



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Burnout y Depresión en el personal de la Red Salud Chepen,  
La Libertad 2021**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

Licenciada en Psicología

**AUTORA:**

Fernández Murrugarra, Lourdes Elisa (ORCID: 0000-0001-5582-1621)

**ASESOR:**

Dr. De La Cruz Valdiviano, Carlos Bacilio (ORCID: 0000-0002-8181-7957)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Desarrollo Organizacional

LIMA - PERÚ

2020

## **Dedicatoria**

A mi madre por todo su amor y ejemplo  
inspirándome a vivir siempre con un propósito  
de vida y aunque esto implique esfuerzos  
siempre valdrá la pena hacerlos porque traerán  
frutos en su debido momento.

## **Agradecimiento**

A Dios porque mi vida personal y profesional en sus manos están cumpliendo su perfecto plan.

A la universidad, mi asesor y a todas las personas me ayudaron en la realización de esta tesis permitiendo cumplir una de mis metas académicas más anheladas.

## Índice

|  |      |
|--|------|
| Dedicatoria .....  | ii   |
| Agradecimiento .....   | iii  |
| Índice.....  | iv   |
| Índice de tablas .....   | v    |
| Índice de gráficos y figuras.....  | vi   |
| Resumen.....   | vii  |
| Abstract .....   | viii |
| I. INTRODUCCIÓN .....  | 9    |
| II. MARCO TEORICO .....  | 12   |
| III. METODO.....   | 22   |
| 3.1. Tipo y diseño de la investigación .....                                       | 22   |
| 3.2. Operacionalización de la variable .....                                       | 22   |
| 3.3. Población y muestra.....  | 24   |
| 3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad<br>25 |      |
| 3.5. Procedimiento .....   | 29   |
| 3.6. Método de análisis de datos.....  | 30   |
| 3.7. Aspectos éticos .....   | 30   |
| IV. RESULTADOS .....   | 31   |
| V. DISCUSIÓN.....  | 29   |
| VI. CONCLUSIONES.....  | 40   |
| VII. RECOMENDACIONES .....   | 41   |
| REFERENCIAS.....   | 42   |
| ANEXOS .....   | 53   |

## Índice de tablas

|   | Pág. |
|---|------|
| Tabla 1 Estadísticas descriptivas de las variables  | 23   |
| Tabla 2 Frecuencia de los niveles de síndrome de burnout  | 23   |
| Tabla 3 Frecuencia de los niveles de depresión  | 24   |
| Tabla 4 Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov  | 25   |
| Tabla 5 Prueba de correlación de Spearman entre Síndrome de burnout y la depresión  | 26   |
| Tabla 6 Prueba de correlación de Spearman entre dimensión agotamiento del Síndrome de burnout y la depresión                | 27   |
| Tabla 7 Prueba de correlación de Spearman entre la dimensión de despersonalizaciones del Síndrome de burnout y la depresión | 27   |
| Tabla 8 Prueba de correlación de Spearman entre dimensión realización personal del Síndrome de burnout y la depresión       | 28   |

## Índice de gráficos y figuras

|   | Pág. |
|---|------|
| Figura 1 Frecuencia de los niveles de síndrome de burnout             | 24   |
| Figura2 Frecuencia de los niveles de síndrome de burnout              | 25   |
| Figura 3 Diagrama de dispersión entre Síndrome burnout y la depresión | 26   |

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre burnout y depresión en el personal de la red salud Chepen, La Libertad 2021. La investigación fue de tipo básica descriptiva, con un diseño no experimental transversal correlacional. La muestra incluyó a 200 trabajadores sanitarios. Se recogieron los datos de manera virtual empleándose dos instrumentos siendo el primero el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) de Christina Maslach y Susan E. Jackson (1981) validada en el Perú por Marilú Tello (2018) y el segundo fue el Inventario de Depresión (BDI-II) de Aarón Beck et al. (1979) validada en el Perú por Massiel Bendezu y Elena Valverde (2019). Los resultados del análisis descriptivo mostraron que el nivel que predominó respecto a burnout fue el nivel medio con una frecuencia de 72 y un porcentaje de 36% mientras que en la depresión prevaleció el nivel mínimo con una frecuencia de 193 y un porcentaje de 96%. Por otro lado en los resultados del análisis inferencial se utilizaron los estadísticos no paramétricos es decir el coeficiente de correlación de Rho de Spearman para constatar la hipótesis donde se concluyó que existe una correlación significativa directa ( $p < .05$ ) con un tamaño de efecto pequeño (.025281), según Cohen (1998), e intensidad débil (.159) entre ambas variables asimismo esta tendencia se da también entre la dimensión despersonalización y depresión con una correlación muy significativa directa ( $p < .01$ ) de intensidad débil (.246) con tamaño de efecto pequeño (.060516) sin embargo entre la dimensión agotamiento emocional y depresión se observó una correlación no significativa ( $p > .05$ ) con un tamaño de efecto pequeño (.011664) sucediendo lo mismo entre la dimensión realización personal y depresión al arrojar una correlación no significativa ( $p > .05$ ) con tamaño de efecto pequeño (.007396).

**Palabras clave:** Burnout, depresión, personal de salud.

## Abstract

The present study aimed to determine the relationship between burnout and depression in the personnel of the Chepen health network, La Libertad 2021. The research was of a basic descriptive type, with a non-experimental, cross-correlational design. The sample included 200 health workers. Data were collected virtually using two instruments, the first being the Maslach Burnout Inventory (MBI) by Christina Maslach and Susan E. Jackson (1981) validated in Peru by Marilú Tello (2018) and the second was the Inventory of Depression (BDI-II) by Aaron Beck et al. (1979) validated in Peru by Massiel Bendezu and Elena Valverde (2019). The results of the descriptive analysis showed that the prevailing level with respect to burnout was the medium level with a frequency of 72 and a percentage of 36%, while in depression the minimum level prevailed with a frequency of 193 and a percentage of 96%. On the other hand, in the results of the inferential analysis, non-parametric statistics were used, that is, the Spearman Rho correlation coefficient to verify the hypothesis where it was concluded that there is a direct significant correlation ( $p < .05$ ) with a small effect size (.025281), according to Cohen (1998), and weak intensity (.159) between both variables. Likewise, this trend also occurs between the depersonalization dimension and depression with a very significant direct correlation ( $p < .01$ ) of weak intensity (.246) with a small effect size (.060516), however, between the emotional exhaustion and depression dimensions, a non-significant correlation ( $p > .05$ ) was observed with an effect size small (.011664), the same happening between the dimension of personal fulfillment and depression when a non-significant correlation ( $p > .05$ ) was found with a small effect size (.007396).

*Keywords:* Burnout, depression, health personnel.



## I. INTRODUCCIÓN

La globalización ha revolucionado el círculo laboral al introducir nuevas formas de organización, relaciones y patrones de empleo contribuyendo al aumento del estrés relacionado con el trabajo impactando de esta forma la salud de los trabajadores ya que puede conducir al deterioro de la salud, incluyendo a los trastornos mentales y de comportamiento, como síndrome de agotamiento, ansiedad, depresión, lesiones físicas, etc. Asimismo la incidencia de problemas de salud relacionados con el trabajo en el personal sanitario ocupa el cuarto lugar a nivel mundial. También se conoce que el personal de salud es la columna vertebral del sistema nacional sanitario y para garantizar un trabajo decente, es necesario primero, reconocer su importante contribución a la salud y la riqueza de la sociedad por lo tanto sus condiciones laborales tienen un gran impacto en la calidad de atención (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2018; Organización Internacional del Trabajo-OIT, 2019). Por otro lado el lugar de trabajo del personal sanitario es un entorno complejo que puede resultar peligroso enfrentándose a muchos riesgos laborales relacionados con riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales pudiéndose convertir en un escenario de diversos problemas de salud como es el desarrollo del síndrome de burnout (OIT, 2017; OMS, 2018). El síndrome de burnout es un problema de salud mental y ocupacional que se presenta con mayor frecuencia entre los profesionales de la salud de todo el mundo afectando la calidad de vida laboral y la calidad de la atención a los usuarios (Yslado et al., 2019). A nivel mundial de acuerdo a la OIT (2016), los fallecimientos anuales por riesgos laborales es un poco más de 2,3 millones de trabajadores además revelo que son más de 40 millones de personas que sufren estrés laboral en el continente europeo. Por otro lado Woo et al. (2020), señalaron en su evaluación sistemática realizada a 45,539 enfermeras de especialidades múltiples en 49 países que la prevalencia global de síntomas de agotamiento o burnout fue un 11,23%. En América Latina, Loya et al. (2018), declararon en sus revisiones sistemáticas, que la incidencia de síndrome de burnout se encontraba entre 2,1% y 76%, encontrándose una mayor prevalencia en los servicios de uci, oncología, urgencias, cirugía, medicina interna y anestesiología. A nivel nacional de acuerdo

con Quevedo et al. (2016), manifestaron que la incidencia global de síndrome de burnout en los profesionales de la salud es el 12,5%. También tenemos a Solís et al. (2017), quienes revelaron que médicos y enfermeras de siete departamentos del Perú (Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima-Callao, Loreto, Piura y San Martín) sufren de burnout con un tasa del 5,5%. A nivel local el número de estudios realizados en Chepen – La Libertad sobre este tema es nulo.

Por otro lado la OMS (2020) ha confirmado que la repercusión de la pandemia en la salud mental es extremadamente preocupante en el personal médico de primera línea en la lucha contra el covid-19, ya que es particularmente vulnerable por la sobredemanda laboral, riesgo de contagio, decisiones de vida o muerte que deben tomar, etc. Por lo tanto los problemas de salud mental en los profesionales sanitarios pueden convertirse en una barrera para la intervención médica y en su bienestar mental dando lugar a trastornos de ansiedad, depresión y reacciones al estrés (Huarcaya, 2020). La depresión afecta a más de 264 millones de personas a nivel mundial, se estima que una de cada cinco personas sufrirá depresión a lo largo de su vida, en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio , también es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y pueden afectar gravemente la función y la capacidad de una persona para llevar una vida significativa ( OIT , 2016 ; OMS , 2020). La depresión y la ansiedad son los dos tipos más comunes de trastornos mentales, que cuestan un billón de dólares en productividad cada año sin embargo los países invierten menos del 2% de su presupuesto sanitario en salud mental (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2020). Además en el último estudio de Lai et al. (2020) afirmaron que en 34 hospitales de China el 50,4% de los trabajadores sanitarios tenían síntomas de depresión. Asimismo Chew et al. (2020) expresaron la presencia de síntomas depresivos en los trabajadores de salud que desempeñaban sus funciones en la India, con un 12,4% y en Singapur con un 9%. En la Región de las Américas la OPS (2018), enfatizo que la causa número uno de discapacidad es la depresión con 7,8% de la discapacidad total .En América del sur los países con mayor discapacidad o invalidez por depresión son: Paraguay con un 9.4%, Brasil con un 9.3%, Perú con un 8.6%; Ecuador con un 8.3% y Colombia con un 8.2%. Asimismo Juárez (2020), manifestó que los

trabajadores sanitarios de México, el 16.9% padece depresión. Cuarta et al. (2018) afirmaron que los profesionales de la salud en Colombia en comparación con otros trabajadores, tienen mayor incidencia de enfermedades de salud mental; encontrándose depresión un 50% en enfermeras profesionales y 71,7% en auxiliares de enfermería. En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental expuso que entre las patologías que se encuentra en primer lugar dentro de los trastornos neuropsiquiátricos, es el episodio depresivo con un 30,2%; también estimo que la prevalencia de depresión en el área metropolitana de Lima es de 18.2%, en la sierra es de 16.2% y en la selva es de 21.4% (Instituto Nacional de Salud Mental, 2018). Asimismo tenemos a Vílchez et al. (2020), quienes en su estudio en 402 internos de medicina de 18 sedes hospitalarias de Lima y provincias revelaron que el 25,4% padecía depresión .A nivel local el número de estudios realizados en Chepen – La Libertad sobre este tema es nulo. Ante este contexto, resulta trascendente realizar una investigación sobre la situación actual respecto a los conocimientos acerca de estas dos variables burnout y depresión dando lugar al planteamiento de la siguiente problemática ¿Cuál es la relación entre burnout y depresión en el personal de la red salud Chepen, La Libertad 2021? .Esta investigación se justifica a nivel práctico , ya que dichos resultados servirán para que las autoridades y trabajadores de la red de salud Chepen puedan valorar adecuadamente el ambiente de trabajo con respecto a estas dos variables dentro de la institución, y así tomar medidas encaminadas a potenciar el desarrollo del personal sanitario .A nivel metodológico, los instrumentos utilizados cuentan con propiedades psicométricas de validez y confiabilidad para el contexto, permitiéndonos conocer resultados reales en cuanto a la existencia y relación entre burnout y depresión en los trabajadores de este nosocomio. A nivel social contribuirá al fortalecimiento del sistema de salud al desarrollarse programas y acciones concretas en el lugar de trabajo que ayudaran a reducir las consecuencias de ambas variables traduciéndose en un personal sanitario más saludable y productivo, capaz de satisfacer eficazmente las necesidades sanitarias en la población de la provincia de Chepen. Ante lo expuesto, el objetivo general del presente es determinar la relación entre burnout y depresión en el personal de la red salud Chepen, La Libertad 2021. En cuanto a los objetivos específicos se estableció en primer lugar, a) determinar la relación entre la

dimensión agotamiento emocional y depresión, posteriormente b) determinar la relación entre la dimensión despersonalización y depresión y por último c) determinar la relación entre la dimensión realización personal y depresión. Asimismo, contamos con la siguiente hipótesis general “Existe relación significativa entre burnout y depresión en el personal de la red salud Chepén, La Libertad 2021”.

## **II. MARCO TEÓRICO**

Entre las más recientes investigaciones internacionales relacionadas al tema tenemos a Carmona et al. (2020), quienes buscaron determinar los niveles de estrés laboral y burnout en 272 fisioterapeutas de la provincia de Cádiz (España). Los resultados de este estudio transversal mostraron que el 30,5% de los profesionales fisioterapeutas padecían un nivel alto de estrés laboral, mientras que el 34,6% padecía un nivel medio. Concluyendo que el efecto acumulativo del estrés podría conducir al agotamiento.

Asimismo, tenemos a Bethea et al. (2020), quienes analizaron el impacto del síndrome de agotamiento (BOS) en los profesionales sanitarios de la atención traumatológica en Virginia. En los resultados se obtuvo una tasa de respuesta de un 74,7%. La mayoría estuvo de acuerdo en que el BOS afecta la salud de los profesionales médicos (99,2%) y presenta una barrera para la atención del paciente (97,6%). Concluyendo que es necesario implementar el trabajo de prevención y tratamiento a todo el equipo de salud ya que el síndrome de agotamiento afecta a los profesionales sanitarios rurales, independientemente de la disciplina.

Tenemos a Coetzee y Kluys (2020), quienes buscaron establecer la prevalencia y la gravedad del agotamiento entre los anestesiólogos sudafricanos. En el estudio participaron 189 anestesiólogos del sector estatal y 309 del sector particular respondiendo dos instrumentos validados como es el MBI y la Escala de Áreas de Vida Laboral. En los resultados fueron los anestesiólogos del sector público quienes mostraron una mayor prevalencia y gravedad del agotamiento en comparación con los del sector privado representando una amenaza directa para la salud física

y mental del anesthesiólogo y la seguridad del paciente y la sostenibilidad futura del sistema de salud de Sudáfrica.

Por otro lado, tenemos a Elbay et al. (2020), quienes tuvieron como propósito de investigación analizar la ansiedad, el estrés y la depresión de los médicos durante el brote de Covid-19. Los datos se recopilaron a través de una encuesta virtual usando la escala de ansiedad y estrés depresivo (DASS-21) en 442 participantes. Los resultados manifestaron que 286 padecían depresión, 224 ansiedad y 182 estrés. También se concluyó que los factores asociados con las puntuaciones totales más altas de DASS-21 del personal de primera línea fueron: largas horas de trabajo, aumento de pacientes que reciben tratamiento con Covid-19, niveles bajos de apoyo de colegas y supervisores, menor apoyo logístico

Finalmente tenemos a Elhadi et al. (2020), quienes en su estudio transversal tuvieron como principal objetivo reconocer la prevalencia de depresión y ansiedad entre los médicos que trabajan en el área de emergencia de nueve centros de atención en Libia. Fueron 108, los médicos que fueron encuestados con la escala Hads para analizar la ansiedad y depresión entre diciembre de 2018 y febrero de 2019. En general, 49 médicos alcanzaron la puntuación de corte para definir tanto depresión y ansiedad. De lo descrito se infiere que es motivo de preocupación la existencia de una alta tasa de prevalencia de ansiedad y depresión. Por lo tanto, la detección de ansiedad y depresión en intervalos regulares es vital para evitar el deterioro de la salud mental, que puede aumentar el riesgo de suicidio y abandono, y disminuir el nivel de atención médica para los pacientes.

Correspondiente al estudio nacional de este tema se encuentra Solís et al. (2017), quienes realizaron una encuesta para determinar la prevalencia y factores relacionados del desgaste laboral entre médicos y enfermeras en siete departamentos del Perú. En el estudio transversal se empleó el MBI participando médicos y enfermeras (958 y 840 respectivamente) de los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima-Callao, Loreto, Piura y San Martín. El análisis reveló que la prevalencia en agotamiento profesional fue de un 5.5% evidenciándose en las escalas de despersonalización, cansancio emocional y pobre realización personal los siguientes porcentajes 18.7%, 10% y 32,1% respectivamente.

Por su parte Estrada (2019), en su trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar en una entidad hospitalaria de Cusco las consecuencias del síndrome de burnout en el desempeño laboral de las profesionales de enfermería. El estudio se realizó desde el enfoque cuantitativo (descriptivo y correlacional), y cualitativo (fenomenológico) con una participación de 127 enfermeras. Concluyéndose del enfoque cuantitativo que, no se halló consecuencias relevantes entre ambas variables, sin embargo, desde el análisis cualitativo, se dice que la autoridad de liderazgo de personal no posee los conocimientos, opiniones o base teórica actual de la normativa sobre prácticas laborales y síndromes laborales.

Asimismo tenemos a Vílchez et al. (2020), quienes tuvieron como propósito de estudio evaluar en los internos de medicina del Perú, la prevalencia de depresión y maltrato e identificar sus factores asociados. Esta investigación de tipo transversal y analítica se realizó en 18 sedes hospitalarias de Lima y provincias, participando un total de 402 de internos de medicina. Los resultados mostraron que el 25,4% padecía depresión. Los factores de riesgo para desarrollar un cuadro depresivo fueron edad, horas de sueño, ser mujer ser interno en provincia, ser estudiante de una universidad pública, vivir con sus padres o solo y percibir algún tipo de maltrato. Con lo descrito anteriormente se afirma que de los internos encuestados la cuarta parte presentan cuadro de depresión por lo tanto es menester identificar factores desencadenantes de depresión para prevenir efectos negativos en la salud mental y el desempeño laboral de los internos de medicina.

De igual manera Huarcaya y Calle (2020) , tuvieron como propósito evaluar en los médicos residentes de un hospital general del Perú el impacto del síndrome de burnout y las características sociodemográficas en los niveles de depresión .Este análisis transversal se realizó en 145 médicos residentes , los autores emplearon como instrumento de medida el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y el Maslach Burnout Inventory (MBI) observándose que el porcentaje para síntomas depresivos leves fue de 27,6% para moderados fue de un 13,8% y para los cuadros moderadamente severos fue de un 5,5% y la prevalencia de síndrome de burnout fue del 9,65%. Por lo tanto se concluye que el agotamiento emocional, vivir solo y la baja satisfacción personal pueden aumentar el nivel de síntomas depresivos, mientras que estar soltero puede reducirlos

Para finalizar con los antecedentes peruanos mencionamos a Alva et al. (2019), quienes se propusieron precisar la incidencia de síntomas depresivos entre los residentes del país y analizar la relación entre la jornada laboral y la presencia de síntomas depresivos. Un total de 953 residentes participaron en este estudio analítico transversal. La encuesta fue recopilada por el Comité Nacional de Médicos Residentes del Perú a través de encuestas virtuales a los médicos que se desempeñan como residentes a través de la escala Patient Health Questionnaire-2. Los evaluados que presentaron síntomas depresivos fue un 14,6% por otro lado el estudio reveló que la incidencia de síntomas depresivos aumentaba por cada hora laborada adicional (RP = 1,11; IC95%, 1,04-1,17). El análisis concluye que uno de cada siete residentes presentó síntomas depresivos y por cada hora extra laborada diariamente, la frecuencia de síntomas depresivos aumentó un 11%.

Hernández et al. (2007), señalaron que el término burnout comenzó a utilizarse en la literatura profesional en la década de 1970, con el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger. El síndrome de burnout ha inspirado a diversos y destacados autores a elaborar múltiples y exhaustivos estudios para explicar este fenómeno tal es así que existen aportaciones desde dos líneas o perspectivas de investigación: clínica y psicosocial. 1) En la línea clínica tenemos a representantes como Freudenberger (1974), Kafry (1978), Brill (1984) entre otros, quienes analizan al burnout como un estado o fenómeno estático resultante del estrés laboral. 2) En la línea psicosocial tenemos a representantes como Harrison (1983), Pines (1993), Schaufeli (1993), Winnubst (1993), Gil-Monte (1997), entre otros; quienes describen al burnout como un proceso y que evoluciona según la influencia de factores personales y su entorno laboral. En esta perspectiva psicosocial, existen diferentes modelos etiológicos que desarrollan el síndrome de burnout y se dividen en cuatro categorías o marcos teóricos: a) La primera categoría es un modelo desarrollado a partir de la teoría cognitivo social del yo, que se caracteriza por asignar un rol central a las variables de autoeficacia, confianza en sí mismo, auto concepto. b) El segundo grupo indica que cuando los sujetos establecen relaciones, inicia el desarrollo de comparación social y a través de esta se puede generar una percepción de ausencia de equidad o de ganancia,

lo que llevará a incrementar el peligro de burnout. c) En el tercer grupo se encuentran los modelos establecidos por la teoría organizacional resaltando la trascendencia de los factores estresantes en el entorno organizacional y las habilidades de afrontamiento utilizadas frente al agotamiento por el trabajo. d) Finalmente tenemos al cuarto grupo basados en la teoría estructural que explican al síndrome de manera integral considerando los antecedentes a nivel individual, relacional y organizacional. (Campos, 2015; Gil Monte y Peiro, 1997; Gil Monte, 2001; Martínez, 2010). Por lo tanto teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto este trabajo tiene un enfoque psicosocial, que define al síndrome como una consecuencia de la presión laboral a largo plazo determinado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, esta reacción a menudo ocurre en el personal sanitario y en general en los diversos profesionales que contactan directamente con los usuarios, es decir es un síndrome tridimensional como lo afirmo Christina Maslach en 1986. La primera dimensión de agotamiento emocional se describe cuando los trabajadores sienten que ya no pueden expresar más emociones, existe una debilitación de los recursos emocionales que se produce por el contacto continuo con personas que necesitan cuidados en condiciones que no se adaptan a los trabajadores. La segunda dimensión de despersonalización se caracteriza por desinterés o indiferencia por el paciente, irritabilidad, actitudes frías o deshumanizadas. La tercera dimensión es el bajo nivel de realización personal en el trabajo lo cual implica que los trabajadores en entornos peligrosos tienden a juzgarse a sí mismos negativamente. La evaluación negativa afectará seriamente la capacidad para trabajar y la relación con las personas atendidas; los trabajadores están insatisfechos con ellos mismos y con los resultados de su trabajo (Fidalgo, 2001; Hernández et al., 2007). Dentro de las causas para el síndrome tenemos a Martínez (2010), quien afirmo las siguientes: 1) Individuales; ocurre cuando los sujetos se frustran al desear cambiar la vida de la otra persona y no lo pueden hacer además señalo que el alto entusiasmo inicial, la baja remuneración, la falta de apoyo y el poco o nulo fortalecimiento del desarrollo institucional, y ser empleado joven son factores que incrementan la posibilidad del desarrollo del síndrome de burnout. En el orden de la estructura familiar, los trabajadores que tienen familia e hijos parecen ser más resistente al síndrome ya que esto los hace



más capaces de enfrentar dilemas emocionales y son más realistas. También afirmo que las mujeres son más propensas a presentar el síndrome que los hombres, ya que estas pueden estar laborando en trabajos con poca autonomía en la toma de decisiones en comparación con los hombres. También afectara la personalidad previa ; se dice que las personas perfeccionistas, competentes y profesionales tienen grandes esperanzas, pero a la vez son más susceptibles a este síndrome, porque suelen estar implicados y motivados, y tienen poca tolerancia a la frustración

2) Sociables ; los vínculos sociales dentro y fuera del ámbito del trabajo pueden aliviar los efectos de los factores estresantes o puede convertirse en potenciadores de este síndrome :

a) variables sociales extra laborales ; aquí se encuentran los vínculos familiares y amistades afirmando que la falta de este apoyo social puede causar estrés sin embargo la presencia del mismo reducirá o eliminará los estímulos estresantes influyendo en las habilidades de afrontamiento

b) variables organizacionales; aquí se identifican estresores vinculados a la estructura organizativa muy jerárquica y rígida ,falta de soporte de herramientas organizativas , falta de colaboración de los trabajadores , inadecuada comunicación entre áreas de trabajo , carencia de formación práctica de los trabajadores sobre nuevos aspectos tecnológicos ,inadecuado refuerzo o recompensa , relaciones conflictivas en la organización , inestabilidad laboral, etc.

Campos (2015), considera que el síndrome de agotamiento puede tener dos tipos de efectos :

1) A nivel personal tenemos síntomas psicósomáticos (dolor de cabeza, malestar gastrointestinal, úlceras, dolor de espalda, hipertensión ,dificultad para conciliar el sueño ,problemas con las vías respiratorias), síntomas conductuales ( comportamiento deshumanizado con los pacientes , exceso de sustancias tóxicas, alteración en el temperamento, incapacidad para relajarse en una vida normal, incapacidad para concentrarse, comportamiento hiperactivo y agresivo) ,síntomas emocionales ( irritabilidad, alienación emocional , intranquilidad , desesperación , nerviosismo, desilusión, soledad, impotencia, desconcierto, indiferencia, desgano , mal humor)

2) Los inherentes a la organización, manifestados con el deterioro de los vínculos interpersonales, descenso de la capacidad laboral, disminución de responsabilidad y eficacia laboral, deserción , accidentes de trabajo, infracción de las pautas establecidas por la organización, tardanzas frecuentes y descansos prolongados durante el

trabajo , etc. . En gran medida, los clientes se ven afectados por la calidad de los servicios prestados aumentando las quejas de los usuarios. Respecto a los diversos modelos del proceso del desarrollo de burnout Fidalgo (2001), resalto cinco etapas: a) Periodo inicial; al principio el profesional muestra pasión ilusión ante este nuevo trabajo, mucha energía y expectativas positivas. No es importante extender las horas de trabajo. b) Período de estancamiento sucede cuando no se cumplió con las expectativas profesionales, se empieza a valorar la retribución por el trabajo, pensando que la relación entre esfuerzo y retribución estaba desequilibrada. c) Periodo de frustración, esta tercera etapa se puede describir en la que hay decepción, frustración, el trabajo no tiene sentido, cualquier cosa enfurece al trabajador provocando conflictos, problemas emocionales, físicos y de comportamiento. d) Periodo de apatía aquí los cambios de actitud y comportamiento (respuesta defensiva), como la tendencia a tratar a los clientes de manera separada y mecánica son respuestas de defensa personal, debido a la constante frustración y a la ausencia de sentimientos positivos. e) Periodo o fase de quemado; se caracteriza fundamentalmente por el colapso emocional, cognitivo y puede tener un impacto importante en la salud. Además, esto puede obligar a los trabajadores a renunciar y arrastrarlos a una vida profesional frustrada e insatisfecha. En cuanto a los instrumentos de medida, Hernández, et al., (2007), señalaron que el MBI es considerado como la mejor herramienta para medir el síndrome burnout siendo la más empleada en el estudio relacionado con este síndrome.

La depresión es un desorden del estado de ánimo los cuales son una variedad de enfermedades clínicas caracterizadas por cambios emocionales y de humor. Goena y Molero (2019) con respecto a la diferencia entre depresión y distimia afirmaron que esta última es un trastorno afectivo que tiene un curso crónico y es menos intenso que la depresión asimismo tiene un inicio insidioso, generalmente a partir de la juventud donde el bajo estado de ánimo dura al menos dos años y se acompaña de otros síntomas como alteración del sueño, baja autoestima, falta de atención o fatiga. Los episodios depresivos graves ("depresión doble") pueden coexistir con esta enfermedad. El diagnóstico es clínico y se debe prestar especial atención al diagnóstico diferencial con otras entidades (depresión severa,

trastorno de personalidad, uso de drogas y drogas). En la guía técnica del MINSA (2020), declararon que la persona deprimida, pierde interés, capacidad de disfrutar las cosas, y pierde vitalidad, lo que conduce a niveles reducidos de actividades y fatiga excesiva, que puede manifestarse incluso sin realizar ningún esfuerzo, cuando la depresión empeora, suele ser difícil para ellos seguir desarrollando sus actividades personales, familiares, laborales y sociales. Winokur (como se citó en Vásquez et al., 2000), menciona que actualmente hay una gran cantidad de teorías que intentan explicar las causas de la depresión, así tenemos a las siguientes: a) Teorías conductuales, el modelo de comportamiento muestra específicamente como la depresión unipolar es un suceso aprendido y está relacionada con interacciones negativas entre las personas y el medio ambiente, estas interacciones pueden influir y ser afectado por la cognición, el comportamiento y las emociones. b) Teoría biológica; este modelo explica que este trastorno se puede presentar cuando existen desequilibrios de uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) Comodidad en el comportamiento; 2) Inhibición del comportamiento; 3) Nivel de respuesta al estrés; 4) Biorritmo; 5) Procesamiento de información cortical. Los defectos de estos sistemas se pueden heredar o ganar sin embargo una explicación aún más razonable es que una anomalía en uno de estos sistemas puede causar depresión en una persona debido a la interacción entre los eventos estresantes vividos por el sujeto y su fragilidad biológica. c) Teorías Cognitivas; estos modelos afirman que la etiología de la depresión se debe a los errores de percepción sobre uno mismo, los demás y los eventos, es decir el individuo tiende a evaluarse negativamente y esto tiene una amplia gama de efectos sobre los procesos cognitivos, siendo su representante más significativo Aaron Beck. En esta investigación se asumió el modelo cognitivo. Asimismo, Beck et al. (1979), afirmaron que algunas experiencias tempranas pueden servir de base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. La teoría cognitiva de Beck propone tres pensamientos básicos para interpretar el trastorno : 1) Tríada cognitiva ; la primera parte de la tríada se centra en la visión o evaluación negativa de sí mismo , el paciente se siente infeliz, torpe, enfermo y sin valor ; a menudo atribuye cualquier experiencias desagradables a sus deficiencias ya sean físicas , psíquicas o morales , sintiéndose incompetentes para alcanzar la felicidad ; la

segunda parte de la tríada cognitiva se centra en que el paciente explica su experiencia con el entorno animado o inanimado en una relación de fracaso o de forma negativa con frustración. En su opinión el mundo le exige demasiado imponiéndole dificultades gigantescas para conseguir sus objetivos. La tercera parte se centra en la percepción negativa respecto a lo venidero es decir estas personas frustradas hacen planes poderosos, esperando que sus dificultades o dolores actuales continúen indefinidamente y cuando consideran asumir una determinada tarea en el futuro cercano, su expectativa es inevitablemente terminar en fracaso. 2) Esquemas; es el segundo componente del modelo cognitivo y vienen a ser las creencias centrales que constituyen los principios rectores para procesar la información del entorno y sirven para explicar por qué un paciente con depresión mantiene una actitud de sufrimiento, negativismo y autoengaño a pesar de que exista factores positivos en su vida como una evidencia objetiva. En condiciones psicopatológicas como la depresión, el concepto del paciente de determinadas situaciones se distorsiona, de modo que siguen un patrón o esquema irrazonable e inapropiado. 3) Errores cognitivos o errores sistemáticos en el pensamiento de los pacientes deprimidos siguen convenciendo a los pacientes de la validez de sus ideas negativas a pesar que hay evidencia de lo contrario , conceptualizando la realidad de forma "primitiva" frente a la otra forma "madura". Obviamente, las personas deprimidas tienden a organizar su experiencia de una forma bastante primitiva es decir tienden a lanzar juicios globales sobre eventos que afectan su vida, es predecible que el contenido de sus pensamientos sea extremista, negativo, absolutistas, autoritarios, etc sin embargo el pensamiento más maduro integrará automáticamente la situación en múltiples dimensiones, de una manera cuantitativa en lugar de cualitativa y basado en estándares relativos más que absolutos. En la guía práctica de manejo de depresión Galicia (2014) señaló que las causas que aumentan el riesgo de depresión se pueden dividir a nivel personal, social, cognitiva, familiar y genética. a) Personales y sociales; la prevalencia de la depresión se presenta en las mujeres con un 50% de incidencia en relación con el género masculino, asimismo los padecimientos físicos y mentales, relacionados con el tabaco y alcohol también son factores de alerta, también la personalidad neurótica se relaciona con los casos y recaídas de depresión. Entre los roles atribuidos al entorno social, los

de bajo nivel recursos económicos y personas con desempleo son más propenso a la depresión. La situación civil y el estrés crónico también influyen en el desarrollo del trastorno. b) Causas cognitivas; aquí los pensamientos negativos, automáticas y las creencias disfuncionales influyen significativamente en el procesamiento de la información. c) Causas genéticas; los hijos de personas con depresión son más vulnerables para desarrollar enfermedades mentales y otras enfermedades físicas, además la presencia de polimorfismos genéticos pueden disminuir el transporte de serotonina, dando lugar al trastorno. Como expreso Rodríguez (2014), la depresión se caracteriza por una serie de sintomatología en diferentes áreas, incluidos el comportamiento, la cognición, la emoción, motivación y a nivel físico. En el campo de la conducta se pueden observar diversas manifestaciones como llanto, embotamiento o agitación, inhibición, dificultades de comunicación, comportamiento y evitación al trabajo diario y / o la interacción social, la falta de autocuidado y aseo personal, etc. En el dominio cognitivo, existe una dificultad en la concentración, memoria, pensamiento reflexivo; problemas en la toma de decisiones, pensamientos nocivos y de muerte, creencias disfuncionales, etc. A nivel emocional, tristeza, impotencia, desesperación, auto desprecio, interioridad, depresión, fracaso, vacío, vergüenza, enfado, aburrimiento, etc. A nivel de motivación, falta de placer, indiferencia, desinterés, falta de fuerza de voluntad, etc. A nivel somático trastornos de sueño, de alimentación y del peso, reducción de la libido, fatiga, malestar físico (principalmente dolor de cabeza y mialgia), estreñimiento, etc. En conclusión existen diferentes formas de estar deprimido específicamente como síntomas heterogéneo, singular y subjetivo, pero el foco está a menudo en el campo emocional o afectivo. Por otro lado Gómez (2019), refiere que existen diferentes herramientas que tienen suficientes propiedades psicométricas para la evaluación de la depresión, siendo la más utilizada el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y así evaluar la existencia y gravedad de la depresión a través de un cuestionario de 21 ítems sobre síntomas y actitudes específicos para detectar depresión.

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo y diseño de la investigación**

##### **Tipo de investigación**

Básica –descriptiva. De acuerdo con Ñaupas et al. (2018), este tipo de investigación es fundamental para el avance de la ciencia asimismo incluye la recopilación de datos para probarán argumentos propuestos o responder preguntas sobre la condición del objeto de Investigación.

##### **Diseño de investigación**

Tiene un diseño no experimental de corte transversal correlacional. Como expresan los autores la investigación no experimental consiste en observar o medir fenómenos y variables que ocurren en el medio natural para analizarlos sin tener que manipular deliberadamente las mismas y es transversal correlacional debido a que se recopilan datos en un momento único describiendo su incidencia de correlación entre dos o más categorías (Cabezas et al., 2018; Hernández y Mendoza, 2018).

##### **Enfoque**

Presenta un enfoque cuantitativo. Los métodos cuantitativos proporcionan una base útil en la recopilación de datos basada en la medición numérica y el análisis estadístico para probar hipótesis para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Baena, 2017; Hernández y Mendoza, 2018).

#### **3.2. Operacionalización de las variables**

##### **Burnout**

###### **Definición conceptual**

Burnout es un síndrome de tres tipos de sentimientos los cuales son el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, puede ser experimentado por muchos tipos de proveedores de servicios, así como

empleados que trabajan en otros entornos caracterizados por una intensa actividad interpersonal (Maslach, Jackson y Leiter, 1986).

#### Definición operacional

Se mide según el MBI, que consta de 22 ítems, todos ellos evaluados de forma proporcional tipo Likert (escala ordinal), para explorar los sentimientos y actitudes de los profesionales en el trabajo y hacia los pacientes. Administrar el MBI tarda de 10 a 15 minutos en completarse, y tienen tres dimensiones a) agotamiento emocional; compuesta de 9 ítems, evalúa la experiencia de fatiga emocional causada por las necesidades laborales y tiene un puntaje máximo 54. b) despersonalización; consta de 5 ítems, evalúa las reacciones impersonales y actitudes negativas de frialdad y distancia hacia los pacientes y tiene un puntaje máximo 30. c) realización personal; consta de 8 ítems, evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo y tiene un puntaje máximo 48.

#### Dimensiones / Ítems:

- Agotamiento emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20
- Despersonalización: 5, 10, 11, 15 y 22
- Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21

## **Depresión**

#### Definición conceptual

La depresión es una tendencia a explicarse uno mismo, el mundo y el futuro de una manera negativa, viendo las cosas como desesperadas en lugar de apreciarlas activamente (Beck et al., 1979).

#### Definición operacional

Se calcula mediante el Inventario de Depresión de Beck-segunda versión, BDI-II. Puede aplicarse a adolescentes y adultos mayores de 13 años, y su administración puede ser individual o en grupo, y el tiempo de solución es de 5 minutos. Esta lista consta de 21 indicadores, con puntuaciones que van de 0 a 3

#### Dimensiones / Ítems:

- Cognitivo- afectivo: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10
- Somático – Motivacional : 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 , 21

### **3.3. Población y muestra**

#### **Población**

“Es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación” (Gallardo, 2018, p. 63). La población estuvo comprendida por un total de 482 trabajadores de la red de salud Chepen (Ver Anexo 5).

#### **Muestra**

Las muestras son un subgrupo de la población de interés, donde se recopila información relevante para comprender datos puntuales de la misma (Hernández y Mendoza, 2018; Cabezas et al., 2018). En el estudio, se incluyó una muestra de 200 trabajadores sanitarios. De acuerdo a Guilford y Kline (como se citó en Morales, 2011) el número de sujetos aceptable en una muestra puede ser el doble o el triple del número de ítems ( $n = 2k$  o  $3K$ ) o un número que no sea muy inferior a 200 (Ver Anexo 5) .

#### **Muestreo**

El método apropiado para el cálculo de la muestra fue el método de muestreo intencional no probabilístico. En muestras no probabilísticas, la elección de la unidad no depende de la probabilidad, sino de razones relacionadas con las características, juicios y antecedentes establecidos por los investigadores (Hernández y Mendoza, 2018; Gallardo, 2018). Se basaron en criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ✓ Personal sanitario que labore en el centro hospitalario identificado en este estudio.
- ✓ Personal sanitario que acepten participar en la investigación.

Criterios de exclusión:



- ✓ Personal sanitario que no pertenecen al centro hospitalario identificado en este estudio.
- ✓ Personal sanitario que no acepten participar en el estudio.

### **3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad**

La técnica utilizada fue la encuesta. Cabezas et al.( 2018) señalaron que la encuesta tiene como objetivo obtener información relevante de un grupo o parte de una población de interés respecto al problema de investigación donde se utilizaran procedimientos estandarizados para analizar y obtener conclusiones congruentes.

#### **Ficha técnica del instrumento**

Se utilizaron dos instrumentos, el Inventario del Síndrome de Burnout ( MBI ) y el Inventario de Depresión Beck (BDI-II) . “Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente” (Hernández y Mendoza, 2018, p. 228).

#### **Inventario del Síndrome de Burnout.**

1. Nombre: Maslach Burnout Inventory (MBI)
2. Autor original: Christina Maslach, Susan E. Jackson
3. Adaptación Peruana: Tello Marín, Marilú (2018)
4. Administración: Individual o colectivo
5. Número de ítems: 22.
6. Duración: 10 a 15 minutos
7. Aplicación: Adultos en profesiones de servicios humanos

8. Significación: Esta herramienta evalúa tres aspectos básicos del burnout , dimensión de agotamiento emocional, dimensión de despersonalización y dimensión de realización personal.

9. Reseña Histórica: El MBI se publicó inicialmente en 1981. En ese momento, había una enorme interés en el fenómeno del agotamiento, pero muy poco en la forma de orientar teoría o investigación empírica, junto con algunos de los otros investigadores iniciales en el campo, se reconoció la necesidad de una medida estandarizada de la experiencia individual de agotamiento y se desarrolló este instrumento. El MBI ahora se reconoce como la principal medida de agotamiento. Tras la publicación del MBI original en 1981, se fueron introduciendo gradualmente nuevas versiones del MBI, desarrollado para adaptarse a diferentes grupos y diferentes entornos. Hoy, los usuarios de MBI pueden seleccionar la versión de MBI más adecuada para su uso entre varias alternativas (MBI-HSS, MBI-ES y MBI-GS). Aunque no existe un valor de corte clínico para medir si hay agotamiento, el síndrome se manifiesta como puntuaciones altas de agotamiento emocional y despersonalización y baja satisfacción personal.

10. Propiedades psicométricas originales:

La fiabilidad del MBI en las distintas versiones supera los niveles recomendados para instrumentos de investigación. Un análisis de 84 estudios publicados que informaron muestras específicas estimaciones de confiabilidad para las tres escalas MBI (Wheeler, Vassar, Worley y Barnes, 2011) encontraron que las estimaciones de confiabilidad de Cronbach para la escala de agotamiento emocional promedian en los altos .80; para despersonalización y realización personal, las estimaciones de confiabilidad promedio están en el medio .70. La validez del MBI en sus múltiples versiones ha sido demostrada por numerosos estudios y revisiones metaanalíticas que confirman hipótesis sobre las relaciones entre trabajo y agotamiento experimentado.

11. Propiedades psicométricas peruanas:

En el estudio instrumental donde se buscó las evidencias psicométricas del MBI, la muestra estuvo compuesta por un total de 864 trabajadores. La confiabilidad del instrumento se determinó por el coeficiente Omega con valores comprendidos

entre .635 y .919 confirmando que el instrumento es confiable. Por otro lado la validez se obtuvo con el Análisis factorial exploratorio donde los ítems fueron analizados en cuatro grupos I-II-III-IV dando como resultado en cada uno de ellos una carga factorial adecuada ( $>.40$ ) afirmando la validez del instrumento.

## 12. Propiedades psicométricas muestra

Respecto a los resultados de la prueba del MBI, la escala de 22 actitudes hacia el burnout se observó a través de Alfa de Cronbach ( Ver anexo 14 ) una puntuación de .704, lo cual significa que existe un nivel aceptable de confiabilidad. También se realizó la prueba de validez de correlación dimensión -test de Pearson oscilando entre .013 y .801 donde las correlaciones más bajas se presentaron en los ítems 8, 10, 11, 14, 17 y 19 y las correlaciones más altas fueron los ítems 7,15,16,20 y 22. Por otro lado el índice de adecuación muestral de KMO fue .882 y la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un p-valor estadísticamente significativo ( $p<.001$ ) infiriendo que fue factible realizar un análisis factorial exploratorio para lograr la validez de constructo del instrumento. No se sometió a juicio de expertos porque la herramienta ha sido analizada y verificada por las autoras originales y la persona que hizo la adaptación, y por su uso generalizado en el Perú.

## **Inventario de Depresión**

1. Nombre: Inventario de Depresión Beck (BDI-II)
2. Autor original: Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Gregory K. Brown
3. Adaptación Peruana: Bendezu y Valverde (2019)
4. Edades apropiadas: 13 a 80 (recomendado)
5. Grupos de normas: Ninguno
6. Tiempo de administración: 5 minutos
7. Número de Ítems: 21 ítems
8. Significación: El BDI-II es un instrumento utilizado para valorar la intensidad de los síntomas depresivos.

9. Reseña histórica: El BDI-II es la segunda edición del Inventario de depresión de Beck, el más amplio del mundo instrumento utilizado para estimar la intensidad de los síntomas depresivos. El BDI-II ítems cuenta con características que lo alinean con los criterios actuales de depresión del diagnóstico y estadística manual de trastornos mentales. El BDI-II consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de depresión en examinados clínicos y normales. Cada elemento es una lista de cuatro declaraciones dispuestas de forma creciente sobre un síntoma particular de depresión. El rango de edad recomendado tiene 13 años o más. El BDI-II se puede completar en 5 minutos. Se puede generar un informe interpretativo o de progreso, las puntuaciones son las siguientes: 0-13 depresión mínima, 14 -19 depresión templada, 20 -28 depresión moderada y 29 -63 depresión severa.

10. Propiedades psicométricas originales: Para las propiedades psicométricas del BDI II, se utilizaron muestras con pacientes ambulatorios y universitarios .En la muestra ambulatoria incluyo 277 pacientes de la universidad de medicina y odontología de Nueva Jersey , 50 pacientes del Instituto Beck de Terapia Cognitiva de Pensilvania, 127 pacientes del departamento de psiquiatría de la escuela de Filadelfia , 46 pacientes de Norton Instituto Psiquiatría en Louisville , Kentucky haciendo un total de 500 . De la muestra 317 (63%) fueron mujeres y 187 (37%) fueron hombres, la edad media fue de 37, 20 especificando que las edades oscilaban entre 13-86 años. En cuanto a la composición étnica racial 91% blancos, 21% afroamericanos, 18% asiáticos, 7% hispanos, todos los pacientes fueron diagnosticados por psicólogos o psiquiatras experimentados. De los 500 pacientes 264 fueron diagnosticados con trastornos del estado de ánimo, 88 con trastorno ansiedad, 80 trastornos adaptativos, 68 con otro tipo de trastornos. De los 264 pacientes con trastornos de estado de ánimo, 62 fueron diagnosticados con episodio único de trastornos depresivo mayor, 103 con episodio recurrente de trastorno depresivo mayor, 34 con trastorno bipolar, 49 con trastornos distímicos, 16 con trastornos depresivos no especificados. En la muestra universitaria participaron 120 estudiantes, inscritos en el curso de introducción a la psicología en una universidad de Canadá de los cuales 67 fueron hombres y 53 mujeres, la edad media fue 19.58 años, esta muestra fue predominante la raza blanca. Se evidencio alta consistencia interna para los pacientes ambulatorios con el

coeficiente alfa de .92 y para los estudiantes universitarios el coeficiente alfa fue .93. La correlación test –retest fue de .93 siendo muy significativa ( <.001).

#### 11. Propiedades psicométricas peruanas:

En el estudio instrumental donde se buscó las evidencias psicométricas del BDI II , la muestra estuvo compuesta por un total de 360 participantes. Sus resultados en cuanto a la validez se basó en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio, por el método de máxima verosimilitud, que reporto GFI=.89, RMSEA=.56, SRMR=.52, CFI=.90, TLI=.89, PNFI=.75, asimismo cargas factoriales estandarizadas >.30. La confiabilidad del instrumento se determinó por el coeficiente Omega donde ambas dimensiones obtuvieron valores aceptables es decir para la dimensión cognitivo- afectivo reporto una puntuación de .76 y la dimensión somático –motivacional reporto un valor de .87 .

#### 12. Propiedades psicométricas muestra

Respecto a los resultados del inventario BDI II, se observó a través del Alfa de Cronbach ( Ver anexo 14) una puntuación de .795 lo cual significa que existe un nivel bueno de confiabilidad. La correlación dimensión -test de Pearson oscilo entre .113 y .546; donde las correlaciones más bajas se presentaron en los ítems 2, 9, 13 y 14 y las correlaciones más altas fueron los ítems 4,11,12,15 y 22.Por otro lado el índice de adecuación muestral de KMO fue .721 y la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un p-valor estadísticamente significativo ( $p < .001$ ) indicando que fue factible realizar un análisis factorial exploratorio para lograr la validez de constructo del instrumento. No se sometio a juicio de expertos porque la herramienta ha sido analizada y verificada por los autores originales y las personas que hicieron la adaptación, y por su uso generalizado en el Perú.

### **3.5. Procedimiento**

Se solicitaron los permisos correspondientes a las editoriales de cada instrumento; para ello se tuvo que realizar las compras de los mismos también se obtuvo el permiso de los autores peruanos que adaptaron los instrumentos MBI y el BDI II. Por otro lado se entregó la carta de presentación de la escuela firmada por la coordinadora al centro donde se ejecutó el estudio de investigación

y se procedió a recolectar de manera virtual los datos correspondientes a través del formulario google ya que por el contexto de pandemia fue la mejor opción para hacerlo. Para llevar a cabo esta investigación, los datos de las muestras seleccionadas se vaciaron, analizaron, separaron según los estándares y se obtuvieron los totales correspondientes, para los resultados y se llegó a la conclusión final.

### **3.6. Método de análisis de datos.**

En primer lugar se codificaron los datos y se transfirió a una matriz, para guardarlos en un archivo y realizar las correcciones pertinentes para asegurarnos una vez más que no existan errores seleccionando el software apropiado y disponible para analizar los datos (excel y spss). En segundo lugar se evaluó la confiabilidad de los instrumentos a través del alfa de Cronbach y para la validez se empleó la prueba de KMO y esfericidad de Bartlett para conocer si era factible el análisis factorial exploratorio para su validación. Asimismo se hizo uso de la correlación dimensión-test Pearson para hallar la correlación interna de las dimensiones en relación a las variables demostrando que guardan relación con sus ítems. En tercer lugar se realizó el análisis descriptivo de los datos por variable, observándose la media, la desviación típica, la frecuencia, los niveles o categorías. Finalmente se procedió con el análisis inferencial, esto se realizó a través de la prueba de normalidad de Kolmogorov para hallar la distribución de muestra y grado de normalidad asimismo para la comprobación de hipótesis se empleó la prueba de correlación de Spearman ( Rho) ya que se evidencio que los datos no siguieron distribución normal ( $p < .01$ ) por lo tanto su estadística es no paramétrica.

### **3.7. Aspectos éticos**

De acuerdo a la guía del estudiante, el presente estudio se caracterizó por el cumplimiento de integridad y normas éticas considerando temas de originalidad a través de un sencillo software turnitin, para evitar el plagio. El plagio es la apropiación indebida, la exhibición y el uso de materiales de conocimiento de otros sin el reconocimiento adecuado de su fuente original (Rosselot y otros, 2008) (Universidad Cesar Vallejo, 2019). Asimismo el instrumento fue aplicado

después del consentimiento informado explicando, las condiciones de confidencialidad de los resultados obtenidos y la finalidad del estudio, considerando de esta manera los principios éticos básicos como son la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Informe Belmont, 1979).

#### IV. RESULTADOS

##### ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1

*Estadísticas descriptivas de las variables*

| Variables           | n   | Media | Desviación típica |
|---------------------|-----|-------|-------------------|
| Síndrome de burnout | 200 | 61.75 | 18.331            |
| Depresión           | 200 | 3.51  | 4.160             |

La tabla 1 refleja que el puntaje promedio del síndrome de burnout es 61.75, con una desviación típica de 18.331 mientras que el puntaje promedio de la depresión es de 3.51 con una desviación típica de 4.160.

Tabla 2

*Frecuencia de los niveles de síndrome de burnout*

| Niveles | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Alto    | 68         | 34%        |
| Medio   | 72         | 36%        |
| Bajo    | 60         | 30%        |
| N       | 200        | 100%       |

En la tabla 2 se evidencia que el nivel medio de burnout es el que se impuso con una frecuencia de 72 y un porcentaje de 36%, seguido del nivel alto con una

frecuencia de 68 y un porcentaje de 34% ; finalmente el nivel bajo con una frecuencia de 60 y un porcentaje de 30% de la muestra.

*Figura 1. Frecuencia de los niveles de síndrome de burnout*

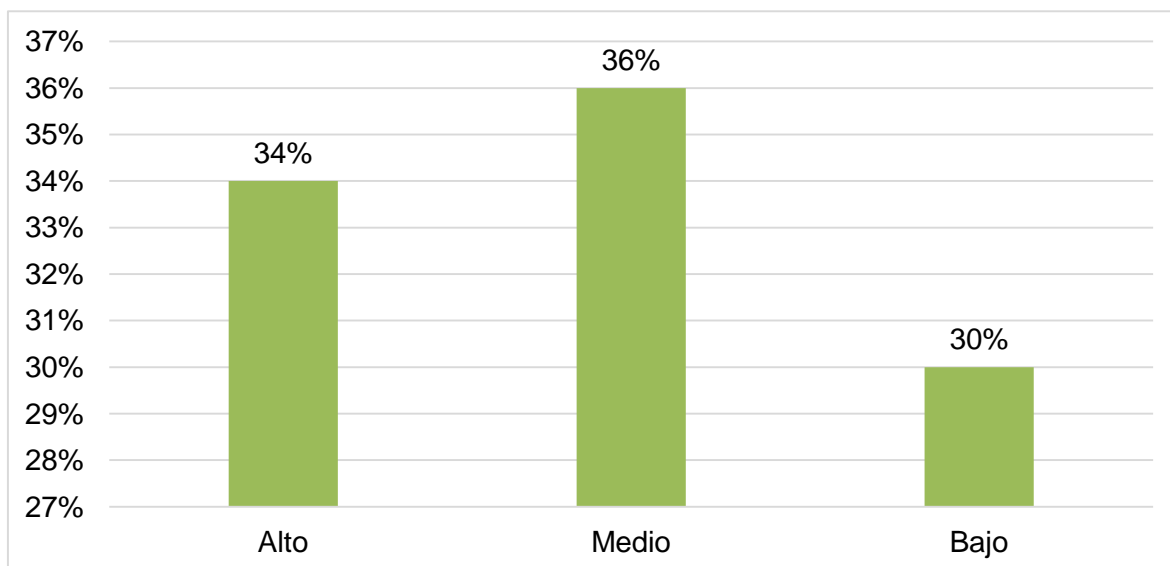


Tabla 3

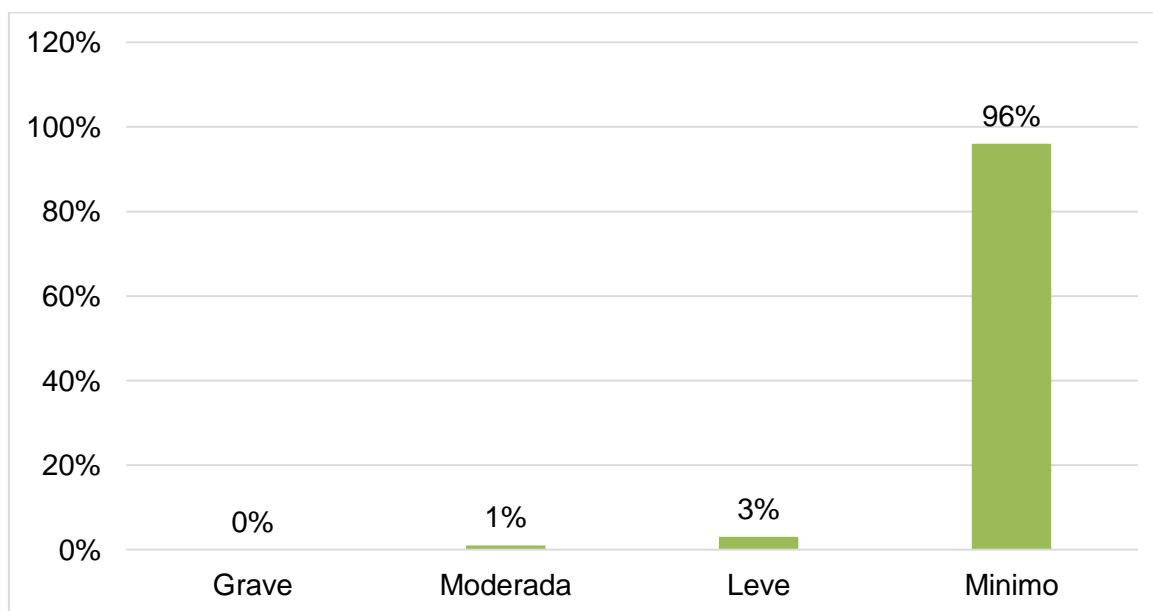
*Frecuencia de los niveles de depresión*

| Niveles  | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|------------|------------|
| Grave    | 0          | 0%         |
| Moderada | 1          | 1%         |
| Leve     | 6          | 3%         |
| Mínimo   | 193        | 96%        |
| n        | 200        | 100%       |

En la tabla 3 se constata que el nivel mínimo de depresión es el que predomina con una frecuencia de 193 y un porcentaje de 97%, seguido por el nivel leve con una frecuencia de 6 y un porcentaje de 3% y el nivel moderado con una frecuencia de 1 y un porcentaje de 1% de la muestra.



Figura 2. Frecuencia de los niveles de depresión



## ANÁLISIS INFERENCIAL

### Prueba de normalidad

Tabla 4

*Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov*

| Variables           | n   | Kolmogorov-Smirnov |      |
|---------------------|-----|--------------------|------|
|                     |     | Estadístico        | p    |
| Síndrome de burnout | 200 | .164               | .000 |
| Depresión           | 200 | .200               | .000 |

En la tabla 4 se demuestra que los datos obtenidos de ambas variables no siguieron una distribución normal ( $p < .01$ ), por lo tanto, la prueba apropiada para el análisis de correlación es no paramétrica utilizándose de esta manera el coeficiente de correlación de Rho de Spearman para probar la hipótesis general.

## Prueba de comprobación de hipótesis

Tabla 5

*Prueba de correlación de Spearman entre Síndrome de burnout y la depresión*

|                     |       | Depresión |
|---------------------|-------|-----------|
| Síndrome de burnout | Rho   | .159*     |
|                     | $r^2$ | .025281   |
|                     | p     | .024      |

En la tabla 5 se evidencia que existe una correlación significativa directa ( $p < .05$ ) con un tamaño de efecto pequeño (.025281), según Cohen (1998), e intensidad débil (.159) entre las variables el Síndrome de burnout y la depresión por la tanto se comprueba la hipótesis general ilustrándose en el siguiente diagrama de dispersión.

*Figura 3. Diagrama de dispersión entre Síndrome de burnout y la depresión*

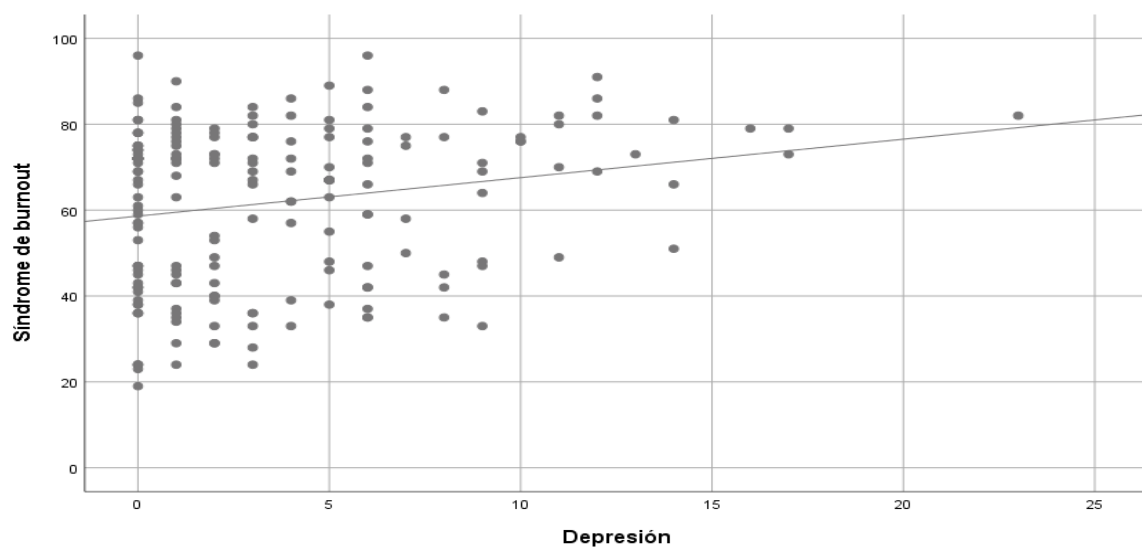


Tabla 6

*Prueba de correlación de Spearman entre la dimensión agotamiento del Síndrome de burnout y la depresión*

|             |                | Depresión |
|-------------|----------------|-----------|
| Agotamiento | Rho            | .108      |
|             | r <sup>2</sup> | .011664   |
|             | p              | .129      |

En la tabla 6 se observa la presencia de una correlación no significativa ( $p > .05$ ) y con un tamaño de efecto pequeño (.011664), entre la dimensión agotamiento del síndrome de burnout y la depresión y se ilustra en su respectivo diagrama de dispersión (Ver anexo 14).

Tabla 7

*Prueba de correlación de Spearman entre la dimensión despersonalización del Síndrome de burnout y la depresión*

|                    |                | Depresión |
|--------------------|----------------|-----------|
| Despersonalización | Rho            | .246**    |
|                    | r <sup>2</sup> | .060516   |
|                    | p              | .000      |

La tabla 7 muestra la existencia de una correlación muy significativa directa ( $p < .01$ ) de intensidad débil (.246) y con tamaño de efecto pequeño (.060516), entre la dimensión despersonalización del Síndrome de burnout y la depresión y se ilustra en su respectivo diagrama de dispersión (Ver anexo14).

Tabla 8

*Prueba de correlación de Spearman entre dimensión realización personal del Síndrome de burnout y la depresión*

|                      |       | Depresión |
|----------------------|-------|-----------|
| Realización personal | Rho   | .086      |
|                      | $r^2$ | .007396   |
|                      | p     | .227      |

En la tabla 8 se observa que existe una correlación no significativa ( $p > .05$ ) y con tamaño de efecto pequeño (.007396) entre la dimensión realización personal del Síndrome de burnout y la depresión y se ilustra en su respectivo diagrama de dispersión (Ver anexo14 ).

## V. DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio es determinar la relación entre el burnout y la depresión en el personal de la Red Salud Chepén , La Libertad 2021.

De acuerdo con un estudio preliminar dirigido a analizar la confiabilidad de las escalas utilizadas, se encontró que la escala de burnout tiene un buen coeficiente de confiabilidad (.704), similar a la escala de depresión (.795), concluyendo que están acorde a los objetivos de su medición por lo tanto los instrumentos se utilizaron con todos sus elementos.

Con base en estos resultados, se acepta la hipótesis general propuesta, ya que existe una correlación significativa ( $p < .05$ ) de intensidad débil directa (.159) y con un tamaño de efecto pequeño ( $r^2 = .025281$ ), según Cohen (1998), entre el síndrome de burnout y la depresión en el personal sanitario, es decir, a elevados niveles del síndrome de burnout habrá mayores niveles de depresión. Resultados similares se obtuvieron en diferentes estudios realizados en muestras relacionadas con este estudio en personal de salud, tales como Ollachica (2019), Villavicencio (2016) y Rodríguez (2018); quienes obtuvieron como conclusión una correlación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ) entre el síndrome de burnout y la depresión, es decir, se determinó como factor de riesgo al síndrome de burnout ante la depresión; por su parte Meza (2019), encontró una correlación fuerte directa (.768) y estadísticamente significativa entre el síndrome de burnout y la depresión en este caso en personal docente

Para el primer objetivo específico planteado, se rechazó la hipótesis planteada debido a que se evidenció una relación no significativa ( $p > .05$ ) y con un tamaño de efecto pequeño ( $r^2 = .011664$ ), entre la dimensión agotamiento emocional y la depresión; siendo el agotamiento una falta de recursos emocionales para uno mismo y ante los demás; es decir, cuanto mayor es el grado de agotamiento emocional, mayor es la depresión del personal de la red de salud Chepén, respuestas opuestas obtuvo Meza (2019), con una correlación significativa directa (.863) entre la dimensión agotamiento emocional y la depresión en personal docente.

Para el segundo objetivo específico planteado, se acepta la hipótesis planteada debido a que existe una correlación muy significativa ( $p < .01$ ) de intensidad débil directa (.246) y con tamaño de efecto pequeño ( $r^2 = .060516$ ), entre la dimensión despersonalización y la depresión, siendo la despersonalización actitudes o reacciones negativas hacia los clientes; es decir, si el grado de despersonalización es mayor incidirá en la existencia de mayores niveles de depresión entre los trabajadores de la red de salud Chepén; datos equivalentes halló Meza (2019), con una correlación significativa directa (.749) entre la dimensión despersonalización y la depresión en personal docente.

Para el tercer objetivo específico planteado, se rechazó la hipótesis planteada ya que se encontró una relación no significativa ( $p > .05$ ) y con tamaño de efecto pequeño ( $r^2 = .007396$ ), entre la dimensión realización personal y la depresión, siendo la baja realización personal la tendencia a juzgarse a sí mismos negativamente afectando seriamente la capacidad para trabajar y la relación con las personas atendidas; indicando que si el nivel de baja realización personal es mayor la depresión de los empleados sanitarios de la red de salud Chepén también será mayor, datos opuestos encontró Meza (2019), con una correlación significativa directa ( $p < .01$ ) entre la dimensión realización personal y la depresión en personal docente.

Así también, se obtuvo los niveles de cada variable, las cuales fueron, en la variable burnout, el nivel medio predominó con una frecuencia de 72 y un porcentaje del 36%, seguido del nivel alto con una frecuencia de 68 y un porcentaje del 34% y finalmente el nivel bajo con una frecuencia de 60 y un porcentaje del 30% de la muestra, resultados equivalentes encontraron Huacho y Veli (2018) con el 71% que presentaban un nivel moderado de burnout, el 46,67% un nivel alto y el 58% un nivel bajo; por su parte Meza (2019), encontró que en la dimensión agotamiento el nivel que tuvo mayor prevalencia fue el nivel alto con el 77,33%, en la dimensión despersonalización el nivel alto con el 80% y en la dimensión realización personal el nivel bajo con el 98,67%.

En tanto en la variable depresión, el nivel mínimo se impuso con una frecuencia de 193, y un porcentaje de 97%, seguido por el nivel leve con una frecuencia de 6 y un porcentaje de 3% y el nivel moderado con una frecuencia de 1 y un

porcentaje de 1% de la muestra, de igual manera, Ollachica (2019) en su estudio también con personal de salud, halló que el 75% presentaban depresión mínima, el 10% depresión leve, el 7,5% depresión moderada, 7,5% depresión severa, por su parte Meza (2019), obtuvo que el 18,67% de docentes de su estudio no presentaban depresión, el 38,67% presentaban una depresión menor, el 20% un nivel moderado, el 4% un nivel severo y el 18,67% un nivel muy severo,

Finalmente, para la ejecución de esta tesis se presentaron inconvenientes en la recopilación de datos, debido a que se tuvo poco alcance con la población al realizar la aplicación de los instrumentos de manera virtual. Por otro lado las dificultades de conectividad y la excesiva carga de trabajo que mencionaron los profesionales sanitarios generaron poca predisposición para el desarrollo de ambos cuestionarios por lo tanto se puede afirmar que tales factores pudieron originar en los resultados correlaciones de intensidad débil.

## VI. CONCLUSIONES

Primera: Se comprobó la primera hipótesis planteada al evidenciarse la existencia de una correlación significativa directa ( $p < .05$ ) con un tamaño de efecto pequeño ( $r^2 = .025281$ ) e intensidad débil (.159) entre el síndrome de burnout y la depresión en el personal de la red salud Chepén, La Libertad 2021.

Segunda: No se confirmó la segunda hipótesis planteada debido a la existencia de una correlación no significativa ( $p > .05$ ) y con un tamaño de efecto pequeño ( $r^2 = .011664$ ), entre la dimensión agotamiento emocional y la depresión en el personal de la red salud Chepén, La Libertad 2021.

Tercera: Se confirmó la tercera hipótesis planteada al evidenciarse la presencia de una correlación muy significativa directa ( $p < .01$ ) de intensidad débil (.246) y con tamaño de efecto pequeño ( $r^2 = .060516$ ), entre la dimensión despersonalización y la depresión en el personal de la red salud Chepén, La Libertad 2021.

Cuarta: No se corroboró la cuarta hipótesis planteada ya que se evidencio una correlación no significativa ( $p > .05$ ) y con tamaño de efecto pequeño ( $r^2 = .007396$ ) entre la dimensión realización personal y la depresión en el personal de la red salud Chepén, La Libertad 2021.



## VII. RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos, se sugiere a la red de salud Chepen, La Libertad 2021 lo siguiente:

- 1.- Establecer un compromiso institucional formulando políticas o principios específicos y firmes para mantener un ambiente de trabajo saludable; desarrollado conjuntamente por gerentes, administrativos y jefes de las diferentes unidades de servicios para que sea difundido activamente con sus equipo de trabajo en el día a día.
- 2.- Identificar y establecer una unidad adecuada de bienestar laboral que actúe como centro de coordinación para notificar y reportar los posibles casos de burnout y depresión de igual forma la coordinación de estrategias y respuestas apropiadas asegurando la confidencialidad y la privacidad.
- 3.- Organizar seminarios y capacitaciones para todos los profesionales de la salud por áreas de trabajo de manera periódica para concientizarlos sobre los efectos negativos del síndrome de burnout y la depresión ayudándoles a mejorar sus prácticas en resolución de conflictos, gestión de agresiones, trabajo en equipo, ambiente laboral, etc.

## REFERENCIAS

- Alva, C., Nieto, W., Taype, A., Timana, R., Herrera, P., Jumpa, D. y Escobedo, S. (2019). Association between daily working hours and depressive symptoms in resident physicians in Peru. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 50(1) , 22-28.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2530312021000126>
- Aranda, C., Pardo, M. y Salazar, J. (2016). Reliability and validation of the scale Maslach Burnout Inventory (Hss) in workers in western México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-227. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81748361005.pdf>
- Baena, Gu (2017). *Metodología de la Investigación(3.ª ed.)* .Grupo Editorial Patria.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19.ª ed.).Bilbao Desclee de Brower.
- Bendezu , M . y Valverde, E.(2019). *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario en Chimbote* [Tesis Título]. Universidad Cesar Vallejo.[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40685/Bendezu\\_BMMValverde\\_MEM.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR1\\_MuWXBfZL\\_hcleVtOz4rk\\_aLOW2YDCEalHamj2UP5HPsOYM2GGuzQpoc](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40685/Bendezu_BMMValverde_MEM.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR1_MuWXBfZL_hcleVtOz4rk_aLOW2YDCEalHamj2UP5HPsOYM2GGuzQpoc)
- Bethea, A., Samanta, D., Kali, M., Lucente, F.y Richmond, B. (March de 2020). The impact of burnout syndrome on practitioners working within rural healthcare systems. *American Journal of Emergency Medicine*, 38(3), 582-588.<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675719304565>
- Cabezas, E. ; Naranjo, D. y Torres, J. (2018). *Introducción a la metodología de la investigación científica (1.ª ed.)*.Comisión Editorial de la Universidad de las Fuerzas Armadas.

- Campos, A. (2015). *Burnout en amas de casa: El cuidado de familiares enfermos de alzheimer* [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla. <http://hdl.handle.net/11441/41030>
- Carmona, I., Gala, F., Lupiani, M., Cruz, A., Lucena, D. y Moral, J. (2020). Occupational stress and burnout among physiotherapists: a cross-sectional survey in Cadiz (Spain). *Hum Resour Health* 91(18) , 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00537-0>
- Chew, N., Lee, G., Tan, B., Jing, M., Yihui, G., Ngiam, N. y Ahmad, A. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88(8), 559-565. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7172854/>
- Coetzee, J., y Kluys, H. ( 2020). Burnout and areas of work-life among anaesthetists in South Africa Part 1: Burnout. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 2(26), 73-82. <http://www.sajaa.co.za/index.php/sajaa/article/view/2358>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science* (2.<sup>a</sup> ed.). *Lauwernce Erlbaum Associates*.
- Cuarta, V., Cano, A., Lopez, L., y Quintero, J. (2018). Mood Disorders in Health Workers of a Third Level Hospital of Complexity. Medellín, Colombia, 2011-2016. *Archivos de Medicina*, 14(33), 1-7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6586689>
- De Vargas, D., y Vieira, A. (2011). Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del estado de Sao Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 5(19) , 2-9 . [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_08.pdf)
- Dos Santos, R. (2019). Estrés, burnout y depresión en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, 18(54) , 1-15 .[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412019000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200004)

- Elbay, R., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S. y Karadere, E. (August de 2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research*, 290, 113130. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120312038>
- Elhadi, M., Khaled, A., Malek, A., El-Azhari, A., Gwea, A., Zaid, A. y Ahmed, H. (2020). Prevalence of anxiety and depressive symptoms among emergency physicians in Libya after civil war: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(8), 1-6. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/8/e039382.full.pdf>
- Estrada, G. (2019). *Prevalencia del síndrome de burnout y su efecto en el desempeño laboral de las enfermeras que laboran en una entidad hospitalaria del cusco -2019* [Tesis Doctotal]. Universidad Cesar Vallejo, Cusco. [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/38394/estrada\\_lg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/38394/estrada_lg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Fidalgo, M. (2001). NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales España .Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. [https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp\\_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768](https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768)
- Flores, S. y Ruiz, A. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad medica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 28(1), 63-72. <https://link.gale.com/apps/doc/A554040635/AONE?u=univcv&sid=AONE&xid=ef9a0a33>
- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Exito empresarial*, 160(1), 1-4. [https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion\\_160\\_160811\\_es.pdf](https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf)

- Gallardo, E. ( 2017). *Metodología de la Investigación. Manual Autoformativo Interactivo* . <http://repositorio.continental.edu.pe/>
- García, A. J. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 52(4), 432-439. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11528>
- García, J., Gómez, J., Pereira, J., Fagundo, J., Ayuso, D., Martínez, J. y Ruiz, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* , 94(1), 1-20. [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/revista\\_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C\\_202007088.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf)
- Gil-Monte, P. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 181-197. <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>
- Gil-Monte, P. y Peiro , J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo : El Síndrome de quemarse*. Síntesis. <https://www.sintesis.com/psicolog%C3%ADa%20social-171/desgaste%20ps%C3%ADquico%20en%20el%20trabajo%3A%20el%20s%C3%ADndrome%20de%20quemarse-libro-247.html>
- Goena, J. y Molero, P. (2019). Distimia. *Medicine*, 12(86), 5037-5040. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.011>
- Gómez, R. (2019). *Eficacia y coste-efectividad de la investigación estilo de vida saludable aplicada por medio de tics para el tratamiento de la depresión en atención primaria: Un estudio controlado*. [Tesis Doctoral]. Universitat de les Illes Balears <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/666968/trgj1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Gomez, S., Ballester, R., Gil, B. y Abizanda, R. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de Psicología*, 31(2), 743-750. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282015000200039](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200039)
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007)*. *Revista Española de Salud Pública*, vol.83(n.2), 215-230. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000200006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000200006&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, S., Farias, F. y Suarez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencia*, 11(4), 305-309. <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- Hernandez, C., Juarez, A., Arias, F. y Dickinson, E. (2011). Factores Psicosociales Predictores de Burnout en Trabajadores del sector salud en atención primaria. *Ciencia y Trabajo*, 21(2), 227 - 231. <https://www.redalyc.org/pdf/686/68643124004.pdf>
- Hernández, M., Jiménez, A., Llergo, M., Mazzoni, L. y Perandres, A. (2014). Síndrome de burnout y satisfacción laboral en el personal sanitario de España y Argentina. *Revista de Investigación y Docencia Creativa*, 3(8), 60-68. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5386415>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación : Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta ( 1.ª ed.)*. McGraw-hill interamericana editores, s.a. de c. v.
- Huang, Y. y Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 281(1), 112954. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120306077>

- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 327-334. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342020000200327&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342020000200327&lng=es&nrm=iso)
- Huarcaya, J. y Calle, R. (2020). Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educacion Medica*, 544(1), 1-5 <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1575181320300371?token=77197D1548A2CECB8F6F14DC86E571A0AD032E4DF86D970039E8930AB08280A8C75314E428B07DF11361A24B03B2C123>
- Infome Belmont (1979). *Informe Belmont : Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. España: Bioeticaweb.
- Instituto Nacional de Salud Mental (2018). *Estudio Epidemiológico metropolitano en salud mental en Hospitales de salud de Lima Metropolitana -2015 Informe General*. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXI%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20Salud.pdf>
- Lai, J., Ma, S. y Ying Wang, C.(2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(5), 1-4 <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
- Loya, K., Valdez, J., Bacardí, M. y Jiménez, A. (2018). El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica:revisión sistemática. *Journal*, 3(1), 40-48. <https://www.jonnpr.com/pdf/2060.pdf>
- Martinez, A. (2010). El síndrome de burnout. evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 1(112), 42-80. <https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>

- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour*, 2(1) , 99-113.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M.(1996). *Maslach Burnout Inventory Manual (4.ª ed.)*. Published by Mind Garden, Inc.
- Maticorena, J., Beas, R., Beramend, A. y Mayta, P. (2016). Prevalencia del Síndrome de Burnout entre médicos y enfermeras del Perú, en ensusalud 2014. (*Rev Peru Med Exp Salud Publica*) , 33(2) , 241-247  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342016000200007&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342016000200007&script=sci_abstract)
- Mendez, J. (2004). Estrés laboral o síndrome de "burnout". *Acta Pediátrica de Mexico*, 25(5), 299-302.  
<http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1814/1/ActPed2004-48.pdf>
- Meza, S. (2019). *Síndrome de burnout y depresión en docentes de secundaria de la Ugel Yauli – 2017* [Tesis de titulación]. Universidad Nacional del Centro del Perú.  
<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/5264/Meza%20Suarez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de sanidad (2014). *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*.  
[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- Ministerio de Salud. (2020). *Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA : Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud*. Recuperado el 18 Diciembre 2020  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/473129-180-2020-minsa>



- Monte, P. G. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica*.3(5).181-185.[http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo- \(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo- (sindrome-de-burnout).html)
- Morales, P. (2012) Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales*. Universidad Pontificia Comillas  
<http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf>
- Navarra, C.(1979). *Informe Belmont : Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Bioeticaweb.
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J. y Delgado, H. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa- cualitativa y redacción de la tesis (5.ª ed.)*. Ediciones de la U.
- Oficina Internacional del Trabajo (2012). *Solve: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo : guía del formador*.  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms\\_203378.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203378.pdf)
- Ollachica, J. (2019). *Prevalencia del síndrome de burnout y su asociación con el nivel de depresión en médicos e internos de medicina, del hospital de apoyo Camana, febrero 2019* [Tesis de pre grado]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8381/MDollarjs2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Internacional del Trabajo (1998). Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo

<https://www.insst.es/documents/94886/161958/Sumario+del+Volumen+I/18ea3013-6f64-4997-88a1-0aadd719faac>

Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publicación/wcms\\_466549.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publicación/wcms_466549.pdf)

Organización Internacional del Trabajo (2017). *Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud*. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_548292.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_548292.pdf)

Organización Mundial de la salud (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelos de la OMS. Contextualización, prácticas y literaturas de apoyo*. [https://www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2020). Salud Mental -Depresión. [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)

Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. <http://iris.paho.org>.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Día mundial de la salud mental* <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-salud-mental-2020#collapse-accordion-18143-2>

Ortega, C. y Lopez, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios : revision y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160. [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-100.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf)

Prado, J. (2016). *Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión en atención primaria: un estudio cualitativo*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/58557/files/TESIS-2017-003.pdf>

- Quevedo, J., Beas, R., Anduaga, A. y Mayta, P. (2016). Prevalence of burnout syndrome in peruvian physicians and nurses, ensusalud 2014. *Revista Peruana de medicina experimental y salud publica*, 33(2), 241-247. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2170>
- Rodriguez, J. (2014). *Prevalencia del trastorno depresivo en la diabetes tipo 2*. [Tesis Doctoral]. Universidad Rey Juan Carlos. <https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/13440/TESIS%20RODRIGUEZ%20CALVIN%20DEPRESION%20DIABETES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Solís, R., Águila, M., Burgos, R. y Chambi, J. (2017). Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(3), 270-276. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i3.13757>
- Tello, M. (2018). *Propiedades psicométricas del inventario burnout Maslach en operarios de una empresa de dotación de recursos humanos en Pueblo Libre, 2018* [Tesis de titulación]. Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/25918>
- Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(1), 51-56. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3687/4087>
- Vargas, D. y Dias, A. (2011). Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Cuidados Intensivos: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del estado de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5), 1114-1121. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500008>
- Vasquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57737272/art02.3.08.pdf?1541908157=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDEPRESION\\_DIAGNOSTICO\\_MODELOS\\_TEORICOS\\_Y.pdf&Expires=1609637230&Signature=WHzbWauK0NkVgqeY~k2SOsEamAV3bnlvYPUYmPLaYVUtsY3OS0m6iABHw](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57737272/art02.3.08.pdf?1541908157=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDEPRESION_DIAGNOSTICO_MODELOS_TEORICOS_Y.pdf&Expires=1609637230&Signature=WHzbWauK0NkVgqeY~k2SOsEamAV3bnlvYPUYmPLaYVUtsY3OS0m6iABHw)

Vilchez, J., Viera, R., Larico, G., Alvarez, D., Sanchez, J., Taminche, R. y Carrasco, C. (2020). Depresión y maltrato en internos de Medicina de hospitales peruanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.001>

Villavicencio, J. (2016). *Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015* [Tesis de titulación]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4683>

Woo, T., Ho, R., Tang, A., y Tam, W. (2020). *Prevalencia global de síntomas de agotamiento entre enfermeras: revisión sistemática y metanálisis*. *Revista de investigación psiquiátrica*, 9(20), 9-20. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395619309057>

World health Organization. (2020). *Substantial investment needed to avert mental health crisis*. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAiAouD\\_BRBIEiwALhJH6MAXqeldB7g5yXCzz8sxUvkaMqUq6ioU0EeCbPwkpwy6KREsiZH0xoCHIkQAvD\\_BwE](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAiAouD_BRBIEiwALhJH6MAXqeldB7g5yXCzz8sxUvkaMqUq6ioU0EeCbPwkpwy6KREsiZH0xoCHIkQAvD_BwE)

## **ANEXOS**

## Anexo 1 Matriz de consistencia

Título: Burnout y Depresión en el personal de la Red Salud Chepen, La Libertad 2021

| Problema   | Objetivos  |   | Hipótesis   |  |                               | Variables                                      |  | Método |
|--|--|---|-------------|--|-------------------------------|--|--|--------|
|  | General  | General   | General     | Instrumento  | Dimensiones                   | Ítems  | Tipo y diseño  |        |
| ¿Cuál es la relación entre burnout y depresión en el personal de la Red Salud Chepen, La Libertad 2021 ? | Determinar la relación entre burnout y depresión en el personal de la Red Salud Chepen , La Libertad 2021.                             | Existe relación significativa entre burnout y depresión en el personal de la Red Salud Chepen , La Libertad 2021.                             | General     | Inventario del Síndrome de Burnout ( MBI )<br>Christina Maslach, Susan E. Jackson(1981)<br>Adaptado en Perú por Marilú Tello Marín(2018) | Agotamiento emocional         | 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.                | Diseño no experimental<br>corte transversal-correlacional<br><br>Tipo:<br>Básica-descriptiva |        |
|  |  |   | General     |  | Despersonalización            | 5,10, 11,15 y 22                               |  |        |
|  |  |   | Específicos |  | Realización personal          | 4, 7, 9, 12, 17, 18,19 y 21.                   |  |        |
|  | a) Determinar la relación entre agotamiento emocional y depresión en el personal de salud de la red de salud Chepen ,La Libertad 2021. | a) Existe relación significativa entre agotamiento emocional y depresión en el personal de salud de la red de salud Chepen ,La Libertad 2021. | Específicos | Instrumento  | <b>VARIABLE II: Depresión</b> |  | <b>Población</b>   |        |
|  | b) Determinar la relación entre la despersonalización y depresión en el personal de salud de la red de salud Chepen ,La Libertad 2021. | b) Existe relación significativa entre la despersonalización y depresión en el personal de salud de la red de salud Chepen ,La Libertad 2021. |             | Inventario de Depresión Beck (BDI-II)<br>Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Gregory Brown(1979)<br>Adaptado en Perú por                     | Dimensiones                   | Ítems  | 482 trabajadores (Unidad de recursos humanos red salud Chepen, 2020)                         |        |
|  |  |   |             |  | 1. Cognitivo-afectivo:        | 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10                        |  |        |
|  |  |   |             |  | 2.Somático – Motivacional     | 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 , | Muestra  |        |

---

c) Determinar la relación entre realización personal y depresión en el personal de la red de salud Chepen ,La Libertad 2021.

c) Existe relación significativa entre realización personal y depresión en el personal de la red de salud Chepen ,La Libertad 2021.

Massiel  
Bendezu y  
Elena Valverde  
Marín (2019 )

21

n= 200

---

**Anexo 2** Tabla de Operacionalización de las variables

| Variable | Definición conceptual   | Definición operacional   | Dimensiones   | Ítems                          | Escala de medición |
|----------|---|--|---|--------------------------------|--------------------|
| Burnout  | <p>Burnout es un síndrome de tres tipos de sentimientos los cuales son el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, puede ser experimentado por muchos tipos de proveedores de servicios, así como empleados que trabajan en otros entornos caracterizados por una intensa actividad interpersonal (Maslach, Jackson y Leiter, 1986).</p> | <p>Se mide según el MBI, que consta de 22 ítems, todos ellos evaluados de forma proporcional tipo Likert (escala ordinal), para explorar los sentimientos y actitudes de los profesionales en el trabajo y hacia los pacientes. Administrar el MBI tarda de 10 a 15 minutos en completarse, y tienen tres dimensiones.</p> | <p>a) Agotamiento emocional; compuesta de 9 ítems, evalúa la experiencia de fatiga emocional causada por las necesidades laborales y tiene un puntaje máximo 54.</p>                | 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 | Ordinal            |
|          |   |  | <p>b) Despersonalización; consta de 5 ítems, evalúa las reacciones impersonales y actitudes negativas de frialdad y distancia hacia los pacientes y tiene un puntaje máximo 30.</p> | 5,10, 11,15 y 22               |                    |
|          |   |  | <p>c) Realización personal; consta de 8 ítems, evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo y tiene un puntaje máximo 48.</p>                       | 4, 7, 9, 12, 17, 18,19 y 21    |                    |



| Variable  | Definición conceptual  | Definición operacional  | Dimensiones  | Ítems  | Escala de medición |
|-----------|--|---|--|--|--------------------|
| Depresion | La depresión es una tendencia a explicarse a uno mismo, el mundo y el futuro de una manera negativa, viendo las cosas como desesperadas en lugar de apreciarlas activamente (Beck, et al.,1979). | Se calcula mediante el Inventario de Depresión de Beck-segunda versión, BDI-II. Puede aplicarse a adolescentes y adultos mayores de 13 años, y su administración puede ser individual o en grupo, y el tiempo de solución es de 5 minutos. Esta lista consta de 21 indicadores, con puntuaciones que van de 0 a 3 | 1. Cognitivo- afectivo:<br><br>2.Somático – Motivacional | 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10<br><br>6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 , 21 | Ordinal            |

### Anexo 3 Instrumentos

#### Inventario del Síndrome de Burnout - MBI

(Christina Maslach, Susan E. Jackson - 1981)

Adaptado en Perú por Marilú Tello Marín 2018

Edad:

Grado de instrucción:

Tiempo de trabajo:

Sexo:

#### INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa sinceramente su existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

|                             |   |                         |   |             |   |
|-----------------------------|---|-------------------------|---|-------------|---|
| Nunca                       | 0 | Algunas veces           | 3 | Diariamente | 5 |
| Pocas veces al año          | 1 | Una vez a la semana     | 4 |             |   |
| Una vez al menos o<br>menos | 2 | Pocas veces a la semana | 5 |             |   |

Por favor, señale con el puntaje que considere más adecuado:

- 1 Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.
- 2 Al finalizar mi trabajo me siento agotado
- 3 Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.
- 4 Trabajar con personas todos los días es un esfuerzo.
- 5 Me siento "agotado" por el trabajo.
- 6 Trabajar en contacto directo con las personas me produce bastante estrés.
- 7 Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.
- 8 Me siento frustrado por mi trabajo.
- 9 Me siento acabado por el trabajo
- 10 Creo que trato a algunos usuarios como si fueran objetos.
- 11 Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.
- 12 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- 13 Realmente no me importa lo que les ocurra a algunas de las personas a las que tengo que atender.
- 14 Siento que los usuarios me culpan de algunos de sus problemas.
- 15 Puedo entender con facilidad lo que desean los usuarios.
- 16 Me enfrento muy bien con los problemas que se presentan durante el trabajo.
- 17 Creo que estoy aportando positivamente a la institución con mi trabajo.
- 18 Me encuentro con mucha energía.
- 19 Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada con las personas a los que brindo servicio.
- 20 Me encuentro animado después de trabajar en contacto con las personas
- 21 He realizado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.
- 22 En mi trabajo trato con mucha calma los inconvenientes que pudieran darse.

Gracias por su colaboración

## Inventario de Depresión Beck (BDI-II)

(Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Gregory K. Brown- 1979)

Adaptado en Peru por Massiel Bendezu y Elena Valverde

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** Masculino      Femenino

**Edad** \_\_\_\_\_

“Este inventario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque o encierre el número correspondiente al enunciado elegido.”

### 1. Tristeza

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

### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

### 3. Fracaso

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

### 4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

### 5. Sentimientos de culpa

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

### 6. Sentimientos de castigo

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

### 7. Disconformidad con uno mismo

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

### **8. Autocrítica**

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

### **9. Pensamientos o deseos suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Quería matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

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

### **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

### **12. Pérdida de interés**

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

### **13. Indecisión**

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

### **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

### **16. Cambios en los hábitos de sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**17. Irritabilidad**

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

**18. Cambios de apetito**

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

**19. Dificultad de concentración**

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

**20. Cansancio o Fatiga**

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

**21. Pérdida de interés en el sexo**

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

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

Sección 1 de 4

## Burnout y depresión en el personal de la red salud Chepen ,La Libertad 2020-2021

Estimado(a)

Con el debido respeto me presento a usted, mi nombre es Lourdes Elisa Fernández Murrugarra , Bachiller de Psicología . En la actualidad me encuentro realizando una investigación para obtener el título profesional de psicóloga . En la actualidad me encuentro realizando una investigación para obtener el título profesional de psicóloga con el tema : "Burnout y Depresión en el Personal de la Red Salud Chepen , La Libertad 2020" ya que es bien sabido que los profesionales de la salud están comúnmente expuestos a diversos estresores psicosociales por sus tareas cotidianas sin embargo con la llegada de la pandemia, queda claro que todos estos factores se han incrementado representando uno de los retos más evidentes en el sector salud . El proceso consiste en la aplicación de dos instrumentos psicológicos el MBI y el BDI-II. Muchas gracias por su colaboración.

---

### Consentimiento informado \*

Estimado (a) personal de salud , acudimos a usted para invitarle a participar de esta investigación donde se determinará la relación entre Burnout y Depresión en el Personal de la Red Salud Chepen , La Libertad 2020 , el cual le tomara alrededor de 10 minutos resolver. Se enfatiza además que la participación en esta investigación es de manera voluntaria , por ende se le pedirán algunos datos personales , los cuales serán tratados de manera confidencial y se garantiza el anonimato , los datos obtenidos serán utilizados única y exclusivamente para los fines de la investigación . En caso tenga alguna duda sobre los aspectos éticos de esta investigación u otro , podrá ponerse en contacto con el Dr. De La Cruz Valdiviano Carlos Bacilio , asesor y supervisor del estudio de la Universidad Cesar Vallejo a través del correo amautacruz2@gmail.com

Sí, acepto

No, acepto

URL :

<https://docs.google.com/forms/d/110W3iCt9-VQNZvYsXnBk9quuvKhoFT9Z50Adb70CZ4U/edit>

#### **Anexo 4** Ficha Sociodemográfica

Tabla 1

*Personal de la red salud Chepen – La Libertad 2020*

---

|                                 | Nombrados | Contratados | Contratados por Covid-19 | Total |
|---------------------------------|-----------|-------------|--------------------------|-------|
| Personal de la red salud Chepen | 332       | 83          | 67                       | 482   |

---

Fuente unidad de recursos humanos red salud Chepen, 2020.

Tabla 2

*Estadísticas socio-demográficas de la muestra*

---

|        | VARIABLES     | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|---------------|------------|------------|
| Género | Femenino      | 146        | 73%        |
|        | Masculino     | 54         | 27%        |
| Cargo  | Enfermeras    | 98         | 49%        |
|        | Médicos       | 23         | 11,5%      |
|        | Obstetras     | 21         | 10,5%      |
|        | Biólogo(a)    | 10         | 5%         |
|        | Psicólogo(a)  | 7          | 3,5%       |
|        | Odontólogo(a) | 5          | 2,5%       |
|        | Otros         | 36         | 18%        |
|        | n             | 200        | 100%       |

---

**Anexo 5** Cartas de presentación de la escuela firmada por la coordinadora de la escuela para muestra final



"Año de la Universalización de la Salud"

Los Olivos, 15 de diciembre de 2020

**CARTA INV. N°1555-2020/EP/PSI. UCV LIMA-LN**

DR. JORGE TORRES DIAZ

GERENTE DE LA RED SALUD CHEPEN |

Av.28 De Julio, Chepén 13871

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para Srta. Lourdes Elisa Fernandez Murrugarra con **Dni 42063570** estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N°7002596068, quien desea realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología titulado: "**Burnout y depresión en el personal de red de salud Chepen ,La Libertad 2020**". Asimismo se especifica que este trabajo de tesis cuenta con la aprobación de nuestra institución y tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizara una investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.



Atentamente,



-----  
**Dra. Roxana Cárdenas Vila**  
Coordinadora de la Escuela de Psicología  
Filial Lima - Campus Lima Norte



## Anexo 6 Carta de autorización del centro donde se ejecutó la Investigación

  BICENTENARIO PERU

"Año de la Universalización de la salud"

Chepén, 29 de Diciembre del 2020

**OFICIO N° 00881 - 2020-GRLL-GGR/GRSS/RSCH/HACH/OD**


SEÑORITA.  
ROXANA CARDENAS VILA  
COORDINADORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA FILIAL LIMA – CAMPUS LIMA NORTE  
LIMA

**ASUNTO : PERMISO PARA EJECUCION DE TRABAJO DE TESIS**

Por medio del presente lo saludo cordialmente y a la vez para comunicarle que; habiendo recibido la CARTA N°1555 – 2020/EP/PSI.UCV LIMA – LN DE SECRETARIA DE DIRECCION de la Institución a la que Ud. pertenece; donde presenta a la Srta. LOURDES ELISA FERNANDEZ MURRUGARRA con DNI N°42063570, quien realizará un Trabajo de Investigación para optar el Título de Lic. En Psicología titulado "Burnout y depresión en el personal de la Red de Salud La Libertad 2020" ya que según dicho documento se informa que el mencionado trabajo cuenta con la aprobación de su institución; por tal motivo el comité de Ética de la Red de Salud Chepén da el pase y permiso para la recolección de datos a través de instrumento preparado por la investigadora.

Sin otro particular y agradeciendo anticipadamente la atención que brinde al presente documento; aprovecho la oportunidad para reiterarle muestras de consideración y estima personal.

Atentamente.

 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD DE CHEPEN  
DIRECCION  
M. Sc. Jorge TORRES DIAZ  
DIRECTOR EJECUTIVO

JTD/jca  
Cc archivo  
Pag  
Document

**Justos por la Prosperidad**  
Dirección: Avenida 28 de Julio S/N, teléfono: N° 044563486  
Página Web: [www.gob.regionlibertad.gob.pe](http://www.gob.regionlibertad.gob.pe)

**Anexo 7** .Carta de solicitud de autorización de uso del instrumento remitido por la escuela de psicología dirigida al autor original del Inventario de Burnout – MBI



"Año de la universalización de la salud"

Los Olivos, 13 de enero de 2021

**CARTA INV.N°1944-2021/EP/PSI. UCV LIMA-LN**

Mind Garden  
Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentar a la Srta. Lourdes Elisa Fernandez Murrugarra **DNI 42063570** estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N°7002596068, quien se encuentra realizando su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología titulado: **"Burnout y depresión en el personal de la red de salud Chepen, La Libertad 2021"**. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizara una investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización del autor original para el uso del instrumento psicológico "Maslach Burnout Inventory Manual" para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



-----  
**Dra. Roxana Cárdenas Vila**  
Coordinadora de la Escuela de Psicología  
Filial Lima - Campus Lima Norte

**Anexo 8** Carta de solicitud de autorización de uso del instrumento remitido por la escuela de psicología dirigida al autor original del Inventario de Depresión



"Año de la universalización de la salud"

Los Olivos, 4 de enero de 2021

**CARTA INV.N°1685-2021/EP/PSI. UCV LIMA-LN**

Pearson Educación Perú SA

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentar a la Srta. Lourdes Elisa Fernandez Murrugarra **DNI 42063570** estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N°7002596068, quien se encuentra realizando su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología titulado: "**Burnout y depresión en el personal de la red de salud Chepen, La Libertad 2021**". Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizara una investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización del autor original para el uso del instrumento psicológico "Inventario de depresión de Beck" para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



-----  
**Dra. Roxana Cárdenas Vila**  
Coordinadora de la Escuela de Psicología  
Filial Lima - Campus Lima Norte

## Anexo 9 Recibo de pago por la compra del Inventario Burnout –MBI

For use by Lourdes Elisa Fernandez Murrugarra only. Received from Mind Garden, Inc. on January 13, 2021  
**Permission for Lourdes Elisa Fernandez Murrugarra to reproduce 1 copy  
within three years of January 13, 2021**

# Maslach Burnout Inventory Manual

Fourth Edition

**Includes These MBI Review Copies:**

**Human Services - MBI-HSS**

**Medical Personnel - MBI-HSS (MP)**

**Educators - MBI-ES**

**General - MBI-GS**

**Students - MBI-GS (S)**

Christina Maslach: Manual, and MBI-GS, MBI-GS(S), MBI-HSS, MBI-HSS(MP), MBI-ES

Susan E. Jackson: Manual, and MBI-GS, MBI-GS(S), MBI-HSS, MBI-HSS(MP), MBI-ES

Michael P. Leiter: Manual, and MBI-GS, MBI-GS(S)

Wilmar B. Schaufeli: MBI-GS, MBI-GS(S)

Richard L. Schwab: MBI-ES

**Published by Mind Garden, Inc.**

[info@mindgarden.com](mailto:info@mindgarden.com)

[www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com)

This instrument is covered by U.S. and international copyright laws. Any use of this instrument, in whole or in part, is subject to such laws and is expressly prohibited by the copyright holder. If you would like to request permission to use or reproduce the instrument, in whole or in part, contact Mind Garden, Inc.

Manual Copyright © 1996-2016 by C. Maslach, S.E. Jackson and M.P. Leiter. MBI-HSS Copyright © 1991 by C. Maslach, S.E. Jackson. MBI-ES: Copyright © 1996 C. Maslach, S. Jackson, R. Schwab. MBI-GS Copyright © 1996 by W.B. Schaufeli, M. Leiter, C. Maslach, S. Jackson. All rights reserved in all media. This manual may not be reproduced in any form without written permission of the publisher, Mind Garden, Inc. [www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com). Mind Garden is a trademark of Mind Garden, Inc.



Hi, Lourdes Elisa Fernandez  
Murrugarra

Thank you for shopping with Mind Garden!

**ORDER DETAILS - PAYMENT COMPLETE**

---

Order: CRSFAJCEJ

Completed on: 01/12/2021 21:35:48

Payment: Credit Card

| Product   | Unit price | Quantity     | Total price    |
|---|------------|--------------|----------------|
| Maslach Burnout Inventory™ (MBI) - Manual 4th Edition - | \$50.00    | 1            | \$50.00        |
|   |            | Shipping     | \$0.00         |
|   |            | Total Tax    | \$0.00         |
|   |            | <b>Total</b> | <b>\$50.00</b> |

## Anexo 10 Recibo de pago por la compra del Inventario Depresión-BDI II



PEARSON EDUCACION DE COLOMBIA S.A.S.  
 Kilometro 1.5 via Siberia,Parque Tempuerto Industrial(EI Dorado-Bodega 54 Cota-Cundinamarca)Centro de Coto-Cota  
 PBX:294 08 00(NIT. 830.007.710-4) SOMOS RESPONSABLES DE IVA  
 ACTIVIDAD ECONOMICA ICA 4869 en Cota Tarifa 5 X mil, ACTIVIDAD ECONOMICA 6202 en Bogotá D.C. Tarifa 6.9 X mil  
 ACTIVIDAD ECONOMICA ICA 8559 en Bogotá D.C. Tarifa 9.86 X mil. Autorstenedores de renta según resolución 001272 del 21 de Febrero de 2014.

### FACTURA ELECTRONICA DE VENTA TCEX 8641

|                                |  |                    |  |   |
|--------------------------------|--|--------------------|--|---|
| <b>Cliente.</b>                |  | <b>Remitido a:</b> |  | <b>Fecha:</b> 2021-01-22T15:10:41   |
| <b>Nombre:</b>                 | LOURDES ELISA FERNANDEZ<br>MURRUGARRA  | <b>Nombre:</b>     | LOURDES ELISA FERNANDEZ<br>MURRUGARRA  | <b>Lugar de Expedición:</b> COTA CUND.  |
| <b>Dirección:</b>              | DNI 42063570<br>Husares de Junin 601<br>Guadalupe - Pacasmayo<br>La Libertad<br>LIMA PERU,PERU | <b>Dirección:</b>  | DNI 42063570<br>Husares de Junin 601<br>Guadalupe - Pacasmayo<br>La Libertad<br>LIMA PERU,PERU | <b>Cuenta Cliente:</b> 526137/4<br><b>Zona:</b> LIMA PERU,PERU                    |
| <b>Fecha Vencimiento:</b>      | 22/01/2021   | <b>Importe en:</b> | USD DOLLARS  | <b>Código Descuento:</b> ESP30  |
| <b>Condiciones de pago:</b>    | Contado  |                    |  | <b>Nit Receptor:</b> 20518282086  |
| <b>Instrucciones de Envío:</b> | MATERIAL PARA FINES DE<br>INVESTIGACION / F043186  |                    |  | <b>Observaciones:</b> CLPER21013<br><b>Pedido No:</b> SB1891486                   |
|                                |  |                    |  | <b>Tipo de Negociación:</b> Contado<br><b>Medio de Pago:</b> Transferencia Débito |

| Nro | CODIGO        | TITULO                        | LINEA | UM  | CANT | PRECIO UNITARIO | IMPUESTOS |      | TOTAL  |
|-----|---------------|-------------------------------|-------|-----|------|-----------------|-----------|------|--------|
|     |               |                               |       |     |      |                 | %         | IVA  |        |
| 1   | 8435085124433 | BDI II - KIT COMPLETO DIGITAL | CLI   | NIU | 1    | 117.00          | 0.00      | 0.00 | 117.00 |

**Anexo 11** Carta de autorización para el uso del instrumento con la adaptación peruana del Inventario de Burnout – MBI

"Año de la universalización de la salud"

Los Olivos 26 de noviembre de 2020

**Asunto :**

- **Autorización de instrumento de tesis**

Srta. Lourdes Elisa Fernández Murrugarra  
Bachiller Psicología

Presente.-

*De nuestra consideración:*

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y en mi calidad de autora de la tesis "Propiedades psicométricas del inventario burnout Maslach en operarios de una empresa de dotación de recursos humanos en Pueblo Libre, 2018", yo Lic. Ps TELLO MARIN, Mariluz con DNI 43354934 , autorizo a la srta. Lourdes Elisa Fernández Murrugarra , con DNI 42063570 para que haga uso del instrumento mencionado y así siga con el desarrollo del proyecto de investigación: "Burnout y depresión en el personal de salud de la Red Salud Chepen , La Libertad 2020"

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



---

TELLO MARIN, Mariluz

DNI 43354934

CPSP : 35539

**Anexo 12** Carta de autorización para el uso del instrumento con la adaptación peruana del Inventario de Depresión BDI II

"Año de la universalización de la salud"

Los Olivos 27 de noviembre de 2020

Asunto :

- **Autorización de instrumento de tesis**

Srta. Lourdes Elisa Fernández Murrugarra  
Bachiller Psicología

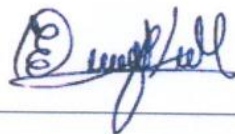
Presente.-

*De nuestra consideración:*

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y en mi calidad de autora de **Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en usuarios que acuden al servicio de salud mental de un centro hospitalario en Chimbote**, yo Lic Ps Valverde Marrufo, Elena Milagros DNI: **73529785**, autorizo a la Srta. Lourdes Elisa Fernandez Murrugarra, con **DNI 42063570** para que haga uso del instrumento mencionado y así siga con el desarrollo del proyecto de investigación : Burnout y depresión en el personal de la Red de Salud Chepen , La Libertad 2020

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Lic.Ps Valverde Marrufo, Elena Milagros

DNI: 73529785



### **Anexo 13** Consentimiento y/o asentimiento informado

Estimado (a) personal de salud, acudimos a usted para invitarle a participar de esta investigación donde se determinara la relación entre Burnout y Depresión en el Personal de la Red Salud Chepen , La Libertad 2020 , el cual le tomara alrededor de 10 minutos resolver. Se enfatiza además que la participación en esta investigación es de manera voluntaria, por ende se le pedirán algunos datos personales , los cuales serán tratados de manera confidencial y se garantiza el anonimato , los datos obtenidos serán utilizados única y exclusivamente para los fines de la investigación . En caso tenga alguna duda sobre los aspectos éticos de esta investigación u otro , podrá ponerse en contacto con el Dr. De La Cruz Valdiviano Carlos Bacilio , asesor y supervisor del estudio de la Universidad Cesar Vallejo a través del correo [amautacruz2@gmail.com](mailto:amautacruz2@gmail.com)

----Si acepto

----No acepto

## Anexo 14 Resultados de la muestra

Tabla 3

*Estadística de fiabilidad de la escala de burnout*

| Alfa de Cronbach | N° de elementos |
|------------------|-----------------|
| .704             | 22              |

En la tabla 3 se observó que el coeficiente de confiabilidad interna es de .704 lo cual significa que existe un buen nivel de confiabilidad.

Tabla 4

*Análisis estadístico de los ítems de la escala de burnout*

| Dimensión            | Ítems | Media | Desviación | Índice de discriminación |
|----------------------|-------|-------|------------|--------------------------|
| Agotamiento          | B1    | 1,33  | 1,527      | ,463                     |
|                      | B2    | 2,23  | 1,758      | ,140                     |
|                      | B3    | 1,22  | 1,534      | ,410                     |
|                      | B6    | 1,07  | 1,465      | ,248                     |
|                      | B8    | ,63   | 1,187      | ,089                     |
|                      | B13   | ,56   | 1,351      | ,126                     |
|                      | B14   | ,81   | 1,485      | ,013                     |
|                      | B16   | 3,51  | 2,681      | ,776                     |
| despersonalización   | B20   | 3,91  | 2,563      | ,692                     |
|                      | B5    | 1,11  | 1,546      | ,494                     |
|                      | B10   | ,51   | 1,203      | ,048                     |
|                      | B11   | ,48   | 1,102      | ,037                     |
|                      | B15   | 3,45  | 2,798      | ,749                     |
| realización personal | B22   | 3,80  | 2,572      | ,801                     |
|                      | B4    | 3,31  | 2,653      | ,370                     |
|                      | B9    | 3,79  | 2,669      | ,618                     |
|                      | B12   | 3,92  | 2,657      | ,568                     |
|                      | B7    | 2,55  | 2,502      | ,625                     |

|     |      |       |      |
|-----|------|-------|------|
| B17 | 5,84 | ,707  | ,066 |
| B18 | 5,35 | 1,409 | ,133 |
| B19 | ,37  | 1,175 | ,036 |
| B21 | 4,88 | 1,837 | ,412 |

En la tabla 4 se observó el análisis de ítems, de los cuales los ítems 8, 10, 11, 14, 17 y 19 son los que presentan un índice de discriminación bajo

Tabla 5

*Estadística de fiabilidad de la escala de depresión*

| Alfa de Cronbach | N° de elementos |
|------------------|-----------------|
| .795             | 21              |

En la tabla 5 se observa que el coeficiente de confiabilidad interna es de .795 lo cual significa que existe un nivel bueno de confiabilidad.

Tabla 6

*Análisis estadístico de los ítems de la escala de depresión*

| ÍTEMS | Media | Desv. Desviación | Índice de discriminación |
|-------|-------|------------------|--------------------------|
| D1    | ,06   | ,335             | ,334                     |
| D2    | ,07   | ,363             | ,133                     |
| D3    | ,03   | ,244             | ,217                     |
| D4    | ,21   | ,429             | ,541                     |
| D5    | ,10   | ,294             | ,356                     |
| D6    | ,04   | ,184             | ,270                     |
| D7    | ,04   | ,281             | ,460                     |
| D8    | ,31   | ,668             | ,332                     |
| D9    | ,02   | ,172             | ,113                     |
| D10   | ,27   | ,726             | ,330                     |

|     |     |      |      |
|-----|-----|------|------|
| D11 | ,18 | ,419 | ,457 |
| D12 | ,10 | ,347 | ,532 |
| D13 | ,15 | ,434 | ,201 |
| D14 | ,03 | ,222 | ,132 |
| D15 | ,30 | ,479 | ,546 |
| D16 | ,57 | ,684 | ,455 |
| D17 | ,13 | ,387 | ,487 |
| D18 | ,40 | ,722 | ,338 |
| D19 | ,17 | ,450 | ,535 |
| D20 | ,19 | ,402 | ,511 |
| D21 | ,20 | ,498 | ,362 |

En la tabla 6 se observa el análisis de ítems, de los cuales los ítems 2,9, 13 y 14 son los que presentan un índice de discriminación bajo.

Tabla 7

*KMO y prueba de Bartlett mediante el análisis factorial exploratorio de la escala de burnout*

|   |      |       |
|---|------|-------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo |      | 0,882 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett                   | gl   | 231   |
|   | Sig. | ,000  |

En la tabla 7 se muestran los resultados del análisis factorial exploratorio donde las pruebas de adecuación muestral arrojaron un valor de KMO de .882 y un p-valor estadísticamente significativo ( $p < .001$ ) en la prueba de esfericidad de Bartlett.

Tabla 8

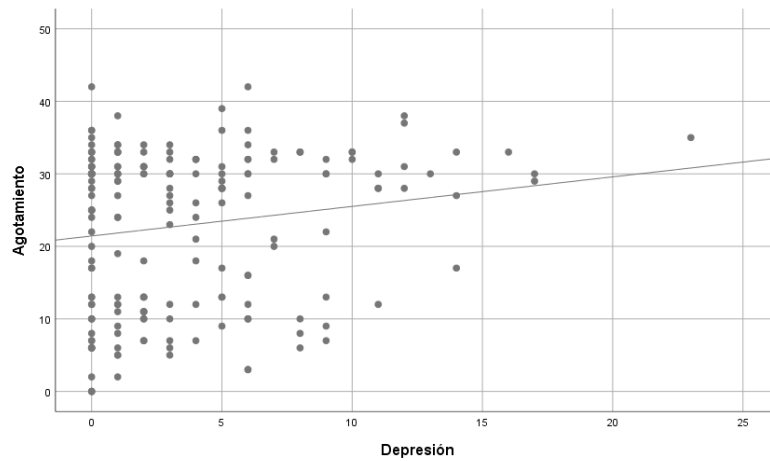
*KMO y prueba de Bartlett mediante el análisis factorial exploratorio de la escala de depresión*

|   |      |       |
|---|------|-------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo |      | 0,721 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett                   | gl   | 210   |
|   | Sig. | ,000  |

En la tabla 8 se muestran los resultados del análisis factorial exploratorio donde las pruebas de adecuación muestral revelaron un valor de KMO de .721 y un p-valor estadísticamente significativo ( $p < .001$ ) en la prueba de esfericidad de Bartlett.

Dispersograma de la muestra

*Figura 1. Diagrama de dispersión entre la dimensión agotamiento del Síndrome de burnout y la depresión*



*Figura 2. Diagrama de dispersión entre la dimensión despersonalización del Síndrome de burnout y la depresión*

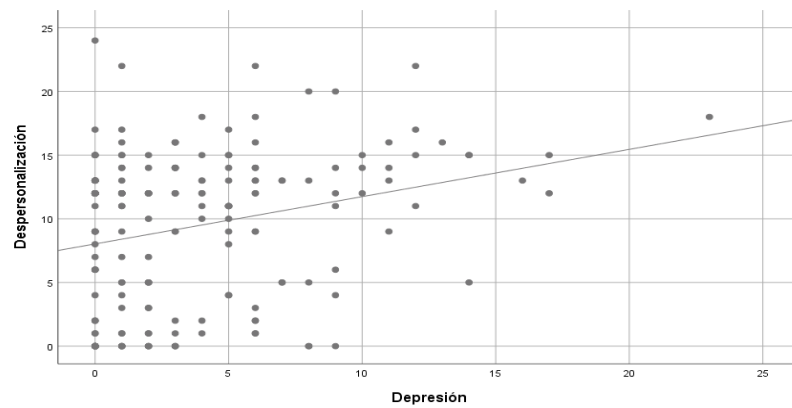
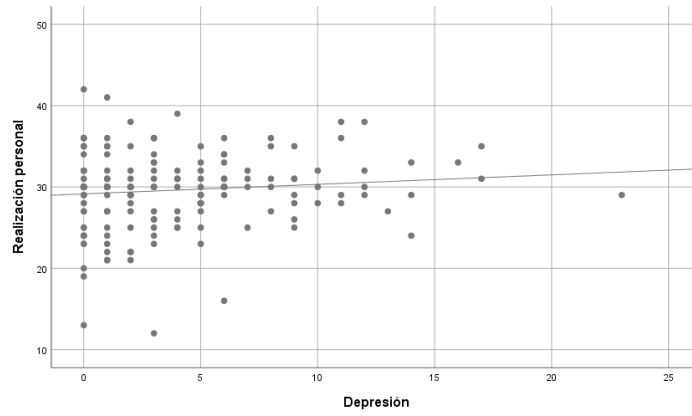


Figura 3. Diagrama de dispersión entre la dimensión realización personal del Síndrome de burnout y la depresión



## Anexo 15 Sintaxis del programa usado

1. DESCRIPTIVES VARIABLES=TotalBo ToDep  
/STATISTICS=MEAN STDDEV.
2. FRECUENCIAS VARIABLES=Todepre\_Niv  
/ORDER=ANALYSIS.
3. FRECUENCIAS VARIABLES=ToBo\_Niv  
/ORDER=ANALYSIS.
4. NPAR TESTS  
/K-S(NORMAL)=TotalBo ToDep  
/MISSING ANALYSIS.
5. NONPAR CORR  
/VARIABLES=TotalBo ToDep  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
6. NONPAR CORR  
/VARIABLES=ToDep Agot  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
7. NONPAR CORR  
/VARIABLES=ToDep Despers  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
8. NONPAR CORR  
/VARIABLES=ToDep ReaPers  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
9. RELIABILITY  
/VARIABLES=B1 B2 B3 B4i B5 B6 B7 B8 B9i B10 B11 B12i B13 B14 B15 B16  
B17 B18 B19i B20 B21 B22  
/SCALE('Sindrome burnout') ALL  
/MODEL=ALPHA.
10. RELIABILITY  
/VARIABLES=D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 D16 D17  
D18 D19 D20 D21  
/SCALE('Depresión') ALL  
/MODEL=ALPHA.
11. FACTOR  
/VARIABLES D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 D16 D17  
D18 D19 D20 D21  
/MISSING LISTWISE  
/ANALYSIS D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 D11 D12 D13 D14 D15 D16 D17  
D18 D19 D20 D21  
/PRINT INITIAL KMO EXTRACTION  
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)  
/EXTRACTION PC  
/ROTATION NOROTATE  
/METHOD=CORRELATION.

12. FACTOR

```
/VARIABLES B13 B14 B15 B16 B17 B18 B19i B20 B21 B22  
/MISSING LISTWISE  
/ANALYSIS B13 B14 B15 B16 B17 B18 B19i B20 B21 B22  
/PRINT INITIAL KMO EXTRACTION  
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)  
/EXTRACTION PC  
/ROTATION NOROTATE  
/METHOD=CORRELATION.
```