



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**“Burnout y depresión en trabajadores del centro de salud mental
comunitaria en contexto Covid-19 en la ciudad de Arequipa,
2020”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

Br. Hinojosa Mendoza, Marianela (ORCID: 0000-0002-6576-041X)

ASESOR:

Mg. Velarde Camaqui, Davis (ORCID: 0000-0001-9064-7104)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Desarrollo Organizacional

LIMA - PERÚ

2021

Dedicatoria

*A **Dios** por darme la vida cada día y guiarme en todo el camino para realizar mis metas.*

*Con mucho amor a mis queridos padres: **David Hinojosa y Elsa Mendoza** quienes debo lo que soy y por inculcarme la perseverancia que hicieron posible cumplir con unas de mis más grandes metas: **Ser Licenciada***

*A mí querida **familia***

Por darme siempre todo su apoyo que de una u otra manera han contribuido para lograr mi meta así como también todos sus ánimos ante las adversidades.

Agradecimiento

*A **Mg. Davis Velarde Camaqui** por brindarme sus asesorías técnicas y especializadas durante el desarrollo del presente estudio.*

*Mi profundo agradecimiento a la Red de **CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - AREQUIPA** por su apoyo y colaboración que hicieron posible la realización del presente trabajo de investigación.*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iv
Índice de contenidos.....	v
Índice de tablas.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	12
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	12
3.2 Operacionalización de variables.....	12
3.3 Población, muestra y muestreo.....	14
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5 Procedimiento.....	16
3.6 Método de análisis de datos.....	16
3.7 Aspectos éticos.....	17
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN.....	26
VI. CONCLUSIONES.....	29
VII.RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS.....	31
ANEXOS.....	36

Índice de tablas

Tabla 1: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.....	18
Tabla 2: Correlación burnout y depresión.....	19
Tabla 3: Correlaciones.....	20
Tabla 4: Nivel de Burnout.....	21
Tabla 5: Nivel de burnout	22
Tabla 6: Nivel de Depresión.....	23
Tabla 7: Confiabilidad - Maslach Burnout Inventory (MBI)	(Anexo 1).

RESUMEN

El síndrome de Burnout y la depresión son hoy en día más frecuentes y afectan la salud de los individuos, así como su rendimiento profesional.

Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación del burnout y la depresión en los trabajadores del Centro de salud mental comunitario en contexto covid-19, Arequipa, 2020. Se realizó una investigación fue correlacional corresponde al método no experimental, al enfoque cuantitativo y al paradigma positivista, según el número de mediciones fue un estudio Bivariable. La población en estudio estuvo conformada por 157 trabajadores pertenecientes a los centros de salud mental comunitario en Arequipa. El periodo de estudio del presente trabajo fue en noviembre del 2020. Se aplicó dos cuestionarios los cuales contenían algunos datos personales así como las escalas de Beck Depression Inventory y Maslach Burnout Inventory. Las variables han sido investigadas y para su procesamiento han requerido de la confiabilidad siendo estas: Burnout 0,877 y para depresión 0,928.

El resultado del objetivo general fue que el valor de la correlación entre la variable de burnout y la variable de la depresión es significativo ($p < 0,05$) de intensidad media y directa ($r = 0,51$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis del investigador, donde: "Existe relación entre burnout y depresión en los en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa , 2020".

Palabras Clave: Depresión, Burnout, Relación, cansancio emocional, despersonalización, realización personal.

ABSTRACT

Burnout syndrome and depression are more frequent today and affect the health of people, as well as their professional performance.

This research aims to determine the relationship between burnout and depression in community mental health center workers in the context of COVID-19, Arequipa, 2020. An investigation was carried out which was correlational corresponding to the non-experimental method, the quantitative approach and the positivist paradigm, according to the number of measurements it was a bivariate study. The study population consisted of 157 workers belonging to community mental health centers in Arequipa. The study period was in November 2020. Two questionnaires were applied: the Beck Depression Inventory scale and the Maslach Burnout Inventory. The variables have been investigated and for their processing they have required reliability, these being: Burnout 0.877 and 0.928 for depression.

The result of the general objective was that the value of the correlation between the burnout variable and the depression variable is significant ($p < 0.05$) of medium and direct intensity ($r = 0.51$). Therefore, the researcher's hypothesis is accepted, where: "There is a relationship between burnout and depression in CSMC workers in a covid-19 context in the city of Arequipa, 2020."

Key Words: Depression, Burnout, Relationship, emotional fatigue, depersonalization, personal fulfillment.

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout es un problema que sufren cada día diversos trabajadores con mayor incidencia en diversas profesiones a las cuales se les exige mantener diferentes actividades laborales por una demanda excesiva de energía.

Burnout es nombrado por H. Freudenberger, en el libro “Burnout: El alto costo de los grandes logros en 1974”, el trastorno es por consecuencia a mucho estrés, una de sus características es el agotamiento así como algunos principales y grandes problemas por lo cual la OMS lo ha reconocido oficialmente como una enfermedad tras confirmar la revisión número 11- (CIE-11) ,el ingreso será para el 1 de enero del 2022 y es la primera vez en la cual el desgaste en profesionales entrara en la clasificación (Jasarevic, OMS, 2019).

Así como el Síndrome de Burnout, la depresión es uno de los problemas con mayor frecuencia, la OMS indica que un 4,4% a nivel mundial sufre de depresión y dichos casos aumentaron un 18% en estos últimos 10 años causando tristeza, trastornos del sueño así como el del apetito, falta de interés, pérdida del placer, sentimientos de culpabilidad o pérdida de autoestima, sensación de debilidad o agotamiento y ausencia al concentrarse (OMS, 2017).

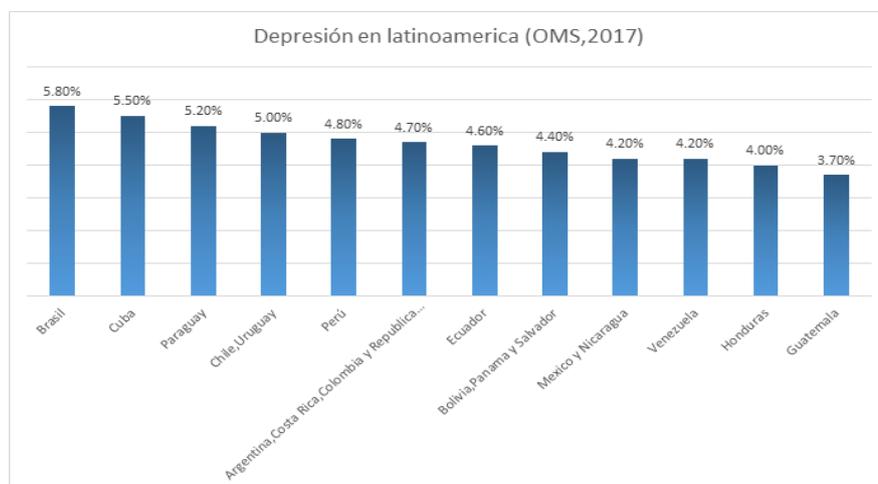


Figura 1: Depresión por países de Latinoamérica.

El Síndrome de burnout en el 2020, Perú cuenta con 272 casos registrados , en el año 2019 la suma de casos fue de 584 de los cuales fueron 357 femeninos y 227 masculinos siendo estas personas las que se acercaron a un establecimiento de salud , siendo Medicina General el área con mayor demanda ,siguiendo con Psicología con 193 casos. En solo la ciudad de Arequipa se cuenta con 39 casos registrados (MINSA, 2020).

La depresión en la actualidad del Perú cuenta con 116,932 casos registrados, en el año 2019 la suma de casos superó con 182,279 de los cuales fueron 136,107 femeninos y 46,172 Masculinos, siendo estas personas las que se acercaron a un establecimiento de salud, siendo psicología el área de mayor demanda, siguiendo con psiquiatría con 26,216 casos. En solo la ciudad Arequipa se cuenta con 10,463 de los casos registrados (MINSA, 2020).

A raíz de la nueva pandemia el Síndrome de Burnout y la Depresión están afectando tanto a las personas que la padecen como a las que tratan la enfermedad covid-19 por lo cual se puso en cuestión el problema general. ¿Cuál es la relación del burnout y la depresión en los trabajadores del centro de salud mental comunitario en contexto covid-19?.

En la justificación se buscó brindar mayor aporte en el campo del estudio psicológico, se pretendió dar un aporte a nivel científico dado que se espera y pueda servir de base para futuras investigaciones que ahonden en dicho campo de la depresión y el burnout que padecen los trabajadores de diversos Centros de Salud Mental Comunitario en el contexto que se está suscitando por la pandemia del covid-19. Por lo tanto al culminar la recopilación de dichos datos de la presente investigación se podrán proponer diferentes soluciones y/o mejoras.

Estuvo basado en las revisiones de teorías así como estudios realizados y aplicados al personal que labora en dichos centros, además una ampliación de la misma, que se va a corroborar con los datos empíricos recogidos por el presente estudio.

Según su Metodología se realizaron las aplicaciones de dos Instrumentos confiables, que además de la presente investigación dio confiabilidad y validez a los instrumentos aplicados por la investigadora.

Ya que en el contexto de la ciudad de Arequipa, especialmente, en trabajadores de centros de salud mental comunitaria, no existen muchas evidencias sobre la depresión y el burnout, la investigación fue importante para dar a conocer datos que podrán ayudar a esta población y a futuras investigaciones a realizarse y ampliar así el estudio.

La presente investigación permitirá que los Centro de Salud Mental Comunitario mejoren las condiciones de trabajo que estas influyen en su desarrollo, además de reconocer lo que están sintiendo los trabajadores y la carga emocional.

El objetivo general fue determinar la relación del burnout y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19, Arequipa y como objetivos específicos es el determinar la relación del cansancio emocional y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19, determinar la relación de la despersonalización y la depresión de los trabajadores del CSMC en contexto covid-19, determinar la relación de la realización y la depresión de los trabajadores del CSMC en contexto covid-19, determinar el nivel de burnout en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19, por último determinar el nivel de depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19.

En la hipótesis principal planteada fue si existe relación entre el burnout y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19. Y en las hipótesis específicas es si existe relación entre el cansancio emocional y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19, existe relación entre la despersonalización y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19, existe relación entre la realización y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19.

II. MARCO TEÓRICO

En los antecedentes internacionales: Jaureguizar y Picaza (2020), realizaron una investigación con el objetivo de precisar la ocurrencia e intensidad del síndrome del burnout. La muestra estuvo compuesta por médicos y enfermeros pertenecientes a establecimientos del Ministerio de Salud Pública en Ecuador los cuales fueron 224 personas. Las evaluaciones que se aplicaron fueron el cuestionario MBI, llegando a concluir que dichos resultados de la investigación fueron que el personal médico es afectado con mayor frecuencia que el personal de enfermería, tanto a nivel general como en escalas de agotamiento emocional y despersonalización.

Un año atrás, Monsalve (2019), se propuso examinar las circunstancias que se dan en los niveles del burnout obteniendo una muestra constituida 338 enfermeras de atención primaria del servicio de Andaluz-España de utilizando el cuestionario MBI, llegando a concluir que dichos resultados en cuanto a la prevalencia de cansancio emocional fue alto, la prevalencia de despersonalización fue también alta y la realización baja muestra heterogeneidad.

En ese mismo año Muñoz y Montaña (2019), en el país de Colombia, con la finalidad de evaluar el síndrome de burnout en los trabajadores tomaron una muestra constituida por 66 trabajadores de salud que laboran en La Clínica La Enea y San Cayetano de Assbasalud con cargos en diversas áreas. Las evaluaciones que se aplicaron fueron el cuestionario MBI y el MBI-HSS, llegando a concluir que la investigación en cuanto al nivel de burnout se determina que hubo un nivel moderado (62,12%) que representó riesgo de padecer el síndrome.

En lo referente a las sub escalas evaluadas indicaron que en el Agotamiento emocional obtuvieron un 65,15%, en la despersonalización 65,15% y realización personal un 60,61%.

En los antecedentes nacionales, Ollachica (2019), en Arequipa - Perú hizo una investigación con la finalidad de aclarar qué tan prevalente es el burnout y la depresión. Los integrantes estuvieron constituidos por 34 que fueron personal en medicina y 15 internos. Los instrumentos que se utilizaron fueron el MBI y (BDI-II), llegando a concluir que dichos resultados de la investigación fueron que lo predominante del síndrome de burnout en médicos e interno fue un 15%.

Pisconte (2018), con el objetivo de delimitar la prevalencia, causas y/o componentes a la depresión y trastorno de ansiedad generalizada. La población estuvo compuesta por estudiantes internos de medicina que realizan prácticas clínicas y que aceptaron de forma voluntaria contribuir con la investigación. Los instrumentos que se realizaron fue el cuestionario de Screening de ansiedad (ASQ-15), llegando a concluir que los resultados de la investigación fue lo dominante la depresión con un 60%.

Quiroz (2018), en Tacna - Perú, realizó una investigación con la finalidad de delimitar la frecuencia del Burnout en el personal del campo de salud, la muestra estuvo constituida por diversos trabajadores de salud. Los instrumentos que utilizaron fueron el cuestionario MBI, llegando a concluir que los resultados de la investigación en cuanto a la constancia del síndrome fueron del 38%.

Vásquez (2017), en Tarapoto - Perú realizó la investigación sobre el modo vida y el burnout, con el objetivo de puntualizar dicha conexión entre el modo de vida y el burnout. La muestra estuvo compuesta 450 personas de Salud que laboran en el Hospital. Los cuestionarios que se utilizaron fue el MBI, llegando a concluir que dichos resultados de la investigación fueron que el personal médico no sufre de síndrome de Burnout con un 76.8%.

El síndrome del burnout se ha encontrado en diversos tipos de culturas y en todas las circunstancias, dicho término inició en 1974 en EEUU y lo usó un psicoanalista alemán de nombre Herbert J. Freudenberger el cual vio que al trabajar un año los empleados sufrían un desgaste de energía al punto de llegar a un decaimiento con diversos síntomas (Carrillo, 2012).

Precisar el burnout no es fácil ya que se dificulta conceptualizar este desarrollo tan complicado, empezando por la exposición del estrés que se da por una inestabilidad en diversas situaciones ya sean internas o externas de la persona y esto se da más en el ámbito laboral más aún si la profesión está en un constante contacto con otras personas (Lazarus y Folkman, 1984).

Freudenberger y un grupo de voluntarios laboraron de forma voluntaria en una clínica para toxicómanos, al año de comenzar la labor noto que sus compañeros sufrían agotamiento así como la pérdida de interés en el trabajo acompañado de desmotivación y agresividad hacia los pacientes, para describir esta conducta escogió la palabra burnout (Carrillo, 2012).

En el año de 1976 la psicóloga Cristina Maslach examinó al personal que ayudaba a otras personas estudiando sus respuestas emocionales, eligió una forma en la cual los abogados californianos describen la pérdida de su responsabilidad así como el desinterés con tres dimensiones.

El primero siendo el desgaste emocional que hace relación a un esfuerzo físico así como la fatiga emocional, la disminución física y mental, sentimiento de improductividad, etc. (Maslach y Leiter, 1997).

El segundo es la despersonalización, en la cual son diversas posturas y emociones negativas, actitudes de provocación a las personas con las que trabaja.

Y por último la realización personal en el cual la persona se va evaluar la forma en la cual trabaja de forma negativa y con insatisfacción (Maslach y Jackson, 1986).

Así como Maslach y Jackson realizaron un modelo teórico del burnout también varios autores realizaron sus modelos explicativos del burnout (Anexo 7).

Existen diversas manifestaciones y síntomas del burnout ya que se ha referido en torno de muchas profesiones y diversas poblaciones, llevando a un deterioro sucesivo con tendencia a la depresión, ansiedad, trastornos del carácter, violencia así como también adicciones. En el trabajo se puede percibir individualidad, desmotivación, rivalidad e inconformidad. (Maslach y Leiter, 1997).

En el ámbito laboral, el personal de salud puede tener diversos comportamientos pérdida de contacto con los pacientes, falta de reacción a los sentimientos de la otra persona, poca comunicación, falta de percepción por el estado de cansancio, confrontaciones con otros colegas, enojo, impulsividad así como también la desmotivación, la falta de iniciativa, puntualidad y poca participación.

Así como el burnout es un gran problema existe un instrumento de medida y el más utilizado el cual es el MBI de Maslach y Jackson, 1981, ningún instrumento se ha igualado de forma teórica a este instrumento. Existen muchos los instrumentos de evaluación para el burnout se recogieron quince instrumentos de medida (Garcés, López y García, 1997) (cuadro con instrumentos de medida, Anexo 6).

La mayoría de las conclusiones del burnout son más emocionales esto se da porque en el inventario de Maslach de los 22 ítems, 12 de ellos son del ámbito emocional como pérdida de autoestima, disgusto, agresividad, sentimientos de fracaso. Estos síntomas han sido poco estudiados y estos son de una mayor importancia pues al inicio del desarrollo del síndrome hay una inconsecuencia entre lo laboral y lo real lo que lleva a una depresión y frustración cognitiva. Y la segunda dimensión del cinismo tiene relación con lo cognitivo la cual conlleva a un autosabotaje así como también la desconsideración hacia el trabajo (Maslach y Leiter 1997).

En cuanto a lo conductual las consecuencias es la despersonalización y se puede sintetizar en la pérdida de la actividad, el aumento de estimulantes y el consumo de sustancias lo que es dañino para la salud (Maslach y Leiter ,1997).

La persona manifiesta desórdenes físicos como dolores de músculos, náuseas, dolor dental, pérdida de voz, desgano a la hora de comer y problemas de sueño. En general puede aparecer la fatiga. Así como tenemos los físicos también hay los sociales siendo el más importante el aislamiento, la pérdida de interacción social, menos satisfacción con la pareja, tensión, disgusto, irritación (Síntomas Anexo 8).

El burnout también es confundido con el estrés laboral por ello la diferencia entre los dos es que el estrés laboral es un desarrollo psicológico que lleva a aficiones positivas y negativas para la persona y su ambiente. El estrés se puede dar en todos los ámbitos a diferencia del burnout (Castillo, 2018).

Como segunda variable se tiene a la depresión el cual es una alteración mental reiterada la cual se distingue por la constante tristeza que siente el individuo así como sentimientos de culpa, baja autoestima, falta de sueño y apetito, cansancio y disminución en la concentración (OMS, 2020).

Se puede utilizar en tres sentidos, como síntoma se acompaña de otros trastornos, como síndrome tenemos la tristeza, la culpa la pérdida del impulso y como último la enfermedad la cual se observa de forma biológica como el curso el diagnóstico y el tratamiento (Vallejo, 2015).

La depresión limita el manejo social y reduce la calidad de vida. En el año 2008, la OMS clasifica la depresión mayor como el tercer motivo de enfermedad en todo el mundo y planificó que la enfermedad ocuparía el primer lugar en el 2030 (Malhi, 2018).

Se consideró que en la tierra hay 350 millones de individuos que sufren de depresión y el peor final es el suicidio. Se calcula que cada año se suicidan 800.000 personas al rededor del mundo las personas más afectadas oscilan entre la edad de 15 a 29 años (Minsalud, 2019).

En un estudio que se realizó en ciudades de la costa del Perú en el 2006 se halló un predominante de vida de 27,4%.

Los trastornos mentales más frecuentes fueron:

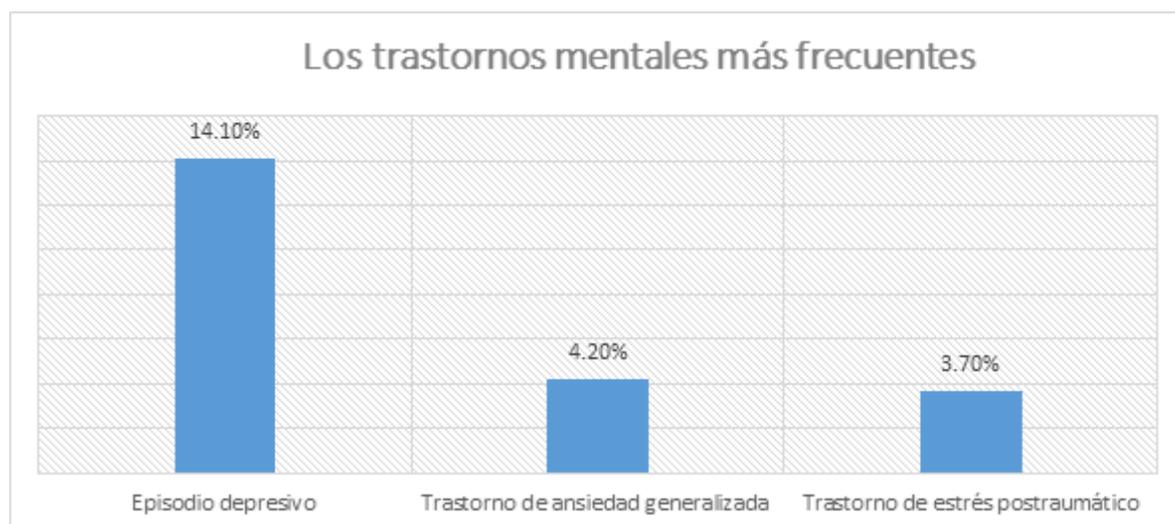


Figura 1: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. Perú 2013

Sus factores de riesgo pueden ser genéticos con predominancia en las mujeres, puede aparecer entre los 20 y 50 años, con frecuencia en personas en relaciones separadas o divorciadas así como también en el desempeño laboral en los cargos más altos así como en los cargos más bajos pueden estar acompañados a un abuso de sustancias, pueden desarrollar varios episodios depresivos (Vallejo, 2015).

En las manifestaciones clínicas ocupan cinco áreas como el pensamiento, lo conductual, lo cognitivo, la afectividad así como también los ritmos biológicos y somáticos (Sadock, 2015).

En su diagnóstico según el DSM - 5 en el aspecto de sentirse deprimido es una de las características principales para un trastorno depresivo y otro criterio para el diagnóstico es el CIE-10 la cual la clasifica como un trastorno de humor y afectivos del F30 al F39 (CIE-10).

A finales del año 2019 en la ciudad de wuhan - china se estalló un brote de coronavirus la cual es un conjunto de virus que es afectado a los humanos como a los animales, se sabe que esto causa infecciones respiratorias que inician con un resfriado hasta enfermedades graves en la respiración, el coronavirus produce

la enfermedad por coronavirus covid-19 el cual afecta a varios países del mundo (OMS, 2020).

Los indicios de covid - 19 es la fiebre, tos seca así como la fatiga, algunos síntomas que no son tan frecuentes son los dolores o molestias, congestión nasal, dolor en la garganta o la cabeza, los síntomas suelen agravarse gradualmente. Alrededor del 80% de personas que la padecen se recuperan de la enfermedad así como 1 de cada 5 personas termina con cuadros graves respiratorios (OMS, 2020).

La propagación de este virus se da por el contacto con otra persona que esté infectada, la persona inhala las gotículas que son expulsadas por la boca o la nariz de otra persona con covid - 19 (OMS, 2020).

El grado de exposición con las personas infectadas es mayor en los profesionales con salud ya que se da por un contacto directo con los pacientes y sean con sospecha o confirmados. Ellos enfrentan muchos riesgos, problemas en su salud mental, agotamiento laboral por todo el entorno al que se enfrentan (Greenberg et al, 2020).

Los estadísticos en américa latina registran una cifra de 2,479 de personal médico a raíz del covid - 19, teniendo a México con 1410, seguido de Brasil 238 y por último Perú con 166 médicos fallecidos (Colegio de médicos del Perú, 2020).

La exposición con los pacientes y el ambiente de según Llu et al. Genera peligro y riesgo al contacto con la infección así también presentando síntomas depresivos, angustia, excesivo trabajo y ansiedad por el contexto del covid -19. Diversos hospitales en la ciudad de Arequipa fueron designados como hospitales destinados a la atención (Bohlken, 2020).

Los centros de salud mental exponen al personal a diversas situaciones de estrés que puede provocar ansiedad, frustración, miedo, tristeza, conductuales, cognitivas, físicas, psicológicas que alteran su bienestar mental.

En un estudio en China durante sus inicios de coronavirus se hallaron altos niveles de estrés, depresión, ansiedad entre el personal de salud y los que laboran en los centros (Petzold et al, 2020).

Algunas reacciones son de esperarse ante las situaciones que se vean amenazados y otras son reacciones específicas relacionadas a la pandemia, el miedo a infectarse ellos así como a sus familias y su entorno, el no tener un acceso a las pruebas para su detección y el temor a infectarse e infectar a sus compañeros de trabajo, el poco material en las EPP (equipo de protección personal), el no poder hacer nada ante la falta de máquinas de oxígeno y lidiar con la familia del paciente, al no poder darles buenas noticias sobre el estado de su familiar, el intentar lidiar con su estado moral y ético referente a la escasez, . Las dificultades en la salud mental de los que laboran en los centros de salud pueden alterar la atención, comprensión y toma de decisiones, que baja la lucha contra el COVID- 19. (Asociación Americana de Psiquiatría. Trastorno de ansiedad generalizada. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación fue correlacional corresponde al método no experimental, al enfoque cuantitativo y al paradigma positivista, según el número de mediciones fue un estudio bivariable, porque tiene dos variables las cuales eran el burnout y la depresión; según el número de mediciones es un estudio Transversal porque se realizó una sola medición de las variables, es prospectivo se proyecta al futuro, el lugar a realizar la investigación es de gabinete y el campo de investigación es aplicada (CONCYTEC, 2020).

3.2 Operacionalización de variables

El burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, y hacia el propio rol profesional. Sus dimensiones son el cansancio emocional, teniendo sentimientos de una persona emocionalmente cansada por el trabajo, seguido tenemos la despersonalización que es una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional y por último la realización personal que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas (Maslach y Jackson, 1981).

Dentro de cada dimensión se incluyen los indicadores, por la dimensión del cansancio emocional se tiene los indicadores de agotamiento, cansancio, fatiga, desgaste, frustración, estrés, en la dimensión de despersonalización hay los indicadores de sentimiento de culpa, insensibilidad, endurecimiento emocional y desinterés, y por último tenemos los indicadores de realización personal tenemos la empatía, solución a problemas, pensamientos positivos, energía, motivación y paciencia y su escala de medición son de tipo Likert (Maslach y Jackson, 1981).

La depresión es la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con disminución de vitalidad que lleva reducir el nivel de actividad, se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados (OMS, 2020).

Sus dimensiones son la dimensión cognitiva que es un proceso de adquisición de conocimiento mediante la información recibida por el ambiente, la dimensión de la emotivo que son sentimiento muy intenso de alegría o tristeza producido por un hecho, una idea, un recuerdo, alteración del ánimo y por último tenemos la dimensión de la conducta que es la Manera de comportarse una persona en una situación determinada, responder a ciertos estímulos (Beck, 1976).

Dentro de cada dimensión se incluyen los indicadores de lo cognitivo tenemos el desagrado a uno mismo, la autocrítica, distorsiones del proceso, la baja autoestima, los pensamientos suicidas, pérdida de interés y la dificultad en tomar decisiones, como segunda dimensiones tenemos los indicadores de lo emotivo con tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, disconformidad con uno mismo y como ultima dimensión tenemos los indicadores de la conducta como el llanto, perdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambio en el apetito, dificultad de concentración y la perdida en el interés del sexo y su escala de medición son de tipo Likert (Beck,1976).

3.3 Población, muestra y muestreo

La población estuvo constituida por 361 personas que laboran en once centros de salud mental comunitario en la ciudad de Arequipa en el país de Perú, dichos centros son: csmc Cayma, csmc Selva Alegre, csmc Ayelen, csmc Simón Bolívar, csmc Majes, csmc Camaná, csmc Socabaya, csmc Hunter, csmc La Real, csmc San Martín De Porres, csmc Cocachacra.

La muestra estuvo constituido por 157 personas que laboran en dichos centros, de acuerdo al sexo el 74,4% son mujeres, el 25% varones y un 0,6% LGTBIQ, en cuanto a la edad oscilan entre los 18 a 66 años, según su estado civil 51,2% son solteros/as, 34,4% son casados/as, 10% son convivientes, 3,1% son separados/as y el 0,6% son viudos/as. Así como también el 56,9% tienen hijos y el 43,1% no tiene hijos.

El 74,4% no ha contraído covid y el 25,6% si ha contraído covid. De los cuales el 69,4% convive con personas de edad avanzada, recién nacido, problemas pulmonares, enfermedades cardíacas, diabetes, obesidad, cáncer u otras enfermedades crónicas y el 30,6% no convive.

El 68,1% considera su salud buena, el 15,6% muy buena, el 15,6% regular y el 0,6% considera su salud mala. De esta muestra el 20% se siente seguro con referente al contexto covid, el 25,6% no se siente seguro y un 54,4 % parcialmente.

Los criterios de inclusión fue que trabajaron en centros de salud mental comunitario en la ciudad de Arequipa, el 98.1% fueron de forma voluntaria siendo 157 los participantes y un 1.9% no aceptaron de forma voluntaria.

Los criterios de exclusión fueron las personas que se encontraban de vacaciones así como también a las personas que en el momento de la aplicación se encontraban con atención así como también las personas que se encontraron con diferente turno.

El muestreo es no aleatorio intencionado

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizó en dos encuestas y en ambas escalas de medición fue de tipo Likert.

Respecto al cuestionario, se aplicó a la muestra trabajada el Maslach Burnout Inventory (MBI) sus autoras son Maslach y Jackson, psicólogas Estadounidenses. A través de 22 ítems distribuidos en tres dimensiones, estas miden la frecuencia e intensidad del Síndrome de Burnout en la persona. Los datos recaudados fueron medidos por dimensiones, cansancio emocional: 0-13=bajo, 14-25=medio, 26-54=alto; despersonalización: 0-4= bajo, 5-9= medio, 10-30= alto; Realización personal: 0-32=bajo, 33-40= medio, 41- 56=alto.

Este instrumento se encuentra validado por el juicio de tres expertas magísteres conocedoras del tema: Mg. Gladys Martha Guzmán Canchero, Lic. Edwin Antonio Martel Javier, Lic Yolanda Josefina Huayta Franco.

Respecto a la confiabilidad, se aplicó una prueba piloto en el cual nos da como resultado en la confiabilidad, Cuestionario de Maslach Burnout y arrojó un índice de 0,799 según lo indicó Hidalgo (2019). En los resultados se encontró dentro de la categoría de aceptable, por tal motivo se pudo desarrollar el trabajo de investigación. En el presente estudio se obtuvo una fiabilidad de 0,877 lo cual indica que es altamente confiable.

En cuanto al segundo instrumento, se utilizó el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), el cual tiene como autor Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, compuesto por 21 ítems de tipo Likert, detecta y evalúa la gravedad de la depresión. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Para la validez del instrumento se tomó en consideración el juicio de expertos de profesionales psicológicos y trabajadores sociales entendidos en el tema a investigar siendo los siguientes: Mg. Jakeline Elizabeth Palomino Cossio, Lic. Cindy Pamela Crisostomo Espiritu, Lic. Zoila Esther Franco Payano, Mg. Magaly Evelyn Gonzales Aliaga. A quienes se les entregó el Inventario de Depresión de Beck, ficha de juicio de expertos y la matriz de consistencia.

Para la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto en un tamaño mínimo representativo de 40 servidores públicos nombrados de la población. Se usó el alfa de cronbach, para mayor fiabilidad, cuyo coeficiente alfa de 0,88 según lo indicó Espinoza (2018). En los resultados se encontró dentro de la categoría de aceptable, por tal motivo se podrá desarrollar el trabajo de investigación. En el presente estudio se obtuvo una fiabilidad de 0,928 lo cual indica que es altamente confiable.

3.5 Procedimiento

Se pidió la autorización al gerente regional de salud - Arequipa, Cristhian Félix Nova Palomino para poder aplicar los cuestionarios a los 11 centros de salud mental que se encuentran en la ciudad de Arequipa. Se proyectó a realizarlo de forma presencial pero por la situación que estamos afrontando se realizó de forma virtual.

3.6. Método de análisis de datos

Los datos se analizaron a través de pruebas estadísticas y de correlación previamente se utilizó la prueba de confiabilidad y la prueba de normalidad Para la recolección de datos se utilizó los protocolos según la investigación. Posteriormente, la hoja de cálculo de google para elaborar la base de datos con las respuestas de los participantes, también se utilizó el programa Microsoft Excel 2013, Así mismo, se realizó el análisis de datos por medio del estadístico SPSS.

3.7 Aspectos éticos

Con el propósito de garantizar que el procedimiento de la investigación se realizó a los principios éticos primordialmente por la persona humana, se elaboró un consentimiento que se entregó a cada trabajador al inicio del proceso, el cual constata la decisión de formar parte del estudio y resolver el instrumento, ésta incluye información necesaria en cuanto a los procedimientos y fines de la investigación, teniendo los colaboradores la libertad de aceptar o no formar parte de la investigación o abandonarla cuando este lo desee y se resaltó la importancia de salvaguardar su integridad y dignidad, así como la confidencialidad, voluntariedad y anonimato de cada uno de ellos (colegio de psicólogos del Perú, 2018).

Según el artículo 9 del código de ética de la universidad César Vallejo se realizó la investigación cumpliendo los criterios éticos, legales y de seguridad, respetando los términos y condiciones establecidas en los proyectos en la investigación (UCV,2017).

Así como también se garantiza y se evita el plagio y el auto plagio en el texto (APA, 2019).

IV. RESULTADOS

Para obtener los objetivos de la investigación, primero se presentó el nivel de confiabilidad de las dos variables, cuyas interpretaciones de los resultados, se encuentran al término de cada uno de ellos (Anexo 1 y 2).

Tabla 1

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	Burnout	Depresión	CE	D	RP
Estadístico de prueba	0,124	0,504	0,134	0,202	0,211
Sig. asintótica (bilateral)	0,000 ^c				

En la tabla superior se puede observar la prueba para determinar su distribución de la muestra, donde se vio que tanto para las variables y las dimensiones se encontró que su Sig. Asintótica es $p < 0,000$ lo cual indica que no existe una distribución normal por lo tanto se utilizó las pruebas no paramétricas y para las correlaciones se utilizó Spearman.

Prueba de Hipótesis

Para efectuar la prueba de hipótesis se aplicó la prueba no paramétrica de spearman ya que todos los valores de significancia que se encontraron no provienen de una distribución normal. Donde se obtiene:

Objetivo General:

Determinar la relación del burnout y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020.

Tabla 2

Correlación burnout y depresión		
Burnout	Coefficiente de correlación	Depresión 0,517**
	Sig. (bilateral)	0,000

En la tabla 2 se observó el valor de la correlación entre la variable de burnout y la variable de la depresión es significativo ($p < 0,05$) de intensidad media y directa ($r = 0.51$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis del investigador, donde: “Existe relación entre burnout y depresión en los en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020”.

Objetivo Específico:

Determinar la relación del cansancio emocional y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020.

Determinar la relación de la despersonalización y la depresión de los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020.

Determinar la relación de realización personal y la depresión de los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020.

Tabla 3

Correlaciones

		Depresión
Cansancio Emocional	Coeficiente de correlación	0,477
	Sig. (bilateral)	0,000
Despersonalización	Coeficiente de correlación	0,450
	Sig. (bilateral)	0,000
Realización Personal	Coeficiente de correlación	-,328
	Sig. (bilateral)	0,000

En la tabla 3 se observó el resultado del valor de correlación entre la dimensión cansancio emocional y depresión es significativo ($p < 0,05$) de intensidad media y directa ($r = 0,48$) por lo tanto se acepta la hipótesis de del investigador, donde: “Existe relación entre cansancio emocional y depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020.

Se observó el resultado del valor de correlación entre la dimensión despersonalización y depresión es significativo ($p < 0,05$) de intensidad media y directa ($r = 0,45$) por lo tanto se acepta la hipótesis de del investigador, donde: “Existe relación entre despersonalización y depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020.

Se observó el resultado del valor de correlación entre la dimensión realización personal y depresión es significativo ($p < 0,05$) de intensidad media e inversa ($r = -0,32$) por lo tanto se acepta la hipótesis de del investigador, donde: “Existe relación entre realización personal y depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020.

Tabla 4

Determinar el nivel de burnout en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020.

Nivel de Burnout		
	Frecuencia	Porcentaje
bajo	116	73,9
medio	37	23,6
alto	4	2,5

Se observa en la tabla 6, con respecto al nivel del síndrome de burnout se encontró que el 73,9% de los trabajadores muestra un nivel bajo, representan el grupo más representativo, se encontró que el 23,6% de los trabajadores con un nivel medio y un 2,5% de los trabajadores muestra un nivel alto.

Tabla 5

Niveles de las dimensiones del burnout: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Nivel de burnout por dimensiones

		frecuencia	porcentaje
Cansancio emocional	bajo	111	70,7
	medio	25	15,9
	alto	21	13,4
Despersonalización	bajo	113	72,0
	medio	32	20,4
	alto	12	7,6
Realización personal	bajo	147	93,6
	medio	6	3,8
	alto	4	2,5

Se observa en la tabla 5, con respecto al nivel de cansancio emocional se encontró que el 70,7% muestra un nivel bajo, representan el grupo más representativo, se encontró que el 15,9% de los trabajadores con un nivel medio y un 13,4% de los trabajadores muestra un nivel alto.

Al nivel de despersonalización se encontró que el 72,0% muestra un nivel bajo, representan el grupo más representativo, se encontró que el 20,4% de los trabajadores con un nivel medio y un 7,6% de los trabajadores muestra un nivel alto.

Y por último el nivel de realización personal se encontró que el 93,6% muestra un nivel alto, representan el grupo más representativo, se encontró que el 3,8% de los trabajadores con un nivel medio y un 2,5% de los trabajadores muestran un nivel alto.

Tabla 6

Determinar el nivel de depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020.

Nivel de Depresión

	Frecuencia	Porcentaje
mínima depresión	140	89,2
depresión leve	9	5,7
depresión moderada	5	3,2
depresión grave	3	1,9

Se observa en la tabla 6, con respecto al nivel de Depresión se encontró que el 89,2% de los trabajadores muestra un nivel mínima de depresión, la cual representa el grupo más representativo, se encontró que el 5,7% de los trabajadores con un nivel de depresión leve, el 3,2% de los trabajadores muestra un nivel de depresión moderado y por último el 1.9% de los trabajadores presenta depresión.

V. DISCUSIÓN

El presente estudio se inició considerando que al personal de los centros de salud mental comunitaria que laboran desarrollando un trabajo intensivo, y por la carga laboral que desempeñan a lo largo del contexto covid-19, son sujetos con una alta probabilidad de presentar el síndrome de burnout así como también depresión.

El método que se utilizó fue la prueba de kolmogorov-smirnov para determinar su distribución de la muestra, se vio que tanto para las variables Burnout y depresión así como también las dimensiones de burnout se encontró que su Sig. Asintótica fue $p < 0,000$ lo cual indica que no existe una distribución normal por lo tanto se utilizó las pruebas no paramétricas. En contraste con el estudio realizado por Hidalgo (2019) obtuvo que su Sig. Asintótica fue $p < 0,000$ lo que significa que ambas pruebas son no paramétricas y sus resultados confirman que se utilizó la prueba de spearman para las correlaciones.

Para las correlaciones se utilizó la prueba de spearman el cual es una medida de correlación entre dos variables aleatorias.

Analizando la correlación entre el síndrome de Burnout (desgaste profesional, agotamiento mental, emocional y físico) y la depresión (sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración) da como resultado que ambas presentan relación estadística significativa ($p < 0.05$) lo cual indica que si hay relación entre dos variables. En la investigación que realizó Ollachica (2019) al correlacionar sus dos variables también obtuvo que el síndrome de Burnout y la depresión presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$) lo cual indica que existe alta consistencia con los resultados de otros estudio.

También se analizó la correlación entre las dimensiones de burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y la variable de depresión en los centros de salud mental comunitario de la ciudad de Arequipa en el cual se obtuvo la correlación entre la dimensión cansancio emocional y depresión es significativo ($p < 0,05$) de intensidad media y directa ($r = 0,48$) por lo tanto se aceptó la hipótesis, entre la dimensión despersonalización y depresión es significativo

($p < 0,05$) de intensidad media y directa ($r = 0,45$) por lo tanto se aceptó la hipótesis, entre la dimensión realización personal y depresión es significativo ($p < 0,05$) de intensidad media e inversa ($r = -0,32$) por lo tanto también se aceptó la hipótesis. En las tres dimensiones con relación la variable nos indica que tuvieron una media y directa relación entre sí.

Los resultados arrojan que la presencia de despersonalización es elevada en los trabajadores

Con respecto al nivel del síndrome de burnout se encontró que el 73,9% de los trabajadores muestra un nivel bajo, representan el grupo más representativo, el 23,6% de los trabajadores con un nivel medio y un 2,5% de los trabajadores muestra un nivel alto.

Para este estudio la cifra fue menor cuando se indagó acerca de la condición se tomó en cuenta que las pruebas evaluadas fueron en el mes donde los casos de covid-19 fueron menores y los trabajadores estuvieron con menor trabajo.

Se plantea que la investigación sea evaluada en el mes donde se vea un rebrote de covid-19.

Del presente estudio se encontró un nivel de cansancio emocional de 70,7% muestra un nivel bajo, representan el grupo más representativo, el 15,9% con un nivel medio y un 13,4% muestra un nivel alto. Con respecto al nivel de despersonalización se encontró que el 72,0% muestra un nivel bajo, representan el grupo más representativo, se encontró que el 20,4% con un nivel medio y un 7,6% de los trabajadores muestra un nivel alto. Y por último el nivel de realización personal se encontró que el 93,6% de los trabajadores muestra un nivel alto, representan el grupo más representativo, se encontró que el 3,8% con un nivel medio y un 2,5% muestra un nivel alto.

A comparación de Ollachica (2019) el cual realizó los niveles del síndrome de burnout, encontrando en la dimensión cansancio emocional 72,5% en el nivel alto, en el nivel medio 5,0%, en el nivel bajo un 22,5%. En la dimensión despersonalización encontró un nivel alto de 47,5%, en el nivel medio un 10,5%, y

en el nivel bajó un 42,5%. y por último la la dimensión realización personal con un nivel alto de 17,5%, en el nivel medio un 10,0% y en el nivel bajo se encontró un 72,5%.

Lo que indica que los niveles en la investigación son bajas a diferencia de la investigación de Ollachica el cual encontró un nivel alto de burnout en su población.

Se observa con respecto al nivel de Depresión se encontró que el 89,2% de los trabajadores muestra un nivel mínima de depresión, la cual representa el grupo más representativo y el 1.9% de los trabajadores presenta depresión. A diferencia de Ollachica (2019) en donde se encontró que el 75.0% presentan depresión mínima, y el 7.5% tiene depresión severa.

Pérez (2006), en su estudio tuvo unos resultados similares: la frecuencia de depresión en la población general fue del 16.3% donde tuvo niveles de depresión bajas: el 10% tuvo depresión leve y 6% depresión moderada.

En la investigación realizó se encontró un nivel de mínimo depresión en los trabajadores del centro de salud mental comunitario.

En la variable burnout da la consistencia interna de la prueba tanto en la prueba total como en sus dimensiones en la cuales se encontró una buena confiabilidad de 0,877 considerando que para la confiabilidad de la dimensión cansancio emocional se encontró un alfa mayor a 0,906 lo que indica una muy buena confiabilidad en caso de la despersonalización se encontró un 0,654 que se considera aceptable y por último se tiene la dimensión realización personal que tiene un alfa de cronbach de 0,908 indicando una buena confiabilidad, en el estudio realizado por Hidalgo (2019) obtuvo una confiabilidad de 0,799 encontrándose dentro de la categoría de aceptable, por tal motivo si se pudo desarrollar el trabajo de investigación.

VI. CONCLUSIONES

- Primera:** Se encontró relación entre el burnout y la depresión, siendo esta moderada y directa ($p < 0,05$; $r = 0,51$) en los trabajadores del centro de salud mental comunitario, 2020.
- Segunda:** Se encontró la relación del cansancio emocional y la depresión, siendo esta moderada y directa ($p < 0,05$; $r = 0,48$) en los trabajadores del centro de salud mental comunitario, 2020.
- Tercero:** Se encontró la relación de la despersonalización y la depresión, siendo esta moderada y directa ($p < 0,05$; $r = 0,45$) en los trabajadores del centro de salud mental comunitario, 2020.
- Cuarto:** Se encontró que a mayor realización personal se da menor depresión, siendo esta moderada e inversa ($p < 0,05$; $r = -0,32$) en los trabajadores del centro de salud mental comunitario, 2020.
- Quinto:** Se determinó que el nivel de burnout fue de un 73,9% de los trabajadores lo cual muestra un nivel bajo, y representa el grupo más representativo, el 23,6% de los trabajadores con un nivel medio y un 2,5% de los trabajadores muestra un nivel alto.
- Sexto:** Se determinó que el nivel de depresión fue de un 89,2% de los trabajadores lo cual muestra un nivel mínimo de depresión, y representa el grupo más representativo, el 5,7% con un nivel de depresión leve, el 3,2% muestra un nivel de depresión moderado y por último el 1,9% presenta depresión.

VII RECOMENDACIONES

- 1.-** A nivel nacional así como la gestión regional, se recomienda contar con más servicios especializados en el primer nivel de atención, según el plan nacional de implementación de servicios de salud mental 2018-2021.
- 2.-** A los que laboran en el centro de salud se recomienda seguir la resolución ministerial N° 182-2020-MINSA que promueve y refuerza el cuidado integral de salud de atención en el contexto de la pandemia COVID-19.
- 3.-** Se recomienda transmitir este trabajo para que sirva como base de estudio a futuras investigaciones, porque es un tema que representa importancia para lograr la mejora en la calidad de vida laboral del personal de salud y en consecuencia la mejoría de la calidad de atención.
- 4.-** Se recomienda continuar la presente investigación para evaluar de manera regular al personal de centros de salud mental comunitario que laboran en diversas circunstancias los cuales afectan el trabajo que desempeñan.
- 5.** A la comunidad se recomienda el cuidado integral de la salud, promover hábitos y conductas saludables así como también las conductas saludables.

REFERENCIAS

APA ,2019

<https://normasapa.net.co/plagio/#:~:text=Se%20habla%20de%20plagio%20cuando,dicho%20contenido%20de%20manera%20original.&text=Las%20normas%20APA%20ofrecen%20un,la%20fuente%20utilizada%20ser%C3%A1%20suficiente.>

Asociación Americana de Psiquiatría. Trastorno de ansiedad generalizada. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ta ed. España: Arlington; 2014. p. 222–6.

Beck, 1976 Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID- 19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. Psychiatr Prax [Internet]. 2020;47(04):190–7. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295275/doi:10.1055/a-1159-5551>

Carrillo S, Gómez H, Espinoza M. Síndrome de Burnout en la práctica médica. Medicina Interna de México. México [Internet]; 2012 [Citado:2019-Enero02] [.http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim2012/mim126j.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim2012/mim126j.pdf)

Castillo, J. Desgaste Profesional en personal de Enfermería. Aproximaciones para un debate, 2018. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im075l.pdf>

Carrillo- Esper R y col. Síndrome de burnout en la práctica médica. Medicina Interna de-México.[Internet].2012[Citado:2019-Enero-02].<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>

Colegio de psicólogos del Perú ,2018.

<https://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/archivo/etica.html>

CONCYTEC,2020

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNIS_5b55a9811d9ab27b8e45c193546b0187

Gorrochategui ,2020 Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708>

Garcés, E., López, C. y García-Montalvo, C. (1997). El síndrome de "burnout" y su evaluación: Una revisión de los principales instrumentos de medida. Poster presentado en el *I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Madrid.

Hernández, (2010) ,https://drive.google.com/drive/folders/1Yo9v5FYGK-B-wRJxw_J5cJaMYBgQDaX9

Hernández, Sampieri, (2014)

<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hidalgo, 2019 https://drive.google.com/drive/folders/1Yo9v5FYGK-B-wRJxw_J5cJaMYBgQDaX9

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. Anales de Salud Mental. Perú. [Internet]; 2013 [Citado: 2019 -Enero-02].
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

Jasarevic, OMS, 2019 <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado>

Ministerio de Salud del Perú (MINSA), 2020

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3rd Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1997. 191-218 p.

Malhi, Mann. 2018 Depression. Published online. Australia

Maslach, C. y Leiter, M. (1997). *The Truth about Burnout*. Jossey-Bass Publisher. San Francisco.

Minsalud, 2019. Boletín de salud mental Depresión

Montaño 2019, Colombia, Síndrome de Burnout en Trabajadores de Salud de Dos Clínicas de Assbasalud E.S -Liseth Andrea Muñoz Samboni
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/15954/1/2019_s%C3%ADndrome_burnout_trabajadores.pdf

Niveles y factores de riesgo de burnout en profesionales de enfermería de atención primaria Carolina Soledad Monsalve Reyes 2019, España
http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Csmonsalve/MONSALVE_REYES_Carolina_S__Tesis.pdf

Ollachica-2019

https://drive.google.com/drive/folders/1WNeFmEO9I4qjyiQpe2t2No_HCWFxhPi_

OMS,2020-https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQiA9P__BRC0ARIsAEZ6irj0luiRgfL7cFUf73Eoer5pLSC1reQqf2k33utpV0kYDdqqdMkU8JQaApJ5EALw_wcB

OMS,2017 <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>

OMS, 2020 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Petzold MB, Plag J, Ströhle A. Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia. *Nervenarzt*. 2020;91(5):417–21. doi: 10.1007/s00115-020-00905-0

Pérez Cruz. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Medicina Interna México*. [Internet]; 2006 [Citado: 2019 -Enero-02]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064f.pdf>

Pisconte ,2018. Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos hospitales del norte del Perú–2018
<http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1196>

Quiroz, 2018. Frecuencia del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Salud-Metropolitano-del-MINSA
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/37952>

Sadock B, Sadock V. Trastornos del estado de animo. En: Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 10ma ed. Wolters Kluwer; 2015. p. 543.

Vallejo J, Urretavizcaya M. Trastornos depresivos. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 249–76.

Vásquez, 2017. Estilos de vida y síndrome de Burnout en el personal del Hospital II
<http://tesis.unsm.edu.pe/handle/11458/3737>

ANEXOS

Alfa de cronbach.

1. - Confiabilidad - Maslach Burnout Inventory (MBI)

Estadísticas de fiabilidad burnout

Alfa de Cronbach	N de elementos	
0,877	22	total de ítems
0,906	9	cansancio emocional
0,654	5	despersonalización
0,908	8	realización personal

En la tabla se puede observar la consistencia interna de la prueba tanto en la prueba total como en sus dimensiones en la cuales se encontró una buena confiabilidad de 0,877 considerando que para la confiabilidad de la dimensión cansancio emocional se encontró un alfa mayor a 0,906 lo que indica una muy buena confiabilidad en caso de la despersonalización se encontró un 0,654 que se considera aceptable y por último se tiene la dimensión realización personal que tiene un alfa de cronbach de 0,908 indicando una buena confiabilidad.

2.- Confiabilidad -Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Estadísticas de fiabilidad depresión

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,928	21

Según el alfa de cronbach indica que la fiabilidad del total de número de los 21 elementos es 0,928 lo cual indica que es altamente confiable.

3.- Matriz de conciencia

	PROBLEMA		OBJETIVOS		HIPÓTESIS		METODOLOGÍA
NIVEL	GENERAL	ESPECÍFICOS			GENERAL	ESPECÍFICAS	
CORRELACIONAL	¿Cuál es la relación del burnout y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19?	¿Cuál es la relación del cansancio emocional y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19?	Determinar la relación del burnout y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19	Determinar la relación del cansancio emocional y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19	H1: Existe relación entre el burnout y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19.	"H1: Existe relación entre el cansancio emocional y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 H0: No existe relación entre el cansancio emocional y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19."	Enfoque : Cuantitativo Tipo: Descriptivo/ Correlacional Diseño: No experimental Nivel: Descriptivo de corte Transversal
		¿Cuál es la relación de la despersonalización y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19?		Determinar la relación de la despersonalización y la depresión de los trabajadores del CSMC en contexto covid-19	H0: No existe relación entre el burnout y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19.	"H1: Existe relación entre la despersonalización y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19 H0: No existe relación entre la despersonalización y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19."	

		<p>¿Cuál es la relación de la realización personal y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19?</p>		<p>Determinar la relación de la realización personal y la depresión de los trabajadores del CSMC en contexto covid-19</p>		<p>"H1: Existe relación entre la realización personal y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19</p> <p>H0: No existe relación entre la realización personal y la depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19."</p>	
		<p>¿Cuál es el nivel de burnout en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19?</p>		<p>Determinar el nivel de burnout en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19</p>			
		<p>¿Cuál es el nivel de depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19?</p>		<p>Determinar el nivel de depresión en los trabajadores del CSMC en contexto covid-19</p>			

4.- Operacionalización 1ra variable

PRUEBA	VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	REACTIVOS	ESCALA
Maslach Burnout Inventory (MBI)	Burnout	Es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, y hacia el propio rol profesional (Maslach y Jackson, 1981).	Cansancio Emocional	Sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo (Maslach y Jackson,1981)	<ul style="list-style-type: none"> - Agotamiento -Cansancio - Fatiga -Desgaste - Frustración - Estrés 	1,14,20 2,6 3 8 13 16	tipo likert
			Despersonalización	Respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional (Maslach y Jackson,1981)	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de Culpa - Insensibilidad - Endurecimiento Emocional -Desinterés 	5,22 10 11 15	
			Realización Personal	Describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas (Maslach y Jackson,1981)	<ul style="list-style-type: none"> - Empatía - Solución a problemas - Pensamientos positivos - Energía - Motivación -Paciencia 	4,17 7,19 9 12 18 21	

5.- Operacionalización 2da variable

PRUEBA	VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	REACTIVOS	ESCALA
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Depresión	Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con disminución de vitalidad que lleva reducir el nivel de actividad, se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados (OMS, 2020).	Cognitivo	Proceso de adquisición de conocimiento (cognición) mediante la información recibida por el ambiente (Beck, 1976).	<ul style="list-style-type: none"> - Desagrado a uno mismo - Autocrítica - Distorsiones del proceso - Baja autoestima - Pensamientos suicidas - Perdida de interés - Dificultad en la toma de decisiones 	6 8 9 12 13 14 20	tipo likert
			Emoción	Sentimiento muy intenso de alegría o tristeza producido por un hecho, una idea, un recuerdo, Alteración del ánimo (Beck, 1976).	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza -Pesimismo -fracaso -Perdida del placer - Sentimiento de culpa - Disconformidad con uno mismo - Agitación 	1 2 3 4 5 7 11	
			Conducta	Manera de comportarse una persona en una situación determinada, responder a ciertos estímulos (Beck, 1976).	<ul style="list-style-type: none"> - Llanto -Perdida de energía -Cambios en los hábitos del sueño - Irritabilidad - Cambio en el apetito - Dificultad de concentración - Perdida de interés en el sexo 	10 15 16 17 18 19 21	

6.- Principales instrumentos de Medida del Burnout (Garcés, López y García; 1997)

	Instrumentos de medida	autores
1	Staff Burnout Scale	Jones (1980)
2	Indicadores del Burnout	Gillespie (1980)
3	3.- Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
4	4.- Tedium Measure (Burnout Measure)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
5	5.- Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)
6	6.- Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
7	7.- Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
8	8.- Energy Depletion Index	Garden (1987)
9	9.- Matthews Burnout Scale for Employees	Matthews (1990)
10	10.- Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
11	11.- Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
12	12.-Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
13	13.- Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
14	14.- Rome Burnout Inventory	Venturi, Dell'Erba y Rizzo (1994)
15	15.- Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

7.- MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

	MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT
1	Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.
2	Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)
3	Modelo de Pines (1993)
4	Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)
5	Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)
6	Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)
7	Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)
8	Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional
9	Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)
10	Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)
11	Modelo de Winnubst (1993)
12	Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural
13	Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

8.- Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout

Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout			
EMOCIONAL	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión.	Pérdida de significado.	Evitación de responsabilidades.	Evitación de contactos.
Indefensión.	Pérdida de valores.	Absentismo.	Conflictos interpersonales.
Desesperanza.	Desaparición de expectativas.	Conductas inadaptativas.	Malhumor familiar. Aislamiento.
Irritación.	Modificación auto concepto	Desorganización.	Formación de grupos críticos.
Apatía.	Desorientación cognitiva.	Sobre implicación.	Evitación profesional.
Desilusión.	Pérdida de la creatividad.	Evitación de decisiones.	
Pesimismo.	Distracción.	Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	
Hostilidad.	Cinismo.		
Falta de tolerancia.	Criticismo Generalizado		
Acusaciones a los clientes.			
Supresión de sentimientos.			
			(Buendía y Ramos, 2001; 60)

9.- Instrumento de recolección de datos Maslach Burnout Inventory (MBI)

Estado Civil..... Edad:.....Sexo.....

Centro.....

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él.

A cada una de las frases debe responder expresando **LA FRECUENCIA CON QUE TIENE ESE SENTIMIENTO** de la siguiente forma:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo					
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío					
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado					
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes					
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales					
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes					
8	Siento que mi trabajo me está desgastando					
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo					
10	Siento que me he hecho más duro con la gente					
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente					
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo					
13	Me siento frustrado en mi trabajo					
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes					
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes					
18	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes					
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas					

10.- Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Estado Civil..... Edad:..... Sexo....

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del 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 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 este 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 en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta 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 Querría 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 propias 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.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2^a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. 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 tan 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 en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 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 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo

Autorización

A : Dr. Christian Félix Nova Palomino
Gerente Regional de Salud

CON ATENCION: Lcda. Zula Carpio Ynga
Responsable de los Centros de Salud Mental Comunitarios de la
Gerencia Regional de Salud

DE : Marianela Hinojosa Mendoza
Bachiller en Psicología Humana

ASUNTO : Solicitud Proyecto - Aplicación de cuestionarios:
- Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

FECHA : Arequipa, 14 de Diciembre de 2020

DR. Christian Félix Nova Palomino
Gerente Regional de Salud

Presente:

Marianela Hinojosa Mendoza identificada con el DNI N° 72184732 Alumna de la Universidad Cesar Vallejo Filial – Callao Lima ante usted con el debido respeto presento y expongo:

Que para mi proyecto de Tesis titulado **Burnout y Depresión en trabajadores del centro de salud mental comunitario en contexto covid-19 en la ciudad de Arequipa, 2020** es necesario el desarrollo de la aplicación de dos cuestionarios los cuales son **Maslach Burnout Inventory (MBI)** e **Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)** por lo cual me dirijo a usted a fin de solicitarle la respectivo autorización para poder realizar los cuestionarios con el objetivo de recopilar información sobre la salud mental de los trabajadores de diversos centro de salud mental comunitario en la ciudad de Arequipa, mediante el desarrollo de cuestionario ante el contexto del Covid-19.

