinefrina y norepinefrina desde la médula suprarrenal, lo que prepara al organismo para la clásica reacción de lucha o huida. Estas catecolaminas actúan sobre múltiples órganos diana, aumentando la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la disponibilidad de energía inmediata. En paralelo, el eje HPA asegura una respuesta más prolongada mediante la liberación de glucocorticoides. Otros sistemas endocrinos también participan: el eje tiroideo, que regula el metabolismo a través de T3 y T4, puede verse deprimido en situaciones de estrés crónico; y el eje vasopresinal, que mediante la hormona antidiurética contribuye a la regulación de la presión arterial y la osmolaridad, potenciando la respuesta cardiovascular al estrés.

Las vías de respuesta se organizan en tres niveles. La respuesta inmediata se caracteriza por la descarga rápida de catecolaminas, que actúan en segundos y preparan al cuerpo para movimientos bruscos y rápidos. La respuesta intermedia prolonga estos efectos mediante la secreción hormonal de la médula suprarrenal, cuyos niveles pueden mantenerse hasta por dos horas. Finalmente, la respuesta prolongada o crónica implica la activación sostenida de los ejes HPA, tiroideo y vasopresinal, lo que se asocia con la aparición de patologías como depresión, arterioesclerosis y disfunciones inmunológicas.

El impacto del estrés no se limita a la regulación fisiológica inmediata, sino que también afecta procesos superiores como la memoria. Investigaciones han demostrado que el estrés agudo puede mejorar la memoria episódica de experiencias emocionales, gracias a la interacción entre la amígdala y el hipocampo. Sin embargo, el estrés crónico reduce las ramificaciones dendríticas en las neuronas del hipocampo, inhibe la neurogénesis en el giro

dentado y disminuye el volumen hipocampal, lo que se traduce en alteraciones de la memoria a largo plazo. Existe una relación en forma de U invertida entre los niveles de cortisol y el rendimiento de la memoria: niveles moderados favorecen la consolidación, mientras que niveles muy altos o muy bajos la deterioran.

Otro aspecto relevante es la relación entre estrés y alimentación. La activación del eje HPA estimula la ingesta de alimentos, especialmente aquellos ricos en calorías, como una forma de afrontamiento. El cortisol interfiere con la acción de la leptina, hormona que inhibe el apetito, y potencia la actividad del neuropéptido Y (NPY), que promueve la ingesta y la acumulación de grasa. Este mecanismo favorece la deposición de grasa abdominal, un patrón particularmente nocivo por su asociación con enfermedades metabólicas y cardiovasculares. El consumo de alimentos, al reducir transitoriamente la percepción de estrés, refuerza el hábito de comer como estrategia de afrontamiento, lo que puede derivar en obesidad. (30,31)

5.2.1. Definición y origen del término Burnout

En 1967 se creó la primera Clínica Gratuita en Haight Ashbury, San Francisco, con el propósito de atender a la población indigente y joven que buscaba atención para problemas como infecciones, intoxicaciones por drogas, enfermedades venéreas, abscesos y problemas médicos generales. Posteriormente, en 1970, se abrió una clínica similar en Nueva York, y así sucesivamente se crearon más. En la tercera reunión del Consejo Nacional de Clínicas Gratuitas en 1973, se estimó que había alrededor de 300 clínicas gratuitas en Estados Unidos y Canadá, con una plantilla de 3,000 personas. Estas clínicas eran denominadas "gratuitas" porque no cobraban por la atención y funcionaban mediante donaciones y trabajadores voluntarios. A pesar de su dedicación y compromiso, estos voluntarios comenzaron a mostrar

signos de fatiga extrema, desmotivación y una notable disminución en su rendimiento laboral.(32,33)

Herbert Freudenberger, un psicólogo estadounidense, introdujo el concepto de síndrome de Burnout a mediados de los años 70 para describir un fenómeno caracterizado por la pérdida de energía y desmotivación laboral, acompañado de otros síntomas de depresión. Freudenberger observó que los profesionales que trabajaban con él en la clínica gratuita de Nueva York se volvían menos sensibles, poco empáticos y, en ocasiones, actuaban de forma agresiva con los pacientes, otorgando así un trato distanciado. Todas sus observaciones las publicó en un artículo titulado “Staff Burn-Out” en 1974. Freudenberger comprendió y percibió el síndrome basándose en su propia experiencia laboral, ya que trabajaba de 10 a 12 horas al día como psicoanalista en su consultorio privado y luego acudía a la clínica gratuita hasta la medianoche y, en ocasiones, por más tiempo. Es necesario señalar que el término “burn-out” era una expresión utilizada en el ámbito de las drogas ilícitas que coloquialmente se refería al “efecto devastador del abuso crónico de drogas”. Freudenberger no se considera el creador del término, ya que surgió de forma colectiva en la comunidad de los trabajadores de las clínicas gratuitas. Desde entonces, pero gracias a sus observaciones publicadas el término ha sido ampliamente estudiado. (2,34)

Aproximadamente una década después, Maslach y Jackson definieron el Burnout como un síndrome tridimensional de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Basándose en esto, desarrollaron un instrumento de evaluación denominado Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual contiene una serie de enunciados sobre sentimientos o pensamientos relacionados con la interacción laboral. Definieron el agotamiento emocional como el sentimiento de ya no poder dar más de sí mismo a nivel afectivo y físico. La despersonalización supone el desarrollo de sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo y

frialdad hacia las personas. En cuanto a la baja realización personal, se refiere a la predisposición de los profesionales a autoevaluarse negativamente, afectando la realización del trabajo y la relación con las personas que atienden. En conjunto, esto constituye el síndrome de Burnout, una situación cada vez más frecuente entre los profesionales que brindan atención directa y sostenida a las personas, provocando un agotamiento excesivo.(35)

5.2.2. Modelos teóricos explicativos del Burnout

La comprensión del síndrome de burnout ha dado lugar a múltiples modelos teóricos que lo explican como una respuesta secuencial al estrés laboral crónico. Estas propuestas, basadas principalmente en la psicología social y organizacional, coinciden en que el binomio persona-trabajo está mediado por variables como motivación, competencia, autoeficacia, despersonalización, culpa, entre otras, y que el agotamiento se desarrolla con el tiempo, generando consecuencias negativas.(36)

Entre los modelos más relevantes se encuentran:

- Harrison (1983): El burnout surge cuando la motivación y la percepción de eficacia disminuyen, afectando el rendimiento laboral.
- Pines (1993): Las personas altamente motivadas y comprometidas con su trabajo son más vulnerables al burnout si no logran sus objetivos o pierden el sentido existencial de su labor.
- Golembiewski et al. (1983): El síndrome se manifiesta en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, provocadas por sobrecarga laboral y roles poco definidos.

- Cherniss (1993): El burnout está vinculado a la falta de éxito percibido, afectando la autoestima, motivación y satisfacción. Introduce el concepto de autoeficacia percibida como factor modulador.
- Thompson, Page y Cooper (1993): Explican el síndrome a partir de la autoconciencia, discrepancias entre demandas y recursos, expectativas de éxito y autoconfianza.
- Buunk y Schaufeli (1993): En enfermería, el burnout tiene una doble causa: emocional y aptitudinal. Factores como incertidumbre, falta de equidad y control, junto con la ausencia de apoyo social, intensifican el síndrome.
- Hobfoll y Freedy (1993): El estrés surge cuando los recursos personales se perciben amenazados, afectando la seguridad y relaciones interpersonales.
- Cox, Kuk y Leiter (1993): El burnout es una forma específica de estrés laboral en profesionales de servicios humanos, donde el agotamiento emocional lleva a la despersonalización como mecanismo de defensa.
- Winnubst (1993): Enfatiza la influencia de la estructura organizativa, el clima laboral y el apoyo social. El burnout se origina en conflictos interpersonales y disfunciones del rol.
- Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995): Proponen un modelo estructural que considera factores personales, sociales y organizacionales como antecedentes del síndrome.
- Price y Murphy (1984) / Gil-Monte (2005): Introducen el papel de la culpa en el desarrollo del burnout. Algunos trabajadores aumentan su esfuerzo para compensar el remordimiento, lo que perpetúa el agotamiento y deteriora su salud y desempeño.

En conjunto, estos modelos ofrecen una visión integral del burnout, reconociendo que no solo se trata de una reacción física al estrés, sino de un

fenómeno complejo influido por factores psicológicos, sociales y organizacionales. (37,38)

5.2.3. Dimensiones del burnout

Como ya se mencionó el síndrome de burnout surge en el contexto de condiciones precarias de trabajo y se evidencia por un conjunto de signos y síntomas los cuales afectan la psicología del empleado. Tiene 3 componentes los cuales a continuación se describen:

- Agotamiento emocional:

Se manifiesta en la pérdida progresiva de motivación, irritabilidad y sensación de cansancio físico y mental. El profesional percibe temor ante la sobrecarga de trabajo y la presión constante. Este agotamiento refleja la disminución de los recursos emocionales, generando la vivencia subjetiva de no poder ofrecer más en el plano afectivo. Es considerado un componente central del síndrome de Burnout y puede expresarse mediante síntomas físicos y psicológicos.

- Despersonalización:

Se caracteriza por la aparición de actitudes negativas hacia los pacientes o usuarios del servicio, como insensibilidad y cinismo. En niveles moderados puede funcionar como un mecanismo de defensa, pero cuando se intensifica se convierte en una respuesta patológica. Se evidencia en un trato distante, frío, deshumanizado o incluso hostil. Esta insensibilidad emocional puede alterar la personalidad del profesional, generando cambios en su comportamiento.

- Baja realización personal:

Implica la tendencia a valorar el propio desempeño de manera negativa, con sentimientos de insuficiencia profesional, ineficacia e incompetencia. El

trabajador experimenta baja autoestima y descontento consigo mismo, lo que se traduce en una disminución de la satisfacción por las tareas realizadas. En consecuencia, se pierde el sentido de logro y placer al ejercer las actividades laborales. (39–41)

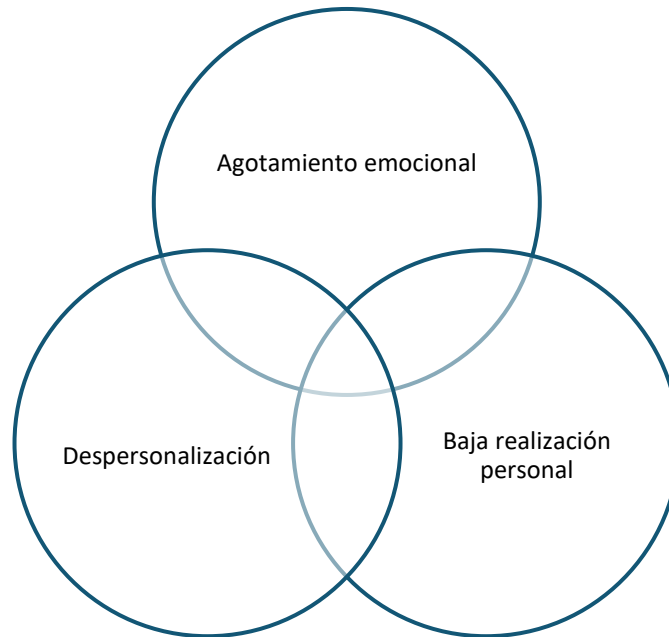


Figura 1. Dimensiones del Burnout
Elaboración Propia. Fuente: (40,41)

5.2.4. Manifestaciones clínicas

El síndrome de Burnout suele describirse de manera general, aunque en la práctica clínica se reconocen distintos subtipos que reflejan las particularidades de cada profesional y su entorno laboral.

Burnout frenético: se caracteriza por una exigencia creciente hacia el propio desempeño, que conduce al agotamiento. El trabajador busca alcanzar logros proporcionales a sus esfuerzos, impulsado por una ambición desmedida y la dificultad para reconocer sus limitaciones. Este subtipo se asocia con una marcada sobrecarga, donde la salud y la vida personal se ven comprometidas en la búsqueda de resultados laborales. Se relaciona con altos niveles de

agotamiento y con un estilo de afrontamiento activo, basado en dedicar largas jornadas o incluso asumir múltiples empleos, muchas veces motivados por la necesidad económica. El estrés surge principalmente de las expectativas elevadas y de la frustración ante la posibilidad de no cumplirlas.

Burnout sin desafíos: se manifiesta en la indiferencia y la falta de interés hacia las tareas, que se realizan de manera superficial y rutinaria. El profesional experimenta aburrimiento, ausencia de motivación y escaso desarrollo personal, lo que genera altos niveles de cinismo y desapego hacia el trabajo. Este subtipo suele presentarse en contextos donde predominan actividades repetitivas, como el llenado de informes o tareas administrativas, y se vincula con un estilo de afrontamiento evasivo, basado en la distracción o la evitación cognitiva.

Burnout desgastado: se asocia con la negligencia frente al estrés y la falta de gratificaciones. Predominan sentimientos de desesperanza y pérdida de control sobre los resultados, acompañados de la percepción de escaso reconocimiento, ya sea por la baja retribución económica o por la falta de valoración institucional. Con frecuencia aparece en profesionales con muchos años de servicio, quienes tienden a quejarse de los sistemas de control y pueden desarrollar sentimientos de culpa por no cumplir adecuadamente con sus responsabilidades. La principal fuente de estrés proviene de la frustración y del desequilibrio entre el esfuerzo invertido y las recompensas obtenidas. (42,43)

Los síntomas que alertan sobre la presencia de Burnout incluyen la pérdida de motivación, agotamiento físico y emocional que no mejora con el descanso, disminución del rendimiento, ausentismo y sentimientos de frustración. En el plano físico pueden presentarse insomnio, alteraciones gastrointestinales, cefaleas, taquicardia e hipertensión arterial. Clínicamente, se distinguen cuatro niveles de gravedad:

- Leve: cansancio, quejas vagas y dificultad para iniciar la jornada.
- Moderado: cinismo, aislamiento y actitudes negativas.
- Grave: enlentecimiento, ausentismo, automedicación y abuso de sustancias.
- Extremo: aislamiento profundo, colapso y aparición de cuadros psiquiátricos severos.

El estrés laboral, entendido como un estado de agotamiento físico, emocional y mental, repercute directamente en la autoestima y constituye una de las principales causas de ausentismo en enfermería. De ahí surge el interés por identificar los factores de riesgo psicosocial que favorecen el desarrollo del Burnout en esta población.

Entre los problemas más frecuentes destacan la sobrecarga laboral y la presión del tiempo en cada turno. Se ha observado que los profesionales de enfermería entre 25 y 30 años presentan un riesgo elevado de cansancio emocional y despersonalización, aunque estas manifestaciones pueden encontrarse en diferentes grupos de edad. (43,44)

5.2.5. Enfermería en cuidado crítico con riesgo de burnout

A nivel mundial, las enfermeras son reconocidas por la manera en que cuidan a las personas en cada comunidad. Pero hoy en día, en el contexto de la prestación de servicios de salud, ellas también están sufriendo cada vez más agotamiento físico, mental y emocional. Las largas horas de trabajo, la exposición repetida a situaciones de riesgo, las solicitudes de pacientes y familiares que exceden su capacidad de atención, y la falta de suficiente relajación son fuentes de estrés continuo.

Numerosos estudios demuestran que los factores de estrés en la enfermería son más graves que en otras profesiones, especialmente para las enfermeras de emergencia y de UCI que tienen contacto directo con condiciones críticas y emergentes. (45)

La enfermería de cuidados críticos ha asumido una mayor importancia en las últimas décadas, debido a la necesidad de mejorar la calidad del cuidado para los pacientes gravemente enfermos. La práctica de esta especialización exige habilidades complejas que incluyen el manejo de casos graves, el monitoreo invasivo (continuo) y la tecnología de desarrollo que ayuda a un mejor cuidado. La capacitación del personal juega un papel vital en la reducción de la morbilidad y en el aumento de la supervivencia, requiriendo personal altamente calificado.(46)

La pandemia de COVID-19 fue un punto de inflexión para la enfermería en cuidados intensivos. La gran necesidad de cuidados críticos evidenció su potencial para adaptarse rápidamente al entorno de emergencia, implementando estrategias de ventilación sofisticadas, métodos de monitoreo y un gran número de otras medidas que resultaron necesarias para minimizar las complicaciones y muertes. La experiencia adquirida también les permitió guiar a la organización hacia transformaciones que facilitaron el trabajo de los

equipos multidisciplinarios, confirmando la importancia de la capacitación en situaciones de emergencia de manera regular y enfocada para este propósito.(47)

El riesgo de evolucionar aún más hacia el síndrome de burnout es alto en este tipo de trabajo, caracterizado por demandas cognitivas y emocionales intensas; los empleados están asistiendo permanentemente a un número significativo de pacientes y enfrentando factores psicosociales inherentes al entorno hospitalario, incluyendo el dolor y sufrimiento humano.(46,48)

5.2.6. Factores que contribuyen a la aparición del Burnout

Las enfermeras que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) enfrentan diariamente la atención de pacientes críticos y la constante proximidad de la muerte. Este entorno laboral genera presión continua, lo que puede derivar en agotamiento, estrés y fatiga, agravados por demandas administrativas. La revisión bibliográfica permitió identificar diversos factores asociados al síndrome de burnout en el personal de enfermería. A continuación, se detallan aquellos que inciden de manera significativa en la aparición y progresión del desgaste profesional.

En un estudio realizado en 2024 con 94 enfermeros de cuidados intensivos, se identificaron variables asociadas al SB. El síndrome afecta con mayor frecuencia a profesionales jóvenes. Aquellos menores de 38 años presentan mayor riesgo, relacionado con la falta de experiencia y seguridad científica, lo que genera miedo, dudas y agotamiento emocional. El exceso de demandas laborales también contribuye a esta vulnerabilidad.

Respecto a la vida personal, tener hijos se identificó como un factor protector, ya que el vínculo familiar puede funcionar como estrategia de afrontamiento.

En contraste, no tener pareja se asocia con mayor riesgo de SB, mientras que una relación estable y armoniosa actúa como elemento protector.

El estudio también reveló que 26,8% de los enfermeros estaban insatisfechos con su trabajo, situación vinculada a condiciones estructurales, organizacionales y de relación interpersonal. Investigaciones previas señalan que infraestructura deficiente, sobrecarga laboral, atención de pacientes graves, escasez de insumos y conflictos con colegas refuerzan esta insatisfacción y aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome.

El 80,5% de los entrevistados reportó dolor de espalda frecuente, asociado al SB debido a la sobrecarga y exigencias físicas del trabajo

La ansiedad también se identificó como un factor de riesgo. En el estudio, 80,5% de los participantes presentaba ansiedad, condición vinculada a la despersonalización y otros síntomas característicos del SB.

Asimismo, se observó que el 39% de los enfermeros dormía un máximo de cinco horas por noche, lo que constituye un factor de riesgo. Este patrón irregular favorece la fatiga, incrementa la probabilidad de errores y aumenta la vulnerabilidad a otras enfermedades. (49)

En otro estudio realizado en el 2019 conducido en 357 profesionales de enfermería de Morelos, México, seleccionados por conveniencia. Se identificaron niveles moderados de demandas psicológicas. En cuanto al apoyo social, los niveles fueron altos.

La dimensión de control laboral presentó un nivel elevado. Por otro lado, el personal de enfermería evaluado percibió niveles moderados de estrés psicológico.

Respecto a las dimensiones del burnout, se evidenció una relación negativa entre la ilusión por el trabajo y las variables de desgaste psíquico, indolencia y culpa. A su vez, se encontró una relación positiva entre el desgaste psíquico

y las dimensiones de indolencia y culpa, hallazgos que coinciden con la literatura revisada.

En este estudio, los niveles de ilusión por el trabajo fueron altos, mientras que los niveles de desgaste psíquico, indolencia y culpa fueron bajos, lo que indica que el personal de enfermería no se encuentra sometido a factores altamente demandantes. (50)

Las demandas laborales se correlacionaron positivamente con las dimensiones del burnout en todos los estudios revisados. La sobrecarga de trabajo se asoció con mayor agotamiento emocional y despersonalización en distintas muestras de profesionales sanitarios.

El tipo de turno también influyó en los resultados: enfermeras chinas que trabajaban en turnos diurnos mostraron mayor engagement y menor burnout que aquellas en turnos rotatorios. En Canadá, los turnos de 12 horas afectaron negativamente el engagement, mientras que en Bélgica se observó relación entre jornadas más largas y mayor burnout. En España, se identificó que jornadas físicas complementarias aumentaban el riesgo de burnout. Una elevada frecuencia de eventos negativos generó desmotivación y mayor riesgo de burnout.

También se observó que el ámbito de trabajo influye: las enfermeras hospitalarias presentaron más burnout y menos engagement que aquellas en centros de salud y clínicas psiquiátricas, lo que se explica por las diferencias en valores organizacionales y carga asistencial.

Los recursos personales, situacionales y organizacionales actúan como factores protectores frente al burnout y favorecen el engagement. Percibir recursos adecuados mejora la seguridad del paciente y aumenta el compromiso laboral. El capital psicológico, la flexibilidad emocional y el apoyo social son elementos clave.

El apoyo social y el trabajo en equipo mostraron efectos positivos en múltiples estudios. Cuando estos factores son insuficientes, aumenta la intención de cambiar de servicio y el riesgo de burnout. En cambio, equipos coordinados, con metas comunes y espacios de intercambio de conocimiento, fortalecen el engagement.

Se observaron menores niveles de burnout en enfermeras con más experiencia, mayor especialización y formación avanzada. Según Schaufeli y Bakker, la experiencia acumulada favorece la identificación con el trabajo, lo convierte en una actividad más inspiradora y desafiante, y aumenta el entusiasmo y orgullo profesional. (51)

En una investigación del 2022 se encontró que el 65% de los participantes manifestó no tener disposición para acudir a su puesto, lo que puede repercutir negativamente en el desempeño y generar diversas manifestaciones en quienes lo experimentan. Asimismo, el 61% expresó sentirse desilusionado con sus labores, reflejando el nivel de estrés presente en el departamento. El 70% indicó que las tareas asignadas no corresponden a sus capacidades, lo que evidencia la necesidad de que otras instancias participen en la definición de funciones de acuerdo con las especialidades.

Por otra parte, el 87% señaló no tener pensamientos negativos hacia su trabajo, mientras que el 13% sí los manifestó. Sin embargo, el 76% reportó agotamiento físico y desánimo, factores que afectan de manera directa el rendimiento laboral. En cuanto a las relaciones interpersonales, el 88% afirmó respetar el carácter y las opiniones de sus compañeros, lo que contribuye a disminuir conflictos, aun en situaciones de sobrecarga o estados anímicos adversos.

El 94% ha rotado por todas las secciones del departamento, situación que algunos consideran una fortaleza por la experiencia adquirida, mientras que otros la perciben como una fuente de frustración. Finalmente, el 70% cuenta

con una antigüedad laboral de entre 5 y 14 años en el Hospital Cecilio A. Castellero, lo que refleja estabilidad y permanencia en el puesto. (52)

En una investigación descriptiva y cualitativa realizada en 2021, basada en la revisión de publicaciones científicas sobre los factores de riesgo del síndrome de burnout en enfermería, se identificaron los siguientes hallazgos:

Las exigencias cuantitativas, entendidas como la cantidad de trabajo y el tiempo disponible para ejecutarlo, constituyen la principal fuente de estrés. El personal debe cumplir múltiples funciones asistenciales y administrativas en periodos limitados, lo que incrementa la carga mental y laboral. Esta sobrecarga se intensifica por la reducción de personal y la asignación de tareas ajenas al cuidado directo, generando insatisfacción y disminuyendo la autonomía profesional.

Los cambios en los modelos de contratación y prestación de servicios han impuesto condiciones que exponen a los profesionales a una elevada carga laboral. La atención a numerosos pacientes, la diversidad de funciones y la presión institucional para aumentar la productividad han intensificado el ritmo de trabajo y reducido los tiempos de pausa. Esto provoca dificultades de adaptación, desgaste físico y mental, así como síntomas psicossomáticos como alteraciones del sueño y apetito, cefaleas, irritabilidad, problemas gastrointestinales, inmunosupresión y tristeza.

La doble presencia se reconoce como otro factor de riesgo psicossocial, derivado de las exigencias simultáneas de brindar cuidado en el ámbito laboral y atender responsabilidades en el hogar, o desempeñarse en varias instituciones. Esta condición incrementa las cargas físicas y emocionales, deteriora las relaciones interpersonales y eleva el riesgo de errores, accidentes y ausentismo. Además, limita el crecimiento profesional por la falta de tiempo para capacitación y formación, generando frustración e insatisfacción.

Las demandas emocionales se reflejan en la necesidad de ocultar y controlar sentimientos durante la atención, lo que busca garantizar eficiencia y satisfacción del paciente. La exposición es mayor en ambientes hospitalarios y servicios críticos como urgencias, salud mental y cuidados intensivos, donde la convivencia con el sufrimiento y la muerte, junto con la toma de decisiones éticas y morales, se convierten en los factores más estresantes. Estas condiciones generan desgaste físico, mental y emocional, acompañado de preocupación, miedo e impotencia.

Finalmente, factores organizacionales como bajos salarios, falta de reconocimiento y escasas oportunidades de ascenso intensifican el estrés, obligando a los profesionales a buscar ingresos adicionales mediante otros empleos o turnos extras. Esto deriva en agotamiento, ausentismo y disminución de la calidad del cuidado.(53)

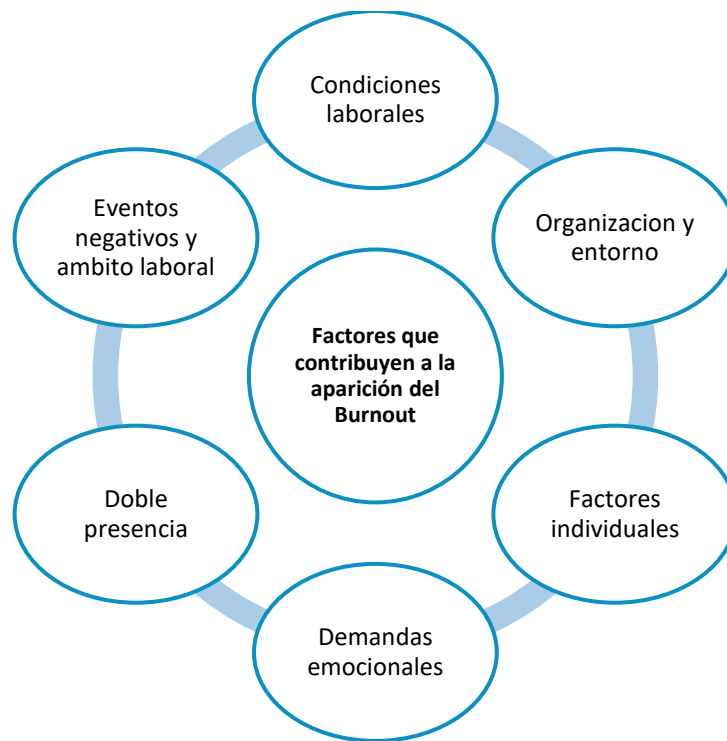


Figura 1 Factores que contribuyen a la aparición del Burnout.
Elaboración propia. Fuente: (49–53)

5.2.7. Impacto del Burnout en la salud de las profesionales de enfermería

El síndrome de burnout se ha consolidado como una de las principales complicaciones en la salud mental del personal sanitario, y la pandemia de COVID-19 intensificó esta problemática. Aunque afecta a todo el sector salud, la enfermería presenta una incidencia significativamente mayor, lo que subraya la necesidad de prestar atención especial a este colectivo y de implementar estrategias específicas para mitigar sus efectos.(54)

Diversos factores laborales provocan estrés, especialmente cuando se olvida el papel fundamental del recurso humano como eje del sistema de salud. No atender oportunamente esta situación repercute negativamente en la vida personal, en el desempeño laboral y en la calidad de la atención brindada a los pacientes. La falta de insumos en los niveles de atención secundaria y terciaria es un problema recurrente que retrasa intervenciones y obliga al personal a improvisar soluciones, lo cual puede derivar en consecuencias legales. (55)

El burnout ocasiona múltiples consecuencias que afectan tanto al profesional como a la organización. En el plano físico, se manifiesta en cansancio, dolores osteomusculares, alteraciones inmunológicas, problemas cardíacos, respiratorios, digestivos, neurológicos y hormonales. A nivel emocional, se presentan agotamiento, sentimientos de fracaso, baja tolerancia a la frustración, tristeza con tendencia a la depresión, despersonalización y disminución del compromiso laboral. En el ámbito conductual, se observan irritabilidad, cambios bruscos de humor, aislamiento, agresividad, menor eficacia, disminución en la capacidad de decisión, bajo rendimiento y absentismo. (55,56)

Las consecuencias también alcanzan la esfera familiar y social, generando problemas de pareja, deterioro del núcleo familiar y aislamiento. En la organización, el burnout se traduce en conflictos con colegas y pacientes, disminución de la calidad asistencial, rotación frecuente de puestos, absentismo y mayor riesgo de accidentes laborales. El burnout es una manifestación del estrés laboral prolongado, derivado de factores organizacionales y productivos, cuya identificación y control son esenciales para mantener un rendimiento adecuado, sus consecuencias abarcan dimensiones psicosomáticas, emocionales, conductuales, familiares y sociales, reduciendo el desempeño laboral. Este síndrome deteriora el ambiente laboral, genera insatisfacción y abandono del puesto, además la fatiga por compasión y la despersonalización pueden llevar a pacientes y familias a percibir negligencia o falta de interés por su bienestar.(56)

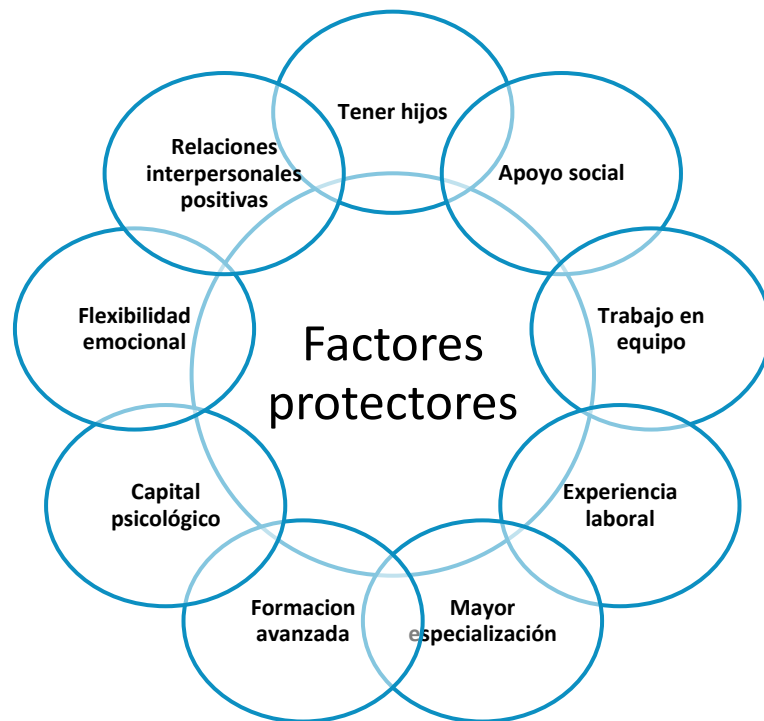


Figura 2 Factores protectores

Elaboración propia. Fuente (49–53)

5.3. Estrategias de prevención y manejo

Tras haber revisado las características de las unidades de cuidado crítico, la evolución histórica de estas áreas, el perfil del paciente crítico y el papel de la enfermera especialista resulta pertinente adentrarse en un fenómeno que impacta directamente en el desempeño y bienestar de estos profesionales: el síndrome de Burnout. Este apartado aborda de manera integral los fundamentos conceptuales y explicativos del síndrome, así como sus implicaciones en la práctica de enfermería en contextos de alta demanda, con el propósito de comprender su alcance y la necesidad de estrategias orientadas a su prevención.

5.3.1. Escala Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)

La Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) es el instrumento más utilizado y reconocido para evaluar el síndrome de Burnout en el personal sanitario. Este cuestionario considera tres dimensiones fundamentales: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, los cuales se mencionaron anteriormente. A partir de estas dimensiones, el MBI clasifica a los profesionales según la gravedad y sintomatología del síndrome.

Aunque existen otros instrumentos de detección, el MBI-HSS, desarrollado por Maslach y Jackson en 1981 y validado en 1986, es el más difundido. Su confiabilidad y validez han sido confirmadas en distintos países y grupos laborales de habla hispana, aunque persisten debates sobre su aplicación en determinadas poblaciones. (57)

El cuestionario consta de 22 ítems y se aplica a profesionales de servicios humanos como médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales. Se responde mediante una escala tipo Likert de siete opciones (desde “nunca” hasta “todos los días”), con un puntaje mínimo de 7 y máximo de 154.

La escala se organiza en tres subescalas:

- Agotamiento emocional: integrada por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), mide la experiencia de sentirse emocionalmente agotado por las demandas del trabajo. La puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome.
- Despersonalización: formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22), evalúa actitudes de frialdad y distanciamiento hacia los pacientes. A mayor puntaje, mayor nivel de despersonalización.
- Baja realización personal: compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21), valora los sentimientos de autoeficacia y satisfacción en el trabajo. En este caso, la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout.

Cabe señalar que aún existen discrepancias respecto a los puntos de corte que deben emplearse para determinar la presencia del síndrome, lo que refleja la complejidad de su diagnóstico.

Las intervenciones dirigidas al síndrome de Burnout o Desgaste Profesional se plantean tanto en el ámbito organizacional como en el individual. En el nivel organizacional, las medidas suelen enfocarse en la modificación de procedimientos, la reestructuración de tareas y la evaluación del trabajo, con el propósito de disminuir las demandas laborales y aumentar el grado de control que el profesional tiene sobre sus funciones. En el plano individual, las acciones buscan fortalecer la competencia emocional del trabajador, mejorar sus capacidades de afrontamiento y fomentar el acceso a redes de apoyo social. (58)

5.3.2. Estrategias individuales

La revisión bibliográfica muestra que la prevención del síndrome de burnout en enfermería puede lograrse mediante el fortalecimiento de las capacidades psicológicas y la mejora de las condiciones laborales. Entre las estrategias más efectivas se encuentran las intervenciones basadas en mindfulness y yoga, las cuales favorecen la adaptación emocional, la autoconciencia y la atención plena hacia los pacientes. También resulta fundamental trabajar aspectos como la inteligencia emocional, la empatía, la autoevaluación y el asertividad, cualidades que disminuyen la vulnerabilidad al estrés. (59)

La resiliencia se reconoce como un factor protector clave, ya que permite afrontar adversidades y transformarlas en experiencias positivas, fortaleciendo la resistencia frente al estrés y mejorando la implicación emocional con los pacientes. De igual forma, el capital psicológico y la vigilancia de factores laborales adversos, como las horas extras, los turnos nocturnos y la falta de recursos, son esenciales para reducir el riesgo de desgaste. En este sentido, el empoderamiento de las enfermeras constituye otra estrategia relevante, pues incrementa la capacidad de actuación ante problemas, mejora la confianza en la comunicación de noticias difíciles y disminuye las barreras emocionales que generan tensión. El acceso a recursos adecuados y la capacitación continua también contribuyen a la prevención. (59,60)

En el ámbito del afrontamiento de compromiso, se recomienda implementar programas que fortalezcan habilidades de resolución de problemas, incluyendo el manejo del tiempo, la búsqueda de información, el análisis asertivo de las circunstancias, la adaptación de expectativas y la formación continua.(59)

Los estudios internacionales revisados confirman la utilidad de estas estrategias. En China se observó el uso de recursos activos como el autocontrol frente a problemas ambientales; en Brasil, las enfermeras de

oncología recurrieron a la reevaluación positiva, la resolución de problemas y el autocontrol, evidenciando que las estrategias enfocadas al problema pueden ser más efectivas para disminuir el estrés laboral. En Japón se identificaron diferencias de género: las mujeres emplearon con mayor frecuencia la expresión emocional, el apoyo social y la reinterpretación cognitiva, esta última asociada con menor agotamiento y mayor eficacia profesional, mientras que los hombres recurrieron principalmente a la resolución de problemas, considerada un entrenamiento eficaz para combatir el burnout.(60,61)

En conjunto, los hallazgos sugieren que las intervenciones preventivas deben promover estrategias activas como la resolución de problemas, el autocontrol, la reevaluación positiva, la reinterpretación cognitiva y el fortalecimiento del apoyo social, tomando en cuenta además las diferencias de género en su efectividad. (59)

5.3.3. Estrategias organizacionales/institucionales

Dentro de las medidas más recomendables se encuentra el fortalecimiento de un liderazgo positivo y una supervisión adecuada, ya que ambos factores permiten la expresión abierta de preocupaciones, favorecen la toma de decisiones y contribuyen a generar un ambiente laboral más saludable. Este tipo de liderazgo, además, fomenta la cohesión de los equipos de trabajo y ayuda a enfrentar de manera más efectiva el agotamiento emocional y la despersonalización que caracterizan al burnout.(62)

Asimismo, resulta necesario establecer medidas estructurales que reduzcan la sobrecarga laboral, como la regulación del número de pacientes por enfermero y el aumento de la autonomía profesional. Estas acciones se han asociado con menores niveles de burnout, ya que disminuyen la presión asistencial y permiten que el personal tenga mayor control sobre sus

funciones. La literatura también subraya la rentabilidad de estas intervenciones, pues invertir en prevención no solo mejora el bienestar de los trabajadores, sino que también reduce el absentismo y los costos derivados del desgaste laboral.(60)

Otras estrategias que complementan la prevención incluyen la retroalimentación constante sobre el desempeño, tanto grupal como individual, y la creación de espacios de comunicación efectiva entre colegas y superiores. Estas medidas fortalecen la confianza, la autoestima y la sensación de autoeficacia, factores protectores frente al estrés crónico. También se recomienda la definición clara de objetivos y roles profesionales, el incremento de recompensas y reconocimientos, el establecimiento de líneas de autoridad bien delimitadas y la mejora de las redes de comunicación interna.(59)

En conjunto, todas estas acciones contribuyen a fortalecer el compromiso, reducir la ambigüedad y el conflicto laboral, y crear un entorno más favorable para prevenir el síndrome de burnout en el personal de enfermería, garantizando tanto su bienestar como la calidad de la atención brindada a los pacientes.(63)

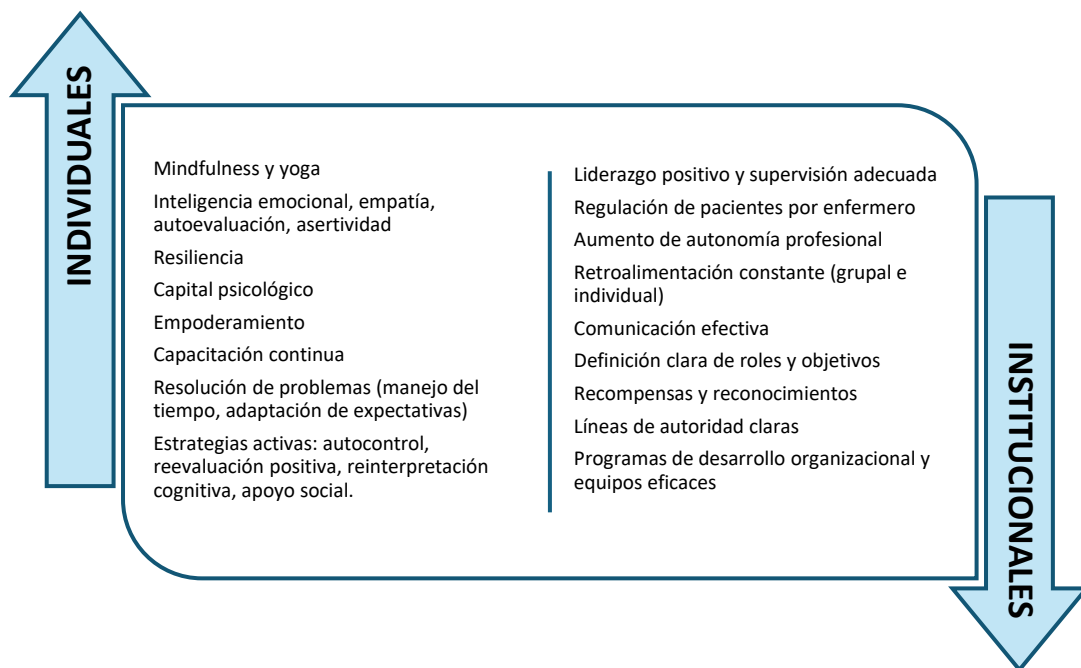


Figura 3. Estrategias individuales y organizacionales
Elaboración propia. Fuente: (59–62)

5.3.4. Guía de intervención

Una guía de intervención es un documento estructurado que describe una secuencia de acciones, estrategias o actividades diseñadas para abordar un problema en específico en cualquier contexto ya sea educativo, social, institucional o cualquier otro.

Incluye apartado como el marco jurídico, objetivos, fundamentación, población objetivo, instituciones participantes, contenidos, competencias, modalidades de enseñanza, criterios de evaluación.

En otras palabras, es un instrumento técnico-pedagógico que organiza de manera sistemática cómo se debe llevar a cabo una intervención. Es de utilidad para estructurar cursos, talleres o diplomados en modalidad presencial, virtual o mixta.

Se fundamenta en el Modelo de Intervención Educativa de la Secretaría de Salud (MIESS), que busca fortalecer las competencias del capital humano en salud. Según la Guía para diseñar y desarrollar un modelo de intervención educativa (Secretaría de Salud, 2022), los principales componentes son:

- Portada y datos generales: unidad administrativa, institución organizadora, logos, tipo de intervención, fecha.
- Justificación y fundamentación: contexto teórico o epidemiológico que explica la necesidad de la intervención.
- Objetivo general y específicos: redactados con taxonomía de Bloom, orientados a competencias.
- Población objetivo: perfil del personal al que va dirigido (formación, experiencia, capacidades).
- Instituciones participantes: públicas, privadas, nacionales o internacionales que respaldan contenidos.
- Coordinador académico y equipo de trabajo: responsables de logística, gestión y docencia.
- Número de expertos y currículum: acreditación de experiencia y roles en la intervención.
- Modalidad: presencial, virtual, mixta, con diseño instruccional y materiales didácticos.
- Evaluación del aprendizaje: cuestionarios, prácticas, portafolios, rúbricas y retroalimentación.
- Anexos: formatos de solicitud, cartas descriptivas, taxonomía de Bloom, glosario.(63)

VI. RESULTADOS

Como producto de esta tesina se desarrolló una guía de intervención orientada a la prevención del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería que laboran en áreas de cuidado crítico. En concordancia con los lineamientos metodológicos señalados por la Secretaría de Salud (2022) y con la evidencia científica disponible, la guía integra un conjunto de estrategias de intervención divididas en individuales y organizacionales/institucionales.

La elaboración de esta guía constituye un aporte académico y práctico, al ofrecer un recurso estandarizado que puede ser adaptado en distintos contextos institucionales, con el propósito de fortalecer la prevención del desgaste profesional y promover el bienestar ocupacional.

La presente guía se expone de manera completa en el Anexo 9.1 de esta tesina, en el cual se detallan cada una de las estrategias propuestas y las recomendaciones específicas para su implementación.

VII. DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica realizada permitió identificar que el síndrome de Burnout en el personal de enfermería de cuidados críticos es un fenómeno multifactorial, influido por condiciones laborales, personales y organizacionales. Los hallazgos coinciden en que la sobrecarga de trabajo, la presión asistencial, los turnos rotatorios y la falta de apoyo institucional constituyen los principales factores de riesgo, mientras que la resiliencia, el capital psicológico y el apoyo social actúan como elementos protectores.

En el ámbito internacional, Aquino, Ribeiro y Martins (2021) destacan que la prisa y las demandas excesivas impiden que las enfermeras reconozcan tempranamente los síntomas, lo que agrava el desgaste emocional y repercute en la calidad de vida y desempeño laboral. De manera similar, Dos Santos (2024) señala que la sobrecarga, el miedo al contagio y la ausencia de apoyo institucional durante la pandemia fueron determinantes en el aumento del Burnout, enfatizando la necesidad de diseñar intervenciones efectivas. Estos hallazgos se reflejan en la evidencia revisada en México, donde Álvarez et al. (2023) reportaron una alta prevalencia de Burnout y depresión en personal de salud durante la contingencia sanitaria, mientras que Aguirre et al. (2023) identificaron que más del 50% de los médicos residentes presentaban agotamiento emocional severo, asociado a factores como impulsividad, distorsiones cognitivas y falta de ejercicio físico. En San Luis Potosí, Laris et al. (2023) confirmaron que la atención en áreas COVID incrementó significativamente el riesgo de Burnout, lo que coincide con la literatura internacional sobre la influencia del tipo de servicio en la aparición del síndrome.

En contraste, estudios locales como los de Morales (2020) reportaron prevalencias bajas (12–13%) en instituciones públicas y privadas de Rioverde,

lo que sugiere que las condiciones laborales han cambiado en los últimos años, intensificando el riesgo. Este contraste evidencia la necesidad de actualizar las estrategias de prevención y diseñar intervenciones específicas para entornos de cuidado crítico, donde la presión emocional y física es más intensa.

Respecto a las estrategias de prevención, la literatura revisada recomienda tanto intervenciones individuales como organizacionales. En el plano individual, se destacan programas basados en mindfulness, yoga y entrenamiento en resiliencia, que favorecen la autoconciencia, la regulación emocional y la adaptación positiva frente al estrés (China, Brasil, Japón). En Brasil, por ejemplo, las enfermeras de oncología recurrieron a la reevaluación positiva y la resolución de problemas como estrategias efectivas para disminuir el estrés laboral, mientras que en Japón se observaron diferencias de género: las mujeres emplearon con mayor frecuencia la reinterpretación cognitiva y el apoyo social, asociados con menor agotamiento y mayor eficacia profesional, mientras que los hombres recurrieron principalmente a la resolución de problemas. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones deben adaptarse a las características individuales y culturales de cada población.

En el ámbito organizacional, la evidencia señala que el liderazgo positivo, la regulación de la carga laboral y la creación de espacios de comunicación efectiva son medidas clave para reducir el Burnout. Estudios en Canadá y Bélgica muestran que los turnos prolongados afectan negativamente el engagement y aumentan el riesgo de desgaste, mientras que en España se identificó que las jornadas complementarias incrementan la desmotivación. Asimismo, se ha demostrado que invertir en prevención no solo mejora el bienestar del personal, sino que también reduce el absentismo y los costos derivados del desgaste laboral. La definición clara de roles, la retroalimentación constante y el reconocimiento profesional son elementos

que fortalecen la autoeficacia y disminuyen la ambigüedad laboral, factores que la literatura reconoce como protectores frente al estrés crónico.

El aporte principal de esta tesina radica en la integración de estas estrategias en una guía de intervención adaptada a entornos de cuidados críticos, donde la sobrecarga emocional y física es más intensa y el riesgo de Burnout más elevado. La propuesta busca ofrecer herramientas prácticas basadas en evidencia científica, que promuevan el bienestar emocional y laboral, fortalezcan la resiliencia profesional y mejoren la calidad del cuidado brindado al paciente. Sin embargo, es necesario reconocer que se trata de una revisión bibliográfica, por lo que la efectividad de la guía deberá evaluarse mediante estudios posteriores que analicen indicadores de salud mental y desempeño laboral.

Finalmente, la discusión evidencia que, aunque existen múltiples estudios sobre Burnout en enfermería, persisten vacíos en la investigación local y en la implementación de programas consensuados. La guía propuesta constituye un esfuerzo por atender esta necesidad, ofreciendo un recurso aplicable y adaptable a la práctica cotidiana, que puede contribuir a disminuir la incidencia del síndrome y a mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería en cuidados críticos.

VIII. CONCLUSIONES

Con frecuencia, los profesionales de enfermería experimentan estrés laboral que impacta negativamente en su bienestar físico y mental, lo que puede conducir al síndrome de burnout). La falta de medidas adecuadas para prevenir o mitigar el estrés puede dar lugar a este síndrome, cuyas repercusiones afectan tanto a los profesionales como al sistema sanitario y a los pacientes. En definitiva, el impacto del burnout en el ámbito de la enfermería es significativo, ya que deteriora tanto la salud física como emocional de los profesionales, repercute en la calidad del cuidado brindado y afecta la eficiencia del sistema sanitario. Es crucial reconocer esta carga y abordarla mediante políticas y estrategias específicas destinadas a proteger a este grupo esencial dentro del sector salud.(64,65)

Aunque muchos estudios revisados no detallaron programas específicos de prevención, algunos señalaron la importancia de ciertas estrategias como factores protectores contra el burnout. Se reportó que la capacitación en inteligencia emocional fue beneficiosa para disminuir los niveles de agotamiento entre las enfermeras en cuidados críticos. Este enfoque puede considerarse una intervención preventiva con resultados positivos en cuanto al manejo del estrés y las emociones asociadas. Se destacó también la importancia de abordar vulnerabilidades emocionales y ansiedad mediante programas formativos en estrategias de afrontamiento; sin embargo, no se proporcionaron detalles sobre cómo implementar tales iniciativas dentro del contexto institucional. Esto pone de manifiesto una significativa brecha en la literatura respecto a la ausencia de programas preventivos estructurados dirigidos al síndrome de burnout entre enfermeras en unidades críticas. (66,67)

Estas iniciativas fortalecerán su resiliencia y les ofrecerán herramientas necesarias para gestionar el estrés junto con las emociones vinculadas al cuidado intensivo. Las instituciones sanitarias deben reevaluar las cargas

laborales asegurando una distribución equitativa entre el personal enfermero especialmente dentro UCI. La adopción de turnos más equilibrados, así como reducir sobrecargas contribuirá significativamente a disminuir el agotamiento emocional y físico entre estos profesionales. Se recomienda que los sistemas sanitarios implementen enfoques preventivos centrados en promover un ambiente laboral saludable. Desarrollar políticas laborales basadas en evidencia científica que aborden específicamente los factores asociados al burnout será clave para reducir su incidencia.(68)

A partir lo expuesto anteriormente, se presenta una guía destinada a intervenir ante el riesgo del burnout entre el personal enfermero involucrado en cuidados críticos; esta guía contempla estrategias tanto personales como organizacionales/institucionales adaptables según cada situación particular e institucional. El objetivo es facilitar una elección informada sobre qué estrategia resulta más adecuada o viable. Se espera que esto sirva como punto inicial para futuras investigaciones donde se aplique dicha guía evaluando su efectividad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. Entorno. 2020 Dec 30;(70):110–20. doi:10.5377/entorno.v0i70.10371
2. Flávio Fernandes Fontes. Herbert J. Freudenberger and the making of burnout as a psychopathological syndrome . Memorandum [Internet]. 2020 Aug 8 [cited 2025 Nov 12];37:1–19. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Flavio-Fontes/publication/346586006_Herbert_J_Freudenberger_and_the_making_of_burnout_as_a_psychopathological_syndrome/links/5fc8dff6299bf188d4edb99c/Herbert-J-Freudenberger-and-the-making-of-burnout-as-a-psychopathological-syndrome.pdf
3. Militza Saraí Rendón Montoya¹, sandra Lidia Peralta Peña², Eva Angelina Hernández Villa³, Reyna Isabel Hernández³, María Rubi Vargas², María Alejandra Favela Ocaño. Vista de Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. Enfermeria Global [Internet]. 2020 Jul [cited 2025 Nov 12];(59). Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/398221/284351>
4. Berrío García N, Foronda Valencia DS, Ciro Parra DG. Síndrome de Burnout en personal de la salud latinoamericano. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2019 Sep 18;10(2):157–81. doi:10.17533/UDEA.RP.V10N2A07
5. Sheila Cadena Gómez., Ma Pilar Delgado Calvo., José Luis Delgado Calvo., Raquel Navarro Muñoz., Beatriz Fernández Navarro. El burnout en el personal sanitario: causas, consecuencias y estrategias de prevención. Revista Sanitaria de investigación [Internet]. 2025 Feb 17 [cited 2025 Nov 12]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-burnout-en-el-personal-sanitario-causas-consecuencias-y-estrategias-de-prevencion/>
6. Luciana Salvador de Aquino, Indiarria dos Santos Ribeiro, Wesley Martins. Visión del SÍNDROME DE BURNOUT: REPERCUSIONES EN LA SALUD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. Boletim de conjuntura (BOCA) [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 12];6(16). Available from: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/312/251>

7. Santos MEP dos, Rezende V de QM, Souza P de AC de, Fabiano ACS, Meneguelo B de B, Miranda L de S, et al. Burnout em profissionais de saúde: uma revisão das definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* . 2024 Sep 3;6(9):494–506. doi:10.36557/2674-8169.2024v6n9p494-506
8. Álvarez Reza S, Flores-Olivares LA, Fernández-López M, Durán-Oyarzabal CE, Hernández-Granillo PM, Tapia-Ortega E, et al. Depresión y síndrome de Burnout en personal de salud durante la contingencia sanitaria por Covid-19. *Salud Publica Mex.* 2021 Feb 27;63(2):162–3. doi:10.21149/12203 PubMed PMID: 33989475.
9. Rodríguez-Aguirre CA, García-Flores R, Sotelo-Castillo MA, Meza-Peña C, Rodríguez-Aguirre CA, García-Flores R, et al. Factores psicosociales y sociodemográficos asociados con el desgaste profesional en médicos residentes de Sonora (México). *Revista Ciencias de la Salud.* 2023 Sep 1;21(3). doi:10.12804/REVISTAS.UROSARIO.EDU.CO/REVSALUD/A.11451
10. Pedro Reyes-Laris, Omar Medina-de la Cruz, Verónica Gallegos-García. Burnout en personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 en un hospital público . *REVMEDUAS [Internet].* 2023 [cited 2025 Nov 12];13(2):164–74. Available from: https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v13/n2/burnout_ao.pdf
11. Rangel Flores Yesica Yolanda, Chávez Escalera Milka, Nava Medina Arelia Guadalupe, Muñoz Torres Teresita de Jesús, Méndez Bernal María Yolanda. Factores relacionados con el desarrollo de síndrome de burnout en enfermeras mexicanas. *PRESENCIA [Internet].* 2010 [cited 2025 Nov 12];6(11). Available from: https://www.academia.edu/21738887/Rangel_Flores_Yesica_Yolanda_Ch%C3%A1vez_Escalera_Milka_Nava_Medina_Arelia_Guadalupe_Mu%C3%B1oz_Torres_Teresita_de_Jes%C3%BAs_M%C3%A9ndez_Bernal_Mar%C3%ADa_Yolanda_Factores_relacionados_con_el_desarroll_o_de_s%C3%ADndrome_de_burnout_en_enfermeras_mexicanas_Rev_Presencia_2010_ene_jun_6_11_
12. Morales Castillo Verónica. PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA EN DOS INSTITUCIONES DE SALUD UNA PÚBLICA Y OTRA PRIVADA EN RIOVERDE, S.L.P. 2020. Report.
13. Adrián E. Hernández Muñoz, Miguel Ángel Alexandro Rangel Alvarado, Gustavo Hernández Martínez, Lenin García Torres. Proceso para la

- realización de una Revisión Bibliográfica en Investigaciones Clínicas. Digital ciencia@uaqro [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 12];15(1):50–61. Available from: https://www.researchgate.net/publication/361802451_Proceso_para_la_realizacion_de_una_Revision_Bibliografica_en_Investigaciones_Clinicas
14. González Gil Teresa. Introduccioón al paciente crítico [Internet]. [cited 2025 Nov 12]. Available from: <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2152.pdf>
 15. Osorio Valentina. todoloshechos [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 15]. ¿Qué es un paciente crítico en UCI? Available from: <https://todosloshechos.es/que-es-un-paciente-critico-en-uci>
 16. Henríquez López Alioscha. Criterio de ingreso y egreso unidad de paciente critico [Internet]. 2025 Oct [cited 2025 Nov 12]. Report. Available from: https://www.hospitalregional.cl/repo_calidad/20251113_GCL_1.5_CRITERIOS_DE_INGRESO_Y_EGRESO_UNIDAD_DE_PACIENTE_CRITICO_UCI QUIRURGICA,_5o_EDICION,_OCTUBRE_2025_-_OCTUBRE_2030..pdf
 17. Narváez-Eraso CO, Moreno-Montenegro NV, Narváez-Eraso CO, Moreno-Montenegro NV. Estado actual y tendencias en el proceso de formación de enfermeras(os) de cuidados críticos. *Enfermería Global*. 2024 Jan;23(73):593–626. doi:10.6018/EGLOBAL.574951
 18. Guerrero-Menéndez R, Fontán-Vinagre G, Cobos-Serrano JL, Ayuso-Murillo D. El avance de la enfermería de cuidados críticos como respuesta a las demandas actuales. *Enferm Intensiva*. 2024 Jul 1;35(3):e23–9. doi:10.1016/J.ENFI.2024.01.003
 19. Pérez-Talavera C. Especialización de enfermería en cuidados intensivos: una revisión de alcance. *Enferm Intensiva*. 2025 Apr 1;36(2):500529. doi:10.1016/J.ENFI.2025.500529
 20. DATA MÉXICO [Internet]. [cited 2025 Nov 15]. Enfermeras Especialistas: Salarios, diversidad, industrias e informalidad laboral | Data México. Available from: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/occupation/enfermeras-especialistas>
 21. Gaete Quiroz Soledad. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA ESPECIALIZACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS, PARA

- ENFERMERAS/OS EN CHILE: UNA REVISIÓN DE ALCANCE. *HorzEnferm* [Internet]. 2025 Mar 5 [cited 2025 Nov 12];36(1):337–51. Available from: <https://analesliteraturachilena.letras.uc.cl/index.php/RHE/article/view/84898/69444>
22. Osorio Jesús, Romero Francia, Quijada Yeira. Clubensayos [Internet]. 2019 [cited 2025 Nov 12]. Origen e historia de las unidades de cuidado intensivo - Apuntes - Christian Osorio. Available from: <https://www.clubensayos.com/Ciencia/Origen-e-historia-de-las-unidades-de-cuidado/3883161.html>
 23. Aguilar García CR, Martínez Torres C, Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)* [Internet]. 2019 [cited 2025 Nov 12];31(3):171–3. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 24. Ministerio de Sanidad y política social, editor. *Unidad de cuidados intensivos Estándares y recomendaciones. 1º*. Madrid: Paseo del prado ; 2019. 1–133 p.
 25. Mexicana NO. *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. 2013*. Report.
 26. Vera Carrasco Oscar. LA IMPORTANCIA Y REALIDAD ACTUAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PANDEMIA DEL COVID-19. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2020 Jun 30 [cited 2025 Nov 12];28(1). Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000100064
 27. Arenas Doblas Jessica. 2.-Concepto, Características, Clasificación, Mobiliario y Equipo de Uci. | PDF | Unidad de Cuidados Intensivos | Presión sanguínea [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 17]. Available from: <https://es.scribd.com/document/525084774/2-Concepto-caracteristicas-clasificacion-mobiliario-y-equipo-de-uci>
 28. Laura Negro Robres, Carmen María Alcon Ariño, Laura Davile Garcia, Juan Carlos Flecha Formento, María Luisa Moles Ibañez, Francisco Javier Negro Robres. *La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital y funciones - Ocronos - Editorial Científico-Técnica*. Ocronos

- [Internet]. 2025 Jun 19 [cited 2025 Nov 12];8(6):587. Available from: <https://revistamedica.com/uci-hospital-funciones/>
29. Rodríguez Duarte Karla Judith. EL CUIDADO CRÍTICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA [Internet]. San Luis Potosí; 2019 May [cited 2025 Nov 12]. Report. Available from: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4602/Tesina%20Karla%20Judith%20Rodri%CC%81guez%20Duarte.pdf?sequence=1>
 30. Romero E, Young J, Salado Castillo R. FISIOLÓGÍA DEL ESTRÉS Y SU INTEGRACIÓN AL SISTEMA NERVIOSO Y ENDOCRINO. Revista Médico Científica [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 28];32:61–70. Available from: <https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/535/988>
 31. García Huertas MA, Leonardo de León AM, Lopez Gómez ER. Vía neuroendocrina del estrés y sus fundamentos fisiológicos asociados. Revista Académica Sociedad del Conocimiento CUNZAC [Internet]. 2022 Jul 16 [cited 2026 Feb 28];2(2):275–83. Available from: <https://revistasociedadcunzac.com/index.php/revista/article/view/55/69>
 32. Flores AMA, Revilla SEC. Síndrome de burnout: un análisis desde el ámbito organizacional. REVISTA CIENTÍFICA SEARCHING DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES. 2023 Jul 21;4(2):44–61. doi:10.46363/SEARCHING.V4I2.5
 33. Vivas-Manrique SD, Fonseca Muñoz M. Síndrome de Burnout, de un fenómeno laboral a un diagnóstico médico. Revista Colombiana de Salud Ocupacional. 2021;9(1). doi:10.18041/2322-634x/rcso.1.2019.5962
 34. Sánchez Narváez Francisco. Síndrome De Burnout [Internet]. Primera. Porrúa del Villar Rodrigo, editor. Vol. 5. México : Grupo Rodrigo Porrúa ; 2020 [cited 2025 Nov 15]. Available from: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=zrsLEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=sindrome+de+burnout+&ots=owgH06HYe3&sig=-W--PVwLHSoeP25NGSvdEWcirpo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
 35. Coll Caules M, Juan Esgleas Sara, Izquierdo Montilla Lidia. Síndrome de Burnout en enfermería intensiva . Agora de enfermería [Internet]. 2019 Dec [cited 2025 Nov 12];24(4):152–69. Available from: <https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/60?page=8>

36. Portero de la Cruz Silvia. ESTRÉS LABORAL, BURNOUT, SATISFACCIÓN, AFRONTAMIENTO Y SALUD GENERAL EN PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS [Internet]. Cordoba ; 2019 [cited 2025 Aug 10]. Report. Available from: <https://1library.co/document/qo59k32m-estr%C3%A9s-laboral-burnout-satisfacci%C3%B3n-afrontamiento-personal-sanitario-urgencias.html>
37. Veemer Azul. Modelos Teóricos y Explicativos Del Burnout | PDF | Burnout ocupacional | Estrés (biología) [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 12]. Available from: <https://es.scribd.com/document/371629921/Modelos-Teoricos-y-Explicativos-Del-Burnout>
38. Manzano-García G, Ayala-Calvo JC. Nuevas perspectivas: hacia una integración del concepto de burnout y sus modelos explicativos. *Anales de Psicología*. 2019;29(3):800–9. doi:10.6018/ANALESPS.29.3.145241
39. Rafael M, Dávila B, Rosa L, López J, Alcira J, Lucas R, et al. Síndrome de burnout: Una revisión sistemática en Hispanoamérica: Burnout syndrome: A systematic review in Latin America. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2023 Feb 10;4(1):1809-1831–1809–1831. doi:10.56712/LATAM.V4I1.378
40. Salazar Banda Sonia Janet. CANSANCIO EMOCIONAL, LA DESPERSONALIZACIÓN, LA REALIZACIÓN PERSONAL Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SISTEMA DE TRANSPORTE ASISTIDO DE EMERGENCIA ESSALUD OCTUBRE – DICIEMBRE 2016 . [LIMA-PERU]: UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA; 2019.
41. Tabares-Díaz YA, Martínez-Daza VA, Matabanchoy-Tulcán SM, Tabares-Díaz YA, Martínez-Daza VA, Matabanchoy-Tulcán SM. Síndrome de Burnout en docentes de Latinoamérica: Una revisión sistemática. *Univ Salud*. 2020 Aug 31;22(3):265–79. doi:10.22267/RUS.202203.199
42. Montero Marín Jesús. EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS: UNA PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN. *Anestesia Analgesia Reanimación* [Internet]. 2019 [cited 2025 Nov 15];29(1). Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732016000100004

43. Casanova Rodríguez C, Mustelier Hernández M, Casanova Rodríguez T. Manifestaciones del Síndrome de Burnout, en docentes de la Universidad de Cienfuegos [Internet]. Vol. 15. 2019 [cited 2025 Nov 15];15(66). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000100091
44. Sandra Barral Coral, Guido Albán Pérez, Diego López Barba. ESTUDIO COMPARATIVO DEL SINDROME DE BURNOUT EN UNA MUESTRA MULTIOCCUPACIONAL ECUATORIANA . Revista Científica Retos de la ciencia . 2021 Jul;5(11):1–12.
45. Madeley Y, Olmedo V, Rene R, Alava R, Fernando G, Samaniego L. Síndrome de Burnout en personal de enfermería y calidad de atención. Más Vita. 2023 Jul 5;5(2):68–79. doi:10.47606/ACVEN/MV0197
46. Carlos Cajo ME. SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE. Epistemia [Internet]. 2020 May 22 [cited 2025 Nov 15];4(1):27–38. Available from: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/EPT/article/view/1306/1725>
47. Cedeño Guevara P, Escobar Segovia K. Síndrome de Burnout por COVID-19 en personal sanitario en áreas UCI y Emergencia de un hospital de segundo nivel. Ciencia e innovación en salud . 2022;84–98. doi:10.17081/innosa.151
48. Soledad Chávez CM. EL SÍNDROME DE Burnout EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Revista Científica Multidimensional Magna Sapientia. 2024 Feb 24;2(1):43–53. doi:10.62308/K6QZD411
49. de Souza-Veloso AT, de Souza-e Silva D, Almeida-da Silva V, Diniz-dos Santos S, Matheus-Estrela F, Fonseca-de Souza AC, et al. Síndrome de burnout y factores asociados en enfermeras de cuidados intensivos: un estudio transversal. Enfermería Global. 2024 Aug 2;23(74):223–59. doi:10.6018/EGLOBAL.577341
50. Brito-Ortíz JF, Juárez-García A, Nava-Gómez ME, Castillo-Pérez JJ, Brito-Nava E, Brito-Ortíz JF, et al. Factores psicosociales, estrés psicológico y burnout en enfermería: un modelo de trayectorias. Enfermería universitaria. 2019 Apr 10;16(2):138–48. doi:10.22201/ENEO.23958421E.2019.2.634
51. García Iglesias JJ, Gómez Salgado J, Fagundo Rivera J, Ortega Moreno M, Navarro Abal Y. Factores predictores de los niveles de burnout y work

- engagement en médicos y enfermeras: una revisión sistemática . Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 15];95(23). Available from: <https://www.scielosp.org/article/resp/2021.v95/e202104046/>
52. U de Samniego A. Factores causantes del Síndrome de Burnout. Semilla científica [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 15];3(3). Available from: <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/sc/article/view/1085/1960>
 53. Castro Romero OS, Holguer Estuardo RU. Factores de riesgos psicosociales que inciden en el desarrollo del síndrome de burnout en profesionales de enfermería | Más Vita [Internet]. 2022 Mar 27. doi:<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0127>
 54. Molina Rodríguez Denny. Consecuencias del síndrome de burnout en el trabajo y estrategias de prevención de riesgos para la seguridad y salud laboral [Internet]. [cited 2025 Nov 15]. Report. Available from: https://www.cielolaboral.com/wp-content/uploads/2020/03/molina_noticias_cielo_n3_2020.pdf
 55. Koinonia F, Ruiz-Ruiz TR, Dávila-Quishpe MA, Vega-Falcón V, Romero-Fernández A. Impacto del síndrome de burnout en el personal de enfermería que labora en cuidados críticos. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida. 2023 Aug 15;7(2):354–61. doi:10.35381/s.v.v7i2.2949
 56. Mendoza-Muñoz JA, Haro-Zea KL, Mendoza-Muñoz JA, Haro-Zea KL. Burnout y su impacto en el desempeño laboral del personal de salud, una revisión sistemática. Revista Impulso. 2024 Jul 20;4(7):167–84. doi:10.59659/IMPULSO.V.4I7.41
 57. Inventario de agotamiento de Maslach _ AcademiaLab [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://academia-lab.com/enciclopedia/inventario-de-agotamiento-de-maslach/>
 58. Oyola García Alfredo Enrique, Zagaceta Guevara Zaida, Quispe Ilanzo Melisa Pamela. Validación del constructo y confiabilidad del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) en médicos peruanos. Revista del Hospital Psiquiatrico de la Habana [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 15];20(2). Available from: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/339/192>
 59. Serna Corredor DS, Martínez Sánchez LM. Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. Correo Científico Médico [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2025 Nov 15];24(1). Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000100372

60. Villa Moya M. SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA. Estrategias de afrontamiento .
61. Morales Rodríguez ÁM, Cobos López G, Ramos Galindo E. Prevención del burnout en Enfermería. SANUM: revista científico-sanitaria, ISSN-e 2530-5468, Vol 5, N° 1, 2020-2021, págs 62-77. 2020;5(1).
62. Gil Monte Pedro R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención [Internet]. Vol. 3. 2020 [cited 2025 Nov 15];3(5). Available from: https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Gil-Monte/publication/242114408_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_aproximaciones_teoricas_para_su_explicacion_y_recomendaciones_para_la_intervencion/links/0deec534528db5d80e000000/El-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-sindrome-de-burnout-aproximaciones-teoricas-para-su-explicacion-y-recomendaciones-para-la-intervencion.pdf
63. Secretaria de Salud. GUÍA PARA DISEÑAR Y DESARROLLAR UN MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON LA SECRETARÍA DE SALUD MIESS 2022 [Internet]. 2da ed. México : Secretaria de Salud ; 2022 [cited 2025 Nov 15]. Available from: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/educacion/docs/guia_modelo_intervencion_educativa.pdf
64. Jiménez Juela N de J, Vallejo Baquero MJ, Yanchaguano Revelo AI, Andino Guamanzara X del pilar A, Díaz Guerrero M del C. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Revisión sistemática de la literatura. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 21];9(2). Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/16877/24236>
65. Bedoya EA, Vega NE, Severiche CA, Meza MJ. Síndrome de quemado (burnout) en docentes universitarios: El caso de un centro de estudios del caribe colombiano. Formacion Universitaria. 2017;10(6):51–8. doi:10.4067/S0718-50062017000600006
66. Vásquez-Yañez J, Guzmán-Muñoz E, Vásquez-Yañez J, Guzmán-Muñoz E. Calidad de vida, Burnout e indicadores de salud en

enfermeras/os que trabajan con turnos rotativos. Univ Salud. 2021 Aug 31;23(3):240–7. doi:10.22267/RUS.212303.237

67. Manuel J, Andrade D. Impacto del burnout en el actuar ética de la enfermería: un análisis de la literatura. Emergentes - Revista Científica. 2025 Apr 10;5(1):996–1012. doi:10.60112/ERC.V5.11.384
68. Lobeyda Tabares JP, Villamar Mosquera DC, Tola Choez T del R, Loopez Cando LM, Molina Duarte GK. Burnout en el Personal de Enfermería de Cuidados Intensivos: Causas, Consecuencias y Estrategias de Afrontamiento. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 21];9(3). Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/17739/25559>

X. ANEXOS

9.1. Guía de intervención para prevenir el Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería en Cuidado crítico



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZONA
MEDIA



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Crítico



Guía de intervención para prevenir el Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería en Cuidado crítico

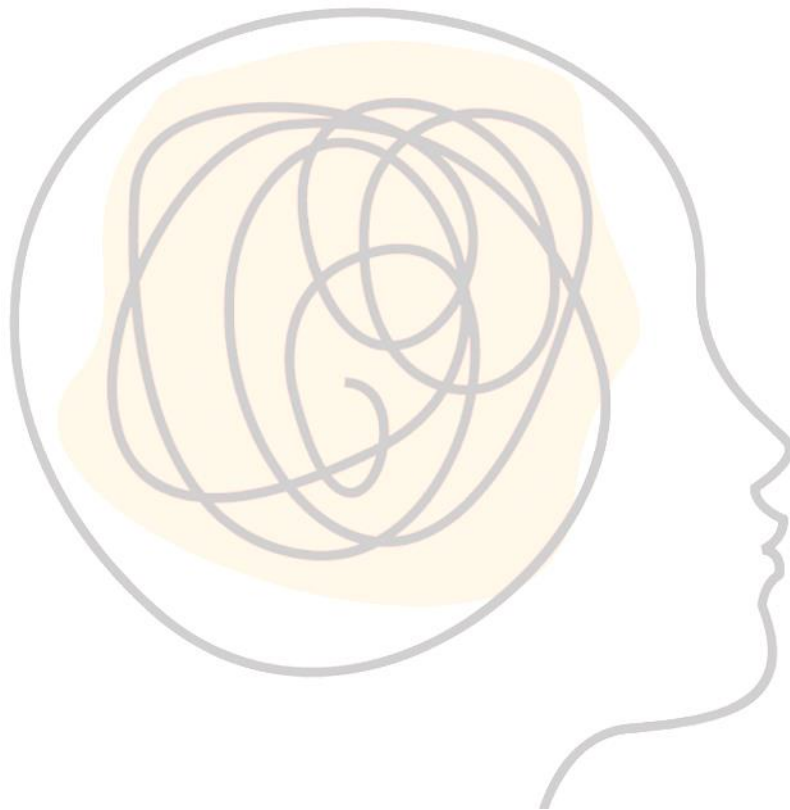
Elaborado por:
L.E. Cruz Ceballos América Lizett

Rioverde, San Luis Potosí Marzo 2026

ÍNDICE

MARCO JURÍDICO	1
I. INTRODUCCIÓN	4
II. JUSTIFICACIÓN	6
III. OBJETIVO	7
IV. ALCANCE	8
V. PRIMEROS PASOS PARA LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT	9
VI. ESTRATEGIAS	10
6.1. ESTRATEGIAS PERSONALES	11
6.1.1. MIRA HACIA TI	11
6.1.2. TIEMPO BAJO CONTROL	12
6.1.3. ESPACIO ENTRE IGUALES	13
6.1.4. INTERACCIONES CONSCIENTES	14
6.1.5. RESPIRA Y ENFÓCATE	15
6.1.6. ACTIVA TU CUERPO, PROTEGE TU MENTE	16
6.1.7. VIDA MÁS ALLÁ DEL TURNO	17
6.1.8. NUTRE TU ENERGÍA	18
6.1.9. CUIDARTE TAMBIÉN ES TRATARTE	19
6.1.10. ÁREA AFÍN, MENTE EN CALMA	20
6.1.11. DORMIR BIEN PARA CUIDAR MEJOR	21
6.2. ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES E INSTITUCIONALES	22
6.2.1. LO BÁSICO PARA LO ESENCIAL	22
6.2.2. JORNADAS QUE NO AGOTAN	23
6.2.3. REALISMO QUE PROTEGE	24
6.2.4. PAUSAS QUE RESTAURAN	25
6.2.5. PRESENCIA MÉDICA EFECTIVA	26
6.2.6. RECONOCER CON JUSTICIA	27
6.2.7. CUIDAR EN CONJUNTO:	28
6.2.8. RECONOCER PARA SOSTENER	29
6.2.9. SABER PARA CUIDAR MEJOR:	30
6.2.10. CUIDAR AL QUE CUIDA	31
VII. EVALUACION DEL IMPACTO	32
VIII. ANEXOS	34
Anexo 1. Cuestionario MBI-HSS	34

Anexo 2. Interpretación MBI-HSS.....36
IX. REFERENCIAS 38



MARCO JURÍDICO

LEY GENERAL DE SALUD

Capítulo VII: Salud mental

- Artículo 72: La salud mental y la prevención de las adicciones tendrán carácter prioritario dentro de las políticas de salud y deberán brindarse conforme a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos. El Estado garantizará el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental y de las adicciones a las personas en el territorio nacional. Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación por motivos de origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad, la expresión de género, la filiación política, el estado civil, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Capítulo III: Formación, Capacitación y Actualización del Personal

- Artículo 89. Las autoridades sanitarias, sin perjuicio de la competencia que sobre la materia corresponda a las autoridades educativas y en coordinación con ellas, así como con la participación de las instituciones de salud, establecerán las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud. (1)

LEY GENERAL DEL TRABAJO

TITULO CUARTO Derechos y Obligaciones de los Trabajadores y de los Patrones. CAPITULO I Obligaciones de los patrones.

- Artículo 132.- Son obligaciones de las personas empleadoras:

III. Proporcionar oportunamente a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios para la ejecución del trabajo, debiendo darlos de buena calidad, en buen estado y reponerlos tan luego como dejen de ser eficientes, siempre que aquéllos no se hayan comprometido a usar herramienta propia. El patrón no podrá exigir indemnización alguna por el desgaste natural que sufran los útiles, instrumentos y materiales de trabajo;

V. Proveer el número suficiente de asientos o sillas con respaldo a disposición de todas las personas trabajadoras en los sectores de servicios, comercio y centros de trabajo análogos, para la ejecución de sus funciones o para el descanso periódico durante la jornada laboral. En el caso de descansos periódicos, los asientos o sillas con respaldo deberán estar ubicados en áreas específicas que para tal efecto se designen en las mismas instalaciones del lugar de trabajo. La misma disposición se observará en los establecimientos industriales cuando lo permita la naturaleza del trabajo;

XXV. Contribuir al fomento de las actividades culturales y del deporte entre sus trabajadores y proporcionarles los equipos y útiles indispensables.

Capítulo III BIS De la Productividad, Formación y Capacitación de los Trabajadores

- Artículo 153-A. Los patrones tienen la obligación de proporcionar a todos los trabajadores, y éstos a recibir, la capacitación o el adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida, su

competencia laboral y su productividad, conforme a los planes y programas formulados, de común acuerdo, por el patrón y el sindicato o la mayoría de sus trabajadores. (2)

NOM-025-SSA3-2013, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Esta norma establece lineamientos uniformes que aseguren que las unidades de cuidados intensivos dispongan de las condiciones básicas necesarias para su adecuada organización y operación. Esto permitirá llevar a cabo de manera eficiente las acciones médicas dirigidas a pacientes en estado crítico agudo, definir con claridad los criterios médicos y bioéticos que justifican la indicación de cuidados intensivos, y garantizar una atención segura y beneficiosa para el paciente. Asimismo, busca optimizar el uso de los recursos humanos y materiales disponibles, evitando prácticas médicas excesivas que puedan derivar en una obstinación terapéutica. (3)

CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

Capítulo II. De los deberes de las enfermeras para con las personas

- Artículo octavo. Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad

Capítulo IV. De los deberes de las enfermeras para con sus colegas

- Artículo vigésimo segundo. Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos. (4)

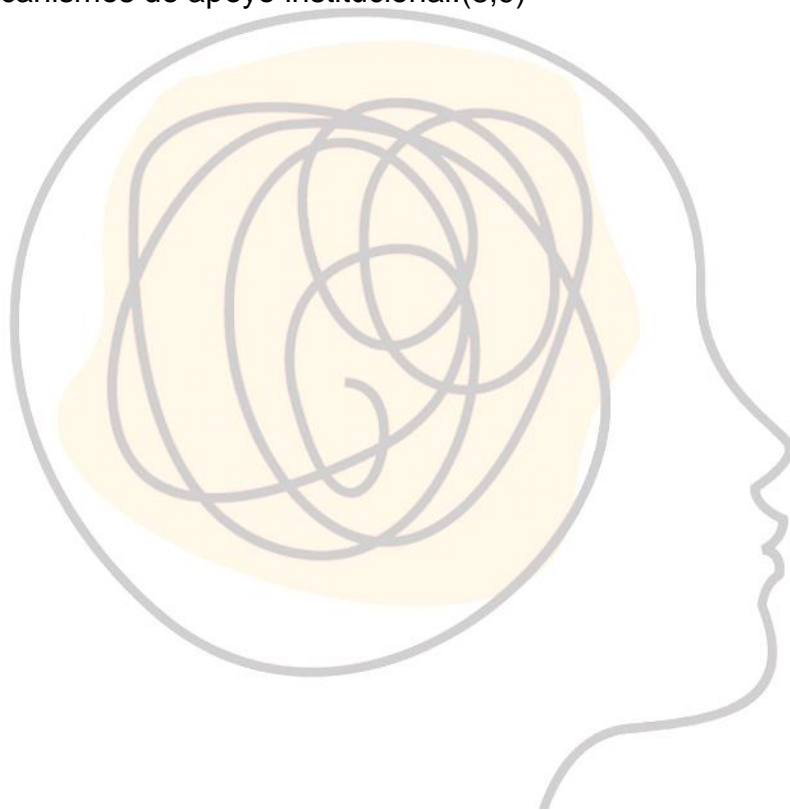
I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el agotamiento derivado del entorno laboral se ha convertido en un problema significativo de salud mental que afecta a un amplio sector de la población. Uno de los principales trastornos asociados a esta situación es el síndrome de Burnout, el cual se manifiesta como una respuesta al estrés laboral crónico. Este síndrome se caracteriza por sentimientos de desmotivación, actitudes negativas hacia los colegas y hacia el propio rol profesional, además de una profunda sensación de desgaste emocional. (5)

El Burnout se presenta con mayor frecuencia en profesiones que implican una interacción constante con otras personas y que se fundamentan en una filosofía humanista del trabajo. Entre estas destacan la enfermería, medicina, docencia y el trabajo social. En particular, el personal de enfermería se encuentra en una posición especialmente vulnerable, debido a las condiciones laborales que enfrentan: sobrecarga de trabajo, extensas jornadas, rotación continua de turnos, escasez de recursos, inseguridad laboral, contacto directo con el sufrimiento humano, y salarios que no reflejan la exigencia de sus funciones. A esto se suma la necesidad de laborar en múltiples instituciones para cubrir sus necesidades económicas, lo que intensifica el desgaste físico y emocional. Además, factores como la falta de reconocimiento profesional, la exposición diaria a la enfermedad y la muerte, la ausencia de recompensas internas y la escasa retroalimentación positiva contribuyen a elevar el riesgo de desarrollar este síndrome. (6)

Desde 1957, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha establecido que las funciones de la enfermería abarcan la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado integral de personas con afecciones físicas, mentales o discapacidades, sin importar su edad ni el entorno en el que se encuentren. Esta definición refleja la complejidad y amplitud del rol que desempeñan los profesionales de enfermería, quienes no solo brindan atención directa, sino que también asumen responsabilidades administrativas, educativas, investigativas y docentes. (6,7)

La acumulación de estas funciones en un mismo entorno laboral, sumada a la constante exposición al sufrimiento humano, la presión por mantener altos estándares de calidad, y la escasa retroalimentación positiva, crea un escenario propicio para el desarrollo del síndrome de Burnout. Este desgaste emocional y físico se intensifica cuando las exigencias laborales superan los recursos disponibles, afectando la salud mental del personal de enfermería y comprometiendo su bienestar y desempeño profesional. Así, el cumplimiento de las múltiples funciones definidas por el CIE, aunque fundamentales, puede convertirse en un factor de riesgo si no se acompaña de condiciones laborales adecuadas y mecanismos de apoyo institucional.(8,9)



II. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de Burnout se ha consolidado como una problemática de salud mental que afecta de manera significativa al personal de enfermería, especialmente en entornos de cuidado crítico. Este trastorno, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del sentido de realización personal, se ha intensificado en los últimos años debido a las exigencias crecientes del sistema de salud. Durante la pandemia por COVID-19, el Burnout cobró especial relevancia al evidenciar la sobrecarga laboral, el estrés constante y la falta de condiciones adecuadas para el ejercicio profesional. Sin embargo, a pesar de la atención que recibió en ese periodo, actualmente se observa una disminución en la producción de investigaciones y estrategias efectivas para abordar esta problemática, lo que ha contribuido a su persistencia y a una creciente deserción profesional.(10,11)

El personal de enfermería mantiene un contacto directo y continuo con los pacientes, lo que implica una alta demanda emocional y física. Esta exposición constante al sufrimiento, la enfermedad y la muerte, sumada a factores como la rotación de turnos, la escasez de recursos, la falta de reconocimiento profesional y los salarios poco acordes con la carga laboral, incrementa el riesgo de desarrollar Burnout. Diversos estudios internacionales y nacionales han documentado esta situación, señalando que el agotamiento emocional y la despersonalización afectan no solo la salud mental de los profesionales, sino también la calidad de atención que brindan. En México, investigaciones recientes han evidenciado niveles preocupantes de Burnout en enfermeras y médicos residentes, destacando la necesidad urgente de implementar medidas de protección psicosocial.(12–14)

A nivel local, aunque la investigación es limitada, los pocos estudios disponibles confirman la presencia del síndrome en instituciones públicas y privadas, y revelan factores personales y organizacionales que influyen en su aparición. (15)

III. OBJETIVO

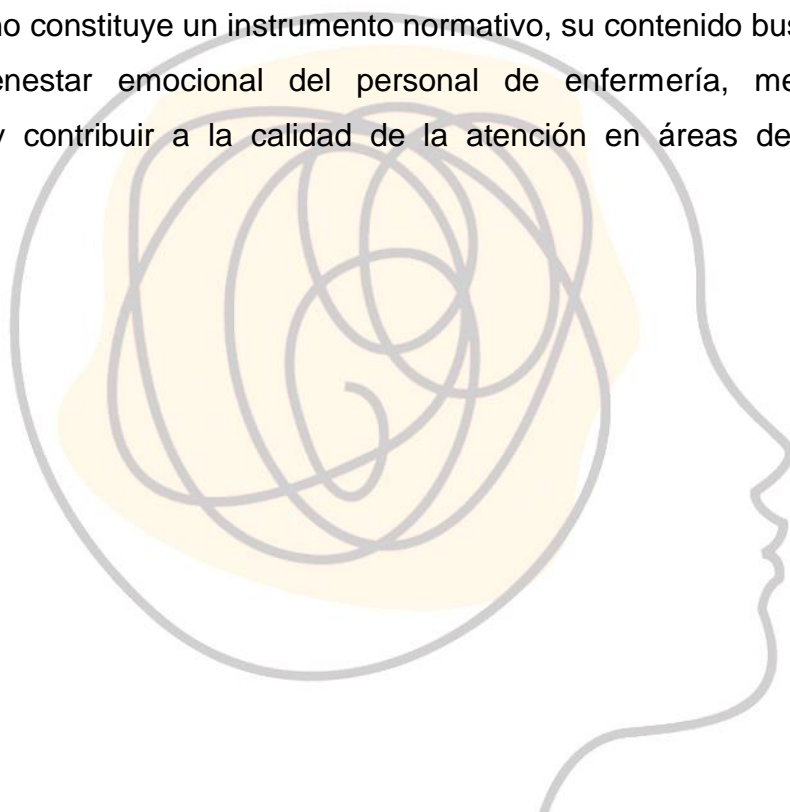
Proporcionar a los tomadores de decisiones de las unidades de cuidado crítico, un instrumento administrativo con estrategias prácticas, claras y fundamentadas en evidencia científica, orientadas a la prevención del síndrome de Burnout en el personal de enfermería, para mejorar el bienestar emocional del equipo y fortalecer la calidad del cuidado brindado al paciente.



IV. ALCANCE

La presente guía está dirigida a los equipos gerenciales de las unidades de cuidado crítico pertenecientes a instituciones del Sistema Nacional de Salud, interesados en implementar acciones orientadas a la prevención del síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

Las recomendaciones incluidas en esta guía están diseñadas para ser adaptadas a las condiciones particulares de cada institución, según las posibilidades operativas de cada unidad. Si bien no constituye un instrumento normativo, su contenido busca fortalecer la gestión del bienestar emocional del personal de enfermería, mejorar el clima organizacional y contribuir a la calidad de la atención en áreas de alta demanda asistencial.



V. PRIMEROS PASOS PARA LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

Antes de implementar las estrategias propuestas en esta guía, se recomienda realizar una evaluación diagnóstica del nivel de Burnout en el personal de enfermería que labora en áreas de cuidado crítico o unidades de cuidados intensivos. Esta evaluación permitirá identificar el grado de afectación emocional y orientar la selección de estrategias más pertinentes para cada contexto institucional.

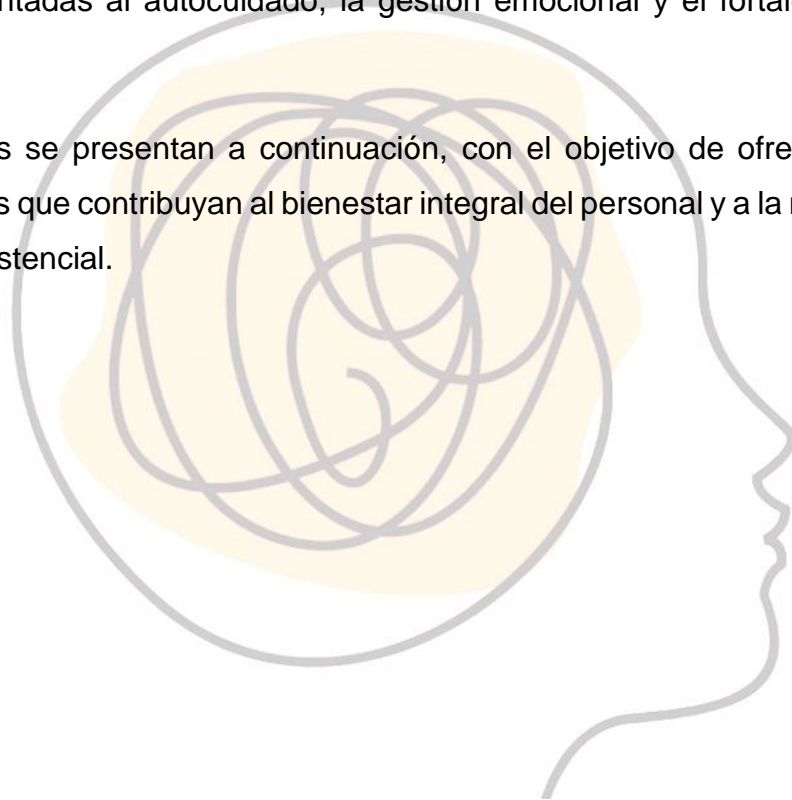
Para ello, se sugiere aplicar instrumentos validados como el Cuestionario Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), los cuales han demostrado eficacia en la medición de los componentes del síndrome de Burnout en profesionales de la salud. La elección del instrumento dependerá de los recursos disponibles, el enfoque institucional y la familiaridad del equipo con cada herramienta.

Una vez obtenidos los resultados, el equipo gerencial podrá seleccionar e implementar las estrategias más adecuadas, considerando el nivel de riesgo identificado, las características del entorno laboral y las necesidades específicas del personal. Esta etapa inicial es clave para asegurar que las acciones propuestas tengan un impacto significativo en la prevención del síndrome y en la mejora del bienestar del equipo de enfermería.

VI. ESTRATEGIAS

Se contemplan dos tipos de intervenciones orientadas a la prevención del síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en áreas de cuidado crítico. Por un lado, se proponen estrategias organizacionales e institucionales, dirigidas a los equipos gerenciales, enfocadas en mejorar las condiciones laborales, fortalecer el apoyo institucional y promover entornos saludables. Por otro lado, se incluyen estrategias personales, que pueden ser adoptadas voluntariamente por cada profesional de enfermería, orientadas al autocuidado, la gestión emocional y el fortalecimiento de la resiliencia.

Ambos enfoques se presentan a continuación, con el objetivo de ofrecer alternativas complementarias que contribuyan al bienestar integral del personal y a la mejora continua de la calidad asistencial.



6.1. ESTRATEGIAS PERSONALES

6.1.1. MIRA HACIA TI

Definición:

Observar y registrar de manera consciente las propias señales de estrés, agotamiento emocional y otros síntomas relacionados con el síndrome de Burnout. Esta práctica promueve la autocomprensión y permite al profesional identificar patrones de malestar que podrían estar afectando su bienestar físico y psicológico. Reconocer que existe un problema es el primer paso para abordarlo de forma efectiva.

Recursos sugeridos:

- Diario del estrés: Registro personal donde se anotan síntomas físicos y emocionales, pensamientos, situaciones desencadenantes y formas de afrontamiento.
- Material de apoyo: Cuadernos, aplicaciones móviles de seguimiento emocional, hojas de registro diseñadas por la institución.

¿Por qué?

La automonitorización es la práctica de observarse a uno mismo, los signos y síntomas de los estados emocionales, para descubrir estados internos y así ayudarse a ser más consciente de uno mismo, es decir, "conocerse a uno mismo". En primer lugar, reconocer que existe un problema nos permite abordarlo de manera efectiva. La autoconciencia se origina en la propia observación: rastrear emociones y reacciones regularmente te permite identificar patrones que moldean el comportamiento futuro. Se pueden utilizar varios métodos para proporcionar las herramientas para la automonitorización, pero el más fácil y disponible es el hábito de un "diario de estrés". Esta herramienta es un proceso organizado de documentar los síntomas físicos y emocionales asociados con el estrés y los incidentes que lo desencadenan. Además de ser un registro de la frecuencia y el contexto de los síntomas, el diario registra lo que el encuestado pensó y sintió, y cómo los manejó. Además, usar un instrumento estandarizado para evaluar el grado de agotamiento y medir la comparación con un grupo de referencia proporciona una perspectiva muy clara basada en el grado de impacto. Esa información será útil para tomar decisiones que conduzcan a intervenciones que benefician el bienestar emocional. (16,17)

6.1.2. TIEMPO BAJO CONTROL

Definición:

Brindar al personal de enfermería herramientas y conocimientos prácticos para gestionar de manera más eficiente su tiempo durante la jornada laboral. A través de la capacitación, se busca que los profesionales aprendan a organizar sus tareas, establecer prioridades, delegar responsabilidades y reducir la sensación de sobrecarga, promoviendo así un desempeño más eficaz y una mejor salud emocional.

Recursos sugeridos:

- Talleres o cursos breves sobre gestión del tiempo y productividad.
- Guías o manuales prácticos con técnicas de planificación y priorización.
- Herramientas digitales: aplicaciones de planificación, recordatorios y control de tareas.

¿Por qué?

A menudo, los profesionales en riesgo de agotamiento experimentan una presión de tiempo implacable, sintiendo que deben completar múltiples tareas dentro de plazos ajustados; esto afecta su rendimiento y bienestar. Por lo tanto, esta intervención sugiere que el equipo de gestión proporcione capacitación específica en gestión del tiempo para equipar al personal con habilidades prácticas para enfrentar esta presión de manera más efectiva. La habilidad en la planificación realista de actividades, la priorización de tareas en función de la urgencia e importancia, la delegación eficiente y el uso de técnicas que ahorran tiempo, como la lectura rápida y la organización por bloques, se incorporan gradualmente como parte del paquete de capacitación. El personal, al aprender a “trabajar de manera más inteligente, no necesariamente más horas”, puede reducir el estrés del exceso de trabajo, mejorar su rendimiento y prevenir el agotamiento emocional. (18,19)

6.1.3. ESPACIO ENTRE IGUALES

Definición:

Los grupos de apoyo entre colegas son espacios de encuentro entre profesionales que comparten un entorno laboral, en este caso el área de cuidado crítico, con el objetivo de intercambiar experiencias, brindar apoyo emocional mutuo y colaborar en la resolución de problemas relacionados con el trabajo. Estos grupos pueden ser informales o estructurados, pero todos comparten el propósito de fortalecer el sentido de comunidad, reducir el aislamiento emocional y promover el bienestar colectivo.

Recursos sugeridos:

- Espacios físicos o virtuales para reuniones periódicas entre el personal.
- Facilitadores internos o externos que guíen las sesiones en caso de grupos estructurados.
- Material de apoyo: dinámicas grupales, guías de conversación, recursos psicoeducativos.
- Reconocimiento institucional para fomentar la participación voluntaria y respetuosa.

¿Por qué?

La gestión puede fomentar el desarrollo de grupos de apoyo entre pares como un medio para aliviar el síndrome de burnout. Estos espacios permiten al personal de enfermería compartir sus experiencias, expresar emociones, recibir comprensión y establecer lazos de confianza con sus compañeros. La idea de otras experiencias similares y ser validado por aquellos que enfrentan los mismos desafíos fomenta un gran control del estrés en el trabajo y la resiliencia. La configuración de estos grupos puede ser más adaptable, permitiendo una reunión (en lugar de una intervención) en la que las partes interesadas expresen abiertamente sus principales preocupaciones, o adherirse a un marco definido que incluya un proceso específico con objetivos específicos. De cualquier manera, el punto es seguir creando una atmósfera de respeto, confidencialidad y apoyo mutuo. Esta es una intervención muy pequeña que necesita pocos o ningún recurso, pero requiere el apoyo institucional para proporcionar tiempo, espacio y condiciones programadas donde se pueda llevar a cabo regularmente. Fomentar la camaradería y el reconocimiento entre pares crea una red de apoyo emocional que puede traducirse en un impacto tremendo en entornos de alto volumen (como las unidades de cuidados críticos). Por otro lado, en los últimos años, ha aumentado significativamente el volumen de pacientes con trastornos de ansiedad. La ansiedad es una respuesta normal y universal en los humanos, donde sentirse ansioso en sí mismo no es algo malo. Pero cuando surge fuera de los límites normales y la calidad de vida disminuye considerablemente, se convierte en un trastorno del que no se puede recuperar sin algún tipo de ayuda externa. (20)

6.1.4. INTERACCIONES CONSCIENTES

Definición:

Desarrollo de habilidades sociales esenciales para el entorno laboral en áreas de cuidado crítico, especialmente aquellas relacionadas con la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y el asertividad. Estas competencias permiten al personal de enfermería expresar sus necesidades, establecer límites saludables y colaborar de manera respetuosa.

Recursos sugeridos:

- Talleres de habilidades sociales: sesiones presenciales o virtuales sobre comunicación, escucha activa y resolución de conflictos.
- Capacitación en asertividad: formación específica para aprender a decir “no” sin culpa, expresar opiniones con respeto y manejar la presión laboral.
- Material de apoyo: guías prácticas, simulaciones, videos educativos y ejercicios de role-play.
- Mentoría o coaching interno: acompañamiento por parte de líderes o profesionales capacitados en desarrollo humano.

¿Por qué?

Las habilidades sociales son fundamentales para la comunicación, tanto verbal como no verbal, abarcando aspectos como el lenguaje, el tono de voz, los gestos y el lenguaje corporal. En el ámbito de la enfermería, particularmente en las unidades de cuidado crítico, la cultura del autosacrificio conocida como “síndrome de Florence Nightingale” puede resultar en una negligencia de las propias necesidades y favorecer el agotamiento profesional.

Para contrarrestar esto, se sugiere la implementación de programas de capacitación en habilidades sociales y asertividad que busquen fortalecer la seguridad personal y el bienestar del personal de enfermería. Estas formaciones permiten a los profesionales aprender a comunicarse efectivamente, establecer límites claros y colaborar sin caer en sobrecargas emocionales. Los temas tratados incluyen la distinción entre asertividad y egoísmo, la importancia de una comunicación directa y la necesidad de reconocer y expresar emociones.

El desarrollo de estas competencias ayuda a fomentar un ambiente laboral más saludable, colaborativo y emocionalmente sostenible, lo que reduce el riesgo de burnout y mejora la calidad del cuidado brindado a los pacientes.(21,22)

6.1.5. RESPIRA Y ENFÓCATE

Definición:

Técnica de autorregulación psicofisiológica que combina la atención plena (mindfulness) con ejercicios de respiración diafragmática. Su objetivo es reducir la activación del sistema nervioso simpático, mejorar la conciencia corporal y promover un estado de calma y enfoque en el personal de enfermería.

Recursos sugeridos:

- Espacio tranquilo libre de interrupciones, con luz tenue y ventilación adecuada.
- Audios o videos guiados (5–10 minutos) con ejercicios de respiración y escaneo corporal.
- Carteles o fichas visuales con instrucciones paso a paso.
- Aplicaciones móviles recomendadas: Insight Timer, Breathe+, Headspace (versión gratuita).
- Frecuencia sugerida: 2 a 3 veces por semana, en turnos rotativos o antes del inicio de jornada.

¿Por qué?

Se busca proporcionar al personal de enfermería una herramienta práctica, concisa y accesible para mitigar la carga emocional y física durante su jornada laboral. A través de ejercicios de respiración profunda, inhalando en cuatro tiempos, manteniendo la respiración por cuatro y exhalando en seis, junto con técnicas de focalización sensorial como el escaneo corporal y la atención a sonidos y texturas, se busca fomentar un estado de calma activa. Este estado es favorable para la toma de decisiones, reduce la fatiga por compasión y fortalece la conexión con el entorno clínico. La práctica de la atención plena en el cuerpo y en la respiración disminuye la reactividad emocional y potencia la resiliencia frente al estrés laboral.

Los beneficios del mindfulness se manifiestan en cuatro áreas: aumento de la resiliencia y capacidad para manejar el estrés; incremento de empatía y compasión; mejora en la atención; y fortalecimiento del sentido del ser así como transformación interior.

Desde una perspectiva cerebral, se ha comprobado que el mindfulness incrementa la materia gris en la corteza prefrontal, así como también aumenta el tamaño de la ínsula, corteza orbitofrontal e hipocampo. También se ha observado una reducción en la actividad de la amígdala, área relacionada con las respuestas emocionales. Estos hallazgos son significativos ya que evidencian cómo practicar atención plena puede mitigar los efectos del burnout a nivel cerebral. En individuos que experimentan desgaste profesional se ha identificado un aumento en el tamaño de la amígdala y conexiones debilitadas dentro de la corteza prefrontal, particularmente entre aquellos que laboran largas horas en entornos emocionalmente demandantes. La evidencia sugiere que el mindfulness no solo mejora el bienestar psicológico, sino que también ayuda a proteger y reorganizar estructuras cerebrales afectadas por el burnout. (23)

6.1.6. ACTIVA TU CUERPO, PROTEGE TU MENTE

Definición:

El ejercicio físico es una actividad planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo mejorar o mantener la condición física.

Recursos sugeridos:

- Caminatas de 20–30 minutos antes o después del turno
- Rutinas de estiramiento o movilidad articular en casa
- Videos gratuitos de ejercicio funcional, yoga o pilates (YouTube, apps como Nike Training Club, FitOn)
- Bicicleta estática, cuerda para saltar o ligas de resistencia

Frecuencia recomendada:

- 3 a 5 veces por semana
- Intensidad moderada (que permita hablar sin dificultad)

Herramientas de seguimiento:

- Apps de registro (Google Fit, Strava, Samsung Health)
- Relojes o pulseras inteligentes (opcional)
- Diario de actividad física

¿Por qué?

Los hallazgos de diversas investigaciones indican que la práctica de ejercicio físico, en sus múltiples formas, puede ayudar a disminuir los niveles de síndrome de burnout, aunque en algunos casos la reducción no sea muy notable. Se han analizado diferentes tipos de actividad física: desde programas aeróbicos y de fuerza hasta prácticas tradicionales como el Qigong y rutinas de ejercicio en el entorno laboral. En la mayoría de estos casos, se observa una disminución del burnout junto con mejoras en la capacidad física, el equilibrio dinámico y la percepción del bienestar. Sin embargo, los resultados varían según la intensidad del ejercicio, la duración del programa y las características demográficas de los participantes.

La evidencia sugiere que el ejercicio funciona como un regulador emocional natural al promover la liberación de neurotransmisores como endorfinas, dopamina y serotonina. Esto favorece una reducción del estrés, mejora la calidad del sueño y refuerza la autoeficacia. Por lo tanto, se considera una estrategia personal efectiva y sostenible para prevenir el burnout, ya que no requiere grandes recursos y puede ajustarse a los horarios y preferencias del personal enfermero. Las guías internacionales aconsejan realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, lo cual ha demostrado beneficios para la salud mental, resiliencia emocional y calidad del descanso. Sin embargo, persisten limitaciones en las investigaciones: se han utilizado distintos tipos de ejercicios en poblaciones variadas con herramientas de medición heterogéneas, lo que complica la comparación entre resultados. (24,25)

6.1.7. VIDA MÁS ALLÁ DEL TURNO

Definición:

Planificar y realizar actividades recreativas, culturales o sociales fuera del entorno laboral, de forma individual o con personas significativas. Estas actividades permiten desconectar del rol profesional, fomentar el disfrute, fortalecer vínculos personales y recuperar el equilibrio entre la vida laboral y personal.

Recursos sugeridos:

- Agenda personal: Reservar al menos una tarde o día libre al mes para actividades no laborales.

Opciones accesibles:

- Caminatas en la naturaleza, visitas a museos, cine, conciertos o ferias locales
- Salidas con amigos o familia (cafetería, parque, picnic, paseo en bicicleta)
- Actividades creativas: talleres de cerámica, pintura, cocina o escritura
- Turismo local o escapadas breves a pueblos cercanos

Herramientas de planificación:

- Aplicaciones como Google Calendar, Meetup, Eventbrite o redes sociales locales
- Listas personales de “lugares por conocer” o “cosas que quiero hacer”

Presupuesto flexible: Actividades gratuitas o de bajo costo también son altamente efectivas

¿Por qué?

Los estudios recientes indican que el clima organizacional afecta la intención de dejar una institución, siendo este impacto mediado por el conflicto entre trabajo y familia. Cuando las exigencias laborales interfieren con la vida personal, se incrementa el riesgo de agotamiento y la rotación del personal. Por lo tanto, es esencial que las políticas de gestión incorporen medidas que promuevan un equilibrio entre las responsabilidades laborales y las relaciones familiares y sociales. En este contexto, organizar actividades recreativas fuera del ámbito laboral no debe verse como un lujo, sino como una necesidad para salvaguardar la salud mental y emocional del personal de enfermería. Estas iniciativas permiten reconectar con la identidad más allá del rol profesional, refuerzan el sentido de autonomía, amplían la red de apoyo y contribuyen a restaurar el equilibrio entre lo que se da en el trabajo y lo que se recibe en la vida personal. Adicionalmente, redefinen el tiempo libre como un espacio legítimo para el autocuidado, en lugar de considerarlo como tiempo improductivo.

La teoría de la Recuperación sugiere que las actividades extralaborales facilitan una desconexión psicológica del trabajo, lo cual favorece la recuperación emocional y reduce el agotamiento. Asimismo, el modelo de Balance Vida-Trabajo postula que la satisfacción en la vida personal actúa como un amortiguador ante el estrés laboral, disminuyendo notablemente el riesgo de burnout. (26,27)

6.1.8. NUTRE TU ENERGÍA

Definición:

Adoptar hábitos alimentarios que favorezcan el equilibrio físico y mental, priorizando alimentos que estabilicen el estado de ánimo, mantengan niveles de energía constantes y reduzcan la inflamación asociada al estrés crónico.

Recursos sugeridos:

- Preparar colaciones saludables para los turnos (fruta, frutos secos, yogur natural, avena, hummus, etc.)
- Llevar agua o infusiones para mantenerse hidratada durante la jornada
- Evitar ayunos prolongados o comidas muy copiosas antes del turno
- Hidratación y claridad mental: agua, té verde, infusiones sin cafeína

Herramientas de apoyo:

- Apps como Yazio, MyFitnessPal o Lifesum para seguimiento de hábitos
- Diario de alimentación y estado de ánimo
- Recetarios simples y saludables para turnos (snacks energéticos, comidas en frascos, smoothies)
- Consulta con nutriólogo

¿Por qué?

Aunque el peso corporal no es el único factor determinante, se ha observado que aquellos que mantienen un peso saludable tienden a experimentar una mayor satisfacción en su trabajo y una menor prevalencia de síntomas relacionados con el desgaste.

Asimismo, quienes sufren de burnout suelen ver alterados sus hábitos alimenticios; pueden desarrollar patrones emocionales descontrolados que dificultan modificar su conducta alimentaria. Por esta razón, es aconsejable abordar primero el síndrome antes de trabajar en la normalización de los hábitos alimenticios. No se trata simplemente de seguir dietas restrictivas; más bien se debe optar por una alimentación funcional que sustente el ritmo laboral diario, prevenga la fatiga y mejore el estado emocional. Preparar refrigerios saludables, mantenerse adecuadamente hidratado y evitar un consumo excesivo de cafeína o azúcares simples puede tener un impacto significativo en los niveles de energía y bienestar durante las jornadas laborales. La práctica del comer consciente refuerza la conexión entre cuerpo y mente, promoviendo así una autorregulación emocional efectiva como medida preventiva contra el agotamiento.

En este contexto, las dietas ricas en azúcares simples y alimentos ultraprocesados tienden a incrementar la reactividad emocional junto con la fatiga mental; por otro lado, una alimentación equilibrada potencia la resiliencia cognitiva. Asimismo, mantener un microbioma intestinal saludable contribuye a mejorar la respuesta al estrés y disminuir la inflamación sistémica, aspectos cruciales para prevenir el burnout. (28,29)

6.1.9. CUIDARTE TAMBIÉN ES TRATARTE

Definición:

Compromiso consciente y sostenido de la enfermera con su propio tratamiento médico, incluyendo la toma regular de medicamentos, la asistencia a controles clínicos, la vigilancia de síntomas y la implementación de hábitos saludables.

Recursos sugeridos:

- Calendario de consultas médicas y estudios de seguimiento
- Recordatorios para toma de medicamentos (apps como Medisafe, MyTherapy)
- Registro de síntomas y parámetros clave: Glucemia, presión arterial, peso, dolor, efectos adversos
- Identificación de factores de riesgo personales (desvelos, omisión de dosis, estrés)
- Estrategias de compensación (ajuste de horarios, pausas para medicación, alimentación adaptada)
- Comunicación con el equipo tratante
- Compartir el plan con personas de confianza (familia, colegas)

¿Por qué?

La falta de adherencia terapéutica impacta de manera clínica, económica y social, afectando tanto al paciente y su familia como a los sistemas de salud. Interrumpir o seguir parcialmente un tratamiento incrementa el riesgo de deterioro irreversible y reduce la efectividad terapéutica.

En el caso de las enfermeras con enfermedades crónicas, mantener la adherencia es esencial para preservar su salud, energía y capacidad de cuidado. Comprometerse con el tratamiento y el autocuidado no solo mejora la calidad de vida, sino que también refuerza una cultura de salud dentro del equipo y previene el desgaste emocional.

La adherencia, sin embargo, depende de factores como motivación, entorno y percepción de autoeficacia. Descuidar la salud personal en profesionales de enfermería incrementa el riesgo de burnout y disonancia emocional, lo que subraya la necesidad de estrategias que promuevan el autocuidado y el compromiso terapéutico como parte de la responsabilidad profesional. (30–33)

6.1.10. ÁREA AFÍN, MENTE EN CALMA

Definición:

Consiste en que la enfermera procure desempeñarse en áreas clínicas que correspondan a su formación especializada, experiencia técnica y perfil profesional.

Recursos sugeridos:

- Solicitar asignaciones acordes a la especialidad (nefrología, UCI, quirófano, etc.)
- Comunicar de forma asertiva los límites de competencia y experiencia
- Participar en reuniones de programación o rotación para expresar preferencias clínicas
- Llevar un diario breve sobre el impacto emocional y físico de cada área asignada
- Identificar síntomas de alerta cuando se trabaja fuera de la especialidad (confusión, ansiedad, errores, fatiga)
- Mantenerse al día en protocolos, guías y procedimientos del área especializada
- Participar en capacitaciones internas o externas para reforzar el perfil clínico
- Buscar acompañamiento entre colegas del mismo servicio
- Compartir experiencias y estrategias de adaptación con otras enfermeras especialistas

¿Por qué?

No todas las enfermeras cuentan con la misma formación ni experiencia clínica, y desempeñarse en áreas especializadas sin la preparación adecuada puede generar altos niveles de estrés. Para prevenir el burnout, es recomendable que las profesionales gestionen sus asignaciones y soliciten permanecer en servicios donde puedan aplicar sus competencias con seguridad y confianza. Esto no solo favorece la calidad asistencial, sino que también protege la salud mental del personal y promueve una cultura de respeto hacia la especialización dentro del equipo de salud.

El desempeño óptimo ocurre cuando el profesional trabaja dentro de su zona de competencia, lo que incrementa la seguridad, la eficiencia y el bienestar emocional. La congruencia entre las habilidades y las demandas del puesto reduce el estrés y aumenta la satisfacción laboral; en contraste, la exposición prolongada a entornos desconocidos eleva la ansiedad, la inseguridad y el riesgo de burnout. Reconocer los propios límites y buscar espacios clínicos afines fortalece la autoestima y la capacidad de afrontamiento.

La especialización en enfermería, entendida como formación de postítulo, constituye un proceso de actualización y perfeccionamiento de competencias para el ejercicio en ámbitos específicos de atención. Estas especialidades han surgido en respuesta a cambios históricos, socioculturales, tecnológicos y epidemiológicos, reflejando las necesidades sociales vinculadas a la salud. Actualmente, la fragmentación del trabajo en las profesiones sanitarias exige nuevos conocimientos y habilidades técnicas, que en la mayoría de los casos requieren estudios avanzados para garantizar un desempeño seguro y de calidad. (34,35)

6.1.11. DORMIR BIEN PARA CUIDAR MEJOR

Definición:

Promoción del descanso nocturno reparador como herramienta fundamental para la recuperación física, emocional y cognitiva del personal de enfermería.

Recursos sugeridos:

- Cuaderno de monitoreo personal: Registro semanal de horas dormidas, calidad percibida, síntomas diurnos y estrategias utilizadas. Incluye escala de somnolencia de Epworth adaptada.
- Técnicas guiadas (audio o texto): Protocolos breves de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y visualización para facilitar la conciliación del sueño.
- Checklist de entorno de descanso post-turno: Lista de verificación para adaptar el espacio de descanso en casa (luz, ruido, temperatura, dispositivos).
- Póster educativo para áreas comunes: “Dormir bien también es parte del cuidado” con mensajes clave y recordatorios visuales para promover una cultura del descanso.

¿Por qué?

El sueño constituye un proceso neurofisiológico esencial para la homeostasis del sistema nervioso, la consolidación de la memoria, la regulación emocional y la función inmunológica. Diversos estudios han demostrado que la privación crónica del sueño en profesionales de la salud se asocia con mayor riesgo de errores clínicos, deterioro cognitivo, irritabilidad, ansiedad y síntomas de burnout. En este sentido, la higiene del sueño entendida como el conjunto de prácticas que favorecen un descanso reparador se presenta como una herramienta eficaz para mejorar la calidad de vida y el desempeño laboral.

La intervención propuesta busca visibilizar el sueño como un pilar del bienestar profesional, desmontando la idea de que dormir poco equivale a compromiso laboral. Se promueve la higiene del sueño mediante recomendaciones prácticas adaptadas a los horarios del personal de enfermería, incluyendo técnicas de relajación, control de estímulos y rutinas de desconexión, articuladas con otras estrategias de autocuidado como la respiración profunda, la actividad física y la alimentación saludable.

Desde el punto de vista neuroanatómico, el sueño es un proceso dinámico en el que participan estructuras como la corteza cerebral, el tálamo, el hipotálamo y el tronco cerebral. Se organiza en etapas de distinta profundidad, reguladas por el ritmo circadiano de 24 horas, que modula la relación entre el ciclo día-noche y las funciones fisiológicas. Alterar estas fases repercute negativamente en la homeostasis corporal y puede provocar daños significativos en la salud física y emocional, afectando el desarrollo humano y la capacidad funcional.

Fomentar hábitos de sueño adecuados es fundamental para prevenir enfermedades físicas y mentales y mejorar la salud integral.(36,37)

6.2. ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES E INSTITUCIONALES

6.2.1. LO BÁSICO PARA LO ESENCIAL

Definición:

Disponibilidad y adecuación de los espacios físicos donde el personal de enfermería realiza sus funciones, incluyendo áreas clínicas, estaciones de trabajo, zonas de descanso y almacenamiento de insumos. Estos espacios deben estar diseñados para facilitar la atención segura, eficiente y digna tanto para el paciente como para el profesional de salud.

Recursos sugeridos:

- Áreas limpias, bien iluminadas, ventiladas y con acceso a agua potable, electricidad y señal de comunicación.
- Camas hospitalarias, monitores, insumos médicos, estaciones de lavado, carros de curación, etc.
- Computadoras, software clínico, acceso a internet, sistemas de registro electrónico.
- Espacios tranquilos para pausas, con sillones, refrigerador, microondas, y acceso a alimentos saludables.
- Supervisión periódica de instalaciones, reparación de equipos, y protocolos de reporte de fallas.

¿Por qué?

El ambiente laboral constituye un factor determinante en la salud física y mental de los trabajadores, ya que integra elementos técnicos, sociales y organizacionales que inciden directamente en su bienestar. Aspectos como el horario, las tareas asignadas, las relaciones interpersonales, las instalaciones, la ergonomía y las condiciones ambientales (iluminación, temperatura, espacios reducidos) pueden potenciar la satisfacción y productividad o, por el contrario, generar desgaste emocional y disminuir el rendimiento.

Contar con espacios de trabajo adecuados no solo mejora la eficiencia operativa, sino que también impacta directamente en la salud mental del personal de enfermería. Cuando los profesionales tienen acceso a instalaciones funcionales, equipamiento completo y zonas de descanso, se sienten valorados, seguros y respaldados. Esto disminuye la percepción de sobrecarga, mejora el clima laboral y reduce significativamente el riesgo de desarrollar síndrome de burnout. Además, facilita la atención centrada en el paciente, promueve la colaboración entre equipos y fortalece el sentido de pertenencia institucional.

En la actualidad, el trabajo ha dejado de concebirse únicamente como un medio de producción y se reconoce al personal como un recurso estratégico cuyo bienestar es clave para la sostenibilidad institucional.(38,39)

6.2.2. JORNADAS QUE NO AGOTAN

Definición:

Redistribución y flexibilización de los tiempos laborales del personal de salud, con el fin de reducir la sobrecarga física y emocional asociada al contacto continuo con situaciones de alta demanda asistencial.

Recursos sugeridos:

- Evaluaciones internas sobre carga laboral, roles y condiciones físicas mediante encuestas, entrevistas o análisis de indicadores de productividad y ausentismo
- Grupos focales para recoger propuestas del personal sobre mejoras laborales a través de espacios participativos para identificar necesidades reales y soluciones viables
- Protocolos de rediseño de tareas y rotación de funciones para disminuir la exposición prolongada a situaciones de alta carga emocional.
- Manual de roles y responsabilidades actualizado y claro para evitar duplicidad de funciones y promueve una distribución equitativa del trabajo

¿Por qué?

La sobrecarga laboral sostenida representa uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de burnout en el personal de enfermería. La exposición constante a jornadas extensas y demandas excesivas genera cansancio emocional, disminuye la concentración y afecta la calidad de la atención brindada.

El exceso de trabajo también favorece la despersonalización, manifestada en actitudes de distanciamiento y pérdida de empatía hacia los pacientes, lo que deteriora la relación terapéutica y el sentido de realización profesional. Asimismo, una carga laboral elevada limita el desarrollo personal y reduce la satisfacción en el entorno hospitalario, afectando directamente la motivación y el compromiso institucional.

Disminuir la carga laboral mediante la reorganización de tiempos y funciones, junto con esquemas flexibles de jornada, permite la recuperación emocional y fortalece la eficiencia del desempeño. La participación activa del personal en el diseño de horarios y responsabilidades incrementa el sentido de pertenencia y la corresponsabilidad, elementos clave para construir entornos laborales saludables y sostenibles. (40,41)

6.2.3. REALISMO QUE PROTEGE

Definición:

Prevenir el síndrome de burnout en etapas tempranas de la carrera profesional mediante la construcción de expectativas realistas sobre el entorno laboral. Se basa en procesos de socialización anticipatoria, exposición gradual a las exigencias del rol y acompañamiento estructurado durante la inserción laboral.

Recursos sugeridos:

- Evaluación de expectativas laborales en nuevos ingresos
- Manual de bienvenida con descripción realista del entorno, funciones y desafíos del rol
- Programa de inducción progresiva: talleres, observación de pares y rotación inicial sin carga directa
- Tutoría o acompañamiento por parte de profesionales con experiencia
- Registro de seguimiento de adaptación y percepción de sobrecarga en los primeros seis meses

¿Por qué?

Esta estrategia busca disminuir el riesgo de burnout en profesionales recién incorporados mediante un proceso de inserción laboral progresivo y acompañado. Se reconoce que las expectativas idealizadas sobre el trabajo pueden generar frustración y agotamiento precoz, por lo que se propone evaluar dichas expectativas, brindar información clara sobre las condiciones reales del entorno, implementar programas de inducción escalonada, asignar tutores clínicos y facilitar espacios de reflexión grupal.

La capacitación previa al ingreso laboral cumple un papel fundamental en este proceso, ya que permite a los profesionales adquirir conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para enfrentar las demandas del entorno asistencial. A través de cursos, talleres y programas de inducción, se favorece la actualización continua, el desarrollo de competencias técnicas y emocionales, y la construcción de confianza personal.

El aprendizaje constante fortalece la capacidad de respuesta ante los cambios, mejora la calidad de las tareas, incrementa la motivación y fomenta equipos de alto desempeño. Además, la capacitación contribuye a crear un ambiente laboral más saludable, donde el personal se siente seguro, valorado y preparado para afrontar los retos de la práctica clínica.

En síntesis, la capacitación previa y la inserción laboral gradual son herramientas clave para reducir el choque con la realidad, promover la adaptación saludable y prevenir el burnout en profesionales de enfermería que se incorporan a áreas de alta exigencia. (42)

6.2.4. PAUSAS QUE RESTAURAN

Definición:

Implementación de espacios físicos y tiempos protegidos para el descanso breve del personal de enfermería durante la jornada laboral, independientes del horario de comida. Se basa en un sistema rotativo que garantiza que todas las personas del equipo puedan acceder a un momento de desconexión sin interrupciones, favoreciendo la recuperación física, emocional y cognitiva.

Recursos sugeridos:

- Evaluación de condiciones físicas del entorno laboral (ergonomía, iluminación, ventilación, ruido)
- Diseño y adecuación de un espacio exclusivo para pausas breves del personal de enfermería
- Protocolo de rotación de descansos breves por turnos, con cobertura asistencial garantizada
- Cartel visible: “Espacio de descanso protegido – no interrumpir”
- Rúbrica de observación sobre uso, respeto y percepción del espacio de descanso
- Registro semanal de uso del espacio y percepción de bienestar post-descanso
- Calendario visible de rotación de descansos breves

¿Por qué?

Este espacio debe contar con condiciones mínimas de confort (asientos ergonómicos, iluminación cálida, ventilación adecuada, ausencia de estímulos clínicos) y estar claramente identificado como zona de no interrupción. El acceso al espacio se organiza mediante un sistema de rotación por microturnos (por ejemplo, 10–15 minutos cada 2–3 horas), de modo que una parte del equipo pueda descansar mientras la otra permanece en funciones, garantizando la continuidad asistencial. Esta pausa es independiente del horario de comida y no debe ser interrumpida por llamadas, tareas administrativas ni demandas clínicas, salvo emergencias.

Además de favorecer la recuperación física (vista, espalda, postura), este espacio promueve la socialización espontánea, la descarga emocional y el fortalecimiento del vínculo entre colegas. También puede utilizarse para actividades breves de relajación, respiración o simplemente para desconectarse del entorno clínico. La literatura sobre ergonomía organizacional y prevención del burnout destaca la importancia de las pausas breves durante la jornada laboral como medida efectiva para reducir la fatiga, mejorar la concentración y prevenir errores. Estas pausas actúan como “micro-recuperaciones” que permiten reiniciar procesos cognitivos y emocionales, disminuyendo el riesgo de agotamiento y despersonalización. Además, los espacios de descanso compartido fortalecen la cohesión grupal, la comunicación informal y el sentido de pertenencia, elementos clave para el bienestar organizacional. (43)

6.2.5. PRESENCIA MÉDICA EFECTIVA

Definición:

Garantizar la presencia activa, accesible y continua de un médico responsable en cada unidad asistencial, con el fin de reducir el estrés operativo del personal de enfermería, evitar ambigüedades en las indicaciones clínicas y prevenir el agotamiento derivado de la incertidumbre o los cambios abruptos en la atención.

Recursos sugeridos:

- Asignar formalmente un médico responsable por turno y unidad, con disponibilidad real para responder dudas, emitir indicaciones y coordinar acciones clínicas.
- Establecer un protocolo de comunicación clara, donde las indicaciones médicas se registren de forma precisa, accesible y sin ambigüedades.
- Evitar cambios de indicaciones sin justificación clínica ni comunicación previa, especialmente en contextos de alta carga emocional o urgencia.
- Implementar espacios breves de coordinación clínica al inicio de cada turno, donde se revisen planes de atención, prioridades y posibles contingencias.
- Monitorear la percepción del equipo de enfermería sobre la calidad de la interacción médica, la claridad de las indicaciones y el respaldo clínico recibido.
- Incluir esta estrategia en los protocolos de seguridad asistencial y prevención del burnout,

¿Por qué?

Esta estrategia busca reducir el estrés clínico del personal de enfermería mediante la garantía de una presencia médica efectiva en cada unidad. Se parte del reconocimiento de que la ausencia del médico, su inaccesibilidad o los cambios abruptos en las indicaciones generan incertidumbre, sobrecarga emocional y riesgo asistencial.

La claridad en las indicaciones clínicas y la presencia efectiva de un médico responsable son factores clave para la seguridad asistencial y el bienestar del equipo de enfermería. La literatura señala que la ambigüedad en las órdenes médicas, la inaccesibilidad del médico o los cambios abruptos en la atención generan altos niveles de estrés, inseguridad y desgaste emocional. Garantizar una comunicación clínica clara, continua y respetuosa fortalece la confianza del equipo, mejora la coordinación interdisciplinaria y reduce el riesgo de errores. Esta estrategia se fundamenta en modelos de liderazgo clínico, trabajo colaborativo y prevención del burnout en entornos hospitalarios.(38,39,43)

6.2.6. RECONOCER CON JUSTICIA

Definición:

Estrategia organizacional orientada a promover la equidad salarial en el personal de enfermería, reconociendo el nivel de especialización, la complejidad de las funciones y la carga emocional del trabajo. Busca alinear la remuneración con las competencias clínicas, la formación académica y el impacto asistencial, como medida de motivación, retención y prevención del burnout.

Recursos sugeridos:

- Evaluación interna de escalas salariales por nivel de especialización, funciones y carga asistencial
- Análisis comparativo de salarios nacionales por especialidad
- Grupos focales para recoger percepciones del personal sobre justicia salarial y motivación
- Indicadores de rotación, ausentismo y satisfacción laboral vinculados a percepción de reconocimiento económico
- Propuesta de ajuste salarial progresivo por especialidad, antigüedad y desempeño clínico

¿Por qué?

Esta estrategia parte del reconocimiento de que muchas enfermeras especialistas perciben salarios inferiores a los que corresponderían por su nivel de formación y responsabilidad clínica. Según datos de 2025, el salario promedio nacional de una enfermera especialista es de \$18,700 MX mensuales, con variaciones significativas por estado y género. En contraste, enfermeras técnicas perciben en promedio \$8,290 MX mensuales, pese a jornadas de casi 40 horas semanales. Esta disparidad, sumada a la alta carga emocional del trabajo, contribuye al desgaste profesional y la desmotivación.

La equidad salarial es un componente clave del bienestar organizacional y la prevención del burnout. Diversos estudios han demostrado que la percepción de injusticia económica, especialmente en profesionales altamente capacitados que enfrentan alta carga emocional, incrementa el riesgo de agotamiento, desmotivación y rotación laboral. En México, los datos entre 2019 y 2025 evidencian una brecha significativa entre el salario de enfermeras especialistas y el nivel de exigencia de su rol. Reconocer económicamente el valor del trabajo especializado no solo mejora la calidad de vida del personal, sino que fortalece el compromiso institucional y la seguridad asistencial. (43–45)

6.2.7. CUIDAR EN CONJUNTO:

Definición:

Fomentar una cultura de colaboración, corresponsabilidad y apoyo mutuo entre los miembros del equipo de salud.

Recursos sugeridos:

- Evaluación interna sobre dinámica grupal, liderazgo y colaboración entre áreas
- Manual institucional de trabajo en equipo: roles, principios, canales de comunicación y resolución de conflictos
- Espacios estructurados de coordinación interdisciplinaria (reuniones clínicas, sesiones de retroalimentación, comités de mejora)
- Dinámicas grupales periódicas para fortalecer vínculos y confianza profesional
- Protocolos de bienvenida y tutoría para nuevos integrantes del equipo
- Carteles motivacionales en áreas comunes: “Aquí cuidamos en equipo”, “La colaboración también salva vidas”

¿Por qué?

Esta estrategia busca que la colaboración no dependa únicamente de la voluntad individual, sino que sea promovida, organizada y sostenida por la institución. Se reconoce que el trabajo en equipo efectivo reduce el estrés, mejora la toma de decisiones y fortalece el sentido de pertenencia, especialmente en entornos hospitalarios de alta demanda emocional. El trabajo colaborativo se articula con otras acciones como la comunicación abierta, la dinámica grupal saludable, la orientación activa y el liderazgo clínico efectivo. Los equipos cohesionados, con roles definidos y apoyo mutuo, presentan menores niveles de agotamiento, mayor satisfacción laboral y mejores resultados asistenciales.

El trabajo en equipo implica aprovechar el talento colectivo, fomentar la cooperación y garantizar la comunicación fluida entre sus miembros. Requiere además reconocimiento mutuo, compañerismo y organización clara de funciones, lo que contribuye a la autoestima, la estabilidad laboral y la resiliencia grupal. Una organización es más efectiva cuando promueve estructuras y protocolos que sostienen el trabajo colaborativo, ya que este se convierte en sinónimo de productividad, competitividad y logro de objetivos. Escuchar activamente, valorar las ideas de los demás y mantener dinámicas de respeto son principios básicos para consolidar equipos sólidos y prevenir el burnout en el personal de enfermería.(46)

6.2.8. RECONOCER PARA SOSTENER

Definición:

Implementar mecanismos formales de reconocimiento simbólico para el personal de enfermería, con el fin de fortalecer el sentido de pertenencia, la motivación y el valor percibido del trabajo cotidiano.

Recursos sugeridos:

- Cartas de reconocimiento institucional por desempeño, compromiso o actitud destacada
- Tablero de logros visibles en áreas comunes (con actualizaciones mensuales)
- Ceremonias breves de agradecimiento o entrega de menciones durante reuniones clínicas
- Espacios digitales para destacar buenas prácticas o historias de cuidado significativo
- Formato de nominación interna por pares o jefaturas

¿Por qué?

Esta estrategia busca que el reconocimiento no se limite a gestos aislados o informales, sino que se integre de manera estructural dentro de la cultura organizacional. El reconocimiento formal funciona como un factor protector frente al burnout, especialmente en profesiones de alta carga emocional como la enfermería, donde la falta de valoración del esfuerzo cotidiano puede generar desgaste, desmotivación y despersonalización.

Cuando los sistemas de reconocimiento son genuinos, accesibles y organizados, fortalecen la autoestima profesional, el sentido de pertenencia y la cohesión grupal. Además, incrementan la satisfacción laboral y contribuyen a un ambiente más saludable. Esta estrategia se sustenta en modelos de motivación intrínseca, liderazgo transformacional y cultura organizacional positiva, promoviendo que el personal se sienta valorado y respaldado.

El reconocimiento laboral, más allá de ser un gesto simbólico, se convierte en una herramienta estratégica para atraer, retener y potenciar el talento, favoreciendo la productividad y el compromiso institucional.(47)

6.2.9. SABER PARA CUIDAR MEJOR:

Definición:

Garantizar la formación continua del personal de enfermería en técnicas, procedimientos y enfoques clínicos actualizados, con el fin de mejorar la calidad del cuidado, fortalecer la seguridad asistencial y reducir el estrés derivado de la incertidumbre técnica.

Recursos sugeridos:

- Calendario institucional de capacitaciones mensuales por área clínica
- Registro de participación y seguimiento formativo por trabajador
- Plataforma digital o mural físico con actualizaciones técnicas breves (protocolos, fichas, videos, algoritmos)
- Encuesta semestral sobre percepción de competencia técnica y necesidades de actualización
- Convenios con instituciones educativas para formación continua sin costo
- Espacios breves de retroalimentación técnica al cierre de turno (5–10 min)

¿Por qué?

El desconocimiento técnico y la falta de actualización en procedimientos clínicos generan inseguridad, errores y altos niveles de estrés en el personal de enfermería. La formación continua se plantea como un factor protector frente al burnout, especialmente en entornos de alta complejidad, ya que permite fortalecer la confianza profesional, mejorar el desempeño clínico y reducir el desgaste emocional.

El aprendizaje organizacional y la capacitación constante son pilares para el desarrollo profesional sostenible y la seguridad asistencial. El conocimiento empírico adquirido en la práctica resulta insuficiente ante los cambios sociales y epidemiológicos, lo que evidencia la necesidad de acceder a programas de educación continua. Sin embargo, factores organizacionales y motivacionales pueden limitar la participación en estas instancias, generando desmotivación y estancamiento en el personal.

La construcción permanente de conocimientos mediante cursos, talleres y programas de actualización favorece la motivación, la calidad del cuidado y la resiliencia del equipo de enfermería, convirtiéndose en una herramienta clave para enfrentar los retos del proceso salud-enfermedad y prevenir el síndrome de burnout. (48,49)

6.2.10. CUIDAR AL QUE CUIDA

Definición:

Ofrecer apoyo psicológico accesible, confidencial y continuo al personal de enfermería, como medida preventiva frente al desgaste emocional, el estrés crónico y el síndrome de burnout.

Recursos sugeridos:

- Convenio con profesionales de salud mental internos o externos para atención psicológica al personal
- Agenda institucional de sesiones individuales o grupales de contención emocional
- Carteles visibles: “Tu salud mental también importa” con datos de contacto y horarios de atención
- Espacios físicos adecuados para sesiones breves de escucha o intervención psicológica

¿Por qué?

Esta estrategia reconoce que el trabajo clínico implica una elevada carga emocional, especialmente en situaciones de urgencia, sufrimiento o muerte. La ausencia de espacios de contención psicológica dentro de la institución puede derivar en aislamiento, desregulación emocional y agotamiento progresivo en el personal de enfermería. El acceso a apoyo psicológico formal y accesible constituye una medida clave para prevenir el burnout en profesiones de alta demanda emocional. Los espacios de acompañamiento reducen el riesgo de desgaste, favorecen la regulación afectiva y fortalecen la resiliencia profesional. Además, disponer de servicios no estigmatizantes promueve una cultura organizacional que protege y valora a quienes cuidan. Contar con profesionales de salud mental dentro de hospitales o centros asistenciales, así como con programas de apoyo voluntario, permite brindar atención oportuna y evitar la cronificación de síntomas de estrés y ansiedad. Una intervención temprana contribuye a preservar el bienestar emocional, mejorar la capacidad de afrontamiento y sostener la calidad del cuidado en entornos clínicos complejos.(50)

VII. EVALUACION DEL IMPACTO

Una vez implementadas las estrategias personales y organizacionales que cada institución o profesional considere necesarias y estén dentro de sus posibilidades reales, recordando que estas propuestas no son obligatorias ni universales, sino sugerencias flexibles y adaptables, se recomienda aplicar nuevamente el Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión adaptada para profesionales de la salud, para monitorear el impacto de las estrategias sobre el bienestar emocional del equipo.

Momentos de aplicación:

- Evaluación inicial (línea base): Antes de la implementación de las estrategias, se aplicará el MBI a todo el personal de enfermería para establecer el nivel de burnout existente.
- Evaluación periódica: Se recomienda aplicar el instrumento cada 3 y 6 meses posteriores a la implementación, con el fin de monitorear el impacto progresivo de las intervenciones y realizar ajustes si es necesario.
- Evaluación por ingreso de nuevo personal: Cada vez que se incorpore un nuevo integrante al equipo, se aplicará nuevamente el instrumento a todo el grupo, para mantener la coherencia diagnóstica y detectar posibles cambios en la dinámica emocional colectiva.

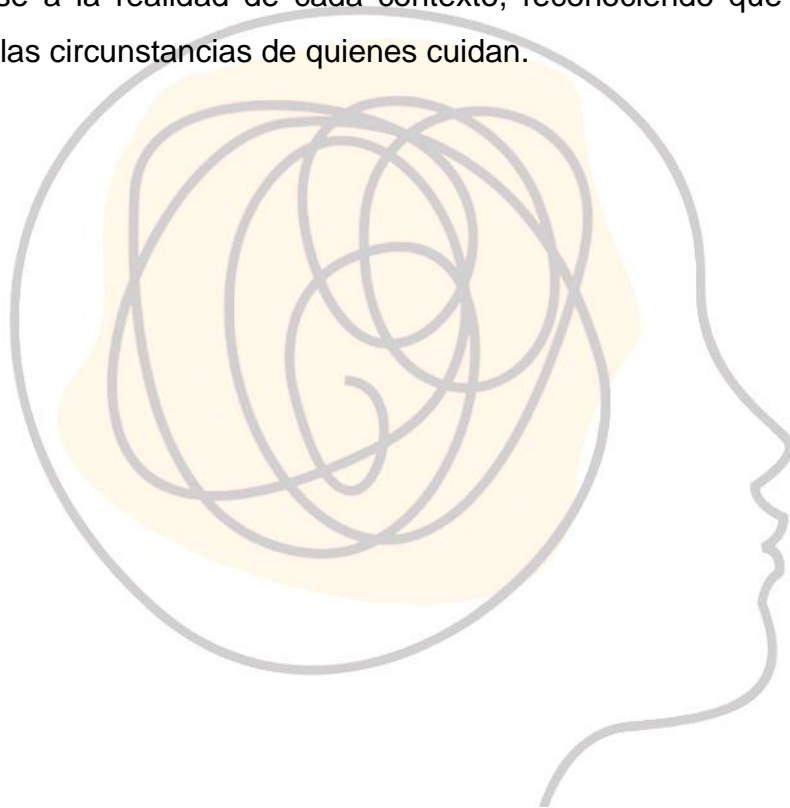
Condiciones de aplicación:

- La participación debe ser voluntaria, confidencial y sin consecuencias laborales.
- Promover que todas las personas respondan con sinceridad y sin temor, entendiendo que los resultados no tienen fines punitivos, sino que buscan evaluar si las estrategias están funcionando y qué ajustes podrían ser necesarios.
- El instrumento puede aplicarse en formato físico o digital, según los recursos disponibles.
- Se recomienda que la aplicación sea guiada por personal capacitado, que pueda resolver dudas y garantizar un ambiente de confianza.

Análisis de resultados:

- Los resultados se analizarán de forma grupal, identificando tendencias, áreas críticas y mejoras observadas.
- Se generarán informes semestrales para la dirección institucional, con recomendaciones basadas en los hallazgos.
- Los datos obtenidos permitirán reformular estrategias, fortalecer intervenciones efectivas y visibilizar el impacto del cuidado organizacional.

Es importante aclarar que no se trata de imponer hábitos ideales, como dormir ocho horas o disponer de espacios físicos específicos, sino de ofrecer herramientas que puedan adaptarse a la realidad de cada contexto, reconociendo que cuidar también implica respetar las circunstancias de quienes cuidan.



VIII. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario MBI-HSS

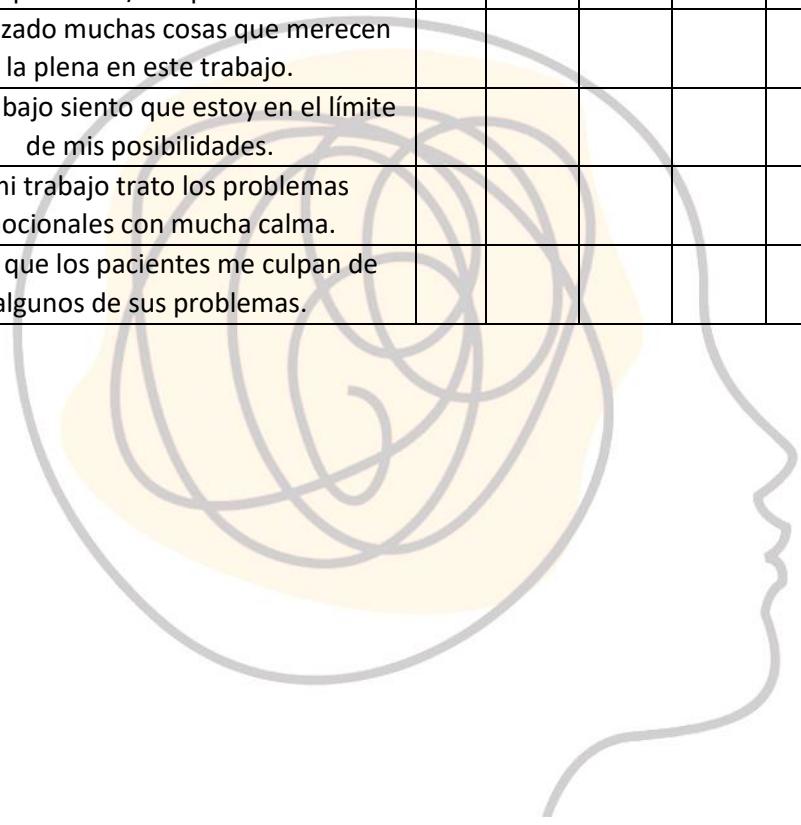
Cuestionario Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)

A cada una de las siguientes frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, marcando con una equis (X) en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado, según la intensidad del sentimiento.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1.	AE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente cansado.							
2.	AE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3.	AE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4.	RP	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros.							
5.	D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos.							
6.	AE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7.	RP	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8.	AE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9.	RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10.	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11.	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12.	AE	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13.	AE	Me siento frustrado por mi trabajo.							

14.	AE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15.	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros.							
16.	AE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17.	RP	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18.	RP	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros							
19.	RP	He realizado muchas cosas que merecen la plena en este trabajo.							
20.	AE	En el trabajo siento que estoy en el límite de mis posibilidades.							
21.	RP	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22.	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Fuente: (51)



Anexo 2. Interpretación MBI-HSS

Este cuestionario está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional (AE). Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización (D). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal (RP). Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

Cálculo de puntuaciones

se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

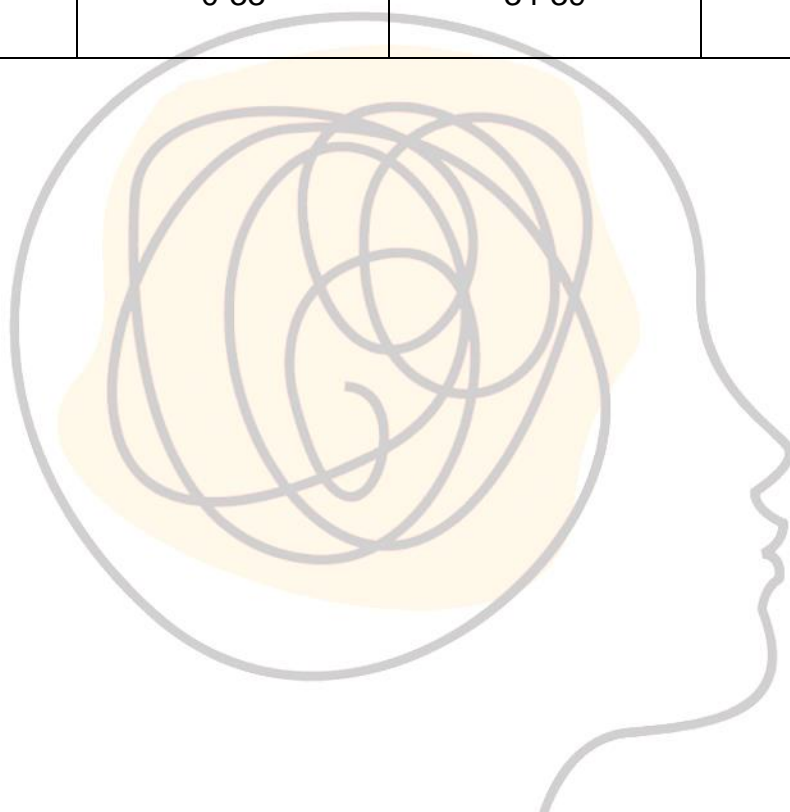
Aspecto evaluado	Preguntas para evaluar	Indicios de burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	Mas de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22	Mas de 9
Realización personal en el trabajo	4-7-9-12-17-18-19-21	Menos de 34

VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo

dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

Aspecto evaluado	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-56



IX. REFERENCIAS

1. De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA. LEY GENERAL DE SALUD.
2. De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA, Ley N. LEY FEDERAL DEL TRABAJO. 2025 Feb 21;30–41.
3. Mexicana NO. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
4. Comision Interinstitucional de enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México [Internet]. 2001 [cited 2025 Nov 15]. Available from: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf
5. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. Entorno. 2020 Dec 30;(70):110–20.
6. Berrío García N, Foronda Valencia DS, Ciro Parra DG. Síndrome de Burnout en personal de la salud latinoamericano. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2019 Sep 18;10(2):157–81.
7. Militza Saraí Rendón Montoya¹, sandra Lidia Peralta Peña², Eva Angelina Hernández Villa³, Reyna Isabel Hernández³, María Rubi Vargas², María Alejandra Favela Ocaño. Vista de Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. Enfermería Global [Internet]. 2020 Jul [cited 2025 Nov 12];(59). Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/398221/284351>
8. Luciana Salvador de Aquino, Indiaría dos Santos Ribeiro, Wesley Martins. Visión del SÍNDROME DE BURNOUT: REPERCUSIONES EN LA SALUD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. Boletim de conjuntura (BOCA) [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 12];6(16). Available from: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/312/251>
9. Sheila Cadena Gómez., Ma Pilar Delgado Calvo., José Luis Delgado Calvo., Raquel Navarro Muñoz., Beatriz Fernández Navarro. El burnout en el personal sanitario: causas, consecuencias y estrategias de prevención. Revista Sanitaria de investigación [Internet].

2025 Feb 17 [cited 2025 Nov 12]; Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-burnout-en-el-personal-sanitario-causas-consecuencias-y-estrategias-de-prevencion/>

10. Santos MEP dos, Rezende V de QM, Souza P de AC de, Fabiano ACS, Meneguelo B de B, Miranda L de S, et al. Burnout em profissionais de saúde: uma revisão das definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [Internet]. 2024 Sep 3 [cited 2025 Nov 12];6(9):494–506. Available from: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3406>
11. Álvarez Reza S, Flores-Olivares LA, Fernández-López M, Durán-Oyarzabal CE, Hernández-Granillo PM, Tapia-Ortega E, et al. Depresión y síndrome de Burnout en personal de salud durante la contingencia sanitaria por Covid-19. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2021 Feb 27 [cited 2025 Nov 12];63(2):162–3. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342021000200162&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Rodríguez-Aguirre CA, García-Flores R, Sotelo-Castillo MA, Meza-Peña C, Rodríguez-Aguirre CA, García-Flores R, et al. Factores psicosociales y sociodemográficos asociados con el desgaste profesional en médicos residentes de Sonora (México). *Revista Ciencias de la Salud* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Nov 12];21(3). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732023000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Pedro Reyes-Laris, Omar Medina-de la Cruz, Verónica Gallegos-García. Burnout en personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 en un hospital público . *REVMEDUAS* [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 12];13(2):164–74. Available from: https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v13/n2/burnout_ao.pdf
14. Rangel Flores Yesica Yolanda, Chávez Escalera Milka, Nava Medina Arelia Guadalupe, Muñoz Torres Teresita de Jesús, Méndez Bernal María Yolanda. Factores relacionados con el desarrollo de síndrome de burnout en enfermeras mexicanas. *PRESENCIA* [Internet]. 2010 [cited 2025 Nov 12];6(11). Available from: https://www.academia.edu/21738887/Rangel_Flores_Yesica_Yolanda_Ch%C3%A1vez

_Escalera_Milka_Nava_Medina_Arelia_Guadalupe_Mu%C3%B1oz_Torres_Teresita_d
e_Jes%C3%BAs_M%C3%A9ndez_Bernal_Mar%C3%ADa_Yolanda_Factores_relacion
ados_con_el_desarrollo_de_s%C3%ADndrome_de_burnout_en_enfermeras_mexicana
s_Rev_Presencia_2010_ene_jun_6_11_

15. Morales Castillo Verónica. PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA EN DOS INSTITUCIONES DE SALUD UNA PÚBLICA Y OTRA PRIVADA EN RIOVERDE, S.L.P. 2020.
16. Diario Emocional: Herramienta Eficaz Para Manejar El Estrés | Salud Vital | Consejos De Salud, Bienestar Y Estilo De Vida [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 16]. Available from: <https://saludvital.cl/estres/diario-emocional-herramienta-eficaz-para-manejar-el-estres/>
17. Brown Britton KA. estrés laboral en el personal de enfermería. Revista Saluta. 2022;(3).
18. Larrea Santos V, Martínez J, Llorca E, Hernando I, Quiles A. Utilización de herramientas digitales para la mejora de la adquisición de la Competencia Transversal Planificación y Gestión del tiempo. In 2023.
19. Albarracín Ramírez A. Vol. 1, guiasbib.upo.es. 2023. Planificación y gestión del tiempo.
20. Vargas E. Beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua para avanzar en la promoción e intervención en los trastornos de ansiedad. [Internet]. [cited 2025 Nov 16]. Available from: <https://amtaes.org/wp-content/uploads/2019/12/articuloinjuve.pdf>
21. Jauregui-Soriano K, Huyhua-Gutierrez S, Zegarra-Chapoñan R, Espinoza-Moreno T, Zeladita-Huaman J. Asociación entre la salud mental positiva y habilidades sociales en estudiantes de enfermería. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2022;(28).
22. Breve A, Corresponsal A, Del Pilar García-Nuñez D, Matta-Solis H. Habilidades sociales en estudiantes de enfermería de una universidad privada de Lima Norte. Vol. 4, Peruvian Journal of Health Care and Global Health. 2020.
23. Ramos Monsivais CL, Castañón Vargas M, Almendra Andrade Y, Monge Vázquez L. ¿Puede el Mindfulness Reducir el Burnout en los Docentes? Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024 Jan 29;8(1):42–55.

24. Rosales Ricardo Y. Intervención con ejercicio físico en estudiantes universitarios con síndrome de burnout: un protocolo de estudio. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2020;
25. Rosales Ricardo Y, Pedro Ferreira J. Revisión sistemática sobre intervenciones con ejercicio físico en pacientes con síndrome de burnout. SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte. 2020;
26. ¿Qué hacer después del trabajo para impulsar tu vida? | Glamour [Internet]. [cited 2025 Nov 16]. Available from: <https://www.glamour.mx/articulos/que-hacer-despues-del-trabajo-para-impulsar-tu-vida>
27. Domínguez-Aguirre LR, Lozano-Jiménez I, Ramírez-Campos ÁF. El rol del conflicto trabajo-familia en la relación del clima organizacional y las intenciones de salida. Cuadernos de Gestión [Internet]. 2020 [cited 2025 Nov 16];20(3):87–97. Available from: <http://addi.ehu.eus/handle/10810/49126>
28. Robaina F, Flores N, Jenaro C, Cruz M, Avram E. Síndrome de Burnout y hábitos alimenticios en profesores de enseñanza secundaria. El Guiniguada, N°. 2010;19(5).
29. Ortiz Rodríguez MA, Antúnez Bautista PK, Moreno Aguirre AJ. Síndrome de burnout, actividad física y alimentación. Inventio. 2022;17(43).
30. Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E, Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna [Internet]. 2019 Mar 29 [cited 2025 Nov 21];6(1):63–74. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=es
31. Franco PB. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: REVISIÓN DE LOS RESULTADOS PUBLICADOS. ALUMNA. Sevilla ; 219AD Jun.

32. Pincay M, Mg C. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Científica Higía de la Salud* [Internet]. 2020 Jul 7 [cited 2025 Nov 21];2(1):2020–6. Available from: <https://www.itsup.edu.ec/myjournal/index.php/Higia/article/view/531/1194>
33. Mendoza Reyes R, Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética* [Internet]. 2021 Sep 21 [cited 2025 Nov 21];32(4):897–945. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662021000400897&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Gutiérrez-Rodríguez L, García Mayor S, Cuesta Lozano D, Burgos-Fuentes E, Rodríguez-Gómez S, Sastre-Fullana P, et al. Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2025 Nov 21];29(6):328–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862119303729>
35. Cerón Mackay MC, Milos Hurtado P. Enfermera especialista y enfermera de práctica avanzada: ¿roles distintos o complementarios? *Benessere Revista de Enfermería*. 2020;4(1).
36. Fabres L, Moya P. Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2025 Nov 21];32(5):527–34. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000894>
37. Panseits Rojas BK. Calidad del sueño y la neurociencia. *Revista Académica CUNZAC*. 2023;6(2).
38. Tuesta Condor AN, Peña Huaman AL, Rafael Soto LM. SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL ÁREA ASISTENCIAL. *Revista Científica de Enfermería (2071-5080)* [Internet]. 2025 Jan 1 [cited 2025 Nov 21];14(1):19. Available from: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:184772160?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:184772160>

39. Nicole Hernández S. Ambiente laboral: Implicaciones para la salud mental . Salud y conducta humana [Internet]. 2020 Nov 25 [cited 2025 Nov 21];7(1). Available from: https://www.researchgate.net/profile/Nicole-Hernandez-Santiago/publication/351194779_Ambiente_laboral_Implicaciones_para_la_salud_mental_Work_enviroment_Implications_for_mental_health/links/608b20eea6fdccaebdf8c348/Ambiente-laboral-Implicaciones-para-la-salud-mental-Work-enviroment-Implications-for-mental-health.pdf
40. Académico E, De Enfermería P, Marina D, Arua A, Licia R, Laura V. Impacto del síndrome de burnout y sobrecarga laboral del personal del Centro de Salud Metropolitano llave - 2024. Universidad Continental [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 21]; Available from: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/15517>
41. Perez Huaman VC, Bendezú Montero Y. Carga laboral y síndrome de burnout en enfermeras de Lima Metropolitana, 2024-2025. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 21];9(3). Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/18043/25889>
42. La importancia de la capacitación para las y los trabajadores. | Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo | Gobierno | gob.mx [Internet]. [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.gob.mx/profedet/es/articulos/la-importancia-de-la-capacitacion-para-las-y-los-trabajadores?idiom=es>
43. Teniza Noguez D, Sánchez Hernández B, de los Ángeles Lorenzo Cruz M, Mercedes Gallegos González M, Gómez Sosa P, Bernal Córdova M, et al. CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL AMBIENTE LABORAL: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Internet]. 2020 Nov 19 [cited 2025 Nov 21];28(1):31–40. Available from: <http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/141>
44. Carcasi O, M. Torres G. Motivación Intrínseca, Extrínseca Asociado al Nivel de Satisfacción Laboral del Personal Asistencial de la Redess-Lampa. 2018;

45. Charria-Isaacs J, Giraldo-Jaramillo J, Mora-Bustos C, Ángel-Jaramillo J, Balaguera-Rojas M del P. Síndrome de burnout y variables sociodemográficas en el personal del hospital departamental de Villavicencio (Colombia). *Diversitas* [Internet]. 2022 Dec 13 [cited 2025 Nov 21];18(2). Available from: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/8175>
46. Ayoví-Caicedo J. Trabajo en equipo: clave del éxito de las organizaciones. *Revista Científica FIPCAEC (Fomento de la investigación y publicación en Ciencias Administrativas, Económicas y Contables)* ISSN: 2588-090X Polo de Capacitación, Investigación y Publicación (POCAIP). 2019;4(10).
47. Universidad TR, Salle L, México M. Beneficios laborales y diversidad generacional: Caso de la Red de Bibliotecas de la Universidad La Salle en México. *Revista Latinoamericana de Investigación Social*. 4(2).
48. Liliana González Flores C, Antonio R, Ramos E, Cristina M, Guerrero P, México M. Instrumentos de evaluación de los factores que influyen en la capacitación continua del profesional de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2021;37(4).
49. Guaña Bravo ES, Ramírez Pérez T, Mariño Cano H, Ávila Peña Y. Factores que influyen en la educación continua desde la perspectiva del profesional de enfermería. *Revista Científica Sinapsis*. 2020;1(16).
50. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enferm Clin* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2025 Nov 21];31:S35–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303028>
51. Instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey | PDF | Burnout ocupacional | Psicología [Internet]. [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://es.scribd.com/document/657584189/Instrumento-Maslach-Burnout-Inventory-Human-Services-Survey>