



Estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, durante el período de enero a junio de 2024.

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Bryan Alexander Quimbita Bustos

ASESOR

Dra. María Alicia Aleman

México, 2026

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Quimbita Bustos, Bryan (2026). Estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, durante el período de enero a junio de 2024. [Tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México].



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) Se permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría. No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de proponer estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, durante el período de enero a junio de 2024. Metodológicamente el estudio se fundamentó en un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos, bajo el diseño explicativo secuencial con método empírico y analítico; aplicando como técnica una encuesta y como instrumento el cuestionario Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) aplicada a 30 profesionales de la salud y una entrevista semiestructurada dirigida a 10 integrantes de la muestra. Los resultados confirman que el personal presenta niveles críticos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que han permeado la práctica diaria, que responde directamente a una cultura de sobrecarga laboral y a una estructura organizacional que ha desatendido el equilibrio vital de los trabajadores. Ante esto, se ha estructurado una intervención que prioriza la planificación estratégica, buscando que el modelo de atención centrada en el paciente sirva como eje para devolverle al profesional el propósito original de su vocación. Sobre lo que se concluye que la implementación de estrategias de gestión hospitalaria resulta básico y fundamental para proteger el bienestar de los profesionales de la salud en la mejora de la calidad de la atención y asegurar la sostenibilidad de la institución a mediano y largo plazo.

Palabras clave: *Calidad de atención centrada en el paciente, estrategias de gestión hospitalaria, personal de salud, planificación estratégica, Síndrome de Burnout.*

ABSTRACT

This research was conducted to propose hospital management strategies based on strategic planning for mitigating burnout syndrome within the context of quality of patient care among healthcare personnel at the Nunkui Nunka Health Post in the Morona Santiago province of Ecuador, from January to June 2024. Methodologically, the study employed a mixed-methods approach, combining quantitative and qualitative methods, under a sequential explanatory design with an empirical and analytical approach. Data was collected through a survey using the Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire, administered to 30 healthcare professionals, and through semi-structured interviews with 10 members of the sample. The results revealed a high prevalence of the three dimensions of burnout: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. Among the main causes of the problem identified were work overload, lack of organizational support, and a marked imbalance between work and personal life. Based on this information, a comprehensive transformation proposal was designed, grounded in strategic planning and patient-centered care, with the aim of optimizing resources, strengthening leadership, and reconnecting staff with the meaning of their work. It was concluded that the implementation of hospital management strategies is essential and fundamental to protecting the well-being of healthcare professionals, improving the quality of care, and ensuring the institution's sustainability in the medium and long term.

Key words: *Patient-centered care, hospital management strategies, healthcare personnel, strategic planning, Burnout Syndrome.*

AGRADECIMIENTOS

De manera especial, expreso mi agradecimiento a mi tutor de tesis, por su orientación constante, acompañamiento académico y aportes oportunos durante cada etapa del proceso de investigación, los cuales permitieron mejorar la calidad científica del presente trabajo y alcanzar los objetivos propuestos.

A las autoridades institucionales y al personal administrativo y asistencial de la institución donde se realizó el estudio, por su disposición, colaboración y facilidades otorgadas para el acceso a la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

Asimismo, agradezco a las personas y profesionales que, de manera directa o indirecta, contribuyeron con sugerencias, observaciones y apoyo técnico durante la elaboración de este trabajo de investigación.

Finalmente, expreso mi sincero agradecimiento a todos quienes hicieron posible la culminación de este proceso académico, el cual representa un importante aporte a mi crecimiento profesional.

DEDICATORIAS

Dedico la presente tesis, en primer lugar, a Dios, por concederme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar con éxito esta etapa de formación académica, incluso en los momentos de mayor dificultad.

A mi familia, por ser el pilar fundamental de mi vida y mi mayor fuente de motivación. Gracias por su apoyo incondicional, comprensión, paciencia y sacrificio durante todo el proceso de realización de esta maestría.

A mi pareja, por su apoyo permanente, comprensión y aliento continuo durante el desarrollo de esta investigación. Gracias por su paciencia, motivación y por creer en mis capacidades, incluso en los momentos de mayor exigencia académica.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	12
Capítulo 1: Proyección de la Investigación.....	15
1.1 Línea de Investigación y su ámbito de estudio	15
1.2 Planteamiento del Problema	15
1.3 Formulación del Problema (Pregunta de Investigación)	18
1.4 Justificación	18
1.5 Objetivo General y Específicos	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos.....	21
1.6 Hipótesis	21
1.7 Alcances Temático y Delimitación.....	21
Capítulo 2: Fundamentos Teóricos Referenciales	24
2.1 Estado del Arte (Marco Histórico y Actual)	24
2.2 Marco Teórico	28
Síndrome de Burnout	28
Planificación Estratégica	35
Estrategias de mitigación.....	37
Estrategias de Gestión	42
Entornos Hospitalarios	43
2.3. Marco Conceptual	47
2.4. Marco Contextual.....	49
2.4. Marco Legal y Normativo	50
Normativas Internacionales	50
Normativas Nacionales.....	52
Políticas de Salud Ocupacional.....	52

Capítulo 3: Fundamentos Metodológicos y resultados de la investigación	55
3.1. Cuadro operacionalización de variables	55
<i>Matriz de Operacionalización de Variables</i>	55
3.2 Enfoque Metodológico	57
3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación.....	57
3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos...	59
3.4.1. Métodos	59
3.4.2. Técnicas	60
3.4.3. Instrumento	61
3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos	61
3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección	63
Criterios de selección	63
Criterios de exclusión.....	64
3.3. Trabajo de campo	64
3.3.1. Aplicación de los instrumentos	64
3.3.2. Procesamiento de la información	65
3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.....	66
Análisis de los resultados de las Entrevista Semiestructurada: Experiencias y	
Percepciones sobre el Burnout.....	71
Capítulo 4: Propuesta de transformación	86
4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación	86
4.1.1. Objetivos	87
Objetivo general.....	87
Objetivos Específicos	87
4.1.2. Fundamentación teórica que sustenta el diseño de la propuesta de	
transformación	88
4.2. Estructura de la propuesta de transformación.....	88
4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación	93

CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	96
Bibliografía.....	98
Anexos	107
Anexo 2. Guía de Entrevista Semiestructurada: Experiencias y Percepciones sobre el Burnout	109

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico 1. Variable Agotamiento Emocional (AE).....	67
Gráfico 2. Variable Despersonalización (D).....	69
Gráfico 3. Variable realización personal (RP).....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Información del Puesto de Salud Nunkui Nunka	22
Tabla 2. Ficha técnica.....	55
Tabla 3. Encuesta de Maslach Burnout Inventory (MBI)	61
Tabla 4. Planificación de la propuesta de transformación integral	91

INTRODUCCIÓN

La investigación examina el Síndrome de Burnout como un factor crítico que compromete la salud integral del personal de atención sanitaria en Ecuador, originado por las altas exigencias emocionales y la carga administrativa de los entornos hospitalarios (Cabrera, 2020). Esta problemática se manifiesta como estrés crónico que reduce la satisfacción profesional y la calidad del servicio, que progresivamente deteriora el funcionamiento del ambiente laboral y las relaciones interpersonales. El impacto de esta patología trasciende el ámbito hospitalario al limitar el bienestar individual, familiar y social de los profesionales afectados (Castillo, 2020).

Ante este escenario, la investigación se plantea como meta fundamental el diseño de estrategias de gestión hospitalaria bajo un modelo de planificación estratégica. Esto con el propósito de contribuir a mitigar el impacto del Síndrome de Burnout y, en consecuencia, salvaguardar la calidad asistencial en el Puesto de Salud Nunkui Nunka, ubicado en la provincia de Morona Santiago, Ecuador. Este análisis se circunscribe específicamente al periodo comprendido entre enero y junio de 2024, permitiendo un diagnóstico situado y preciso de la realidad local.

En este caso, el sustento del estudio además de ser acumulativo, espera articular de forma coherente la evolución del estrés laboral y sus repercusiones directas en la seguridad del paciente. Con el fin de garantizar un diagnóstico de rigor científico, la base conceptual se ancla en la definición tridimensional del Burnout, con los componentes del agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Estas dimensiones permiten transformar un fenómeno subjetivo en indicadores medibles y comparables.

En cuanto a la metodología, se optó por un enfoque mixto que integra la profundidad del análisis cualitativo con la precisión de los datos cuantitativos. Así también, el diseño es de alcance descriptivo-correlacional y de campo, con una fase propositiva posterior que da lugar a las estrategias de gestión mencionadas. Dada la naturaleza del centro de salud, se trabajó con la totalidad del personal de salud de Nunkui Nunka, eliminando el sesgo de muestreo y asegurando una representación fiel del este entorno laboral. Por su parte, la recolección de datos se apoyó en el inventario de Maslach (MBI), instrumento cuya validez internacional garantiza la fiabilidad de los hallazgos sobre la prevalencia del síndrome en la institución.

En cuanto al análisis de datos se realizó de manera exhaustiva, integrando la información obtenida de la aplicación de la escala del MBI con la entrevista y el análisis de registros administrativos, incluyendo el Cuestionario de Satisfacción del Paciente. Este rigor

estadístico validó la existencia del problema y proporciona los insumos necesarios para sustentar cada componente de la propuesta de gestión hospitalaria. De modo que, la solidez metodológica permitió admitir la presencia del problema, facilitando ofrecer y validar una solución práctica dirigida a mejorar la salud emocional que favorezca la calidad en la atención de salud del centro en estudio.

En cuanto a la línea de investigación este estudio se suscribe en el ámbito de la Gestión Estratégica y Organizacional en Hospitales, estableciendo el marco disciplinar del estudio. Esta elección se debe a que la mitigación del Burnout mediante la planificación estratégica implica una evaluación rigurosa, así como la formulación de planes enfocados a optimizar los recursos humanos y mejorar el bienestar del personal. Por lo que, el estudio se enfoca en el grupo de toma de decisiones estratégicas en organizaciones de salud, por lo que se centra en proporcionar herramientas para la gestión de los recursos y medios de forma eficiente y proactiva. Con base en estos fundamentos la investigación para su desarrollo, quedo estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I: Planteamiento de la investigación, establece el fundamento del estudio, presentando la línea de investigación, planteamiento del problema, justificación, los objetivos y las hipótesis que direccionaron el proceso investigativo, el alcance temático y delimitación del tema en relación con la relevancia del estudio.

Capítulo II: Marco Teórico, sustenta la investigación con un análisis exhaustivo del estado del arte (marco histórico y actual), investigaciones recientes, el marco teórico y marco conceptual, Síndrome de Burnout, planificación estratégica de mitigación y de gestión, entornos hospitalarios. Así mismo se profundiza en el marco legal, la normativa internacional y nacional y en las políticas de salud ocupacional relacionadas con las variables y el tema en estudio.

Capítulo III: Fundamentos metodológicos y resultados de la investigación que detalla la ruta de la investigación, que presenta el cuadro de operacionalización de variables, el enfoque, diseño y tipo de investigación, los métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos y desarrollo de los instrumentos de obtención de datos, determinación de la muestra y criterios de selección, trabajo de campo, aplicación de los instrumentos, procesamiento de la información, análisis, redacción y discusión de los datos obtenidos en la recolección de la información que respaldan los hallazgos derivados del estudio.

Capítulo IV, Propuesta de transformación, que contiene la fundamentación, estructura y valoración/ evaluación / validación del aporte como resultado del desarrollo de la investigación, finalizando con las conclusiones y recomendaciones derivadas de los hallazgos

obtenidos de la información recolectada en el contexto en estudio; se presenta el listado de referencias bibliográficas y los anexos que respaldan la investigación.

Capítulo 1: Proyección de la Investigación

1.1 Línea de Investigación y su ámbito de estudio

La gestión estratégica en hospitales se refiere al proceso de formular, implementar y evaluar decisiones que permiten a las organizaciones de salud alcanzar sus objetivos a largo plazo. Este enfoque implica la alineación de recursos y capacidades con las oportunidades del entorno (Mintzberg, 2020). En relación a ello, el presente estudio se enmarca en la línea de investigación de Gestión Estratégica y Organizacional en Hospitales, puesto que la planificación estratégica es un componente clave de la gestión estratégica. Este estudio busca identificar y aplicar estrategias que ayuden a mitigar el síndrome de burnout, lo cual implica una evaluación y formulación de planes que optimicen los recursos humanos y mejoren el bienestar del personal. Esto está directamente relacionado con la capacidad de un hospital para gestionar sus recursos eficientemente.

Por otro lado, este estudio se centra en el análisis de la toma de decisiones estratégicas dentro de las organizaciones de salud. Al respecto, Pérez y López (2021) plantean que este proceso permite a los directivos y gerentes examinar distintas opciones para seleccionar las que se ajusten de mejor forma a los recursos internos a las demandas y retos del contexto externo. Esto implica una labor fundamental para que las instituciones de salud sean sostenibles y operen con éxito, ya que influye directamente en aspectos esenciales como la calidad de la atención médica, el entorno laboral de los trabajadores y el nivel de satisfacción que perciben los pacientes. Es así como, se infiere en que el estudio pertenece al grupo de toma de decisiones estratégicas en organizaciones de salud ya que se centra en identificar problemas, desarrollar estrategias basadas en evidencia, planificar acciones y evaluar resultados, todo lo cual es esencial para una gestión eficaz en entornos hospitalarios.

1.2 Planteamiento del Problema

La sobrecarga de trabajo surge cuando una persona se ve obligada a realizar una serie de actividades o resolver más problemas para los que tiene la capacidad de afrontar (Sánchez, 2020). En tales casos las repercusiones psicológicas más frecuentes en este tipo de situaciones son, en primer lugar, el estrés y los trastornos por ansiedad, que se manifiestan en forma de sensación de tensión psíquica, irritabilidad, tendencia a sobresaltarse por cualquier estímulo externo (ruidos, etc.), susceptibilidad frente a los demás, pesimismo,

presentimientos que en cualquier momento ocurrirá alguna desgracia inesperada, dificultad para relajarse, inseguridad, etc. (Malinen y Savolainen, 2018).

De tal manera que, el estrés en el trabajo representa una carga compleja que afecta a los empleados, así como a la empresa y al entorno social en general. En ello los efectos se extienden a varios niveles, donde en lo físico, puede derivar en problemas de salud, dolores musculares o una baja en las defensas; mientras que, en lo psicológico, suele causar ansiedad, agotamiento mental y dificultades para concentrarse. Además, este problema termina dañando la vida personal del trabajador, ya que deteriora las relaciones familiares y la integración con los demás, lo que a largo plazo reduce la productividad y compromete el bienestar integral de la persona.

Como consecuencia el estrés laboral, Cárdenas et al. (2018) se manifiesta cuando un empleado “está quemado o desgastado por el trabajo, aun cuando no se conoce una definición única de esta patología, todos los aportes coinciden en que se trata de un síndrome de respuesta al estrés” (p. 93). Es decir, se origina en la fatiga laboral crónica, que genera una experiencia que desencadena sentimientos y actitudes nocivas a nivel personal e institucional. Adicional a estos, el estrés produce agotamiento, lo que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) se caracteriza por la desconexión en las funciones laborales, que a su vez desarrollan actitudes negativas e incluso rechazo hacia las tareas diarias, desconfianza con la efectividad en lo que realiza, lo que provoca que el rendimiento caiga significativamente.

Actualmente, no existe una forma clara o universal de eliminar los síntomas del agotamiento de los síntomas de otras afecciones de salud mental, como la depresión. En una escala global, esto hace que sea extremadamente difícil para los médicos reconozcan el síndrome ocupacional, y mucho menos para tratarlo, y en algunas profesiones está causando una epidemia, como lo es en el caso de los profesionales de salud (Albites, 2019).

Hoy día con el avance tecnológico e industrial a escala mundial la población que ejerce profesiones en el campo de la salud se encuentra en un constante movimiento al buscar formas de tratar a los pacientes en el ámbito biológico, psicológico y social teniendo en cuenta que el tiempo es limitado y por lo tanto se debe acelerar el procedimiento para llevar a cabo dicha labor y obtener resultados satisfactorios en un menor tiempo. Es así como, Benavides (2020) infiere en que el avance tecnológico e industrial ha generado una presión significativa sobre los profesionales de la salud para adaptarse a un entorno en constante cambio.

De esta manera, el término síndrome de burnout emerge como consecuencia del estrés extremo en los ambientes laborales. Este es definido por la OMS (2021) como una respuesta

en forma de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del rendimiento laboral. Así mismo, el término es incluido dentro de la CIE-11, definiéndose como resultado del estrés laboral crónico que no se ha gestionado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: sentimientos de agotamiento o pérdida de energía; mayor distancia mental con respecto al propio trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el propio trabajo; y eficacia profesional reducida

Es por ello que, el estrés laboral constituye una de las problemáticas del mercado de trabajo en el siglo XXI, afectando a miles de trabajadores del mundo cuyos porcentajes y cifras escalan cada año en el informe de la OMS (2021), los países europeos son afectados por diversas presiones laborales que sufren sus empleados ubicándose en Alemania con el 28%, Bélgica 23%, Dinamarca 22%, Suiza 68%, se considera que a nivel mundial, el 5 y 10% de los trabajadores en países desarrollados padecen de este tipo de patologías; mientras que, los industrializados sería entre el 20 y 50%. En América Latina los porcentajes del Síndrome de Burnout crecen a 65% siendo esta población una de las más afectadas y por lo tanto con mayor vulnerabilidad ante esta afectación.

Por lo que se considera que, las personas responsables de la dirección de los servicios de salud a nivel mundial se enfrentan a desafíos crecientes, los recursos para responder a la demanda de servicios de sus poblaciones son a menudo insuficientes y además están relacionadas a la distribución de los recursos humanos, los que se considera que están mal equilibrada entre zonas urbanas y rurales, así como entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de atención a la salud.

De acuerdo con las investigaciones de Velásquez (2021) desarrollada en el contexto ecuatoriano, existe una vulnerabilidad crítica en los profesionales de la salud del grupo etario entre 25 y 35 años frente al síndrome de Burnout. Este riesgo se ve agudizado por la confluencia de una presión asistencial ininterrumpida, la exigencia de mantener estándares de calidad bajo alta carga laboral y la gestión de escenarios con una fuerte carga emocional, factores que impactan con mayor rigor en quienes se encuentran en las etapas iniciales y medias de su carrera.

Dentro de este marco de ideas, esta problemática se observa en el Puesto de Salud Nunkui Nunka, donde las demandas del entorno hospitalario propician la aparición del Burnout, tomando en cuenta que la manifestación de este síndrome no solo compromete la integridad física y mental del personal de medicina y enfermería, sino que altera directamente la seguridad del paciente. Puesto que, la presión constante y las exigencias laborales elevadas pueden llevar al personal a experimentar altos niveles de estrés, agotamiento emocional y

despersonalización, lo que resulta en una disminución de la capacidad para ofrecer una atención efectiva y compasiva a los pacientes que requieren de la atención en salud.

1.3 Formulación del Problema (Pregunta de Investigación)

¿Cómo contribuir a la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, durante el período de enero a junio de 2024?

1.4 Justificación

El entorno laboral ha experimentado transformaciones significativas en los últimos años, impulsadas por cambios socioculturales que intensifican las demandas de los puestos de trabajo. Estas situaciones han llevado al surgimiento de diversos problemas de salud en los empleados, particularmente en el sector sanitario; debido, al incremento en las responsabilidades y la presión por cumplir con objetivos ambiciosos que generan altos niveles de estrés y agotamiento. Tal como lo señalan Tabares et al. (2020) este deterioro en la salud mental y física de los trabajadores subraya la necesidad urgente de implementar estrategias de gestión efectivas que prioricen el bienestar del personal.

En este sentido, la relevancia y justificación de esta investigación, reside en su potencial para transformar la salud organizacional y elevar los estándares de atención en el Puesto de Salud Nunkui Nunka. Por lo que, al abordar de manera proactiva la mitigación del síndrome de Burnout, con el desarrollo del estudio se espera aportar protección a la integridad del personal asistencial, garantizando un modelo de atención centrado en la seguridad y el bienestar del paciente.

Desde una perspectiva de gestión, la implementación de estrategias de intervención bien estructuradas es fundamental para reducir los índices de rotación de personal. Ante esto, en un entorno laboral que prioriza el equilibrio emocional fomenta la estabilidad, el compromiso y la motivación de los trabajadores. En última instancia, el desarrollo de un clima laboral saludable permite que el personal se sienta valorado, potenciando la eficiencia en el cumplimiento de las responsabilidades clínicas y administrativas, y consolidando una cultura de excelencia institucional.

Además, al afrontar activamente las consecuencias del Síndrome de Burnout se contribuye a prevenir el agotamiento emocional y físico que compromete la eficacia y la empatía del servicio brindado. Un personal que se siente valorado y trabaja en buenas condiciones es intrínsecamente más propenso a ofrecer una atención empática y altamente eficiente al paciente. De esta manera, se establece un ciclo positivo donde la inversión en el bienestar del empleado se traduce directamente en una atención más efectiva y centrada en las necesidades particulares del paciente.

Por lo tanto, este enfoque se dirige a incrementar y favorecer calidad de vida de los trabajadores, por el impacto directo que representa en cada situación que experimentan los pacientes, así como en el clima institucional de forma general. Pues, se considera que al mejorar las condiciones laborales se aporta al fomento de un ambiente de bienestar que se refleja en una atención más efectiva y humana hacia los pacientes (García et al., 2018). Por ello, la investigación resulta significativa por las soluciones innovadoras que propone, orientadas a construir un sistema de salud más resiliente y sostenible en el Puesto de Salud Nunkui Nunka.

Pues ha quedado demostrado que, la interrelación entre una gestión adecuada del personal y la calidad de atención, destacan la importancia de adoptar enfoques integrales en la administración sanitaria moderna. Esto requiere la implementación de políticas que promuevan el bienestar emocional y físico del equipo médico y de salud, no solo la optimización de recursos materiales. Pues al priorizar el bienestar de los trabajadores, se establece un ciclo virtuoso donde la atención más satisfactoria lleva a alcanzar mejores experiencias para los usuarios y contribuye a la sostenibilidad general del sistema de salud.

En tal sentido, la investigación se justifica porque se basa en las teorías que explican el síndrome de Burnout. Esto aporta una base clara para analizar el problema a través de los tres componentes, como el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. Por lo que, al usar este enfoque, se trata el agotamiento como un hecho real y medible, esto ayuda a entender de mejor forma cómo aparece y se desarrolla el estrés crónico en el personal de salud. Por otro lado, el estudio incorpora la teoría de gestión estratégica en salud, lo que resulta fundamental, ya que indica que este síndrome, constituye una serie complicación para los trabajadores, que además debe solucionarse desde la gestión hospitalaria administrativa. Por eso, el enfoque no se queda en consejos individuales, sino que espera proponer cambios reales en la organización y el manejo del personal dentro del Puesto de Salud en estudio.

En la misma dirección, la relevancia del trabajo es eminentemente práctica y social, pues al proporcionar un diagnóstico fidedigno y contextualizado del Burnout en el Puesto de Salud Nunkui Nunka, identificando estresores específicos como el aislamiento geográfico, las limitaciones de recursos, etc.; fundamenta el diseño de la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria, que la dirección podrá implementar inmediatamente para optimizar procesos y carga laboral. Por su parte la justificación social, se estima en cuanto a que, al contribuir a mitigar el síndrome, presenta un impacto directo en la comunidad, ya que un personal de salud con menor agotamiento físico y emocional eleva la calidad, seguridad y humanización de la atención al paciente, cumpliendo con la misión social de la institución y asegurando el bienestar sostenible de sus profesionales.

En el mismo orden de los planteamientos, el estudio presenta una justificación metodológica que radica en el rigor y la coherencia del diseño empleado para sustentar la propuesta. Esto justifica la utilización de un diseño descriptivo y correlacional para diagnosticar la situación actual, seguida de una fase propositiva para diseñar las estrategias, lo que se respalda en los datos empíricos obtenidos de la recolección de la información mediante los instrumentos aplicados. Por lo que, la selección de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) y de la muestra garantizan la fiabilidad, validez y pertinencia de los hallazgos para el contexto local estudiado. Este enfoque sistemático permite que la propuesta final de estrategias de gestión hospitalaria sea considerada una solución práctica, científicamente respaldada y altamente pertinente para el Puesto de Salud Nunkui Nunka.

es esencial entender que no puede haber una buena atención médica si el personal no se siente motivado o satisfecho con su trabajo. Por eso, construir un ambiente laboral sano es el primer paso para que los profesionales se involucren de verdad y aprovechen al máximo las capacidades al atender a los pacientes. De modo que, este enfoque resulta aplicable para que el centro de salud funcione mejor, contribuyendo a crear una cultura de trabajo donde el respeto y la dignidad sean la prioridad, tanto para quienes cuidan como para quienes reciben la atención en la salud.

1.5 Objetivo General y Específicos

Objetivo General

Proponer estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes

en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka en la provincia de Morona Santiago, Ecuador, durante el período de enero a junio de 2024.

Objetivos Específicos

- Determinar los fundamentos teóricos referenciales de estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica en relación con la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka.
- Caracterizar el estado actual del problema en el contexto de la mitigación del Síndrome de Burnout en relación con la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka.
- Elaborar la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka.
- Evaluar la efectividad de la propuesta en relación con efectividad de las prácticas actuales de gestión y atención en el puesto de salud en relación con el bienestar del personal.

1.6 Hipótesis

Las estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica mitigan del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago de Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2024.

1.7 Alcances Temático y Delimitación

Alcance Temático: El objetivo principal de esta investigación es analizar la gestión del síndrome de burnout entre el personal de salud, así como explorar cómo este fenómeno afecta la calidad de atención brindada en el Puesto de Salud Nunkui Nunka. El síndrome de burnout, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y una disminución en la realización personal, se ha convertido en una preocupación creciente en el ámbito sanitario. Este desgaste profesional no solo impacta negativamente la salud mental y

emocional de los trabajadores, sino que también puede repercutir en la calidad del servicio que ofrecen a los pacientes.

Delimitación espacial: la investigación se llevó a cabo en el Puesto de Salud Nunkui Nunka, ubicado en la Amazonía de la provincia de Morona Santiago. Este centro es el punto de referencia clave para la comunidad local, ya que es el encargado de brindar atención médica en una zona donde las distancias y las condiciones geográficas suelen dificultar el acceso a los servicios básicos de salud.

La provincia de Morona Santiago se encuentra en la Región Amazónica del Ecuador y tiene una extensión territorial de 23.875 km². Limita al norte con las provincias de Pastaza y Tungurahua, al sur con la provincia de Zamora Chinchipe y con la frontera internacional con Perú. Hacia el este, también colinda con el límite internacional con Perú, mientras que al oeste limita con las provincias de Chimborazo, Cañar y Azuay.


Ilustración N°1: Mapa del Puesto de Salud Nunkui Nunka



Fuente: Archivos del Puesto de Salud Nunkui Nunka (2014).

Tabla 1

Información del Puesto de Salud Nunkui Nunka

Puesto de Salud Nunkui Nunka	
Coordenadas	-2.6331065, -77.4291462
Ubicación	Yamanunka, de 2-3 horas de distancia desde Taisha
División política	Tsentsakentsa, Putunts, Yamanunka, Nunkui Nunka, Yassnunka, Kurinua
Idioma oficial	Español, shuar chicham y achuar chicham
País	Ecuador
Provincia	 Morona Santiago

Cantón	Taisha
Población	2125 hab.
Fundación	Año 1966
Superficie total	200 m ²
Clima	Tropical, húmedo
Temperatura	25 a 37° C
Límites geográficos	Norte Comunidad Putunts, Al Sur Comunidad Nunkui Nunka, Éste Comunidad de Yassnunka y al Oeste Comunidad de Jiato

Fuente: Equipo rural de la salud – P.S Nunkui Nunka (2024).

Ámbito Histórico

El Puesto de Salud Nunkui Nunka fue fundado en el año de 1992 en la comunidad Nunkui Nunka, su nombre fue otorgado por el señor Marcelo Tseremp, quien fue el primer auxiliar de enfermería en laborar en el puesto de salud. En el año de 1996 se instaura formalmente como figura jurídica la Asociación Shuar Yamaram (Yamanunka Maya Shuar Iruntramu), la cual en coordinación con la Jefatura del Área de Salud N° 7, determinan movilizar la unidad operativa hasta la comunidad Yamanunka en la cual se mantiene hasta la actualidad.

Inicialmente su área de influencia eran 5 comunidades todas de nacionalidad Shuar, actualmente se abarcan 6 comunidades, de las cuales Kurinua pertenece a la nacionalidad Achuar.

Delimitación temporal: el estudio se llevó a cabo durante el primer semestre de 2024, específicamente en el periodo comprendido entre enero y junio. Este intervalo permitió capturar de manera directa la dinámica de las condiciones laborales y el desempeño del personal en el centro de salud bajo las circunstancias operativas vigentes.

Capítulo 2: Fundamentos Teóricos Referenciales

En este capítulo se desarrolla la base epistémica y contextual que sustenta la propuesta de estrategias de gestión para mitigar el Síndrome de Burnout en el Centro de Salud Nunkui Nunka, fundamentalmente para construir un marco analítico que sustente el diagnóstico del problema con rigor y justificar la propuesta como una solución con sustento científico y legal. Este capítulo se procede a desarrollar de manera progresiva, comenzando con una revisión exhaustiva del estado del arte, que traza la evolución histórica del Burnout y analiza las investigaciones más recientes sobre la efectividad de las estrategias de gestión hospitalaria a nivel global y nacional. Posteriormente, se expone el marco teórico, que define los modelos conceptuales centrales, enfocándose en la teoría del estrés ocupacional y los principios de la planificación estratégica aplicados a la gestión sanitaria.

En este marco, se presentan una tercera sección que define el marco conceptual, donde se analizan las variables clave del estudio, como el síndrome de Burnout y sus dimensiones, estrategias de gestión y calidad de atención, estableciendo las definiciones operacionales para su medición. Este capítulo culmina con la contextualización específica del estudio, que es marco contextual en el que se detallan las características organizacionales del Puesto de Salud Nunkui Nunka. Mientras que el marco legal y normativo, revisa las políticas que se aplican dentro del contexto ecuatoriano e internacional, relativas a la salud ocupacional y la prevención de riesgos psicosociales en el ámbito de la salud.

2.1 Estado del Arte (Marco Histórico y Actual)

El síndrome de Burnout (SB), que también se conoce como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado, síndrome de fatiga laboral o síndrome ocupacional, fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) como un factor significativo de riesgo en el ámbito laboral. Esta clasificación se debe a su potencial para impactar negativamente en la calidad de vida y en la salud mental de quienes lo padecen. Esta patología no solo afecta el bienestar emocional y psicológico del individuo, sino que también puede tener consecuencias graves para su salud física, llegando incluso a poner en peligro su vida (OMS, 2019).

Ahora bien, el síndrome de burnout siendo conocido como síndrome de desgaste profesional, fue conceptualizado por primera vez en la década de 1970 por el psicólogo Freudenberger (1974) quien la describió como un estado de agotamiento emocional y físico

resultante de una exposición prolongada a situaciones laborales estresantes. Sin embargo, al inicio este enfoque se centró en profesionales de la salud y trabajadores sociales, quienes mostraban altos niveles de estrés debido a la naturaleza exigente de su trabajo.

A lo largo de los años, la investigación sobre el burnout se ha expandido, abarcando diversos sectores y profesiones. Christina Maslach, una de las figuras más influyentes en este campo, desarrolló el *Maslach Burnout Inventory* (MBI, 1981), como una herramienta que permite medir los niveles de estrés, en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Esta herramienta ha sido fundamental para estudios posteriores sobre el síndrome, ampliando su comprensión y reconocimiento en diferentes contextos laborales.

En las últimas décadas, el interés por el estudio y análisis del burnout ha crecido significativamente, impulsado por el aumento del estrés laboral y la búsqueda de un equilibrio entre la vida personal y profesional. Estudios recientes han demostrado que factores como la falta de apoyo social, la alta carga de trabajo y las expectativas poco realistas son determinantes clave en el desarrollo del síndrome (Maslach et al., 1986). Además, se ha reconocido que el burnout no solo afecta a los trabajadores individualmente, sino que también tiene repercusiones negativas para las organizaciones, incluyendo una disminución en la productividad y un aumento en la rotación del personal.

En términos históricos, el reconocimiento del burnout como un problema de salud ha llevado a muchas instituciones a implementar programas de prevención y bienestar laboral. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para abordar dicha afectación de manera integral. Por lo que, la investigación en este campo continúa evolucionando, explorando nuevas dimensiones del burnout y su relación con factores culturales y organizacionales.

El síndrome de burnout ha cobrado una relevancia creciente en el panorama laboral contemporáneo, especialmente a raíz de la pandemia de COVID-19, que ha intensificado las demandas emocionales y físicas sobre los trabajadores en diversos sectores. Según un estudio realizado por Yeomans (2023) el estrés y el agotamiento se han vuelto más prevalentes en profesionales de la salud, quienes enfrentan una carga de trabajo sin precedentes y niveles de ansiedad elevados. Este fenómeno no se limita al ámbito sanitario; empleados en áreas como la educación, el servicio al cliente y las tecnologías de la información también han reportado altos niveles de agotamiento.

La investigación reciente ha puesto de manifiesto que el burnout está vinculado a factores organizacionales como la falta de apoyo, la cultura laboral tóxica y la falta de recursos adecuados. Un estudio de Maslach y Leiter (1970) enfatizan en la importancia del

liderazgo para mitigar el burnout, sugiriendo que los líderes deben fomentar un ambiente laboral positivo para reducir el desgaste del recurso humano. Además, se ha observado que los trabajadores que experimentan burnout tienden a mostrar un menor compromiso con su trabajo y una disminución en la calidad del servicio proporcionado, lo que repercute negativamente en las organizaciones (Bottiani et al, 2019).

Cabe hacer destacar que, lo que empezó como una observación aislada sobre el desgaste profesional se ha transformado en un campo de estudio masivo que toca casi cualquier sector laboral. Por lo que, al abordar estos temas inherentemente se hace mención de Christina Maslach, quien en 1981 marcó un antes y un después de diseñar el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Esta escala además de aportar un nombre al problema, permitió diseccionarlo en tres ejes vitales, como cuando el trabajador se siente vacío emocionalmente (agotamiento), cuando empieza a tratar a los demás de forma fría o cínica (despersonalización) y cuando siente que su esfuerzo ya no vale la pena (baja realización personal). A través de este avance, hoy se tiene una base sólida para entender qué pasa realmente en los centros de salud. Puesto que, desde los estudios llevados a cabo por Maslach et al. (1986), quien advierte que si no hay apoyo de los compañeros de trabajo, si la carga de tareas es excesiva o si las metas son imposibles de alcanzar, el síndrome de burnout termina apareciendo y desarrollándose. Dentro de lo cual, resulta preocupante el daño que permanece en la persona, y por lo que las empresas se ven afectadas, ya que el personal rinde menos, hay más absentismo o termina renunciando, lo que genera un ciclo de inestabilidad constante (Marić et al, 2020).

En tal sentido, Yeomans (2023) destaca cómo el personal sanitario, bajo una presión sin precedentes, alcanzó niveles de ansiedad y agotamiento alarmantes. Por lo que, lo que la ciencia reciente confirma, es que el burnout suele ser el síntoma de una organización que no es totalmente sana, pues en culturas laborales tóxicas o la simple falta de recursos son el caldo de cultivo ideal para que se desarrolle. En el mismo orden de ideas, Maslach y Leiter (1970), han insistido en que el papel de las autoridades organizacionales puede resultar ser el mayor afrontador del desgaste emocional. Mientras que, cuando los líderes no fomentan un clima laboral eficiente, el compromiso del equipo se desploma y la calidad de lo que hacen se resiente (Bottiani et al., 2019).

Por lo que, ante este panorama, las soluciones han tenido que ser más integrales, en lo que las técnicas como el *mindfulness*, conforman herramientas reales para recuperar el control personal (Nwoko et al., 2024). Aun así, el mayor obstáculo sigue siendo el estigma, pues todavía algunos individuos no admiten que su salud mental se afecta y disminuye por el

trabajo. Por eso, es fundamental no solo seguir investigando, sino crear políticas dirigidas a proteger al trabajador y asegurar entornos laborales sostenibles a largo plazo.

En la última década, el interés por profundizar en el síndrome de burnout se ha incrementado de forma importante y manera especial posterior a la pandemia del COVID-19, que puso de relieve las condiciones laborales extremas en el sector salud. Por su parte, la OMS (2019), ha reconocido esta patología como un fenómeno ocupacional, lo que subraya su importancia en el ámbito laboral. Por lo que, diversos estudios como el desarrollado por Rodríguez y Sánchez, (2021) demostró que el burnout está asociado con un aumento en errores médicos, disminución de la satisfacción del paciente y un incremento en la rotación de personal. Este estudio destacó que aproximadamente el 50% de los médicos reportaron síntomas de burnout durante la pandemia, en el que no solo reporta la prevalencia del agotamiento, sino que también señala sus consecuencias adversas, como la disminución en la calidad del cuidado al paciente y un incremento en las tasas de rotación del personal. Esta investigación sugiere que el apoyo institucional y la implementación de políticas adecuadas son cruciales para mitigar estos efectos.

Otro estudio llevado a cabo por Bennazar et al. (2022), se centró en el bienestar emocional de los enfermeros durante la pandemia. Los hallazgos revelaron que los enfermeros que trabajaban en unidades críticas mostraron niveles alarmantemente altos de ansiedad y depresión, lo que a su vez contribuyó al agotamiento. Este estudio enfatiza la necesidad urgente de intervenciones específicas para apoyar a estos trabajadores esenciales, incluyendo programas de salud mental y estrategias de autocuidado.

Por otra parte, los datos arrojados por el metanálisis realizada por Rodríguez (2020) resultan reveladores al investiga en el sector de salud, que posterior a revisar múltiples investigaciones, el autor identifica una tríada de factores que actúan como detonantes del desgaste, tales como las jornadas laborales interminables, el aislamiento social del profesional y un entorno organizativo con escaso acompañamiento. Ante esta realidad, el estudio además de aportar un diagnostica, expone un mensaje claro a las instituciones: la pasividad no es una opción, lo que genera la urgencia de un enfoque proactivo que apueste por la flexibilidad en los turnos y la creación de redes de mentoría que den soporte real a los trabajadores.

En una línea similar, Wu et al. (2022) ponen el foco en el poder del liderazgo transformacional dentro de los equipos profesionales de salud. Esta investigación sugiere que el papel del líder no es meramente administrativo; cuando un directivo gestiona con empatía y apoyo real, actúa como un amortiguador contra el agotamiento. Es decir que, un liderazgo

humano además de mejorar el trato laboral, y actúa como una estrategia efectiva para sanear el ambiente laboral y proteger la salud mental del grupo.

De modo que, lo que la literatura científica actual reporta que el burnout en el contexto de la atención de salud es un fenómeno complejo, por lo que no se puede continuar viendo como un fallo individual o falta de resistencia del médico o enfermero. Por lo que, se ubica ante una interacción profunda entre lo que ocurre en la organización, los vínculos entre colegas y la situación personal de cada uno. Por ello, cuidar la salud emocional de quienes prestan atención médica en los centros asistenciales, es un acto de justicia y un requisito indispensable para que el sistema de salud sea seguro y eficiente para todos los pacientes.

2.2 Marco Teórico

El marco teórico fundamenta la descripción del problema, al facilitar la integración de la teoría con la investigación y sus relaciones mutuas” (Reyes, 2022, p. 148). Es, así pues, que el marco teórico consiste en integrar el tema de la investigación con las teorías, enfoques teóricos, estudios y antecedentes que compartan nuevos e innovadores aportes, y a su vez, que guarden relación con el problema de investigación.

A continuación, se presenta el marco teórico correspondiente al presente estudio, el cual aborda la compleja problemática del síndrome de burnout en el personal de salud. Este marco se sumerge en diversas conceptualizaciones relacionadas con las estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, durante el período de enero a junio de 2024.

Síndrome de Burnout

Con respecto al marco teórico sobre el síndrome de burnout, los diferentes autores infieren en que ha evolucionado significativamente en los últimos años, incorporando nuevas perspectivas y enfoques que enriquecen su comprensión. Uno de los modelos más influyentes en la actualidad es el Job Demands-Resources (JD-R), que postula que el burnout surge de un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles para afrontarlas. Según

Demerouti y Bakker (2020), cuando las demandas superan los recursos, los empleados son más propensos a experimentar agotamiento y despersonalización.

Por su parte, Maslach y Leiter (1970) refieren que el burnout se compone de tres dimensiones principales, como el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal, las cuales se consideran que son:

- Agotamiento Emocional: Sensación de estar sobrecargado y fatigado, que puede llevar a una desconexión emocional del trabajo.
- Despersonalización: este componente actúa como un mecanismo de defensa fallido; el profesional se distancia del paciente, adoptando actitudes cínicas o frías que erosionan la empatía
- Realización Personal: cuando se manifiestan sentimientos de ineficacia y de no estar logrando metas en el trabajo.

Por lo que, para entender el origen de este cuadro, resulta indispensable citar el modelo de demanda-control propuesto por Karasek (1979) su teoría es tan sencilla como contundente, ya que explica que el riesgo de colapso no depende solo de cuánto trabajo se tenga, sino de la combinación de unas demandas laborales agotadoras con un margen de maniobra o control casi inexistente. Cuando un profesional de la salud se enfrenta a una presión constante sin tener voz ni voto sobre cómo gestionar sus tareas, el entorno se vuelve el caldo de cultivo perfecto para el burnout. Con el paso de las décadas, lo que comenzó como una observación en trabajadores sociales ha evolucionado hacia una comprensión global del estrés crónico. Las investigaciones actuales confirman que este agotamiento extremo y la pérdida de sentido en el trabajo son patologías sistémicas que requieren un análisis profundo de las condiciones laborales, y no solo de la resiliencia individual.

Por cuanto, desde que Christina Maslach acuñó el término en la década de 1970, el estudio del síndrome de *burnout* ha recorrido un largo camino. En sus inicios, las investigaciones se enfocaron casi exclusivamente en los profesionales de la salud y el trabajo social, sectores donde el contacto humano constante y la carga emocional propia de sus funciones generaban niveles críticos de estrés (Maslach & Leiter, 1970). De acuerdo con este tipo de indagaciones se ha confirmado que este síndrome se manifiesta típicamente a través de una serie de síntomas que incluyen agotamiento extremo, despersonalización y una disminución significativa en la realización personal. Los trabajadores que experimentan Burnout suelen sentirse abrumados por las demandas laborales, lo que genera un alto nivel de estrés y ansiedad (Arandas et al., 2019). A medida que estos síntomas se intensifican, la

capacidad del individuo para desempeñarse eficazmente en el puesto de trabajo disminuye, lo que puede llevar a un círculo vicioso donde el estrés laboral se perpetúa.

Además, el impacto del burnout trasciende la esfera individual para convertirse en un fenómeno corrosivo que afecta la salud de las organizaciones, manifestándose en una caída drástica de la productividad, así como en un incremento del absentismo y la rotación de personal. Según Collado et al. (2021) estas consecuencias son el resultado directo de un equipo laboral donde el agotamiento se presente con frecuencia, lo que obliga a las instituciones a dejar de ver este problema como un caso aislado de estrés personal. Por tanto, resulta imperativo que la gestión organizacional asuma la responsabilidad de implementar estrategias preventivas y fomentar un clima de trabajo saludable, reconociendo que la protección del bienestar de los empleados conforma la única garantía que permite mantener la sostenibilidad y la eficiencia institucional a largo plazo.

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente de diagnóstico por médicos y otros profesionales de la salud mental, el síndrome de Burnout no se describe en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para la actualidad. Sin embargo, fue incluido como patología por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) que entró en vigencia en el año 2022.

Según Demerouti y Bakker psicólogo social e investigadora que ha centrado su trabajo en el estudio del Burnout, informa que las dimensiones fundamentales de este fenómeno, son el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. Por su parte, la perspectiva de Demerouti y Bakker (2022) expertos en psicología laboral, plantean que el síndrome de burnout se entiende de mejor forma desde tres componentes integrados, como el cansancio emocional (agotamiento), la despersonalización (o cinismo) y la falta de realización personal (ineficacia), las cuales se procede a definir.

Agotamiento o cansancio emocional (AE): hace referencia al incremento de una sensación de vacío o falta de energía ante las demandas laborales. En la cual, a medida que se intensifican las demandas del trabajo, los empleados sienten una falta de atracción hacia sus tareas (Acero, 2020). Cuando los recursos emocionales se ven comprometidos, se genera una percepción de incapacidad para enfrentar las exigencias del entorno laboral, lo que puede llevar a una disminución del rendimiento, la productividad y la motivación frente a las funciones laborales.

En este sentido, esta dimensión se considera central y es uno de los elementos más reconocidos del síndrome de burnout. Pues como se menciona, este se identifica por una

sensación abrumadora de fatiga y agotamiento de los recursos emocionales y físicos propios (Valdevila et al, 2024). Es la experiencia de sentirse drenado, sin energía y emocionalmente extenuado debido a las demandas continuas y excesivas del trabajo. Dentro de las características y manifestaciones del agotamiento emocional, según Acero (2020), se presentan:

- Sentimiento de vacío: el afectado siente que ya no tiene nada más que dar a nivel emocional. Es como si estuviera completamente vacío.
- Cansancio extremo: a diferencia del cansancio común, este es de carácter crónico, es una fatiga persistente, que no basta con descansar, ya que es una sensación de despertar y sentir que la energía se agota por completo.
- Dificultad de afrontamiento de las demandas laborales: las tareas que antes eran rutinarias o los nuevos desafíos ahora se perciben como obstáculos insuperables. Existe una sensación constante escasa energía y voluntad de seguir adelante, lo que genera una barrera mental que dificulta cumplir con las responsabilidades básicas.
- Disminución de la resistencia y la resiliencia: la capacidad para manejar el estrés se reduce al mínimo. Lo que antes era un pequeño inconveniente ahora se vive como algo abrumador, volviendo a la persona mucho más vulnerable ante cualquier contratiempo en el entorno laboral.
- Síntomas físicos y psicológicos: esto pueden manifestarse, como dolores de cabeza frecuentes, problemas gastrointestinales, insomnio, o un sistema inmunológico debilitado. A nivel psicológico, esto se relaciona con una irritabilidad constante, falta de concentración y un sentimiento de apatía, tristeza, ansiedad llegando hasta a la depresión.
- Desconexión y pérdida de motivación: el entusiasmo por el trabajo desaparece y las actividades que antes resultaban gratificantes se transforman en cargas pesadas, convirtiendo el interés profesional en un simple esfuerzo por resistir a la jornada laboral.

De manera que, el agotamiento emocional es a menudo la primera dimensión en aparecer y es considerada el núcleo del burnout. Sin un nivel significativo de agotamiento emocional, los otros componentes (despersonalización y baja realización personal) son menos probables de ser clasificados como burnout clínico. Por lo que, este factor es la base sobre la cual se desarrollan las otras dos dimensiones, ya que el sentirse emocionalmente vaciado lleva a una dificultad para empatizar (despersonalización) y a una pérdida de sentido o logro en el trabajo (baja realización personal) (Veras, 2020).

En el contexto del personal de salud, el agotamiento emocional surge de la exposición constante a situaciones de alta demanda emocional, el sufrimiento de los pacientes, las largas jornadas, la escasez de recursos y la presión por mantener la vida de otros. Todo lo cual, se constituye en una señal de alarma clara de que los recursos personales del profesional están siendo sobrepasados.

Despersonalización: es la segunda dimensión clave del síndrome de burnout, según el modelo de Maslach y Jackson (1986), hace referencia a una respuesta negativa, insensible o excesivamente distante hacia las personas que reciben el servicio o la atención (en el caso de los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias). Esta dimensión implica el desarrollo de actitudes negativas y cínicas hacia los clientes o usuarios (Acero, 2020).

Por lo que, estos trabajadores comienzan a ver a las personas en su entorno como meros objetos, lo que resulta en una percepción deshumanizada de los demás (Menghi y Oros, 2019). Esta actitud se manifiesta en comportamientos de rechazo hacia quienes utilizan sus servicios, a menudo culpándolos por su propia insatisfacción laboral. La interacción con los usuarios se convierte en un proceso burocrático y distante, donde la conexión humana se pierde. De acuerdo con Bennasar et al., (2022), entre las características o manifestaciones de la despersonalización, se tienen las siguientes:

- **Actitud cínica y distante:** la persona afectada comienza a desarrollar una actitud fría, impersonal y cínica hacia los receptores de su trabajo. Los pacientes pueden ser vistos como casos, números, diagnósticos o problemas en lugar de individuos con necesidades y emociones.
- **Endurecimiento y distancia emocional:** se produce un deterioro de la empatía, donde la sensibilidad hacia el sufrimiento ajeno se ve reemplazada por una actitud de indiferencia o dureza. El profesional de la salud deja de resonar con las necesidades del otro para proteger su propia estabilidad emocional.
- **Deshumanización del trato:** las interacciones son transaccionales y mecánicas. Se tiende a evitar el contacto visual, a abusar del tecnicismo para marcar distancia y reducir la comunicación al mínimo indispensable para completar la tarea técnica.
- **Cosificación mediante el lenguaje:** Es común el uso de etiquetas despectivas o comentarios cínicos hacia los pacientes y los familiares. Esta forma de etiquetación se utiliza para despojar al paciente de la individualidad y convertirlo en un número o un diagnóstico más, facilitando el desapego.

- **Priorización del trámite sobre bienestar personal y colectivo:** falta de interés en el bienestar del otro: aunque se cumplan las tareas técnicas, hay una disminución del interés genuino por el bienestar emocional o la experiencia del paciente. La motivación principal se centra en terminar el trabajo o salir.
- **Irritabilidad en el vínculo:** las interacciones con los pacientes, que antes resultaban gratificantes ahora se perciben como fuentes de frustración o impaciencia. El paciente deja de ser el centro de la vocación para convertirse en una fuente de estrés adicional.

En estos términos, la despersonalización no debe entenderse como una falta de ética, sino como un mecanismo de defensa disfuncional ante el agotamiento emocional. Por lo que, cuando el profesional se siente sobrepasado, distanciarse es una forma instintiva de blindarse frente a la demanda constante y el dolor ajeno. Sin embargo, aunque estas estrategias ofrecen un alivio inmediato, a largo plazo resulta altamente perjudicial, ya que no solo deterioran la calidad de la atención recibida por el paciente, sino que anula la satisfacción profesional del trabajador, alimentando un ciclo de aislamiento y malestar.

De acuerdo con ello, en el sector salud, la despersonalización es particularmente preocupante porque afecta directamente la calidad de la atención centrada en el paciente. Pues un profesional afectado por la despersonalizado es menos probable que establezca una relación de confianza, que comunique de manera efectiva, que muestre compasión o que detecte necesidades emocionales del paciente. Esto puede llevar a una atención menos holística y a una menor adherencia al tratamiento, por lo que, se considera un indicador clave de que la relación terapéutica se está viendo afectada negativamente por el desgaste del profesional.

Realización personal o autorrealización: según el modelo de Maslach y Jackson (1970), se denomina también baja o falta de realización personal y es la tercera y última dimensión clave del síndrome de burnout. Esta dimensión se refiere a la disminución de los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo y refleja la tendencia del trabajador a evaluarse de manera negativa, tanto en relación con su desempeño laboral como en su autoimagen (Agyapong et al., 2023). Se caracteriza por una disminución del interés en el trabajo, baja autoestima, aislamiento en las tareas diarias, y una sensación general de incompetencia. Esto puede llevar a la irritabilidad y al descontento personal, así como a una reducción significativa en la satisfacción con los logros alcanzados.

Estas tres dimensiones son consideradas componentes del síndrome de Burnout, ya que forman parte integral de su naturaleza compleja. Se manifiestan de manera insidiosa y

gradual, no de forma repentina. Además, pueden presentarse cíclicamente a lo largo del tiempo, lo que significa que una persona puede experimentar estos tres componentes en diferentes momentos de su vida y en el mismo o en distintos trabajos. Esta naturaleza recurrente resalta la importancia de prestar atención a estos síntomas para prevenir un deterioro mayor en la salud mental y emocional del trabajador. Dentro de las características y manifestaciones más notable de la baja realización personal, según Jarrín et al. (2022), se tienen las siguientes:

- Deterioro de la eficacia: el profesional comienza a dudar de la propia capacidad para realizar las labores de manera efectiva. Pues siente que no está logrando cosas significativas o que sus esfuerzos no marcan una diferencia.
- Pérdida de la autoconfianza: a pesar de contar con una trayectoria sólida y formación adecuada, el profesional comienza a dudar de sus propias habilidades y destrezas. Aparece la sensación de haber perdido destrezas e iniciativas que antes les resultaba natural.
- Falta de sentido o propósito: las tareas que podrían anteriormente generar gratificación laboral, comienzan a percibirse como una sucesión de actos mecánicos y carentes de valor. El profesional no logra percibir el impacto real de sus funciones, sintiendo que el esfuerzo que realiza es irrelevante.
- Desmotivación y apatía profesional: la motivación decrece de manera importante, lo que se considera no solo falta de energía, sino una desconexión emocional con el progreso; los nuevos proyectos ya no se ven como oportunidades, sino como cargas adicionales.
- Anhedonia con el éxito: los logros, que objetivamente podrían considerarse éxitos, dejan de generar satisfacción. El profesional reduce los méritos propios, atribuyéndolos a la suerte o simplemente restándoles importancia.
- Sentimientos de desánimo o desesperanza: la falta de realización personal, conlleva a un desanimo profundo acerca del futuro en su profesión, convencido que su futuro no tendrá mejorías.

Con base en estas manifestaciones, se considera que, para comprender el síndrome en su totalidad, es crucial entender cómo convergen sus componentes, ya que mientras que el agotamiento emocional representa el consumo total de los recursos internos (sentirse vacío) y la despersonalización actúa como un mecanismo de defensa cínico ante los demás, la baja realización personal es el impacto final a la identidad.

Cabe destacar que, estas tres dimensiones no operan de forma aislada, sino que se retroalimentan en un círculo, donde el vacío emocional impide conectar con los logros, y la falta de sentido en el trabajo profundiza el agotamiento y el aislamiento

1. El agotamiento emocional bloquea los recursos del profesional, dificultando un rendimiento óptimo. Esta reducción de la productividad genera, inevitablemente, el sentimiento de ser ineficaz.
2. La despersonalización conlleva al distanciarse emocionalmente de los pacientes (despersonalización), el profesional pierde las fuentes de gratificación humana. Sin esa conexión, se reducen las posibilidades de vivir experiencias de éxito compartido, lo que profundiza la falta de realización personal(Góngora et al., 2022).

Se infiere que, para los profesionales de la salud que a menudo eligen la vocación por un fuerte sentido de propósito y el deseo de ayudar, la baja realización personal es particularmente devastadora. Cuando un médico o una enfermera sienten que su trabajo no hace una diferencia, o que no pueden brindar la atención que desean debido a las limitaciones del sistema, esto ataca el corazón de su vocación. Por lo que, reconocer y afrontar adecuadamente cada una de estas dimensiones resulta crucial para recuperar la motivación, la satisfacción laboral y el compromiso con la profesión.

Planificación Estratégica

La planificación estratégica es un proceso fundamental y sistemático que ayuda a las organizaciones en la gestión organizacional que permite a una institución definir sus objetivos a largo plazo, y establecer la hoja de ruta, así como una dirección a futuro que facilite la toma de decisiones para una eficiente gestión de los recursos (Gallardo et al, 2019). En esencia, implica analizar la situación actual, identificar oportunidades y amenazas, definir la visión y misión, y desarrollar planes de acción detallados. En esencia, es un mapa que guía a la empresa hacia el éxito, asegurando que todos los esfuerzos estén alineados con una dirección clara y coherente. Dentro de los componentes clave de la planificación estratégica se encuentran:

- Visión: define los objetivos que plantean una declaración de lo que se aspira que llegue a ser la organización o de lo que se busca lograr a largo plazo.
- Misión: Describe el propósito fundamental de la organización y su razón de ser.

- Valores: conforma la base ética de la empresa, por lo que, son los principios rectores y creencias fundamentales que guían el comportamiento, las decisiones y la cultura de la organización.
- Análisis situacional (Análisis FODA/DAFO): se asocia a la evaluación integral que permite comprender el contexto actual de la organización, detallando las fortalezas (capacidades y recursos internos positivos); las debilidades (limitaciones o carencias internas que dificultan el éxito); oportunidades (factores externos que la organización puede aprovechar) y las amenazas (factores externos que pueden poner en riesgo el desempeño). Con estos parámetros se logra obtener una comprensión del contexto actual en estudio.
- Objetivos estratégicos: Son las metas de alto nivel requeridas y necesarias para cumplir la misión. Para ser efectivos, deben seguir la metodología SMART: Específicos (claramente definidos); Medibles (con indicadores cuantitativos); Alcanzables (realistas según los recursos); Relevantes (alineados con la estrategia global) y Tiempo (fecha límite de cumplimiento).
- Estrategias: constituyen los planes de acción y los enfoques más amplios y generales, que la organización adopta en la consecución de los objetivos previamente establecidos.
- Planes de acción/tácticas: es el proceso detallado por paso o fases con cada una de las actividades establecidas de forma específica, en lo que se incluye la asignación de responsables, recursos y cronogramas precisos en los que se implementará cada estrategia.
- Monitoreo y Evaluación: Es el proceso continuo de seguir el progreso hacia los objetivos, medir el rendimiento y realizar ajustes según sea necesario. La planificación estratégica no se realiza y desarrolla una sola vez, sino que es un ciclo continuo de aprendizaje y adaptación (Hernández y García, 2018).

En entornos hospitalarios como el Puesto de Salud Nunkui Nunka, la planificación estratégica es vital porque plantea proporciona dirección y coherencia, en un ambiente tan complejo y dinámico, este proceso asegura que todos los esfuerzos estén alineados hacia objetivos comunes, evitando la dispersión de recursos y energías. Así mismo, permite anticipar y gestionar retos, debido a que mediante el análisis situacional se pueden identificar riesgos como el burnout o la escasez de recursos antes de que se vuelvan crisis, permitiendo diseñar estrategias preventivas (Lelek & Szczygieł, 2022).

Por otra parte, la planificación estratégica permite optimizar la asignación de recursos, ayuda a priorizar dónde invertir tiempo, personal y presupuesto para lograr el máximo impacto, por ejemplo, destinando recursos a programas de bienestar del personal. En la misma línea, contribuye a fomentar la responsabilidad, pues al establecer objetivos y planes claros, se facilita la asignación de responsabilidades y la medición del rendimiento (Casanova et al, 2023).

En cuanto a la resiliencia organizacional, este tipo de planificación facilita que una organización con una estrategia clara está mejor equipada para adaptarse a los cambios, como la creciente demanda de pacientes o la necesidad de nuevas tecnologías (Wu & Lee, 2020). Por lo que, en el contexto específico de la mitigación del síndrome de burnout, la planificación estratégica permitiría al Puesto de Salud Nunkui Nunka pasar de una reacción puntual a los síntomas del estrés a un enfoque proactivo y sistémico.

Esto involucra la identificación del bienestar del personal como un objetivo estratégico clave, reconociendo que el burnout afecta la calidad de la atención y desarrollar estrategias específicas para abordar las causas del burnout (gestión de la carga de trabajo, fortalecimiento del liderazgo, programas de apoyo psicosocial) (Agyapong et al., 2023). Por su parte, se prevé la asignación de los recursos (tiempo, presupuesto, personal especializado) de manera planificada para implementar estas estrategias. Así como, monitorear continuamente los niveles de burnout y la satisfacción del personal para ajustar las estrategias.

De modo que, la planificación estratégica constituye la ruta que permite a una organización de salud no solo sobrevivir, sino prosperar y evolucionar, creando un ambiente de trabajo sostenible que, a su vez, garantice una atención de calidad para la comunidad. Por lo que, es un entorno laboral saludable y resiliente el que garantiza una atención de calidad superior y consistentemente segura para toda la comunidad, cerrando el círculo virtuoso entre el cuidado de los profesionales y la excelencia en el servicio al paciente.

Estrategias de mitigación

Las estrategias de afrontamiento o mitigación hacen mención de las acciones y enfoques diseñados para reducir o limitar los efectos adversos tanto del estrés como de sus dimensiones, desgaste emocional, despersonalización y falta de reducción personal. Este tipo de estrategias se basan en diversos enfoques teóricos y prácticos propuestos por diversos autores y escuelas de pensamiento en psicología y salud ocupacional (Agorastos & Chrousos,

2022). Las cuales se clasifican generalmente en dos grandes categorías: centradas en el problema y centradas en la emoción, aunque también hay enfoques que buscan modificar la percepción o la respuesta fisiológica al estrés.

1. Estrategias de mitigación

El modelo más influyente en este ámbito es el Modelo Transaccional del Estrés y Afrontamiento de Richard Lazarus y Susan Folkman (1984, 1986). Estos autores distinguen entre dos tipos principales de afrontamiento, que son fundamentales para entender cómo las personas gestionan el estrés:

- **Centrado en el Problema:** busca modificar la fuente del estrés o la situación estresante. Esta técnica implica acciones directas para resolver el problema. Entre los principales exponentes, se encuentran Lazarus y Folkman (1986) a través de su implementación, se busca más información, desarrollar nuevas habilidades, renegociar plazos, delegar tareas, establecer límites en el trabajo, mejorar la organización del tiempo, buscar apoyo instrumental.
 - **Centrada en la emoción:** está dirigido a regular la respuesta emocional generada por el estrés cuando la situación no puede ser cambiada directamente o es percibida como incontrolable. Esta estrategia también desarrollada por Lazarus y Folkman (1987) se aplica para lograr la reevaluación cognitiva de la situación (verla desde otra perspectiva), búsqueda de apoyo emocional, relajación, meditación, distracción, desahogo emocional (hablar del problema), aceptación de la situación.

Dentro del estudio del afrontamiento, las aportaciones de Carver et al. (1989) resultan fundamentales. Estos autores diseñaron el inventario COPE, una herramienta multidimensional creada para identificar la manera cómo las personas reaccionan ante situaciones estresantes, su propuesta se centra a

De esta forma, el modelo destaca el afrontamiento centrado en el problema, donde el individuo asume un rol activo con el fin de modificar o erradicar directamente la raíz del estrés. De forma complementaria, el afrontamiento centrado en la emoción se orienta a gestionar la carga afectiva que surge ante eventos inevitables. Aquí, mediante la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo social o la meditación, el sujeto logra regular su impacto emocional y preservar sus recursos psicológicos.

En este orden de ideas, uno de los aspectos críticos de esta investigación es la identificación de respuestas desadaptativas o de evitación, tales como la negación o el consumo de sustancias. Ante esto, se advierte que el uso recurrente de estas tácticas facilita cronificar el agotamiento en lugar de resolverlo. En consecuencia, existe una relación directa entre un repertorio de estrategias limitado o ineficaz y la vulnerabilidad de la persona a desarrollar niveles críticos de agotamiento o el síndrome de *burnout*.

2. Técnicas de relajación y reducción fisiológica: este conjunto de estrategias se enfoca en disminuir la activación fisiológica relacionada con el estrés.

- **Relajación Muscular Progresiva (RMP):** esta técnica fue desarrollada originalmente por Edmund Jacobson en la década de 1930. El fundamento de esta técnica reside en la premisa de que la distensión mental es una consecuencia directa de la relajación física, que, para lograrlo, propuso un método de entrenamiento basado en la tensión y relajación secuencial de diversos grupos musculares.
- **Entrenamiento autógeno:** su autor principal es Johannes Heinrich Schultz (1932), esta es una técnica de relajación que implica la autoinducción de estados de calma a través de sensaciones corporales (pesadez, calor en las extremidades).
- **Respuesta de relajación:** el autor principal es Herbert Benson (1970s), quien describió un estado fisiológico de profunda calma que se puede inducir a través de técnicas como la meditación, la respiración profunda y la repetición de una palabra o frase. Por lo que se considera que es la antítesis de la respuesta de estrés.
- **Ejercicios de respiración:** a pesar de su origen ancestral, la eficacia de los ejercicios de respiración para mitigar el estrés está validada por la medicina moderna. En el caso de la respiración diafragmática destaca como la técnica fundamental; al estimular el nervio vago y activar el sistema parasimpático, reduce la presión arterial y la frecuencia cardíaca, induciendo una respuesta de relajación inmediata que favorece la gestión emocional.

3. Intervenciones basadas en mindfulness (Atención Plena): estas estrategias han ganado mucha popularidad y evidencia científica en las últimas décadas.

- **Reducción de estrés basada en mindfulness (MBSR):** el autor principal de esta técnica es Kabat (1979), quien desarrolló el programa MBSR en la Universidad de

Massachusetts, combinando meditación mindfulness con yoga suave para ayudar a las personas a gestionar el dolor crónico y el estrés. Esta estrategia implica prestar atención plena y sin juicio al momento presente, a las sensaciones, pensamientos y emociones, lo que ayuda a reducir la reactividad al estrés.

- **Terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT):** sus autores y representantes principales, son Segal et al. (2002), fue originalmente desarrollada para prevenir recaídas en depresión, integra los principios de MBSR con técnicas de la terapia cognitiva. Esta estrategia enseña a los individuos a reconocer y desvincularse de patrones de pensamiento negativos asociados con el estrés y la depresión.

4. Estrategias cognitivo-conductuales: esta estrategia se centra en identificar y modificar los patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen al estrés.

- **Terapia Cognitivo-Conductual:** tiene sus pilares en los trabajos de Aaron Beck (Terapia Cognitiva) y Albert Ellis (Terapia Racional Emotiva Conductual - TREC). Esta estrategia fue diseñada como ayuda a las personas a identificar y desafiar pensamientos irracionales o distorsionados, que exacerban el estrés, y apoyan el desarrollo de habilidades de afrontamiento conductual. Su aplicación es mediante técnicas como la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, la gestión del tiempo y el entrenamiento en habilidades sociales.
- **Apoyo social y organizacional:** estas técnicas no constituyen estrategias de aplicación individual, los factores contextuales son determinantes en la mitigación del estrés, un área ampliamente explorada por la psicología organizacional y la salud laboral.
- **Apoyo Social:** numerosas investigaciones, incluyendo trabajos sobre la importancia de las redes de apoyo social en la resiliencia (Werner & Smith, 1982; Rutter, 1987). En esto la disponibilidad y percepción de soporte por parte de colegas, supervisores, familiares y amigos actúa como un amortiguador crítico. Con este respaldo se logra poner freno al impacto directo del estrés y se fortalece la capacidad del individuo para procesar y superar situaciones adversas.
- **Intervenciones Organizacionales:** los representantes son un equipo de investigadores en salud ocupacional como Karasek y Theorell (1990) con su Modelo Demanda-Control-Apoyo, o Siegrist (1996) con el Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa, resaltan que las características del puesto de trabajo (control, apoyo social, reconocimiento) que resultan clave para mitigar el estrés laboral. Esta estrategia incluye cambios en la estructura del trabajo, la cultura organizacional, las políticas de

bienestar, el liderazgo transformacional en la promoción de un clima positivo (Wu & Lee, 2020).

Por lo que, al abordar la mitigación del estrés, especialmente en entornos de alta demanda como el sector salud, una combinación de estas estrategias, que abarquen tanto el nivel individual como el organizacional, puede resultar altamente efectiva. Puesto que, como se ha evidenciado la literatura sugiere diversas estrategias para mitigar el Burnout, que incluyen el apoyo organizacional, la formación en manejo del estrés y la implementación de programas de bienestar laboral. Estas intervenciones no solo deben centrarse en la salud mental de los empleados, sino también en crear un ambiente de trabajo que promueva la colaboración y el apoyo entre colegas (Dyrbye et al, 2024).

Por otro lado, describiendo el síndrome de burnout en el ámbito hospitalario, se ha consolidado como un desafío crítico que compromete tanto la integridad de los profesionales como la seguridad del paciente. Para abordar esta problemática, la literatura científica propone enfoques integrales, ante lo cual Maslach y Leiter (1970) destacan la importancia de cultivar un entorno laboral saludable basado en la cohesión y la comunicación. Por lo que, la formación de equipos sólidos que compartan recursos y vivencias no solo mitiga el estrés, sino que actúa como un escudo frente al agotamiento emocional, la despersonalización y la pérdida del sentido de realización profesional.

Para complementar estas aseveraciones, autores como Lobo et al. (2025) subrayan que la solución no depende únicamente del individuo, sino de una transformación organizacional profunda. En esto, las instituciones de salud tienen el deber de reestructurar las políticas para evitar el colapso del personal; esto implica implementar una distribución equitativa de las cargas de trabajo, diseñar cronogramas que respeten el descanso y asegurar la disponibilidad constante de insumos esenciales, que solo a través de la unión de un soporte grupal efectivo y una gestión institucional responsable es posible prevenir el quiebre de los trabajadores del sector de la salud.

En el ámbito del bienestar personal, un estudio de Dyrbye et al. (2024) sugieren que las prácticas de autocuidado, como la meditación y el ejercicio regular, son fundamentales para ayudar a los profesionales a manejar el estrés. En lo que, la formación en habilidades de resiliencia también puede resultar ser beneficiosa, ya que aporta una perspectiva diferente y transformadora para enfrentar este tipo de patología.

Además, Cardozo (2025) abogan por programas de capacitación en liderazgo para la formación de los supervisores para reconocer los signos del burnout y ofrecer apoyo adecuado a sus equipos. Un liderazgo empático puede hacer una gran diferencia en el

bienestar general del personal. Adicionalmente, un enfoque integral propuesto por Serna (2025) implica la creación de un sistema de retroalimentación continua donde los empleados puedan expresar sus preocupaciones y sugerencias sobre sus condiciones laborales. Este tipo de involucramiento no solo mejora el ambiente laboral, sino que también empodera a los trabajadores.

Estrategias de Gestión

Las estrategias de gestión son un conjunto de acciones planificadas que buscan alcanzar objetivos específicos dentro de una organización. A este respecto, Solera et al. (2018) afirman que estas estrategias resultan útiles y contribuyen a optimizar recursos y asegurar que las instituciones sean sostenibles. En el sector salud, la gestión estratégica permite enfrentar retos críticos como la alta demanda de servicios, la falta de suministros y las nuevas expectativas de los pacientes. Dentro de esto, se presenta un rasgo distintivo de estas estrategias como es su carácter proactivo, que en lugar de limitarse a reaccionar ante las crisis, permiten anticipar problemas y diseñar soluciones con antelación. Como señala Rozas (2020) para que una planificación sea efectiva debe ser flexible y permitir que la organización se adapte rápido a los cambios del entorno y a las necesidades emergentes del sistema sanitario.

En el mismo orden de ideas, el éxito de estas estrategias depende de la integración de las distintas áreas de la institución, lo que, en el contexto hospitalario, esto exige una coordinación real entre médicos, enfermeros y personal administrativo. Esta colaboración interdisciplinaria no solo facilita que el desempeño sea más eficiente, sino que garantiza una atención integral centrada realmente en el paciente. De modo que, la gestión moderna en salud se apoya fuertemente en la tecnología. Implementar sistemas de información adecuados permite recopilar y analizar datos con precisión, lo que facilita la toma de decisiones basadas en evidencia. Además, estas herramientas optimizan la comunicación interna, logrando que todo el equipo trabaje alineado hacia los mismos objetivos institucionales.

Asimismo, es crucial fomentar una cultura organizacional que valore el aprendizaje continuo. Según García y Pérez (2020), invertir en capacitación y desarrollo profesional no solo beneficia al personal, sino que también repercute positivamente en la atención brindada a los pacientes. La formación constante permite al equipo adaptarse a nuevas prácticas y mantenerse actualizado sobre avances en tratamientos y tecnologías.

De acuerdo con estos planteamientos, resulta también relevante implementar una evaluación constante del desempeño. Para ello, las organizaciones deben establecer indicadores claros para medir la eficacia y eficiencia de la atención que ofrece. Esto no solo ayuda a identificar áreas de mejora, sino que también permite identificar logros y motivar al personal. Así como, implementar sistemas de retroalimentación que puede ser una estrategia eficaz para mantener altos estándares de calidad.

Entornos Hospitalarios

Los entornos hospitalarios son espacios complejos donde convergen múltiples factores que influyen en la calidad de la atención sanitaria. Según Fernández y Ramírez (2020), estos entornos no solo se definen por la infraestructura física y los recursos tecnológicos, sino también por la cultura organizacional y las dinámicas interpersonales que se desarrollan entre el personal de salud y los pacientes. Dentro de lo cual, la gestión de estos elementos resulta crucial para garantizar una atención de calidad y mejorar los resultados de salud.

Dentro de los principales y más críticos retos en los centros de salud es la presión constante sobre el personal, en lo cual la carga laboral excesiva y la exigencia de mantener altos estándares de atención suelen derivar en agotamiento físico y mental. Ante esto Torres y Gómez (2020) subrayan que es prioritario aplicar medidas que fomenten el bienestar del equipo, ya que la motivación de los profesionales es directamente proporcional a la calidad del servicio recibido por el paciente.

Por otro lado, la tecnología se ha vuelto un pilar indispensable en estos entornos, donde herramientas como la digitalización de expedientes y la telemedicina optimizan los flujos de trabajo, mejoran la comunicación interna y agilizan el acceso a datos vitales. No obstante, Fernández y Ramírez (2020) recalcan que la tecnología por sí sola no basta; por lo que su implementación debe ir acompañada de una capacitación continua que garantice que el personal pueda aprovechar estas herramientas de forma segura y eficiente.

De acuerdo con esto, los entornos hospitalarios resultan complejos y demandantes, su naturaleza implica un ritmo acelerado, altas expectativas y una carga emocional significativa, lo que puede contribuir al desarrollo del Burnout. En este contexto, los profesionales de la salud se enfrentan a situaciones críticas que requieren decisiones rápidas y efectivas, lo que genera un estrés constante. Ante esto, Pérez y López (2022) destacan que la alta carga de

trabajo y la falta de recursos son factores determinantes en la aparición del Burnout entre el personal médico.

De esta manera, la cultura organizacional es un factor determinante para el desarrollo del burnout, por lo que, un entorno que prioriza la competencia sobre la colaboración eleva drásticamente los niveles de tensión dentro del clima organizacional. En este sentido, según Skaalvik y Skaalvik (2021) cuando el equipo directivo o gerencial no reconoce el esfuerzo ni ofrecen apoyo, los trabajadores se sienten aislados, lo que acelera el desgaste emocional.

A esto se le suma la complejidad del vínculo con el paciente, ya que si bien la conexión emocional es gratificante, la exigencia de mantener una empatía constante puede agotar los recursos psicológicos del personal. Ante lo cual, Pérez y López (2022) sostienen que, aunque esta conexión es vital para una atención humana, si no se cuenta con herramientas de gestión emocional, esto termina derivando en despersonalización y agotamiento emocional severo.

Además, las consecuencias del Burnout no solo afectan al profesional individualmente, sino que también repercuten en el entorno hospitalario en su conjunto (Bennasar et al., 2022). Pues, altos niveles del síndrome están asociados con una disminución en la calidad del cuidado al paciente, un aumento en los errores médicos y una mayor rotación del personal. Esto crea un ciclo vicioso donde el agotamiento del personal agrava aún más las condiciones laborales, llevando a más profesionales a experimentar este síndrome. Por lo que, para neutralizar y romper este ciclo, resulta imperativo implementar estrategias de bienestar emocional y programas de apoyo psicológico, donde la clave reside en transformar el clima laboral, fomentar el trabajo en equipo, reconocer los logros individuales y brindar formación en manejo del estrés, que vienen a conformar pasos esenciales para mitigar el impacto del burnout en el sistema de salud (Sáenz y Gabani, 2020).

Atención centrada en el paciente

La Atención Centrada en el Paciente (ACP) es un modelo de cuidado de la salud que coloca al individuo que recibe la atención (el paciente o la persona) en el centro de todas las decisiones y acciones relacionadas con su salud. Esto supera el abordaje de una enfermedad o un síntoma, enfocándose en la persona en su totalidad, lo que significa que todas las decisiones, planes y acciones relacionadas con su bienestar se construyen alrededor de sus necesidades, deseos y valores específicos (Vázquez et al. , 2022).

En este sentido, este paradigma implica reconocer que el paciente no es solo un conjunto de síntomas, sino un ser humano complejo con una vida, una historia, un contexto social, emociones, creencias y aspiraciones. Por lo que este modelo considera que, la enfermedad afecta todos estos aspectos, y el cuidado efectivo es considerado de forma integral.

En la práctica, la visión holística se traduce en un cuidado personalizado y de colaboración, donde el equipo de salud acata instrucciones, como escuchar al paciente, respetar su punto de vista y explicar las opciones con claridad. Este cambio permite que la persona deje de ser un observador pasivo y se convierta en un protagonista de su propia recuperación. En esta dirección, adoptar este enfoque humaniza la atención y protege la dignidad del paciente, aportando a la mejora de la eficiencia del sistema, pues cuando se siente escuchado y parte de las decisiones, aumenta el compromiso con el tratamiento, mejora la experiencia en el hospital y se logran resultados médicos mucho más favorables. Dentro de los principios clave de la atención centrada en el paciente, se presentan los siguientes desde los planteamientos de Andrade (2025):

- Respeto por los valores, preferencias y necesidades del paciente, de esta forma se reconoce que cada persona es única, con su propia historia de vida, valores culturales, creencias y preferencias. Para ello, la atención se adapta a lo que es importante para el paciente, reconociendo cada necesidad de forma particular, no solo a lo que el profesional considera mejor.
- Atención coordinada y continua: el cuidado al paciente deja de ser fragmentado, y los especialistas y servicios de salud se mantienen comunicados para que el paciente reciba una atención integral, sin baches ni interrupciones innecesarias en su proceso.
- Información y educación: se proporciona al paciente y a su familia (si así lo desea el paciente) información completa, clara y oportuna sobre su condición, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios. El objetivo es que puedan comprender su situación y participar activamente en las decisiones.
- Socio activo y empoderado: se incita al paciente a tomar las riendas de su cuidado, motivándolo a que pregunte, comparta las preocupaciones y que participe en la toma de decisiones clínicas, lo que refuerza su autonomía y el compromiso en el cumplimiento del tratamiento.

- Bienestar integral (físico y emocional): este enfoque supera lo estrictamente clínico, ya que prioriza el alivio del dolor y la comodidad del entorno, pero también, se atiende la ansiedad y el impacto emocional que conlleva la enfermedad, entendiendo que ambos aspectos son inseparables.
- Apoyo al entorno familiar: se valora el rol fundamental de la familia en la recuperación de la salud. Esto se realiza con el consentimiento del paciente, que se integran en el proceso, brindándoles todo el respaldo necesario para acompañar el proceso de recuperación.

De manera que, en esencia, la atención centrada en el paciente (ACP) representa una evolución fundamental en la atención de la salud, puesto que, al poner al paciente en el centro, y no a la enfermedad, este método fomenta un cuidado más humano, efectivo y respetuoso. Puesto que, adicional a la aplicación del tratamiento, también se construyen alianzas donde el paciente es escuchado, sus valores son tomados en cuenta y su participación activa es la clave para lograr el bienestar integral.

De esta manera, se está frente a un cambio de paradigma que reconoce la dignidad inherente de cada persona y su derecho a ser un participante e integrante pleno en su propio camino hacia la salud. Por lo que, este enfoque representa un cambio significativo respecto a los modelos más tradicionales, donde el profesional de la salud era la autoridad principal y el paciente un receptor pasivo. Con la aplicación de este modelo de atención centrada en el paciente, se espera:

- Mejorar los resultados de salud: al estar más involucrados y comprometidos, los pacientes tienden a adherirse mejor a los tratamientos.
- Aumentar la satisfacción y fidelidad: la experiencia de la atención de salud del paciente mejora cuando se siente escuchado, respetado y valorado por el sistema de salud.
- Optimizar los recursos: una atención coordinada y personalizada, reduce los errores y los procesos innecesarios, resultando en una gestión más eficiente.
- Fomentar la dignidad y el respeto: reconoce la autonomía y la humanidad del paciente en todo momento (Villada, 2024).

En esencia, la atención centrada en el paciente (ACP) transforma de manera radical las relaciones entre el profesional de la salud y los pacientes. Por lo que, su esencia radica en priorizar las necesidades, preferencias y valores específicos de cada individuo. Esto implica que la atención no se imparte desde la autoridad médica unidireccional, sino que se co-crea

con el paciente, bajo la dirección de las metas personales, creencias culturales y la propia definición de bienestar. En este caso, la meta de este paradigma es garantizar una atención que sea simultáneamente, desde la compasión (refleja empatía genuina hacia la experiencia humana de la enfermedad); coordinada (asegurar que el diagnóstico, el tratamiento y el apoyo psicosocial se integren de manera fluida y sin fisuras). Es decir que, este método empodera al paciente para que sea un participante activo e informado en cada decisión sobre la propia salud.

De este modo, el paciente se convierte en el centro de un equipo colaborativo dedicado exclusivamente a la recuperación del bienestar integral del paciente. Por ello, se considera que este método, empodera al paciente para ser un participante activo y bien informado en cada decisión relacionada con su salud, convirtiéndolo en el centro de un equipo colaborativo dedicado a que cada paciente retome y recupere el bienestar integral.

2.3. Marco Conceptual

Afrontamiento: constituye el esfuerzo cognitivo y conductual constante que el individuo realiza para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como excesivas o desbordantes de los recursos (Rodríguez y Sánchez, 2020).

Calidad de la atención al paciente: se asocia con la capacidad de los servicios hospitalarios que contribuyen a incrementar las posibilidades de alcanzar resultados eficientes en el ámbito de la salud, con el propósito de garantizar que cada intervención sea coherente con el conocimiento científico y la ética profesional (Li, 2018). Para efectos de este estudio, esta variable se evalúa de manera indirecta mediante indicadores de desempeño y el nivel de satisfacción del usuario con el trato recibido; este enfoque permite identificar cómo el síndrome de burnout erosiona dimensiones críticas de la práctica clínica, como la empatía, la comunicación efectiva y la seguridad del paciente, factores que resultan determinantes en la experiencia del cuidado.

Estrategias de gestión hospitalaria basadas en planificación estratégica: constituyen el conjunto de acciones y decisiones sistemáticas, proactivas y previamente estructuradas que la dirección del Puesto de Salud Nunkui Nunka implementa, basándose en el análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas) y en objetivos organizacionales de largo plazo. Estas acciones están orientadas a optimizar los recursos humanos y materiales, mejorar los procesos internos (distribución de carga horaria y administrativa), y fortalecer el apoyo organizacional, con el fin primario de mejorar el bienestar laboral (Navinés et al., 2018).

Estrés laboral: es la respuesta psicofisiológica y conductual de un individuo ante las demandas o presiones del trabajo que exceden su capacidad o conocimiento para afrontarlas, impactando negativamente el bienestar (Manzano, 2020).

Gestión de recursos humanos en salud: esta dimensión conforma el conjunto de estrategias, prácticas y políticas institucionales diseñadas y establecidas para administrar el talento y los recursos humanos, integrando procesos desde el reclutamiento, selección, formación y evaluación del desempeño y motivación al personal en la atención a la salud, centrado en mantener el equilibrio en la eficiencia operativa con la preservación de un entorno laboral sano que fundamente la labor asistencial (Torres, 2021).

Puesto de Salud Nunkui Nunka (Operacional): Como unidad fundamental del primer nivel de atención en la Red de Salud Pública de Ecuador, esta institución se especializa en la ejecución de acciones directas de promoción, prevención y recuperación de la salud comunitaria. Se define operativamente, mediante la articulación de la infraestructura física, el personal asignado y la cartera de servicios que garantiza a la población dentro del área de influencia y atención (Rubio, 2020).

Planificación Estratégica (Operacional): es el proceso formal que culmina en la elaboración de un plan que define la misión, visión y objetivos a mediano plazo del Puesto de Salud, con énfasis específico en los objetivos de gestión del talento humano y prevención de riesgos psicosociales (Cabellos et al., 2020, p. 15).

Síndrome de Burnout: según el modelo tridimensional de Maslach y Leiter (2009), es una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por tres dimensiones interrelacionadas:

- **Agotamiento Emocional (AE):** que es un sentimiento de estar sobrecargado y exhausto de los recursos emocionales y físicos propios del trabajo.
- **Despersonalización (DP):** constituye el conjunto de actitudes impersonales, distantes o cínicas que desarrollan las personas con síndrome de Burnout hacia los compañeros y pacientes a su cargo.
- **Baja realización personal (BRP):** percepción de incompetencia e insatisfacción respecto a los logros profesionales, que se refleja en la pérdida de confianza sobre la eficacia del propio trabajo, lo que disminuye el compromiso y bienestar personal y profesional.

2.4. Marco Contextual

La investigación se desarrolla en el puesto de Salud Nunkui Nunka ubicado en la provincia de Morona Santiago, situado en la región amazónica de Ecuador, como un ente determinante para el contexto del servicio de salud en esta zona. Esta provincia se caracteriza por una dispersión geográfica de sus comunidades, condiciones de alta humedad y difícil acceso terrestre a diversas localidades, lo que impone retos logísticos significativos para el abastecimiento de recursos y la movilidad del personal sanitario. Este tipo de población es predominantemente multiétnica y rural, por lo que requiere que la atención médica no solo sea accesible, sino también culturalmente pertinente. De tal manera que, en este entorno geográfico y administrativo esta atención es realmente importante, ya que el aislamiento y la limitación de apoyo externo actúan como potentes estresores crónicos para el personal de salud, agravando el riesgo de desarrollo del síndrome de burnout (Albites, 2019).

En este orden de ideas, el Puesto de Salud Nunkui Nunka, conforma una unidad operativa que pertenece al Primer Nivel de Atención del sistema de salud pública ecuatoriano. Por lo que, se considera una de las principales entradas al sistema, centrada en la prevención, promoción de la salud y la atención básica de baja complejidad. Dentro del ámbito organizacional, este puesto de salud, opera con una plantilla de personal reducida y enfrentan frecuentemente una importante escasez y falta de recursos materiales y tecnológicos. Todo lo cual, involucra que de manera frecuente el personal de salud asume diversas funciones, como actividades administrativas que desvían la atención directa de salud y resultan extenuantes, lo que contribuye al desarrollo y la presencia del síndrome de burnout (Arandas et al., 2019).

Con base en los anteriores planteamientos, esta investigación se fundamenta en la importancia y la necesidad de abordar la salud ocupacional, dada la evidencia nacional e internacional que vincula el síndrome de burnout con la disminución de la calidad y seguridad de atención en salud al paciente. Por otra parte, se consideró la incorporación del Puesto de Salud Nunkui Nunka, ya que los desafíos operacionales, tales como el aislamiento geográfico y las limitaciones detectadas de los recursos, exponen el riesgo psicosocial, mostrando que para diseñar soluciones internas estas deben estar basadas en la planificación estratégica las cuales resultan imprescindibles para mantener su sostenibilidad.

En cuanto al marco temporal de la investigación se estableció entre enero a junio de 2024, período durante el cual, se llevó a cabo la recolección intensiva y el análisis de la información directamente en el Puesto de Salud Nunkui Nunka. Esta delimitación temporal resultó vital, ya que permitió realizar el diagnóstico preciso y actualizado de las condiciones

de estrés laboral y la carga administrativa que enfrenta el personal de salud de este centro asistencial. Al centrarse en este semestre, se garantiza que el diagnóstico del Burnout y la subsiguiente propuesta de estrategias de gestión estuvieran directamente anclados en la realidad socioeconómica y administrativa más reciente de la provincia de Morona Santiago.

2.4. Marco Legal y Normativo

El marco legal y normativo proporciona el contexto en el que se desarrolla la investigación sobre el síndrome de burnout y la gestión del personal de salud. Por su parte, Pérez (2020) define el marco legal como “el conjunto de disposiciones jurídicas que regulan las relaciones entre los individuos, así como entre estos y el Estado”. Esta definición enfatiza la importancia del marco legal en la protección de derechos y deberes, así como en la regulación de interacciones sociales y económicas.

Normativas Internacionales

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) ha desarrollado directrices que enfatizan la importancia de la salud mental en el lugar de trabajo. Estas directrices sugieren que las organizaciones deben adoptar un enfoque integral para la gestión de la salud que incluya la prevención del burnout. Adicionalmente, la OIT, como agencia especializada de la ONU, se enfoca en establecer normas internacionales del trabajo y promover oportunidades de trabajo decente, a través de destacando entre estos:

- **Convenio 155 y Recomendación 164 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores (1981):** estos instrumentos establecen la obligación de los Estados Miembros de diseñar, revisar aplicar y examinar periódicamente las políticas nacionales de seguridad y salud. Es fundamental entender que estas políticas deben cubrir todos los riesgos, incluyendo el estrés crónico y los factores psicosociales que desencadenan el Burnout
- **Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (ILO-OSH 2002):** aunque estos lineamientos no son específicos de Burnout, estas directrices plantean y promueven un enfoque de gestión preventiva que apuntan a la identificación, evaluación y control de los riesgos y peligros laborales, incluyendo

la sobrecarga de trabajo y la violencia laboral que conforman detonantes directos del síndrome de burnout.

Así mismo, la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), publicada por la OMS, es fundamental para el reconocimiento formal del Burnout, como una patología clasificada en el grupo de enfermedades que puede llegar a ser crónica y complicada:

- **Reconocimiento como fenómeno ocupacional (Código QD85):** En 2019, el Burnout fue incluido en el CIE-11 (vigente desde enero de 2022) bajo el código QD85. Por lo que fue catalogado como un fenómeno ocupacional y no como una condición médica.
- **Criterios de diagnóstico:** con la entrada en vigor de la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), conceptualiza el síndrome de Burnout como un fenómeno vinculado específicamente al contexto laboral, conceptualizado como el resultado de un estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido gestionado con éxito por el individuo o la organización. Esta definición aporta a las instituciones de salud y a los sistemas legales, un código estandarizado para el diagnóstico e informe de esta patología y que logre adecuar el tratamiento de forma específica.
- **Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA):** aun cuando esta es una agencia regional, los marcos que aporta para la gestión de riesgos laborales, pueden ser adaptados ampliamente como buenas prácticas a nivel global.
- **Gestión de riesgos psicosociales:** EU-OSHA como ente ha desarrollado campañas y guías específicas que permiten identificar y evaluar los riesgos psicosociales en las organizaciones, destacando la falta de autonomía, la alta demanda laboral y el conflicto rol-trabajo; factores de riesgo considerados las primeras causas de desarrollo del síndrome, para lo cual mediante la guía se promueve una intervención a nivel organizacional de prevención, control y mitigación.
- **Directrices de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos):** este ente enfatiza la productividad y la salud mental dentro de un informe en el que analiza la gobernanza de los sistemas de salud.
- **Recomendaciones de Políticas Públicas:** la OCDE subraya que la inversión en el bienestar del personal sanitario es una política pública esencial que garantiza la sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud. Pues al mitigar el síndrome de

burnout, los gobiernos aportan a la protección de la salud mental de los profesionales, asegurando la retención de la fuerza laboral y la calidad en la prestación de servicios, transformando la gestión del estrés crónico en un pilar estratégico para la seguridad sanitaria global.

Normativas Nacionales

En muchos países, existen leyes que regulan la salud y seguridad en el trabajo, incluyendo la salud mental de los empleados. Sin embargo, de manera clara, explícita y enfática se tiene que la normativa legal que regula este estudio dentro del ámbito nacional, no se encuentra específicamente regulado como riesgo psicosocial en la legislación laboral ecuatoriana. Sin embargo, existen normativas generales sobre seguridad y salud ocupacional que podrían aplicarse al manejo de este síndrome, como:

- Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Nacional, 2008) garantiza el derecho a la salud y bienestar de los trabajadores, tanto en el ámbito público como privado. Es decir que, establece el derecho al trabajo en condiciones justas y dignas, incluyendo la garantía de un ambiente laboral seguro y saludable.
- Acuerdo Ministerial 0135-2017 y el MDT-2020-001, así como el Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores (Decreto Ejecutivo 2393), establece una estricta obligación a los empleadores de prevenir riesgos laborales y la promoción de entornos de trabajo seguro y saludable. Este ha sido el pilar de la normativa la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) mediante responsabilidades detalladas que contribuyen a salvaguardar la integridad física y mental de los trabajadores como un requisito legal y operativo indispensable.
- Ley Orgánica de Salud (Asamblea Nacional, 2011): esta ley establece que las instituciones de salud deben garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable, lo cual exige la puesta en marcha de programas de prevención y promoción que aseguren el bienestar emocional del personal general.

Políticas de Salud Ocupacional

Las políticas de salud ocupacional deben incluir estrategias para abordar el burnout, tales como la promoción de un equilibrio entre trabajo y vida personal, el acceso a recursos

de salud mental y la creación de programas de apoyo para el personal. Estas políticas son esenciales para fomentar un ambiente laboral donde el personal se sienta apoyado y valorado.

- **Código del Trabajo:** contiene disposiciones generales sobre seguridad e higiene en el trabajo, estableciendo obligaciones para empleadores y trabajadores. El Artículo 410 es fundamental, prevé que los empleadores están obligados a asegurar condiciones de trabajo que no presenten peligro para la salud o vida de sus trabajadores (Asamblea Nacional, 2020).
- **Decreto Ejecutivo Nro. 255 (mayo 2024); Nuevo Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo:** este es una normativa reciente y muy importante. Este nuevo reglamento sustituye al **Decreto 2393** y busca fortalecer y modernizar el marco regulatorio (Ministerio del Trabajo, 2024). Entre sus puntos clave destacan:
 - **Definición de términos clave:** Amplía y actualiza el vocabulario técnico en SST.
 - **Roles y responsabilidades:** permite establecer de manera clara las funciones de cada empleado de acuerdo con la cantidad que tenga la institución. Así como, determinar los niveles de riesgos, la necesidad de monitorear, y la designación de los técnicos de seguridad e higiene, y profesionales médicos. Específica que se requiere un psicólogo en empresas con más de 300 trabajadores y un especialista en Medicina del Trabajo si superan los 1000 empleados.
 - **Comités de Seguridad y Delegados:** este órgano regula la formación de comités paritarios para organizaciones con 50 o más colaboradores y delegados para grupos menores entre 1 y 49.
 - **Capacitación gratuita:** ratifica el derecho a la capacitación gratuita en seguridad y establece un registro nacional de enfermedades y accidentes.
 - **Registro de enfermedades y accidentes:** plantea el desarrollo de una plataforma en el Ministerio del Trabajo para el registro nacional de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.
 - **Ámbito de aplicación:** estas disposiciones son de cumplimiento obligatorio para todos los sectores, abarcando desde el ámbito público y privado hasta trabajadores autónomos y del hogar.

En este capítulo se ha establecido la base conceptual, empírica y legal necesaria para sustentar la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria contra el síndrome de Burnout, trascendiendo la mera descripción. La revisión del estado del arte y del sustento teóricamente y demostró la urgencia global y la eficacia de las intervenciones organizacionales. Mientras que el marco teórico y conceptual proporcionaron las herramientas validadas que permitieron

sustentar el problema con rigor. Finalmente, la integración del marco contextual con la normativa legal consolidó la pertinencia del estudio en el Puesto de Salud Nunkui Nunka, asegurando que las estrategias propuestas resultaran científicamente fundamentadas, legalmente respaldadas y específicamente aplicables a la realidad de la provincia Morona Santiago del Ecuador.

Capítulo 3: Fundamentos Metodológicos y resultados de la investigación

Este capítulo detalla con rigurosidad la metodología adoptada para investigar el Síndrome de Burnout en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka, sirviendo como puente entre el marco teórico y la propuesta de solución. En primera instancia, se presenta el cuadro de operacionalización de variables, donde se define las medidas de las estrategias de gestión y el síndrome de Burnout, lo que garantiza la validez del estudio. Posteriormente, se describe el diseño metodológico que describe el enfoque mixto (Cuali-cuantitativo), la selección de la muestra censal y la aplicación del instrumento estandarizado, como el MBI y la entrevista semiestructurada. Este apartado culmina con la presentación, análisis y discusión de los resultados obtenidos, transformando los datos empíricos en un diagnóstico concluyente que valida la necesidad diseñar la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka en la provincia de Morona Santiago, Ecuador, durante el período de enero a junio de 2024.

3.1. Cuadro operacionalización de variables

Tabla 2

Matriz de Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Dimensión	Definición	Método de Medición
Variable Independiente: Estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica	1. Programas de bienestar laboral		Iniciativas implementadas para mejorar la salud y el bienestar del personal de salud.	Análisis de documentos y encuestas a personal
	2. Formación, capacitación y desarrollo personal y profesional	Gestión organizacional	Ofrecer oportunidades de formación y capacitación para los empleados, centrándose en la gestión del síndrome de burnout.	Encuestas y entrevistas
	3. Apoyo organizacional		Recursos y soporte	Encuestas: Escala de

proporcionados por la organización para ayudar a los empleados a manejar el estrés. apoyo organizacional

Variable Dependiente: Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes	1. Agotamiento emocional		Estado de agotamiento físico y emocional resultante de un estrés prolongado en el trabajo.	Escala Maslach Burnout Inventory (MBI)
	2. Despersonalización	Salud mental	Actitud deshumanizada hacia los pacientes, por una falta de empatía y conexión emocional.	
	3. Falta de realización personal		Sensación de ineficacia y falta de logro en el desempeño laboral.	
	4. Satisfacción del paciente		Grado en que los pacientes están satisfechos con la atención recibida.	Encuesta: Cuestionario de satisfacción del paciente
	5. Tiempos de espera	Atención al Paciente	Duración del tiempo que los pacientes deben esperar para recibir atención médica.	Análisis de registros administrativos
	6. Resultados de salud del paciente		Indicadores de salud que muestran la efectividad del tratamiento recibido.	Revisión de historias clínicas

Nota. Esta matriz permite establecer las relaciones para medir las variables de estudio y establecer las relaciones entre ellas.

3.2 Enfoque Metodológico

La investigación adoptó un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos. Se utilizó un diseño descriptivo y correlacional, permitiendo analizar la relación entre el síndrome de Burnout y la calidad de atención en el Puesto de Salud Nunkui Nunka.

3.2.1. *Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación*

El enfoque de investigación mixto es una metodología que implica la combinación sistemática de elementos cualitativos y cuantitativos en un mismo estudio. Este enfoque supera la simple recopilación de datos de ambos tipos (cualitativos-cuantitativos); busca integrarlos y complementarlos a lo largo de las diferentes fases de la investigación (planteamiento del problema, recolección, análisis e interpretación de los datos) con el fin de obtener una comprensión más profunda, completa y robusta del fenómeno en estudio (Ochoa et al, 2020).

A partir de estos elementos, se nota que la investigación cuantitativa destaca por ser un proceso estructurado, objetivo y organizado, que se apoya en cifras y herramientas estadísticas para resolver dudas de forma exacta. Esto se logra, a través del uso de grupos representativos y un examen minucioso de la información, este método permite identificar conexiones y tendencias dentro del ámbito científico, lo que resulta fundamental para expandir el conocimiento obtenido en distintas disciplinas académicas (Hernández & Mendoza, 2018).

En cuanto al enfoque cuantitativo facilita realizar una ponderación de la incidencia del Burnout mediante encuestas estandarizadas, que se aplican para proponer estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, durante el período de enero a junio 2024.

En cuanto a la investigación cualitativa se define como un enfoque metodológico que busca comprender en profundidad los fenómenos desde la perspectiva de quienes los experimentan. Por lo que su propósito es aportar elementos que permitan comprender el por qué y el cómo se generan las realidades humanas, en sus contextos naturales. Por lo que podría señalarse que este es un enfoque interpretativo, inductivo y flexible, donde el investigador es el principal instrumento de recolección de datos y la teoría suele emerger de

los datos mismos (Arias & Covinos, 2021). En este caso de estudio, el enfoque cualitativo facilita una comprensión más profunda a través de entrevistas semiestructuradas con el personal de salud. Donde se espera que, este diseño favorezca una triangulación de datos contextualizados que enriquezcan los hallazgos, lo que se considera fundamental para desarrollar intervenciones efectivas y sostenibles que den respuesta al problema en estudio.

En concordancia con el tipo de investigación mixta (cuali-cuantitativa), se consideró que, el diseño explicativo secuencial es el enfoque metodológico más apropiado y lógico para el desarrollo de la investigación, dado que el objetivo final es la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria para mitigar el síndrome de Burnout en el personal de salud. Este diseño sigue una secuencia clara donde la fase cuantitativa tiene prioridad y los resultados guían la posterior fase cualitativa, lo cual asegura que la solución propuesta fuera sólidamente respaldada por un diagnóstico profundo y contextualizado. En esta fase, este diseño se enfoca en la recopilación de datos cuantitativos y establece la magnitud precisa del problema de estudio (Arias & Covinos, 2021).

Por lo que, en esta etapa se llevó a cabo la evaluación sistemática del síndrome de Burnout, analizando sus tres ejes fundamentales: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal dentro del censo del personal. Para obtener datos precisos, se aplicó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), como recurso estandarizado que asegura la consistencia y el rigor de los resultados. De este modo, se logró obtener el diagnóstico cuantitativo y real sobre la situación actual de la salud mental y emocional de los profesionales del Puesto de Salud Nunkui Nunka, logrando transformar el malestar del equipo en indicadores medibles que sustentaron empíricamente para el desarrollo del estudio.

En esta misma dirección, una vez obtenidos los resultados cuantitativos del MBI, la investigación procede a la fase cualitativa. En esta etapa es esencial para explicar el porqué de los resultados numéricos y profundizar en las causas subyacentes del síndrome de Burnout. En esto, se utiliza la información cuantitativa al seleccionar a los participantes clave y enfocar las herramientas cualitativas, en este caso la entrevista semiestructurada, lo que permitió al investigador, capturar las voces y experiencias directas del personal para identificar los factores específicos del contexto de Morona Santiago y del Centro de Salud (excesiva carga administrativa, aislamiento geográfico, falta de apoyo directivo) que impulsó el síndrome de Burnout.

Por lo que, la integración secuencial de ambas fases aportó el sustento más robusto para la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria. Para ello, la información cualitativa

ofrece una riqueza de datos contextuales que aseguran que las estrategias a proponer sean altamente específicas, culturalmente sensibles y pertinentes a la realidad del Puesto de Salud Nunkui Nunka. De modo que, comprender las raíces del problema desde la perspectiva del trabajador de la salud, permitió diseñar una propuesta basada en la planificación estratégica (como la optimización de procesos o la reasignación de recursos) para abordar las causas estructurales identificadas, maximizando así la factibilidad y eficacia de la solución propuesta para mitigar el Burnout.

3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos

3.4.1. Métodos

La investigación se fundamentó en el método empírico-analítico, lo que permitió comprender a profundidad el problema en estudio y obtener una visión más clara de las complejidades asociadas al análisis de las variables inmersas en el estudio para proponer estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, durante el período de enero a junio 2024. Este enfoque proporcionó una base teórica y estadística sólida para justificar los hallazgos obtenidos, para consolidar así la comprensión del tema dentro del contexto estudiado.

En cuanto al método empírico, facilita la adquisición del conocimiento a través de la observación y la experiencia directa o indirecta, a través de un enfoque que establece la manera en que el investigador entiende y aborda el conocimiento del estudio, el cual influye en la forma en la que se plantean las preguntas de investigación, se recopilan y analizan los datos y se interpretan los resultados, con el fin de probar hipótesis y sacar conclusiones fundamentadas (Rodríguez et al, 2021).

En otras palabras, la investigación empírica se basa en evidencia que se puede observar o medir a través de la observación y la experimentación, que se puede recopilar mediante experimentos o encuestas. En este caso, el método empírico fue la herramienta que facilitó realizar el análisis de la relación a la mitigación del síndrome de burnout, la planificación estratégica y la atención centrada en el paciente, con el propósito de aportar evidencias hacia la comprensión de la situación y aportar contribuciones significativas al

contexto en estudio con el propósito de aportar recomendaciones que contribuyan a superar el problema y aportar a la excelencia y calidad educativa.

Por su parte, el método analítico, es definido como un enfoque de investigación que se centra en descomponer un problema o fenómeno en sus partes constitutivas para comprenderlo a profundidad y de forma más efectiva (Gómez, 2021). Es decir que, en lugar de abordar el fenómeno como una totalidad, el método analítico examina cada componente por separado, permitiendo un análisis más detallado y profundo, para llegar a entenderlo en su conjunto. Ante lo cual, Blácido et al. (2022) afirman que, estos aspectos permiten examinar y comprender un problema o fenómeno de una manera detallada y estructurada.

De acuerdo con estos planteamientos, se aprecia que, mediante el método analítico, se obtuvo una comprensión significativa del problema en estudio, de una manera estructurada y detallada, que permitió proponer estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, durante el período de enero a junio 2024, aportando una visión holística del tema sujeto de investigación.

3.4.2. Técnicas

Como técnica de recogida de la información se utiliza la encuesta, definida por Hernández y Mendoza (2018) como “una herramienta de recolección de datos a través del interrogatorio a los sujetos cuyo propósito es obtener sistemáticamente medidas sobre los conceptos que se derivan de un problema de investigación previamente construido” (p. 98). En este caso de estudio, la encuesta fue la técnica que facilita la recolección de datos significativos que pueden ser utilizados para tomar las decisiones informadas hacia la búsqueda de soluciones efectivas al problema estudiado.

Así mismo, se utilizó la entrevista semiestructurada como una guía de temas o preguntas preestablecidas (el guion de entrevista o protocolo), pero tiene la flexibilidad para alterar el orden de las preguntas, formular preguntas adicionales o de seguimiento basadas en las respuestas del entrevistado, profundizar en ciertos temas que surgen espontáneamente y que frecuentemente se consideran importantes; así como, sustituir o eliminar planteamientos que no sean considerados pertinentes para un entrevistado en particular. El objetivo de la entrevista se dirigió en permitir al entrevistado expresar sus puntos de vista con cierta libertad

y profundidad, mientras se asegura que se cubran todos los temas de interés para la investigación (Hernández & Mendoza, 2018).

3.4.3. Instrumento

En el desarrollo del estudio como instrumento se utilizó el cuestionario, el cual consiste en “un conjunto de preguntas diseñadas para recopilar información sobre un tema o asunto en particular el cual es aplicado a los individuos que conforman la muestra sujeta de análisis” (Arias, 2020). Para este caso de estudio se seleccionó la *encuesta de Maslach Burnout Inventory (MBI)* para medir los niveles del síndrome de Burnout, así como del agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

En el caso de la entrevista semiestructurada con un cuestionario para indagar sobre la experiencia personal y manifestación del síndrome de Burnout que permitieron respaldar la información recolectada con la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI)

3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos

En esta sección se detallan los instrumentos de recolección de datos, asegurando la validez y fiabilidad de la información obtenida. Dada la naturaleza mixta del estudio, se explica tanto la escala estandarizada para la medición cuantitativa del Síndrome de Burnout como la creación del guion de la entrevista semiestructurada, específica diseñada para la concreción de la fase cualitativa. Este desarrollo instrumental se considera importante, ya que facilitó la operacionalización de las variables, garantizando que los datos resultaran pertinentes para sustentar la posterior propuesta de estrategias de gestión hospitalaria en el Centro de Salud Nunkui Nunka.

Tabla 3

Ficha técnica

Ficha técnica de la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI)	
Nombre	Maslach Burnout Inventory (MBI)
Autores/año de publicación	Christina Maslach y Susan E. Jackson (1986)
Objetivo General	Medir la presencia y el grado del síndrome de burnout, evaluando la frecuencia e intensidad de los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo.
Tipo de	- Escala autoadministrada.

instrumento	- Respuesta a los ítems mediante escala tipo Likert.
Dimensiones que Evalúa (Subescalas)	<p>1. Agotamiento Emocional (AE) Descripción: Mide la vivencia de estar emocionalmente sobrecargado y exhausto por las demandas del trabajo, sintiendo una disminución o pérdida de los recursos emocionales propios. Número de ítems: 9 ítems, (Preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 Puntuación máxima: 54). Puntuación: Puntuaciones altas indican un mayor agotamiento emocional.</p> <p>2. Despersonalización Descripción: este componente valora actitudes distantes, cínicas o excesivamente frías hacia las personas que reciben el servicio (pacientes). Este rasgo se manifiesta ante los pacientes que atiende con poca o nula sensibilidad o desconexión emocional. Número de ítems: esta dimensión consta de 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22), con una puntuación máxima de 30. Puntuación: los valores elevados en este componente reflejan altos niveles de despersonalización.</p> <p>3. Realización Personal (RP) Descripción: evalúa los niveles de realización que cada individuo y su capacidad para alcanzar logros personales dentro de su entorno profesional. Número de ítems: este componente se estructura de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Puntuación: en esta dimensión las puntuaciones bajas plantean una mayor presencia de burnout y los valores altos indican bienestar y satisfacción con los logros obtenidos.</p>
Número Total de Ítems	22 ítems para las versiones específicas de servicios humanos
Formato de Respuesta:	Escala tipo Likert de 6 puntos que evalúa la frecuencia con la que se experimenta cada afirmación (0 = (Nunca); 1 = (Algunas veces al año o menos); 2 = (Una vez al mes o menos); 3 = (Algunas veces al mes); 4 = (Una vez a la semana), 5 = (Algunas veces a la semana) y 6 = (Todos los días).
Interpretación	Altas puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización, y bajas puntuaciones en realización personal, son indicativas del síndrome de burnout. Se suelen utilizar puntos de corte (bajos, medios, altos) basados en baremos para clasificar los niveles de burnout en cada dimensión.
Fiabilidad y Validez	Alfa de Cronbach (α) para cada una de las tres dimensiones, resultando en un coeficiente de confiabilidad $\alpha = 0,90$ para el agotamiento emocional, $\alpha = 0,85$ para la despersonalización, $\alpha = 0,79$ para la realización personal.
Consideraciones éticas	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere consentimiento informado con firma y autorización previa de los participantes. - Se mantiene la confiabilidad de los datos, regido por principios de ética profesional. - Esta escala tiene como función identificar niveles de riesgo o la intensidad de los síntomas de agotamiento, no sustituye un diagnóstico clínico formal. - Es fundamental elegir la versión del MBI adaptada al contexto específico del grupo evaluado para garantizar que los resultados sean realmente científicos, válidos y útiles.

Nota: Ficha técnica de la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI). Fuente: Adaptado de Aranda et al. (2016).

Así mismo se implementó una entrevista semiestructurada que fue diseñada con 11 preguntas abiertas, relacionadas con las variables en estudio y se indago sobre la experiencia

personal y manifestación del síndrome de Burnout que permitieron respaldar la información recolectada con la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI). En este instrumento se aborda la experiencia personal y las manifestaciones de Burnout, factores contribuyentes y causas percibidas y estrategias de afrontamiento y necesidades de apoyo para lograr dar respuesta al problema en estudio y aportar con soluciones prácticas y estratégicas, que respondan y den solución al tema en investigación (Anexo 2).

Por otra parte, se tomó adicionalmente el análisis de registros administrativos, la revisión de historias clínicas y el cuestionario de satisfacción del paciente, como herramientas complementarias que arrojan información crucial para determinar la calidad de la atención y el bienestar del personal de salud, es fundamental para recopilar datos desde diversas fuentes para obtener una comprensión completa y profunda del tema en estudio.

3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección

La población o universo de acuerdo a la definición de Hernández y Mendoza (2018), es “el conjunto de todos los casos que se ajustan a ciertas especificaciones” (p. 145). En este estudio, la población estuvo representada por del personal de salud, con características que permitieron la inclusión de individuos de ambos sexos y de diferentes edades.

Para el desarrollo de la investigación se seleccionó se consideró como muestra una fracción de la población. Por su parte, Hernández y Mendoza (2018) la definen como “un subconjunto de elementos que integran al conjunto reconocido por ciertas características que la definen como población” (p. 175).

Para el caso en estudio, la muestra quedó integrada por el personal que labora en el Puesto de Salud Nunkui Nunka. Para el proceso de selección, se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que permitió abordar a los profesionales que mostraron disponibilidad y voluntad para colaborar con la investigación. De esta manera, se estableció un grupo de 30 profesionales de la salud quienes aceptaron que se les aplicaran las encuestas y 10 para las entrevistas, hacia la recolección de las opiniones y experiencias dentro de la institución sujeta de investigación.

Criterios de selección

Para definir quiénes formarían parte del estudio en el Puesto de Salud Nunkui Nunka, se establecieron una serie de pautas que aseguran la relevancia de la información recolectada. En este sentido, se consideraron los siguientes criterios:

- Personal con contrato vigente y que se encuentre desempeñando funciones activas dentro del establecimiento al momento de la recolección de datos.
- Profesionales del Puesto de Salud Nunkui Nunka por un periodo mínimo de seis meses continuos.
- Profesionales que manifiesten y firmen el consentimiento de forma voluntario para participar activamente en la investigación.

Criterios de exclusión

- Personal de la salud que se encuentre de vacaciones, licencias médicas o permisos especiales durante el periodo de aplicación del instrumento del estudio.
- Personal de la salud que se encuentre en periodo de prueba o recién contratados.
- Personal de la salud que libremente exprese no participar o que no firme el consentimiento informado.

3.3. Trabajo de campo

El trabajo de campo representa la fase de ejecución empírica de la investigación, donde la metodología y los instrumentos diseñados fueron aplicados directamente al personal del Puesto de Salud Nunkui Nunka. Por ello, en este apartado se procede a detallar el proceso logístico y temporal llevado a cabo entre enero y junio de 2024, describiendo rigurosamente la recolección de la información y los datos en el contexto de la provincia de Morona Santiago en Ecuador. De acuerdo con esto, el propósito fue garantizar la máxima representatividad y fiabilidad de la información recolectada, cubriendo la aplicación de la escala MBI a la muestra y la realización de las entrevistas cualitativas que sustentan el diagnóstico del Burnout que fundamenta el diseño de la propuesta como solución efectiva al problema abordado.

3.3.1. Aplicación de los instrumentos

Se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos, los cuales consistieron en la Encuesta de Maslach Burnout Inventory (MBI, 1982) a un grupo de 30 profesionales de la salud que laboran en el Puesto de Salud Nunkui Nunka. Esta encuesta está estructurada por

un total de 22 ítems, diseñados para evaluar distintas variables relacionadas con el síndrome de burnout. En particular, se enfocan en medir el agotamiento emocional (AE), que se refiere a la sensación de estar abrumado y fatigado por las exigencias del trabajo; la despersonalización (D), que implica una actitud distante y cínica hacia los pacientes; y la realización personal (RP), que evalúa la percepción de logro y satisfacción en el ámbito laboral. Este estudio tiene como objetivo profundizar en la comprensión del bienestar emocional y profesional de los trabajadores de la salud en este contexto específico.

Complementariamente, se realizaron las entrevistas semiestructuradas en un ambiente privado y confidencial, lo que permitió capturar las experiencias y percepciones cualitativas de este personal de salud. Para contextualizar estos hallazgos, se llevó a cabo una revisión sistemática de registros administrativos, extrayendo datos objetivos sobre carga de trabajo, absentismo y rotación del personal. Así mismo, se realizó una revisión de las historias clínicas para evaluar indirectamente el impacto del burnout en la calidad de la documentación y la atención. Finalmente, se aplicó un cuestionario de satisfacción del paciente, ofreciendo una perspectiva externa sobre la calidad del servicio y el trato recibido, lo que puede reflejar el estado del bienestar del personal.

3.3.2. Procesamiento de la información

La fase para el procesamiento de la información y los datos recolectados, se llevó a cabo, integrando metodologías complementarias para interpretar la información recopilada. Para esto, el procesamiento de la información se ejecutó en dos fases secuenciales y rigurosas, en consonancia con el diseño explicativo secuencial, asegurando que los datos cuantitativos validaran la presencia del síndrome de Burnout y los datos cualitativos permitieran explicar las causas específicas del contexto del Puesto de Salud Nunkui Nunka.

En primera instancia para procesar los datos cuantitativos obtenidos de la implementación de la Escala Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta información se ingresó y gestionó utilizando software estadístico especializado SPSS, realizando una codificación estricta de las respuestas de la escala MBI (entre de 0 a 6 para cada ítem) y se verificó la integridad de la base de datos (sistematizando la información). Posteriormente, se calcularon los estadísticos descriptivos para la muestra (género, edad, antigüedad), de donde el análisis clave consistió en calcular las puntuaciones promedio y desviaciones estándar para cada una de las tres dimensiones del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), permitiendo clasificar el nivel de Burnout (bajo, medio, alto) según los

rangos establecidos por Maslach et al., (1986). Estos resultados permitieron destacar, definir y puntualizar en las áreas que necesitaban mayor profundización cualitativa.

En cuanto al procesamiento de los datos cualitativos se basó en la información aportada por las fuentes principales, como en las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas dirigidas al personal en atención de salud, la revisión a profundidad de documentos administrativos y las notas tomadas durante la revisión de historias clínicas. Para abordar esta información, se optó por un análisis temático que permitió identificar patrones y categorías emergentes a partir del discurso y los registros.

Este proceso consistió en organizar, sistematizar y clasificar los temas recurrentes y las percepciones más significativas expresadas por los participantes. Este enfoque aportó profundidad a los hallazgos cuantitativos y permitió reconstruir con mayor claridad las experiencias vividas por el personal en el Puesto de Salud Nunkui Nunka. En cuanto a la gestión de la información, todas las entrevistas fueron transcritas de manera literal y para garantizar la privacidad de los involucrados, se aplicó un protocolo estricto de anonimización, no utilizando nombres o cualquier referencia directa que pudiera comprometer la identidad de los profesionales consultados.

Este proceso implicó la lectura inicial para obtener una visión general y se asignaron etiquetas y códigos a segmentos de texto que describieron los factores estresantes específicos o percepciones sobre la gestión (falta de insumos, sobrecarga administrativa, ausencia de reconocimiento). En este caso, los códigos se agruparon en categorías temáticas más amplias. Los temas cualitativos se triangularon con los hallazgos cuantitativos, si el análisis mostró un alto nivel de agotamiento emocional, el análisis explicó que esto se debe a la gestión ineficiente de turnos o la falta de reemplazos, proporcionando el sustento contextual necesario para el diseño de las estrategias de gestión hospitalaria.

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos

El análisis de los resultados de una investigación científica refiere al proceso de examinar y comprender los datos recopilados durante el estudio. Según Alzamendi (2019) el análisis consiste en organizar, interpretar y sacar conclusiones basadas en los datos obtenidos. Por otro lado, la presentación de resultados se trata de exponer dichos resultados de manera clara y concisa. Mientras que, el análisis de los datos constituyó un ejercicio exhaustivo de revisión donde el investigador desglosa la información recopilada para identificar patrones y tendencias subyacentes (Arias, 2020). Sobre lo cual, más allá de la simple observación, este

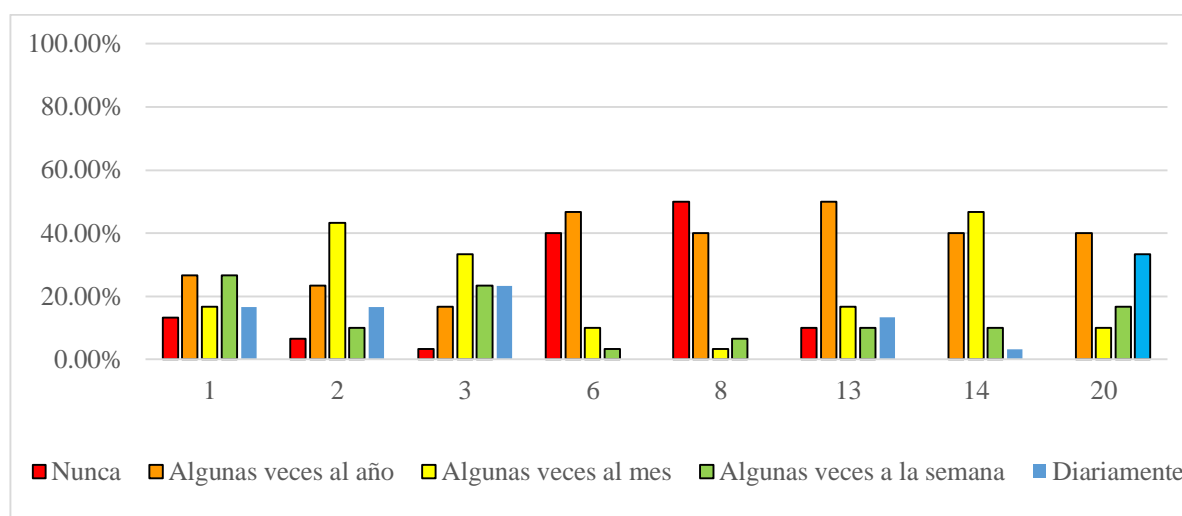
proceso busca extraer el significado profundo de los hallazgos para dar sentido a la realidad estudiada. Esta fase resulta determinante, ya que aporta las bases necesarias para formular conclusiones sólidas que respondan directamente a las preguntas de investigación. En última instancia, la calidad de este análisis permite validar el trabajo realizado y proyectar las implicaciones prácticas dentro del campo de estudio.

Es decir que, el análisis y la presentación de resultados son los pasos fundamentales en el proceso de investigación, que permiten transformar los datos en conocimiento útil y comunicarlo de manera adecuada. En este caso, los resultados se presentan en gráficas de manera organizada y estructurada, donde se muestra una entrada de datos que refleja una variable o categoría. Los valores correspondientes se ingresaron en las celdas, permitiendo una fácil comparación y análisis de los datos.

En el presente apartado se procede a exponer la tabulación de los datos obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de la información. Los cuales se presentan según las dimensiones involucradas y relacionadas con el objeto de estudio, y de la misma forma una comparación de las medias generadas de cada una de estas.

3.5. Redacción de resultados y discusión

Esta sección inicia con la presentación sistemática de la evidencia empírica recopilada, contrastándola con las bases de la planificación estratégica en la gestión hospitalaria y los modelos de agotamiento profesional. Posteriormente, la discusión se estableció sobre la base de los resultados, que justificaron el diseño de la propuesta de transformación enfocada en estrategias de gestión hospitalaria como herramienta administrativa con imperativo ético que contribuya a salvaguardar el bienestar del Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka y, consecuentemente, asegurar la calidad en la atención a los pacientes. Con este propósito se procede a presentar los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a la muestra en estudio.

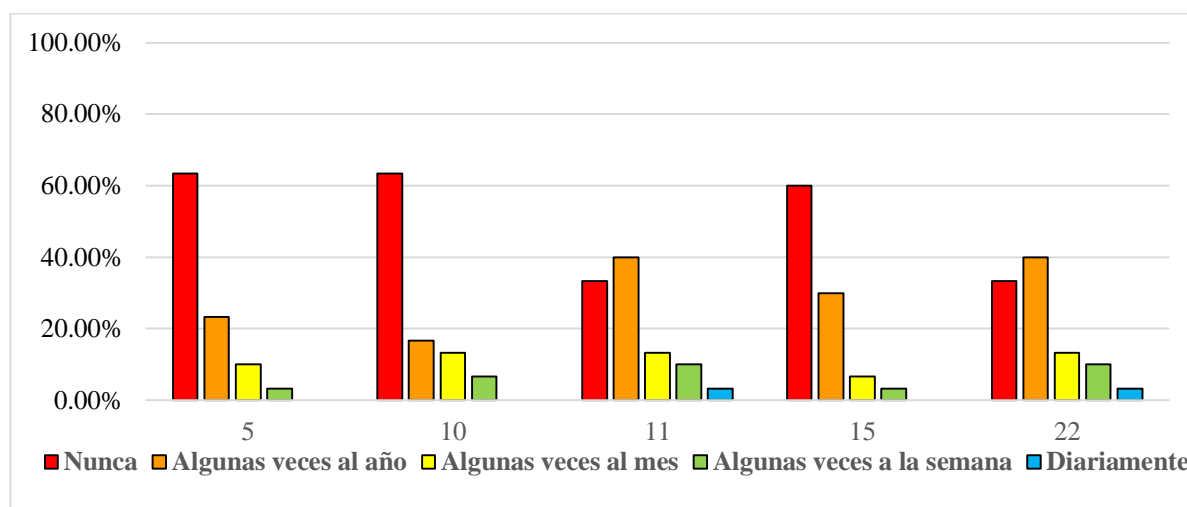
Gráfico 1. Variable Agotamiento Emocional (AE)

Fuente: Bryan Alexander Quimbita Bustos (2025).

En el gráfico número 1 se observa que la variable relacionada con el agotamiento emocional presenta la siguiente frecuencia: un 15.42% de los encuestados indica que nunca experimenta esta sensación; un 35.42% reporta que lo siente algunas veces al año; un 22.50% lo experimenta algunas veces al mes; un 13.33% menciona que ocurre algunas veces a la semana; y el 13.33% restante indica que sufre agotamiento emocional de manera diaria.

Estos patrones o tendencias revelan que un segmento representativo de la población enfrenta episodios críticos de agotamiento emocional. Este hallazgo resulta particularmente alarmante, dentro de la dinámica laboral contemporánea, donde el equilibrio psicológico, además de ser un imperativo ético, constituye un pilar indispensable para garantizar la productividad institucional y preservar la salud integral de los profesionales de la salud.

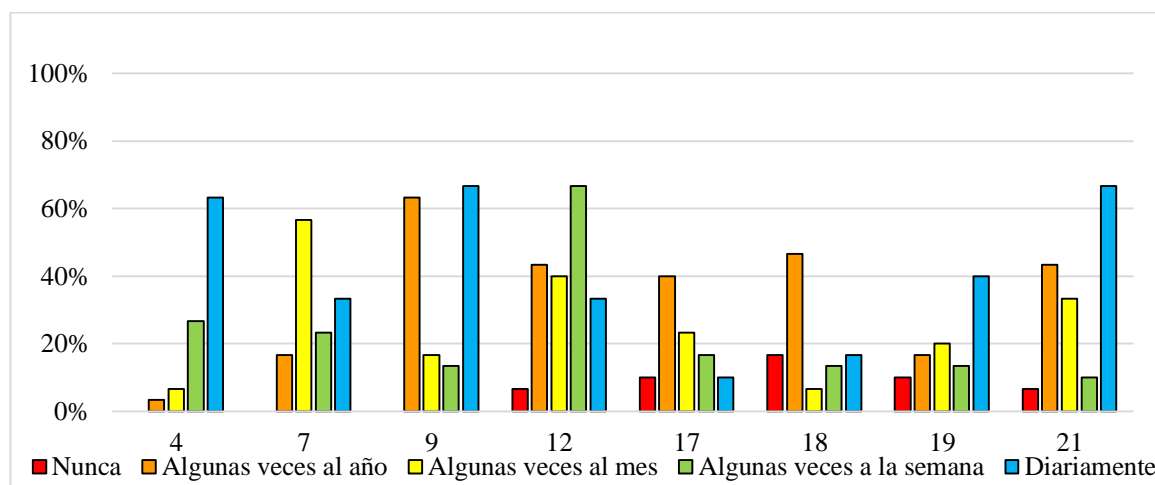
Un estudio reciente realizado por García et al. (2018) en el que se analizó el impacto del estrés laboral en el agotamiento emocional, concluye que una alta carga de trabajo y la falta de apoyo social son factores determinantes en la aparición de este fenómeno. Los autores destacan que la intervención temprana y el desarrollo de programas de bienestar pueden reducir significativamente los niveles de agotamiento emocional en los empleados.

Gráfico 2. Variable Despersonalización (D)

Fuente: Bryan Alexander Quimbita Bustos (2025).

En el gráfico número 2, se muestra la información obtenida para la variable de despersonalización, se evidencia una notable sensación de separación del propio cuerpo o de los procesos mentales. Esta experiencia se describe como si la persona se observara a sí misma desde una perspectiva externa, lo que puede resultar desorientador y angustiante. En este caso, un 50.66% de los encuestados reporta que nunca experimenta esta sensación, lo que sugiere que la mayoría de la población no se siente desconectada de su identidad o su realidad cotidiana. Sin embargo, el otro 49.34% muestra una distribución significativa en cuanto a la frecuencia con la que experimenta este fenómeno: un 30.00% indica que lo siente algunas veces al año; un 11.33% menciona que ocurre algunas veces al mes; un 6.67% señala que sucede algunas veces a la semana; y un 1.33% reporta experimentar despersonalización de manera diaria.

Esta información adquiere una relevancia crítica en el panorama actual, caracterizado por una agudización del estrés sistémico y la ansiedad crónica. Este incremento responde no solo a las crecientes demandas de competitividad laboral, sino también a las transformaciones estructurales en la vida cotidiana derivadas de crisis globales como la pandemia. En este escenario, la despersonalización emerge como una respuesta adaptativa o mecanismo de defensa ante estímulos abrumadores; sin embargo, existe el riesgo latente de que se consolide como un rasgo persistente. Cuando esta desconexión es crónica, deja de ser un factor protector para transformarse en un síntoma patológico que socava profundamente el bienestar emocional y la capacidad de vinculación del individuo con el entorno inmediato. A este respecto, investigaciones recientes, como las realizadas por Manzano (2020) han destacado que la despersonalización está asociada a trastornos de ansiedad y depresión.

Gráfico 3. Variable realización personal (RP)

Fuente: Bryan Alexander Quimbita Bustos (2025)

En el gráfico número 3, se presentan los datos obtenidos para la variable de realización personal, en lo que se observa una distribución interesante en las respuestas de los encuestados. Solo un 6% de la población indica que nunca experimenta un sentido de realización personal, lo que sugiere que la mayoría de las personas tienen algún grado de conexión con sus logros y metas. En cuanto a las frecuencias reportadas, un 34.17% menciona que siente realización algunas veces al año; un 25.42% expresa que lo experimenta algunas veces al mes; un 22.92% señala que lo siente algunas veces a la semana; y un notable 41.25% indica que experimenta realización personal de manera diaria.

Los resultados expuestos, muestran una tendencia positiva hacia el sentido de logro y satisfacción en la vida cotidiana. La realización personal constituye uno de los componentes clave del bienestar psicológico, vinculado a la autoestima y la motivación intrínseca. Cuando las personas sienten que están alcanzando sus metas y desarrollando su potencial, es más probable que experimenten una mayor satisfacción con su vida. Un estudio reciente llevado a cabo por Rodríguez y Pérez (2023) señala que la realización personal está íntimamente relacionada con la percepción de autonomía en el trabajo y en la vida personal. Los autores destacan que aquellos individuos que establecen objetivos claros y alcanzables tienden a reportar mayores niveles de satisfacción en comparación con aquellos que carecen de tales metas. Además, enfatizan la importancia del apoyo social y el entorno en el fomento de esta sensación.

Análisis de los resultados de las Entrevista Semiestructurada: Experiencias y Percepciones sobre el Burnout

El análisis e interpretación de las respuestas del personal de salud (Doctores y Enfermeras) del Puesto de Salud Nunkui Nunka revelan un panorama multifacético sobre el síndrome de burnout, sus factores contribuyentes, las estrategias de afrontamiento y las necesidades de apoyo percibidas por cada uno de ellos. Se codifica con la inicial del cargo y un número según las respuestas aportadas (DX-EX)

1. Análisis de la experiencia personal y manifestación del burnout

Las respuestas reflejan claramente las tres dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI): Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal.

- **Agotamiento emocional (EE):** predomina una sensación extrema de fatiga y persistente, que no mejora con descanso (D/E1, D1, D2, E4, D4, E5, D/5). Se describe como una ausencia o falta de motivación y energía que se relaciona con problemas de salud física y mental, como insomnio, dolores de cabeza, ansiedad y dificultades de concentración. Solo unos pocos entrevistados (E2, D3, E5, D5) reportan niveles de energía adecuados y una buena capacidad de recuperación, lo que indica que el agotamiento es una preocupación extendida.
- **Despersonalización (DP):** Hay una clara tendencia hacia el distanciamiento y el cinismo en la interacción con pacientes y colegas. Profesionales con más experiencia (D1, D2, E4, D4, D5) son quienes expresan sentirse fríos en el trato, cínicos, insensibles, vacíos, que los lleva a no involucrarse. Esto sugiere un mecanismo de defensa ante el desborde emocional, donde la conexión humana que resulta esencial cuando se atienden pacientes, se ve comprometida. Aquellos con menos experiencia (E2) o los que manejan mejor el estrés (3) no reportan estos cambios.
- **Baja Realización Personal (PA):** Varios profesionales expresan una pérdida del sentido de logro y propósito (E1, D1, D2, E4, D5). Se sienten "ineficaces", "luchando contra el sistema", o que su "trabajo ha perdido significado". Para algunos (D5), el trabajo se ha convertido en una mera "obligación". Esto es crítico, ya que la realización personal es un factor protector. Quienes aún la sienten (E2, D3, E5) resultan con menor agotamiento, según la información recolectada.

De acuerdo con esta información recolectada, se evidencia que la mayoría de las respuestas indican un nivel significativo de burnout y una incapacidad directa para desconectar del trabajo, manifestada en problemas de sueño, fatiga crónica y ansiedad, son

totalmente consistentes con el marco teórico del síndrome. Maslach y Leiter (2000) en el que identificaron que la dimensión de agotamiento emocional impide la recuperación psicológica al finalizar la jornada laboral; al no poder desactivarse de las exigencias, el personal del Puesto de Salud Nunkui Nunka experimenta una invasión de la vida personal, un deterioro de la calidad de vida que se traduce en síntomas físicos y emocionales. Este ciclo es reforzado por el modelo de demandas y recursos laborales (JD-R), donde las altas demandas del contexto, junto a la escasez de recursos internos, agotan crónicamente al trabajador.

De tal manera que, la presencia de dificultades cognitivas y ansiedad, como resultado del Burnout, tiene implicaciones críticas para la calidad del servicio. Tal como lo explica Cárdenas et al. (2018), el agotamiento prolongado deriva en fatiga cognitiva, disminuyendo la capacidad de razonamiento, memoria y toma de decisiones, lo cual es altamente peligroso en un entorno sanitario donde la precisión es vital para la seguridad del paciente.

Adicionalmente, la Acero (2020), establece que la pérdida continua de recursos (energía, sueño, bienestar) obliga al personal a invertir un esfuerzo desproporcionado para proteger los recursos restantes, lo que genera ansiedad y nutre el ciclo del estrés crónico. Estas evidencias justifican plenamente el diseño de estrategias de gestión hospitalaria, pues demuestra que la solución debe provenir de intervenciones organizacionales, a través de la planificación estratégica, en función a que contribuya a restituir los recursos y sobrellevar la carga administrativa.

2. Análisis de los factores contribuyentes y causas percibidas

Los profesionales identifican claramente factores organizacionales y sistémicos como las principales causas de su agotamiento.

- **Excesiva carga de trabajo:** es el factor que más se menciona y percibe como "abrumador" por la gran mayoría de los entrevistados (E1, D1, D2, E3, E4, D4, D5). Este factor incluye no solo la atención directa a pacientes, sino también la burocracia administrativa (D2, D5, E5) y la falta de tiempo y recursos (personal de apoyo, insumos) para cumplir adecuadamente con las funciones asignadas y las responsabilidades correspondientes. La persistencia de procesos manuales y la carencia de un sistema de alerta para insumos críticos agravan esta percepción, limitando la capacidad de respuesta del personal y comprometiendo la calidad de la atención.

- **Falta de Apoyo Organizacional y Liderazgo:** existe una percepción generalizada de falta de apoyo real por parte de superiores o la directiva (E1, D1, D2, E3, E4, D4, E5, D5). Las respuestas muestran que, los canales para expresar preocupaciones son vistos como ineficaces o "un chiste", sugiriendo que no se sienten escuchados o que sus problemas no se resuelven. El apoyo entre compañeros es valorado, pero no resulta suficiente para lo que consideran que deben tener y el apoyo con el que deben contar.
- **Desequilibrio trabajo-vida:** es un problema crítico para la mayoría, donde el trabajo limita o secuestra el tiempo libre y la realización de actividades personales (E1, D1, D2, E3, E4, D4, D5). Esto genera una reducción drástica de las actividades de ocio, que impacta negativamente las relaciones familiares, laborales y sociales, perpetuando un ciclo de agotamiento que trasciende el entorno de atención de salud.
- **Otros factores mencionados:**
 - **Falta de reconocimiento:** sentimiento generalizado que el esfuerzo realizado no es valorado por la institución (E1, D2, D4).
 - **Frustración con el sistema de salud:** Los problemas estructurales, la falta de insumos y la burocracia excesiva impiden brindar una atención de calidad (D1, D2, E4, D4), lo que se traduce en una importante frustración profesional.
 - **Falta de autonomía:** se aprecia cuando se imponen normas sin consulta previa (D1, E5).
 - **Falta de respeto/valoración social de la profesión:** baja valoración social de la profesión (D2), afectando la identidad y el compromiso del trabajador (D2).
 - **Sobrecarga emocional:** casos clínicos complicados, difíciles, complejos y situaciones humanas críticas, donde no se cuenta con espacios institucionales adecuados para procesar el impacto emocional que deriva de la propia labor (E3).

La percepción generalizada de la carga de trabajo excesiva se considera uno de los factores más significativo y se alinea con la dimensión de agotamiento emocional de Maslach y Leiter (2000). Esta carga no solo deriva de la atención directa al paciente, sino, crucialmente, de la burocracia administrativa (D2, D5, E5) y la falta de insumos y personal de apoyo. A este respecto, Demerouti et al. (2001), a través del modelo JD-R, explican que esta combinación de altas demandas laborales (burocracia) y bajos recursos (falta de personal/insumos) es una de las fórmulas que contribuye al desarrollo de los síntomas de agotamiento. Por lo que, la frustración con el sistema de salud (D1, D2, E4), donde las fallas

estructurales impiden una atención de calidad, intensifica este tipo de agotamiento, transformando la sobrecarga en una fuente constante de desmoralización.

En este sentido, la percepción de la falta de apoyo organizacional y liderazgo es una crítica directa a la gestión y se vincula con las dimensiones de despersonalización y baja realización personal del síndrome de Burnout. Pues la sensación que los canales para expresar preocupaciones son ineficaces implica una desconexión entre la directiva y el personal asistencial. A este respecto, Rodríguez y Sánchez, (2021) sugieren que el apoyo de los supervisores y la retroalimentación constructiva y positiva, son recursos laborales esenciales que contrarrestan las demandas. Por lo que, su ausencia (como se evidencia en las respuestas E1, D1) socava la eficacia percibida del trabajador, reforzando la despersonalización y el cinismo hacia la organización. Así mismo, la falta de reconocimiento (E1, D2, D4) agrava esta dimensión, haciendo que el esfuerzo profesional se considere realmente inútil.

En esta misma dirección, el desequilibrio trabajo-vida, donde el trabajo invade de alguna manera el tiempo personal, es una consecuencia directa del agotamiento emocional y la sobrecarga no gestionada. A este respecto, Bennazar et al. (2022) establecen que el personal se esfuerza constantemente en proteger sus recursos personales (tiempo libre, familia, energía). No obstante, cuando las demandas del entorno (posible aislamiento y alta demanda) agotan estos recursos sin posibilidad de recuperarlos, se genera la fatiga crónica y la sobrecarga emocional (E3). Este desequilibrio no solo deteriora las relaciones familiares y sociales, sino que también limitan la recuperación de la energía necesaria para alcanzar un desempeño óptimo, consolidando el ciclo que favorece el desarrollo y la presencia del síndrome del Burnout.

3. Análisis de las estrategias de afrontamiento y necesidades de apoyo

Las respuestas muestran una gama de estrategias individuales y una clara demanda de apoyo organizacional.

- **Estrategias de afrontamiento individuales:** Varían desde activas y efectivas (deporte, hobbies, tiempo con familia para E2, D3, E5) hasta la ausencia de estrategias efectivas o la rendición (ver televisión, no hacer nada, solo sobrevivir para E1, D2, E4, D5). Puesto que se considera que, quienes presentan altos niveles de burnout tienen dificultad para desconectar y realizar actividades de autocuidado, perpetuando el ciclo de agotamiento.
- **Apoyo organizacional existente y necesidades:** la mayoría percibe escaso o nulo apoyo específico para el burnout por parte de la organización (E1, D1, D2, E3, E4, D4, D5).

Mencionan charlas genéricas o talleres básicos que no abordan la raíz del problema y por ende no aportan soluciones efectivas a la situación.

- **Recomendaciones de mejora:** estas son consistentes y apuntan a soluciones estructurales y de gestión, destacando entre esta lo señalado por los entrevistados como la reducción de la burocracia y la carga administrativa (E1, D2, E5); elevar el ingreso de personal contratado y recursos humanos (D1, D2, E3, 4, D4); aporte de apoyo psicológico sostenido (E1, D1, E4, D4, E5); diseñar la planificación estratégica participativa, en la que se incluya la voz del personal y que sea permanente y realista (E1, D1, D2, D4, E5); mantener una cultura de valoración del bienestar, en la que se priorice la salud del profesional sobre la productividad a toda costa (D1, D2, E 4, D4, E5); reducir los ratios paciente/profesional (E1, E3, E4); reconocimiento al logro y salarios justos (E1, D2, D4, D5) y generar espacios de descompresión/supervisión clínica (E3, D3).

El análisis de las estrategias de afrontamiento y las demandas del personal del Centro de Salud Nunkui Nunka subraya una desconexión crítica entre las soluciones individuales y las necesidades organizacionales, lo cual justifica plenamente la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria. Puesto que, las respuestas que van desde el afrontamiento activo (deporte, pasatiempos, tiempo libre) hasta la rendición, ilustran la variabilidad del impacto del síndrome de Burnout en la capacidad de autocuidado. Ante esto, Rodríguez (2020) explica que el personal con altos niveles de agotamiento ha perdido la energía y los recursos personales (motivación) necesarios para iniciar o sostener estrategias activas. En ello la dificultad para desconectar (E1, D2, E4) perpetúa el ciclo de agotamiento, ya que, según Andrade (2025) la recuperación psicológica es un requisito fundamental para reponer los recursos y evitar que el estrés se cronifique. De manera que, la rendición observada es, por lo tanto, una consecuencia directa del agotamiento crónico, no una falta de voluntad.

En este sentido, la percepción de un escaso o nulo apoyo específico por parte de la organización y el rechazo (E1, D2, D5) contrastan con el fuerte valor que el personal otorga al apoyo entre compañeros. Este hallazgo resalta la diferencia entre el apoyo social informal y el apoyo organizacional formal. Ante lo cual, (Navinés et al., 2018) postulan que este tipo de apoyo es un recurso laboral esencial. Por lo que, cuando este apoyo es percibido como inadecuado o inexistente, refuerza la dimensión de despersonalización y la sensación que la organización no valora las contribuciones que realiza el personal, lo que hace que se rechacen las soluciones paliativas e insiste en soluciones de gestión estructural.

En este contexto, las recomendaciones de mejora resultan consistentes y sistémicas, proporcionando la justificación empírica para el diseño de la propuesta. Pues la demanda de

reducción de la burocracia, aumento de personal/recursos humanos, y reducción de ratios paciente/profesional se dirige a la modificación directa de las demandas laborales que causan el agotamiento. Más importante aún, la solicitud de planificación estratégica participativa y una cultura de valoración del bienestar (D1, D4, E5) se alinean con las recomendaciones de la OMS (2022) para la gestión de riesgos psicosociales. Estas entidades insisten en que la solución ante el síndrome de Burnout debe provenir de un compromiso directivo que priorice la salud del profesional sobre la productividad a cualquier costo, lo que se logra únicamente a través de una gestión estratégica del talento humano y los procesos operativos que puedan implementar en el entorno de trabajo.

Aporte de datos de registros administrativos

El análisis de los registros administrativos del Puesto de Salud Nunkui Nunka durante el período de enero a junio 2024, arrojó los siguientes datos cuantitativos relevantes para comprender el contexto operativo del personal de salud:

1. Carga de Trabajo del Personal (Pacientes Atendidos)

- **Promedio mensual de pacientes atendidos por médico:**
 - **Enero 2024:** 450 pacientes
 - **Febrero 2024:** 520 pacientes
 - **Marzo 2024:** 600 pacientes (Pico estacional por enfermedades respiratorias)
 - **Abril 2024:** 580 pacientes
 - **Mayo 2024:** 550 pacientes
 - **Tendencia:** Se observa un aumento constante del 22% en el promedio de pacientes atendidos por médico en el último año.
- **Promedio diario de pacientes por enfermera (atención directa):**
 - **Enero 2024:** 30 pacientes
 - **Febrero:** 45 pacientes
 - **Marzo:** 80 pacientes
 - **Abril:** 75 pacientes
 - **Mayo:** 80 pacientes
 - **Junio 2025:** 38 pacientes
 - **Tendencia:** Un incremento del 26% en la carga de atención directa por enfermera.

- **Horas extra promedio por profesional (últimos 6 meses): estas serían para los médicos (25 horas/mes) y para las enfermeras (35 horas/mes).** Según esta información se considera que las altas cantidades de horas extra acumuladas, sugieren que el personal está extendiendo sus jornadas significativamente para cubrir la demanda, lo que concuerda con la percepción de "carga de trabajo excesiva" mencionada en las entrevistas.

El análisis de los registros administrativos establece que el síndrome de Burnout se ha traducido en una crisis de recursos humanos objetiva, justificación clave para proponer la planificación estratégica. Esto se sustenta en la tasa de absentismo del 8.5%, que resulta significativamente superior al promedio regional, con un alarmante aumento de las bajas por malestar general o estrés, que representan el 25% de las ausencias cortas. Este absentismo es una manifestación conductual del agotamiento emocional, que según Maslach y Leiter (2000), donde el personal busca distanciarse del entorno estresante para evitar el colapso. En este caso, la mayor incidencia en el personal de enfermería (9.8%) corrobora la fuerte correlación entre el porcentaje más alto de carga laboral (evidenciada en horas extra) y el costo biológico del estrés, lo que demuestra la ineficiencia de la gestión actual en el Centro de Salud Nunkui Nunka.

Por su parte, la tasa de rotación del 18% (con un pico del 22% en enfermería) es la consecuencia más grave de la insatisfacción y la baja realización personal del equipo. Ante esto, una tasa tan elevada indica un fallo sistémico de la organización para retener a su personal, lo que incrementa los costos operativos y descapitaliza al centro de su conocimiento institucional, como sugieren modelos de rotación, esta alta fuga de talento demuestra que el contrato psicológico con el empleado está roto, requiriendo una intervención gerencial que restituya los recursos laborales. Los costos de esta rotación y el absentismo, según la OIT (2022), superan con creces el costo de las medidas preventivas, ofreciendo la justificación económica final para la implementación inmediata de la Planificación Estratégica.

2. Salud Organizacional y del Personal (Absentismo y Rotación)

- **Tasa de Absentismo por Enfermedad (últimos 12 meses):**
 - **Promedio general del puesto:** 8.5% (frente a un promedio regional de 5-6% para el sector salud).
 - **Desglose por categoría:** para los médicos (7.2%) y las enfermeras (9.8%). Para esta categoría la tasa aumento en un 1.5% respecto al año

anterior, destacando un notable incremento en los permisos por "malestar general" o "estrés", que pasaron de representar el 15% al 25% de las bajas de corta duración.

Interpretación: según estas cifras las tasas de absentismo, resultaron superior al promedio regional y el aumento específico de bajas por motivos relacionados con el estrés. Estos aspectos son indicadores de un agotamiento progresivo en el personal, corroborando las quejas sobre fatiga crónica.

- **Tasa de Rotación de Personal (últimos 12 meses):**
 - **General:** 18% (4 médicos y 6 enfermeras renunciaron o solicitaron traslado en el último año de una plantilla de 50 profesionales). La rotación en el equipo de enfermería (22%, resultando más alta que los médicos).

Interpretación: Una tasa de rotación del 18% se considera alta, para un puesto de salud, lo que sugiere un ambiente laboral que no retiene al personal. La mayor rotación en enfermería podría estar vinculada a la mayor carga laboral percibida y las horas extra que deben cumplir por la falta de personal y carencia de recursos humanos.

El análisis de los registros administrativos establece que el burnout se ha traducido en una crisis de recursos humanos objetiva, lo que justifica la urgencia de implementar estrategias de gestión hospitalaria basadas en la planificación estratégica. La tasa de absentismo del 8.5% es notablemente superior al promedio regional, con un alarmante aumento en los permisos por malestar general o estrés, que representan el 25% de las bajas en el contexto en estudio. Este absentismo es una manifestación conductual del agotamiento emocional, donde el personal busca el distanciamiento del entorno estresante como mecanismo de defensa. Esta información es consistente con los hallazgos aportados por Collado et al. (2021) pues la mayor incidencia en enfermería (9.8%) corrobora la fuerte relación entre la carga laboral superior (evidenciada previamente en horas extra) y el costo físico y emocional del estrés.

De tal manera que, la tasa de rotación del 18% (con un pico del 22% en enfermería) es alarmantemente alta y representa el fracaso sistémico en la retención del talento, manifestando la baja realización personal en el Centro de Salud Nunkui Nunka. A este respecto autores como Bennazar et al. (2022) señalan que la alta rotación es el resultado final de la insatisfacción laboral. Mientras que, Sáenz y Gabani (2020) la vinculan a la ruptura del contrato psicológico con la organización. Por lo que, una rotación de casi una quinta parte de la plantilla es ineficiente y costosa, lo que demuestra que las estrategias de gestión actuales, no resultan suficientes para aportar los recursos laborales necesarios para que el personal se

sienta valorado. Estos datos de ausentismo y rotación, que comprometen la continuidad del servicio, ofrecen la justificación final para que la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria se enfoque al restablecimiento del bienestar y la estabilidad del equipo.

3. Incidencias y Calidad Operativa

- **Quejas formales de pacientes sobre el trato/espera (últimos 6 meses):**
 - **Número total:** 45 quejas. De estas el tipo predominante estuvieron relacionadas con demora excesiva en la atención (40%) y trato percibido como apresurado o impersonal (30%). De lo que se observó un incremento del 15% en el número de quejas respecto al semestre anterior.

Interpretación: El aumento en quejas sobre el trato y las demoras sugiere que el agotamiento y la despersonalización del personal podrían estar impactando directamente la experiencia del paciente, tal como se ha manifestado en las entrevistas cualitativas. De manera que esta información, permiten establecer un vínculo directo y objetivo entre el agotamiento del personal y la disminución de la calidad operativa. En el caso del incremento en las quejas sobre el trato y la impersonalidad (30%) corrobora la dimensión de despersonalización del burnout, identificada por Velásquez (2021) explican que esta patología, es una estrategia defensiva contra el agotamiento, llevando al profesional a tratar a los pacientes de forma cínica y distante, lo cual afecta directamente la experiencia del usuario y la misión humanística de la salud.

Así mismo, las quejas sobre la demora excesiva (40%) están intrínsecamente ligadas a la sobrecarga objetiva (altos ratios pacientes/profesional y exceso de burocracia), lo que a través de la puesta en práctica de la propuesta se debe lograr corregir. Ante esto, Albites (2019) insiste en que la salud mental en el trabajo es indisoluble de la seguridad y calidad asistencial. Por lo tanto, el aumento en las quejas es la consecuencia funcional del agotamiento y proporciona la justificación final e innegable para que la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria se centre en la reestructuración de la carga y el aumento de personal, elementos que inciden directamente en la eficacia operativa y la empatía del servicio.

4. Disponibilidad de Recursos

- **Frecuencia de reportes de escasez crítica de insumos básicos (últimos 3 meses):**
 - Guantes estériles: 3 veces
 - Solución salina: 2 veces

- Kit de sutura: 1 vez

Interpretación: aunque la escasez no es constante, la frecuencia de reportes de falta de insumos críticos contribuye a la percepción de "falta de recursos" y genera estrés adicional al personal, quienes deben improvisar o retrasar procedimientos. Por lo que, el reporte de escasez crítica y recurrente de insumos básicos (guantes, solución salina, *kits* de sutura) en el contexto en estudio, aunque no es constante, contribuye significativamente al desarrollo del síndrome de Burnout al validar la percepción de falta de recursos, expresada por el personal, impacta de forma directa en la dimensión de baja realización personal y en el agotamiento emocional.

Sobre esta información Bottiani et al. (2019) confirman que, la falta de recursos adecuados es un obstáculo que incide de forma significativa en el desempeño efectivo, lo que lleva al profesional a cuestionar sus competencias y la calidad de la atención que puede brindar. Adicional a esto, el hecho que en ciertas situaciones deban improvisar o retrasar procedimientos a causa de la escasez de recursos y materiales genera frustración y sentimientos de ineficacia profesional.

Esta situación se considera similar a la encontrada y reportada por Nwoko et al. (2024) en la cual expone que, en los contextos de salud, la disponibilidad de insumos esenciales actúa como un recurso laboral que facilita el logro de metas. Donde la ausencia recurrente se percibe como una demanda adicional (estrés por improvisación) y una barrera para el cumplimiento de las tareas. Por lo tanto, la escasez eleva el esfuerzo cognitivo y físico del personal y al mismo tiempo reduce la capacidad del profesional para sentirse efectivo. Ante esto, las estrategias de gestión hospitalaria, que se propone deben abordar urgentemente la gestión logística y el *stock* crítico, ya que la falta de recursos opera como un estresor que disminuye progresivamente la moral del equipo y compromete la seguridad del paciente.

De modo que, según esta información obtenida de los registros administrativos corroboran las percepciones cualitativas del personal del Puesto de Salud Nunkui Nunka. Donde claramente existe una tendencia al aumento de la carga de trabajo que se traduce en más horas extra y un incremento alarmante en el absentismo y la rotación del personal. Por lo que, esta presión sistémica no solo afecta el bienestar del equipo, sino que también empieza a tener un impacto negativo en la calidad de la atención al paciente, evidenciado por el aumento de quejas relacionadas con el trato y las demoras. De tal manera que, estos datos proporcionan una base sólida y objetiva para justificar la necesidad urgente de implementar estrategias de gestión que aborden las causas estructurales del burnout en el puesto de salud.

Revisión de historias clínicas en relación con el burnout

Para llevar a cabo esta revisión se seleccionaron una muestra aleatoria de 50 historias clínicas completadas por el personal médico y de enfermería del Puesto de Salud Nunkui Nunka durante los últimos 6 meses. La revisión fue realizada por [Nombre/equipo de revisores] y se centró en indicadores que, aunque no miden el burnout directamente, son sensibles a cambios en el estado de ánimo, la concentración y la dedicación del profesional. Se mantuvo la confidencialidad de los pacientes y los profesionales y se consideraron los siguientes indicadores y hallazgos observados durante la revisión.

1. Exhaustividad y detalle de la documentación:

El análisis del registro clínico revela indicadores claros de una degradación en la calidad documental, distribuida de la siguiente manera:

- **Calidad del registro en las historias clínicas:** en un 35% de los registros analizados (18 de 50) mostraron una simplificación atípica en las notas de evolución y de enfermería. Se detectaron omisiones críticas en el interrogatorio y descripciones procedimentales incompletas. Es notable la sustitución de hallazgos clínicos específicos por fórmulas genéricas; se ha pasado de detallar la exploración por sistemas a utilizar frases cortas como *exploración normal*, lo que invalida la utilidad del registro para el seguimiento longitudinal.
- **Registros de enfermería y educación:** se identificó una caída del 25% en las anotaciones relativas a la educación del paciente (cuidados en casa y detección de signos de alarma). Este es uno de los primeros eslabones que se debilita cuando la carga asistencial desborda la capacidad operativa del personal.

Interpretación: la pérdida de detalle no se interpreta como una negligencia aislada, sino como un síntoma directo de agotamiento emocional y presión asistencial extrema. La fatiga crónica reduce la capacidad de concentración y altera la percepción de prioridades. En un escenario en el que se está sobreviviendo laboralmente, el profesional tiende a sacrificar lo que percibe como una carga burocrática, la documentación exhaustiva, para centrar sus escasas energías en la atención inmediata. Por tanto, la minimización de estos registros es un mecanismo de defensa ante la falta de tiempo, aunque esto comprometa la seguridad del paciente y la continuidad de los cuidados.

El hallazgo de una reducción significativa en la exhaustividad y detalle de la documentación clínica (35% de historias con notas abreviadas y omisiones) es una

manifestación conductual crítica del agotamiento emocional y la despersonalización en la muestra analizada en el contexto en estudio. Por lo que, la tendencia a reemplazar descripciones detalladas, por frases genéricas sugiere una presión de tiempo severa combinada con una disminución de la concentración.

A este respecto, Demerouti y Bakker (2020) explican que la despersonalización lleva a los profesionales a minimizar las tareas percibidas como secundarias o adicionales, como el registro detallado, para conservar recursos energéticos. En cuanto a la documentación pasa a ser una carga burocrática en lugar de una herramienta de seguridad, lo cual compromete la continuidad asistencial y la calidad de atención.

Por su parte, la reducción observada en el registro de la educación al paciente sobre cuidados domiciliarios (25% menos) agrava la dimensión de la despersonalización e impacta directamente la calidad de atención. Este comportamiento se relaciona con la falta de inversión emocional y el cinismo, donde el profesional reduce el contacto no esencial con el paciente. Según Valdevila et al. (2024) la fatiga cognitiva inherente al síndrome de Burnout disminuye la capacidad de concentración y la motivación para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como la educación estructurada y el registro meticuloso. Por lo que, esta omisión no es solo una falla administrativa, sino un indicador objetivo del deterioro en la atención al paciente, justificando que las estrategias de gestión deben enfocarse en reducir la carga de documentación percibida y revalorizar el tiempo dedicado al registro de calidad.

2. Claridad y coherencia en el registro: en este aspecto se obtuvo que el 15% de las historias (8 de 50), mostraron incoherencias menores entre diferentes secciones (diagnóstico inicial versus plan de tratamiento, o medicación prescrita versus la dosis registrada por enfermería sin justificación aparente). En el 10% de las notas (5 de 50), la caligrafía o la estructura de la frase eran notablemente menos legibles o más desorganizadas de lo esperado para un profesional experimentado. De acuerdo con esta información, se tiene que las incoherencias y la menor claridad pueden ser un reflejo de fatiga mental, distracciones o una reducción en la atención al detalle que se asocian con el agotamiento emocional y la despersonalización. Un profesional quemado puede tener dificultades para mantener la coherencia y la precisión requeridas en la documentación.

En esto, la presencia de incoherencias menores entre diferentes secciones de las historias clínicas (15%) y una notable reducción en la legibilidad y organización de las notas (10%) son manifestaciones directas de la fatiga mental y la disminución de la concentración

asociada al Burnout. De acuerdo con esta información, Albites (2019). vincula el agotamiento crónico con la fatiga cognitiva, que deteriora las funciones ejecutivas del profesional. De acuerdo con lo cual, esta fatiga se traduce en fallos en la atención al detalle y en la coherencia de la información, como se observa en las discrepancias entre el diagnóstico inicial y el plan de tratamiento. Por lo que, tales errores en la documentación constituyen un indicador que el personal de salud está operando bajo una carga mental tan severa que compromete la precisión requerida en tareas críticas.

Puesto que, estas fallas en la documentación tienen implicaciones directas en la seguridad del paciente y en la responsabilidad profesional. A este respecto, Bennisar et al. (2022) confirman que, la falta de legibilidad y la desorganización reflejan una reducción en la motivación y el cuidado invertido en el registro, un comportamiento que se conecta con la despersonalización defendida. De modo que, cuando el profesional está quemado, invierte menos esfuerzo en las tareas que percibe como burocráticas y consume-tiempo, priorizando el alivio inmediato sobre la meticulosidad. Por lo tanto, estos datos justifican que las estrategias de gestión hospitalaria deben enfocarse en reducir la presión de tiempo y la carga administrativa que está generando esta fatiga cognitiva, para asegurar la integridad de los registros clínicos y, consecuentemente, contribuir en la mejora de la calidad de la atención en el contexto de estudio.

- **Tiempo de registro y actualización de la historia:** sobre este aspecto, se tiene que el 20% de las notas (10 de 50), registraron con un retraso significativo (más de 2 horas después de la atención directa al paciente o al final del turno, en lugar de ser concurrentes). De esta información se identificó un patrón donde las historias de pacientes atendidos en las últimas horas de un turno largo o en guardias nocturnas tenían una menor calidad en el registro en comparación con las de las primeras horas.

Según la anterior información, se estima que los retrasos en el registro y la disminución de la calidad hacia el final de los turnos conforman un claro indicador de la presión de tiempo y el agotamiento físico y mental. El personal pospone la documentación hasta que es ineludible, reflejando su deseo de finalizar la jornada o su incapacidad para concentrarse antes. Por lo que, el patrón identificado de retrasos significativos en el registro de las historias clínicas (20% de las notas con más de dos horas de demora) y la disminución de la calidad de la documentación al final de los turnos largos o nocturnos, son indicadores objetivos y temporales del agotamiento emocional y la presión de tiempo. Este comportamiento es una clara manifestación que el personal está posponiendo tareas administrativas que perciben

como una carga, priorizando la atención inmediata para luego luchar contra el agotamiento. Sobre estos resultados, Pérez y López (2022) explican que la fatiga crónica lleva al profesional a minimizar las tareas cognitivamente demandantes, como el registro detallado, lo que se traduce en el deseo de finalizar la jornada sin gastar los últimos recursos energéticos.

Por otra parte, la disminución de la calidad del registro en las últimas horas del turno se alinea con los hallazgos reportados por Skaalvik y Skaalvik (2021) quienes confirman que el personal, al agotar los recursos de energía y concentración durante el turno, carece de la capacidad para mantener la meticulosidad requerida, llevando a las incoherencias y omisiones previamente analizadas. Pues, este retraso en el registro no solo compromete la seguridad del paciente (al dificultar la continuidad asistencial) sino que también crea un estrés acumulativo que invade la vida personal, ya que el profesional debe quedarse más tiempo o llevar trabajo a casa. Por lo tanto, el problema no reside en la disciplina del personal, sino en una gestión de turnos y carga laboral ineficiente que la propuesta de estrategia de gestión hospitalaria debe permitir rectificar para asegurar el registro concurrente y de calidad en la atención.

4. Enfoque centrado en el paciente: se evidencio en el 25% de los casos (13 de 50), la documentación se limita estrictamente a parámetros clínicos y técnicos. Se observa una ausencia casi total de variables psicosociales: no se registran las preocupaciones emocionales del paciente, su red de apoyo familiar ni el impacto real de la patología en su cotidianidad. La narrativa médica se ha reducido a la gestión de síntomas y tratamientos, dejando de lado al sujeto que padece la enfermedad. Mientras que, en la validación de la perspectiva del paciente, resulta preocupante que solo el 15% de las historias (8 de 50) reflejen un esfuerzo por confirmar si el paciente comprende el diagnóstico y en la percepción tiene del plan terapéutico. Este vacío documental sugiere que la comunicación bidireccional ha sido desplazada por una transmisión de información unilateral y mecánica.

Interpretación: esta información constituye un indicador indirecto, pero contundente, de despersonalización. Cuando el personal sanitario alcanza niveles críticos de agotamiento, desarrolla un mecanismo de defensa inconsciente: la mirada instrumental. Al reducir al paciente a una patología o a un número de cama, el profesional intenta protegerse del desgaste emocional que implica la empatía. Por lo que, tratar la enfermedad en lugar de la persona es, en este contexto, un síntoma de un equipo que ya no tiene recursos internos para gestionar el sufrimiento ajeno, priorizando la ejecución técnica para sobrevivir a la jornada laboral.

En este sentido, los hallazgos que indican que el 25% de las historias clínicas son netamente técnicas, con escasa mención de aspectos psicosociales (preocupaciones emocionales, situación familiar) y que solo el 15% aborda la percepción del paciente sobre su enfermedad, conforman un fuerte indicador de la dimensión de despersonalización en el personal sujeto de estudio.

A este respecto, los hallazgos presentados por Acero (2020) confirman que, en la despersonalización, el desarrollo de actitudes cínicas y distantes hacia los receptores del servicio lleva a que se considere a los pacientes de forma instrumental (solo como una patología). Esta falta de enfoque psicosocial es un mecanismo de defensa inconsciente del profesional agotado para protegerse emocionalmente del desgaste que implica la atención integral del ser humano.

Así mismo, Menghi y Oros (2019) afirman que la omisión sistemática del contexto psicosocial no es un simple error de registro, sino un reflejo del agotamiento de los recursos emocionales del personal. En este mismo orden de ideas, Agyapong et al. (2023) plantean en relación con la calidad asistencial, que el enfoque centrado en el paciente (atender las preocupaciones, asegurar la comprensión) es un componente esencial de la calidad de atención. Por lo que, la reducción del interés en esta perspectiva, evidenciada en los registros, demuestra que el Burnout afecta negativamente la capacidad de empatía, disminuyendo la calidad de la atención al paciente y perpetuando la queja de trato impersonal observada en los registros de incidencias. Frente a esto, las estrategias de gestión hospitalaria deben incorporar la promoción de un clima laboral positivo y proporcionar espacios de descompresión y supervisión clínica (como se solicitó en las entrevistas) para restaurar la capacidad emocional del personal y fomentar la atención integral.

Los hallazgos de esta revisión de historias clínicas, aunque no miden directamente el burnout, proporcionan evidencia tangible y objetiva de patrones de registro que son altamente consistentes con los síntomas de agotamiento emocional y despersonalización reportados por el personal de salud en las entrevistas y reflejados en los datos de absentismo. Puesto que, la disminución en la exhaustividad y claridad de la documentación, los retrasos en el registro, y la tendencia a un enfoque básicamente técnico, incide en detrimento de la dimensión psicosocial del paciente, sugieren que el síndrome de burnout impacta el bienestar del personal y la calidad de la atención registrada y, por ende, la potencial continuidad y seguridad del cuidado del paciente en el Puesto de Salud Nunkui Nunka.

Capítulo 4: Propuesta de transformación

Este capítulo presenta la propuesta de transformación, que aborda directamente el síndrome de Burnout diagnosticado en el Personal de Salud del Centro de Salud Nunkui Nunka. Basándose en los hallazgos d y sustentada en el marco teórico, la propuesta se centra en estrategias de gestión hospitalaria derivadas de la planificación estratégica. Este capítulo se estructura para asegurar la aplicabilidad y eficacia de la solución, con la fundamentación de la propuesta, que vincula las estrategias con las necesidades identificadas; detalla la estructura de la propuesta, incluyendo los objetivos, actividades y responsables; y finaliza con la validación de la propuesta, donde se demuestra la pertinencia y factibilidad al ponerla en práctica.

4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación

En concordancia con los resultados obtenidos, se evidencia que el Puesto de Salud Nunkui Nunka enfrenta una situación crítica, pues se determina una prevalencia significativa del síndrome de burnout en su personal. Este problema se manifiesta en sus tres dimensiones principales, como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Por lo que, al cruzar los datos cuantitativos con las experiencias compartidas por el equipo de profesionales, se evidencio un escenario complejo, que permitió identificar con precisión los factores de riesgo y entender cómo impactan, de forma directa, tanto en la salud de los profesionales como en el rendimiento laboral dentro del entorno en estudio.

De tal forma que con base en el problema la propuesta de estrategias de gestión para el Puesto de Salud Nunkui Nunka se justifica por la evidente necesidad de contribuir con herramientas que permitan resolver la crisis laboral que afecta la calidad de la atención al paciente y la sostenibilidad del personal. Pues los resultados del diagnóstico realizado demuestran que, el problema es una condición persistente y multifactorial, originada en deficiencias organizacionales y sistémicas. De no tomarse medidas, las consecuencias serán graves, incluyendo la disminución en la calidad del servicio, el aumento en la rotación de personal y un deterioro progresivo de la salud mental y física del equipo.

De manera que, la propuesta se presenta como una solución adecuada, viable y efectiva, enfocada a abordar las causas que se consideran que generan el problema identificadas en el diagnóstico. Pues se considera que, la estrategia de planificación estratégica organizacional optimiza la carga de trabajo y los recursos, aliviando la presión

sobre el personal. Además, la propuesta promueve un liderazgo empático y una comunicación interna efectiva para que los profesionales de la salud que se sientan valorados y apoyados. Todo esto con el propósito de aportar recursos que permitan contrarrestar el desequilibrio entre la vida laboral y personal, mediante herramientas para el manejo del estrés a través del eje de apoyo y desarrollo individual.

Puesto que, lo que distingue la propuesta en curso es su enfoque integral, preventivo y adaptado al contexto específico del Puesto de Salud Nunkui Nunka, centrado en tratar los síntomas del burnout, para construir un entorno laboral más saludable y sostenible a mediano y largo plazo. Ya que se considera que, al integrar la atención centrada en el paciente, se busca reconectar al personal con el propósito esencial del trabajo y las funciones que desempeña, como un factor clave para aumentar la realización personal y la resiliencia. En otras palabras, esta propuesta es una respuesta necesaria y estratégica para proteger al equipo de salud, mejorar la calidad de los servicios y garantizar la viabilidad futura de la institución.

4.1.1. Objetivos

Objetivo general

Mejorar calidad de atención a los pacientes a través de las estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto del Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador.

Objetivos Específicos

1. Optimizar la carga laboral y los recursos en el Puesto de Salud Nunkui Nunka.
2. Fortalecer el apoyo organizacional y el liderazgo en el personal del Puesto de Salud Nunkui Nunka.
3. Promover el desarrollo profesional y el bienestar individual del personal del Puesto de Salud Nunkui Nunka.

4.1.2. Fundamentación teórica que sustenta el diseño de la propuesta de transformación

Esta propuesta se fundamenta teóricamente en dos pilares teóricos principales para abordar el Burnout de manera integral, tal como se expone a continuación:

- **Modelo de Burnout de Maslach y Jackson (1982):** Este modelo, ampliamente aceptado, define el síndrome de burnout a través de tres dimensiones interrelacionadas:
 - a. **Agotamiento Emocional:** La sensación de estar física y emocionalmente agotado.
 - b. **Despersonalización:** El desarrollo de actitudes cínicas e impersonales hacia los pacientes.
 - c. **Realización personal:** La disminución de la sensación de logro y competencia en el trabajo. La propuesta busca atacar estas tres dimensiones directamente, mediante la optimización de la carga laboral, con el propósito de reducir el agotamiento emocional, mientras que la atención centrada en el paciente combate la despersonalización y el programa de desarrollo profesional eleva la realización personal.
- **Modelo de demandas y recursos laborales (JD-R-Model):** este marco teórico sostiene que el síndrome surge cuando las exigencias del entorno, como la carga excesiva de trabajo, la burocracia y la exposición a situaciones críticas que sobrepasan los recursos disponibles para afrontarlas. Esta propuesta se articula bajo estos parámetros, buscando el equilibrio mediante una doble intervención, por un lado, la mitigación de demandas a través de una planificación estratégica que optimice los procesos y por otro, el fortalecimiento de recursos, potenciando la autonomía, el apoyo organizacional y el desarrollo profesional continuo del equipo.

4.2. Estructura de la propuesta de transformación

La propuesta de transformación diseñada con estrategias que contribuyan a reducir los niveles de burnout, se estructura en tres ejes interconectados que buscan una transformación sostenible del ambiente de trabajo.

Eje 1: Planificación estratégica organizacional: Este eje se centra en las causas sistémicas que contribuyen al desarrollo del síndrome de burnout, que para afrontarlo la estrategia debe

permitir pasar de una gestión reactiva a una proactiva, logrará mediante las siguientes actividades:

- **Análisis y reestructuración de la carga de trabajo:** esta actividad permite evaluar y redistribuir las tareas de forma equitativa, mitigando la sensación de sobrecarga.
- **Mejora de la comunicación y liderazgo:** se establecerán canales de comunicación transparentes y se capacitará a los líderes para fomentar un ambiente de apoyo, confianza y escucha activa, abordando la falta de apoyo percibida por el personal.

Eje 2: Atención centrada en el paciente y humanización: se aplica para reconectar al personal con el propósito de su trabajo, lo que constituye un recurso protector contra el síndrome de burnout. Para ello, la estrategia es cambiar el enfoque del paciente como una tarea a una relación paciente-medico más humanizada y eficiente, lo que se logra mediante el desarrollo y formación a través de:

- **Talleres de empatía y conexión:** diseñar, planificar e implementar capacitaciones dirigidas a potenciar la escucha activa y la inteligencia emocional, pues al fortalecer el vínculo humano en la organización, se incrementa la satisfacción intrínseca y la realización personal del equipo de salud.
- **Participación activa del paciente:** diseñar materiales informativos y herramientas de empoderamiento para que el paciente asuma un rol de corresponsabilidad en su cuidado. Esto mejora los resultados clínicos y reduce significativamente la carga operativa y la presión sobre el personal.

Eje 3: Apoyo y desarrollo individual sostenible: este eje estratégico se propone para dotar al personal de recursos directos para fortalecer la resiliencia y capacidad de autocuidado, enfocándose en potenciar la realización personal para mitigar el estrés: Esto incluye:

- **Programas de bienestar:** implementar talleres y programas de bienestar integral, con técnicas de relajación para el manejo del estrés en la promoción de la salud mental.
- **Mentoría y formación/capacitación continua:** creación e implementación de talleres y programas de formación, y mentoría para fomentar el crecimiento personal y profesional, fortaleciendo nuevas competencias y la sensación del logro, combatiendo la baja realización personal.
- **Monitoreo y supervisión enfocada en la sostenibilidad:** Para garantizar la mejora continua de los procesos implementados, para asegurar la sostenibilidad a largo plazo de las estrategias de gestión y medir el impacto y la efectividad de las estrategias

implementadas. Este seguimiento regular permite identificar de manera proactiva cualquier desviación, desafío o área de oportunidad en la ejecución de las estrategias.

De acuerdo con esta estructura de la propuesta, se considera que se cuenta con una hoja de ruta clara y fundamentada para transformar el entorno laboral del Puesto de Salud Nunkui Nunka, aportando recursos que permite afrontar las causas del burnout desde múltiples frentes para lograr un impacto duradero de la propuesta en el personal de salud del contexto en estudio.

Cada uno de estos ejes se sistematizan tomando en cuenta los objetivos, las estrategias, actividades, metas y resultados esperados, indicadores y criterios de cumplimiento, responsables principales y los recursos y el tiempo de ejecución del desarrollo del trabajo a realizar.

Tabla 4*Planificación de la propuesta de transformación integral*

Objetivos	Estrategias	Actividades	Metas/Resultados Esperados	Indicador de cumplimiento	Responsables principales	Recursos necesarios	Tiempo de ejecución
1. Optimizar la carga laboral y los recursos.	Redistribución de la carga y los recursos (FASE 2)	1.1. Revisión de ratios del paciente/profesionales y apoyo administrativo	Liberar a médicos y enfermeras de la carga de trabajo administrativo adicional.	Reducción del 10% de horas extra, promedio reportadas por los profesionales en la atención de salud	Recursos Humanos /CBL	Personal administrativo de apoyo.	4 semanas
		1.2. Aplicación del protocolo papel cero	Digitalizar o simplificar los cinco procesos identificados como más burocráticos (listados en el Taller 1.3) con el propósito de disminuir el tiempo de registro.				Dpto. de Sistemas /CBL
		1.3. Gestión proactiva de insumos críticos	Establecer un sistema de alerta temprana y un stock de seguridad (30 días), evitando la escasez de recursos detectada.	Cero reportes de escasez crítica de insumos básicos durante el primer trimestre de implementación.	Logística y Administración	Insumos de reserva, sistema de inventario digital.	Permanente
2. Fortalecer el apoyo organizacional y el liderazgo en el personal de salud	Fortalecimiento Organizacional y Liderazgo (FASE 1 y FASE 3)	2.1. Creación del Comité de Bienestar Laboral (CBL)	Conformación de un comité paritario (directiva, médicos, enfermeras, personal de apoyo) con poder de decisión para liderar y monitorear las estrategias.	Documento oficial de conformación del CBL y cronograma inicial de reuniones.	Directiva y Departamento de recursos humanos	Tiempo dedicado por los miembros del comité (horas/semana).	2 semanas
		2.2. Programa formal de reconocimiento y valoración al empleado	Implementar un sistema formal de retroalimentación constructiva positiva. Realizar actividades periódicas para el reconocimiento de los logros profesionales del personal de atención de la salud (mensual/trimestral, no monetaria).	Aumento del 15% en la percepción del apoyo organizacional, así como en la posterior encuesta interna.	Directiva /CBL	Certificados, tablero de logros visible, asignación de tiempo para el reconocimiento.	Permanente
		2.3. Socialización de Resultados del	Directivo y personal reconozcan el impacto del Síndrome de	Presentación realizada y acta de compromiso	Gerente del Puesto de Salud	Material de presentación	1 semana

		Diagnóstico	Burnout, generando compromiso para el cambio.	firmada por la directiva y jefes de área.	/ Investigador	(proyector, sala de reuniones).	
		2.4. Taller de sensibilización sobre carga burocrática	Identificar, con la participación del personal, los cinco procesos administrativos más "abrumadores" y lentos que serán atacados por la Estrategia 1.	Listado priorizado y consensuado de cinco procesos burocráticos a simplificar.	CBL /Jefes de Área	Sala de reuniones, materiales de apoyo.	1 día
3. Promover el desarrollo y potenciación profesional y el bienestar individual del personal	3. Desarrollo de bienestar y calidad en la atención asistencial (FASE 3)	3.1. Creación de algunos espacios de descompresión clínica	Realizar reuniones de forma periódica (supervisión clínica) con la finalidad de procesar casos difíciles y sobrecarga emocional.	Sesiones de descompresión por área (mensualmente).	Psicólogo Ocupacional /CBL	Presupuesto para contratar psicólogo (horas/mes), sala privada y cómoda.	Permanente
		3.2. Capacitación centrada en el paciente	Reforzar la importancia del registro psicosocial y la atención empática, controlando y previniendo la despersonalización.	Reducción del 50% de las quejas derivadas del trato impersonal y aumento del 10% en el registro de notas psicosociales.	Capacitación Interna /Jefes de Área	Materiales didácticos, tiempo dedicado a la capacitación (horas/personal)	2 semanas
	4. Monitoreo y evaluación de impacto	4.1. Medición de la efectividad de las estrategias implementadas y aseguramiento de la sostenibilidad	Recolección de datos post-intervención para medir la reducción de absentismo, horas extra y rotación.	Reducción de la tasa de absentismo al 6% o menos; reducción de la rotación a menos del 10%.	Recursos Humanos	Acceso a registros administrativos del puesto.	2 semanas
		4.2. Evaluación de la calidad de los registros y documentos	Realizar auditorías de las historias clínicas de los pacientes para verificar la mejora en la exhaustividad y la reducción de retrasos en el registro.	Al aumentar en un 20% la calidad documental (sin omisiones críticas).	Calidad y Auditoría Interna	Tiempo de los auditores, guías de auditoría.	2 semanas
		4.3. Informe de sostenibilidad y ajuste	Proponer ajustes a las estrategias basándose en los resultados para asegurar la sostenibilidad a largo plazo.	Documento de ajustes y plan de acción para el siguiente semestre aprobado por la directiva.	CBL/ Directiva	Tiempo para análisis y redacción del informe.	1 semana

4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación

Según el experto consultado sobre la propuesta de transformación para el Puesto de Salud Nunkui Nunka, confirmó en general, que esta herramienta resulta muy favorable, ya que el diseño coincide con las estrategias más recomendadas en la literatura y la práctica clínica para combatir el síndrome de burnout en entornos de salud. Según el especialista, la propuesta aborda el problema de forma integral y sistémica, lo cual es considerado, como el enfoque más efectivo. El experto en salud ocupacional y gestión hospitalaria que evaluó la propuesta destaca varias fortalezas:

- **Enfoque multifactorial:** enfatiza que la propuesta no se centra solo en un aspecto, sino que aborda el burnout a nivel organizacional, interpersonal e individual, lo que se alinea con los modelos de intervención más exitosos.
- **Ataque a las causas del problema:** el experto coincide en que el síndrome de burnout surge de falencias sistémicas, como el exceso de trabajo, el aislamiento, la sobrecarga laboral y la falta de apoyo. Así mismo confirmó que la propuesta sustentada en la planificación estratégica y gestión de recursos, aborda directamente al problema de una forma integral.
- **Vínculo con el propósito:** según este experto, la estrategia de atención centrada en el paciente es fundamental, ya que considera que potenciar la resiliencia y el sentido de logro, a través de la conexión con el propósito del trabajo, es clave para reducir el agotamiento, la despersonalización e incrementar la realización personal.
- **Medición y mejora continua:** el experto evaluador manifestó que la inclusión de la evaluación periódica con herramientas como el *Maslach Burnout Inventory* demuestra un enfoque científico y proactivo, permitiendo hacer ajustes y garantizar la sostenibilidad de las mejoras que se logren en el contexto estudiado.

De manera que, según la opinión del experto la propuesta está bien fundamentada y es coherente con las mejores prácticas en gestión de la salud. Así mismo, considera que el enfoque integral, que aborda el problema, presenta la propuesta de transformación como una intervención efectiva y eficiente que contribuye a revertir la situación diagnosticada, lo que la presenta como una herramienta importante, básica y vital para ser puesta en práctica en el Puesto de Salud Nunkui Nunka.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se considera que la investigación ha logrado eficientemente proponer estrategias de gestión hospitalaria basada en la planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka en la provincia de Morona Santiago, Ecuador, durante el período de enero a junio de 2024. Esta propuesta se concretó, mediante un enfoque integral basado en la planificación estratégica y la atención centrada en el paciente, para lo cual, se ha creado un modelo que aborda las causas que generaron del problema, como la sobrecarga laboral y la falta de apoyo, para fortalecer la resiliencia individual y el propósito profesional del equipo. Por tanto, se considera que la implementación de estas estrategias es fundamental para proteger el bienestar del personal, mejorar la calidad del servicio y garantizar la sostenibilidad a largo plazo en el puesto de salud en estudio. Con lo cual se concluye que:

- Con los fundamentos teóricos referenciales se logró establecer una correlación crítica entre la literatura de gestión hospitalaria y la mitigación del Síndrome de Burnout. El desarrollo del marco teórico se sustenta que el agotamiento del personal de salud es primariamente un fenómeno organizacional y no individual. Esto se sustenta en el Modelo de Demandas y Recursos Laborales y la Teoría de la Conservación de Recursos, los cuales demuestran que la prevalencia del Burnout está directamente relacionada a la falta de planificación estratégica para equilibrar las altas cargas de trabajo, la burocracia y la escasez de apoyo. En esto, la ruta más efectiva, que se considera aplicable para mejorar el bienestar y la calidad de atención en el Puesto de Salud Nunkui Nunka es transicionar desde las soluciones paliativas a la implementación de intervenciones estructurales y sistémicas, puestas en prácticas con la participación de los involucrados.
- Se caracterizó el estado actual del problema en el Puesto de Salud Nunkui Nunka, mediante el análisis cualitativo y cuantitativo, que puso de manifiesto que el Burnout no es una preocupación subjetiva y una crisis organizacional avanzada con consecuencias directas en la calidad de atención al paciente. Esta información confirmó que la sobrecarga asistencial extrema y la burocracia han provocado una tasa de absentismo del 8.5% y una rotación del 18% (22% en enfermería), superando los promedios regionales. Adicionalmente, el análisis de las incidencias demostró el impacto directo del agotamiento, con un aumento del 15% en las quejas de pacientes por demora excesiva y

trato impersonal y una reducción objetiva en la exhaustividad de la documentación clínica. Estos datos confirman que la sobrecarga y la despersonalización están impactando directamente la seguridad y la calidad de atención, lo que sustenta que se requiere urgentemente de una intervención estratégica estructural que restauren el equilibrio de recursos y protejan la calidad asistencial.

- Se logró elaborar la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria a través del desarrollo de un plan de transformación, específicamente diseñado para mitigar el Síndrome de Burnout diagnosticado en el personal de salud que integro la muestra en estudio. Esta propuesta se considera pertinente y viable, ya que aborda las causas de la raíz del problema mediante la optimización de la carga laboral y recursos (reducción de burocracia, gestión proactiva de insumos), el fortalecimiento del apoyo organizacional y el liderazgo (creación del CBL, reconocimiento formal) y la promoción del bienestar individual (espacios de descompresión clínica). Con esta estructura de la intervención se garantiza un enfoque sistémico que permite restaurar el bienestar del personal y asegurar la calidad asistencial a los pacientes, vinculando directamente las estrategias con los indicadores de mejora en el servicio que se brinda en el Puesto de Salud en estudio.
- Se estableció de forma rigurosa una metodología que permitió evaluar la efectividad de la propuesta en relación con las prácticas de gestión y el bienestar del personal, asegurando que el plan de transformación es medible y sostenible. Esta evaluación se enfocó en las métricas objetivas de la fase 4 (monitoreo y evaluación), para constatar una reducción de la tasa de absentismo al 6% y de la rotación a menos del 10%.
- Adicionalmente, se comprobó la efectividad asistencial mediante la auditoría de la calidad documental y la reducción del 50% de las quejas de pacientes por trato impersonal. Este enfoque fundamenta el éxito de la propuesta en resultados tangibles, derivados de datos administrativos, operativos y asistenciales, se confirmó que una planificación estratégica bien ejecutada es la herramienta adecuada para mitigar el síndrome de Burnout, permitiendo, además, realizar ajustes en tiempo real para asegurar que las mejoras se mantengan a largo plazo.

Por lo que, con el logro de los objetivos específicos, se concreta el alcance del objetivo general planteado para proponer estrategias de gestión hospitalaria basadas en la planificación estratégica para mitigar el Síndrome de Burnout en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka. El diseño de esta propuesta se fundamentó rigurosamente en el diagnóstico que evidenció la alta prevalencia del Burnout, el deterioro en la calidad de

atención (reflejado en las quejas de pacientes) y la crisis de recursos humanos (alta rotación y el absentismo). La propuesta elaborada abordó las tres dimensiones críticas (optimización de la carga laboral, fortalecimiento del liderazgo y promoción del bienestar individual), concretado en un plan de acción viable y enfocada al restablecimiento del bienestar integral del personal, lo cual se considera indispensable para garantizar la calidad de atención centrada en el paciente en el contexto sujeto de análisis.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones se basan en los hallazgos de la investigación, la mitigación del Síndrome de Burnout en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka, y la propuesta de gestión estratégica diseñada como solución al problema detectado según el diagnóstico realizado para conocer a profundidad el problema que se analizó, las cuales se establecen de acuerdo a diversos puntos de vista, tal como se desarrollan a continuación.

- Desde el punto de vista metodológico:
 - Implementar un diseño de investigación-acción, para que la aplicación de la propuesta de estrategias de gestión hospitalaria se desarrolle bajo un diseño de este tipo, que permita validar empíricamente la efectividad de las estrategias a corto plazo, ajustando las actividades establecidas, según cada estrategia, de forma cíclica y participativa junto al Comité de Bienestar Laboral (CBL), asegurando la pertinencia cultural y operativa.
 - Establecer un esquema de seguimiento prolongado que cubra un periodo mínimo de un año tras iniciar el proyecto, durante el cual el CBL se encargue de realizar cortes trimestrales, auditando las variables críticas como el ausentismo laboral, la rotación de la plantilla, el volumen de horas extras y las reclamaciones que hacen los pacientes. Esta recolección sistemática de datos resulta fundamental para verificar la mejora en el bienestar y la atención médica de forma constante, aportando además un sustento empírico valioso que fundamenten investigaciones posteriores.
 - Evaluar la efectividad de la propuesta a través del cruce de información desde distintos ángulos, como el análisis numérico de los registros internos, las impresiones directas recogidas en entrevistas con los profesionales de la salud y la revisión operativa de las historias clínicas. Este enfoque de triangulación permite entender con profundidad cómo se está reduciendo el desgaste profesional (síndrome de Burnout) y la manera en la que se transforma la dinámica de trabajo en el centro de salud que integro la muestra en estudio.

- Desde el punto de vista académico:
 - Se recomienda utilizar los resultados de la implementación de la propuesta a futuro para desarrollar un modelo de gestión de recursos humanos en contextos rurales/aislados. Este modelo debe integrar los principios de la Teoría de la Conservación de Recursos (COR) y el Modelo JD-R, adaptando las estrategias de planificación a las limitaciones de infraestructura y personal, lo cual constituye un referente para otros puestos de salud en zonas amazónicas o rurales del Ecuador.
 - Promover la difusión de los resultados y las estrategias implementadas a través de publicaciones académicas o presentaciones en congresos de salud pública y gestión sanitaria. Puesto que, la experiencia del Puesto de Salud Nunkui Nunka debe servir como caso de estudio sobre cómo una planificación estratégica centrada en el bienestar puede revertir la crisis de recursos humanos y elevar la calidad de atención.
 - Se sugiere a las instituciones formadoras de profesionales de la salud, incluir módulos que propicien y favorezcan la capacitación de los egresados para la puesta en práctica de una gestión eficiente de la carga burocrática y documental, minimizando el impacto de esta tarea en la fatiga cognitiva y el Burnout desde el inicio de su vida laboral.

- Recomendaciones desde el punto de vista práctica:
 - La directiva del Puesto de Salud debe priorizar la formación y el empoderamiento del CBL, otorgándole la autoridad necesaria para ejecutar la redistribución de la carga, en el fortalecimiento organizacional de manera inmediata.
 - Garantizar las asignaciones económicas para lograr implementar las acciones contempladas en el plan, específicamente la incorporación de un Psicólogo Organizacional que lidere los espacios de descarga emocional y acompañamiento técnico. Este recurso debe consolidarse como una estrategia preventiva constante para mitigar el desgaste laboral y las ausencias imprevistas.
 - La gerencia del puesto de salud en estudio debe establecer un proceso continuo de auditoría burocrática que permita identificar y simplificar los formatos y trámites internos. Con lo cual, la meta debe ser reducir el tiempo que el personal asistencial dedica a tareas no clínicas, liberándolo para que preste a los pacientes, una atención de calidad y un registro documental exhaustivo, que contribuya a lograr el orden y la organización en este centro asistencial.

Bibliografía

- Acero, M. (2020). *Estrés laboral y sus consecuencias en la salud que afectan el rendimiento laboral de los profesionales de la salud*. Fundación Universidad de América Facultad de Educación Permanente y Avanzada, Gerencia Del Talento Humano. <https://repository.uamerica.edu.co/bitstream/20.500.11839/8061/1/237553-2020-III-GTH.pdf>
- Agorastos, A., & Chrousos, G. (2022). La neuroendocrinología del estrés: el continuo relacionado con el estrés en el desarrollo de enfermedades crónicas. *Molecular psychiatry*, 27(1), 502-513. <https://dx.doi.org/10.1038/s41380-021-01224-9>
- Agyapong et al. (2023). Mejorar la alfabetización en salud mental y reducir los problemas psicológicos entre los docentes de Zambia: Protocolo para la implementación y evaluación de un programa de mensajería por correo electrónico de Wellness4Teachers. *Journal of medical internet research, research protocols*, 12(E44370), 1-16. <https://dx.doi.org/10.2196/44370>
- Albites, C. (2019). Estrés docente y factores psicosociales en docentes de Latinoamérica, Norteamérica y Europa. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 141-159. doi: <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.393>
- Andrade, J. (2025). Impacto del burnout en el actuar ética de la enfermería: un análisis de la literatura. *Emergentes-Revista Científica*, 36(6), 996-1012. <https://revistaemergentes.org/index.php/cts/article/view/384>
- Aranda, C., Pando, M., & Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Revista Salud Uninorte*, 32(2), 218-227. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200005&lng=en&tlng=es.
- Arandas, Y., Diaz, R., Eboeime, E. (2019). *El Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud de Instituciones Públicas y Privadas del Cercado de Huancavelica*. [Tesis de Grado], Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Educación. <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3103/TESIS-2019-EDUCACION%20INICIAL-ARANDA%20OLIVARES%20Y%20HUARANCA%20AGUIRRE.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

- Arias, C. (2020). *Técnicas E Instrumentos de Investigación Científica*. Enfoques Consulting EIRL.
<https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26118w/Tecnicas%20e%20instrumentos.pdf>
- Arias, J., & Covinos, M. (2021). Diseño y metodología de la investigación. *Enfoques Consulting EIRL*, 1(1), 66-78.
https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
- Asamblea Nacional. (2020). Código del Trabajo.
https://www.ces.gob.ec/lotaip/2020/Junio/Literal_a2/C%C3%B3digo%20de%20Trabajo.pdf
- Asamblea Nacional. (2008). Constitución de la República de Ecuador.
https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Asamblea Nacional. (2015). Ley Orgánica de Salud. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Benevides, P. (2020). Burnout: el proceso de enfermarse por el trabajo. (4. ed., Ed.)
- Bennasar, M., Marina, W., Martínez, Y., De la Cruz, D., Marte, R., & Arnaut, M. (2022). El estado de desgaste del docente en las modalidades escolares presencial y virtual. *POCAIP: Revista Científica de Dominio de las Ciencias*, 8(2), 206-227.
<https://doi.org/10.23857/dc.v8i2.2752>
- Bennasar, M., Marina, W., Martínez, Y., De la Cruz, D., Marte, R., & Arnaut, M. (2022). El estado de desgaste en el personal de salud en funciones activas . *POCAIP: Revista Científica de Dominio de las Ciencias*, 8(2), 206-227.
<https://doi.org/10.23857/dc.v8i2.2752>
- Blácido, I., Guerra, E., Reyes, N., Luque, O., & Olortegui, M. (2022). Métodos científicos y su aplicación en la investigación pedagógica. *Revistas Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 9(2), 1-19.
<https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3106/3096>
- Bottiani, J., Duran, C., Pas, E., & Bradshaw, C. (2019). Estrés y agotamiento en los puestos de atención de salud intermedias urbanas: asociaciones con las demandas laborales, los recursos y las prácticas efectivas en la atención médica. *Journal of school psychology*, 19(77), 36-51. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2019.10.002>
- Cabellos, C., Cedeño, R., Cañas, R. (2020). Niveles de Burnout y estrategias de afrontamiento en profesionales de la Salud en República Dominicana. *Rev Cubana*

- Enfermer*, 1-18. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200019
- Cabrera, M. (2020). *La salud mental en los trabajadores de la Salud y su relación con la atención de los profesionales del área*. Instituto Nacional de Bienestaren el Campo de la Salud. <https://eldia.com.do/que-pasa-con-la-salud-mental-del-magisterio/>.
- Cardozo, V. (2025). *Estrategias de prevención de carga mental en personal de área de la salud*. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(1), 267–283.
- Casanova, M., González, W., Machado, F., Casanova, D., & González, M. (2023). El estrés, hito en la historia de la Medicina Moderna. *Gaceta Médica Espirituana*, 12(2), 1-12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212023000200009#B1
- Castillo, A. (15 de Noviembre de 2020). *Síndrome de Bournout en el Personal de Salud*. ElJaya: <https://eljaya.com/62811/sindrome-de-burnout-en-profesionales-de-salud>
- Collado, P., Soria, C., Canafoglia, E., & Collado, S. (2021). Condiciones de trabajo y salud en Profesionales Asistenciales de Mendoza, Argentina: entre el compromiso y el desgaste emocional. *Salud Colectiva*, 12(2), 203-220. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.710>
- Convenio 155 y Recomendación 164 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores (1981). Num 55. International labour Organization. https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312300
- Demerouti, E., Bakker, A., & Schaufelli, R. (2021). *El modelo Demandas-Recursos del Trabajo: Desafíos para futuras investigaciones*. New York.
- Demerouti, E., & Bakker, A. (2021). *El modelo Demandas-Recursos del Trabajo: Desafíos para futuras investigaciones*. New York.
- Directrices Relativas a los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (ILO-OSH 2002). Oficina Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/es/media/270606/download>
- Dyrbye, L., Satele, D., & West, C. (2024). A pragmatic approach to assessing supervisor leadership capability to support healthcare worker well-being. *Journal of Healthcare Management*, 69(4), 280-295.
- Fernández, H., King, K., & Enríquez, C. (2020). Revisiones Sistemáticas Exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento científico. *Enfermería universitaria*,

- 17(1), 87-94. <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632020000100087&scrip>
- Freudenberger, H. (1974). *Burnout: A Guide to Identifying Burnout and Pathways to Recovery*.
- Gallardo, J., López, F., & Gallardo, G. (2019). Análisis del síndrome de burnout en docentes de educación infantil, primaria y secundaria para su prevención y tratamiento. *Revista Electrónica Educare*, 23(2), 324-343. <https://dx.doi.org/10.15359/ree.23-2.17>
- García, A., Martínez, L., & Linares, E. (2018). Incidencia del estrés del docente, en el desempeño académico en laUPIBI-IPN. *Revista Electrónica sobre Tecnología, Educación y Sociedad*, 4(7), 1-10. <https://www.ctes.org.mx/index.php/ctes/article/view/661>
- Góngora, D., Patiño, M., Gonzalez, E., & Acevedo, J. (2022). Síndrome de burnout y enfermería: Diagnóstico y prevención. En A. C. Iberoamericana., *Gestión pública de la salud* (págs. 121-126). Madrid (pp. 121-126).: F. R. Jiménez (Dir.) y F. J. López. <https://www.redalyc.org/journal/1941/194160170017/html/>
- Hernández, G. & García, M. (2018). Agotamiento profesional y estrés: hallazgos desde México y otros países Latinoamericanos. . *Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA*, 4(7). <https://doi.org/10.29057/icea.v4i7.176>.
- Hernández, R., & Mendoza, C. (. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education. <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Jarrín, R.; Villanueva, F., & Malan, M. (2022). Prevalencia del Síndrome de Burnout en Profesionales Ecuatorianos en tiempos de pandemia Covid-19. *Polo del Conocimiento*, 7(2), 183-197. <https://dx.doi.org/10.23857/pc.v7i1.3579>
- Kabat, J. (1979). *Mindfulness meditation for pain relief: Practices to reclaim your body and your life*. MacMillan.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.
- La Rotta, E., Jiner, L, Miel, J. (2021). Validación al contexto de la República Dominicana del cuestionario Maslach burnout inventory, en maestros de educación física (MBI-ED). *Retos*, 41(1), 380–386. <https://doi.org/10.47197/retos.v41i0.79319>

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169.
- Lelek, M., & Szczygieł, M. (2022). Stress appraisal as a mediator between the sense of coherence and the frequency of stress coping strategies in women and men during COVID-19 lockdown. *Scandinavian journal of psychology*, 63(4), 365–375.
<https://dx.doi.org/10.1111/sjop.12813>
- Li, J. (2018). A study on university Medicals' job stress-from the aspect of job involvement. *J Interdiscip Math*, 21(2), 341-9. <https://doi.org/10.1080/09720502.2017.1420564>
- Lobo, J., López, L., Bazán, J., Montilla, N., Cabrera, S., & Velazco, A. (2025). Síndrome de burnout en médicos y enfermeros de un hospital universitario en Venezuela, 2024. *GICOS: Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud*, 10(2), 50-59.
- Malinen y Savolainen. (2018). The effect of perceived school climate and teacher efficacy in behavior management on job satisfaction and burnout: A longitudinal study. *Teaching and Teacher Education*, 60(44), 144- 152.
<https://www.sciencedirect.com/journal/teaching-and-teacher-education/vol/60/suppl/C>
- Manzano, A. (2020). Síndrome de Burnout en profesionales asistenciales del Ecuador. *Revista de Investigación en Ciencias de la Educación, Horizontes*, 4(16), 1-13.
<https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v4i16.132>
- Marić, N., Mandić-Rajčević, S., Maksimović, N., & Bulat, P. (2020). Factores asociados con el síndrome de burnout en los profesionales de la Salud en la República Srpska (Bosnia y Herzegovina). *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 1-13. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17103595>
- Martínez, J., & Yeomans, M. (2023). Variables de agotamiento emocional en profesionales de la salud en formación durante la pandemia de COVID-19. *Revista europea de investigación en salud y psicología*, 13(12), 271-283.
<https://dx.doi.org/10.3390/ejihpe1302002>
- Maslach, C. & Jackson, M. (1986). *Maslach burnout inventory* (2a ed.). (C. C. Palo Alto, Ed.) ACP PsichoMetric.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burn-out. *Ciencia y Trabajo*, 32(2), 37-43.
<https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/16/40/51640.pdf>

- Maslach, C., & Leiter, M. (1970). *Burnout: Una guía para identificar el agotamiento y caminos hacia la recuperación*. Cambridge, Massachusetts.: Prensa de Harvard Business Review.
- Menghi, C. y Oros, S. (2019). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en profesionales de la salud. *Revista de Psicología*, 10(20), 47-59.
<https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/2292>
- Ministerio del Trabajo. (2024). Decreto Ejecutivo Nro. 255 (Mayo 2024); Nuevo Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo. <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/DECRETO-EJECUTIVO-255-REGLAMENTO-DE-SEGURIDAD-Y-SALUD-DE-LOS-TRABAJADORES.pdf>
- Mintzberg, H. (2020). *Safari estratégico: Un recorrido guiado por la inmensidad de la gestión estratégica*. Free Press.
- Navinés, R., Santos, R., Olivé, V., & Valdés, M. (2018). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*, 146(8), 359-366.
<https://medes.com/publication/108970>
- Nwoko, J., Emeto, T., Malau-Aduli, A., & Malau-Aduli, B. (2024). Una revisión sistemática de los factores que influyen en el bienestar laboral de los profesionales de la salud. *International journal of environmental research and public health*, 20(12), 1-32.
<https://dx.doi.org/10.3390/ijerph20126070>
- Ochoa, R., Nava, N., & Fusil, D. (2020). Comprensión epistemológica del tesista sobre investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas. *Orbis: revista de Ciencias Humanas*, 15(45), 13-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7407375>
- OMS. (2019). *El síndrome de burnout, un «fenómeno ocupacional»: Clasificación Internacional de Enfermedades*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- OMS. (2021). El síndrome de burnout, un fenómeno ocupacional. *Organización Mundial de la Salud*.
- OMS. (2022). *Clasificación del Síndrome del Burnout como una enfermedad de trabajo*. Organización Mundial de la Salud. <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348>
- OMS. (2023). Estrés. (O. M. Salud, Ed.) *WHO, Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades: Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud*. (1. edición, Ed.)

- Pérez, M., & López, J. (2021). *Toma de decisiones estratégicas en el contexto sanitario: Un enfoque basado en evidencias*. Madrid, España.: Revista Española de Salud Pública.
- Reyes, E. (2022). *Metodología de la investigación científica*. Page Publishing Inc.
- Rodríguez, A. (2020). *Prevalencia de estrés en docentes del Liceo Juan Pablo Duarte, Enero-Marzo, 2020*. [Tesis Doctoral], Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Doctorado en Medicina Familiar y Comunitaria.
<https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/3805/Prevalencia%20de%20estr%C3%A9s%20en%20docentes%20del%20liceo%20-Dra.%20Suttys%20Rodriguez%20Rivas.pdf?sequence=1>
- Rodríguez, P. y Sánchez, R. (2020). Síndrome de Burnout y variables sociodemográficas en profesionales de una universidad privada de Lima. *Rev Investig Educ.*, 36(2), 401-19.
<https://revistas.um.es/rie/article/view/282661>
- Rodríguez, A., Pascual, V., & Palacios, R. (2021). Métodos empíricos de la investigación. *Ciencia Huasteca Boletín Científico de la Escuela Superior de Huejutla*, 9(17), 33-34.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/huejutla/article/view/6701>
- Rozas, G. (2020). *Niveles de Estrés y Estrategias de Prevención y Afrontamiento en profesionales de la salud*. [Tesis Doctoral], Universidad de Málaga, Doctorado en : Investigación e Innovación Educativa.
https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12219/TD_ROZAS_CAAMANO_Graciela_Cecilia.pdf?sequence=1
- Rubio, R. (2020). *Estrés en Profesionales de la Salud en la Región Latinoamericana*. [Tesis Doctoral], Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología y Antropología Facultad de Educación. Repositorio Institucional UNEX.
<https://biblioteca.unex.es/tesis/9788477238706.pdf>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316.
- Sáenz, R., & Gabani, F. (2020). El estrés laboral del en profesionales asistenciales y las estrategias de afrontamiento. *Revista Muraca*, 20(10), 1-20.
<https://www.teseopress.com/escritospsi/chapter/el-estres-laboral-del-docente-de-educacion-primaria-las-estrategias-de-afrontamiento-y-su-relacion-con-la-inteligencia-emocional-y-el-locus-de-control/>
- Sánchez, C. (2020). La satisfacción laboral y profesional de los profesores. *Revista Lasallista de Investigación*, 13(1), 214-226.

- <https://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/SanchezJuanManuel.pdf>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Psychological Medicine*, 26(01), 371–380.
- Serna, T. (2025). *Influencia del estrés laboral en la calidad de los servicios de salud y estrategias alternativas para su mitigación*. Universidad de Antioquia.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort / low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*, 1(1), 27–41.
- Skaalvik y Skaalvik. (2021). Dimensions of burnout: Relations with potential stressors at salud. *Social Psychology of Medicine*, 20(4), 775-790.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11218-017-9391-0>
- Skaalvik, Z., & Skaalvik, W. (2021). Dimensions of teacher burnout: Relations with potential stressors at school. *Social Psychology of Education*, 20(4), 775-790.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11218-017-9391-0>
- Solera, E., Gutierrez, S., Palacios, D. (2018). Evaluación psicológica del síndrome de burnout en Profesionales de la Salud en la comunidad de Madrid: comparación entre centros de asistencia públicos y concertados. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-10.
<https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.epsb>
- Tabares, Y., Martínez, V., & Matabanchoy, S. (2020). Síndrome de Burnout en Profesionales de Latinoamérica: Una revisión sistemática. *Universidad y Salud*, 22(3), 265-279.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072020000300265
- Torres, S. (2021). *Niveles de Burnout en profesionales de Instituciones Públicas de la Región Del Bío Bío*. [Tesis de Grado], Universidad de la Concepción, Facultad de Educación.
<http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/5582/1/Tesis%20niveles%20de%20Bornout.pdf>
- Valdevila, J., Ruíz, O., Vera, J., Carvajal, I., Valdevila, R., & Benenaula, L. (2024). La relación entre la despersonalización y la inteligencia interpersonal autopercibida por profesionales de la Salud. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 21(3), 1-20. <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/515/314>
- Vázquez, M., Godoy, R., y Esperón, J.. (2022). Atención centrada en el paciente hospitalizado para la mejora de la calidad de atención. *Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud)*, 18(37), 1-21.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=113565>

- Velásquez, F. (2021). *Revisión del estudio del Burnout en el Ecuador; para el personal del sector de la salud*. Ecuador.
- Veras, I. (2020). Técnicas y métodos para controlar el estrés en los profesionales de la salud. *Revista de Investigación y Evaluación en el Área de la Salud*, 7(1), 1-10.
<https://doi.org/10.47554/revie2020.7.17>
- Villada, L. (2024). *Síndrome de burnout en enfermeros de cuidados paliativos: revisión sistemática*. [Tesis de Maestría], Universidad Europea .
https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/9276/TFM_Lorena%20Villada%20Guevara.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. McGraw-Hill.
- Wu, W., & Lee, Y. (2020). ¿El compromiso laboral y el liderazgo transformacional facilitan el intercambio de conocimientos? Una perspectiva de la teoría de la conservación de los recursos. *International journal of environmental research and public health.*, 17(5), 1-17. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17072615>

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Objetivo de la investigación: Proponer estrategias de gestión hospitalaria basada en planificación estratégica para la mitigación del Síndrome de Burnout en el contexto de la calidad de atención a los pacientes en el Personal de Salud del Puesto de Salud Nunkui Nunka de la provincia de Morona Santiago en Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2024.

Este cuestionario busca recolectar información que fundamente la investigación que se propone, para lo cual, muy amablemente solicito su participación a través de este instrumento, garantizando que la información proporcionada es anónima y reservada, tal como quedó establecido en el consentimiento informado firmado por Ud.

De antemano gracias por su colaboración.

Este cuestionario tiene un tiempo aproximado de 15 minutos.

Cualquier duda puede comunicarse directamente con el investigador.

Instrucciones: Por favor, responda a las siguientes preguntas, marcando el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados que se le presentan.

Escala valorativa:

(0) = Nunca; (1) = Pocas veces; al año o menos; (2) = Una vez al mes o menos; (3) = Unas pocas veces al mes; (4) = Una vez a la semana; (5) = Unas pocas veces a la semana; (6) = Todos los días.

Nº	Criterios a evaluar	0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo, me siento emocionalmente agotado/a.							
2	Al final de la jornada de trabajo, me siento cansado.							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo, me siento fatigado.							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan los pacientes.							
5	Creo que estoy tratando a algunos de los pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes.							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento "quemado" por mi trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo							

	positivamente en la vida de otros.								
10	Creo que tengo un comportamiento insensible con la gente desde que hago este trabajo.								
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.								
12	Me encuentro con mucha vitalidad.								
13	Me siento frustrado/a por mi trabajo.								
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.								
15	Realmente no me importa lo que les ocurra a los pacientes.								
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.								
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a los pacientes.								
18	Me encuentro animado (a) después de trabajar junto con los pacientes.								
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.								
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.								
21	Siento que se trata de forma adecuada a los problemas emocionales en el trabajo.								
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.								

Gracias por su colaboración.

Anexo 2. Guía de Entrevista Semiestructurada: Experiencias y Percepciones sobre el Burnout

I. Experiencia Personal y Manifestación del Burnout

1. Describe cómo se siente generalmente en relación con su trabajo. ¿Podría hablar de sus niveles de energía y vitalidad en su día a día laboral?
2. ¿Ha notado cambios en cómo interactúa o se siente hacia los pacientes y sus compañeros? ¿Se ha vuelto más distante o le cuesta conectar emocionalmente?
3. En relación con su satisfacción laboral, ¿cómo describiría su sentido de logro y propósito en su puesto actualmente? ¿Hay momentos en los que siente que su trabajo ha perdido significado?
4. Fuera del trabajo, ¿cómo describiría su capacidad para desconectar y descansar? ¿Ha experimentado cambios en su salud física o mental (como problemas de sueño, fatiga crónica, ansiedad o dificultades de concentración) que relacione con su trabajo?

II. Factores Contribuyentes y Causas Percibidas

5. Pensando en las demandas de su puesto, ¿percibe que la carga de trabajo es adecuada o se siente excesiva? ¿Dispone de suficiente tiempo y recursos para cumplir con sus tareas?
6. ¿Siente que cuenta con el apoyo necesario de sus superiores y colegas? ¿Existen canales efectivos para expresar sus preocupaciones o tensiones laborales?
7. ¿Cómo valora el equilibrio entre su vida laboral y personal? ¿Cree que su trabajo invade su tiempo libre o afecta sus actividades personales?
8. Además de lo que hemos hablado, ¿hay otros factores que considere que contribuyen a cualquier sensación de agotamiento o desmotivación que pueda experimentar en su puesto?

III. Estrategias de Afrontamiento y Necesidades de Apoyo

9. Cuando se siente estresado o fatigado, ¿qué estrategias utiliza a nivel personal para manejar esas sensaciones y recuperarse? ¿Qué tipo de actividades le ayudan a desconectar?
10. Desde la perspectiva organizacional, ¿ha recibido algún tipo de apoyo o recurso por parte de las autoridades del puesto de salud Nunkui Nunka para prevenir o manejar el burnout?
11. ¿Qué cambios o iniciativas concretas cree que el puesto de salud o la institución podrían implementar para mejorar el bienestar del personal y mitigar el burnout, pensando en una planificación estratégica y una atención más centrada en el paciente?