

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSTGRADO**



**“RELACION ENTRE DEPRESION Y SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL  
DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD MÉDICA USULUTÁN SEPTIEMBRE 2024”**

**Autor:**

**DRA. GLENDA JEANNETTE RUBIO RUBIO**

**Para optar al título de especialista en:**

**PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**Asesor metodológico**

**DR. WILSON AVENDAÑO**

**Ciudad universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, 14 de  
noviembre de 2025**

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD**

### **RECTOR**

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

### **VICERRECTORA ACADÉMICA**

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

### **VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

M.Sc. Roger Arias

### **SECRETARIO GENERAL**

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD**

### **DECANO**

Dr. Saúl Díaz Peña

### **VICEDECANO**

M.SC. Franklin Arnulfo Méndez Durán

### **SECRETARIO**

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

### **DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA**

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

### **DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

### **DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO**

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

### **COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS**

Dra. Blanca Aracely Martínez

### **COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Dra. Claudia Margarita de Blanco

## 1. Tabla de contenido

2.	<i>Introducción</i> .....	8
2.1.	Planteamiento del problema .....	9
2.2.	Justificación .....	11
2.3.	Objetivos.....	12
2.3.1.	Objetivo general .....	12
2.3.2.	Objetivos específicos .....	12
3.	<i>Marco teórico</i> .....	13
3.1.	Síndrome de burnout: definición y dimensiones.....	13
3.2.	Manifestaciones clínicas del burnout y su medición.....	13
3.3.	La depresión en el personal de salud.....	14
3.4.	Evaluación de la depresión: Escala de Hamilton .....	14
3.5.	Asociación entre depresión y síndrome de burnout .....	15
3.6.	Factores de riesgo ocupacionales y personales .....	15
3.7.	Antecedentes de estudios en personal de salud.....	16
4.	<i>Metodología</i> .....	18
4.1.	Tipo de estudio .....	18
4.2.	Diseño general de la investigación.....	18
4.2.1.	Descripción y operativización de variables .....	19
4.3.	Población, muestra y unidad de análisis .....	22
4.3.1.	Población general.....	22
4.3.2.	Población diana.....	22
4.3.3.	Unidad de análisis .....	22
4.3.4.	Muestra .....	22
4.4.	Criterios de inclusión y exclusión .....	23
4.4.1.	Criterios de inclusión .....	23
4.4.2.	Criterios de exclusión .....	23
4.5.	Intervención .....	23
4.6.	Proceso de recolección de datos .....	24
4.7.	Instrumentos utilizados.....	24
4.8.	Métodos de control de calidad de los datos .....	27
4.9.	Procedimiento para garantizar los aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos. ....	27
4.10.	Plan de análisis de los resultados.....	29
5.	<i>Resultados</i> .....	29

5.1.	Introducción .....	29
5.2.	Descripción general de la muestra .....	30
5.2.1.	Distribución por sexo .....	30
5.2.2.	Distribución por grupo de edad .....	30
5.2.3.	Distribución por estado civil.....	31
5.2.4.	Distribución por área de trabajo .....	32
5.2.5.	Distribución por tiempo desempeñando funciones .....	32
5.3.	Objetivo 1: Prevalencia de síntomas depresivos en el personal de enfermería .....	33
5.3.1.	Clasificación del nivel de depresión según la Escala de Hamilton... 33	
5.3.2.	Distribución de la presencia de depresión según área de trabajo (análisis complementario).....	35
5.3.3.	Distribución de los síntomas depresivos según el tiempo desempeñando funciones.....	37
5.3.4.	Distribución de síntomas depresivos según grupo de edad.....	37
5.3.1.	Distribución de síntomas depresivos según estado civil .....	38
5.4.	Objetivo 2: Identificar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería, según edad y sexo .....	39
5.4.1.	Clasificación del agotamiento emocional .....	39
5.4.2.	Clasificación de la despersonalización.....	40
5.4.3.	Clasificación de la realización personal .....	41
5.4.4.	Prevalencia del síndrome de burnout completo .....	42
5.4.5.	Distribución del síndrome de burnout según sexo y edad .....	43
5.4.1.	Análisis complementario: distribución del burnout según área de trabajo	46
5.5.	Objetivo 3: Analizar la asociación entre síntomas depresivos y síndrome de burnout en el personal de enfermería .....	49
5.5.1.	Asociación entre depresión y agotamiento emocional .....	49
5.5.2.	Asociación entre depresión y despersonalización .....	50
5.5.3.	Asociación entre depresión y realización personal .....	51
5.6.	Interpretación estadística general .....	51
6.	<i>Discusión de los resultados</i> .....	52
6.1.	Introducción .....	52
6.2.	Discusión del Objetivo 1: Prevalencia de síntomas depresivos .....	53
6.3.	Discusión del Objetivo 2: Prevalencia del síndrome de burnout según edad y sexo .....	54
6.4.	Discusión del Objetivo 3: Asociación entre síntomas depresivos y burnout	56
7.	<i>Implicaciones</i> .....	57
8.	<i>Recomendaciones</i> .....	57
9.	<i>Limitaciones del estudio</i> .....	58

10.	<i>Conclusiones</i> .....	59
11.	<i>Consideraciones finales</i> .....	60
12.	<i>Referencias</i> .....	61
13.	<i>Anexos</i> .....	63

## Resumen

El personal de enfermería enfrenta una carga física y emocional considerable, lo que puede desencadenar síntomas de malestar psicológico como la depresión y el síndrome de burnout. Estas condiciones afectan no solo el bienestar individual de los profesionales de salud, sino también la calidad del cuidado que brindan a los pacientes. En El Salvador, existe escasa evidencia sobre la relación entre ambas condiciones en este grupo laboral esencial.

Este estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre depresión y síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y transversal, con una muestra de 59 profesionales activos en consulta externa y emergencias. Se aplicaron la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), y se analizaron los datos mediante pruebas de Chi cuadrado y test exacto de Fisher.

Los resultados mostraron que el 57.6 % del personal presentó síntomas depresivos. Además, se identificaron niveles altos de agotamiento emocional (23.7 %), despersonalización (11.9 %) y baja realización personal (13.6 %). Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de depresión y cada una de las tres dimensiones del síndrome de burnout ( $p < 0.05$ ).

Estos hallazgos sugieren una asociación importante entre depresión y burnout en el personal de enfermería, lo que refuerza la necesidad de implementar intervenciones preventivas orientadas a la salud mental ocupacional. Los datos obtenidos constituyen una base útil para futuras investigaciones científicas y para el desarrollo de estrategias institucionales que promuevan entornos laborales más saludables.

**Palabras clave:** Depression; Burnout, Professional; Nursing Staff, Hospital; Occupational Health; Mental Health.

## 2. Introducción

En El Salvador, el personal de enfermería constituye uno de los pilares fundamentales en la atención directa de los pacientes dentro del sistema de salud. Sin embargo, su labor está marcada por una alta exigencia física y emocional, turnos prolongados, recursos limitados y escaso apoyo institucional, lo que ha generado una creciente preocupación por su salud mental. Estudios internacionales han reportado prevalencias variables tanto de síndrome de burnout como de depresión en este grupo profesional, afectando su bienestar personal y la calidad del cuidado que brindan (1–3)

A pesar de que existe abundante literatura sobre cada una de estas condiciones por separado, aún se dispone de escasa evidencia local sobre su coexistencia y la forma en que podrían estar relacionadas. En particular, se desconoce si el personal de enfermería que manifiesta síntomas de depresión también presenta con mayor frecuencia agotamiento emocional, despersonalización o baja realización personal, dimensiones que conforman el síndrome de burnout (4–6).

Frente a esta realidad, surge la necesidad de responder a la interrogante: ¿existe una asociación significativa entre los síntomas depresivos y el síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután? Este cuestionamiento es relevante tanto desde una perspectiva clínica como institucional, ya que identificar dicha asociación podría permitir intervenciones más integrales y específicas para mejorar el bienestar del personal.

Para dar respuesta a esta pregunta, se diseñó una investigación observacional, analítica y transversal, en la que participaron 59 profesionales de enfermería activos en la Unidad Médica Usulután. Se aplicaron dos instrumentos estandarizados y validados: la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (7,8), analizando la relación entre ambas condiciones a través de pruebas de chi cuadrado y test exacto de Fisher.

Los resultados mostraron que el 57.6 % del personal presentó síntomas depresivos y que el agotamiento emocional alto se encontró en el 23.7 %, la despersonalización

alta en el 11.9% y la baja realización personal en el 13.6%. Además, se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre la depresión y cada una de estas tres dimensiones del burnout ( $p < 0.05$ ).

Este informe presenta los hallazgos obtenidos en dicho estudio, brindando evidencia sobre la asociación entre la depresión y el síndrome de burnout en personal de enfermería, específicamente en la Unidad Médica Usulután, con base en un análisis cuantitativo de ambas condiciones. Con ello, se buscó determinar si existía una relación significativa entre los síntomas depresivos y las dimensiones del síndrome de burnout en esta población

## **2.1. Planteamiento del problema**

El personal de enfermería desempeña un papel crucial en la prestación de la atención en las unidades médicas, sin embargo, enfrenta numerosos desafíos que pueden afectar su bienestar psicológico. Debido a que hay un creciente auge en la necesidad de comprender los problemas de salud mental, es importante conocer la relación entre la depresión y el síndrome de burnout en este personal.

A pesar de los numerosos estudios realizados sobre la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería, la información existente se presenta fragmentada y con resultados heterogéneos lo que dificulta la formulación de conclusiones definitivas sobre la verdadera magnitud de esta problemática en el personal de salud.

Con respecto a la depresión la prevalencia en el personal de enfermería varía según los estudios y las regiones. Por ejemplo, en Estados Unidos, alrededor del 18% de los enfermeros experimentaron síntomas de depresión, mientras que en Europa, la variabilidad es amplia, con cifras entre el 10% y el 30% según el país (9)(2).

La disponibilidad de datos sobre la prevalencia de la depresión en el personal de enfermería en América Latina puede ser limitada en comparación con otras regiones del mundo. Sin embargo, estudios en países como Brasil y encuestas en México sugieren que alrededor del 15% al 20% de los enfermeros podrían experimentar

síntomas significativos de depresión. La falta de estudios específicos y recursos limitados para la investigación en salud mental pueden contribuir a esta limitación de datos en la región (10,11)(12).

La depresión y el síndrome de burnout son problemas significativos que afectan al personal de enfermería, y pueden tener consecuencias adversas tanto para la salud del profesional como para la calidad de la atención al paciente.

La depresión en el personal de enfermería puede resultar en una variedad de problemas de salud física y mental. El personal de enfermería que presenta depresión pueden enfrentar síntomas como fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, insomnio, ansiedad y trastornos de la alimentación. Este impacto en la salud física puede afectar la capacidad del personal de enfermería para realizar su trabajo de manera efectiva y segura (4,5,9).

Por otro lado, el síndrome de burnout, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, también puede tener consecuencias graves. Alrededor del 11.23% de la población global de enfermeros sufre de burnout, una tasa considerablemente alta. Factores como la ubicación geográfica y la especialidad tienen un impacto significativo en las tasas de prevalencia del burnout (2).

Entre los factores de riesgo encontrados para padecer síndrome de burnout en el personal fueron una mayor proporción de personas con enfermedades crónicas, trabajadores del turno nocturno, abuso de sustancias, mayor cantidad de horas trabajadas por semana y de pacientes asignados por turno (13).

La literatura reciente muestra que el burnout en enfermeros está asociado con un mayor riesgo de errores en la atención al paciente, menor satisfacción laboral y una mayor probabilidad de abandonar la profesión de enfermería.

Con respecto a la asociación entre depresión y síndrome de burnout en el personal de enfermería los resultados aún no son concluyentes, pero en la mayoría de estudios se encuentra asociación positiva (4,5,14).

Por lo que surge la siguiente interrogante: ¿Existe una asociación significativa entre depresión y el síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Unidad Médica de Usulután?"

## **2.2. Justificación**

La relevancia de investigar la conexión entre la depresión y el síndrome de burnout en el equipo de enfermería de la Unidad Médica Usulután se fundamenta en múltiples aspectos. En primer lugar, tanto la depresión como el síndrome de burnout representan desafíos significativos de salud mental, con implicaciones que trascienden el ámbito laboral y afectan la calidad de vida en general.

En el contexto específico de los profesionales de enfermería, estas condiciones pueden comprometer la calidad de la atención proporcionada a los pacientes, poniendo en riesgo la seguridad y la eficiencia de los servicios de salud ofrecidos en la unidad médica.

Es crucial comprender esta asociación para implementar medidas preventivas y de intervención que promuevan la salud mental del personal de enfermería y, por ende, mejoren la atención médica brindada a la comunidad.

Numerosos estudios han explorado de manera independiente tanto el síndrome de burnout como la depresión en el personal de enfermería, pero hay una escasez de investigación que examine la asociación entre estos dos fenómenos.

La comprensión de esta asociación y sus determinantes específicos en la institución es crucial para desarrollar estrategias efectivas de intervención y prevención dirigidas a mitigar tanto la depresión como el síndrome de burnout en el personal de enfermería.

Además, los hallazgos de esta investigación pueden contribuir directamente a mejorar la atención al paciente, ya que un personal de enfermería con mejor bienestar mental es más capaz de ofrecer cuidados de calidad, reducir errores clínicos y establecer una relación más empática con los pacientes. Al implementar

estrategias basadas en los resultados obtenidos, se pueden fortalecer los mecanismos de apoyo dentro de la institución, optimizando los tiempos de respuesta, la seguridad en los procedimientos y el trato humano hacia los pacientes. Los resultados obtenidos pueden servir como base para implementar estrategias de afrontamiento organizacionales que promuevan un entorno de trabajo más saludable y favorable para la salud mental de los trabajadores de la salud en la Unidad Médica Usulután. Esto, a su vez, contribuirá a la mejora continua de la atención al paciente, garantizando un servicio más seguro, eficiente y humano.

### **2.3. Objetivos**

#### **2.3.1. Objetivo general**

Determinar la asociación entre la depresión y el síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután durante el año 2024

#### **2.3.2. Objetivos específicos**

1. Establecer la prevalencia de la depresión en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután.
2. Identificar la prevalencia de síndrome de burnout en el personal de enfermería, según edad y sexo, en la Unidad Médica de Usulután.
3. Establecer la asociación entre los síntomas de depresión y las dimensiones del síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Unidad Médica de Usulután

### **3. Marco teórico**

#### **3.1. Síndrome de burnout: definición y dimensiones**

El concepto de síndrome de burnout fue descrito por la Dra. Christina Maslach y sus colegas a finales de la década de 1970, como resultado de su investigación sobre el estrés laboral en trabajadores. Maslach lo describió como un síndrome clínico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que ocurre en individuos cuyas tareas se basan en la atención a personas, lo que llevó al desarrollo del modelo teórico del síndrome de burnout. Puede expresarse como la incapacidad para hacer frente al estrés emocional en el ámbito laboral o como el agotamiento resultante del empleo excesivo de energía y recursos, lo que desemboca en sentimientos de fracaso y extenuación (7).

Su trabajo pionero no solo proporcionó una comprensión más profunda de los efectos del estrés crónico en el lugar de trabajo, sino que también estableció las bases para la identificación y el abordaje de este fenómeno en diversas ocupaciones y contextos laborales. La investigación ha dado lugar a una concepción del burnout laboral como un síndrome psicológico originado por estresores interpersonales crónicos en el trabajo.

#### **3.2. Manifestaciones clínicas del burnout y su medición**

Este síndrome se caracteriza por tres dimensiones clave: un agotamiento abrumador, sentimientos de cinismo y desconexión con el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logro. El agotamiento representa la dimensión fundamental del estrés individual del burnout, manifestándose como una sensación de estar exhausto y agotado de los recursos emocionales y físicos. El cinismo (o despersonalización) refleja la dimensión interpersonal del burnout, marcada por una actitud negativa, cínica o distante hacia varios aspectos del trabajo. Por último, el componente de eficacia reducida o logro aborda la autoevaluación del burnout, implicando sentimientos de incompetencia y una falta de logro y productividad en el trabajo (15).

Los signos clínicos de síndrome de burnout son variados y abarcan fatiga, cefaleas, trastornos alimenticios, insomnio, irritabilidad, inestabilidad emocional y dificultades en las relaciones interpersonales. El Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI) destaca como la herramienta más investigada para evaluar el agotamiento en la literatura, el cual de forma autoaplicada, mide el desgaste profesional, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas las menores a 34, tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9 (7).

### **3.3. La depresión en el personal de salud**

La depresión es un trastorno mental ampliamente presente en la sociedad. Se calcula que aproximadamente el 5% de la población adulta a nivel mundial experimenta este problema, se observa una mayor prevalencia entre el género femenino. Este trastorno, que puede llevar a pensamientos y comportamientos suicidas, representa una carga significativa para la salud pública en todo el mundo. Afortunadamente, existen tratamientos eficaces disponibles para la depresión, independientemente de su gravedad, lo que resalta la importancia de buscar ayuda profesional y apoyo para aquellos que la padecen (16).

El personal de enfermería puede sufrir síntomas depresivos con una frecuencia que alcanza el doble de la del público en general. El análisis de la literatura muestra que las enfermeras pueden presentar tasas elevadas de depresión, lo cual podría incidir en la calidad de la atención que brindan (1).

### **3.4. Evaluación de la depresión: Escala de Hamilton**

La Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D) de 17 ítems, desarrollada por Max Hamilton en la década de 1960, es una herramienta clínica utilizada para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en individuos. Esta escala evalúa

una variedad de síntomas, como el estado de ánimo deprimido, la ansiedad, los trastornos del sueño y los síntomas somáticos. Su uso proporciona una medida objetiva y estandarizada de la depresión en contextos clínicos y de investigación.

Cada ítem se califica en una escala de puntuación de 0 a 4, donde 0 indica la ausencia del síntoma y 4 indica la presencia más grave del mismo. La escala es heteroaplicada entrenado y se le solicita al individuo que responda a los ítems de acuerdo con sus experiencias durante la última semana (8).

### **3.5. Asociación entre depresión y síndrome de burnout**

La asociación entre la depresión y el síndrome de burnout en el personal de enfermería es un tema de gran importancia en la investigación médica. Estudios han revelado una conexión significativa entre estos dos trastornos, sugiriendo que la presencia de síntomas depresivos puede aumentar la probabilidad de desarrollar síndrome de burnout, y viceversa (5).

Los factores que aumentan el riesgo de padecer depresión y síndrome de burnout son diversos y pueden variar según las circunstancias. Entre estos factores se encuentran la carga laboral excesiva, el estrés prolongado, la falta de apoyo social y emocional, la sensación de no tener control sobre el trabajo, la ausencia de reconocimiento y recompensa, así como la dificultad para equilibrar el trabajo con la vida personal (6).

### **3.6. Factores de riesgo ocupacionales y personales**

La exposición continua a situaciones emocionalmente demandantes, como atender a pacientes en estado crítico o enfrentarse a conflictos interpersonales en el entorno laboral, también puede contribuir de manera significativa a la aparición de estos trastornos. Asimismo, la falta de autonomía en el trabajo, la inseguridad laboral, el agotamiento físico y emocional, y la percepción de que el trabajo carece de significado o propósito son factores adicionales que pueden aumentar el riesgo de sufrir depresión y síndrome de burnout. Reconocer estos factores y tomar medidas preventivas tanto a nivel individual como organizacional es crucial para evitar y

mitigar el impacto negativo de estos trastornos en la salud y el bienestar de las personas, así como en el funcionamiento eficaz de los entornos laborales (6).

### **3.7. Antecedentes de estudios en personal de salud**

En 2019, se realizó un estudio dirigido hacia el personal de enfermería, con una muestra de 72 personas, entre ellos técnicos y auxiliares de enfermería, que laboraban en Unidades de Cuidados Intensivos, de hospitales privados de Brasil, se encontró que la mayoría del personal se catalogó en fase inicial (68.1%) del síndrome de burnout. En cuanto a los síntomas depresivos, la mayoría se encontraba dentro del patrón de normalidad (54.2%), pero casi la mitad de la muestra mostraba signos de disforia o síntomas depresivos (45.8%). Mediante asociación estadística se encontró que el personal que tenía estrés moderado/intenso tenían más probabilidades de desarrollar fases moderadas o considerables del síndrome de Burnout (17).

Otro estudio realizado en 2018 a 182 miembros del personal de la salud en las áreas de cuidados críticos: médicos, enfermeras, personal de fisioterapia y terapeutas respiratorios/inhaloterapia, que laboraban en el Centro Médico ABC Campus Observatorio y Santa Fe y hospitales anexos, de la Ciudad de México, se encontró que el síndrome de Burnout se presentó en un 46.2% de los participantes de forma completa y en un 18.1% de forma incompleta. Se detectó depresión en el 74.2% del personal, con un 26.7% cumpliendo criterios para depresión severa. Treinta y cuatro personas reportaron pensamientos suicidas. Comparando aquellos con síndrome de burnout completo versus los que no lo tenían, se observó una mayor proporción de personas con enfermedades crónicas, trabajadores del turno nocturno, abuso de sustancias, mayor cantidad de horas trabajadas por semana y de pacientes asignados por turno (13).

Un estudio observacional realizado en el Complejo Hospitalario de la Policía Nacional del Perú Luis Nicasio Sáenz, en 2019, dirigido a 145 médicos residentes, reveló que entre los médicos residentes, la prevalencia de síntomas de depresión variaba: la mayoría (53,1%) presentaba síntomas mínimos o ausentes, seguidos por

un porcentaje considerable con síntomas leves (27,6%), moderados (13,8%), y moderadamente severos (5,5%). En cuanto al síndrome de burnout, un porcentaje significativo mostró altos niveles de agotamiento emocional (40%) y despersonalización (33,8%), mientras que un número considerable experimentó baja realización personal (15,9%). Al aplicar los criterios de diagnóstico de síndrome de burnout, se encontró que el 9,65% de los médicos residentes cumplían con los tres componentes. Además, se observó una correlación significativa entre los puntajes totales del PHQ-9 y la MBI, lo que sugiere una relación entre la depresión y el burnout en este grupo de profesionales de la salud (18).

Durante la contingencia sanitaria al Covid-19, en el año 2020 se realizó un estudio en el estado de Chihuahua, México a 983 trabajadores del área de salud, reveló que tanto el Síndrome de Burnout como los síntomas depresivos afectan significativamente al personal médico y de enfermería, con una prevalencia global del 11.5% y 25.7%, respectivamente. Entre el personal de enfermería, estas cifras fueron aún más altas, con un 15.2% para Síndrome de burnout y un 30.0% para síntomas depresivos. Se identificaron diversas variables asociadas con la presencia de Síndrome de burnout y síntomas depresivos, incluyendo el perfil laboral (medicina o enfermería), edades entre 20 y 39 años, jornadas laborales de  $\geq 9$  horas, y la cantidad de sueño  $\leq 6$  horas. Estos resultados resaltan la importancia de abordar los factores laborales y de salud mental en el personal sanitario para prevenir el agotamiento y los síntomas depresivos (11)

La revisión de la literatura indica una conexión sólida entre la depresión y el síndrome de burnout en el personal de enfermería. Esta interrelación parece estar influenciada por una serie de variables, tanto individuales como laborales, que incluyen la carga de trabajo, el nivel de apoyo social y emocional, así como la percepción de control sobre el entorno laboral.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

Este estudio fue de tipo analítico observacional de diseño transversal, ya que buscó evaluar la asociación entre la depresión y el síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután.

Se clasificó como analítico porque pretendió analizar la relación entre ambas variables, en lugar de solo describirlas.

Fue observacional debido a que no se intervinieron el ambiente laboral ni las condiciones de vida de las personas estudiadas.

Finalmente, fue transversal, ya que los datos fueron recolectados en un solo momento en el tiempo, sin seguir a los participantes a lo largo del tiempo para evaluar cambios longitudinales.

### **4.2. Diseño general de la investigación**

La investigación se estructuró con base en un enfoque cuantitativo y transversal, dirigido a analizar la relación entre dos variables principales: depresión y síndrome de burnout. Ambas variables fueron definidas conceptualmente, operacionalizadas y alineadas con los objetivos específicos del estudio, como se detalla a continuación.

## 4.2.1. Descripción y operativización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Objetivos específicos	Dimensión	Escala de la variable	Indicadores	Instrumento
<b>Depresión</b>	Trastorno mental que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y el comportamiento de una persona. Se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, falta de interés o placer en actividades cotidianas, así como cambios en el apetito, el sueño y la energía.	Se midió mediante la Escala de Hamilton de 17 ítems, la cual cuantifica la severidad de los síntomas depresivos	<b>OBJETIVO 1</b>  Establecer la prevalencia de la depresión en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután.	Estado normal: 0 a 7 puntos	Cualitativa nominal	Si o no	Cuestionario
				Depresión menor: 8 a 12 puntos		Si o no	
				Menos que depresión mayor: 13 a 17 puntos		Si o no	
				Depresión mayor: 18 a 29 puntos		Si o no	
				Más que depresión mayor: 30 a 52 puntos.		Si o no	
Síndrome de Burnout	Síndrome psicológico caracterizado por agotamiento físico, emocional y mental que resulta de la exposición prolongada al estrés laboral crónico.	Se evaluó con el Inventario de Burnout de Maslach, considerando sus tres	<b>OBJETIVO 2</b>  Identificar la prevalencia de síndrome de	Agotamiento emocional	Cualitativa nominal	si o no	Cuestionario

		dimensiones.	burnout en el personal de enfermería, según edad y sexo, en la Unidad Médica de Usulután.	Despersonalización		si o no	
				Realización personal		si o no	
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento presente.	Edad en años cumplidos según respuesta del personal de enfermería		Edad	Cuantitativa	Edad en años cumplidos	Cuestionario
Sexo	División del género humano en dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujer</li> <li>• Hombre</li> </ul>	Características biológicas y físicas propias según respuesta del personal de enfermería	Sexo	Cualitativa dicotómica	Femenino o Masculino	Cuestionario	
Asociación entre los síntomas de	Grado en que existe una relación entre los síntomas de depresión y las dimensiones del síndrome de	Se evaluó mediante prueba de Chi cuadrado.	<b>OBJETIVO 3</b> Establecer la	Si $P < 0.05$ hay asociación	Cualitativa	$P < 0.05$	- Tabla de contingencia

<p>depresión y las dimensiones del síndrome de burnout</p>	<p>burnout en el personal de enfermería</p> <p>Estudio de base: Ashraf, F., Ahmad, H., Shakeel, M., Aftab, S., &amp; Masood, A. (2019). Mental health problems and psychological burnout in Medical Health Practitioners: A study of associations and triadic comorbidity: Mental health problems &amp; psychological burnout in MHPs. <i>Pakistan Journal of Medical Sciences Quarterly</i>, 35(6). <a href="https://doi.org/10.12669/pjms.35.6.444">https://doi.org/10.12669/pjms.35.6.444</a></p>		<p>asociación entre los síntomas de depresión y las dimensiones del síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Unidad Médica de Usulután</p>	<p>significativa entre variables</p> <p>Si <math>P &gt; 0.05</math> no hay asociación entre variables.</p>			<p>- Análisis estadístico SPSS</p>
--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------

### **4.3. Población, muestra y unidad de análisis**

#### **4.3.1. Población general**

La población general del estudio estuvo constituida por el personal de enfermería que laboraba en la Unidad Médica de Usulután, en sus diferentes áreas de atención, incluyendo Consulta Externa y la Unidad de Emergencia. Esta población ascendía a un total de 61 profesionales en el momento de la recolección de datos.

#### **4.3.2. Población diana**

La población diana estuvo compuesta por el personal de enfermería activo que prestaba servicios asistenciales en las áreas de Consulta Externa y Emergencia de la Unidad Médica Usulután. Este grupo fue seleccionado por estar directamente expuesto a los factores ocupacionales que podrían estar relacionados con la presencia de síntomas depresivos y síndrome de burnout, y constituyó el grupo objetivo del estudio.

#### **4.3.3. Unidad de análisis**

La unidad de análisis estuvo conformada por el personal de enfermería de la Unidad Médica de Usulután, a través de los datos obtenidos mediante la aplicación de los cuestionarios.

#### **4.3.4. Muestra**

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a la totalidad del personal de enfermería disponible durante el periodo de recolección de datos. Esta elección metodológica se fundamentó en que la población accesible coincidía con el universo de estudio dentro de la Unidad Médica Usulután, lo que permitió abordar de forma integral el fenómeno en investigación. La muestra estuvo inicialmente conformada por 61 profesionales de enfermería distribuidos en diversas áreas de trabajo dentro de la unidad. No obstante, la muestra final quedó constituida por 59 participantes, luego de excluirse a dos

personas que no cumplían con el criterio de inclusión relacionado con haber laborado al menos seis meses en la institución.

Para el análisis, se realizó un análisis bivariado con el fin de evaluar la asociación entre los niveles de depresión y las dimensiones del síndrome de burnout, utilizando variables categorizadas en función de las escalas empleadas.

No se llevó a cabo un análisis multivariado debido al tamaño reducido de la muestra, por lo que no se realizaron ajustes por posibles factores de confusión.

Solo se incluyeron aquellos participantes que se encontraban laborando activamente en la Unidad Médica Usulután y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

#### **4.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **4.4.1. Criterios de inclusión**

1. Haber sido empleado activo del área de enfermería, asignado a áreas de atención directa en la Unidad Médica Usulután.
2. Haber trabajado en dicha unidad durante al menos los seis meses previos al estudio.
3. Haber otorgado consentimiento voluntario para participar en la investigación.

##### **4.4.2. Criterios de exclusión**

1. Personal que no consintió participar en el estudio o que no otorgó el consentimiento informado.
2. Individuos que presentaron una condición de salud que limitara su participación en el estudio al momento de su realización.

#### **4.5. Intervención**

No se realizó ninguna intervención.

#### **4.6. Proceso de recolección de datos**

Se informó al director de la Unidad Médica Usulután y a la jefatura de enfermería sobre el proyecto de investigación y sus objetivos. Para ello, se solicitó por escrito la autorización correspondiente, utilizando los anexos No. 1 y No. 2 dirigidos a ambas instancias.

Posteriormente, se elaboró un formulario electrónico a través de la plataforma Google Forms, el cual incluyó preguntas sociodemográficas y las escalas clínicas seleccionadas.

El personal de enfermería fue reunido en pequeños grupos y se les brindó una charla breve donde se explicó el propósito de la investigación, los procedimientos a seguir y las indicaciones para completar el formulario. Luego de la explicación, se solicitó el consentimiento informado por escrito. Una vez firmado el consentimiento, se proporcionó acceso al formulario electrónico, que incluía dos instrumentos: la Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems) y el Maslach Burnout Inventory.

La información recolectada fue tabulada inicialmente en una hoja de cálculo de Excel, la cual sirvió como base para organizar los datos y facilitar su posterior análisis. Luego, esta base fue trasladada al programa estadístico SPSS, donde se integraron también las variables sociodemográficas: sexo, edad, área de atención y estado civil. A partir de esta base de datos, se determinaron los niveles de afectación por depresión y síndrome de burnout en el personal de enfermería. Asimismo, se identificaron los casos en que ambas condiciones coexistían, con el fin de establecer si existía una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

#### **4.7. Instrumentos utilizados**

Se emplearon dos instrumentos de evaluación para llevar a cabo esta investigación: el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y la Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D) de 17 ítems.

El Maslach Burnout Inventory (Maslach C, Jackson SE), consta de 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert, explora sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia su paciente. Cada uno de los tres aspectos fundamentales del síndrome es valorado como subescala.

*Agotamiento emocional:* evalúa la fatiga emocional derivada de las demandas laborales.

*Despersonalización:* valora las respuestas de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los pacientes, de frialdad y distanciamiento.

*Realización personal:* valora la satisfacción personal y los sentimientos de autoeficacia y competencia en la práctica del trabajo cotidiano.

Según el puntaje total, el síndrome de burnout se clasifica en:

- Leve: menos de 33 puntos
- Moderado: entre 33 y 66 puntos
- Grave: más de 66 puntos

En la versión original los coeficientes alfa de Cronbach reportados fueron para la dimensión Agotamiento emocional de 0.89, para la Despersonalización de 0.77 y el de Realización personal de 0.74, y en la versión adaptada, un valor alfa de Cronbach para la dimensión AE de 0.90, para el D de 0.79 y el de RP de 0.71.

Por otro lado, la evaluación de la depresión se llevó a cabo mediante la Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D) de 17 ítems, desarrollada por Max Hamilton en la década de 1960. Esta herramienta evalúa una amplia gama de síntomas depresivos, tales como estado de ánimo, ansiedad, alteraciones del sueño y síntomas somáticos. Cada ítem se califica de 0 a 4, donde 0 indica la ausencia del síntoma y 4 su mayor severidad.

Según la puntuación obtenida se clasifica de la siguiente manera:

Sin depresión:	0 a 7 puntos
Depresión leve:	8 a 12 puntos
Menos moderada:	13 a 17 puntos
Depresión severa:	18 a 29 puntos
Depresión muy severa:	30 a 52 puntos

En un estudio de validación del instrumento, la versión de 17 ítems de la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS) demostró resultados sólidos en cuanto a su validez y confiabilidad. Se encontró una consistencia interna adecuada, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,7, un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,9, y la fiabilidad entre observadores fue alta, con un coeficiente de correlación de 0,9, lo que indica una alta concordancia en las puntuaciones de la escala entre diferentes evaluadores. Estos hallazgos respaldan la utilidad y la fiabilidad de la versión de 17 ítems de la HDRS como una herramienta válida para la evaluación de la depresión.

Ambos instrumentos son herramientas reconocidas y validadas que proporcionan una evaluación detallada y precisa de los síntomas de burnout y depresión experimentados por los individuos, lo que los convierte en recursos adecuados para la investigación

Previo al inicio del estudio, se realizó una prueba piloto con el objetivo de verificar la comprensión de los ítems, la pertinencia del formato digital y la consistencia de las respuestas, con el fin de asegurar la idoneidad y precisión de los instrumentos seleccionados.

#### **4.8. Métodos de control de calidad de los datos**

En esta investigación sobre la asociación entre la depresión y el síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután, se aplicaron medidas específicas para asegurar la calidad y consistencia de los datos recolectados.

El cuestionario fue diseñado en formato electrónico mediante Google Forms, y se configuró para que no permitiera avanzar sin completar todas las respuestas obligatorias. Esto garantizó que no quedaran ítems sin responder. Por cada consentimiento informado recibido, se verificó que el cuestionario correspondiente hubiera sido completado en su totalidad, lo cual permitió mantener un control cruzado entre los formularios físicos y digitales.

Una vez finalizado el proceso de recolección, los datos fueron exportados desde Google Forms a una hoja de cálculo de Excel. En este archivo, los datos fueron codificados y organizados de manera estructurada para su posterior análisis. Posteriormente, la base fue transferida al software estadístico SPSS, en el que se llevaron a cabo los análisis correspondientes.

No se elaboraron listas de chequeo adicionales, ya que el diseño mismo del formulario electrónico y la verificación individual por parte de la investigadora garantizaron la completitud y coherencia de los datos.

#### **4.9. Procedimiento para garantizar los aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.**

- **Relación del investigador con los participantes:** La investigadora principal no tuvo una relación jerárquica directa con los participantes, lo que redujo el riesgo de influencia en sus respuestas o en la decisión de participar.
- **Control del sesgo de participación:** Para garantizar la objetividad de los resultados, se emplearon cuestionarios estructurados y estandarizados. Se

obtuvo la autorización institucional y de jefatura para facilitar la participación voluntaria sin presiones externas.

- **Ambiente de aplicación y comprensión del instrumento:** Los participantes fueron reunidos en pequeños grupos donde se les brindó una charla breve en la que se explicó el propósito del estudio, los instrumentos utilizados y las instrucciones para completar el cuestionario. Se resolvieron dudas en el momento, asegurando la comprensión adecuada del contenido.
- **Anonimización y confidencialidad:** Los datos fueron recolectados sin nombres ni identificadores personales directos. Cada cuestionario estuvo vinculado únicamente a un código de identificación. La información fue manejada exclusivamente por la investigadora principal y fue utilizada únicamente con fines académicos.
- **Derecho a no participar:** Se explicó con claridad que la participación era voluntaria. Dos personas fueron excluidas por no cumplir con el criterio de haber trabajado al menos seis meses en la institución, y no se documentaron negativas explícitas tras la presentación del estudio.
- **Beneficios esperados:** Aunque los resultados aún no han sido expuestos al personal, se espera que los hallazgos puedan contribuir a mejorar el entorno laboral y brindar orientación sobre estrategias para reducir el burnout y la depresión en el personal de enfermería.
- **Riesgos potenciales:** No se identificaron riesgos físicos ni psicológicos derivados de la participación en el estudio, ya que la participación consistió únicamente en completar cuestionarios autoaplicados.
- **Transparencia y consentimiento informado:** Antes de participar, se brindó una explicación clara del estudio a través de una charla grupal. Posteriormente, los participantes firmaron un consentimiento informado por escrito (Anexo No. 1) antes de acceder al cuestionario.

- **Almacenamiento de los datos:** Los datos fueron almacenados de forma digital en archivos protegidos y solo estuvieron disponibles para la investigadora. Se garantizó la confidencialidad mediante el uso de códigos en lugar de nombres reales.

#### **4.10. Plan de análisis de los resultados**

Para el análisis de los datos, se examinó la existencia de asociación entre las variables aplicadas a datos categóricos derivados de escalas ordinales. Se construyeron tablas de contingencia para evaluar si el personal de enfermería que presentó síntomas de síndrome de burnout también mostró síntomas de depresión.

La asociación entre estas variables fue determinada mediante la prueba de chi cuadrado para variables independientes, utilizando un nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$ . No se realizaron análisis multivariados debido al carácter exploratorio del estudio y al tamaño reducido de la muestra.

Los resultados obtenidos no han sido aún compartidos con el personal participante ni con las jefaturas. Sin embargo, se prevé realizar reuniones informativas una vez finalizado el análisis completo, en las cuales se expondrán los hallazgos de forma clara y accesible. Estas reuniones servirán como espacios de retroalimentación y discusión, permitiendo a los involucrados comprender la relevancia de los datos y su potencial utilidad para mejorar el ambiente laboral. La información será compartida exclusivamente con los participantes y las jefaturas, sin ser divulgada a terceros

## **5. Resultados**

### **5.1. Introducción**

En este capítulo se presentan los hallazgos obtenidos del análisis de los datos recopilados del personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután. Aunque la

población total era de 61 trabajadores, dos participantes fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos, por lo que el análisis se realizó con una muestra final de 59 personas. Los resultados se estructuran según los objetivos específicos del estudio: primero, se describen las características sociodemográficas y clínicas de la muestra; en segundo lugar, se reporta la prevalencia de síntomas de depresión y de las dimensiones del síndrome de burnout; y finalmente, se analiza la posible asociación entre ambas condiciones.

## 5.2. Descripción general de la muestra

### 5.2.1. Distribución por sexo

En cuanto al sexo, la mayoría del personal encuestado fue de sexo femenino (84.7%), mientras que el 15.3% fue de sexo masculino. Esta distribución refleja la composición habitual del personal de enfermería en el sistema de salud salvadoreño, donde las mujeres representan la mayoría del recurso humano en esta área.

**Tabla 5.1. Distribución por sexo del personal de enfermería**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Femenino	50	<b>84.7</b>
Masculino	9	<b>15.3</b>
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

### 5.2.2. Distribución por grupo de edad

En cuanto al grupo etario, la distribución fue relativamente equilibrada. Los grupos más representados fueron los de 31–35 años y 36–40 años, cada uno con el 20.3% del total, seguidos por el grupo de 41–45 años (18.6%). Los extremos etarios (25–

30 y 51–55 años) fueron menos frecuentes, con 16.9% y 10.2%, respectivamente. Esta distribución sugiere una población laboral predominantemente adulta joven y de mediana edad.

**Tabla 5.2. Distribución por edad de personal de enfermería**

Grupo de edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
25–30 años	10	16.9
31–35 años	12	20.3
36–40 años	12	20.3
41–45 años	11	18.6
46–50 años	8	13.6
51–55 años	6	10.2
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

### 5.2.3. Distribución por estado civil

En cuanto al estado civil, se observó que la mayoría de los participantes se encontraban casados/as, representando el 49.2 % (n = 29) del total. El 23.7 % (n = 14) indicó estar soltero/a, mientras que el 13.6 % (n = 8) reportó estar acompañado/a sin vínculo legal formal. Un menor porcentaje se identificó como separado/a (3.4 %, n = 2), divorciado/a (8.5 %, n = 5) o viudo/a (1.7 %, n = 1). Esta distribución refleja una predominancia de personas con algún tipo de vínculo afectivo o conyugal vigente dentro del personal de enfermería encuestado.

**Tabla 5.3. Distribución del personal de enfermería según estado civil (n = 59)**

Estado civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Casado/a</b>	29	49.2
<b>Soltero/a</b>	14	23.7

<b>Acompañado/a</b>	8	13.6
<b>Separado/a</b>	2	3.4
<b>Viudo/a</b>	1	1.7
<b>Divorciado/a</b>	5	8.5
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

#### **5.2.4. Distribución por área de trabajo**

En cuanto al área de trabajo, la mayoría del personal se encontraba asignado al área de emergencia (67.8%), mientras que el 32.2% laboraba en consulta externa. Esta distribución refleja una mayor concentración de recursos humanos en la unidad de emergencia, posiblemente relacionada con la mayor demanda asistencial que caracteriza este servicio.

**Tabla 5.4 Distribución por área de trabajo**

<b>Área de trabajo</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Consulta externa	19	32.2
Emergencia	40	67.8
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

#### **5.2.5. Distribución por tiempo desempeñando funciones**

En relación con el tiempo desempeñando funciones dentro de la unidad, la mayoría del personal reportó una antigüedad superior a seis años, representando el 54.2 % (n = 32) del total de participantes. Un 27.1 % (n = 16) tenía entre uno y tres años de trabajar en la unidad, mientras que el 13.6 % (n = 8) acumulaba entre cuatro y seis años. Solo el 1.7 % (n = 1) llevaba entre seis meses y un año, y el 3.4 % (n = 2) tenía menos de seis meses de antigüedad. Esta distribución muestra que más de la mitad del personal posee una trayectoria laboral prolongada en la institución, lo cual

puede tener implicaciones tanto en la adaptación al entorno laboral como en los factores asociados al desgaste profesional.

**Tabla 5.5. Distribución del personal de enfermería según tiempo desempeñando funciones en la unidad (n = 61)**

<b>Tiempo en funciones</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Menos de 6 meses	2	3.3%
6 meses a 1 año	1	1.6%
1 a 3 años	16	26.2%
4 a 6 años	8	13.1%
Más de 6 años	34	57.6%
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

### **5.3. Objetivo 1: Prevalencia de síntomas depresivos en el personal de enfermería**

Como parte del primer objetivo, se exploró la presencia de síntomas depresivos en el personal de enfermería, de acuerdo con la puntuación obtenida en la Escala de Depresión de Hamilton. Se utilizó una puntuación de corte >7 para indicar la presencia de síntomas depresivos clínicamente relevantes. A continuación, se presenta la distribución del personal según el grado de depresión identificado.

#### **5.3.1. Clasificación del nivel de depresión según la Escala de Hamilton**

Del total de participantes, el 57.6% presentó algún grado de depresión, mientras que el 42.4% no reportó síntomas significativos. Entre quienes presentaron depresión, la mayoría correspondía a niveles leves y moderados.

Estos resultados muestran que más de la mitad del personal evaluado reportó síntomas depresivos, lo cual constituye un hallazgo significativo en términos de salud mental ocupacional. La presencia de síntomas en distintos niveles de

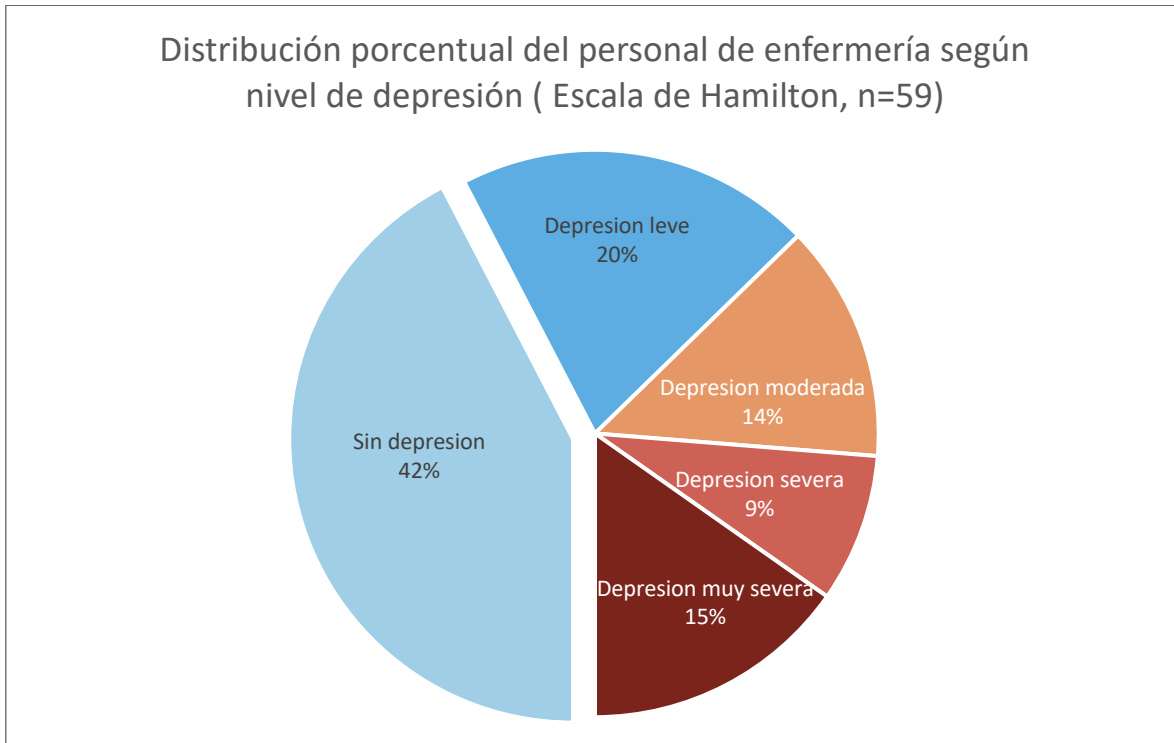
severidad refuerza la necesidad de intervenciones preventivas y de apoyo psicológico dentro del entorno laboral del personal de enfermería.

**Tabla 5.6 Clasificación del nivel de depresión según la Escala de Hamilton**

<b>Nivel de depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin depresion</b>	25	42.4%
<b>Depresion leve</b>	12	20.3%
<b>Depresion moderada</b>	8	13.6%
<b>Depresion severa</b>	5	8.5%
<b>Depresion muy severa</b>	9	15.3%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

**Gráfico 5.1. Distribución porcentual del personal de enfermería según nivel de depresión ( Escala de Hamilton, n=59)**



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

### **5.3.2. Distribución de la presencia de depresión según área de trabajo (análisis complementario).**

Este análisis complementario describe la distribución de síntomas depresivos según el área de trabajo. Se observó una mayor proporción de casos con depresión en el personal de consulta externa (68.4 %) en comparación con el personal de emergencia (52.5 %).

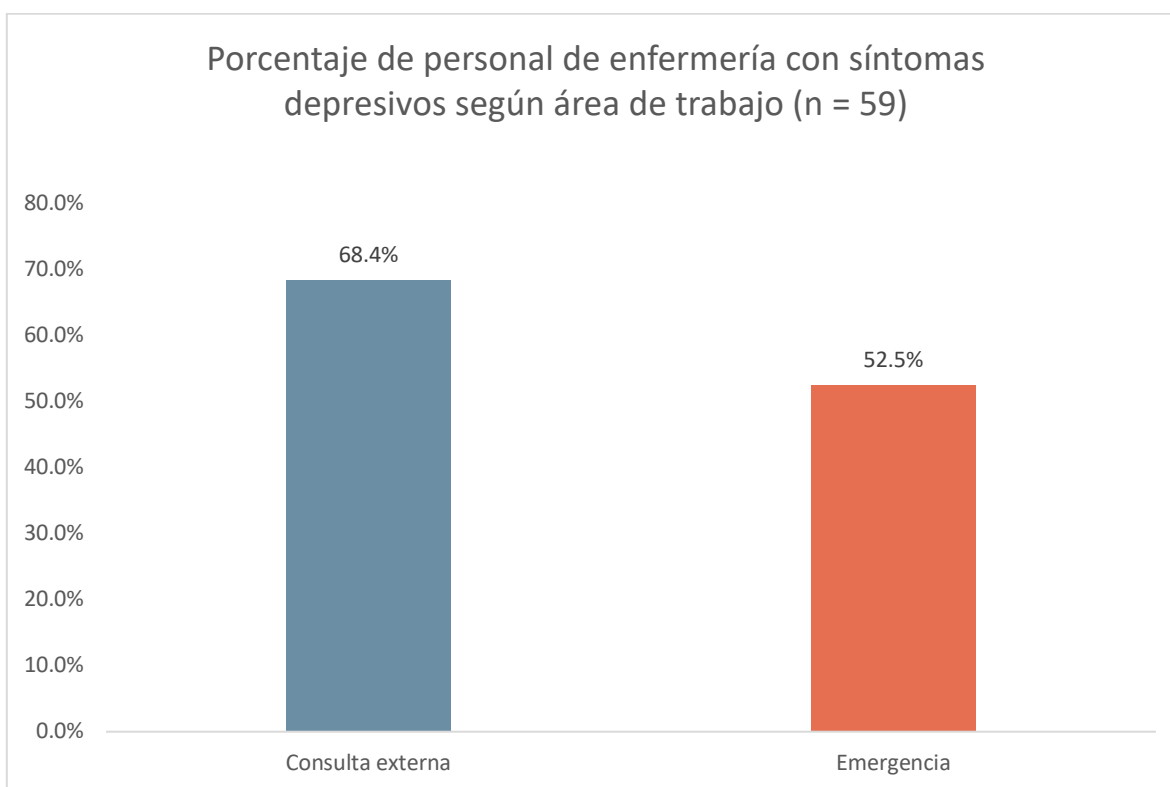
Aunque no se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales, estos hallazgos descriptivos permiten visualizar posibles diferencias relacionadas con el entorno laboral. La identificación de estos patrones puede orientar futuras investigaciones y estrategias de intervención ajustadas a las características de cada unidad de trabajo.

**Tabla 5.7. Distribución de la presencia de síntomas depresivos según área de trabajo del personal de enfermería (análisis complementario) (n = 59).**

Área de trabajo	Sin depresión n (%)	Con depresión n (%)	Total
Consulta externa	6 (31.6 %)	13 (68.4 %)	19
Emergencia	19 (47.5 %)	21 (52.5 %)	40
<b>Total</b>	<b>25 (42.4 %)</b>	<b>34 (57.6 %)</b>	<b>59</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

**Gráfico 5.2. Porcentaje de personal de enfermería con síntomas depresivos según área de trabajo (n = 59)**



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

### 5.3.3. Distribución de los síntomas depresivos según el tiempo desempeñando funciones

Al describir la presencia de síntomas depresivos en función del tiempo desempeñando funciones en la unidad, se observó que más de la mitad del personal con síntomas depresivos (64.7 %) tenía más de seis años de antigüedad. En contraste, entre quienes no presentaban síntomas depresivos, el 48.0 % se encontraba en esta misma categoría de antigüedad. Las diferencias también fueron notorias en otras categorías: la proporción de participantes con síntomas depresivos fue menor en quienes llevaban entre uno y tres años en la unidad (23.5 %), y nula entre quienes tenían menos de un año de trabajo. Estos datos permiten describir ciertas tendencias entre el tiempo laborado y la presencia de síntomas depresivos dentro de esta población, sin que ello implique establecer una relación causal.

**Tabla 5.8. Presencia de síntomas depresivos en el personal de enfermería según tiempo desempeñando funciones en la unidad (n = 59)**

<b>Tiempo desempeñando funciones</b>	<b>Sin depresión n (%)</b>	<b>Con depresión n (%)</b>
6 meses a 1 año	1 (4.0 %)	0 (0.0 %)
1 a 3 años	8 (32.0 %)	8 (23.5 %)
4 a 6 años	4 (16.0 %)	4 (11.8 %)
Más de 6 años	12 (48.0 %)	22 (64.7 %)
<b>Total</b>	<b>25 (100 %)</b>	<b>34 (100 %)</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

### 5.3.4. Distribución de síntomas depresivos según grupo de edad

Al explorar la distribución de los síntomas depresivos según el grupo de edad, se observó que entre las personas sin depresión, predominaban aquellas de entre 25 y 30 años (32.0 %) y de entre 31 y 40 años (40.0 % en conjunto). En contraste, entre quienes reportaron síntomas depresivos, la mayor proporción se encontró en los

grupos de 31 a 50 años, con un 20.6 % en cada uno de los rangos de 31 a 35, 36 a 40 y 46 a 50 años. La presencia de síntomas depresivos fue marcadamente menor en el grupo más joven (5.9 %) y más frecuente a medida que aumentaba la edad, particularmente a partir de los 36 años. Estos datos permiten describir una mayor presencia de síntomas depresivos en participantes de edad intermedia y mayor.

**Tabla 5.9. Presencia de síntomas depresivos en el personal de enfermería según grupo de edad (n = 59)**

Grupo de edad	Sin depresión n (%)	Con depresión n (%)
<b>25 a 30 años</b>	8 (32.0 %)	2 (5.9 %)
<b>31 a 35 años</b>	5 (20.0 %)	7 (20.6 %)
<b>36 a 40 años</b>	5 (20.0 %)	7 (20.6 %)
<b>41 a 45 años</b>	5 (20.0 %)	6 (17.6 %)
<b>46 a 50 años</b>	1 (4.0 %)	7 (20.6 %)
<b>51 a 55 años</b>	1 (4.0 %)	5 (14.7 %)
<b>Total</b>	<b>25 (100 %)</b>	<b>34 (100 %)</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

### **5.3.1. Distribución de síntomas depresivos según estado civil**

Al describir la presencia de síntomas depresivos según el estado civil, se observó que la mitad de los participantes con síntomas depresivos se encontraban casados/as (50.0 %, n = 17), mientras que un 17.6 % (n = 6) estaban acompañados/as y un 14.7 % (n = 5) eran solteros/as. Por otro lado, entre quienes no presentaban síntomas depresivos, el 48.0 % estaban casados/as y el 36.0 % solteros/as. Aunque se identificaron diferencias en la distribución de los síntomas depresivos entre los distintos grupos, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que el estado civil por sí solo no explica la presencia de sintomatología depresiva. Factores como el contexto relacional, la calidad del apoyo social y las

condiciones laborales también pueden influir en el bienestar emocional del personal de enfermería.

**Tabla 5.10. Distribución de síntomas depresivos según estado civil (n=59)**

<b>Estado civil</b>	<b>Sin depresión n (%)</b>	<b>Con depresión n (%)</b>
Casado/a	12 (48.0 %)	17 (50.0 %)
Soltero/a	9 (36.0 %)	5 (14.7 %)
Acompañado/a	2 (8.0 %)	6 (17.6 %)
Separado/a	1 (4.0 %)	1 (2.9 %)
Viudo/a	0 (0.0 %)	1 (2.9 %)
Divorciado/a	1 (4.0 %)	4 (11.8 %)
<b>Total</b>	<b>25 (100 %)</b>	<b>34 (100 %)</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

#### **5.4. Objetivo 2: Identificar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería, según edad y sexo**

En esta sección se presenta la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería, evaluado a través del Inventario de Burnout de Maslach. Este instrumento considera tres dimensiones: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). La clasificación obtenida permite identificar el grado de afectación del personal en cada una de estas áreas. Además, se analiza la distribución de estas dimensiones según el sexo y grupo etario de los participantes.

##### **5.4.1. Clasificación del agotamiento emocional**

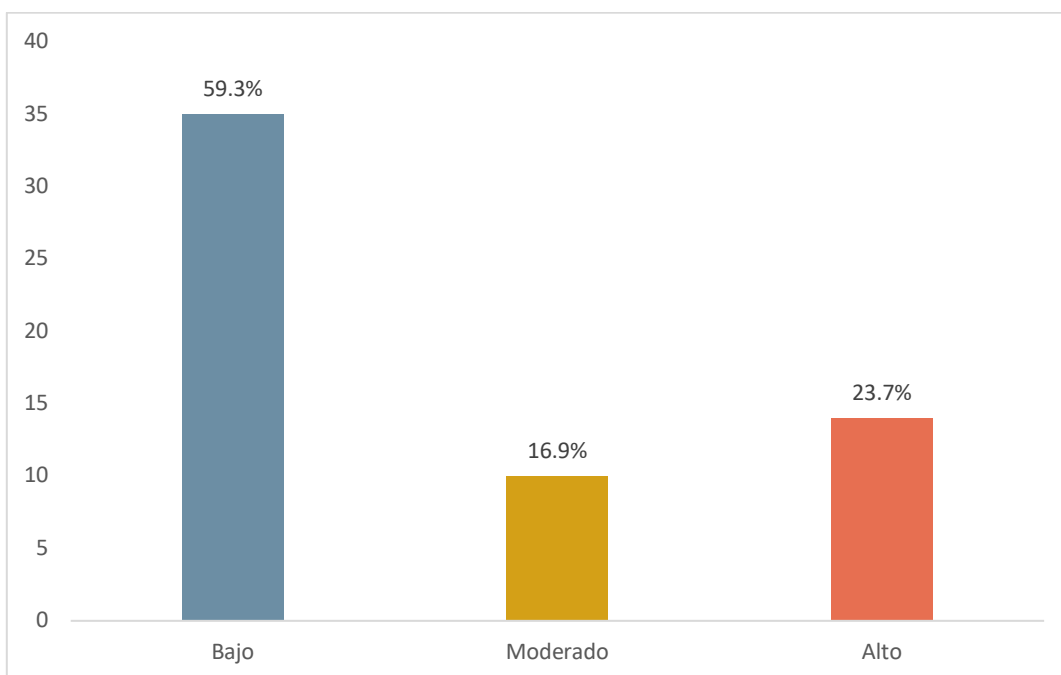
En cuanto a la dimensión de agotamiento emocional, el 23.7% del personal presentó un nivel alto, el 16.9% un nivel moderado, y el 59.3% un nivel bajo. Esto sugiere que al menos uno de cada cuatro trabajadores experimentaba un agotamiento emocional significativo en el momento de la evaluación.

**Tabla 5.11 Clasificación del agotamiento emocional**

Nivel de AE	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Bajo	35	59.3
Moderado	10	16.9
Alto	14	23.7
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

**Gráfico 5.3. Distribución del personal de enfermería según nivel de agotamiento emocional (Inventario de Maslach, n = 59)**



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

#### **5.4.2. Clasificación de la despersonalización**

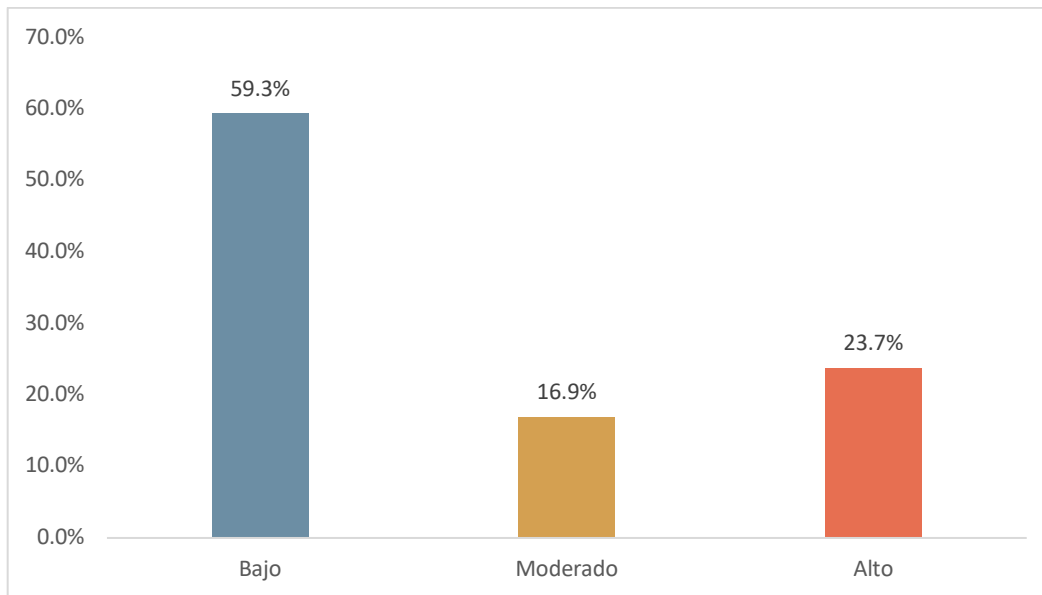
La mayoría del personal (72.9%) presentó niveles bajos de despersonalización. Solo el 11.9% alcanzó niveles altos en esta dimensión, lo cual indica una menor prevalencia de actitudes de desapego emocional hacia los pacientes en comparación con otras dimensiones del síndrome.

**Tabla 5.12 Clasificación de la despersonalización**

Nivel de DP	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Bajo	43	72.9
Moderado	9	15.3
Alto	7	11.9
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25

**Gráfico 5.4. Distribución del personal de enfermería según nivel de despersonalización (Inventario de Maslach, n = 59)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25

### 5.4.3. Clasificación de la realización personal

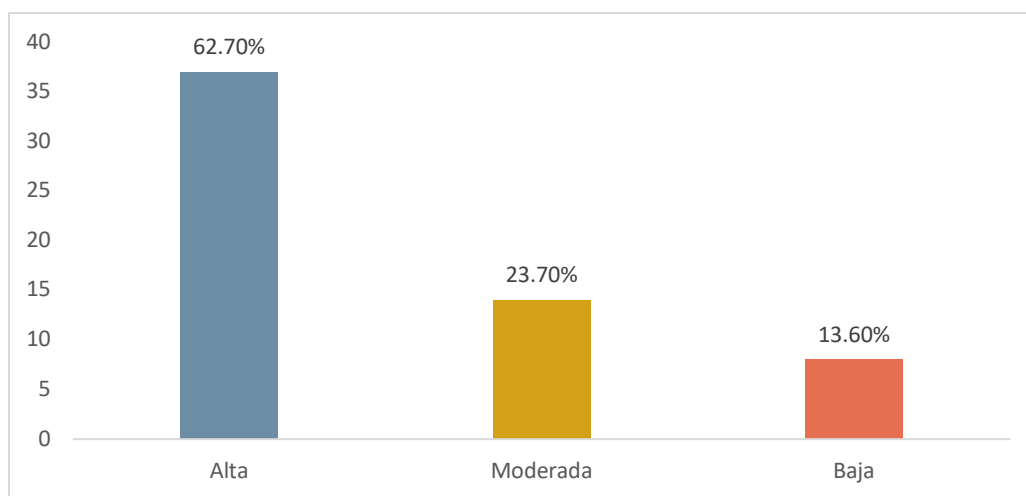
En cuanto a la realización personal, el 13.6% del personal reportó niveles bajos, lo cual puede indicar una percepción negativa de eficacia o satisfacción en el trabajo. La mayoría se ubicó en niveles altos (62.7%), lo que representa un elemento protector dentro del síndrome de burnout.

**Tabla 5.13 Clasificación de la realización personal**

Nivel de RP	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alta	37	62.7
Moderada	14	23.7
Baja	8	13.6
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25

**Gráfico 5.5. Distribución del personal de enfermería según nivel de realización personal (Inventario de Maslach, n = 59)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25

#### **5.4.4. Prevalencia del síndrome de burnout completo**

De los 59 participantes, únicamente 2 (3.4%) cumplieron con los tres criterios diagnósticos establecidos para síndrome de burnout completo. Este hallazgo indica que, aunque algunas dimensiones del burnout están presentes de manera aislada en una parte importante del personal, la coexistencia severa de todas ellas es poco frecuente en esta muestra.

**Tabla 5.14 Prevalencia del síndrome de burnout completo**

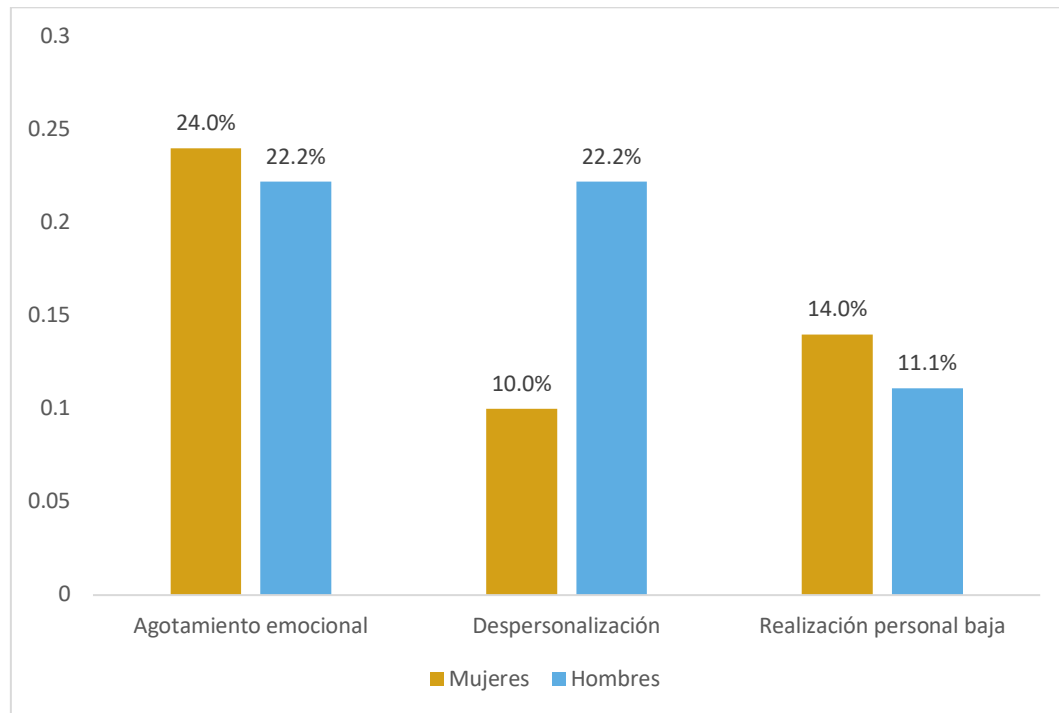
<b>Burnout completo</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sí	2	3.4
No	57	96.6
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

#### **5.4.5. Distribución del síndrome de burnout según sexo y edad**

Al analizar las dimensiones del burnout según el sexo, no se observaron diferencias marcadas. En el caso del agotamiento emocional alto, el 24.0% de las mujeres y el 22.2% de los hombres lo presentaron. La despersonalización alta fue reportada por el 10.0% de las mujeres y el 22.2% de los hombres, mientras que la realización personal baja se encontró en el 14.0% de las mujeres y el 11.1% de los hombres. Estos datos sugieren que la distribución del síndrome de burnout es relativamente homogénea entre sexos en esta muestra.

**Gráfico 5.6. Niveles altos en las dimensiones del síndrome de burnout según sexo en personal de enfermería (n = 59)**



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

Al analizar la distribución de los niveles altos en las dimensiones del burnout según grupo etario, se observa que el agotamiento emocional alto fue más prevalente en los grupos de 36 a 40 años (28.6%), 41 a 45 años (21.4%) y 46 a 50 años (21.4%). Esto indica que los niveles elevados de agotamiento emocional estuvieron concentrados principalmente entre los 36 y 50 años, sin una diferencia marcada entre los grupos dentro de ese rango.

La despersonalización alta se presentó en mayor proporción en el grupo de 36 a 40 años (28.6%), y en menor grado en los grupos de 41 a 45 y 46 a 50 años (ambos con 14.3%). Esto podría indicar un mayor distanciamiento emocional en etapas intermedias de la carrera, posiblemente como respuesta adaptativa al estrés acumulado o a la sobrecarga asistencial.

Por su parte, la realización personal baja fue especialmente frecuente en el grupo de 51 a 55 años (42.9%) y en el grupo de 46 a 50 años (37.5%), lo que sugiere que hacia etapas más avanzadas de la vida laboral puede incrementarse la percepción de ineficacia o desgaste personal, incluso cuando las otras dimensiones no se presentan con igual intensidad.

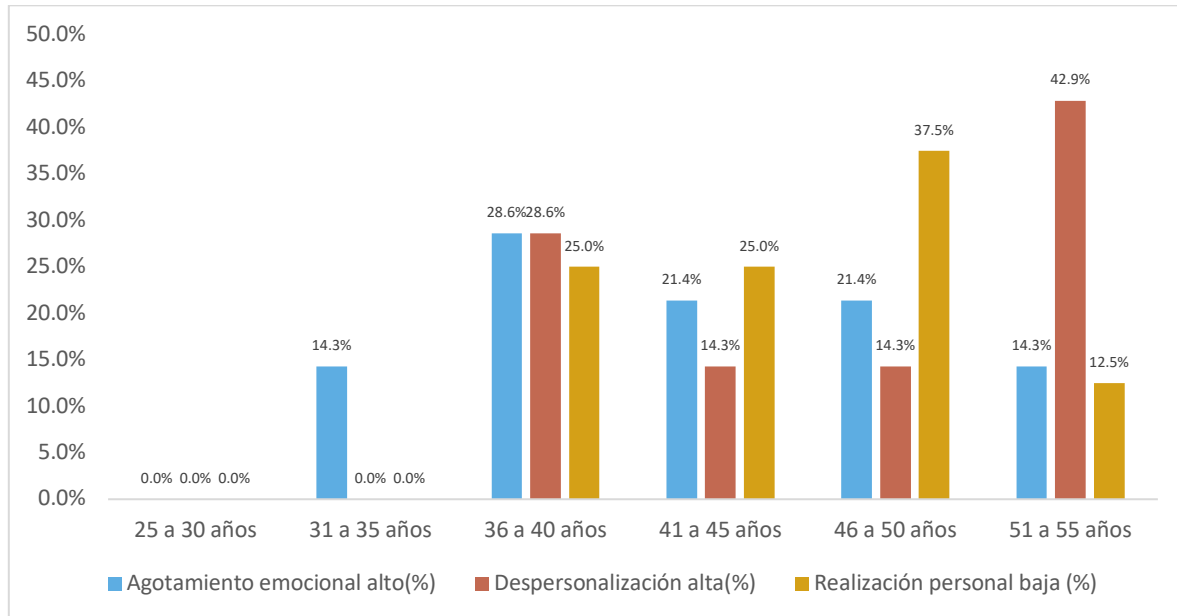
Cabe destacar que estos resultados tienen un carácter descriptivo y exploratorio, ya que no se aplicaron pruebas de significancia estadística para evaluar diferencias entre los grupos etarios. Sin embargo, los patrones observados ofrecen indicios relevantes sobre la posible distribución de los síntomas de burnout en diferentes etapas del ciclo laboral, y podrían servir como base para futuras investigaciones o estrategias de intervención más focalizadas.

**Tabla 5.15. Frecuencias y porcentajes de niveles altos en burnout según grupo etario.**

<b>Grupo etario</b>	<b>Agotamiento emocional alto n (%)</b>	<b>Despersonalización alta n (%)</b>	<b>Realización personal baja n (%)</b>
25 a 30 años	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
31 a 35 años	2 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)
36 a 40 años	4 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (25%)
41 a 45 años	3 (21.4%)	1 (14.3%)	2 (25%)
46 a 50 años	3 (21.4%)	1 (14.3%)	3 (37.5%)
51 a 55 años	2 (14.3%)	3 (42.9%)	1 (12.5%)
<b>Total</b>	<b>14 (100%)</b>	<b>7 (100%)</b>	<b>8 (100%)</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

**Gráfico 5.7. Niveles altos en las dimensiones del burnout según grupo etario en personal de enfermería (n = 59)**



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

#### **5.4.1. Análisis complementario: distribución del burnout según área de trabajo**

##### **5.4.1.1. Distribución del agotamiento emocional alto según área de trabajo**

Como parte del análisis exploratorio adicional, se examinó la distribución del agotamiento emocional alto según el área de trabajo. Se observó que el 27.5 % del personal de emergencia presentó niveles altos de agotamiento emocional, en comparación con el 15.8 % de quienes laboraban en consulta externa.

Aunque no se realizó prueba de significancia estadística para esta comparación, la diferencia porcentual podría indicar una mayor exposición al desgaste emocional en áreas de atención aguda, lo que puede tener implicaciones en la planificación de estrategias de prevención y apoyo psicológico específicas para estos contextos.

**Tabla 5.16. Agotamiento emocional alto en personal de enfermería según área de trabajo.**

Área de trabajo	AE no alto n (%)	AE alto n (%)	Total
Consulta externa	16 (84.2 %)	3 (15.8 %)	19
Emergencia	29 (72.5 %)	11 (27.5 %)	40
<b>Total</b>	<b>45 (76.3 %)</b>	<b>14 (23.7 %)</b>	<b>59</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

#### 5.4.1.2. Distribución la despersonalización alta según área de trabajo

En este análisis complementario se examinó la distribución de la despersonalización alta según el área de trabajo del personal de enfermería. Se observó que el 15.0 % del personal de emergencia presentó niveles altos de despersonalización, frente al 5.3 % del personal que laboraba en consulta externa.

Aunque esta diferencia no fue estadísticamente evaluada, podría sugerir un mayor riesgo de despersonalización en unidades de atención aguda, lo cual concuerda con la literatura que vincula este fenómeno con la exposición prolongada a situaciones de alta demanda emocional.

**Tabla 5.17. Distribución de la despersonalización alta según área de trabajo del personal de enfermería (n = 59)**

Área de trabajo	No (bajo/moderado) n (%)	Sí (alto) n (%)	Total
Consulta externa	18 (94.7 %)	1 (5.3 %)	19
Emergencia	34 (85.0 %)	6 (15.0 %)	40
<b>Total</b>	<b>52 (88.1 %)</b>	<b>7 (11.9 %)</b>	<b>59</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

#### **5.4.1.3. Distribución de la realización personal baja según área de trabajo**

En el análisis exploratorio por área de trabajo, se encontró que el 15.0 % del personal de emergencia presentó niveles bajos de realización personal, en comparación con el 10.5 % del personal de consulta externa.

Aunque la diferencia entre áreas no fue estadísticamente evaluada, estos resultados podrían señalar una ligera mayor percepción de insatisfacción o baja autorrealización en contextos de atención aguda, lo cual puede estar relacionado con el entorno de mayor presión, menor reconocimiento o sobrecarga emocional característica de dichos servicios.

**Tabla 5.18. Distribución de la realización personal baja según área de trabajo del personal de enfermería (n = 59)**

<b>Área de trabajo</b>	<b>RP no baja n (%)</b>	<b>RP baja n (%)</b>	<b>Total</b>
Consulta externa	17 (89.5 %)	2 (10.5 %)	19
Emergencia	34 (85.0 %)	6 (15.0 %)	40
<b>Total</b>	<b>51 (86.4 %)</b>	<b>8 (13.6 %)</b>	<b>59</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

En conjunto, los análisis exploratorios de las dimensiones del síndrome de burnout según el área de trabajo revelaron una mayor proporción de síntomas en el personal que labora en el área de emergencia. Aunque las diferencias observadas entre emergencia y consulta externa no fueron estadísticamente evaluadas, se identificaron porcentajes más elevados de agotamiento emocional alto (27.5 %), despersonalización alta (15.0 %) y realización personal baja (15.0 %) en el personal de emergencia en comparación con sus pares en consulta externa. Estos hallazgos, si bien deben interpretarse con cautela, podrían sugerir una carga emocional y organizacional distinta en los contextos de atención aguda, lo cual refuerza la

importancia de implementar estrategias diferenciales de autocuidado, apoyo psicológico y gestión del clima laboral, según la dinámica de cada unidad de trabajo.

**Tabla 5.19. Comparación de dimensiones del síndrome de burnout según área de trabajo del personal de enfermería (n = 59)**

<b>Dimensión evaluada</b>	<b>Consulta externa n (%)</b>	<b>Emergencia n (%)</b>
Agotamiento emocional alto	3 (15.8 %)	11 (27.5 %)
Despersonalización alta	1 (5.3 %)	6 (15.0 %)
Realización personal baja	2 (10.5 %)	6 (15.0 %)

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25.*

### **5.5. Objetivo 3: Analizar la asociación entre síntomas depresivos y síndrome de burnout en el personal de enfermería**

Para este objetivo, se realizó un análisis bivariado entre los niveles de depresión y cada una de las dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado y el test exacto de Fisher para evaluar la significancia estadística de las asociaciones, considerando un valor de p menor a 0.05 como criterio de significancia estadística.

#### **5.5.1. Asociación entre depresión y agotamiento emocional**

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas depresivos y el nivel alto de agotamiento emocional ( $\chi^2 = 5.930$ ;  $p = 0.015$ ; test exacto de Fisher = 0.028).

Entre quienes presentaban síntomas depresivos, el 35.3 % también mostraba niveles altos de agotamiento emocional, en comparación con solo el 8.0 % de quienes no presentaban depresión. Estos resultados sugieren que la presencia de

depresión se asocia con una mayor probabilidad de experimentar agotamiento emocional en el personal de enfermería evaluado.

**Tabla 5.20. Asociación entre presencia de síntomas depresivos y nivel alto de agotamiento emocional (n = 59)**

<b>Presencia de depresión</b>	<b>AE alto n (%)</b>	<b>no AE alto n (%)</b>	<b>Total</b>
Con depresión	12 (35.3%)	22 (64.7%)	34
Sin depresión	2 (8%)	23 (92%)	25
<b>Total</b>	<b>14 (23.7)</b>	<b>45 (76.3%)</b>	<b>59</b>

*Prueba de chi-cuadrado:  $\chi^2 = 5.930$ ,  $p = 0.015$  (significativo).*

### **5.5.2. Asociación entre depresión y despersonalización**

Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas depresivos y el nivel alto de despersonalización ( $\chi^2 = 5.840$ ;  $p = 0.016$ ; test exacto de Fisher = 0.017). Ninguno de los participantes sin depresión presentó despersonalización alta, mientras que entre quienes tenían síntomas depresivos, el 20.6 % reportó niveles elevados en esta dimensión.

Estos hallazgos sugieren que la despersonalización tiende a presentarse en mayor medida en quienes también presentan síntomas depresivos.

**Tabla 5.21. Asociación entre presencia de síntomas depresivos y nivel alto de despersonalización (n = 59)**

<b>Presencia de depresión</b>	<b>DP alto n (%)</b>	<b>DP no alto n (%)</b>	<b>Total</b>
Con depresión	7 (20.6%)	27 (79.4%)	34
Sin depresión	0 (0.0%)	25 (100%)	25
<b>Total</b>	<b>7 (11.9%)</b>	<b>52 (88.1%)</b>	<b>59</b>

*Prueba de chi-cuadrado:  $\chi^2 = 5.840$ ,  $p = 0.016$  (significativo); test exacto de Fisher = 0.017.*

### 5.5.3. Asociación entre depresión y realización personal

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas depresivos y la realización personal baja ( $\chi^2 = 6.805$ ;  $p = 0.009$ ; test exacto de Fisher = 0.016). Entre quienes presentaban síntomas depresivos, el 23.5 % reportó niveles bajos de realización personal, mientras que ninguno de los participantes sin depresión presentó esta condición.

Estos resultados indican que la baja realización personal se asocia significativamente con la presencia de síntomas depresivos en el personal de enfermería evaluado

**Tabla 5.22. Asociación entre presencia de síntomas depresivos y nivel bajo de realización personal (n = 59)**

Presencia de depresión	RP baja n (%)	RP no baja n (%)	Total
Con depresión	8 (23.5%)	26 (76.5%)	34
Sin depresión	0 (0%)	25 (100%)	25
<b>Total</b>	<b>8 (13.6%)</b>	<b>51 (86.4%)</b>	<b>59</b>

*Prueba de chi-cuadrado:  $\chi^2 = 6.805$ ,  $p = 0.009$  (significativo); test exacto de Fisher = 0.016*

### 5.6. Interpretación estadística general

Los análisis bivariados realizados entre las dimensiones del síndrome de burnout y la presencia de síntomas depresivos mostraron asociaciones estadísticamente significativas en los tres casos evaluados. Se observó una relación significativa entre depresión y agotamiento emocional ( $\chi^2 = 5.930$ ;  $p = 0.015$ ; Fisher = 0.028), entre depresión y despersonalización ( $\chi^2 = 5.840$ ;  $p = 0.016$ ; Fisher = 0.017), y entre depresión y baja realización personal ( $\chi^2 = 6.805$ ;  $p = 0.009$ ; Fisher = 0.016).

En dos de las asociaciones analizadas, las tablas presentaron celdas con frecuencias esperadas menores a cinco, por lo que se utilizó el test exacto de Fisher para garantizar la validez estadística de los resultados. En todos los casos, el valor

de p fue menor a 0.05, lo que indica una asociación significativa entre las variables analizadas.

Estos resultados sugieren una relación estrecha entre ambos fenómenos, lo cual es consistente con la literatura previa que señala que la carga emocional prolongada y el malestar psicológico pueden retroalimentarse en contextos laborales de alta exigencia.

Si bien el diseño transversal no permite establecer causalidad, los hallazgos resaltan la importancia de abordar integralmente el bienestar emocional y ocupacional del personal de enfermería, considerando tanto factores individuales como contextuales.

**Tabla 5.23. Porcentaje de participantes con depresión que presentaron niveles altos en las dimensiones del síndrome de burnout (n = 59)**

<b>Dimensión evaluada</b>	<b>% de participantes afectados con depresión</b>	<b>Asociación con depresión (p)</b>
Agotamiento emocional alto	12 (35.3%)	p = .015
Despersonalización alta	7 (20.6%)	p = .016
Realización personal baja	8 (23.5%)	p = .009

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos con SPSS v.25*

## **6. Discusión de los resultados**

### **6.1. Introducción**

En este capítulo se analizan e interpretan los hallazgos obtenidos sobre la prevalencia de síntomas depresivos y del síndrome de burnout, así como su asociación en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután. A partir de los resultados presentados, se busca comprender el significado clínico y contextual

de los datos, contrastarlos con la literatura científica existente, y reflexionar sobre sus implicaciones para la salud mental ocupacional y la calidad de la atención brindada. Esta discusión tiene como propósito no solo identificar concordancias o discrepancias con estudios previos, sino también aportar elementos que orienten futuras estrategias institucionales de prevención, intervención y mejora del ambiente laboral del personal de enfermería.

## **6.2. Discusión del Objetivo 1: Prevalencia de síntomas depresivos**

En el presente estudio, más de la mitad del personal de enfermería evaluado (57.6%) presentó síntomas depresivos según la Escala de Depresión de Hamilton, predominando los niveles leves y moderados. Este hallazgo revela una prevalencia elevada de malestar emocional en este grupo, lo cual es consistente con investigaciones que han documentado una mayor susceptibilidad del personal de enfermería a presentar síntomas depresivos en comparación con la población general.

En comparación con la literatura internacional, la prevalencia encontrada en esta muestra supera ampliamente los porcentajes reportados en países desarrollados, como Estados Unidos (18%) y varias regiones de Europa (10% a 30%), así como los datos estimados para América Latina, donde estudios en Brasil y México han informado cifras entre el 15% y el 20%. Incluso frente a contextos críticos como la pandemia por COVID-19, donde se documentó un 30% de síntomas depresivos en personal de enfermería en Chihuahua, México, el porcentaje hallado en la Unidad Médica Usulután continúa siendo superior.

Esta diferencia puede explicarse en parte por factores contextuales e institucionales, como la sobrecarga de trabajo, los turnos rotativos, la escasez de recursos y la limitada oferta de programas de apoyo emocional en el sistema público de salud. No obstante, también podrían influir elementos metodológicos: este estudio utilizó la Escala de Depresión de Hamilton de 17 ítems, una herramienta clínica heteroadministrada con alta sensibilidad y especificidad, que permite detectar síntomas depresivos incluso en fases leves o incipientes.

A diferencia de escalas de cribado general como el PHQ-9, la HAM-D incorpora ítems que evalúan síntomas somáticos como insomnio, fatiga, síntomas gastrointestinales y trastornos del apetito, los cuales son particularmente frecuentes en contextos de alta demanda laboral. En el caso del personal de enfermería, es posible que exista una mayor conciencia corporal y capacidad para identificar este tipo de manifestaciones, lo que podría influir en una mayor puntuación, aun en ausencia de un trastorno depresivo estructurado. Esta sensibilidad de la escala, si bien fortalece la capacidad de detección temprana, también requiere que los resultados sean interpretados dentro del contexto clínico y ocupacional del grupo evaluado.

La elevada proporción de síntomas depresivos identificada no solo constituye un indicador de riesgo para la salud mental del personal, sino que también puede repercutir negativamente en la calidad de la atención. Estudios previos han señalado que la presencia de depresión en personal sanitario se asocia con mayor probabilidad de errores clínicos, dificultades en la comunicación y disminución en la empatía hacia los pacientes. Por tanto, estos hallazgos subrayan la necesidad urgente de implementar estrategias institucionales que promuevan el bienestar emocional del personal de enfermería, tanto desde una perspectiva preventiva como asistencial.

### **6.3. Discusión del Objetivo 2: Prevalencia del síndrome de burnout según edad y sexo**

En cuanto al síndrome de burnout, los resultados del estudio revelaron que el 23.7% del personal de enfermería presentó niveles altos de agotamiento emocional, el 11.9% altos niveles de despersonalización y el 13.6% bajos niveles de realización personal. Solo el 3.4% cumplía con los tres criterios para síndrome de burnout completo. Aunque este último porcentaje puede parecer bajo, la presencia significativa de síntomas aislados en una proporción considerable del personal indica una afectación emocional importante, que puede estar incidiendo negativamente en su desempeño laboral y bienestar personal.

Estos hallazgos son comparables con estudios previos en América Latina. Por ejemplo, en un estudio realizado en México en áreas críticas hospitalarias, se reportó una prevalencia de burnout completo del 46.2% y depresión en el 74.2% del personal sanitario. Aunque la cifra de burnout completo en el presente estudio es menor, las dimensiones específicas del síndrome muestran una afectación relevante, en particular el agotamiento emocional, considerado el componente central del burnout. En estudios brasileños y peruanos también se han documentado altos niveles de agotamiento y despersonalización, incluso en contextos no hospitalarios, lo que indica que esta problemática no se limita a las unidades de cuidados intensivos.

Al analizar la distribución del burnout según sexo, no se observaron diferencias marcadas en esta muestra. Sin embargo, la despersonalización alta fue más frecuente en hombres, mientras que la realización personal baja fue levemente más frecuente en mujeres. En cuanto a los grupos etarios, el agotamiento emocional alto y la despersonalización fueron más comunes en los trabajadores de mayor edad, particularmente entre los 46 y 55 años, lo cual podría estar relacionado con el efecto acumulativo del desgaste profesional y la exposición prolongada a condiciones laborales exigentes.

La carga emocional que implica el cuidado directo de pacientes en contextos de alta demanda, la presión institucional, y la falta de reconocimiento o apoyo organizacional pueden contribuir al desarrollo de estas manifestaciones. En especial, el agotamiento emocional y la baja realización personal pueden tener consecuencias importantes sobre la motivación, la empatía y la calidad de la atención. Estos datos refuerzan la necesidad de implementar medidas de intervención temprana centradas en la salud ocupacional del personal de enfermería, así como políticas institucionales que promuevan un entorno laboral más saludable, con reconocimiento, rotación de tareas, acompañamiento psicológico y espacios de autocuidado.

#### **6.4. Discusión del Objetivo 3: Asociación entre síntomas depresivos y burnout**

El análisis bivariado reveló asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de síntomas depresivos y las tres dimensiones del síndrome de burnout. Se encontró relación entre depresión y agotamiento emocional ( $\chi^2 = 5.930$ ;  $p = .015$ ; Fisher = .028), entre depresión y despersonalización ( $\chi^2 = 5.840$ ;  $p = .016$ ; Fisher = .017), y entre depresión y baja realización personal ( $\chi^2 = 6.805$ ;  $p = .009$ ; Fisher = .016).

La relación entre burnout y depresión ha sido ampliamente documentada en la literatura, aunque los estudios coinciden en que esta asociación es compleja, bidireccional y en ocasiones difícil de delimitar clínicamente. Estudios previos en personal de enfermería y otros profesionales de la salud han señalado que el agotamiento emocional y la despersonalización pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo de depresión, mientras que los síntomas depresivos pueden amplificar la percepción de carga laboral, disminuir la motivación y reforzar la sensación de ineficacia.

En investigaciones latinoamericanas, como la realizada en hospitales de Ciudad de México, se ha identificado que el personal con burnout completo también presentaba una mayor prevalencia de depresión severa e incluso ideas suicidas. Esto refuerza la necesidad de abordar ambas condiciones como fenómenos interrelacionados, más que como diagnósticos aislados. El hecho de que en este estudio se hayan hallado asociaciones significativas en cada dimensión del burnout evidencia que la depresión puede atravesar transversalmente las distintas formas de desgaste laboral, lo cual implica un riesgo integral para el bienestar del personal.

Estos hallazgos subrayan la urgencia de diseñar estrategias preventivas en salud ocupacional que no solo identifiquen casos de burnout o depresión de forma separada, sino que aborden su interacción. La evaluación periódica del estado emocional del personal, el fortalecimiento de redes de apoyo institucional y la promoción de espacios seguros para la expresión emocional podrían ser

componentes clave para prevenir el deterioro progresivo de la salud mental del equipo de enfermería.

## **7. Implicaciones**

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian una carga significativa de síntomas depresivos y de síndrome de burnout en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután, lo cual plantea implicaciones relevantes tanto en el plano clínico como institucional.

Desde una perspectiva clínica, se refuerza la necesidad de atender de manera prioritaria la salud mental del personal de primera línea, cuyas condiciones laborales pueden comprometer su bienestar psicológico. La presencia simultánea de síntomas depresivos y desgaste profesional no solo afecta la calidad de vida de los trabajadores, sino que también puede repercutir negativamente en la calidad de la atención brindada a los pacientes.

A nivel institucional, estos hallazgos subrayan la urgencia de fortalecer las estrategias de prevención y promoción de la salud mental en el entorno laboral. Esto implica no solo la implementación de programas periódicos de evaluación emocional, talleres de autocuidado y manejo del estrés, sino también la creación de espacios seguros para la atención psicológica, dentro o fuera del horario laboral. Además, resulta fundamental revisar las condiciones estructurales que propician la sobrecarga asistencial, especialmente en áreas críticas como la emergencia, y promover políticas que valoren el trabajo del personal de enfermería, mejoren el clima organizacional y favorezcan el desarrollo de una cultura de cuidado mutuo.

## **8. Recomendaciones**

En función de los hallazgos obtenidos, se proponen las siguientes recomendaciones dirigidas a la Unidad Médica Usulután y a otras instituciones similares:

1. Implementar programas de detección temprana y seguimiento de síntomas depresivos y burnout en el personal de enfermería, mediante el uso de instrumentos estandarizados y protocolos de referencia oportuna.
2. Desarrollar intervenciones psicoeducativas y espacios de apoyo emocional grupal o individual, con participación de profesionales en salud mental, orientados a mejorar el afrontamiento del estrés laboral.
3. Brindar formación a las jefaturas de áreas clínicas y administrativas sobre el reconocimiento del desgaste emocional en su equipo de trabajo, fomentando un entorno de autocuidado y apoyo.
4. Revisar y ajustar las condiciones organizacionales, tales como la distribución de turnos, la carga de trabajo y los canales de comunicación interna, a fin de reducir factores estructurales que perpetúan el desgaste emocional.
5. Fomentar investigaciones periódicas que permitan monitorear la evolución del bienestar psicoemocional del personal y evaluar el impacto de las medidas implementadas.

## **9. Limitaciones del estudio**

A pesar de la relevancia de los hallazgos, este estudio presenta ciertas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas; es decir, aunque se encontraron asociaciones significativas entre la depresión y las dimensiones del síndrome de burnout, no puede determinarse con certeza si una condición antecede o contribuye al desarrollo de la otra.

En segundo lugar, aunque la muestra incluyó a la totalidad del personal de enfermería disponible en la Unidad Médica Usulután, su tamaño relativamente reducido (n=59) y su carácter local limitan la posibilidad de generalizar los resultados a otras instituciones o contextos del país. Además, no se realizó un análisis multivariado que permitiera ajustar por variables potencialmente confusoras

como estado civil, número de hijos, condiciones de salud física u horas de sueño, que podrían influir en la relación entre las variables estudiadas.

También debe señalarse que los instrumentos empleados, aunque clínicamente validados y confiables, fueron aplicados mediante autoinforme en formato digital, lo cual puede introducir sesgos de respuesta, especialmente si los participantes subestimaron o exageraron sus síntomas por razones personales, sociales o institucionales.

Por último, no se incluyó una evaluación cualitativa que permitiera explorar en mayor profundidad las vivencias subjetivas del personal respecto al malestar emocional y las condiciones laborales, lo cual podría haber enriquecido la interpretación de los resultados cuantitativos

## 10. Conclusiones

1. **Alta prevalencia de síntomas depresivos:** Más de la mitad del personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután (57.6%) presentó síntomas depresivos, predominando los niveles leves y moderados según la Escala de Hamilton. Este hallazgo indica una afectación emocional considerable en este grupo laboral, superior a lo reportado en otras regiones de América Latina.
2. **Presencia significativa de dimensiones del síndrome de burnout:** Si bien solo el 3.4% del personal cumplió con los tres criterios diagnósticos para síndrome de burnout completo, se identificó una afectación relevante en sus componentes individuales: el 23.7% mostró agotamiento emocional alto, el 11.9% despersonalización alta y el 13.6% baja realización personal.
3. **Asociación significativa entre depresión y burnout:** Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas depresivos y cada una de las tres dimensiones del síndrome de burnout. Esto sugiere que ambas condiciones no deben ser abordadas de forma aislada, sino como fenómenos interrelacionados que comparten factores de riesgo comunes en el entorno laboral del personal de enfermería.

4. **Distribución homogénea por sexo y mayor afectación en trabajadores de mayor edad:** Aunque no se observaron diferencias marcadas según el sexo, las dimensiones del burnout tendieron a ser más frecuentes en grupos etarios mayores, lo que podría reflejar un desgaste acumulado asociado al tiempo de exposición a condiciones laborales exigentes.
5. **Necesidad de intervenciones institucionales:** Los hallazgos refuerzan la importancia de establecer estrategias institucionales enfocadas en la prevención, detección temprana y atención del malestar emocional del personal de enfermería, considerando tanto intervenciones individuales como cambios estructurales en el ambiente laboral.

## **11. Consideraciones finales**

En conjunto, los resultados obtenidos en este estudio evidencian una afectación emocional relevante en el personal de enfermería de la Unidad Médica Usulután, manifestada tanto en síntomas depresivos como en componentes del síndrome de burnout. La asociación significativa entre ambas condiciones refuerza la idea de que no deben abordarse como fenómenos independientes, sino como expresiones interconectadas del malestar psicológico en contextos laborales de alta demanda. Estos hallazgos destacan la urgencia de implementar intervenciones institucionales que no solo busquen reducir el agotamiento y la sobrecarga, sino que también fomenten un entorno de cuidado integral, donde el bienestar del personal de salud sea una prioridad. Reconocer y atender estas problemáticas no solo es un imperativo ético hacia quienes sostienen el sistema de salud, sino también una vía para mejorar la calidad de la atención brindada a la población. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos aportan evidencia valiosa sobre el estado emocional del personal de enfermería en un contexto de atención en salud en El Salvador

## 12. Referencias

1. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in Hospital-Employed Nurses. *Clin Nurse Spec.* mayo de 2012;26(3):177-82.
2. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* abril de 2020;123:9-20.
3. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud.* febrero de 2015;52(2):649-61.
4. Chen C, Meier ST. Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* diciembre de 2021;124:104099.
5. Golonka K, Mojsa-Kaja J, Blukacz M, Gawłowska M, Marek T. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 8 de marzo de 2019 [citado 3 de junio de 2025]; Disponible en: <http://www.journalssystem.com/ijomeh/Occupational-burnout-and-its-overlapping-effect-with-depression-and-anxiety,93187,0,2.html>
6. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De La Fuente GA, et al. Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 30 de octubre de 2021;18(21):11432.
7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* abril de 1981;2(2):99-113.
8. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clínica.* enero de 2003;120(18):693-700.
9. Melnyk BM, Orsolini L, Tan A, Arslanian-Engoren C, Melkus GD, Dunbar-Jacob J, et al. A National Study Links Nurses' Physical and Mental Health to Medical Errors and Perceived Worksite Wellness. *J Occup Environ Med.* febrero de 2018;60(2):126-31.
10. Fajardo-Ortiz G, Torres-López TM, Oviedo-Briones M, Lango-Reynoso F, García-Sierra R, Valderrama-Alarcón LE 3. Prevalencia de síntomas depresivos en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018;56(5):405-10.
11. Álvarez Reza S, Flores-Olivares LA, Fernández-López M, Durán-Oyarzabal CE, Hernández Granillo P, Tapia-Ortega E. Depresión y síndrome de Burnout

en personal de salud durante la contingencia sanitaria por Covid-19. Salud Pública México. 27 de febrero de 2021;63(2, Mar-Abr):162.

12. De Oliveira R, Griep R, Portela L, Rotenberg L., Arslanian-Engoren C, Melkus GDE, et al. Depressão em trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos e privados. J Occup Env Med. 2018;60(2):126-31.
13. Rodríguez SAY, Díaz EA, Franco GJ, et al 7. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. Med Asoc Med Hosp ABC. 2018;63(4):246-54.
14. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. Int J Environ Res Public Health. 27 de diciembre de 2018;16(1):61.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol. febrero de 2001;52(1):397-422.
16. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva; 2017 p. 24. (WHO/MSD/MER/2017.2). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
17. Moura RDS, Carvalho Saraiva FJ, Dos Santos RM, Da Silva Lima Rocha KR, Rodrigues Da Silva NA, Melo Albuquerque WD. Stress, burnout and depression in nursing professionals in intensive care units. Enferm Glob. 18 de febrero de 2019;18(2):79-123.
18. Huarcaya-Victoria J, Calle-González R. Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. Educ Médica. mayo de 2021;22:142-6.

### **13. Anexos**

#### **ANEXO no. 1: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A DIRECCIÓN LOCAL PARA LLEVAR A CABO ESTUDIO.**

**Instituto Salvadoreño del Seguro Social  
Unidad Médica Usulután**

Dr. Nelson Sosa

Director

Unidad Médica Usulután ISSS

Me dirijo a usted para solicitar su autorización para llevar a cabo el estudio titulado “Asociación entre Depresión y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería 2024” dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Médica Usulután, ISSS, específicamente en las áreas de emergencia, hospitalización, consulta externa y área de enfermedades infectocontagiosas (gripario).

El propósito de este estudio es examinar la relación entre los síntomas de depresión y las dimensiones del síndrome de burnout en el personal de enfermería, los resultados obtenidos serán de gran utilidad para el desarrollo de estrategias de intervención y apoyo, que pueden contribuir a mejorar la salud mental de nuestro valioso equipo de enfermería.

El estudio se llevará a cabo mediante la aplicación de cuestionarios estandarizados, la participación será completamente voluntaria y se garantizará la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. Además, todos los datos recolectados y los resultados serán tratados de manera anónima.

Agradezco de antemano su consideración y espero contar con su valioso apoyo para la realización de este estudio.

Atentamente,  
Dra. Glenda Rubio

**ANEXO no. 2: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A JEFATURA DE ENFERMERÍA  
PARA LLEVAR A CABO ESTUDIO.**

**Instituto Salvadoreño del Seguro Social  
Unidad Médica Usulután**

Licda. María Cristina Martínez  
Jefa de Enfermería  
Unidad Médica Usulután ISSS

Me dirijo a usted para solicitar su autorización para llevar a cabo el estudio titulado “Asociación entre Depresión y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería 2024” dirigido al personal de enfermería que labora en la Unidad Médica Usulután, ISSS, específicamente en las áreas de emergencia, hospitalización, consulta externa y área de enfermedades infectocontagiosas (gripario).

El propósito de este estudio es examinar la relación entre los síntomas de depresión y las dimensiones del síndrome de burnout en el personal de enfermería, los resultados obtenidos serán de gran utilidad para el desarrollo de estrategias de intervención y apoyo, que pueden contribuir a mejorar la salud mental de nuestro valioso equipo de enfermería.

El estudio se llevará a cabo mediante la aplicación de cuestionarios estandarizados, la participación será completamente voluntaria y se garantizará la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. Además, todos los datos recolectados y los resultados serán tratados de manera anónima. Agradezco de antemano su consideración y espero contar con su valioso apoyo para la realización de este estudio.

Atentamente,  
Dra. Glenda Rubio

### ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

**Dra. Glenda Jeannette Rubio Rubio**

**Documento de Consentimiento Informado para investigación “Asociación entre depresión y síndrome de burnout en personal de enfermería 2024”**

---

*Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a enfermeros y enfermeras que trabajan en las diferentes áreas de la Unidad Médica de Usulután ISSS, y que se les invita a participar en la investigación.*

Yo, **Glenda Jeannette Rubio Rubio**, doctora en medicina egresada de la especialidad en Psiquiatría y Salud Mental del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, estoy investigando la asociación entre depresión y síndrome de burnout en el personal de enfermería. Esta investigación tiene el propósito de identificar la relación entre estos problemas, con el fin de generar estrategias de apoyo para mejorar la salud mental del personal de enfermería.

Se realizará una reunión inicial para explicar los objetivos y procedimientos del estudio, así como para responder cualquier duda. Posteriormente, se solicitará la firma del consentimiento informado para asegurar que los participantes comprenden la información y que su participación es completamente **voluntaria**.

**Procedimiento:** Los participantes completarán dos escalas clínicas:

1. **Escala de Depresión de Hamilton:** Evaluará síntomas depresivos.
2. **Escala de Burnout de Maslach:** Medirá el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

La recopilación de información tendrá una duración de un mes. Se estima que completar los cuestionarios tomará aproximadamente **30 a 45 minutos**. No se requiere seguimiento adicional tras completarlos. No se administrarán medicamentos ni se realizarán procedimientos invasivos.

**Confidencialidad:** Los datos recopilados serán tratados con estricta **confidencialidad**. La identidad de los participantes será protegida y la información será utilizada únicamente con fines académicos. No se divulgarán datos personales.

**Voluntariedad:** La participación en esta investigación es **completamente voluntaria**. Usted puede decidir si desea participar y retirarse en cualquier momento sin consecuencias. No se ofrecerá compensación económica, pero su contribución es invaluable para mejorar el conocimiento sobre este tema y

promover el bienestar del personal de enfermería.

### **Formulario de Consentimiento**

He sido invitado a participar en la investigación “Asociación entre Depresión y Síndrome De Burnout en Personal de Enfermería 2024”

Entiendo que se me pedirá completar la Escala de Depresión de Hamilton y la Escala de Burnout de Maslach en una ocasión. He sido informado de que no se anticipan riesgos ni efectos secundarios, y la participación en este estudio es segura y no invasiva. Sé que puede que no haya beneficios directos para mí y que no se me recompensará, y se me ha proporcionado el nombre de la investigadora.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación y todas mis dudas han sido contestadas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente formar parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Anexo 4. Formulario electrónico.

**Instituto Salvadoreño del Seguro Social  
Unidad Médica Usulután**

**Tema de investigación: Asociación entre Depresión y Síndrome de  
Burnout en Personal de Enfermería 2024**

Por favor, responda todas las preguntas con sinceridad. Los datos proporcionados serán tratados de forma confidencial y solo serán utilizados con fines de investigación. Gracias por su participación.

#### 1. Datos personales

a. Edad: \_\_\_\_\_

b. Sexo:

- Masculino
- Femenino

#### c. Estado Civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Conviviente
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

#### d. ¿En qué área de trabajo desempeña sus funciones?

- Área de emergencia
- Área de hospitalización
- Área de consulta externa
- Área de enfermedades infectocontagiosas (gripario)

#### e. ¿Cuánto tiempo lleva desempeñando sus funciones en su área de trabajo actual?

- Menos de 6 meses
- 6 meses a 1 año
- 1 a 3 años
- 4 a 6 años
- Más de 6 años

## 2. Inventario de Maslach para Burnout

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= Nunca.

1= Pocas veces al año o menos.

2= Una vez al mes o menos.

3= Unas Pocas Veces Al Mes.

4= Una Vez A La Semana.

5= Pocas Veces A La Semana.

6= Todos Los Días.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. Siento que mi trabajo me está desgastando

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

10. Siento que me he hecho más duro con la gente

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

13. Me siento frustrado en mi trabajo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

### 3. Escala de Hamilton para Depresión

La siguiente escala es heteroaplicada, se le explicará a la persona encuestada y se le pedirá que responda según lo percibido en cada ítem durante la última semana, las respuestas se puntúan de 0 a 4 o de 0 a 2 dependiendo de lo expuesto en cada ítem.

#### 1. Humor Depresivo

- 0. Ausente
- 1. Expresado solo tras búsqueda específica
- 2. Expresado verbal y espontáneamente
- 3. Expresado con expresión y actitud propensas al llanto
- 4. Expresado verbalmente y con tendencia al llanto

#### 2. Sentimientos de Culpa

- 0. Ausente
- 1. Se recrimina a sí mismo, tiene la impresión de haber causado daño
- 2. Idea de culpa o reflexión sobre errores pasados o acciones condenables
- 3. Ideas delirantes de persecución
- 4. Alucinaciones amenazantes visuales y/o auditivas

### 3. Tendencia al Suicidio

- 0. Ausente
- 1. Tiene la impresión de que no vale la pena vivir
- 2. Desea morir
- 3. Ideas o actitudes suicidas
- 4. Tentativa de suicidio (evaluar cada intento serio)

### 4. Insomnio Precoz

- 0. Ausente
- 1. Dificultad esporádica para conciliar el sueño
- 2. Dificultad constante para conciliar el sueño

### 5. Insomnio en Plena Noche

- 0. Ausente
- 1. Sueño agitado y turbado
- 2. Desvelo nocturno (valorar todas las veces que se levanta de la cama)

### 6. Insomnio Matinal

- 0. Ausente
- 1. Despertar precoz
- 2. Incapacidad de volver a dormir si se levanta

### 7. Trabajo y Actividades

- 0. No hay dificultad
- 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad
- 2. Pérdida de interés en su actividad profesional
- 3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

- 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

#### 8. Lentitud Psicomotora

- 0. Palabra y pensamiento normales
- 1. Ligero retraso en el habla
- 2. Evidente retraso en el habla
- 3. Dificultad para expresarse
- 4. Incapacidad para expresarse

#### 9. Agitación Psicomotora

- 0. Ninguna
- 1. Juega con sus dedos
- 2. Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

#### 10. Ansiedad Psíquica

- 0. No hay dificultad
- 1. Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2. Preocupación por pequeñas cosas
- 3. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4. Expresa sus temores sin que le pregunten

#### 11. Ansiedad Somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, frecuencia de micción incrementada, transpiración)

- 0. Ausente
- 1. Ligera
- 2. Moderada

- 3. Severa
- 4. Incapacitante

12. Ansiedad Somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, frecuencia de micción incrementada, transpiración)

- 0. Ausente
- 1. Ligera
- 2. Moderada
- 3. Severa
- 4. Incapacitante

13. Ansiedad Somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, frecuencia de micción incrementada, transpiración)

- 0. Ausente
- 1. Ligera
- 2. Moderada
- 3. Severa
- 4. Incapacitante

14. Síntomas Genitales (disminución de la libido y trastornos menstruales)

- 0. Ausente
- 1. Débil
- 2. Grave

15. Hipocondría

- 0. Ausente
- 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
- 2. Preocupado por su salud
- 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda

## 16. Pérdida de Peso

- 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
- 1. Pérdida de más de 500 g en una semana
- 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana

## 17. Introspección (Insight)

- 0. Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2. No se da cuenta que está enfermo