



PREVALENCIA DE BURNOUT EN MÉDICOS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DEL TRATO EN UCI

PREVALENCE OF BURNOUT IN PHYSICIANS AND ITS IMPACT ON THE QUALITY OF ICU CARE

Jorge Luis Yáñez Castro^{1*}

E-mail: jorge.yanez@ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8334-1174>

Ricardo Adolfo Ganzino Rodríguez¹

E-mail: ricardo.ganzino@ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1079-9990>

María Alexandra García Pacheco¹

E-mail: maria.garcia@ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2258-3281>

¹Universidad Católica de Cuenca. Cuenca. Ecuador.

*Autor para correspondencia

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Yáñez Castro, J. L., Ganzino Rodríguez, R. A., & García Pacheco, M. A. (2026). Prevalencia de burnout en médicos y su impacto en la calidad del trato en UCI. *Universidad y Sociedad* 18(2). e5793.

RESUMEN:

La calidad del trato en unidades de cuidados intensivos depende de factores organizacionales, estructurales y humanos, incluyendo la sobrecarga laboral y Burnout en médicos, lo que motivó el desarrollo de este estudio para evaluar la relación entre la prevalencia de Burnout en médicos y la calidad de trato hacia los pacientes en la UCI de un Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, Ecuador. Se empleó un diseño cuantitativo, descriptivo y correlacional, con recolección transversal de datos mediante los cuestionarios Maslach Burnout Inventory (MBI) para médicos y FS-ICU 24R para pacientes y familiares, aplicados a 24 médicos y 57 familiares. Los resultados mostraron coexistencia de agotamiento emocional y despersonalización moderada en médicos, junto con alta realización personal, mientras que los familiares reportaron percepción mayormente positiva del trato, con áreas de mejora en comunicación y apoyo emocional. Se concluye que existe una correlación significativa entre el burnout y la calidad del trato, lo que evidencia la necesidad de implementar medidas institucionales que promuevan el bienestar del personal y favorezcan una atención humanizada.

Palabras clave: Burnout, Calidad de trato, Unidad de cuidados intensivos, Agotamiento emocional, Satisfacción del paciente.

ABSTRACT:

The quality of care in intensive care units depends on organizational, structural, and human factors, including work overload and burnout among physicians, which motivated the development of this study to evaluate the relationship between the prevalence of burnout among physicians and the quality of care provided to patients in the ICU of a tertiary care hospital in the province of Azuay, Ecuador. A quantitative, descriptive, and correlational design was used, with cross-sectional data collection using the Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire for physicians and the FS-ICU 24R questionnaire for patients and family members, administered to 24 physicians and 57 family members. The results showed coexistence of emotional exhaustion and moderate depersonalization in physicians, along with high personal fulfillment, while family members reported a mostly positive perception of treatment, with areas for improvement in communication and emotional support. It is concluded that there is a significant correlation between burnout and quality of treatment, which highlights the need to implement institutional measures that promote staff well-being and favor humanized care.

Keywords: Burnout, Quality of patient care, Intensive care unit, Emotional exhaustion, Patient satisfaction.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales retos en los servicios de salud pública radica en mantener un trato adecuado hacia los pacientes en áreas críticas, como las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde la interacción está condicionada por la presión asistencial, la escasez de tiempo y la elevada carga laboral del personal. En este contexto, el estudio de Cano & Galarza (2023), realizado durante la pandemia en el País Vasco, documenta una demanda sostenida que genera listas de espera extensas y altos niveles de desgaste en el personal sanitario. Como resultado, la percepción del trato por parte de los usuarios no siempre coincide con la atención técnica efectivamente brindada, derivando en experiencias de insatisfacción a pesar del cumplimiento de los estándares asistenciales.

Esta disonancia se relaciona con factores sociales y laborales que condicionan la interacción médico-paciente. El agotamiento físico y emocional del personal, asociado al síndrome de burnout, deteriora la calidad de las relaciones asistenciales (Campos-Gómez et al., 2025; Reith, 2018). Analizar esta problemática desde un enfoque organizacional permite identificar áreas críticas de intervención, orientadas tanto al bienestar del equipo médico como a la mejora de las condiciones estructurales del entorno institucional, promoviendo acciones que fortalecen la calidad de atención, reducen la sobrecarga laboral y favorecen un entorno de trabajo más saludable y sostenible (Dinibutun, 2020; Pisani et al., 2023).

Las dificultades en el trato se extienden también a aspectos estructurales y organizativos, como se evidencia en el área de urgencias de un hospital de Viña del Mar, Chile, donde se identifican limitaciones relacionadas con la infraestructura y la organización interna. Se observan boxes y salas de espera reducidas, ausencia de espacios diferenciados por grupo etario y condiciones que comprometen la privacidad debido al ruido y la iluminación. La accesibilidad se vio afectada por la falta de señalización, demoras atribuibles a los procesos internos y a los servicios de apoyo, mientras que las condiciones físicas y organizacionales impactan la calidad general del servicio. A nivel técnico, se detectan restricciones en la atención pediátrica continua, escasez de personal especializado, carencia de ambulancias y debilidades en la experiencia del equipo. La seguridad del paciente se ve limitada por la ausencia de protocolos definidos y mecanismos de vigilancia adecuados (Cuadros & Ruiz, 2023).

Situaciones similares se presentan en Ecuador, donde la calidad del trato en los servicios de salud exhibe deficiencias que afectan la percepción de los usuarios y su experiencia global. La empatía resulta insuficiente,

reflejándose en falta de cortesía, atención no personalizada, escasa comprensión de necesidades y limitada disposición para escuchar. La interacción médico-paciente es distante, y las respuestas del personal no cumplen con las expectativas, afectando la experiencia general. La percepción de calidad se relaciona directamente con aspectos comunicativos que condicionan la satisfacción y la confianza en el sistema, incluyendo la claridad al explicar tratamientos y la disponibilidad de espacios para expresar inquietudes. Para los usuarios, la preparación técnica y el nivel profesional son insuficientes si no se acompaña de un trato humano y cercano, considerado prioritario para la experiencia integral de atención (Zambrano & Serpa, 2025).

Zambrano & Serpa (2025) señalan que la percepción de calidad se encuentra vinculada a factores actitudinales, los cuales influyen en la satisfacción del usuario y en la confianza depositada en el sistema de salud. Estos factores generan, a su vez, una sensación de ineficiencia en el personal sanitario, lo que conduce a la percepción de un nivel de desempeño profesional reducido. Según las experiencias relatadas por los usuarios, esta situación se traduce en una atención percibida como deficiente, deteriorando la imagen del personal médico y generando cuestionamientos sobre su formación académica y competencias profesionales.

El síndrome de Burnout, también denominado como síndrome de desgaste profesional, representa una respuesta crónica al estrés laboral prolongado caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución en la realización personal en el trabajo (Jiménez et al., 2025; Kimpe et al., 2022; Queiroz et al., 2021). Este trastorno afecta en particular a los profesionales de la salud sometidos a altas demandas y presión constante, sobre todo en contextos como la pandemia y las unidades de cuidados intensivos. Las definiciones analizadas coinciden en las dimensiones clínicas del síndrome de Burnout, algunas enfatizan más a causas organizacionales (Kimpe et al., 2022), otras resaltan sus consecuencias personales y profesionales (Queiroz et al., 2021) o su complejidad en contextos críticos como en cuidados intensivos (Jiménez et al., 2025). Si bien no se considera un trastorno clínico, el síndrome de Burnout ejerce un impacto alto en la salud mental del trabajador y en la calidad de la atención brindada.

Este enfoque integral permite analizar en profundidad sus manifestaciones específicas, las cuales se clasifican en tres dimensiones que afectan al personal de salud (ver figura 1).



Fig 1: Dimensiones del Síndrome de Burnout.

Queiroz et al. (2021) describen el síndrome de Burnout a partir de tres aspectos que reflejan diferentes manifestaciones del agotamiento psicológico y físico que experimentan los profesionales de la salud sometidos a estrés laboral crónico. El primero es el agotamiento emocional, que se manifiesta como una sensación profunda de fatiga, cansancio e incapacidad para afrontar las demandas laborales, generando agotamiento extremo y pérdida de energía. El segundo aspecto es la despersonalización, que implica una actitud de indiferencia o insensibilidad hacia los pacientes, expresada mediante un trato distante, cínico o deshumanizado, lo que afecta de forma negativa a la empatía y la relación entre profesional y paciente. Por último, la percepción de baja realización personal se refiere a una sensación de incompetencia, insatisfacción y falta de logro en el trabajo, disminuyendo la motivación y el compromiso con las responsabilidades laborales.

Las dimensiones del síndrome de burnout afectan de forma directa la salud física y mental de los profesionales, aumentando la probabilidad de desarrollar ansiedad, depresión, insomnio, trastornos psicossomáticos y fatiga persistente. Este deterioro repercute en la calidad del cuidado ofrecido; la sobrecarga emocional y la insatisfacción laboral reducen la atención, incrementan los errores clínicos y dificultan la comunicación y la empatía con los pacientes. Por estas razones, resulta fundamental detectar y abordar el síndrome de burnout en entornos hospitalarios para proteger la salud del personal sanitario y garantizar una atención segura y de calidad (Queiroz et al., 2021).

Los estudios realizados Jiménez et al. (2025); y por Quintana & Díaz (2022) señalan factores recurrentes que contribuyen al desarrollo del síndrome de Burnout, destacando la carga laboral excesiva, los turnos prolongados y la presión emocional constante, que ocasionan fatiga física y mental, sobretudo en entornos como las unidades de cuidados intensivos. Ambos estudios indican que la interacción con pacientes críticos y familiares angustiados intensifica el desgaste emocional (Haave et al., 2021). Asimismo, identifican que la falta de apoyo institucional, la supervisión insuficiente y el reconocimiento limitado impactan en la motivación del personal y favorecen el agotamiento progresivo.

Los dos estudios coinciden en que la sobrecarga laboral, derivada de la escasez de recursos, representa un factor determinante en la aparición del Burnout. Jiménez et al. (2025) destacan las consecuencias negativas que esta situación genera sobre la calidad del cuidado brindado; mientras que Quintana & Díaz (2022) resaltan el impacto acumulativo que la pandemia ha tenido en el aumento de este fenómeno. En conjunto, sus hallazgos indican que el desequilibrio entre las demandas profesionales y la vida personal constituye un factor común que deteriora la salud emocional de los trabajadores de la salud.

El síndrome de Burnout en el personal de salud tiene consecuencias relevantes tanto a nivel individual como institucional. En el plano personal, se asocia con un mayor riesgo de trastornos mentales como: depresión, ansiedad e insomnio, así también síntomas físicos como: fatiga persistente, tensión muscular y alteraciones del sueño. Estas condiciones deterioran el bienestar del profesional, también afectan su rendimiento y su capacidad para afrontar las exigencias del entorno clínico. Como consecuencia, se observa una disminución en la calidad del cuidado, mayor probabilidad de errores médicos, pérdida de empatía y una reducción en la satisfacción del paciente, lo que debilita la relación entre el usuario y el sistema de salud (Zambrano & Serpa, 2025).

Este deterioro en la atención repercute a nivel organizacional. El síndrome de Burnout incrementa las tasas de ausentismo y rotación del personal, afectando la continuidad asistencial y generando mayores costos para las instituciones de salud. Esta situación limita la consolidación de equipos capacitados y experimentados, lo que disminuye la eficacia

de los servicios. En conjunto, estos efectos deterioran la eficiencia institucional y perjudican la percepción social sobre la calidad de los servicios sanitarios. El síndrome de Burnout compromete la salud de los trabajadores, desencadena un efecto que impacta de modo desfavorable en todo el sistema de atención (Sharif et al., 2021).

Las consecuencias del síndrome de burnout en el ámbito sanitario son amplias y afectan tanto al personal como a la calidad del servicio, deteriorando el bienestar y reduciendo la capacidad de los profesionales para responder con eficacia a las exigencias laborales. Estos efectos, si bien no siempre visibles de forma inmediata, comprometen el rendimiento y la estabilidad emocional del personal. La afectación individual repercute directamente en el nivel organizacional, ya que el síndrome de burnout se asocia con atención deficiente, mayor probabilidad de errores médicos y disminución de la satisfacción del paciente. Además, incrementa el ausentismo y la rotación del personal, generando costos operativos y afectando la continuidad del cuidado, lo que impacta negativamente en la eficiencia institucional (Mendoza & Haro, 2024).

La calidad de atención sanitaria, según Cano & Galarza (2023), se define como la provisión de cuidados efectivos, seguros y centrados en el paciente, conforme a estándares técnicos y expectativas del usuario. García (2024) amplía esta noción al incorporar la continuidad, integralidad y humanización de la atención, fundamentada en evidencia científica y fortalecida por el liderazgo institucional y la capacitación del personal. Por su parte, Mora et al. (2024) destacan que la calidad integra dimensiones humanas, científicas y del entorno, priorizando atributos como equidad, eficiencia, oportunidad y calidez, mediante procesos de mejora continua. Las tres definiciones coinciden en señalar que la atención debe centrarse en el usuario y sustentarse en evidencia técnica, aunque difieren en el enfoque: Cano & Galarza (2023) resaltan la percepción del paciente, García (2024) resalta el componente institucional y formativo, y Mora et al. (2024) integran el contexto y la participación activa del personal en la gestión de calidad.

A partir del análisis comparativo de las definiciones sobre calidad de atención, se identifica un eje común basado en la centralidad del usuario y en el respaldo de la evidencia técnica. Este marco permite abordar con mayor profundidad uno de sus componentes esenciales: la comunicación empática, expresada a través de la escucha activa y la claridad en la transmisión de información clínica. Este componente resulta decisivo en la percepción de la calidad asistencial, en particular, en dimensiones vinculadas con el trato recibido y la comprensión de los procedimientos, como lo evidencian los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas por Osakidetza (Cano & Galarza, 2023). Estas habilidades impactan la valoración global del servicio, también son pilares de los modelos de atención centrados en el paciente. En este sentido, se destaca la importancia de personalizar la atención y responder a las necesidades individuales mediante una cultura organizacional basada en el compromiso, respeto y autocontrol, lo que fortalece tanto la experiencia del usuario como la capacidad resolutoria del personal sanitario (García, 2024).

Esta visión integral de la atención al paciente posibilita un análisis más profundo de sus manifestaciones particulares, y están organizadas en cuatro dimensiones (ver figura 2) que impactan en el desempeño del personal de salud y, por consiguiente, en el trato al paciente.

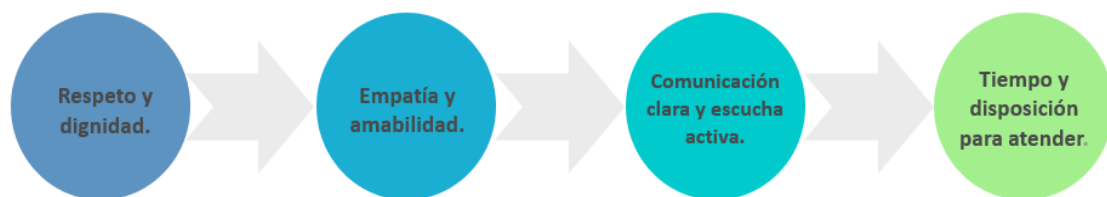


Fig 2: Dimensiones del trato al paciente.

Fuente: elaborada por los autores a partir de García (2024).

El respeto y la dignidad en la atención médica implican reconocer al paciente como un ser integral, valorando su identidad, cultura y derechos. Se refleja en un trato cortés, en la consideración de sus creencias y en la protección de su privacidad, lo cual fortalece la confianza, la seguridad y favorece una relación médico-paciente adecuada, clave para el cumplimiento terapéutico. La empatía implica entender las emociones y necesidades del paciente desde su perspectiva, lo que permite brindar un cuidado más humano y personalizado. La amabilidad se expresa en un trato cálido y cordial, este enfoque fortalece la conexión con el paciente, lo hace sentir valorado y disminuye su ansiedad,

mejorando así su experiencia durante la atención médica, en este contexto la comunicación clara y la escucha activa son pilares fundamentales en el trato al paciente (Quintana & Díaz, 2022).

De este modo explicar diagnósticos y procedimientos de orden sencillos, sin tecnicismos, facilita la comprensión y reduce la incertidumbre. Brindar tiempo suficiente y mostrar disposición para atender refleja un trato respetuoso y comprometido con el paciente. Esto se manifiesta en una atención sin apuros, y en la disponibilidad del personal para responder inquietudes. Implica adaptarse a las necesidades del paciente, promoviendo una atención integral y centrada en la persona. Estas dimensiones forman parte de un modelo de gestión que prioriza la calidad y humanización en la atención sanitaria (García, 2024).

Sin embargo, a pesar de estos enfoques orientados a la mejora, el estudio de Zambrano & Serpa (2025) revela deficiencias en el profesionalismo (63%) y el conocimiento técnico (59%) del personal de salud, afectando la confianza del usuario. Esta percepción negativa se traduce en una menor satisfacción, en aspectos interpersonales como la amabilidad, empatía y escucha activa, con niveles de insatisfacción entre el 69% y 71%. La falta de seguimiento adecuado debilita el vínculo terapéutico. Para enfrentar estas falencias, se recomienda implementar programas de capacitación en habilidades técnicas y comunicativas, así como mejorar los procesos administrativos e informativos. Estas acciones buscan fortalecer el compromiso profesional, optimizar la experiencia del usuario y recuperar la confianza en el sistema de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se desarrolló bajo un diseño no experimental, dado que no se manipularon las variables, se observaron en su contexto. El enfoque fue cuantitativo, debido a que se utilizaron procedimientos estadísticos para la medición y el análisis de variables numéricas, con el fin de describir y relacionar los fenómenos. El alcance de la investigación fue descriptivo y relacional, puesto que se buscó caracterizar las propiedades de las variables en estudio, a su vez de analizar la asociación entre la prevalencia de burnout en médicos y la calidad de trato hacia los pacientes, sin establecer causalidad. La finalidad fue transeccional, en virtud de que la recolección de datos se efectuó en un único momento temporal (Hernández et al., 2014).

En cuanto a los métodos empleados, se utilizó el histórico-lógico, que permitió comprender los fenómenos en su contexto, considerando las condiciones previas y los procesos que influyeron en la situación estudiada. Se aplicó el método analítico-sintético, que facilitó la descomposición

de la información obtenida en sus elementos para su posterior integración en el marco teórico y en el análisis de resultados (Fathalla & Fathalla, 2008). A su vez, se recurrió al método inductivo-deductivo, mediante el cual, a partir de casos particulares, se llegó a generalizaciones; y desde estas generalizaciones se derivaron conclusiones aplicables a casos relacionados con la problemática estudiada. Este procedimiento permitió trabajar en el marco teórico y en el análisis de la información (Rodríguez & Pérez, 2017).

El estudio se llevó a cabo en un Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, Ecuador. La unidad de análisis correspondió a médicos y pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

La población del estudio estuvo conformada por 126 participantes: 26 médicos y 100 pacientes atendidos en la unidad durante los meses de enero y febrero de 2025. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, obteniéndose un total de 81 participantes, de los cuales 24 fueron médicos y 57 pacientes.

Para la recolección de los datos se empleó la técnica de encuesta. En el caso de los médicos, se utilizó el cuestionario *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, compuesto por 22 ítems que evaluaron tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Cada ítem se respondió mediante una escala Likert de 0 a 6, donde 0 significó nunca y 6 todos los días.

En el caso de los pacientes y sus familiares, se aplicó el cuestionario FS-ICU 24R, que evaluó la satisfacción con el cuidado y con la información recibida en la UCI. Este instrumento incluyó ítems sobre preocupación y cuidados por parte del personal, manejo de síntomas, apoyo emocional, coordinación del cuidado, competencias del personal médico y de enfermería, ambiente de la sala de espera y la unidad, así como la participación en el proceso del informe médico. Los ítems se respondieron mediante una escala Likert de cinco puntos, que osciló entre muy insatisfecho y totalmente satisfecho.

Las encuestas fueron diseñadas en la plataforma *Google Forms*, lo que permitió su aplicación en línea. El enlace del cuestionario fue distribuido a médicos y pacientes mediante dispositivos móviles, garantizando accesibilidad y participación voluntaria mediante consentimiento informado. La información obtenida se trató de forma confidencial y anónima, con fines exclusivamente investigativos.

Los datos recopilados fueron organizados y tabulados utilizando el software JASP, asegurando un manejo riguroso y sistemático para su posterior análisis.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se presentan los principales resultados del estudio realizado en la UCI de un Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, Ecuador. Los hallazgos se exponen de manera organizada, con el fin de evidenciar las tendencias, relaciones y características identificadas durante la investigación.

En la muestra de 24 médicos de la UCI, las variables socio demográficas y la mayoría de los ítems relacionados con el burnout no presentaron distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$), con excepción de me siento emocionalmente agotado por mi trabajo ($p = 0,164$). Tanto los indicadores de agotamiento, fatiga y frustración, como los vinculados a despersonalización y realización personal, mostraron ausencia de normalidad. Esto infiere que las percepciones de los profesionales sobre el desgaste laboral y su relación con los pacientes no se distribuyen con homogeneidad en la población estudiada. La población estudiada tiene una edad modal de 31 años, con predominio del género masculino y un nivel educativo en su mayoría de maestría. Estas características describen un grupo integrado por hombres jóvenes con formación académica de cuarto nivel, lo cual es relevante para contextualizar los hallazgos dentro de un grupo de profesionales con alta capacitación y en etapa temprana de su carrera (ver tabla 1).

Tabla 1: Datos Demográficos.

		Edad		Sexo		¿Cuál es su nivel de estudios?	
Válido		24		24		24	
Moda		31		Masculino		Maestrías	

El cargo más frecuent dentro de la UCI fue el de médico tratante, mientras que la moda en los años de experiencia fue de 3 años. Esto indica que la mayoría de los encuestados desempeñan funciones asistenciales directas y cuentan con una experiencia laboral corta en el ámbito de cuidados intensivos (ver tabla 2).

Tabla 2: Cargo dentro de la unidad de terapia intensiva.

		Cuál es su cargo en la unidad de terapia intensiva		¿Cuántos años trabaja en UCI?	
Válido		24		24	
Moda		Médico tratante		3	

En cuanto al agotamiento emocional, la mayoría de los participantes refiere sentirse cansado o fatigado con frecuencia. Un 37,5% manifiesta sentirse emocionalmente agotado unas pocas veces al mes y un 12,5% pocas veces a la semana, mientras que solo un 4,2% nunca lo experimenta. De modo similar, un 41,7% señala sentirse cansado al final de la jornada laboral unas pocas veces al mes y un 16,7% lo experimenta diariamente. Sin embargo, frente a la fatiga matutina, un 45,8% la reporta nunca o pocas veces al año, lo que indica variabilidad en esta percepción (Figura 3).

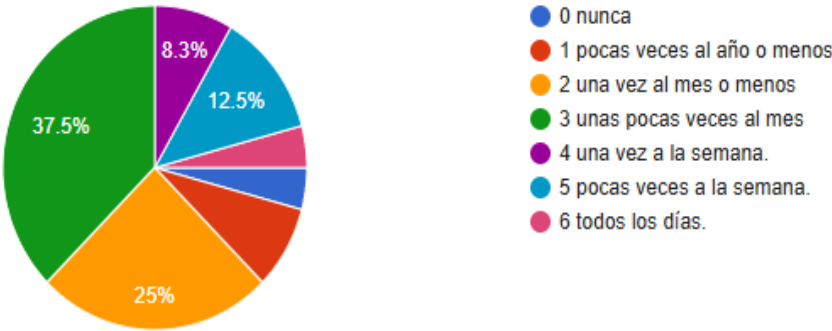


Fig 3: Agotamiento emocional.

Con respecto a la despersonalización, la mayoría de los profesionales mantiene actitudes positivas hacia los pacientes. Un 75% nunca ha tratado a los pacientes como objetos y el mismo porcentaje nunca ha pensado que merecen sus problemas, aunque una minoría (alrededor del 8,4%) sí lo experimenta con mayor frecuencia. No obstante, un 58,4% reconoce sentirse más insensible hacia las personas, al menos en ocasiones, y un 45,8% expresa preocupación porque el trabajo les esté endureciendo emocionalmente.

En el área de realización personal, los resultados son más favorables. Un 62,5% indica que aborda con el enfoque adecuado los problemas de los pacientes a diario, y un 50% señala que influye de estilo positivo en la vida de otras personas con frecuencia. Asimismo, un 62,5% considera que alcanza logros valiosos en su trabajo, mientras que un 41,7% manifiesta que mantiene la calma al enfrentar los problemas emocionales de los pacientes cada día. Además, un 25% expresa sentir entusiasmo por su labor todos los días, y un 45,8% se siente motivado después del contacto con los pacientes con esa misma regularidad.

En conjunto, los hallazgos muestran la coexistencia de signos de agotamiento emocional en un sector importante de los profesionales, junto con niveles moderados de despersonalización y, al mismo tiempo, altos niveles de realización personal, lo que indica un perfil de burnout heterogéneo dentro de la población estudiada.

En la encuesta sobre calidad de atención en la UCI, aplicada a 57 pacientes, la prueba de Shapiro-Wilk muestra valores de $p < 0,001$ en todas las variables evaluadas, lo que indica una distribución no normal y la necesidad de emplear pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis de los resultados.

La edad más frecuente fue de 31 años, el sexo predominante fue el femenino y el nivel de estudios más común corresponde al grado de profesional, estos datos caracterizan a la población encuestada como en su mayoría mujeres jóvenes con formación profesional. En cuanto a la relación con el paciente, la modalidad más frecuente fue la de hija. Esto sugiere que, en su mayoría, quienes participan en la encuesta resultan mujeres jóvenes con un vínculo filial directo con el paciente crítico (Tabla 3).

Tabla 3: Relación con el paciente, sexo y edad.

		Sexo		Edad		Mi relación con el paciente es	
Válido		57		57		57	
Moda		Femenino		31		Hija	

La mayoría de los familiares evalúan con actitud positiva la atención en la UCI del Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, Ecuador, destacando bajo enfoque especial el trato del personal, el manejo del dolor y la cortesía entre 40-50%. No obstante, un 10–15% manifestó insatisfacción en aspectos de comunicación, apoyo emocional y coordinación del cuidado, lo que evidencia áreas susceptibles de mejora. En conjunto, los resultados reflejan una percepción favorable de la atención, demostrando la importancia de fortalecer la interacción y el acompañamiento familiar (ver figura 4).

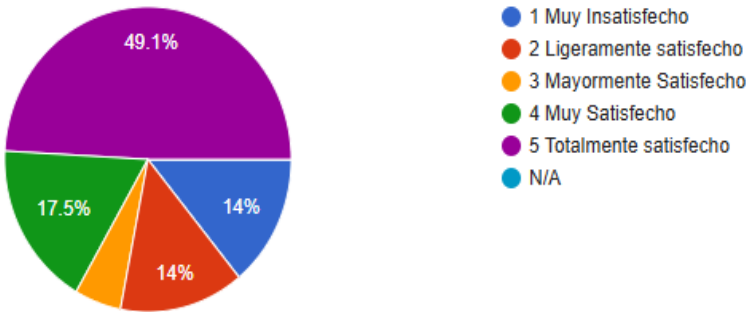


Fig 4: Calidad de atención del personal de la UCI.

Relación entre la prevalencia de burnout en médicos y la calidad de trato hacia los pacientes de la UCI en un Hospital de Especialidades de Tercer Nivel

El análisis de correlaciones de Spearman evidencia que el agotamiento emocional es el núcleo del burnout en personal de UCI (ver tabla 4), correlacionándose de modo evidente con el cansancio al final de la jornada ($\rho = 0.717$, $p < .001$), la fatiga matinal ($\rho = 0.645$, $p < .001$) y la sensación de estar quemado ($\rho = 0.755$, $p < .001$). De modo similar, se observa que el agotamiento reduce con importancia relevante la energía ($\rho = -0.517$, $p = 0.01$) y la vitalidad ($\rho = -0.546$, $p = 0.006$), evidenciando un deterioro del bienestar y la capacidad de afrontamiento.

El burnout también impacta la dimensión relacional: la insensibilidad se asocia con trato despersonalizado ($\rho = 0.473$, $p = 0.02$) y las actitudes negativas hacia el paciente se refuerzan mutuamente ($\rho = 0.548$, $p = 0.006$).

Por otro lado, se identifican factores protectores: la energía y el estímulo derivados de la interacción con pacientes correlacionan con efecto positiva con la percepción de logros ($\rho = 0.773$, $p < .001$ y $\rho = 0.745$, $p < .001$) y con la influencia positiva sobre el paciente ($\rho = 0.554$, $p = 0.005$). Además, el entusiasmo y la capacidad de afrontar problemas emocionales muestran correlaciones positivas consistentes ($\rho = 0.555$, $p = 0.005$), sugiriendo que el capital emocional actúa como amortiguador del burnout.

En conjunto, los resultados confirman que el burnout en UCI es un fenómeno complejo, donde el desgaste físico y emocional coexiste con cambios actitudinales que afectan tanto al profesional como a la calidad de la atención, resaltando la necesidad de estrategias de autocuidado, fortalecimiento del entusiasmo y reconocimiento de logros (ver tabla 4).

Tabla 4: Correlaciones significativas de Spearman entre dimensiones de burnout, variables emocionales y actitudinales en personal de UCI.

Variables relacionadas	Rho de Spearman	Valor p
Nivel de estudios – Años en UCI	0.421	0.04
Agotamiento – Cansancio al final de la jornada	0.717	< .001
Agotamiento – Fatiga matinal	0.645	< .001
Agotamiento – Sentirse quemado	0.755	< .001
Cansancio – Fatiga matinal	0.686	< .001
Cansancio – Sentirse quemado	0.664	< .001
Frustración – Quemado	0.706	< .001
Insensibilidad – Tratar pacientes como objetos	0.473	0.02
Pensar que pacientes merecen problemas – Culpar pacientes	0.548	0.006
Endurecimiento emocional – Insensibilidad	0.598	0.002
Agotamiento – Energía	-0.517	0.01
Quemado – Energía	-0.546	0.006
Frustración – Influencia positiva en pacientes	-0.577	0.003
Fatiga – Estímulo tras trabajar con pacientes	-0.49	0.015
Energía – Logros valiosos	0.773	< .001
Estímulo – Logros valiosos	0.745	< .001
Tratar de forma calmada problemas emocionales – Logros valiosos	0.655	< .001
Energía – Estímulo tras trabajar con pacientes	0.553	0.005
Energía – Influencia positiva en pacientes	0.554	0.005
Estímulo – Entusiasmo	0.62	0.001
Entusiasmo – Tratar problemas emocionales calmadamente	0.555	0.005

ρ = coeficiente de Spearman; $p < 0.05$ indica significancia. Correlaciones positivas: agotamiento y fatiga ($\rho = 0.645$ – 0.755); negativas: energía y estímulo ($\rho = -0.546$ a -0.49).

Los resultados muestran que edad y sexo de los familiares influyen en la percepción de la experiencia en UCI. La edad se relaciona negativamente con la relación con el paciente ($\rho = -0.366$, $p = 0.005$) y con el lugar de residencia ($\rho = -0.271$, $p = 0.042$), indicando que los familiares de mayor edad y los que viven más lejos perciben menor cercanía y conexión con la atención. El sexo se asocia negativamente con la experiencia de otros familiares en UCI ($\rho = -0.277$, $p = 0.037$), cortesía y respeto ($\rho = -0.331$, $p = 0.012$), coordinación del cuidado ($\rho = -0.269$, $p = 0.043$), frecuencia de comunicación con enfermeras ($\rho = -0.272$, $p = 0.040$), participación en el cuidado familiar ($\rho = -0.373$, $p = 0.004$) y comunicación con médicos ($\rho = -0.290$, $p = 0.029$). Estos hallazgos evidencian que características sociodemográficas de los familiares afectan la percepción de la calidad del trato y la experiencia en UCI.

La convivencia habitual con la paciente muestra correlaciones positivas con la comprensión de la información ($\rho = 0.262$, $p = 0.049$) y con el lugar de residencia ($\rho = 0.379$, $p = 0.004$), mientras que la experiencia previa de otros familiares en UCI se correlaciona negativamente con el lugar de residencia ($\rho = -0.306$, $p = 0.021$) y con la convivencia habitual ($\rho = -0.286$, $p = 0.031$).

Estos hallazgos sugieren que los factores demográficos y la relación familiar con el paciente influyen con relevancia notable en la percepción del cuidado y la satisfacción en UCI, resaltando la importancia de estrategias de comunicación y apoyo diferenciadas según edad, sexo y cercanía con el paciente (ver tabla 5).

Tabla 5: Correlaciones significativas entre variables sociodemográficas, relación con el paciente y grado de satisfacción en familiares de pacientes en UCI.

Variables relacionadas	Rho de Spearman	Valor p
Mi relación con el paciente -edad	-0.366	0.005
Antes de este episodio, ¿ha tenido otro familiar en UCI? - Sexo	-0.277	0.037
Antes de este episodio, ¿ha tenido otro familiar en UCI? - Edad	0.267	0.045
¿Vive usted habitualmente con el paciente?	0.286	0.031
¿Dónde vive usted? -Edad	-0.271	0.042
¿Dónde vive usted? - Antes de este episodio, otro familiar en UCI	-0.306	0.021
¿Dónde vive usted? - ¿Vive habitualmente con el paciente?	0.379	0.004
Grado de satisfacción: Cortesía, respeto y compasión - Sexo	-0.331	0.012
Cómo se valoró y trató la falta de aliento del familiar - ¿Vive habitualmente con el paciente?	-0.287	0.03
Coordinación del cuidado - Sexo	-0.269	0.043
Frecuencia de comunicación con enfermeras - Sexo	-0.272	0.04
Grado de satisfacción: Participación en cuidado familiar - Sexo	-0.373	0.004
Comprensión de la información- Mi relación con el paciente	0.262	0.049

ρ = coeficiente de Spearman; $p < 0.05$ indica significancia. Correlaciones positivas: convivencia y relación con el paciente ($\rho = 0.262-0.379$); negativas: sexo, edad y satisfacción en UCI ($\rho = -0.366$ a -0.269).

Validación de hipótesis: La hipótesis planteada, que establece que existe una relación significativa entre la prevalencia de burnout en médicos y la calidad de trato hacia los pacientes de la UCI en el Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, Ecuador, se confirma con los resultados obtenidos.

El análisis evidencia que el agotamiento emocional constituye el núcleo del burnout, afectando tanto el bienestar físico y psicológico de los médicos como su capacidad de interactuar de manera adecuada con los pacientes. Asimismo, el burnout impacta la dimensión relacional, manifestándose en actitudes de insensibilidad y trato despersonalizado. Por otro lado, factores protectores como la energía, el entusiasmo y la capacidad de afrontar problemas emocionales actúan como amortiguadores del burnout, contribuyendo a mantener la calidad del trato hacia los pacientes.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio sobre la prevalencia de burnout en médicos de UCI y su impacto en la calidad del trato hacia los pacientes muestran similitudes con los reportados por Queiroz et al. (2021) en su investigación sobre médicos en la primera línea durante la pandemia de COVID-19 en Paraíba, Brasil. En ambos estudios, el agotamiento emocional se identifica como el núcleo del burnout, evidenciando que el cansancio físico y mental es un componente central que compromete la salud del profesional y su desempeño laboral.

En términos de prevalencia, el estudio realizado en el Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, Ecuador, encuentra que una proporción significativa de médicos de UCI reporta cansancio frecuente, fatiga al final de la jornada y desgaste emocional, mientras que Queiroz et al. (2021) documentan que el 50% de los médicos de primera línea presentaban niveles altos de agotamiento emocional y el 37,8% muestran despersonalización elevada. Ambos estudios coinciden en que los médicos jóvenes, con poca experiencia en el área de cuidados intensivos o trabajando en entornos de alta demanda (como la UCI COVID), presentan mayor riesgo de burnout (Sharifi et al., 2020).

Respecto a la dimensión relacional y la despersonalización, los resultados muestran matices: en el estudio del Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, la mayoría de los médicos mantiene actitudes positivas hacia los pacientes (75% nunca trata a los pacientes como objetos), mientras que, en el estudio de Queiroz et al. (2021), se observan niveles más marcados de despersonalización entre los médicos de primera línea, aunque también reportan que la mayoría no tiene actitudes negativas constantes. Esto indica que, el estrés laboral genera cambios actitudinales, factores contextuales y culturales, así como la formación y apoyo institucional, pueden modular la expresión de la despersonalización.

En cuanto a la realización personal, ambos estudios destacan que, a pesar del agotamiento, los médicos mantienen un sentido de logro profesional. En el Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, el 62,5% de los médicos indican que alcanzan logros significativos y mantienen la calma ante situaciones emocionales; siguiendo un patrón similar, en el estudio desarrollado por Queiroz et al. (2021), reportan que los profesionales conservaban un nivel de satisfacción por sus contribuciones y logros, lo que refuerza la idea de que la realización personal puede actuar como un factor protector frente al Burnout.

Una diferencia relevante se observa en la relación con la calidad de la atención percibida por los pacientes o familiares en la UCI del Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, evaluado mediante el cuestionario FS-ICU 24R, revelando que, aunque la percepción general del cuidado fue positiva, un 10-15% señala insatisfacción en comunicación y apoyo emocional. En la investigación de Queiroz et al. (2021), se centra por completo en los médicos, y no evalúan la percepción de los pacientes, limitando la información sobre cómo el burnout puede traducirse en experiencias de atención específicas.

Ambos estudios evidencian que el Burnout es un fenómeno multidimensional y heterogéneo, en el que coexisten agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, y que impacta en el bienestar del profesional en la interacción con los pacientes.

El análisis realizado en la UCI del Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, centrado en la prevalencia de burnout en médicos intensivistas y su repercusión en la calidad del trato, muestra que una proporción relevante de profesionales experimenta desgaste emocional, lo que repercute en la percepción de humanización y en la relación médico-paciente. En contraste, a lo identificado por Sharieff et al. (2023), al evaluar la satisfacción de pacientes y familiares en un centro de cuarto nivel, evidencian un nivel elevado de conformidad con la atención recibida, con puntajes superiores a 4,5 sobre 5, destacando en especial la competencia técnica y el acompañamiento del equipo de salud.

Los dos estudios coinciden en resaltar la importancia del equipo médico como factor central en la experiencia dentro de la UCI. No obstante, el trabajo realizado en la UCI del Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, determina los riesgos asociados al burnout y cómo este puede comprometer la calidad percibida del trato, en el estudio de Sharieff et al. (2023) refleja que, en contextos donde existen adecuados recursos y un acompañamiento integral, los niveles de satisfacción de pacientes y familiares tienden a mantenerse elevados.

Una diferencia relevante radica en el enfoque metodológico: mientras que Sharieff et al. (2023) priorizan la percepción externa (pacientes y familias), el trabajo de la UCI del Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, explora la vivencia interna del equipo de salud, lo que permite evidenciar la relación entre bienestar profesional y calidad asistencial. Esta comparación sugiere que garantizar condiciones laborales que prevengan el burnout no solo protege al personal médico,

sino que también constituye un determinante de la satisfacción y la humanización del cuidado en la UCI.

CONCLUSIONES

La calidad del trato en unidades críticas de salud está estrechamente vinculada a factores organizacionales, estructurales y humanos, entre los cuales destacan la sobrecarga laboral, la escasez de personal y la presencia del síndrome de burnout. Estas condiciones afectan la interacción médico-paciente, también tienen un impacto adverso en la percepción de los usuarios sobre la atención recibida, generando experiencias de insatisfacción incluso cuando se cumplen los estándares técnicos.

El síndrome de Burnout constituye un desafío crítico para la salud de los profesionales sanitarios y para la calidad de la atención en entornos de alta complejidad, como las unidades de cuidados intensivos. Las dimensiones del agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal afectan la capacidad del personal para interactuar con los pacientes con empatía y seguridad, aumentando la probabilidad de errores clínicos, disminuyendo la satisfacción del usuario.

La calidad del trato al paciente se encuentra vinculada con la gestión organizacional, la capacitación técnica y las habilidades comunicativas del personal sanitario. La evidencia indica que deficiencias en el profesionalismo, conocimiento técnico y comunicación empática deterioran la percepción de la atención, reducen la satisfacción del paciente y debilitan la confianza en el sistema de salud.

Se evidencia la coexistencia de niveles sustanciales de agotamiento emocional junto con la despersonalización moderada y alta realización personal en los médicos de la UCI del Hospital de Especialidades de Tercer Nivel, de la provincia de Azuay, Ecuador. Este perfil heterogéneo de burnout refleja que, aunque el personal mantiene motivación y sentido de logro en su labor, un sector significativo enfrenta fatiga y estrés laboral, lo que indica la necesidad de estrategias institucionales que promuevan el bienestar del personal y la resiliencia frente a las exigencias de la UCI.

La percepción de la calidad de atención por parte de los familiares fue en su mayoría positiva, resaltando aspectos como el trato, la cortesía y el manejo del dolor. No obstante, se identificaron áreas de mejora relacionadas con la comunicación, el apoyo emocional y la coordinación del cuidado. Estos resultados demandan fortalecer la interacción y el acompañamiento familiar, así como la implementación de estrategias que integren la salud emocional del personal con la experiencia del paciente, asegurando

una atención humanizada y centrada en el usuario en el entorno crítico de la UCI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos-Gómez, A. A. C., Peralta-Jiménez, Y., & Romero-Aguirre, G. A. (Coord.). (2025). *Salud mental: capacidad para transitar en la vida*. Sophia Editions.
- Cano, F., & Galarza, M. (2023). Medición de la calidad en los servicios sanitarios públicos: El caso de Osa-kidetza–Servicio Vasco de Salud. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, (107), 321–354. <https://doi.org/10.7203/CIRIEC-E.107.21160>
- Cuadros, K., & Ruiz, P. (2023). Percepción de la calidad de la atención otorgada a los pacientes en el servicio de urgencias. *BVS Salud*, 34(3), 539–560. <https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1525224>
- Dinibutun, S. (2020). Factors associated with burnout among physicians: An evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, 15, 387–401. <https://doi.org/10.2147/JHL.S270440>
- Fathalla, F. F., & Fathalla, M. M. (2008). *Guía práctica de investigación en salud*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v34n3/spu20308.pdf>
- García, J. (2024). Fortalecimiento de la calidad del servicio de salud mediante un modelo de gestión institucional. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud: Salud y Vida*, 8(15), 16–27. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3194>
- Haave, R., Bakke, H., & Schrøder, A. (2021). Family satisfaction in the intensive care unit: A cross-sectional study from Norway. *BMC Emergency Medicine*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00412-8>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Jiménez, N., Vallejo, M., Yanchaguano, A., Andino, X., & Díaz, M. (2025). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos: Revisión sistemática de la literatura. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar en Ciencias de la Salud*, 9(2), 754–775. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.16877
- Kimpe, V., Sabe, M., & Sentissi, O. (2022). No increase in burnout in health care workers during the initial COVID-19 outbreak: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Meta-Analysis*, 10(4), 206–219. <https://doi.org/10.13105/wjma.v10.i4.206>
- Mendoza Muñoz, J. A., & Haro Zea, K. L. (2024). Burnout y su impacto en el desempeño laboral del personal de salud, una revisión sistemática. *Impulso, Revista De Administración*, 4(7), 167–184. <https://doi.org/10.59659/impulso.v.4i7.71>

Mora, A., Chiriguaya, C., & Rocafuerte, G. (2024). Gestión de la calidad de la atención en salud. *Más Vita. Revista de Ciencias de la Salud*, 6(1). <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0226>

Pisani, A., Tisnés, J., Aguirrezabal, J., & Tomasina, F. (2023). Condiciones de trabajo y burnout en médicos intensivistas, Uruguay 2023. *Revista Médica del Uruguay*, 41(3). <https://doi.org/10.29193/RMU.41.3.8>

Queiroz de Paiva, A. R., Fernandes Campos Coelho, H., Batista Silva, A., Leite Damascena, L. C., Rocha Carneiro, R., Travassos Lopes, M., Torres de Araújo, K. D., & Bezerra Luna Lima, C. M. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the development of burnout syndrome in frontline physicians: Prevalence and associated factors. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 67(7), 942–949. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210244>

Quintana, C., & Díaz, J. (2022). Burnout y su impacto en profesionales de la salud durante la pandemia por COVID-19. *REMUS*, 7, 10–15. <https://doi.org/10.59420/remus.7.2022.88>

Reith, T. (2018). Burnout in United States healthcare professionals: A narrative review. *Cureus Journal of Medical Science*, 10(12). <https://doi.org/10.7759/cureus.3681>

Rodríguez, A., & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Ean*, (82), 175–195. <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>

Sharieff, S., Sajjal, A., Idrees, A., & Rafai, W. (2023). Family satisfaction in the intensive care unit of a quaternary care center. *Cureus*, 15(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.45795>

Sharifi, M., Asadi-Pooya, A. A., & Mousavi-Roknabadi, R. S. (2020). Burnout among Healthcare Providers of COVID-19; a Systematic Review of Epidemiology and Recommendations. *Archives of academic emergency medicine*, 9(1), e7. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7812159/>

Zambrano Ramírez, E. C., & Serpa Andrade, C. A. (2025). Calidad de Atención y Satisfacción del paciente en un Hospital del Ecuador, 2025. *ASCE MAGAZINE*, 4(2), 849–867. <https://doi.org/10.70577/ASCE/849.867/2025>

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores bajo taxonomía CRediT:

Autor	Roles
Jorge Luis Yáñez Castro	Encargado de: Conceptualización, Metodología
Ricardo Adolfo Ganzino Rodríguez	Encargado de: Validación, Análisis formal
María Alexandra García Pacheco	Encargada de: Supervisión, Revisión

Universidad & Sociedad publica sus artículos bajo una licencia Creative Commons <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

