



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN EL 2025

RELATIONSHIP BETWEEN BURNOUT SYNDROME AND DEPRESSIVE
SYMPTOMS IN NURSES WORKING IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF A
PUBLIC HOSPITAL IN 2025

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

AUTOR

ROSA GABRIELA VELEZMORO RAMOS

ASESOR

KATIA VERONICA MARTINEZ QUIROZ

LIMA – PERÚ

2025

ASESOR DEL TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

Mg. KATIA VERONICA MARTINEZ QUIROZ

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0009-0000-5820-9024

Fecha de aprobación: 08 de Setiembre del 2025

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo a Dios y a mi familia, quienes ha sido mi guía en cada etapa de mi vida. Ellos me dan la fuerza para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la facultad por darme la oportunidad de formarme profesionalmente, por darme acceso a recursos académicos y por el apoyo institucional que ha hecho posible este estudio. A mi familia, que siempre ha estado a mi lado, me ha comprendido, me ha apoyado emocionalmente y me ha mantenido motivada.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo de investigación será autofinanciado por la autora.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener conflictos de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	VELEZMORO RAMOS ROSA GABRIELA

Perteneiente al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS** autora del trabajo titulado: **RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN EL 2025** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS** bajo la modalidad de **TRABAJO ACADÉMICO**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	MARTINEZ QUIROZ KATIA VERONICA	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaro que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hago constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **14 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega **trn:oid:::1:3392440385**; fecha de entrega: **30-10-2025**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 30 de octubre 2025.**

Firma del asesor

N° DNI: 41034971

ORCID: 0009-0000-5820-9024



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	9
III. MATERIALES Y MÉTODOS	9
IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	13
V. REFERENCIAS.....	16
ANEXOS	

RESUMEN

En el contexto actual, la problemática de estudio se trata de un problema cada vez más acuciante que afecta a la productividad, especialmente en ámbitos que requieren una gran inversión emocional y una concentración continua. Por ello, se buscará la relación entre síndrome de burnout y síntomas depresivos en personal de enfermería, mediante un diseño no experimental y un alcance correlacional. Los participantes fueron seleccionados empleando un procedimiento de muestreo no probabilístico a conveniencia. Los datos se recopilarán mediante una encuesta, que ha sido verificado previamente para este contexto específico. En el análisis estadístico se utilizarán estadísticas descriptivas y pruebas inferenciales para determinar las correlaciones entre las variables relevantes.

Palabras clave: síndrome de burnout, sintomatología depresiva, personal de enfermería.

ABSTRACT

In the current context, the problem under study is an increasingly pressing issue that affects productivity, especially in areas that require significant emotional investment and continuous concentration. Therefore, the relationship between burnout syndrome and depressive symptoms in nursing staff will be investigated using a non-experimental design and a correlational approach. Participants were selected using a non-probabilistic convenience sampling procedure. Data will be collected through a survey, which has been previously verified for this specific context. Descriptive statistics and inferential tests will be used in the statistical analysis to determine the correlations between the relevant variables.

Keywords: burnout syndrome, depressive symptoms, nursing staff.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta aproximadamente al 5% de los adultos en todo el mundo, por lo tanto, en el sector sanitario, las enfermeras presentan una alta prevalencia del síndrome de burnout (SB), con estudios que reportan cifras superiores al 30-40%, lo que aumenta el riesgo de desarrollar síntomas depresivos debido a la sobrecarga emocional y la falta de recursos (1).

Este problema es reconocido por la OMS como un problema relacionado con el trabajo y desde enero de 2022 está clasificado como síndrome de desgaste ocupacional (2). En personal de salud, más aún en enfermeros, se reporta una prevalencia de burnout severo del 17.05%, con el cansancio emocional como la dimensión más afectada, siendo factores de riesgo la edad menor de 35 años, la especialización y el trabajo en emergencias (3).

A nivel internacional, el SB se ha consolidado como una problemática de salud pública, especialmente en el sector salud, debido a las demandas emocionales, físicas y cognitivas que enfrentan los trabajadores (4). En Bélgica, Brutneel et al. (5) hallaron que el 38% de las enfermeras reportaban agotamiento emocional y un 31% no se sentía realizada en su labor. Estos síntomas no solo comprometen la calidad del servicio, sino también el bienestar psicosocial del personal sanitario, y se han asociado con la sintomatología depresiva en contextos de alta presión laboral. Según la OMS, mostró que, el estrés laboral sostenido puede desencadenar trastornos mentales como ansiedad y depresión, resaltando la urgencia de intervenciones sistemáticas (6).

Asimismo, otras investigaciones señalan que las regiones con mayores niveles de burnout son África, el Sudeste Asiático y el Pacífico (13.68%), demostrando que, la prevalencia global entre enfermeras se estima en 11.23%, y los principales factores de riesgo incluyen largas jornadas laborales, bajo apoyo organizacional, contacto frecuente con la muerte y condiciones laborales precarias (7).

En Latinoamérica, se presenta características epidemiológicas preocupantes que afectan directamente a la salud mental de los trabajadores, con una prevalencia del 46% que lo ha experimentado al menos una vez en 2024 y un 14% que lo padece de forma frecuente o constante, siendo Perú el país más afectado (16 %), seguido de Colombia (13 %), Chile y México (12 %). Este síndrome afecta más a las mujeres (15 %) que a los hombres (12 %) y más a la Generación Z (17 %) y a los Millennials (14 %) que a los Baby Boomers (8 %), esto demuestra que este agotamiento emocional, físico y mental no solo reduce la productividad y aumenta la rotación laboral, sino que también es un problema de salud pública importante que requiere una acción inmediata por parte de las organizaciones (8).

Por otro lado, en Ecuador, Rea et al. (9) evidenciaron que el 51% del personal médico presentó burnout durante la pandemia, mientras que en Colombia, Sánchez et al.(10) encontraron que el 29.2% de las enfermeras reportaron ansiedad y el 10.4% síntomas depresivos tras episodios de violencia laboral. En Perú, una revisión de Mamani y Zarzosa (11) reportó que el burnout aumentó durante la pandemia, afectando más a las enfermeras, por lo que, esta asociación entre burnout y sintomatología depresiva también se refleja en las actitudes de aislamiento, pérdida de motivación y estrategias de afrontamiento deficientes, tal como lo

describe Vicente (12), quien remarca que la falta de apoyo emocional en centros quirúrgicos incrementa la vulnerabilidad del personal a estos cuadros psicológicos.

En el contexto peruano, el SB y la sintomatología depresiva representan una problemática crítica en el ámbito sanitario, especialmente entre el personal de enfermería, quienes enfrentan sobrecarga laboral, turnos rotativos, alta demanda asistencial y escaso apoyo institucional, lo que conduce a un desgaste físico, emocional y mental caracterizado por despersonalización, baja realización personal y síntomas depresivos persistentes (13). Esta situación se agrava en las mujeres, quienes además enfrentan responsabilidades familiares adicionales, incrementando su vulnerabilidad psicoemocional.

En esa línea, Medina (14) evidenció que el 82.9% del personal de salud donde presentó algún grado de afectación mental, lo cual confirma la relación directa entre el burnout y el deterioro de la salud psicológica. Asimismo, en Huánuco, se identificó que gran parte del personal de salud presenta burnout, principalmente expresado en agotamiento emocional y físico (15).

En cuanto a los antecedentes del estudio, investigaciones como la de Duarte y Valencia (16) observaron que en Colombia, existe una asociación entre el SB y la depresión ($p < 0.05$), mostrando que la salud mental de los trabajadores se ve afectada. En China, Zhang et al. (17) identificaron una fuerte asociación entre el SB y los síntomas depresivos en enfermeras de cuidados intensivos ($p < .05$). En Arabia Saudita, Alwhaibi et al. (18) examinó la prevalencia del burnout en profesionales de la salud y su asociación con la depresión, donde los análisis inferenciales revelaron diferencias significativas según edad, género, responsabilidades financieras,

ingresos, profesión y experiencia laboral, destacando que los profesionales con depresión presentaron mayor riesgo en todas las subescalas de burnout ($p < .05$); además de encontrar una asociación significativa entre las variables ($p < .001$).

Egipto, Hala Mohammed et al. (19) realizaron un estudio en el Hospital Psiquiátrico El-Azazy con el objetivo de evaluar el burnout y la depresión, evidenciándose una correlación positiva estadísticamente significativa entre burnout y depresión ($r = .445$; $p < 0.01$), donde la despersonalización, los problemas con supervisores y las dificultades de transporte fueron predictores independientes de dichos síntomas. Por otro lado, en China, Huo et al. (20) buscaron analizar la prevalencia del burnout y su relación con síntomas depresivos en personal de salud, donde se observó correlaciones significativas entre el agotamiento emocional ($r = .57$), el cinismo ($r = .37$) y la baja eficacia profesional ($r = -.41$) con la depresión, todas con $p < .001$.

En el contexto nacional, Paz (21) encontró una asociación significativa entre Burnout y depresión ($OR = 59.21$; $IC\ 95\%: 17.23-203.4$; $p < 0.000$), lo que indica que quienes presentan Burnout tienen 59 veces más probabilidad de desarrollar depresión que quienes no lo presentan. Asimismo, Condor (22) evidenció una asociación significativa entre el SB y la depresión ($p = .006$; $OR\ ajustado = 18.6$; $IC\ 95\%: 2.327-148.897$), lo que indica que los participantes con burnout tienen aproximadamente 19 veces más probabilidad de presentar depresión que quienes no lo padecen. Por su parte, Olortegui (23) identificaron una asociación significativa entre el SB y la depresión ($p < 0.001$), evidenciando que a mayor nivel de síntomas depresivos, mayor es el riesgo de padecer Burnout.

Por su parte, Rueda (24) encontró una fuerte relación entre el agotamiento y la depresión ($p = 0,000$). Señaló que el cansancio emocional y la despersonalización eran los dos aspectos más estrechamente relacionados con los síntomas depresivos. Por otro lado, Paucar (25) buscó determinar la relación entre el síndrome de burnout y los síntomas depresivos en personal de salud, donde los resultados evidenciaron una relación significativa y directa, de moderada a fuerte, entre el burnout y los síntomas depresivos ($p=0.000$; $r=0.639$), así como entre las dimensiones de cansancio emocional ($r=0.658$) y despersonalización ($r=0.576$) con los síntomas depresivos.

La variable SB se caracteriza como el resultado de un estrés laboral persistente que no se ha gestionado adecuadamente y que tiene un gran impacto en la salud física y mental de quienes lo padecen (26). Este síndrome, identificado por primera vez por Freudenberger (1974) y formalizado por Maslach y Jackson (1981) donde mencionan que, el bajo rendimiento, la insatisfacción y la falta de ganas para realizar las tareas cotidianas son síntomas de este trastorno (27,28).

La teoría que sustenta el SB se basa principalmente en el modelo psicosocial de Christina Maslach, quien plantea que este fenómeno surge como una respuesta prolongada al estrés laboral. El modelo sostiene que la interacción entre altas demandas emocionales, falta de recursos organizacionales y deficiente apoyo social provoca un desgaste físico y psicológico que termina por afectar la percepción de eficacia profesional. Este proceso se desarrolla de forma progresiva, generando cambios en la actitud, el estado emocional y la autovaloración del trabajador, lo que repercute en su desempeño y bienestar integral (28,29).

La primera dimensión es el agotamiento emocional, que hace referencia a la sensación de estar exhausto, sin energía y emocionalmente incapaz de continuar con las labores cotidianas, derivada de una sobrecarga de trabajo y conflictos interpersonales. La segunda es la despersonalización o cinismo, que se manifiesta como una actitud negativa, indiferente o insensible hacia los demás, acompañada de una pérdida del idealismo y compromiso profesional. Finalmente, la realización personal implica la autoevaluación del trabajador respecto a su desempeño y logros; cuando esta dimensión es baja, aparecen sentimientos de incompetencia, falta de éxito y disminución de la motivación, afectando directamente la autoestima y el sentido de propósito laboral (30).

El SB en el trabajo empeora la salud física y mental de los trabajadores con el tiempo, por ello, estas consecuencias provocan agotamiento a largo plazo, falta de motivación, ira, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, y menor capacidad para resolver problemas, por ende, el agotamiento hace que los lugares de trabajo sean mucho menos seguros, ya que las personas son menos conscientes de los riesgos, tienen menos capacidad de atención y son más propensas a actuar por impulso o a tardar mucho tiempo en responder a acontecimientos importantes (26).

El agotamiento no solo afecta al trabajador, sino que también supone un peligro para la empresa, ya que puede provocar ausencias frecuentes, una alta rotación de personal, mayores gastos por incapacidad o indemnizaciones y una mala reputación para la empresa (23, 24).

La segunda variable, los síntomas depresivos, que se definen como un trastorno del estado de ánimo que dura más de un día normal y se caracteriza por una sensación abrumadora de melancolía, falta de entusiasmo por actividades que antes resultaban placenteras y una visión pesimista de las propias capacidades, del mundo que les rodea y de su propio destino (31,32). Se manifiesta a través de síntomas como sentimientos de fracaso, culpa, desvalorización, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, fatiga, irritabilidad, disminución del deseo sexual y, en casos graves, ideas suicidas (33). En el contexto clínico, estos síntomas afectan la funcionalidad, trabajo y desenvolvimiento social de la persona (34,35).

La depresión es explicada como una serie de distorsiones cognitivas organizadas, por ello, su modelo se basa en la tríada cognitiva, compuesta por una visión negativa de uno mismo y del futuro, por ello, estas cogniciones disfuncionales generan patrones de pensamiento automáticos que perpetúan los estados afectivos negativos y los síntomas depresivos, contribuyendo al mantenimiento del trastorno (36).

En cuanto a su estructura, el BDI-IIA ha demostrado poseer dos dimensiones fundamentales: la dimensión somático-motivacional, que abarca síntomas físicos y conductuales como la pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño y apetito, fatiga, agitación, irritabilidad y disminución del deseo sexual; y la dimensión cognitivo-afectiva, compuesta por indicadores emocionales y cognitivos como la tristeza, el pesimismo, la autocrítica, los sentimientos de fracaso, la culpa, la desvalorización, los pensamientos suicidas y la indecisión (36).

Este estudio se justificará a nivel teórico, ya que, tratará de llenar los vacíos que existen sobre lo que sabemos acerca de la relación las variables, por ello, se intentará proporcionar nuevos datos científicos que nos ayuden a comprender mejor cómo interactúan ambos fenómenos, lo que mejorará los marcos teóricos de la salud ocupacional y la psicología clínica en el ámbito hospitalario.

A nivel metodológico, se utilizará un alcance correlacional y herramientas fiables y probadas para encontrar la conexión temática, por tanto, esto facilitará que otros hospitales puedan llevar a cabo el mismo estudio y proporcionará a otros investigadores un buen ejemplo de cómo realizar estudios comparables.

En términos sociales, a partir de los resultados, intentaremos que las autoridades sanitarias, la dirección de los hospitales y el público en general comprendan la importancia de detectar y detener esta problemática, de tal manera que, se intentará concientizar a la población sobre cómo estos problemas afectan a la salud de los profesionales y a la atención que prestan a los pacientes.

El estudio tendrá como propósito, abordar un problema contemporáneo y grave en el sector sanitario, en el que el personal de enfermería está sometido a mucho estrés y tensión, por lo tanto, los resultados contribuirán a reforzar las políticas de salud en el lugar de trabajo con la finalidad de elaborar planes de intervención futuros que mejoren la calidad de vida del personal de enfermería y el tratamiento de los pacientes críticos.

Ante esto se presenta la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la influencia del síndrome de burnout en la sintomatología depresiva en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos?

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el síndrome de burnout y la sintomatología depresiva en enfermeros que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital Público, durante el año 2025.

2.2 Objetivos específicos

Identificar el nivel de síndrome de burnout en los enfermeros de la UCI.

Identificar el nivel de sintomatología depresiva en los enfermeros de la UCI.

Analizar la relación entre el síndrome de burnout y las dimensiones de la sintomatología depresiva en los enfermeros.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Debido a su enfoque en la producción de información teórica sobre la relación entre variables, en lugar de buscar una aplicación inmediata, esta investigación será de tipo básica (37). Además, se presentará un enfoque cuantitativo, debido a que se trabajará con datos medibles y se utilizarán técnicas estadísticas para el análisis de la relación entre ambas variables (38). El diseño será no experimental, ya que no se manipularán las variables de estudio (39). Asimismo, tendrá un alcance correlacional, porque se pretende identificar y analizar el grado de asociación entre las variables (40).

La investigación incluirá como población al personal de enfermería que trabajaban en la UCI, por lo que, el cual se encarga de brindar atención especializada a

pacientes crítico, lo cual es agotador tanto física como emocionalmente. Por ello, para poder participar, se verificará los criterios siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Ser licenciado(a) en enfermería titulado.
- Trabajar en la UCI durante al menos seis meses.
- Aceptar participar en la investigación rellenando el formulario de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personal de enfermería que está de vacaciones en el momento de la recopilación de datos.
- Personal que ya se les había diagnosticado una depresión significativa o problemas mentales graves.

En consecuencia, la muestra será de 110 enfermeras que cumplan con los criterios de selección, por ello, se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que era fácil conseguir voluntarias durante todo el periodo de recopilación de datos. Por consiguiente, el personal de enfermería será la unidad de análisis.

El SB es la variable independiente, por lo que, se describe como una reacción a largo plazo a presiones emocionales e interpersonales persistentes en el trabajo, que incluye sentirse emocionalmente agotado, despersonalizado e insatisfecho (22). Para medirlo en la práctica, se utilizó el cuestionario que consta de tres dimensiones, por ello, se utilizará una escala Likert de 0 (nunca) a 6 (todos los días) para registrar cada ítem (30).

Los síntomas depresivos, que son la variable dependiente, se consideran un conjunto de signos emocionales, cognitivos y somáticos que muestran un estado de ánimo sombrío y una falta de interés (27). Para ello, se cuantificarán mediante un inventario, el cual contiene 21 ítems, bajo una escala ordinal de tipo Likert. Por otro lado, el análisis consideró variables de control como la edad en años, el sexo, los años de experiencia laboral en el ámbito sanitario, el turno de trabajo (mañana, tarde o noche) y el estado civil, con el fin de contextualizar mejor los resultados.

La encuesta se utilizará para recopilar datos, ya que permite a los participantes informarnos directamente sobre su grado de SB y síntomas depresivos, así como sobre las características sociodemográficas y ocupacionales que se han analizado en la investigación (41).

Por otro lado, la variable independiente, SB, se medirá mediante el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), el cual consta de 22 ítems distribuidos en tres dimensiones. La variable dependiente, sintomatología depresiva, se evaluará con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), compuesto por 21 ítems, que indagan sobre síntomas emocionales, cognitivos y somáticos experimentados en las últimas dos semanas. Ambos instrumentos, de uso común en la investigación clínica, cuentan con propiedades psicométricas robustas y han sido previamente adaptados a población hispanohablante, lo que garantiza su confiabilidad y validez para la presente investigación (30,33).

El proceso de recolección de datos empezará una vez que se tenga la autorización y firmas del consentimiento informado de cada uno de los participantes, por lo que, la aplicación de los cuestionarios se realizará de manera presencial, en un ambiente

tranquilo dentro del hospital, asegurando privacidad y evitando interrupciones, con un tiempo promedio de respuesta de 20 a 30 minutos por participante. Por otro lado, la recolección de datos se llevará a cabo en los turnos laborales de mañana, tarde y noche para abarcar la totalidad de la población objetivo, donde se empleará además un cuestionario de datos sociodemográficos elaborado por el investigador para registrar edad, sexo, años de experiencia laboral, turno y estado civil, facilitando el análisis de variables de control.

El análisis estadístico se realizará con el software IBM SPSS Statistics vs. 26, donde se aplicará estadística descriptiva para caracterizar a la población y estadística inferencial para examinar la relación entre variables, mediante la prueba de correlación de Spearman o Pearson, según la prueba de normalidad a aplicarse.

El proyecto será sometido y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, además, se siguieron las normas de la Declaración de Helsinki, por lo tanto, antes de ser incluidos en el estudio, todos los participantes firmaran un formulario de consentimiento informado que garantizaba que participaban voluntariamente. Por otro lado, los resultados se presentaron de forma anónima, como si se tratara de un grupo, esto se hará para garantizar que los datos recopilados solo se utilizaran con fines académicos y científicos, tal y como se establecía en la aprobación ética (42).

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

4.1 Presupuesto

Tabla 1.

Recursos no monetarios del proyecto de investigación

Recursos no monetarios				
Recursos humanos				
Apellidos y nombres de los estudiantes		Costo unitario mensual en soles (U)	Cantidad de meses destinado al desarrollo del proyecto (Q)	Costo total (U*Q)
Velezmoro Ramos Rosa		S/ 0	4	S/ 0
Servicios de terceros				
Denominación del servicio que se va a adquirir	Unidad de medida	Costo unitario (U)	Cantidad (Q)	Costo total (U*Q)
Asesor metodológico	Horas de asesoría	S/ 00 por hora	16	S/ 0
Bienes y equipos duraderos				
Denominación del servicio que se va a adquirir	Unidad de medida	Costo unitario (U)	Cantidad (Q)	Costo total (U*Q)
Acceso a internet en la entidad institucional	Mes	S/ 0	4	S/ 0
Materiales e insumos				
Nombre del insumo o material	Unidad de medida	Costo unitario (U)	Cantidad (Q)	Costo total (U*Q)
Acceso a bibliografía en la biblioteca	Recurso	0	5	S/ 0

Tabla 2.*Recursos monetarios del proyecto de investigación*

Recursos monetarios				
Viáticos y pasajes				
Descripción	Unidad de medida	Costo unitario (U)	Cantidad (Q)	Costo total (U*Q)
Transporte a Hospital (cuestionario)	Día	S/ 20	3	S/ 60
Alimentación durante trabajo de campo	Día	S/ 20	3	S/ 60
Insumos y materiales				
Nombre del material o insumo	Unidad de medida	Costo unitario (U)	Cantidad (Q)	Costo total (U*Q)
Memoria USB para respaldo de datos	Unidad	S/ 45	1	S/ 45

4.2 Cronograma

Tabla 3.

Cronograma de actividades

Actividad	Semana															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Revisión y delimitación del problema de investigación	x	x	x	x												
Formulación de objetivos e hipótesis					x	x										
Revisión y análisis de la literatura							x	x								
Diseño metodológico									x	x						
Procesamiento y análisis estadístico de datos											x					
Gestión de aprobación ética												x	x	x	x	x

V. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2023 [citado 22 de julio de 2025]. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Gobierno de España . 2022 [citado 22 de julio de 2025]. Síndrome de desgaste profesional (burnout) como un problema relacionado con el trabajo. Disponible en: <https://www.insst.es/noticias-insst/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout>
3. Roca Edelman SG, Durán Viveros N, Fernandez Garcia JM. Síndrome de Burnout en Personal de Salud y Factores Asociados. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano. 18 de diciembre de 2024;5(4):1723-37.
4. Villca Villegas JL, Moreno Choque RA. Influencia de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en salud. Gaceta Médica Boliviana. 2021;44(1).
5. Bruyneel A, Smith P, Tack J, Pirson M. Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. Intensive Crit Care Nurs. agosto de 2021;65:103059.
6. Traverso Zumaeta R, Aguirre Mollehuanca JP, Talavera JE, Palomino Baldeon JC. Emotional intelligence and stress coping strategies in health care workers. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 30 de septiembre de 2023;23(3).

7. Aljabri D, Alshatti F, Alumran A, Al-Rayes S, Als Salman D, Althumairi A, et al. Sociodemographic and Occupational Factors Associated With Burnout: A Study Among Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Front Public Health*. 9 de marzo de 2022;10.
8. Simalco. Educación para ejecutivos . 2025 [citado 4 de agosto de 2025]. Burnout en Latinoamérica: el 46% de los trabajadores fue afectado. Disponible en: <https://simalco.com/burnout-en-latinoamerica-el-46-de-los-trabajadores-fue-afectado/#:~:text=Casi%20la%20mitad%20de%20los,de%205.760%20colaboradores%20de%20Chile%2C>
9. Rea Chela JK, Morillo Cano JR, Flores Pilco DA. El burnout en los profesionales de la salud del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Central Loja durante la pandemia: factores sociodemográficos y laborales. *Revista de Investigación Talentos*. 2023;10(1).
10. Sánchez-De la Cruz JP, González-Castro TB, Pool-García S, López-Narváez ML, Tovilla-Zárate CA. Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Rev Colomb Psiquiatr*. diciembre de 2023;52:S44-50.
11. Mamani Y, Zarzosa B. Síndrome de burnout en médicos y enfermeros de hospitales del Perú: una revisión de alcance (scoping review) [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Peruana Cayetano Heredia ; 2024 [citado 15 de julio de 2025]. Disponible en:

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15275/Sindrome_QuintoMamani_Yousel.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Vicente C. Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de un Hospital De Pasco [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Peruana Cayetano Heredia ; 2024 [citado 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16617/Sindrome_VicenteAtencio_Crissel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Herrera-Jiménez M, Elizalde-Ordoñez H, Mendoza-Añamisa H. Síndrome de burnout en enfermería y su influencia en la seguridad del paciente, según modelo de la marea en la recuperación de la salud mental de Phil Barker. Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud “GESTAR” [Internet]. 2024 [citado 15 de julio de 2025];7(13). Disponible en: <https://doi.org/10.46296/gt.v7i13edespjun.0141>
14. Medina M. Salud mental en personal de salud del Centro de Salud Zarumilla Tumbes – 2023 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Tumbes; 2023 [citado 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/64580>
15. Janampa-Delgado Y, Trujillo Alvarado L, Vallejos Nuñez O. Síndrome de burnout y afrontamiento del personal de salud de emergencia de un hospital público de Huánuco, Perú. Revista Peruana de Ciencias de la Salud. 5 de enero de 2024;6(1):21-30.

16. Duarte Arias DA, Valencia Basto DC. Relación entre el síndrome de burnout, ansiedad y depresión en trabajadores de la salud de un hospital de alta complejidad en Cúcuta. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2024;(42).
17. Zhang Y, Wu C, Ma J, Liu F, Shen C, Sun J, et al. Relationship between depression and burnout among nurses in Intensive Care units at the late stage of COVID-19: a network analysis. *BMC Nurs*. 1 de abril de 2024;23(1):224.
18. Alwhaibi M, Alhawassi TM, Balkhi B, Al Aloola N, Almomen AA, Alhossan A, et al. Burnout and Depressive Symptoms in Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. *Healthcare*. 5 de diciembre de 2022;10(12):2447.
19. Ahmed H, Zenie H, Sayed S, El-Sebaie S. Burnout and Depression among staff nurses at El-Azazy psychiatric Hospital. *Zagazig Nursing Journal* [Internet]. 2024 [citado 4 de septiembre de 2025];20(1). Disponible en: https://znj.journals.ekb.eg/article_352149_03534d79261a3f38f142d8bb2ea4dc3e.pdf
20. Huo L, Zhou Y, Li S, Ning Y, Zeng L, Liu Z, et al. Burnout and Its Relationship With Depressive Symptoms in Medical Staff During the COVID-19 Epidemic in China. *Front Psychol*. 4 de marzo de 2021;12.
21. Paz C. Síndrome de burnout y su asociación con síntomas depresivos en médicos egresados de la escuela de medicina de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2022 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Privada San Juan Bautista ; 2023 [citado 4 de agosto de 2025]. Disponible

- en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/7cac3fe9-881d-4168-b4dc-ad8cfac260f6>
22. Condor J. Síndrome de Burnout, su relación para la depresión y ansiedad en alumnos de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma en el contexto de la pandemia por COVID-19 – noviembre 2020 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Ricardo Palma ; 2022 [citado 4 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8b5a0275-7a15-41c4-93ad-d823fdbf851a/content>
23. Olortegui V. Síndrome de Burnout y depresión en estudiantes de medicina humana de Trujillo, La Libertad, 2023 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Cesar Vallejo; 2023 [citado 4 de agosto de 2025]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131586/Olortegui_LVJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Rueda P. Síndrome de burnout y depresión en el personal de salud en el contexto de la pandemia covid-19 del Hospital Apoyo Recuay Áncash 2022 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Privada San Juan Bautista ; 2022 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/088ac80f-cab3-4666-bfe9-ee7e226f290d/content>
25. Paucar J. Síndrome de burnout y síntomas depresivos en internos de la Facultad De Medicina De La Universidad Peruana Los Andes, 2023 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Peruana los Andes ; 2024

- [citado 4 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/9291>
26. Falce JL La, Santos CB, Muylder CF De, Verwaal E, Guimaraes M. Influência do burnout no comprometimento organizacional em profissionais de saúde. *Revista de Administração de Empresas*. 2023;63(3).
 27. Walter Manuel Barsallo Zambrano. Síndrome del Burnout: Una Revisión de la literatura. *Revista Imaginario Social*. 27 de septiembre de 2024;7(4).
 28. Baldeón Dávila MR, Janampa López LR, Rivera Lucas JA, Santivañez Meza LM. Síndrome de burnout: Una revisión sistemática en Hispanoamérica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. 10 de febrero de 2023;4(1).
 29. Cortez Silva DM, Campana Mendoza N, Huayama Tocto N, Aranda Turpo J. Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en docentes durante el confinamiento por la pandemia COVID-19S. *Propósitos y Representaciones*. 2021;9(3).
 30. Cristobal H, Porras P. Síndrome de burnout en el personal de la Brigada Médico de Familia de la provincia de Huancayo, 2021 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad Continental; 2023 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en:
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12724/2/IV_FHU_501_TE_Cristobal_Porras_2023.pdf
 31. Loro Ortega DM. Percepción de riesgo e impacto psicológico del covid-19 durante el periodo de cuarentena en población boliviana. *Revista Científica Ciencia Medica*. 2021;24(1).

32. Peña-Roa P, Venegas González S, Cancino M, Terán-Mendoza O. Condiciones laborales e indicadores de salud mental en profesionales de la medicina y enfermería en Chile durante la pandemia por COVID-19. *Enfermería Global*. 2024;23(1).
33. Carranza R. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck Universitarios de Lima Renzo Felipe Carranza Esteban * Universidad Peruana Unión - Tarapoto. *Rev Psicol Trujillo*. 2013;15(2).
34. Maldonado-Avenida N, Castro-Osorio R, Cardona-Gómez P. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2023;52.
35. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2).
36. Sánchez-Villena AR, Farfán Cedrón E, De-La-Fuente-Figuerola V, Chávez-Ravines D. Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología*. 2022;25(2).
37. Arias J, Hogaldo J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: El método Arias [Internet]. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C.; 2022. Disponible en: https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/3109/1/2022_Metodologia_de_la_investigacion_El_metodo_%20ARIAS.pdf
38. Romero H, Real JJ, Ordoñez JL, Gavino GE, Saldarriaga G. Metodología de la investigación. *ACVENISPROH Académico*. 12 de agosto de 2022;

39. García ERE, García CEE, García MYE, García FME, Salguero JEE, Gaibor CGE, et al. Metodología de la investigación científica y educativa. Metodología de la investigación científica y educativa. 2023.
40. Vizcaíno Zúñiga PI, Cedeño Cedeño RJ, Maldonado Palacios IA. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023;7(4).
41. Cisneros Caicedo AJ, Guevara García AF, Urdánigo Cedeño JJ, Garcés Bravo JE. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos que Apoyan a la Investigación Científica en Tiempo de Pandemia. Dominio de las Ciencias. 2022;8(1).
42. Valdespino Gómez JL, García García MDL. Declaración de Helsinki. Vol. 137, Gaceta Medica de Mexico. 2001.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala
Independiente: Síndrome de Burnout	El síndrome de burnout es una respuesta prolongada a estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (28)	Se medirá mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), cuestionario con 22 ítems que evalúan las tres dimensiones del burnout.	Agotamiento emocional Despersonalización Realización personal	Ordinal
Dependiente: Sintomatología depresiva	La sintomatología depresiva es un conjunto de síntomas emocionales, cognitivos y físicos que reflejan un estado de ánimo deprimido y pérdida de interés (33)	Se medirá mediante el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), cuestionario con 21 ítems que evalúan la severidad de los síntomas.	Somático-motivacional Cognitivo-afectiva	Ordinal

Control

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona, expresado en años.	Se registrará mediante una ficha de recolección de datos (pregunta cerrada).	-	Razón
Sexo	Condición biológica y social que distingue a hombres y mujeres.	Se registrará mediante una ficha de recolección de datos (opciones: masculino, femenino).	-	Nominal dicotómica
Años de experiencia laboral	Tiempo acumulado que el enfermero ha trabajado en el área de salud, expresado en años.	Se registrará mediante una ficha de recolección de datos (respuesta en número de años).	-	Razón
Trino de trabajo	Período horario en el que el enfermero desempeña sus funciones (mañana, tarde o noche).	Se registrará mediante una ficha de recolección de datos (opciones: mañana, tarde, noche).	-	Nominal politómica
Estado civil	Situación legal y social de la persona en relación con el matrimonio o convivencia.	Se registrará mediante una ficha de recolección de datos (opciones: soltero, casado, conviviente, divorciado, viudo).	-	Nominal politómica

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI – HSS)

Edad: _____ Sexo/género:

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo:

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

0 = Nunca / Ninguna vez

1 = Casi nunca / Pocas veces al año

2 = Algunas veces / Una vez al mes o menos

3 = Regularmente / Pocas veces al mes

4 = Bastantes veces / Una vez por semana

5 = Casi siempre / Pocas veces por semana

6 = Siempre / Todos los días

Ítems	0	1	2	3	4	5	6
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							

Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mí							
Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
Siento que mi trabajo me está desgastando							
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
Me siento muy energético							
Me siento frustrado por mi trabajo							
Siento que estoy trabajando demasiado							
No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
Trabajar directamente con personas me produce estrés							
Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambio en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
- 2 obtengo muy poco placer de las cosas.
- 3 no puedo obtener ningún placer de las cosas.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento culpable.
- 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No pienso en matarme.
- 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.
- 2 Desearía matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo usual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que antes.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que antes.
- 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.
- 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 Siento que soy valioso.
- 1 No me considero tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1 Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
 - 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
 - 3a Duermo la mayor parte del día.
 - 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que antes.
- 1 Estoy más irritable que antes.
- 2 Estoy mucho más irritable que antes.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1 Mi apetito es un poco menor que antes.
 - 1b Mi apetito es un poco mayor que antes.
 - 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
 - 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
 - 3a No tengo apetito en absoluto.
 - 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como antes.
- 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.