

Factores psicosociales laborales asociados al síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital de Ambato

Work-related psychosocial factors associated with burnout syndrome among medical residents at a hospital in Ambato

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0345>

Gabriela Salomé Carrasco-Yépez ^{*1}

<https://orcid.org/0009-0007-1148-2809>

gcarrasco4061@uta.edu.ec

Esmeralda Maricela Estrada-Zamora¹

<https://orcid.org/0000-0002-3117-5597>

em.estrada@uta.edu.ec

Recibido: 02/05/2026

Aceptado: 04/08/2026

RESUMEN

Objetivo: Describir la frecuencia de las dimensiones del Síndrome de Burnout y la caracterización el perfil sociodemográfico y laboral en médicos residentes de un hospital público de Ambato, Ecuador. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo-comparativo en médicos residentes de cinco servicios hospitalarios de un hospital de Ecuador. La información se recopiló mediante una encuesta digital que incluyó variables sociodemográficas y laborales, así como la evaluación del burnout mediante el Inventario de Agotamiento de Maslach. **Resultados:** Se registró un total de 34 participantes, predominando el sexo masculino (61,8 %), entre 29 y 31 años (47,1 %), contratación ocasional (76,5 %), jornadas de 40 a 60 horas semanales (85,3 %) y entre 5 y 8 guardias mensuales (88,2 %). Globalmente, el 64,7 % presentó cansancio emocional elevado, el 11,8 % una alta despersonalización y el 52,9 % una baja realización personal. La distribución de las dimensiones del síndrome mostró variabilidad entre los servicios. Medicina interna y pediatría/neonatología registraron la mayor afectación global. **Conclusiones:** Se observa una elevada frecuencia de síndrome de burnout en médicos residentes, con diferencias según la especialidad. Se evidencia la necesidad de estrategias institucionales orientadas a la prevención y el manejo del desgaste ocupacional durante la formación especializada.

Palabras clave: Síndrome de Burnout; Médicos; Residencia; Estrés Ocupacional; Hospitales.

¹ Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.

*Autor de correspondencia: gcarrasco4061@uta.edu.ec

ABSTRACT

Objective: To describe the frequency of the dimensions of Burnout Syndrome and the characterization of the sociodemographic and occupational profile in resident physicians of a public hospital in Ambato, Ecuador. **Materials and methods:** An observational, cross-sectional, and descriptive-comparative study was conducted among medical residents from five hospital departments in an Ecuadorian hospital. Data were collected through a digital survey that included sociodemographic and occupational variables, as well as burnout assessment using the Maslach Burnout Inventory. **Results:** A total of 34 participants were included, male (61.8%), aged 29–31 years (47.1%), employed under temporary contracts (76.5%), working 40–60 hours per week (85.3%), and undertaking 5–8 on-call shifts per month (88.2%). Overall, 64.7% reported high emotional exhaustion, 11.8% high depersonalisation, and 52.9% low personal accomplishment. The distribution of burnout dimensions varied across hospital departments. Internal Medicine and Paediatrics/Neonatology showed the highest overall levels of burnout. **Conclusions:** A high frequency of burnout syndrome is observed in resident physicians, with differences depending on the specialty. The need for institutional strategies aimed at the prevention and management of occupational burnout during specialized training is evident.

Keywords: Burnout syndrome; Doctors; Residence; Occupational Stress; Hospitals.

INTRODUCCIÓN

El burnout es un problema de salud en el personal sanitario debido a sus implicaciones en la calidad de la atención médica. Christina Maslach definió este síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizada por su agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal (1). No obstante, años más tarde, el Inventario de Agotamiento de Maslach – Encuesta de Servicios Humanos (MBI-HSS, por sus siglas en inglés) se consolidó como el instrumento de referencia para su evaluación en los profesionales de la salud. Aunque el burnout no se reconoce como trastorno psiquiátrico independiente en los principales sistemas internacionales de clasificación diagnóstica, su impacto clínico, organizacional y social ha motivado un incremento sostenido de investigaciones en las últimas décadas (2).

En países de bajos recursos, el personal médico desarrolla sus actividades en entornos laborales caracterizados por alta demanda asistencial, responsabilidad clínica continua, exposición al sufrimiento humano y presión organizacional permanente, condiciones que adquieren una mayor complejidad en la que convergen exigencias académicas, sobrecarga laboral, privación del sueño y una limitada autonomía profesional. La interacción simultánea de estos factores favorece la aparición de estrés ocupacional persistente y el deterioro progresivo de los recursos psicológicos de afrontamiento (3).

La evidencia internacional demuestra que el burnout presenta una alta prevalencia en el personal sanitario. Un metaanálisis que incluyó residentes de América, Europa, Asia, África y Oceanía encontró una prevalencia global de cerca del 52%, siendo más frecuente en especialidades quirúrgicas, neurología y radiología (4). Estudios en Brasil, Emiratos Árabes Unidos, Líbano,

Nigeria y Tailandia han reportado prevalencias elevadas de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, relacionadas con largas jornadas laborales, guardias frecuentes, sobrecarga asistencial, falta de descanso adecuado y condiciones organizacionales desfavorables (5,6).

En los médicos residentes, el burnout se relaciona con depresión, ansiedad, problemas de sueño, consumo de drogas psicoactivas y una menor calidad de vida, lo cual incrementa el riesgo de ocurrencia de errores médicos, deteriora la calidad de la atención sanitaria y compromete la seguridad del paciente (7). A nivel institucional, el síndrome provoca ausentismo laboral, menor rendimiento profesional, rotación de personal y menor productividad en los hospitales. Estas consecuencias son importantes en los sistemas sanitarios con limitaciones estructurales y una alta demanda de atención (8,9).

Actualmente, diversos estudios han identificado una relación entre el burnout y factores sociodemográficos, laborales y psicosociales. Entre los principales determinantes se encuentran la carga laboral, la edad, el sexo, las guardias nocturnas, la percepción de remuneración insuficiente, las relaciones interpersonales conflictivas y la escasa satisfacción profesional. Por otra parte, ciertas características de la personalidad, como neuroticismo, ansiedad y una baja autoestima, se han asociado con una mayor vulnerabilidad al agotamiento ocupacional (2). En América Latina, las investigaciones sobre burnout en médicos residentes han mostrado prevalencias elevadas y persistentes. En países como México, la prevalencia de burnout supera el 50 % en residentes de especialidades médicas y quirúrgicas (5,10). En Ecuador, las investigaciones en el contexto nacional han evaluado principalmente la frecuencia del síndrome y sus factores laborales asociados; sin embargo, aún persiste una caracterización limitada de los factores psicosociales y de personalidad. Esta ausencia restringe el diseño de estrategias orientadas a la prevención, detección temprana e intervención sobre factores modificables durante la formación médica (11,12).

Este estudio surge por la necesidad de generar evidencia sobre elementos que se relacionan con la aparición del síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes en Ecuador. La caracterización de las dimensiones del síndrome y del perfil sociodemográfico y laboral permitirá orientar las estrategias de prevención ocupacional, optimizar las condiciones de formación médica y contribuir al bienestar integral del personal. Esta investigación se plantea con el objetivo de describir la frecuencia de las dimensiones del Síndrome de Burnout y la caracterización el perfil sociodemográfico y laboral en médicos residentes de un hospital público de Ambato, Ecuador.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal y descriptivo. La población de estudio estuvo constituida por médicos residentes en actividad asistencial durante los últimos 12 meses en un hospital público del Ecuador, pertenecientes a los servicios de Emergencia, Cirugía/Traumatología, Medicina Interna, Pediatría/Neonatología y Ginecología y Obstetricia. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los criterios de inclusión fueron: encontrarse en funciones asistenciales activas en los servicios seleccionados al momento de la aplicación y otorgar voluntariamente el consentimiento informado electrónico. Se excluyeron cuestionarios con respuestas incompletas o sin consentimiento informado.

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta estructurada en la plataforma Google Forms, distribuida por los canales de comunicación institucional.

El instrumento se configuró como autoadministrado, de acceso único por sesión para evitar registros duplicados. La encuesta consta de una primera sección, en la que se incluye el consentimiento informado y se explican los objetivos del estudio, el anonimato, la confidencialidad y el uso estrictamente académico de los datos. La sección de variables sociodemográficas y laborales fue recopilada mediante el cuestionario ad hoc que recogió datos sobre edad, sexo, estado civil, convivencia, presencia de hijos, servicio hospitalario, tiempo de permanencia en la residencia, carga horaria semanal, número de guardias mensuales y modalidad de vinculación laboral.

La última sección evaluó el burnout mediante el Inventario de Agotamiento de Maslach - Encuesta de Servicios Humanos en español. El instrumento consta de 22 ítems con escala de respuesta tipo Likert (0 a 6).

Para asegurar la reproducibilidad del estudio, la operacionalización y clasificación de las variables analizadas se detallan en la Tabla 1. El Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS) consta de 22 ítems con escala tipo Likert de 0 a 6.

Evalúa tres dimensiones independientes: Cansancio Emocional (9 ítems; punto de corte alto ≥ 27), Despersonalización (5 ítems; punto de corte alto ≥ 10) y Realización Personal (8 ítems; punto de corte bajo ≤ 33). En la dimensión de Realización Personal, la puntuación se interpreta de forma inversa, donde valores bajos indican mayor afectación por el síndrome

Tabla 1.

Definición operativa y categorización de las variables del estudio

Variable	Definición operativa	Tipo	Escala / Categorías
Cansancio emocional	Puntaje acumulado obtenido en la subescala de agotamiento afectivo del MBI-HSS.	Cuantitativa ordinal	Bajo, Intermedio, Alto
Despersonalización			Bajo, Intermedio, Alto (Interpretación inversa)
Realización personal			Bajo, Intermedio, Alto (Interpretación inversa)



Especialidad médica	Servicio hospitalario en el que se desempeña el residente de manera prevalente.	Cualitativa nominal	Medicina Interna, Cirugía/Traumatología, Pediatría/Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Emergencia.
Tiempo de residencia	Tiempo transcurrido desde el inicio de la formación o funciones como residente en la institución.	Cualitativa ordinal	Menor a 1 año, 1 a 2 años, 3 a 4 años, mayor a 4 años.
Carga horaria semanal	Número estimado de horas de permanencia y labor asistencial en el hospital por semana.	Cualitativa ordinal	Menos de 40 horas, entre 40 y 60 horas, más de 60 horas.
Guardias mensuales	Número de jornadas de guardia médica realizadas en el lapso de un mes.	Cualitativa ordinal	0 a 4 guardias, 5 a 8 guardias, más de 8 guardias.
Modalidad laboral	Tipo de vinculación contractual con la institución pública de salud.	Cualitativa nominal	Nombramiento definitivo, Nombramiento provisional, Contrato ocasional.
Edad	Edad cronológica cumplida al momento de la encuesta.	Cualitativa ordinal	25–28 años, 29–31 años, 32–35 años, mayor de 35 años.
Sexo	Identidad biológica reportada por el participante.	Cualitativa nominal	Masculino, Femenino.
Estado civil	Situación conyugal legal o de hecho declarada por el encuestado.	Cualitativa nominal	Soltero/a, Casado/a o unión libre, Divorciado/a o separado/a, Viudo/a.
Tiene hijos	Presencia de descendencia directa a cargo del profesional.	Cualitativa nominal	Sí, No.
Residencia actual	Núcleo de cohabitación física del participante en su vida diaria.	Cualitativa nominal	Solo/a, con familiares, con pareja, con compañeros/as.
Horas de sueño	Promedio de horas de descanso nocturno/diario recuperador reportadas por día.	Cualitativa ordinal	Menos de 5 horas, 5–6 horas, 7–8 horas, más de 8 horas.

Nota: CE = Cansancio Emocional; DP = Despersonalización; RP = Realización Personal. Fuente: basada en los criterios teóricos del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS).

La presente investigación se rigió por los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y sus posteriores revisiones, así como la normativa nacional para la investigación en salud. La participación fue estrictamente voluntaria, confidencial y sin retribuciones económicas incentivadas.

La confidencialidad de la información y la protección de la identidad de los profesionales médicos se garantizaron mediante un procedimiento de anonimización irreversible de la base de datos (eliminación de correos electrónicos, nombres o direcciones IP). El protocolo de estudio y el formulario de consentimiento informado fueron aprobados por la Gerencia Hospitalaria. Los datos recolectados fueron exportados y depurados en Microsoft Excel, eliminando registros duplicados e incompletos. Debido al alcance descriptivo del estudio y al tamaño final de la muestra evaluada ($n = 34$), el análisis se centró en la estadística descriptiva tradicional. Para las variables cualitativas nominales y ordinales se calcularon frecuencias absolutas (n) y porcentajes relativos (%).



El desglose y cruce de datos por servicio clínico se ejecutó de forma porcentual comparativa para describir los perfiles de afectación observados, absteniéndose de realizar inferencias de causalidad o pruebas de significancia no paramétricas por la naturaleza censal/por conveniencia y al tamaño de los subgrupos de estudio.

RESULTADOS

Se distribuyó un total de 50 cuestionarios digitales, obteniéndose 40 respuestas (tasa de respuesta del 80,0 %). De estas, se excluyeron 16 encuestas (6 por no otorgar el consentimiento informado electrónico y 10 por presentar datos incompletos o fuera de plazo), conformando una muestra analítica final de $n = 34$ médicos residentes.

Al evaluar el perfil sociodemográfico de la muestra (Tabla 2), se observó un predominio del sexo masculino (61.8%) frente al femenino (38.2%).

El grupo etario más denso correspondió al intervalo entre los 29 y 31 años (47.1%), seguido por el estrato de 32 a 35 años (41.2%). El 61,8% de los profesionales reportó estar casado o en unión libre y el 52,9% cohabita actualmente con su pareja. El 55,9% de los residentes restringe su sueño a un promedio de apenas 5 a 6 horas diarias.

Tabla 2.
Características sociodemográficas de los encuestados.

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad	25–28 años	3	8,8
	29–31 años	16	47,1
	32–35 años	14	41,2
	Mayor de 35 años	1	2,9
Sexo	Masculino	21	61,8
	Femenino	13	38,2
	Soltero/a	13	38,2
Estado civil	Casado/a o unión libre	21	61,8
	Divorciado/a o separado/a	0	0,0
	Viudo/a	0	0,0
Tiene hijos	Sí	15	44,1
	No	19	55,9
Residencia actual	Solo/a	3	8,8
	Con familiares	13	38,2
	Con pareja	18	52,9
	Con compañeros/as	0	0,0
Horas promedio de sueño por día	Menos de 5 horas	3	8,8
	5–6 horas	19	55,9
	7–8 horas	12	35,3
	Más de 8 horas	0	0,0

La carga horaria y la dinámica operativa institucional mostraron que el tiempo de permanencia aproximado por semana fue de 40 a 60 horas (85,3%), parámetro que se correlaciona con la frecuencia del régimen de guardias médicas mensuales, en donde el 88,2% de las unidades efectuó de 5 a 8 guardias al mes, efectuadas principalmente por médicos con contratación ocasional



(76,5%), cuantificándose una proporción equivalente entre los regímenes de nombramiento provisional y definitivo (11,8% cada uno). Los descriptores estadísticos asociados a este perfil operativo se detallan en la Tabla 3.

Tabla 3.

Distribución operativa y condiciones contractuales de los médicos residentes

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Especialidad médica en la que desempeña sus labores	Medicina interna	6	17,6
	Cirugía/Traumatología	6	17,6
	Pediatría/Neonatología	7	20,6
	Ginecología y Obstetricia	8	23,5
	Emergencia	7	20,6
Tiempo laborando en servicios hospitalarios	Menor a 1 año	1	2,9
	1 a 2 años	22	64,7
	3 a 4 años	8	23,5
	Mayor a 4 años	3	8,8
Horas aproximadas de permanencia en el hospital por semana	Menos de 40 horas	0	0,0
	Entre 40 y 60 horas	29	85,3
	Más de 60 horas	5	14,7
Número de guardias mensuales	0 a 4 guardias	0	0,0
	5 a 8 guardias	30	88,2
	Más de 8 guardias	4	11,8
Tipo de vinculación laboral	Nombramiento definitivo	4	11,8
	Nombramiento provisional	4	11,8
	Contrato ocasional	26	76,5

Cuantificación dimensional del síndrome de Burnout

Las propiedades psicométricas del MBI-HSS determinó la distribución de las unidades de observación según los niveles de las afecciones clínicas globales (Tabla 4).

Tabla 4.

Clasificación global del síndrome de burnout

Dimensión del MBI-HSS	Nivel Bajo n (%)	Nivel Intermedio n (%)	Nivel Alto n (%)	Total, de la muestra
Cansancio Emocional	4 (11,8)	8 (23,5)	22 (64,7)	34 (100,0)
Despersonalización	22 (64,7)	8 (23,5)	4 (11,8)	34 (100,0)
Realización Personal*	18 (52,9)	11 (32,4)	5 (14,7)	34 (100,0)

Nota: n: frecuencia absoluta; % frecuencia relativa porcentual. (*) Dimensión de interpretación inversa.

El 64,7 % ($n = 22$) de los médicos residentes presentó un nivel alto de cansancio emocional, el 23,5 % ($n = 8$) un nivel intermedio y el 11,8 % ($n = 4$) un nivel bajo, lo cual representa una prevalencia importante de sobrecarga psicofisiológica y agotamiento de recursos afectivos derivados de la práctica clínica institucional.

En cuanto a la despersonalización, el 64,7 % ($n = 22$) presentó niveles bajos, el 23,5 % ($n = 8$) niveles intermedios y el 11,8 % ($n = 4$) niveles altos. En la subescala de Realización Personal (cuya polaridad interpretativa es inversamente proporcional al daño psicométrico). En la subescala de Realización Personal (de interpretación inversa), el 52,9 % ($n = 18$) registró un



nivel bajo (alta afectación por burnout), el 32,4 % ($n = 11$) un nivel intermedio y el 14,7 % ($n = 5$) un nivel alto (autoeficacia conservada).

Distribución comparativa del síndrome de Burnout según servicio hospitalario

La distribución descriptiva de las dimensiones de afectación del MBI-HSS evidenció diferencias porcentuales notables entre los distintos servicios clínicos analizados, descritos en la tabla 5.

Tabla 5.

Distribución comparativa del síndrome de Burnout según servicio hospitalario.

Servicio hospitalario	Residentes (N)	Alto Cansancio Emocional n (%)	Alta Despersonalización n (%)	Baja Realización Personal* n (%)
Emergencia	7	4 (57,1)	1 (14,3)	2 (28,6)
Cirugía / Traumatología	6	3 (50,0)	0 (0,0)	4 (66,7)
Ginecología y Obstetricia	8	4 (50,0)	1 (12,5)	5 (62,5)
Medicina Interna	6	5 (83,3)	1 (16,7)	4 (66,7)
Pediatría / Neonatología	7	6 (85,7)	1 (14,3)	3 (42,9)
Total, hospitalario	34	22 (64,7)	4 (11,8)	18 (52,9)

Nota: La realización personal fue interpretada de manera inversa, donde puntuaciones bajas indican mayor afectación por síndrome de burnout. N = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa porcentual.

En la dimensión de Cansancio Emocional, los mayores porcentajes de afectación en nivel alto se concentraron en los servicios de Pediatría/Neonatología (85,7%) y Medicina Interna (83,3%), seguidos de forma descendente por Emergencia (57,1%), Ginecología y Obstetricia (50,0%) y Cirugía/Traumatología (50,0%). En la subescala de Despersonalización, la distribución cruzada reflejó que las proporciones de nivel alto se manifestaron de forma atenuada en la muestra total, siendo Medicina Interna y Pediatría/Neonatología las áreas con ligera presencia descriptiva dentro de los rangos superiores reportados, mientras que Cirugía/Traumatología reflejó la menor tendencia al distanciamiento clínico.

Por otra parte, al analizar de forma inversa la Realización Personal, las frecuencias más preocupantes de nivel bajo (mayor compromiso del burnout) se manifestaron de manera crítica en los servicios de Medicina Interna (66,7%), Cirugía/Traumatología (66,7%) y Ginecología y Obstetricia (62,5%), lo que pone de relieve una percepción disminuida del logro y de la eficacia profesional en dichas especialidades. En contraposición, los residentes de Emergencia (28,6%) y Pediatría/Neonatología (42,9 %) presentaron niveles de baja realización personal en esta área, preservando su sentido de autoeficacia a pesar de las cargas institucionales. A través del examen conjunto de las subescalas, el servicio de Medicina Interna se perfila de forma descriptiva como el área con mayor compromiso multidimensional dentro del hospital, al acumular alta afectación afectiva y desmedro en la realización personal de sus residentes.



DISCUSIÓN

El presente estudio determinó la distribución clínica y la severidad dimensional del síndrome de burnout en médicos residentes de diferentes servicios hospitalarios, permitiendo identificar cómo los distintos contextos asistenciales influyen en el desgaste ocupacional (13). La evidencia psicométrica responde a la pregunta principal de investigación al demostrar que el síndrome de burnout no se distribuye de manera homogénea dentro de la institución evaluada; por el contrario, su manifestación depende de las características organizacionales, operativas y psicosociales propias de cada especialidad médica. Estos hallazgos cumplen los objetivos planteados al evidenciar que la estructura organizacional del trabajo y la configuración de los turnos influyen en la intensidad del malestar psicológico de los médicos en formación de posgrado (14).

La cohorte estudiada presentó un perfil descriptivo caracterizado por un 64,7 % de cansancio emocional alto, un 11,8 % de despersonalización alta y un 52,9 % de baja realización personal. Esta alta prevalencia dimensional e instructiva se alinea con la evidencia derivada de revisiones sistemáticas y metaanálisis globales. Actualmente, la literatura metodológica subraya que el uso del MBI-HSS suele reportar tasas de prevalencia más elevadas en comparación con cuestionarios no estandarizados. No obstante, esto no representa una inconsistencia en la prevalencia, sino que refleja la alta sensibilidad psicométrica y la precisión del MBI-HSS para evaluar de forma integral y tridimensional, mitigando el sesgo subjetivo (15).

Este patrón de desgaste tridimensional descrito se relaciona con factores estresores de naturaleza laboral y operativa, como las jornadas prolongadas de hasta 60 horas semanales y mayor número de guardias mensuales. No obstante, la literatura mundial reporta que este escenario de sobrecarga horaria coexiste con una prevalencia de síntomas depresivos o de cribados positivos para depresión entre el 20,9 % y el 43,2 % en médicos residentes, con un incremento del 15,8 % durante el primer año de formación (16).

Más allá de las horas físicas de estancia hospitalaria, la carga administrativa digital derivada de los sistemas de Historia Clínica Electrónica (HCE) se considera un determinante crítico del agotamiento. Actualmente se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo invertido en la HCE y el riesgo de desarrollar burnout ($OR = 2,49$), debido a tareas de documentación clínica fuera del horario laboral regulado que afecta el tiempo destinado al autocuidado, la actividad física y el ocio, afectando los límites entre la vida privada y laboral (17,18). La convergencia de estos vectores psicométricos y de salud mental subraya que el hallazgo central de este estudio, la marcada heterogeneidad observada entre especialidades radica en cómo las demandas operativas específicas dictan el perfil de afectación psicométrica (19,20). Los servicios de Medicina Interna y Pediatría/Neonatología mostraron los mayores porcentajes de afectación en Cansancio Emocional. Este desgaste se vincula a la cronicidad de los pacientes,

la incertidumbre diagnóstica y una presión asistencial continua que puede superar las 20 horas semanales adicionales de trabajo administrativo que caracterizan a los servicios clínicos en el sistema público ecuatoriano (21,22). Por su parte, el servicio de Pediatría/Neonatología exhibió una alta frecuencia de Cansancio Emocional, Despersonalización alta y baja Realización Personal, datos que se correlacionan con un agotamiento afectivo y con la adopción de conductas de distanciamiento como mecanismo defensivo ante el sufrimiento infanto-juvenil. No obstante, los residentes preservan el sentido de logro profesional derivado de la gratificación vocacional intrínseca de la especialidad (13,23). Este hallazgo ratifica la naturaleza compleja del burnout, donde la interacción de sus subdimensiones puede manifestarse de forma asincrónica según el componente gratificante de la práctica clínica específica, permitiendo que la resiliencia vocacional mitigue selectivamente la erosión de la realización personal (24).

En Ginecología y Obstetricia se observó un nivel alto de Cansancio Emocional, una Despersonalización alta y una baja Realización Personal. La naturaleza impredecible de las emergencias obstétricas, sumada a la responsabilidad legal, erosiona la empatía clínica y reduce la percepción de autoeficacia profesional, manteniendo el CE en un nivel intermedio, comportamiento consistente con la literatura que describen a Obstetricia y Ginecología como una de las residencias con mayores tasas de burnout (25,26).

En contraste, Emergencia y Cirugía/Traumatología se posicionaron en los niveles de menor afectación relativa dentro de este estudio. En Emergencia predominó un compromiso moderado en CE y DP, resultado que difiere de la literatura internacional, que ubica a la medicina de urgencias entre las especialidades más desgastantes debido a situaciones de riesgo vital inminente. Mientras que Cirugía/Traumatología mostró una baja Realización Personal, Cansancio Emocional alto y no existe despersonalización alta. No obstante, se debe considerar que la literatura también identifica que, en los departamentos de urgencias, más que la gravedad de los pacientes, son las relaciones laborales deterioradas y la desarticulación organizacional las que precipitan el síndrome, por lo cual las estructuras operativas locales podrían estar actuando como un factor atenuante eficaz en la muestra local (27-29).

La interpretación de estos datos requiere reconocer las limitaciones metodológicas intrínsecas de este estudio. El diseño transversal restringe la determinación de relaciones de causalidad lineal o longitudinal entre las variables laborales y el constructo psicológico a lo largo del tiempo. El tamaño y las características de la muestra limitan la generalización paramétrica de las frecuencias a la totalidad del territorio nacional, un desafío metodológico común en la investigación del burnout, donde la alta heterogeneidad estadística dificulta la estandarización universal. A pesar de ello, esta investigación aporta un diagnóstico psicométrico indispensable y una base empírica detallada sobre la realidad de los médicos generales.

CONCLUSIÓN

El presente estudio evidenció una elevada prevalencia de las dimensiones de burnout en médicos residentes, caracterizada por altos niveles de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Estos hallazgos confirman que el desgaste ocupacional constituye un problema relevante entre los diferentes servicios hospitalarios. Los perfiles de burnout evidenciaron una distribución heterogénea entre especialidades, destacando Medicina Interna y Pediatría/Neonatología como las áreas de mayor riesgo ocupacional, lo cual sugiere que las características organizacionales, la carga asistencial, la complejidad clínica, las demandas administrativas y la estructura de los turnos desempeñan un papel determinante en la aparición y severidad del síndrome de burnout.

La identificación de los perfiles de riesgo específicos por servicio proporciona una base empírica indispensable para que las autoridades institucionales formulen políticas de salud ocupacional dirigidas a mitigar factores modificables; entre ellos, la reestructuración de las cargas horarias, la regularización de los turnos de guardia y la implementación de periodos de descanso post-guardia obligatorios. Proteger el bienestar integral de los médicos residentes no solo salvaguarda su salud mental, sino que impacta de manera directa en la reducción del error médico, la optimización del rendimiento profesional y la garantía de una atención sanitaria segura, de base científica y de alta calidad para la población ecuatoriana.

REFERENCIAS

1. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A review of theory and measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
2. Grigorescu S, Cazan AM, Rogozea L, et al. Original targeted therapy for the management of the burnout syndrome in nurses: an innovative approach and a new opportunity in the context of predictive, preventive and personalised medicine. *EPMA J*. 2020;11(2):161–176. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13167-020-00201-6>
3. Khammissa RA, Nemutandani S, Shangase SL, et al. The burnout construct with reference to healthcare providers: A narrative review. *SAGE Open Med*. 2022;10. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/20503121221083080>
4. Ghahramani S, Lankarani KB, Yousefi M, et al. A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers during COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021;12. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758849>
5. Tolentino Hinojosa LJ, Pardo L, Suarez-Santamaría Silván G, et al. Prevalencia e impacto del síndrome de burnout en trabajadores sanitarios de España y Latinoamérica. *Acta Colomb Cuidado Intensivo*. 2025;25(2):295–300. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2025.02.004>
6. Štěpánek L, Nakládalová M, Janošíková M, et al. Prevalence of burnout in healthcare workers of tertiary-care hospitals during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey from two Central European countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3720. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043720>



7. Ryan E, Hore K, Power J, et al. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. *Front Public Health*. 2023;11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1133484>
8. Fernandes C, Barros C, Baylina P. Burnout among healthcare workers: Insights for holistic well-being. *Healthcare*. 2025;13(24):3298. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare13243298>
9. Marković S, Kostić O, Terzić-Supić Z, et al. Exposure to stress and burnout syndrome in healthcare workers, expert workers, professional associates, and associates in social service institutions. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(3). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina60030499>
10. Caldichoury-Obando N, Ripoll-Córdoba D, Morales-Asencio B, et al. Burnout en profesionales sanitarios de América Latina durante la pandemia de COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.04.008>
11. Bastidas Jiménez MJ, Calle Carrión IC. The burnout in health professionals in Guayaquil. *J Bus Entrep Stud*. 2024;8(2). Disponible en: <https://doi.org/10.37956/jbes.v8i2.365>
12. Calderón Vásquez FA, Dionicio Quesñay VG, Pasco Barriga BD, Nomberto Luperdi AZ. Síndrome de burnout en docentes universitarios de América Latina: revisión sistemática del impacto de la COVID-19. *Aula Virtual*. 2026;7(14):e715. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20541230>
13. Vera-Lituma ON. Síndrome de burnout en los trabajadores sanitarios como consecuencia del COVID-19. *Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida*. 2024;8(15):4-14. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3193>
14. Amiri S, Mahmood N, Mustafa H, et al. Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: A global systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(12):1583. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph21121583>
15. Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2021;77(8):3286-3302. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.14839>
16. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206840. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
17. Yang Y, Shi R, Wang Z, et al. Electronic health records-related determinants of healthcare professionals' burnout and mitigation strategies: Systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2026;14. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1751521>
18. Adler-Milstein J, Zhao W, Willard-Grace R, Knox M, Grumbach K. Electronic health records and burnout: time spent on the electronic health record after hours and message volume associated with exhaustion but not with cynicism among primary care clinicians. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(4):531-538. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz220>
19. Tajirian T, Stergiopoulos V, Strudwick G, et al. The influence of electronic health record use on physician burnout: Cross-sectional survey. *J Med Internet Res*. 2020;22(7):e19274. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/19274>
20. Alobayli F, O'Connor S, Holloway A, et al. Electronic health record stress and burnout among clinicians in hospital settings: A systematic review. *Digit Health*. 2023;9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/20552076231220241>
21. Sephien A, Reljic T, Jordan J, et al. Resident duty hours and resident and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Med Educ*. 2023;57(3):221-232. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/medu.14943>
22. Yuan JH, Huang Y, Rosgen BK, et al. Burnout and fatigue amongst internal medicine residents: A cross-sectional study on the impact of alternative scheduling models on resident wellness. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291457. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291457>



23. Ungur AP, Bârsan M, Socaciu AI, et al. A narrative review of burnout syndrome in medical personnel. *Diagnostics* (Basel). 2024;14(17). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/diagnostics14171971>
24. Zuniga LM, Schuh A, Schwartz A, et al. Burnout during the COVID-19 pandemic: A report on pediatric residents. *Acad Pediatr*. 2023;23(8):1620–1627. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.05.004>
25. Winkel AF, Morgan HK, Hammoud MM, et al. Burnout and well-being in trainees: Findings from a national survey of US obstetrics and gynecology residents. *J Grad Med Educ*. 2024;16(5):572–580. Disponible en: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-23-00554.1>
26. Szcześniewska S, Zaręba K, Zgliczyński WS, et al. Occupational burnout among obstetrics and gynaecology residents: A systematic review. *Front Public Health*. 2025;13. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1666659>
27. Soares JP, Lopes RH, Mendonça PBS, et al. Use of the Maslach Burnout Inventory among public health care professionals: Protocol for a scoping review. *JMIR Res Protoc*. 2022;11(11):e42338. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/42338>
28. Faivre G, Kielwasser H, Bourgeois M, et al. Burnout syndrome in orthopaedic and trauma surgery residents in France: A nationwide survey. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2018;104(8):1291–1295. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.08.016>
29. Kinslow K, Sutherland M, McKenney M, et al. Reported burnout among U.S. general surgery residents: A survey of the association of program directors in surgery members. *Ann Med Surg*. 2020; 60:14-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.10.012>

