



**Universidad
Católica de
Santa María**

**Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades
Escuela Profesional de Psicología**

**Síndrome de burnout y depresión en trabajadores administrativos de un
hospital de Arequipa, 2025**

Tesis presentada por:

Febres Cabrera, Sara Damaris

ORCID: 0009-0007-8193-1489

para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Asesor(a):

Mg. Alarcón Farfán, Veronika Elizabeth

ORCID: 0000-0003-3348-553X

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 24 de Mayo del 2026

Dictamen: 015808-C-EPSIC-2026

Visto el borrador del expediente 015808, presentado por:

2020227842 - FEBRES CABRERA SARA DAMARIS

Titulado:

**SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS DE UN
HOSPITAL DE AREQUIPA, 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA

**29247715 - GUZMAN GAMERO RUFINO RAUL LIZANDRO
DICTAMINADOR**



**43581141 - CARTAGENA LOPEZ JORGE BRAYAN
DICTAMINADOR**



**29722458 - VILLANUEVA KUONG LESLIE EMILIA
DICTAMINADOR**



SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS DE UN HOSPITAL DE AREQUIPA,2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%	5%	5%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María	1%
	Trabajo del estudiante	
3	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja	1%
	Trabajo del estudiante	
4	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	Submitted to Uniminuto Virtual	1%
	Trabajo del estudiante	

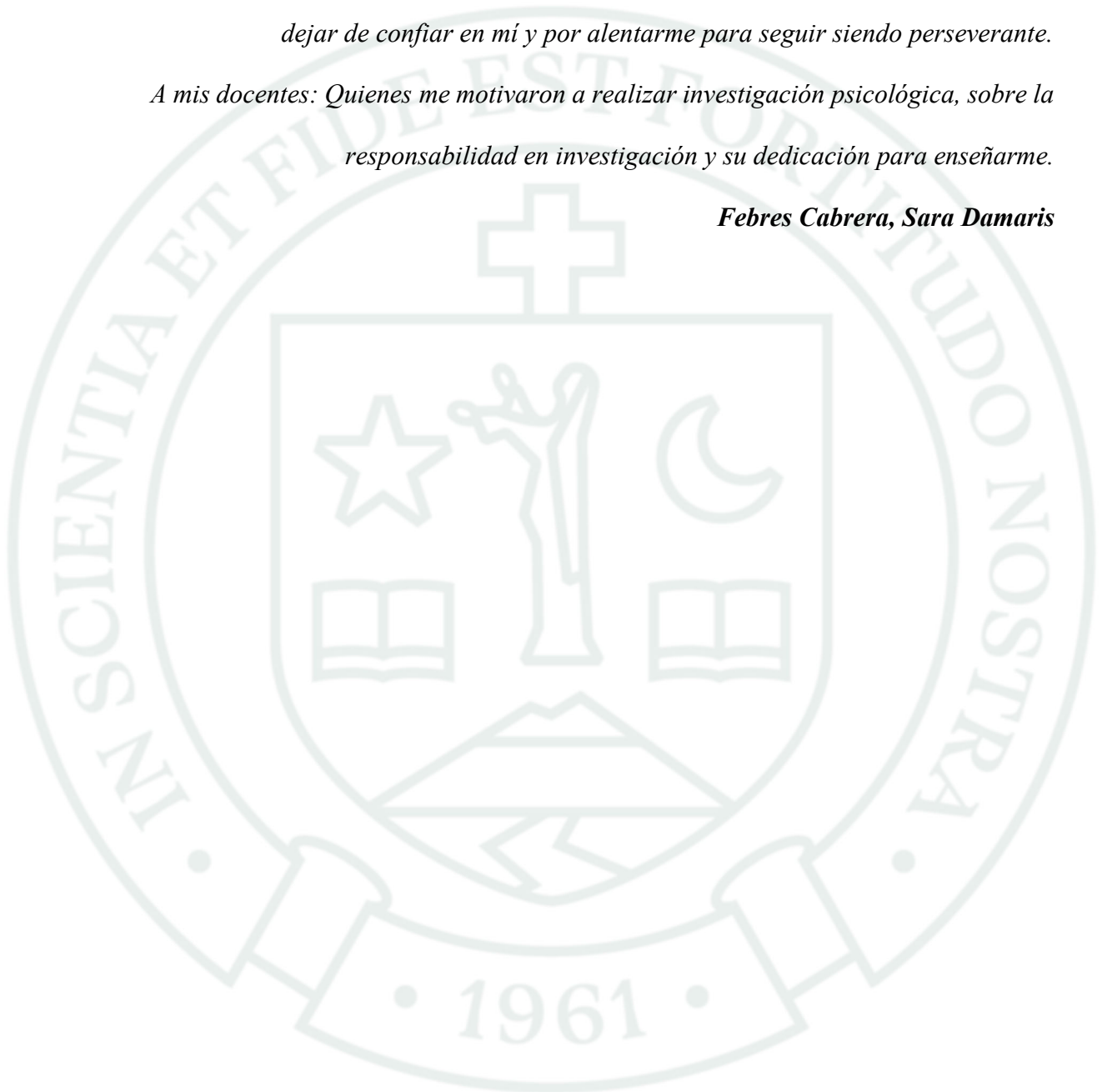
Excluir citas Apagado Excluir coincidencias < 1%
Excluir bibliografía Apagado

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres y familia, por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida personal y profesional, también por la educación que me brindaron, el cariño, amor y valores, que me impartieron y enseñaron a ser quien soy. Asimismo, por no dejar de confiar en mí y por alentarme para seguir siendo perseverante.

A mis docentes: Quienes me motivaron a realizar investigación psicológica, sobre la responsabilidad en investigación y su dedicación para enseñarme.

Febres Cabrera, Sara Damaris



Agradecimientos

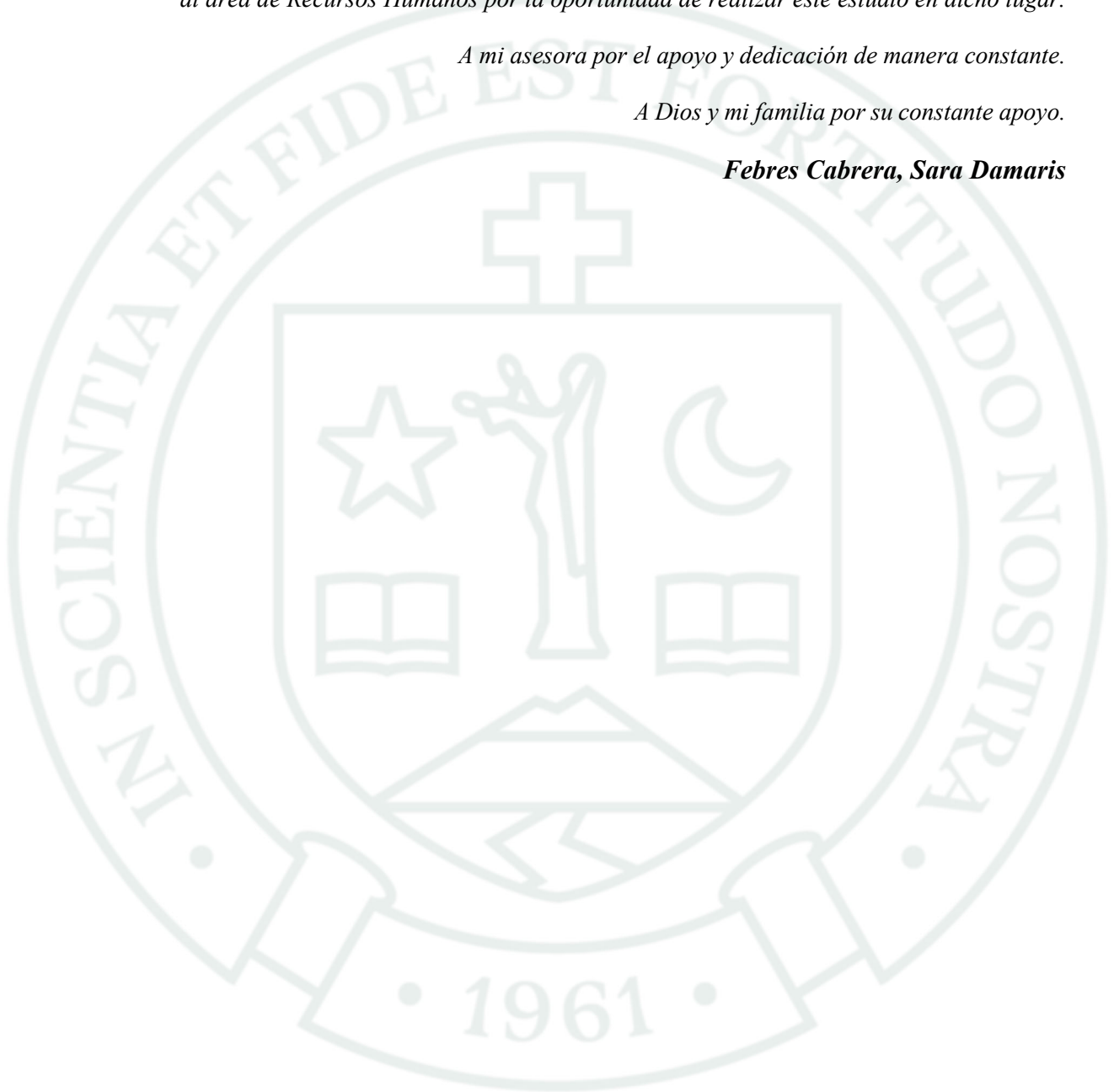
Quiero agradecer a la Escuela profesional de Psicología, por formarme y brindarme todas las herramientas para mi educación de pregrado.

Agradezco al Hospital de EsSalud Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa y en especial al área de Recursos Humanos por la oportunidad de realizar este estudio en dicho lugar.

A mi asesora por el apoyo y dedicación de manera constante.

A Dios y mi familia por su constante apoyo.

Febres Cabrera, Sara Damaris



Resumen

La presente investigación aborda la problemática sobre el síndrome de burnout y la depresión existentes en el entorno laboral, que conlleva a la afectación en la salud mental de los trabajadores dentro de las organizaciones. El estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el síndrome de burnout y la depresión en 100 trabajadores administrativos del área de Recursos Humanos de un hospital en Arequipa durante el año 2025. Para ello, se empleó una metodología cuantitativa de diseño no experimental y transversal, utilizando el Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Los resultados mostraron una correlación positiva y significativa entre el agotamiento emocional y la depresión ($\rho = .367; p < .001$), así como una correlación negativa entre la eficacia profesional y la depresión ($\rho = -.252; p = .011$), destacando además que las mujeres presentaron niveles más elevados en ambas variables en comparación con los hombres y el tiempo de servicio influye en los puntajes de burnout. Se concluyó que el agotamiento emocional en el trabajo se relaciona con la severidad de los síntomas depresivos, mientras que la percepción de eficacia profesional actúa como un factor protector, lo que resalta la urgencia de implementar programas de prevención y fortalecer la salud mental en el ámbito organizacional.

Palabras Clave: Síndrome de burnout, Depresión, Estrés laboral.

Abstract

This research addresses the problem of burnout and depression in the workplace, which negatively impacts the mental health of employees within organizations. The study's main objective was to determine the relationship between burnout and depression in 100 administrative workers in the Human Resources department of a hospital in Arequipa during the year 2025. A quantitative methodology with a non-experimental, cross-sectional design was employed, using the Maslach Burnout Inventory (MBI-GS) and the Beck Depression Inventory (BDI-II). The results showed a positive and statistically significant correlation between emotional exhaustion and depression ($\rho = .367; p < .001$), as well as a negative correlation between professional efficacy and depression ($\rho = -.252; p = .011$). Additionally, women exhibited higher levels in both variables compared to men, and length of service influenced burnout scores. It is concluded that work-related emotional exhaustion is directly associated with the severity of depressive symptoms, whereas perceived professional efficacy functions as a protective factor, highlighting the urgency of implementing preventive programs and strengthening mental health within organizational settings.

Keywords: Burnout syndrome, Depression, Occupational stress.

Índice

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

Abstract

Capítulo I. Marco Teórico.....	1
Introducción.....	1
Pregunta de Investigación.....	4
Variables y su Definición Operacional.....	4
Variable 1. Síndrome de Burnout	4
Variable 2. Depresión	4
Objetivos.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
Antecedentes Teórico-Investigativos.....	6
Estrés Laboral.....	6
Síndrome de Burnout	6
Modelos Explicativos del Burnout.....	8
Teoría Socio Cognitiva del Yo.....	8
Teoría del Intercambio Social.	8
Teoría Organizacional.	9
Teoría Estructural	9
Síntomas.....	9
Factores Desencadenantes	10

Dimensiones.....	10
Prevención del Síndrome de Burnout.....	11
Depresión en trabajadores del Sector Administrativo.....	12
Síntomas de la Depresión.....	15
Clasificación de la Depresión.....	16
Causas.	16
Tratamiento.	17
Prevención.....	17
Relación entre Síndrome Burnout y Depresión	17
Hipótesis.....	21
Capítulo II. Método.....	22
Diseño de Investigación.....	22
Instrumentos	22
Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS)	22
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	23
Participantes.....	24
Procedimiento.....	26
Consideraciones Éticas.....	27
Análisis de Datos.....	27
Capítulo III. Resultados.....	28
Resultados.....	28
Discusión	35
Conclusiones.....	42

Sugerencias.....	44
Limitaciones	46
Referencias.....	47



Índice de Tablas

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas	25
Tabla 2. Niveles de las dimensiones de síndrome de burnout.....	28
Tabla 3. Niveles de depresión	29
Tabla 4. Comparación de las dimensiones de síndrome de burnout según variables sociodemográficas	30
Tabla 5. Comparación de los niveles de depresión según variables sociodemográficas	32
Tabla 6. Correlación entre depresión y dimensiones del síndrome de burnout	33
Tabla 7. Prueba de normalidad de las variables	54
Tabla 8. Comparación de las dimensiones de burnout según variables sociodemográficas extendida	55

Índice de Anexos

Anexo 1. Tabla de prueba de normalidad de las variables	54
Anexo 2. Tabla de puntajes de la comparación entre las dimensiones de burnout y variables sociodemográficas	55
Anexo 3. Consentimiento informado	57
Anexo 4. Dictamen de aprobación del Comité de Ética	58
Anexo 5. Carta de presentación y aceptación	60
Anexo 6. Cartas de aprobación de la institución	62
Anexo 7. Inventario de Burnout (MBI-GS)	64
Anexo 8. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	65
Anexo9. Ficha Sociodemográfica	67

Capítulo I. Marco Teórico

Introducción

En los últimos años, el entorno laboral se ha caracterizado por una mayor competitividad y exigencia, lo que ha llevado a que muchos trabajadores descuiden su salud mental y física en el intento de responder a las demandas de sus empleadores. Esta situación ha favorecido la aparición del síndrome de burnout, conocido también como síndrome del trabajador quemado, el cual se presenta cuando una persona está expuesta de manera prolongada al estrés crónico derivado de las condiciones del trabajo (Huachos & Veli, 2020).

El contexto hospitalario es uno de los entornos laborales con mayor exposición a riesgos psicosociales. Una revisión sistemática de 33 investigaciones publicadas entre 2016 y 2024 encontró que los trabajadores de salud presentan estrés laboral, fatiga, depresión, ansiedad y trastornos del sueño, siendo los factores más frecuentes la sobrecarga laboral, los horarios prolongados, la escasa autonomía y las relaciones interpersonales deterioradas (Chaguay & Luján, 2025). A nivel latinoamericano, un estudio multicéntrico realizado en 5,437 profesionales de la salud de seis países, incluido Perú, encontró que el 59.8% del personal presentó burnout (Caldichoury-Obando et al., 2024). En el Perú, una investigación en el Hospital Modular Bicentenario de EsSalud en Cajamarca, realizada entre octubre y diciembre de 2023, encontró que el 48% de los trabajadores presentó burnout en nivel moderado y el 28% en nivel alto, hallándose además una relación significativa con el desempeño laboral (Aburto-Moreno et al., 2024).

En 1974, Freudenberger acuñó el término burnout al observar, en trabajadores de una clínica, un patrón caracterizado por pérdida de energía, desmotivación, desinterés laboral y agotamiento progresivo, acompañado de síntomas ansiosos y depresivos. Señaló que estos trabajadores se volvían menos sensibles e incluso agresivos en el trato hacia los pacientes, describiendo este patrón como estar quemado (Carlin & Garcés de los Fayos, 2010). Leiter

(1991, como se citó en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) complementó esta descripción al identificar condiciones asociadas, como la ausencia de horarios definidos, la sobrecarga laboral, la baja remuneración y un entorno exigente.

Maslach y Jackson definieron el burnout como un síndrome compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, originado como respuesta prolongada al estrés laboral crónico. Este fenómeno puede presentarse en cualquier tipo de actividad laboral, no solo en aquellas con contacto directo con personas (Olivares, 2017). Así mismo, Pines & Aronson (1988) extendieron el concepto a trabajadores no asistenciales, describiendo manifestaciones de agotamiento emocional, mental y físico ante demandas laborales sostenidas.

El síndrome de burnout se asocia con un afrontamiento insuficiente frente a las demandas laborales, y sus consecuencias incluyen bajo rendimiento, ausentismo y deterioro de la salud física y mental del trabajador (Martínez, 2010). La acumulación de responsabilidades laborales, familiares y sociales puede agravar este cuadro cuando el trabajador no cuenta con recursos de afrontamiento adecuados, relacionándose con síntomas como indiferencia, agotamiento emocional, baja realización personal e irritabilidad (Martínez, 2010).

Es importante distinguir el burnout de la depresión, ya que ambos comparten síntomas como la fatiga y la dificultad para concentrarse; sin embargo, el burnout se limita al contexto laboral, mientras que la depresión afecta el funcionamiento global de la persona en múltiples áreas de su vida (Olivares, 2017). La OMS y la OIT (2022) clasifican el burnout como un fenómeno ocupacional y estiman que cada año se pierden 12 mil millones de días de trabajo a causa de la depresión y la ansiedad, con un costo aproximado de un billón de dólares para la economía mundial.

Respecto a la depresión, Beck (1976) la define como un trastorno con manifestaciones cognitivas, afectivas y somáticas. A nivel mundial, se estima que aproximadamente el 4.4% de la población la padece, con mayor prevalencia en mujeres (Sánchez et al., 2022). La OMS (2023) la describe como la presencia de ánimo deprimido y pérdida de interés por actividades que la persona solía realizar, con una duración mínima de dos semanas, afectando distintas áreas de la vida; sus síntomas principales incluyen tristeza persistente, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, alteraciones del sueño y del apetito, y dificultad para concentrarse; se estima que alrededor de 332 millones de personas la padecen en el mundo (OMS, 2023). En el Perú, el MINSA (2024) reportó 280,917 casos atendidos por depresión en el año 2023, de los cuales el 75.5% correspondió a mujeres y el 16.5% a menores de edad. De esta manera, Lewinsohn (1985, como se citó en Martell et al., 2010) señaló que los eventos negativos no afectan a todas las personas por igual, siendo más vulnerables quienes presentan menor capacidad de adaptación, con mayor tendencia a la autocrítica, la desmotivación y el aislamiento.

Si bien la mayor parte de las investigaciones sobre burnout y depresión en hospitales se ha centrado en el personal clínico, el personal administrativo también está expuesto a factores de riesgo psicosocial que merecen atención. Este grupo enfrenta diariamente exigencias burocráticas, plazos ajustados, atención continua al público y gestión de conflictos entre usuarios e institución, sin contar con el reconocimiento social que suele recibir el personal asistencial (Flores & Ruiz, 2018). Además, en muchos casos no tiene acceso a los mismos programas de apoyo psicológico disponibles para el personal clínico, lo que incrementa su exposición sostenida a estresores sin canales formales de intervención (Fuster et al., 2024). Un estudio realizado en trabajadores administrativos del sector salud en 2024 identificó la presencia de ansiedad y depresión como condiciones frecuentes en este grupo ocupacional (Valenzuela & Garzón, 2025).

El presente estudio tuvo como propósito determinar la relación entre el síndrome de burnout y la depresión en trabajadores administrativos de un hospital de Arequipa en el año 2025. Sus resultados pueden contribuir al diseño de programas de prevención en salud mental organizacional y a la detección temprana de sintomatología depresiva en este grupo ocupacional.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre las dimensiones del síndrome de Burnout y la Depresión en trabajadores administrativos de un hospital de Arequipa en el año 2025?

Variables y su Definición Operacional

Variable 1. Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout es un fenómeno ocupacional que se desarrolla como respuesta a la exposición crónica a estresores laborales sin un afrontamiento eficaz (OMS, 2019). Así mismo, Maslach et al. (2001) lo describen mediante tres dimensiones: el agotamiento emocional, entendido como la sensación de vaciamiento de los recursos emocionales ante las exigencias del trabajo; además, de una sensación de estar física y emocionalmente exhausto frente a las demandas laborales; la indiferencia o cinismo, referida a la adopción de actitudes distantes o cínicas hacia las tareas y las personas del entorno laboral; y la eficacia profesional, definida como la percepción del propio rendimiento y competencia en el desempeño de las funciones laborales.

Variable 2. Depresión

La depresión es un trastorno afectivo caracterizado por la presencia de una tríada cognitiva negativa que involucra evaluaciones desfavorables sobre uno mismo, el entorno y el futuro (Beck, 1976). Se manifiesta a través de síntomas emocionales como tristeza

persistente o anhedonia, cognitivos como culpa, indecisión y pensamientos autocríticos, conductuales como retraimiento e inactividad y somáticos como alteraciones del sueño, el apetito y los niveles de energía, los cuales interfieren de manera significativa en el funcionamiento psicosocial del individuo (Beck, 1976).

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre las dimensiones de síndrome de burnout y depresión en trabajadores administrativos de un hospital de Arequipa en el año 2025

Objetivos Específicos

Describir los niveles del síndrome de burnout según sus dimensiones en los trabajadores administrativos de un hospital de Arequipa en el año 2025.

Describir los niveles de depresión en los trabajadores administrativos de un hospital de Arequipa en el año 2025.

Comparar las dimensiones del síndrome de burnout según sexo, tiempo de servicio, edad, estado civil y tipo de contrato en los trabajadores administrativos de un hospital de Arequipa en el año 2025.

Comparar los niveles de depresión según sexo, tiempo de servicio, edad, estado civil y tipo de contrato en los trabajadores administrativos de un hospital de Arequipa en el año 2025.

Antecedentes Teórico-Investigativos

Estrés Laboral

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el año 2016 el estrés laboral representaba el 60% de los días no laborados, evidenciando su impacto directo sobre la productividad y el rendimiento de los trabajadores en las organizaciones. Según Ruiz et al. (2023) el estrés se asocia con malestar físico y emocional, y su presencia en el entorno laboral se vincula con el clima organizacional, particularmente con la percepción del trabajador sobre las relaciones interpersonales negativas como la irritabilidad y el mal humor, lo que favorece la aparición de ansiedad, frustración y conflictos entre el personal. Asimismo, el estrés se relaciona con fatiga, depresión, ansiedad y otras condiciones que comprometen el funcionamiento cotidiano del trabajador, siendo transversal a cualquier tipo de organización independientemente de su tamaño; sus consecuencias incluyen ausentismo, abandono del puesto y deterioro de la salud física y emocional del personal (Ruiz et al., 2023).

Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout, también denominado síndrome de desgaste laboral o síndrome del trabajador quemado es reconocido dentro de los riesgos laborales psicosociales (Iquiria & Barrera, 2017). Su origen se sitúa en los Estados Unidos a mediados de la década de 1970, cuando Freudenberg (1974, como se citó en Iquiria & Barrera, 2017) describió un patrón caracterizado por pérdida de entusiasmo y manifestaciones psicosomáticas como cefaleas, insomnio y problemas gastrointestinales en trabajadores del ámbito clínico. Posteriormente, Maslach amplió la conceptualización al introducir el término en el congreso de la Asociación Americana de Psicología, definiéndolo como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, presente en personas que laboran en sectores de servicios humanos en contacto directo con usuarios (Olivares, 2017; Martínez, 2010). A diferencia de las primeras descripciones centradas en el personal clínico,

investigaciones posteriores señalan que este fenómeno puede presentarse en cualquier tipo de trabajo, siendo transversal a distintos grupos profesionales más allá del sector asistencial (Martínez, 2010).

En cuanto a los factores asociados, la exposición sostenida a estresores laborales se relaciona con una mayor vulnerabilidad al burnout, con mayor prevalencia en mujeres, particularmente en quienes combinan alta demanda laboral con responsabilidades familiares (Meza, 2019). Según Medina et al. (2021) destacan que el síndrome se presenta de forma crónica en profesionales sometidos a alta presión, ya sea por la naturaleza de sus tareas o por los turnos en que se desenvuelven, asociándose con malestar emocional y psicológico que afecta distintas áreas de su vida. A nivel organizacional, factores como la sobrecarga laboral, la violencia psicológica y la discriminación en el entorno de trabajo se asocian con deterioro de la salud mental del personal (OIT, 2022). Sus consecuencias incluyen cansancio emocional, fatiga, indiferencia hacia los usuarios, ausentismo y deterioro del rendimiento, manifestándose en personas sin antecedentes psicopatológicos previos como expresión de una adaptación insuficiente a las demandas del entorno laboral (Martínez, 2010; Correa et al., 2019).

La magnitud del problema es relevante tanto a nivel global como regional. La OIT (2022) estiman que anualmente se pierden 12 mil millones de días de trabajo a causa de la depresión y la ansiedad, con un costo aproximado de un billón de dólares para la economía mundial, lo que subraya la urgencia de promover entornos laborales seguros y saludables. En el ámbito latinoamericano, un estudio en 5,437 profesionales de seis países encontró que el 59.8% del personal sanitario presentó burnout, con mayor prevalencia en mujeres, personal joven y trabajadores del sector público (Caldichoury-Obando et al., 2024). En Ecuador, más del 90% del personal médico y de enfermería presentó niveles de moderado a severo (Caicedo et al., 2025). En el Perú, Arias et al. (2017) evaluaron a

trabajadores de salud en Arequipa y encontraron que, si bien el diagnóstico de burnout severo alcanzó el 5.6%, las dimensiones del síndrome mostraron cifras más elevadas: el 33.3% presentó despersonalización severa, el 25.8% baja realización profesional severa y el 23% agotamiento emocional extremo. Estos datos son similares con lo reportado por Aburto-Moreno et al. (2024) en el Hospital Modular Bicentenario de EsSalud en Cajamarca, donde el 48% del personal presentó burnout en nivel moderado y el 28% en nivel alto, con una relación significativa entre el burnout y el desempeño laboral ($Rho = -0.228$; $p = 0.012$). En Arequipa, Iquira & Barrera (2017) encontraron niveles medios de burnout en personal de enfermería de dos hospitales nacionales, con agotamiento emocional presente en ambas muestras, aunque con una dimensión de realización personal en nivel alto, lo que indica que los profesionales mantienen una valoración positiva de su trabajo pese a la carga emocional que enfrentan.

Modelos Explicativos del Burnout

Según Martínez (2010) nos indica que existen diversas causas que conllevan a la aparición del Burnout, así como distintos factores relacionados, es por ello que se consideran varios modelos, los cuales desarrollaremos según la relevancia para esta investigación. Una de las clasificaciones de estos modelos es la de Gil-Monte & Peiró (1997), donde explica cuatro enfoques:

Teoría Socio Cognitiva del Yo. Ciertas personas tienen predisposición a quiebres en su salud mental, y son propensas a sufrir de depresión o estrés, causado por diferentes factores como, por ejemplo: acontecimientos en la vida personal, la sobrecarga laboral, y demás, que a la larga hará que la persona sufra de Burnout,

Teoría del Intercambio Social. Hace referencia a las relaciones sociales dentro del entorno laboral con los demás colaboradores, las personas suelen no pedir ayuda del otro porque creen que serán criticados o porque puede verse afectada su autoestima, además, hay

constantes comparaciones con el desempeño de su labor con respecto a la del otro colaborador.

Teoría Organizacional. Considera dentro de los factores de Burnout a la rutina, la monotonía, problemas en la coordinación entre los colaboradores que puede ocasionar conflictos entre los mismos, generando un agotamiento laboral a la larga.

Teoría Estructural. Hace mención a los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar el Burnout de una manera holística, el estrés surge por la falta de balance entre la percepción de las demandas y la capacidad de respuesta de la persona

Asimismo, Martínez (2010) señala que los estresores en el ambiente de la empresa y las herramientas de afrontamiento de los trabajadores frente al Burnout implicará la presencia o no del síndrome, en donde las funciones del rol, el apoyo percibido, el clima y la cultura organizacional contribuyen a la aparición del Burnout.

Síntomas. Dentro de los síntomas pueden estar la falta de energía, sensación de frustración y fracaso, dolores físicos, irritabilidad, impaciencia, aislamiento; además, puede presentar indiferencia con usuarios o con compañeros del mismo trabajo, esto se puede deber a largas jornadas laborales, alta demanda o exigencia de sus superiores (Medina et al., 2021).

Se pueden encontrar más de 100 síntomas asociados al burnout, dentro de ellos se presentan consecuencias negativas en lo afectivo y en las emociones, como el agotamiento emocional, irritabilidad, odio, en las actitudes están el cinismo, la despersonalización, la apatía y la hostilidad, y cognitivamente se presenta la baja ilusión por el trabajo, problemas de concentración, baja realización personal en lo laboral; en la conducta se presenta la suspicacia, el aislamiento, quejas, ausentismo, en el aspecto fisiológico la persona presenta cansancio, insomnio, gastritis, cefaleas, hipertensión, entre otros más (Olivares, 2017).

El agotamiento emocional es un síntoma importante en el burnout, la persona se siente emocionalmente agotado, la despersonalización se refiere a la actitud negativa, cínica e

impersonal, mostrando distancia hacia los demás. La falta de realización personal en el trabajo quiere decir que baja la competitividad y el éxito, autoevaluación negativa de sí (Olivares, 2017).

Factores Desencadenantes. Entre los factores psicosociales más consistentemente asociados al burnout en entornos hospitalarios se encuentran la sobrecarga laboral, los horarios extendidos, la escasa autonomía en la toma de decisiones, el liderazgo deficiente, la ambigüedad de roles y la inestabilidad contractual (Chaguay & Luján, 2025). Avila & Chávez (2022), en un estudio realizado en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma con personal médico y administrativo, encontraron una correlación significativa entre los factores de riesgo psicosocial y el burnout ($Rho = 0.373$; $p = 0.000$). Las dimensiones con mayor peso asociativo fueron las exigencias psicológicas que incluyen la necesidad de ocultar emociones y tomar decisiones bajo presión ($Rho = 0.231$; $p = 0.001$), la falta de apoyo social y liderazgo efectivo ($Rho = 0.229$; $p = 0.001$), y la ausencia de compensaciones adecuadas, expresada en inseguridad laboral y escaso reconocimiento institucional ($Rho = 0.229$; $p = 0.001$). Por su parte, Aburto-Moreno et al. (2024) encontraron que el agotamiento emocional se relacionó negativamente con el desempeño laboral ($Rho = -0.487$; $p = 0.000$) y la despersonalización con la calidad del trato hacia pacientes y compañeros ($Rho = -0.405$; $p = 0.000$), mientras que una mayor realización personal se asoció positivamente con un mejor desempeño ($Rho = 0.487$).

Dimensiones. Las tres escalas que mide el Burnout propuestas por el cuestionario de Maslach & Leiter (1996) son el Desgaste emocional, que se traduce como una fatiga emocional y mental respecto a hacer frente al trabajo diario, el cinismo o indiferencia hacia el trabajo, es la actitud del trabajador hacia las altas demandas laborales, es la pérdida de interés y entusiasmo frente a sus labores cotidianas, y tercero, la Eficacia profesional que

quiere decir, el valor que el trabajador le da al propio trabajo y a la contribución respecto a las actividades dentro de la organización.

El agotamiento emocional es la sensación de cansancio debido al esfuerzo mental relacionado con la labor del trabajo, las personas que experimentan estos sentimientos tienen problemas en su entorno laboral, ya que no poseen la energía necesaria para afrontar las diferentes exigencias laborales (Maslach et al., 1996).

El cinismo o despersonalización se caracteriza por desvinculación, sentimiento de apatía, indiferencia por las actividades laborales llevadas a cabo, así como hacia las personas que se benefician de estas mismas, caracterizado por conductas no esperadas, como irritabilidad, pérdida de ideales, evitación hacia los usuarios o clientes (Maslach et al., 1996).

La ineficacia o baja realización personal se caracteriza por una autoevaluación profesional negativa, baja creencia de la habilidad para llevar a cabo su trabajo de forma efectiva, tendencia a juzgar de manera negativa los resultados, y una baja productividad, así como menores habilidades de afrontamiento (Maslach et al., 1996).

Prevención del Síndrome de Burnout. Es recomendable la detección temprana del burnout, por medio de programas dirigidos por las empresas o instituciones como el fortalecimiento de las habilidades blandas: Asertividad y el manejo del tiempo, además, promover la regulación emocional y gestión de emociones, para el cuidado de la salud mental, mantener buenas relaciones familiares y sociales y mejorar el desempeño laboral (Meza, 2019).

Los síntomas producidos por el burnout pueden prevenirse si se toma conciencia del problema, se sugiere realizar pausas y descansos cortos dentro de las jornadas laborales, además, establecer límites y ejercer la comunicación asertiva respecto a la ejecución de las tareas laborales para evitar sobre exigencia de las mismas, colaboración entre trabajadores; también es recomendable desconectarse de las actividades laborales y dedicar tiempo para la

relajación y descanso después de las horas de trabajo, asimismo, buscar ayuda profesional si el caso amerita. Otra forma de prevenir el burnout es mantener la calidad en las relaciones sociales en el trabajo, así como el uso de una comunicación efectiva; promover la salud mental a través de una adecuada gestión de emociones y la práctica de valores. Las estrategias que se empleen ayudarán a la reducción del burnout en el ámbito laboral (Medina et al., 2021).

Depresión en Trabajadores del Sector Administrativo

El personal administrativo de los hospitales cumple roles esenciales para el funcionamiento de la institución, gestiona el talento humano, coordina procesos de selección e inducción de personal, administra planillas y remuneraciones, organiza capacitaciones, promueve la seguridad laboral y contribuye al sostenimiento del clima y la cultura organizacional (EsSalud, 2023). A diferencia del personal asistencial, sus tareas implican una exposición prolongada a pantallas, el 100% de los trabajadores administrativos sanitarios evaluados por Valenzuela & Garzón (2025) utilizó computadoras y teléfonos móviles durante 7.5 a 7.8 horas diarias y una interacción constante con usuarios, personal médico y dirección institucional, lo que los expone a demandas emocionales y cognitivas sostenidas. El 55% de estos trabajadores no realiza pausas activas durante su jornada, acumulando tensión física y mental que se asocia con el desarrollo de ansiedad y síntomas depresivos.

A estas condiciones se suma una marcada precariedad contractual y económica. En el sistema de salud peruano, Arias et al. (2017) reportaron que el 8.5% de los trabajadores percibía ingresos por debajo del salario mínimo vital y el 18.8% apenas lo alcanzaba, lo que restringe su capacidad de cubrir necesidades básicas y se asocia con mayor frustración e insatisfacción laboral. En cuanto a la modalidad contractual, el 69.2% del personal del Hospital Bicentenario de EsSalud operaba bajo Contratos Administrativos de

Servicios (CAS) (Aburto-Moreno et al., 2024), mientras que en el estudio de Valenzuela & Garzón (2025) el 68.4% de los administrativos lo hacía bajo prestación de servicios, modalidades que generan incertidumbre sobre la continuidad laboral y limitan el acceso a beneficios sociales. En el plano de las relaciones laborales, Flores & Ruiz (2018) encontraron que el personal administrativo hospitalario presentó niveles moderados de despersonalización, lo que se asocia con actitudes de menor empatía hacia los usuarios, posiblemente relacionadas con la acumulación de demandas y la falta de reconocimiento institucional. Fuster et al. (2024) señalan que las condiciones laborales deficientes, incluyendo la escasa participación en decisiones y los conflictos interpersonales, son factores que contribuyen al deterioro del clima organizacional y al desarrollo de burnout en este grupo. En conjunto, estas condiciones configuran un perfil de vulnerabilidad específico en el personal administrativo hospitalario que justifica el estudio de su salud mental más allá del personal asistencial.

Si bien la mayor parte de la investigación sobre burnout y depresión en hospitales se ha enfocado en el personal asistencial, el personal administrativo presenta una vulnerabilidad particular que merece atención. Valenzuela & Garzón (2025), en un estudio con 60 trabajadores administrativos de una organización de salud en Colombia, encontraron una prevalencia de ansiedad del 6.93% y de depresión del 2.16%, identificando como factores asociados el uso continuo de pantallas durante 7.5 a 7.8 horas diarias, la ausencia de pausas activas en el 55% de los trabajadores y la inestabilidad contractual, dado que el 68.4% de los participantes operaba bajo modalidad de prestación de servicios. En el contexto peruano, Arias et al. (2017) reportaron que el 8.5% de los trabajadores de salud en Arequipa percibía ingresos por debajo del salario mínimo vital y el 18.8% apenas lo alcanzaba, condiciones que se asocian con mayor frustración y deterioro del bienestar psicológico. Avila & Chávez (2022) encontraron que el 23.1% del personal administrativo presentó

riesgo psicosocial alto y el 15.4% burnout severo. Respecto a la depresión específicamente, Espinoza et al. (2022) identificaron en personal de salud de establecimientos de EsSalud en Piura una prevalencia de depresión del 8.8%, encontrando que tener familiares o amigos fallecidos por COVID-19 se asoció con mayor riesgo de depresión (OR = 6.78), mientras que el acceso a equipos de protección personal actuó como factor protector (OR = 0.03).

Se considera que una persona presenta depresión cuando la tristeza es permanente, y puede estar causada por el estrés constante, asimismo, llega a afectar de manera física y psicológica a la persona, puede haber falta de apetito, insomnio, su autoestima puede verse dañada también (Huachos & Veli, 2020).

Dentro de los factores más comunes que pueden ocasionar depresión están: La genética, es decir, si hay antecedente de un familiar que padezca depresión. La Personalidad: Personas obsesivas, más controladores, perfeccionistas pueden tener tendencia a sufrir depresión. La forma del pensamiento, es decir, aquellas personas que no aceptan sus logros tienen un pensamiento negativista acerca de sí. Enfermedades crónicas, como padecer una discapacidad. El estrés y eventos estresantes como la muerte de un ser querido, atravesar una separación, no contar con un trabajo seguro, entre otros (Huachos & Veli, 2020).

La depresión o trastorno depresivo es un trastorno mental muy común, se caracteriza por un ánimo deprimido, principalmente con pérdida del placer por actividades que la persona solía realizar, prolongándose por largos períodos de tiempo. Llega a afectar distintas áreas de la vida, como las relaciones sociales y familiares. Además, la depresión puede presentarse en personas que han sufrido algún tipo de abuso, una pérdida, un evento estresante; existe mayor prevalencia en mujeres que en hombres (OMS, 2023).

Un 3,8 % de la población experimenta depresión, un 5% en adultos, 4 % en hombres y un 6 % en mujeres, y en la tercera edad, es decir, mayores de 60 años se presenta en un 5,7

%. A nivel mundial aproximadamente 280 millones de personas padecen depresión, un 50 % predomina en el sexo femenino, un 10 % de mujeres embarazadas y en mujeres que atraviesan el posparto. Además, cada año se presentan suicidios en más de 700 mil personas, siendo el suicidio la cuarta causa de muerte en grupos de edades entre 15 y 29 años (OMS, 2023).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) señala los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor, cinco o más de los síntomas siguientes deben estar presentes por al menos dos semanas, al menos uno de los síntomas es un ánimo deprimido o pérdida del placer. Criterio A1: El estado de ánimo deprimido está presente gran parte del día, todos los días, sentimientos de vacío, tristeza, desesperanza, en niños o adolescentes puede ser un estado de ánimo irritable. Criterio A2: Pérdida del interés por actividades casi todo el día y todos los días. Criterio A3: Disminución importante de peso o por el contrario aumento de peso, disminución o aumento del apetito, casi de forma diaria. Criterio A4: Insomnio o hipersomnia. Criterio A5: Agitación o enlentecimiento, Criterio A6: Pérdida de energía. Criterio A7: Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva. Criterio A8: Dificultad para concentrarse. Criterio A9: Ideas suicidas, intento de suicidio.

Asimismo, el DSM-5 indica que los síntomas originan gran malestar y problemas en los ámbitos social, laboral y otras áreas importantes. Este episodio depresivo no puede atribuirse a una afección médica o consumo de alguna sustancia. Existe una prevalencia en Estados Unidos en edades entre los 18 y 29 años, son las personas que sufren este trastorno y tres veces más en personas mayores de 60 años, y en las mujeres la prevalencia es mucho mayor en comparación con los hombres, emergiendo este trastorno en la adolescencia.

Síntomas de la Depresión. En el episodio depresivo leve la persona tiene un estado de ánimo bajo, presenta tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, además pérdida de interés

por las actividades. Un episodio depresivo se presenta a lo largo del día, todos los días, y por lo menos tiene un transcurso de dos semanas. Entre los principales síntomas están: Dificultad para concentrarse, culpa excesiva, baja autoestima, desesperanza, ideas suicidas, problemas de sueño, cambios en el apetito y el peso, cansancio, falta de energía (OMS, 2023).

Clasificación de la Depresión. Los episodios depresivos se clasifican en leves, moderados o graves, según al número e intensidad de los síntomas. Puede haber diferentes tipologías: Trastorno depresivo de un solo episodio en donde la persona experimenta un único episodio. Trastorno depresivo recurrente en donde la persona presenta al menos dos episodios; el trastorno bipolar donde los episodios de depresión se alternan con períodos de manía, presentándose euforia o irritabilidad, más energía, verborrea, aceleración en el pensamiento, mayor autoestima, menos necesidad de sueño, distraibilidad e impulsividad (OMS,2023).

Causas. Pueden influir factores biopsicosociales. Eventos adversos como desempleo, luto, traumas, pueden ocasionar depresión. Otros factores que influyen son la poca actividad física y abuso de alcohol. Personas que padecen enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias pueden sufrir depresión a causa de su padecimiento (OMS,2023).

Según el DSM-5 los factores de riesgo son los temperamentales, el neuroticismo o una afectividad negativa puede contribuir a este trastorno, agravándose el mismo si existe presencia de estresores en la vida de la persona; los factores ambientales como situaciones adversas durante la infancia, acontecimientos estresantes son precipitantes para sufrir depresión. Los factores genéticos y fisiológicos influyen en la presencia de depresión, es el caso de familiares de primer grado con antecedente de depresión predispone a la persona de padecer depresión.

Tratamiento. Se basa en psicoterapia y psicofármacos como los antidepresivos, para los casos de depresión moderada y grave. Las terapias de reestructuración cognitiva, terapia conversacional, la cognitiva conductual, entre otras. Dentro de los antidepresivos incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, como la fluoxetina. Asimismo, los profesionales deben evaluar los efectos adversos de los antidepresivos, no se debe usar en niños ni adolescentes sino buscar otras opciones terapéuticas (OMS,2023).

Prevención. Los programas de prevención son de ayuda para disminuir los índices de depresión, emplear estrategias en la comunidad y en la escuela, para brindar herramientas de afrontamiento entre niños y adolescentes; intervenir en la población adulta como los padres que poseen niños con problemas en el comportamiento, puede ayudar en la reducción de los síntomas depresivos en los progenitores y verse mejores cambios en los hijos. Asimismo, aquellos programas de actividad física en la tercera edad son positivos para reducir la depresión (OMS,2023).

Se debe trabajar en el cuidado personal y la calidad de vida, se recomienda actividades de disfrute, contar con redes de apoyo, evitar aislamiento, promover ejercicio físico, alimentación saludable, higiene del sueño, reducir y evitar el consumo de alcohol y drogas, buscar ayuda profesional (OMS,2023).

Relación entre Síndrome Burnout y Depresión

El burnout se relaciona frecuentemente con conceptos como estrés laboral, depresión, insatisfacción laboral, así como fatiga, presión, agotamiento físico y mental; el burnout y la depresión poseen ciertas características en la sintomatología, como la fatiga, dificultad para concentrarse, sentimientos de agotamiento emocional. La relación entre burnout y depresión se estableció por estudios en donde se aplicaron los instrumentos de Maslach y otros sobre depresión, determinándose así que el burnout se da en entornos de trabajo y la depresión afecta más el funcionamiento en actividades en general de las personas. Varios estudios

señalan que ambos trastornos son diferentes, y que la relación sería por la similitud en la sintomatología (Olivares, 2017).

Existe un solapamiento entre la depresión y el burnout, en investigaciones empíricas se observa que los dos trastornos pueden tener alguna sintomatología similar. La depresión se relaciona con el cansancio emocional, pero no con las demás dimensiones del burnout (baja realización personal y cinismo), la depresión se caracteriza por presencia de culpa, en el burnout predomina la cólera. Freudenberger señala que la depresión es un síntoma del burnout, por otro lado, los síntomas de la depresión pueden surgir después del burnout. Entonces, la depresión podría ser una consecuencia negativa del síndrome de burnout (Martínez, 2010).

Huarcaya & Calle (2020) realizaron un estudio transversal en 145 médicos residentes de un hospital general del Perú, con el objetivo de determinar la relación entre el síndrome de burnout y la depresión según características sociodemográficas. Emplearon el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Los resultados indicaron una correlación positiva y significativa entre el puntaje total del MBI y el PHQ-9 ($\rho = 0.707$; $p < 0.01$). Al analizar por dimensiones, el agotamiento emocional presentó la correlación más alta con la depresión ($\rho = 0.692$; $p < 0.01$), seguido de la despersonalización ($\rho = 0.437$; $p < 0.01$), mientras que la realización personal mostró una correlación negativa ($\rho = -0.545$; $p < 0.01$). El análisis de regresión múltiple identificó que el agotamiento emocional, vivir solo y una baja realización personal se asociaron con mayores niveles de sintomatología depresiva.

Yslado et al. (2022) llevaron a cabo un estudio multicéntrico, transversal y comparativo con 366 profesionales de la salud de tres hospitales de la región Ancash durante la segunda ola de la pandemia de COVID-19. Utilizaron el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y las subescalas de ansiedad y depresión de Goldberg. Los resultados mostraron

relaciones positivas y significativas entre el burnout, el agotamiento emocional y la despersonalización con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad ($p < 0.05$), y relaciones negativas con el bienestar laboral. El personal con atención presencial directa superior a siete horas presentó puntajes significativamente mayores en burnout general y agotamiento emocional ($p = 0.02$). Los grupos con mayor vulnerabilidad fueron los trabajadores jóvenes de entre 22 y 29 años, las mujeres y las personas solteras sin hijos.

Aranda & Duque (2024) realizaron un estudio analítico, observacional y de corte transversal en 154 empleados de una empresa privada de Lima durante la pandemia de COVID-19 en el año 2022, divididos en dos grupos: 77 teletrabajadores y 77 trabajadores presenciales. Emplearon el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Los resultados indicaron que la despersonalización fue significativamente mayor en los trabajadores bajo modalidad virtual ($p = 0.037$). Asimismo, el análisis de regresión ajustado por sexo y modalidad de trabajo mostró que la edad se asoció negativamente con los puntajes de depresión, es decir, a mayor edad del trabajador se registraron menores niveles de sintomatología depresiva. No se encontraron diferencias globales significativas en los niveles generales de estrés y depresión entre ambas modalidades de trabajo.

Huachos & Veli (2020) realizaron un estudio descriptivo correlacional en 150 trabajadores de la Universidad Nacional del Centro del Perú, con el objetivo de determinar la relación entre el síndrome de burnout y la depresión. Emplearon el Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Hamilton. Los resultados evidenciaron correlaciones positivas bajas pero estadísticamente significativas entre ambas variables, indicando que a mayores niveles de burnout se presentan mayores niveles de sintomatología depresiva en la muestra evaluada.

Huillca (2024) desarrolló un estudio correlacional en trabajadores de una empresa de telecomunicaciones del Cusco durante el año 2023, con el propósito de determinar la relación

entre el síndrome de burnout y la depresión. Utilizó el Inventario de Burnout de Maslach versión general (MBI-GS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), mismos instrumentos empleados en la presente investigación. Los resultados mostraron una relación significativa, directa y de magnitud alta entre ambas variables, siendo el estudio peruano metodológicamente más comparable con el presente por el uso de la misma versión del instrumento de burnout.

Aquino (2017) realizó un estudio correlacional en efectivos de una base antidrogas de la Policía Nacional del Perú en Lima, con el objetivo de establecer la relación entre el síndrome de burnout y la depresión. Empleó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los resultados evidenciaron una correlación directa y significativa entre ambas variables, confirmando que los trabajadores con mayores niveles de burnout presentaron también mayores niveles de sintomatología depresiva.

Castañeda (2019) llevó a cabo un estudio descriptivo en 108 trabajadores administrativos del Hospital Regional Docente de Cajamarca, conformado por personal nombrado, bajo Contrato Administrativo de Servicios (CAS) y locación de servicios. Aplicó el Inventario de Burnout de Maslach con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome en este grupo ocupacional durante el primer y segundo trimestre del año 2019. Los resultados indicaron que la prevalencia del síndrome se situó en el 50% durante el primer trimestre y se incrementó al 54.7% en el segundo. Por dimensiones, el agotamiento emocional predominó en nivel medio-bajo en ambos periodos, la indiferencia pasó de nivel bajo a nivel medio-alto, y la eficacia profesional disminuyó de nivel muy alto al inicio a nivel bajo al cierre del semestre. Este es el único antecedente nacional identificado que evalúa el burnout exclusivamente en personal administrativo hospitalario.

Hipótesis

Existe una correlación positiva entre la dimensión del agotamiento emocional y la depresión, así como una correlación negativa entre la dimensión de la eficacia profesional y la depresión en los trabajadores administrativos de un hospital de Arequipa en el año 2025.



Capítulo II. Método

Diseño de Investigación

La investigación adoptó un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental y transversal, de alcance correlacional. Las variables síndrome de burnout y depresión no fueron manipuladas ni controladas experimentalmente, y los datos fueron recolectados en un único momento temporal. El alcance descriptivo permitió caracterizar los niveles de cada variable en la muestra, mientras que el correlacional posibilitó examinar la relación estadística entre ambas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Instrumentos

Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS)

Fue desarrollado por Maslach et al. (1996) como una versión genérica del inventario original del burnout, diseñada para evaluar el síndrome en trabajadores de cualquier ocupación, no limitado a contextos de servicios humanos; consta de 16 ítems distribuidos en tres dimensiones: agotamiento emocional (5 ítems), indiferencia o Cinismo (5 ítems) y eficacia profesional (6 ítems), los cuales se responden mediante una escala Likert de frecuencia que va de 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos los días”), permitiendo obtener puntuaciones independientes para cada dimensión.

Fue validada en el Perú por Fernández-Arata et al. (2015) en una muestra de 940 trabajadores peruanos de Lima Metropolitana, Perú, conformada por docentes (78,8 %), serenos o vigilantes municipales (15,1 %) y profesionales del área de recursos humanos (6,1 %). La muestra abarcó adultos en edad laboral a partir de los 25 años, con una distribución etaria que incluyó al 19,8 % entre 25 y 29 años, al 19,8 % entre 30 y 34 años, al 18,3 % entre 35 y 40 años, y al 34,8 % mayores de 40 años, mientras que el 7 % restante no consignó esta información., encontrando evidencia sólida de validez estructural mediante análisis factorial confirmatorio (AFC). Se confirmó la estructura tridimensional teórica del instrumento:

agotamiento emocional (AE), indiferencia (IN) y eficacia profesional (EP) tras excluir el ítem 13 (por su baja correlación con su constructo) y permitir la correlación entre los errores de los ítems 14 y 15, lo que mejoró significativamente el ajuste del modelo ($CFI = 0.950$, $SRMR = 0.054$, $RMSEA = 0.052$). Además, se estableció invarianza configuracional, métrica y escalar entre hombres y mujeres, lo que respalda comparaciones válidas entre sexos. Los niveles de confiabilidad fueron adecuados, con coeficientes de confiabilidad de alfa de Cronbach ($\alpha = 0.885$, 0.774 y 0.771 , respectivamente) y omega ($\omega = 0.886$, 0.790 y 0.761).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

El BDI-II es un instrumento de autorreporte diseñado por Beck et al. (1996) para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos durante las dos semanas previas a su aplicación. Está compuesto por 21 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta en formato Likert (de 0 a 3), que abarcan manifestaciones cognitivas, afectivas, somáticas y motivacionales de la depresión. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los ítems y permite clasificar la severidad de la depresión en niveles mínimo, leve, moderado o severo.

En el contexto peruano fue validada por Sánchez et al. (2022), en una muestra de 1665 participantes de la población general peruana procedentes de diversas regiones del país (Cajamarca: 75.92%, Lima: 11.05%, La Libertad: 6.42% y Lambayeque: 2.62%), con un rango de edad de 18 a 54 años ($M = 24.99$; $DE = 8.73$), conformada por 51.83% de mujeres, 37.9% de estudiantes y 62.1% de trabajadores de diversos rubros. Se examinó exhaustivamente la estructura factorial del BDI-II mediante análisis factorial confirmatorio (AFC). De los catorce modelos probados, se identificó que el modelo unidimensional con los 21 ítems presenta adecuados índices de ajuste ($CFI = .955$, $TLI = .950$, $RMSEA = .055$, $SRMR = .054$) y es coherente con la recomendación original de los autores del instrumento, quienes indican que debe interpretarse como una puntuación global y no por subescalas.

Además, se demostró invarianza factorial según el sexo, lo que respalda la comparabilidad de las puntuaciones entre hombres y mujeres.

La confiabilidad del instrumento fue estimada mediante el coeficiente omega (ω), reportando un valor de $\omega = .929$, lo que indica una consistencia interna adecuada. Finalmente, se establecieron datos normativos basados en percentiles para la población peruana, sugiriéndose que puntuaciones superiores a 11 son clínicamente relevantes (percentil > 75), mientras que puntuaciones ≥ 19 indican depresión severa (percentil > 90). Estos baremos cuentan con una confiabilidad adecuada, verificada mediante el coeficiente K^2 de Livingston ($> .75$).

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). La muestra estuvo conformada por 100 trabajadores administrativos del área de Recursos Humanos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segura Escobedo de Arequipa, cuyas edades oscilaron entre los 20 y 69 años. Las variables sociodemográficas se describen con mayor detalle en la Tabla 1.

Los criterios de inclusión fueron: a) pertenecer al personal administrativo de RR.HH.; b) tener entre 20 y 69 años; c) contar con contrato CAS, indefinido, nombrado, servicios no personales; y d) otorgar consentimiento informado para participar en el estudio.

Se excluyeron: a) practicantes o pasantes administrativos; y b) personal en vacaciones o con descanso médico al momento de la recolección de datos.

Tabla 1*Descripción de las variables sociodemográficas*

Variable	Categoría	F	%
Sexo	Femenino	60	60.0%
	Masculino	40	40.0%
Edad	20 a 40 años	46	46.0%
	41 a 60 años	39	39.0%
	61 a 69 años	15	15.0%
Estado Civil	Soltero	36	36.0%
	Conviviente	11	11.0%
	Casado	48	48.0%
	Separado	5	5.0%
Nro. Hijos	Ningún hijo	18	18.0%
	1 hijo	28	28.0%
	2 hijos	40	40.0%
	3 hijos	10	10.0%
	4 hijos	4	4.0%
	Universitario	62	62.0%
Grado de instrucción	Técnico	38	38.0%
	1 a 5 años	20	20.0%
Tiempo de servicio	6 a 10 años	21	21.0%
	11 a 15 años	17	17.0%
	16 a 20 años	32	32.0%
	21 a 25 años	10	10.0%
Tipo de contrato	Otro	13	13.0%
	Nombrado	8	8.0%
	Indeterminado	70	70.0%
	CAS	9	9.0%
Total		100	100%

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de los 100 participantes del estudio. La muestra estuvo conformada predominantemente por personas de sexo femenino (60.0%), con edades comprendidas principalmente entre 20 y 60 años (85.0%), casadas (48.0%) y con 1 o 2 hijos (68.0%). En cuanto al nivel educativo, la mayoría posee educación universitaria (62.0%). Respecto a la situación laboral, predomina el contrato indeterminado (70.0%) y un tiempo de servicio que oscila principalmente entre 1 y 20 años (90.0%). Estos datos reflejan una población adulta en edad productiva, con estabilidad laboral y nivel educativo superior.

Procedimiento

En primer lugar, el proyecto de tesis fue presentado a la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María para su aprobación, obteniéndose además el dictamen favorable del Comité de Ética Institucional de la misma universidad. Posteriormente, se coordinó con la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia de EsSalud del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo y con el jefe del área de Recursos Humanos de dicha institución, a quienes se presentó el proyecto de investigación, los formatos del protocolo institucional y las declaraciones juradas de confidencialidad de datos, entre otros requisitos establecidos por la institución.

En segundo lugar, la recolección de datos se realizó de forma presencial durante el mes de diciembre del año 2025, en las instalaciones del área de Recursos Humanos de la institución, de lunes a viernes en horario de mañana. La aplicación de los instrumentos fue individual y en formato físico, es decir, mediante hojas impresas entregadas directamente a cada participante en su área de trabajo. Previo al llenado, se explicó a cada trabajador el propósito de la investigación y se entregó el consentimiento informado para su firma. A continuación, se proporcionaron la ficha sociodemográfica, el Inventario de Burnout de Maslach versión general (MBI-GS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), con un tiempo aproximado de llenado de 20 minutos. Durante el proceso, la investigadora permaneció disponible para resolver dudas sobre los ítems. En todo momento se resguardó la confidencialidad de los participantes y se cumplieron los principios éticos establecidos para la investigación con personas.

Finalmente, los datos recopilados fueron trasladados a una hoja de cálculo en Microsoft Excel para su calificación y posterior análisis estadístico.

Consideraciones Éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de Investigación de la Universidad Católica de Santa María (UCSM), mediante dictamen favorable N.º 276-2025 CIEI-UCSM. Se realizó conforme a los principios éticos establecidos en el Código Ético de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017), garantizando el respeto por los derechos, la dignidad y el bienestar de los participantes.

Se aseguró la confidencialidad y el anonimato de la información recopilada, tal como lo establece la Sección 8 del código de la APA. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito, previa explicación clara de los objetivos, procedimientos, riesgos mínimos y beneficios del estudio, así como de su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Además, se cumplió con los principios de integridad científica y conducta responsable en investigación, contando con la autorización institucional correspondiente.

Análisis de Datos

El análisis de datos se realizó con el software Jamovi (versión 2.5). Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar) para describir la muestra y las variables. La prueba de Shapiro-Wilk indicó que las variables no seguían una distribución normal (ver en Anexo 1) por lo que se emplearon pruebas no paramétricas: rho de Spearman para correlaciones, U de Mann-Whitney para comparar dos grupos y Kruskal-Wallis para tres o más grupos, con un nivel de significación de $p < 0.05$.

Capítulo III. Resultados

Resultados

Tabla 2

Niveles de las dimensiones de síndrome de burnout

Dimensiones	Niveles	N	%
Agotamiento emocional	Riesgo bajo	24	24%
	Riesgo moderado	67	67%
	Riesgo alto	9	9%
Cinismo	Riesgo bajo	70	70%
	Riesgo moderado	30	30%
	Riesgo alto	0	0
Eficacia Profesional	Eficacia alta	97	97%
	Eficacia moderada	3	3%
	Eficacia baja	0	0

En la Tabla 2 se presenta la distribución de niveles de las dimensiones de síndrome de burnout en la muestra ($N = 100$). En la dimensión de agotamiento emocional, el 67% ($n = 67$) presentó riesgo moderado, el 24% ($n = 24$) riesgo bajo y el 9% ($n = 9$) riesgo alto. En cuanto a indiferencia o Cinismo, el 70% ($n = 70$) mostró riesgo bajo y el 30% ($n = 30$) riesgo moderado; no se observaron casos en riesgo alto. Finalmente, en eficacia Profesional, el 97% ($n = 97$) reportó eficacia alta, el 3% ($n = 3$) eficacia moderada y ningún participante presentó eficacia baja. El agotamiento emocional moderado y alto en el 76% de la muestra es consistente con las demandas sostenidas del entorno administrativo hospitalario: gestión burocrática, atención continua a usuarios y escaso reconocimiento institucional (Flores & Ruiz, 2018). Los niveles bajos de Cinismo se comprenden por el menor contacto directo con pacientes en este grupo ocupacional, factor que atenúa el distanciamiento cínico (Olivares, 2017). La eficacia profesional alta es consistente con el nivel educativo universitario predominante y la estabilidad contractual de la muestra, elementos que fortalecen la percepción de competencia laboral (Maslach et al., 2001).

Tabla 3

<i>Niveles de depresión</i>			
Variables	Nivel	<i>n</i>	%
Depresión	Severo	1	1%
	Alto	19	19%
	Promedio	80	80%
	Bajo	0	0%

En la Tabla 3 se presenta la distribución de niveles de depresión en la muestra ($N = 100$). El 80% de los participantes ($n = 80$) reportó un nivel promedio de depresión, seguido por el 19% ($n = 19$) con nivel alto y el 1% ($n = 1$) con nivel severo; no se registraron casos en la categoría de nivel bajo. El nivel promedio no indica ausencia de sintomatología, sino presencia de síntomas subclínicos que comprometen el bienestar psicológico del trabajador (Sánchez et al., 2022). Este resultado es consistente con condiciones documentadas en personal administrativo sanitario como el uso prolongado de pantallas, ausencia de pausas activas e inestabilidad contractual (Valenzuela & Garzón, 2025).

Tabla 4*Comparación de las dimensiones de burnout según variables sociodemográficas*

Variable y Grupos	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	Estadístico	<i>p</i>
Agotamiento emocional					
Sexo					
Femenino	60	13.77	4.20	<i>U</i> = 865	.018
Masculino	40	11.68	3.64		
Tiempo de servicio					
1 a 5 años	20	13.00	3.36	<i>H</i> = 14.08	.007
6 a 10 años	21	13.00	4.23		
11 a 15 años	17	11.06	4.52		
16 a 20 años	32	14.66	3.94		
21 a 25 años	10	10.30	2.54		
Indiferencia					
Sexo					
Femenino	60	5.87	4.35	<i>U</i> = 819	.007
Masculino	40	3.58	2.89		
Tiempo de servicio					
1 a 5 años	20	4.50	4.06	<i>H</i> = 11.03	.026
16 a 20 años	32	7.03	4.55		
Eficacia profesional					
Tipo de contrato					
CAS	9	34.33	1.41	<i>H</i> = 3.73	.292
Indeterminado	70	31.81	4.28		
Otros	21	31.35	3.72		

Nota. *n* = tamaño del grupo; *M* = media aritmética; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann-Whitney; *H* = estadístico de Kruskal-Wallis; *p* = valor de significación.

En la Tabla 4 se presentan las comparaciones de las dimensiones de burnout según variables sociodemográficas y laborales, utilizando las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en *agotamiento emocional* según sexo ($U = 865$, $p = .018$), con puntuaciones más altas en el grupo femenino ($M = 13.77$, $DE = 4.20$) en comparación con el masculino ($M = 11.68$, $DE = 3.64$). Asimismo, el tiempo de servicio mostró diferencias significativas en esta dimensión ($H = 14.08$, $p = .007$), siendo los trabajadores con 16 a 20 años de servicio quienes presentaron los puntajes más altos ($M = 14.66$, $DE = 3.94$).

En cuanto a la *indiferencia o Cinismo*, también se observaron diferencias significativas según sexo ($U = 819, p = .007$), con medias superiores en mujeres ($M = 5.87, DE = 4.35$) frente a hombres ($M = 3.58, DE = 2.89$). El tiempo de servicio igualmente influyó significativamente en esta dimensión ($H = 11.03, p = .026$), mostrando los grupos de 16 a 20 años ($M = 7.03, DE = 4.55$) y 1 a 5 años ($M = 4.50, DE = 4.06$) las puntuaciones más elevadas.

Por el contrario, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en *agotamiento emocional* según edad ($H = 1.15, p = .562$), estado civil ($H = 2.67, p = .446$) ni tipo de contrato ($H = 1.15, p = .764$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en *cinismo* según edad ($H = 1.06, p = .587$), estado civil ($H = 5.16, p = .160$) ni tipo de contrato ($H = 1.01, p = .798$). Finalmente, la dimensión *eficacia profesional* no mostró diferencias significativas según sexo ($U = 1925.00, p = .208$), edad ($H = 0.35, p = .838$), estado civil ($H = 0.75, p = .862$), tiempo de servicio ($H = 1.85, p = .763$) ni tipo de contrato ($H = 3.73, p = .292$). Las diferencias significativas según sexo son consistentes con la mayor exposición de las mujeres a la doble carga laboral y doméstica en el contexto peruano (Meza, 2019). El patrón no lineal del tiempo de servicio, con mayor agotamiento en el tramo de 16 a 20 años, es consistente con la acumulación progresiva de estresores en tramos intermedios de la carrera, mientras que los trabajadores con mayor antigüedad podrían haber desarrollado mecanismos adaptativos frente a las demandas del entorno (Martínez, 2010). La ausencia de diferencias según tipo de contrato se explica por la concentración del 70% de la muestra en una sola modalidad contractual.

Tabla 5*Comparación de los Niveles de Depresión según Variables Sociodemográficas*

Variable y Grupos	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	Estadístico	<i>p</i>
Sexo					
Femenino	60	7.98	4.75	<i>U</i> = 886.00	.026
Masculino	40	5.67	2.82		
Estado civil					
Soltero	36	6.47	3.66	<i>H</i> = 1.12	.772
Conviviente	11	6.45	3.80		
Casado	48	7.73	4.81		
Separado	5	6.20	2.59		
Edad					
20 a 40 años	46	6.89	4.14	<i>H</i> = 0.25	.881
41 a 60 años	39	7.05	4.42		
61 a 69 años	15	7.60	4.26		
Tiempo de servicio					
1 a 5 años	20	6.40	3.91	<i>H</i> = 2.09	.720
6 a 10 años	21	6.76	3.95		
11 a 15 años	17	6.12	2.91		
16 a 20 años	32	8.28	5.14		
21 a 25 años	10	6.70	3.92		
Tipo de contrato					
Otro	13	6.92	3.71	<i>H</i> = 3.35	.341
Nombrado	8	8.38	4.53		
Indeterminado	70	7.20	4.34		
CAS	9	5.00	3.71		

Nota. *n* = tamaño de la muestra; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = estadístico de Mann-Whitney; *H* = estadístico de Kruskal-Wallis; *p* = nivel de significancia.

En la Tabla 5 se presentan las comparaciones de los niveles de depresión según variables sociodemográficas y laborales, utilizando las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según sexo (*U* = 886.00, *p* = .026), con puntuaciones más altas en el grupo femenino (*M* = 7.98, *DE* = 4.75) en comparación con el masculino (*M* = 5.67, *DE* = 2.82).

Por el contrario, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión según estado civil (*H* = 1.12, *p* = .772), edad (*H* = 0.25, *p* = .881), tiempo de servicio (*H* = 2.09, *p* = .720) ni tipo de contrato (*H* = 3.35, *p* = .341).

Estos resultados sugieren que, en esta muestra, el sexo es la única variable que influye significativamente en los niveles de depresión, presentando las mujeres puntuaciones más elevadas que los hombres, mientras que el estado civil, la edad, el tiempo de servicio y el tipo de contrato no parecen ejercer una influencia relevante en esta variable.

Tabla 6

Correlación entre depresión y dimensiones del síndrome de burnout

	Depresión	
	r_s	p
Agotamiento emocional	0.367	<.001
Cinismo	0.065	.519
Eficacia profesional	-0.252	.011

Nota. r_s = coeficiente de correlación de Spearman; p = valor de significación

En la Tabla 6 se presentan las correlaciones de Spearman entre los niveles de depresión y las dimensiones del síndrome de burnout. Se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre depresión y agotamiento emocional ($r_s = .367, p < .001$), lo que sugiere que, a mayor agotamiento emocional, mayor severidad de síntomas depresivos. En contraste, no se observó asociación significativa entre depresión y cinismo ($r_s = .065, p = .519$). Por último, se identificó una correlación negativa y significativa entre depresión y eficacia profesional ($r_s = -.252, p = .011$), indicando que menor percepción de eficacia profesional se asocia con mayor nivel de depresión. La asociación entre agotamiento emocional y depresión sugiere que el desgaste emocional sostenido en el trabajo administrativo hospitalario se vincula con sintomatología depresiva que trasciende el ámbito laboral, expresándose en conductas como disminución en la precisión de tareas, deterioro en el trato a usuarios y tendencia al ausentismo (Aburto-Moreno et al., 2024). La correlación negativa entre eficacia profesional y depresión indica que la percepción de competencia laboral actúa como factor protector en esta muestra (Maslach et al., 2001). La ausencia de asociación con Cinismo diferencia al personal administrativo del clínico, lo que

refuerza la necesidad de analizar el burnout según el tipo de ocupación (Huarcaya & Calle, 2020).



Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el síndrome de burnout y la depresión en trabajadores administrativos del área de Recursos Humanos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segura Escobedo de Arequipa durante el año 2025. Para ello se aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach versión general (MBI-GS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) a una muestra de 100 trabajadores. Los resultados evidencian una correlación positiva y de magnitud débil entre el agotamiento emocional y la depresión ($\rho = .367$; $p < .001$), así como una correlación negativa y significativa entre la eficacia profesional y la depresión ($\rho = -.252$; $p = .011$). No se encontró asociación significativa entre la dimensión de cinismo y la depresión ($\rho = .065$; $p = .519$).

Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas realizadas en contextos laborales peruanos. Huachos & Veli (2020) reportaron correlaciones positivas bajas pero significativas entre el síndrome de burnout y la depresión en trabajadores universitarios, señalando que la exposición a jornadas de alta presión laboral se asocia con agotamiento y sintomatología depresiva. Del mismo modo, Huilca (2024), empleando los mismos instrumentos del presente estudio en trabajadores de una empresa de telecomunicaciones del Cusco, encontró una relación significativa, directa y de magnitud alta entre ambas variables. La diferencia en la magnitud de las correlaciones entre ese estudio y el presente podría estar relacionada con las características específicas de cada muestra: mientras que el estudio de Huilca (2024) evaluó trabajadores de un sector privado con alta exigencia en metas y productividad, la presente investigación se realizó en personal administrativo de una institución pública de salud, cuyas demandas laborales responden a una lógica burocrática e institucional diferente. En el ámbito hospitalario público como EsSalud, el trabajador administrativo del área de Recursos Humanos enfrenta una carga particular: gestiona

conflictos de personal, administra planillas y contratos, coordina procesos de selección e inducción y atiende de manera simultánea demandas de la dirección institucional y del personal asistencial (EsSalud, 2023). Esta multiplicidad de roles, sumada a la ausencia de reconocimiento social equivalente al del personal clínico, configura un perfil de exposición a estresores que es cualitativamente distinto al de otros sectores laborales (Flores & Ruiz, 2018).

Respecto a los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout, el 76% de la muestra presentó agotamiento emocional en riesgo moderado o alto. Este resultado es superior al reportado por Iquira & Barrera (2017) en enfermeras del mismo hospital, quienes mostraron niveles medios de agotamiento, y al de Castañeda (2019), quien encontró que el agotamiento emocional predominó en nivel medio-bajo en personal administrativo del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Una posible explicación de esta diferencia radica en las características propias del área evaluada, el personal de Recursos Humanos del Hospital Seguí Escobedo gestiona una institución de alta complejidad y de referencia regional, lo que implica una mayor demanda en la coordinación de procesos, resolución de conflictos laborales y atención a requerimientos urgentes del personal asistencial, en comparación con hospitales de menor nivel de resolución. Adicionalmente, Valenzuela & Garzón (2025) señalan que el personal administrativo sanitario utiliza pantallas durante 7.5 a 7.8 horas diarias y que el 55% no realiza pausas activas, condiciones que contribuyen a la acumulación de fatiga mental y emocional. En la presente muestra, donde el 62% posee formación universitaria y el 90% acumula entre 1 y 20 años de servicio, la combinación de alta capacitación con exposición prolongada a las demandas del entorno es consistente con niveles elevados de agotamiento emocional (Chaguay & Luján, 2025).

Los niveles bajos de cinismo (70% riesgo bajo) y la ausencia de casos en riesgo alto distinguen a esta muestra de estudios realizados con personal clínico. Muñoz et al. (2022)

reportaron que el 96.6% del personal del Hospital Goyeneche de Arequipa presentó indiferencia en nivel alto, cifra notablemente superior a la obtenida en el presente estudio. Esta diferencia es comprensible desde la naturaleza del trabajo administrativo: a diferencia del personal asistencial, los trabajadores de Recursos Humanos no están expuestos de manera directa y continua al sufrimiento de pacientes ni a situaciones de emergencia clínica, condición que en el personal sanitario favorece el desarrollo del distanciamiento cínico como mecanismo de protección ante la sobrecarga emocional (Olivares, 2017). El contacto predominantemente burocrático y procedimental del personal administrativo atenúa esta dimensión, aunque el 30% con riesgo moderado sugiere que la pérdida de interés y entusiasmo por las tareas laborales no está ausente en este grupo.

La eficacia profesional alta en el 97% de la muestra representa el hallazgo más destacado en esta dimensión. Castañeda (2019) observó una reducción de la eficacia profesional a lo largo del semestre evaluado en personal administrativo hospitalario de Cajamarca, lo que contrasta con los resultados del presente estudio. Esta diferencia podría estar relacionada con el nivel educativo de la muestra: el 62% de los trabajadores del presente estudio cuenta con formación universitaria, mientras que la muestra de Cajamarca incluyó una mayor proporción de personal técnico. La formación profesional y la experiencia acumulada en años de servicio son factores que se asocian con una percepción más sólida de competencia laboral (Maslach et al., 2001), lo que podría explicar los elevados niveles de eficacia personal encontrados. Asimismo, la pertenencia a EsSalud, institución con mayor disponibilidad de recursos y procesos más estructurados en comparación con establecimientos del MINSA, podría contribuir a una mayor percepción de capacidad de respuesta ante las demandas del trabajo (Aburto-Moreno et al., 2024).

En cuanto a los niveles de depresión, el 80% de la muestra presentó un nivel promedio y el 20% restante niveles alto o severo. Estos resultados son inferiores a los

reportados por Huillca (2024), quien encontró que el 59.2% de trabajadores de telecomunicaciones presentó depresión moderada y el 9.7% depresión severa. Esta diferencia podría estar relacionada con las condiciones contractuales en la presente muestra el 70% cuenta con contrato indeterminado, modalidad que ofrece mayor certeza sobre la continuidad laboral en comparación con el sector privado, donde la inestabilidad contractual es un estresor adicional frecuentemente asociado con sintomatología depresiva (Valenzuela & Garzón, 2025). No obstante, el nivel promedio no debe interpretarse como ausencia de sintomatología relevante. De acuerdo con Sánchez et al. (2022), puntuaciones en este rango en el BDI-II indican la presencia de síntomas subclínicos que afectan el bienestar psicológico y el funcionamiento cotidiano. En el contexto de la presente muestra, factores como la exposición prolongada a pantallas, la ausencia de pausas activas y la gestión simultánea de múltiples demandas institucionales son condiciones consistentes con el mantenimiento de un estado afectivo disminuido que no alcanza criterios diagnósticos pero que deteriora la calidad de vida laboral del trabajador (Valenzuela & Garzón, 2025; Chaguay & Luján, 2025).

Respecto a las implicancias de la correlación entre agotamiento emocional y depresión en esta muestra, los resultados son consistentes con lo hallado por Huarcaya & Calle (2020), quienes encontraron que el agotamiento emocional fue la dimensión del burnout con mayor asociación con la depresión ($\rho = .692; p < .01$) en médicos residentes de un hospital general peruano. Del mismo modo, Yslado et al. (2022) reportaron relaciones positivas y significativas entre el burnout y la sintomatología depresiva en profesionales de salud de tres hospitales de Ancash. En el contexto específico del personal administrativo del presente estudio, esta asociación se expresaría en dificultades concretas en el desempeño de las tareas: disminución en la precisión de los procedimientos burocráticos, incremento de errores en la gestión documental, deterioro en la calidad del trato

hacia usuarios y compañeros, y tendencia al ausentismo o a la presentación sin condiciones óptimas para el trabajo (Aburto-Moreno et al., 2024; Flores & Ruiz, 2018). Estas manifestaciones tienen consecuencias directas sobre la eficiencia institucional, dado que el área de Recursos Humanos gestiona procesos críticos para el funcionamiento del hospital.

La correlación negativa entre eficacia profesional y depresión aporta un elemento relevante para la comprensión del fenómeno en esta muestra. Marin & Neyra (2023) señalan que la sintomatología depresiva se relaciona negativamente con la eficacia personal, hallazgo que el presente estudio replica en el contexto administrativo hospitalario. La percepción de competencia laboral actuaría como un recurso psicológico protector que amortigua el impacto de los estresores sobre el estado afectivo del trabajador (Maslach et al., 2001). En términos prácticos, esto sugiere que en la presente muestra los trabajadores que perciben que su desempeño es competente y que sus contribuciones son valiosas para la organización presentan menores niveles de sintomatología depresiva, independientemente del nivel de agotamiento emocional que experimenten.

En cuanto a las diferencias según variables sociodemográficas, las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres en agotamiento emocional, cinismo y depresión. Este resultado es consistente con la literatura tanto nacional como internacional. Caldichoury-Obando et al. (2024) reportaron mayor prevalencia de burnout en mujeres en un estudio multicéntrico con profesionales de salud de seis países latinoamericanos, y Meza (2019) señala que la doble carga laboral y doméstica constituye un factor de vulnerabilidad diferencial para las trabajadoras. En la presente muestra, el 60% de participantes son mujeres, mayoritariamente casadas (48%) y con uno o dos hijos (68%), perfil que incrementa la exposición a demandas simultáneas en múltiples roles. En el contexto de una institución de salud pública como EsSalud, donde las demandas organizacionales son sostenidas y los recursos de apoyo psicológico no siempre están

disponibles para el personal administrativo (Fuster et al., 2024), esta condición es consistente con los niveles diferenciales observados entre hombres y mujeres.

El patrón no lineal observado en el tiempo de servicio merece una interpretación específica. Los trabajadores con 16 a 20 años de servicio presentaron los puntajes más elevados en agotamiento emocional y cinismo, mientras que quienes superan los 21 años mostraron valores inferiores. Esta curva es consistente con lo descrito por Martínez (2010), quien señala que la acumulación progresiva de estresores laborales sin estrategias de afrontamiento eficaces incrementa el riesgo de desgaste en los tramos intermedios de la carrera. Los trabajadores con mayor antigüedad, en cambio, podrían haber desarrollado mecanismos de adaptación o resignificado su relación con las demandas del entorno a lo largo del tiempo, lo que se expresaría en menores niveles de agotamiento. Este fenómeno es relevante para el diseño de intervenciones preventivas, dado que el tramo de 16 a 20 años constituye un periodo crítico que merece atención prioritaria en los programas de salud mental organizacional.

La ausencia de diferencias significativas según tipo de contrato, edad y estado civil en ambas variables es consistente con la homogeneidad de la muestra en estas dimensiones. El 70% de los participantes cuenta con contrato indeterminado, lo que limita la variabilidad entre grupos y reduce la capacidad del análisis estadístico para detectar diferencias. Del mismo modo, la distribución relativamente uniforme por grupos etarios y la predominancia de participantes casados dificultan la identificación de patrones diferenciales en estas categorías. Aranda & Duque (2024) reportaron una asociación negativa entre la edad y la depresión en una muestra de trabajadores de Lima, hallazgo que el presente estudio no replica, posiblemente por las diferencias en la composición etaria y el contexto institucional de ambas muestras.

En síntesis, los resultados del presente estudio son comprensibles a partir de las características específicas de la muestra evaluada: personal administrativo de alta complejidad en el área de Recursos Humanos de una institución de EsSalud de referencia regional, con predominio femenino, formación universitaria, estabilidad contractual relativa y exposición prolongada a demandas burocráticas, administrativas y de interacción institucional. Estos factores configuran un perfil de vulnerabilidad particular que difiere tanto del personal clínico hospitalario como del personal administrativo de otros sectores, lo que refuerza la necesidad de estudiar la salud mental en este grupo ocupacional de manera específica y de diseñar programas de intervención que respondan a sus condiciones concretas de trabajo.

Conclusiones

Primera. En respuesta al objetivo general, se determinó que el Agotamiento emocional presenta una correlación positiva y significativa con la depresión. La dimensión de cinismo no presentó asociación significativa con la depresión, entonces, el desgaste emocional sostenido constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva, mientras que la percepción de competencia profesional actúa como recurso protector frente a dicho deterioro afectivo.

Segunda. En respuesta al primer objetivo específico, el 76% presentó Agotamiento emocional en riesgo moderado o alto, configurándose como la dimensión de mayor vulnerabilidad. El cinismo se mantuvo en niveles bajos (70%), y la Eficacia profesional alta en un 97%. Por lo tanto, la muestra presenta factores de riesgo activos en el agotamiento emocional, asociados a las demandas burocráticas sostenidas y la multiplicidad de roles, así como conserva recursos protectores sólidos en la percepción de su propia competencia laboral.

Tercera. En respuesta al segundo objetivo específico, el 80% presentó niveles promedio de depresión, el 19% niveles altos y el 1% nivel severo. Si bien la mayoría no alcanza criterios diagnósticos formales, la presencia de sintomatología subclínica en la totalidad de la muestra indica un deterioro del bienestar psicológico que es consistente con las condiciones del entorno laboral administrativo hospitalario.

Cuarta. En respuesta al tercer objetivo específico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Agotamiento emocional y cinismo según sexo, con puntuaciones más elevadas en mujeres, resultado consistente con la mayor exposición de este grupo a la doble carga laboral y doméstica. El tiempo de servicio también mostró diferencias significativas en estas dimensiones, con el tramo de 16 a 20 años presentando los puntajes más elevados, lo que lo identifica como un periodo crítico de acumulación de desgaste en la trayectoria laboral. No se encontraron diferencias significativas en ninguna dimensión del

burnout según edad, estado civil ni tipo de contrato.

Quinta. En respuesta al cuarto objetivo específico, las mujeres presentaron niveles de depresión significativamente más elevados que los hombres, el sexo fue la única variable sociodemográfica con efecto significativo sobre los niveles de depresión. No se encontraron diferencias significativas según edad, estado civil, tiempo de servicio ni tipo de contrato.



Sugerencias

Primera. Se sugiere llevar a cabo investigaciones longitudinales que permitan evaluar la evolución del síndrome de burnout y la depresión a lo largo del tiempo en personal administrativo hospitalario, identificando la direccionalidad de las asociaciones encontradas. Asimismo, se recomienda ampliar el tamaño muestral e incluir personal administrativo de otras áreas y niveles de atención, así como de establecimientos del MINSA, con el fin de establecer comparaciones institucionales que enriquezcan la comprensión del fenómeno en el sistema de salud peruano.

Segunda. Se sugiere incorporar en futuras investigaciones variables contextuales que no fueron contempladas en el presente estudio y que tienen relevancia directa sobre la salud mental del trabajador administrativo hospitalario: nivel remunerativo, estabilidad y modalidad contractual, perfil y descripción de puesto, carga funcional real, grado de autonomía en la toma de decisiones, satisfacción laboral, clima organizacional y acceso a programas de bienestar institucional. La inclusión de estas variables permitiría una evaluación más exhaustiva de los factores determinantes del agotamiento emocional y la sintomatología depresiva en este grupo ocupacional, superando las limitaciones explicativas de los diseños correlacionales.

Tercera. Se sugiere complementar la evaluación psicométrica con entrevistas psicológicas semiestructuradas que permitan identificar casos que requieran derivación a atención especializada, así como profundizar en la experiencia subjetiva del trabajador respecto a sus condiciones laborales. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos fortalecería la validez ecológica de los hallazgos y contribuiría al diseño de intervenciones más precisas y contextualizadas.

Cuarta. Se sugiere a la institución implementar programas de prevención del burnout y promoción de la salud mental dirigidos específicamente al personal administrativo, grupo

que frecuentemente queda excluido de las iniciativas orientadas al personal asistencial.

Dichos programas deberían incluir talleres de manejo del estrés y regulación emocional,

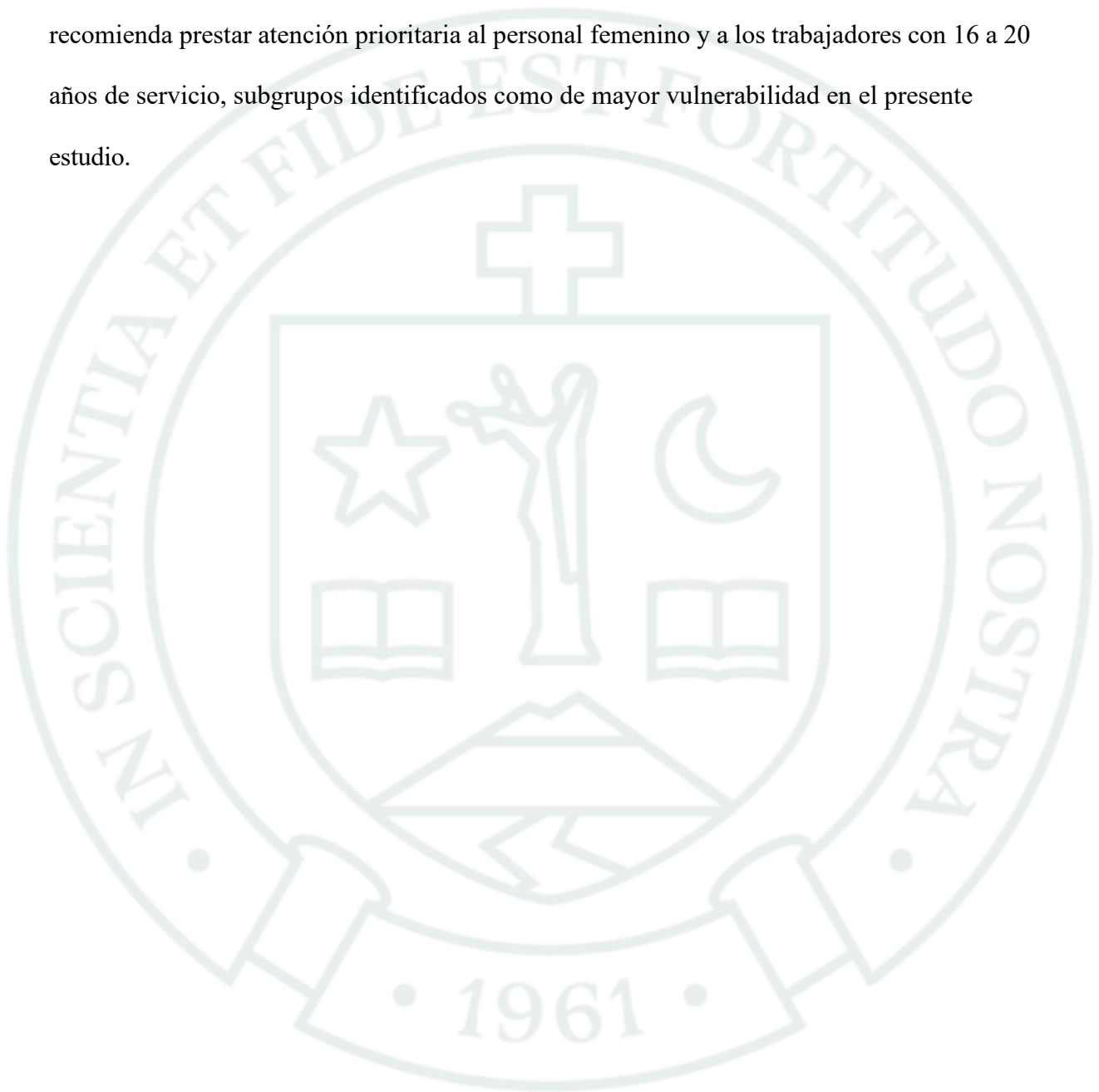
establecimiento de pausas activas durante la jornada laboral, espacios de consejería

psicológica y mecanismos de detección temprana de sintomatología depresiva. Se

recomienda prestar atención prioritaria al personal femenino y a los trabajadores con 16 a 20

años de servicio, subgrupos identificados como de mayor vulnerabilidad en el presente

estudio.



Limitaciones

Primera. La muestra sólo estuvo conformada por trabajadores administrativos de una sola empresa y un área de la institución, limitando la generalización de los resultados a otros entornos laborales y otras profesiones.

Segunda. No se realizaron evaluaciones clínicas que ayuden a confirmar el diagnóstico de depresión en el personal, por lo que los resultados solo reflejan niveles de sintomatología depresiva y no un diagnóstico clínico exacto.

Tercera. No se incluyeron otras variables en el estudio que podrían influir en el burnout y la depresión, como el clima organizacional, satisfacción laboral, para la comprensión del problema de forma más consistente. Y, por otro lado, el tamaño de la muestra podría ser limitado para encontrar resultados más precisos.

Referencias

- Aburto-Moreno, M. L., Podestá Gavilano, L. E., & Aburto-Moreno, M. C. (2024). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en trabajadores de salud. Hospital Modular Bicentenario del Perú. *EDUMECENTRO*, 16.
<https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/e2974/html>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2010 and 2016 amendments). <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Aquino, E. (2017). *Síndrome de burnout y depresión en policías de una base antidrogas* [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio Institucional UAP.
<https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/3820>
- Aranda Gálvez, C. I., & Duque Cárdenas, S. A. (2024). *Asociación entre los niveles de estrés percibido, depresión y síndrome de burnout con la modalidad de trabajo en una empresa privada durante la pandemia del COVID-19 en el año 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres].
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/14641>
- Arias Gallegos, W. L., Muñoz del Carpio Toia, A., Delgado Montesinos, Y., Ortiz Puma, M., & Quispe Villanueva, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(249), 331–344.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2017000400331&script=sci_arttext
- Ávila Rivera, Y. A., & Chávez Rojas, T. Y. (2022). Factores psicosociales y burnout en trabajadores del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional UNCP.
<https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/8528>

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=204916>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>
- Caicedo Camino, M. J., Moran Hernández, P. M., Cifuentes Amaya, P. A., & Villavicencio Montoya, J. F. (2025). Síndrome de burnout en los profesionales sanitarios de América Latina ante la pandemia de COVID-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/19509>
- Caldichoury-Obando, N., Ripoll-Córdoba, D., Morales-Asencio, B., Ibañez-Reyes, S., Flórez, Y., et al. (2024). Burnout en profesionales sanitarios de América Latina durante la pandemia de COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.04.008>
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169–180.
https://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Castañeda Cacho, R. (2019). *Prevalencia del síndrome de burnout en el personal administrativo del Hospital Regional Docente de Cajamarca* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo].
<https://repositorio.unc.edu.pe/server/api/core/bitstreams/cceecb2a-76e5-4c9c-aad8-83f83f61ecf0/content>
- Chaguay Jaime, M. E., & Luján Johnson, G. L. (2025). Gestión de salud integral: Riesgos psicosociales del profesional de salud en un hospital público. *Revista Científica*, 10(35), 321–342. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2025.10.35.15.321-342>

- Correa, L., Alva, J., & Bazalar, J. (2019). Adaptación y validación de un cuestionario para medir burnout académico en estudiantes de medicina de la Universidad Ricardo Palma. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(1), 64–73.
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1794/1739>
- Espinoza-Ascurra, G., Gonzales-Graus, I., Meléndez-Marón, M., & Cabrera, R. (2022). Prevalencia y factores asociados con depresión en personal de salud durante la pandemia de SARS-CoV-2 en el departamento de Piura, Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(1), 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.005>
- Fernández-Arata, M., Juárez-García, A., & Merino-Soto, C. (2015). Análisis estructural e invarianza de medición del MBI-GS en trabajadores peruanos. *Liberabit*, 21(1), 9–20.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000100002
- Flores Tesillo, S. Y., & Ruiz Martínez, A. O. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 28(1), 63–72. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2539>
- Fuster Gómez, J. K., Hermoza Caldas, A. F., Romero Echevarría, L. M., & Fuster Zuñiga, N. L. (2024). Clima organizacional, satisfacción laboral y burnout en el personal administrativo en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. *Investigación y Desarrollo*, 32(2), 157–184. <https://doi.org/10.14482/indes.32.02.005.224>
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Síntesis. <https://es.scribd.com/document/429311609/Desgaste-psiquico-en-el-trabajo-el-sindrome-de-quemarse-Pedro-Gil-Monte-pdf>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Huachos, A., & Veli, R. (2020). Síndrome de burnout y depresión en trabajadores de la Universidad Nacional del Centro del Perú - 2018. *Horizonte de la Ciencia*, 10(18),

34–45. <https://www.redalyc.org/journal/5709/570968990014/html/>

Huarcaya, J. & Calle, R. (2020). Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación Médica*, 22, 142–146.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.006>

Huillca, G. (2024). *Relación entre burnout y depresión en los trabajadores de una empresa de telecomunicaciones del Cusco, 2023* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco]. Repositorio Institucional UNSAAC.

<https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/9225>

Iquira, V. & Barrera, M. (2017). *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras del Hospital Carlos Alberto Según Escobedo* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM.

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/7078>

Juárez, A. (2020). COVID-19 y burnout en personal de salud: Impacto de la pandemia en el síndrome de agotamiento profesional. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16 (2), 1-16. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000400432

Marin, H. & Neyra, A. (2023). *Relación entre depresión y síndrome de burnout en adultos: Una revisión aplicada* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional de la Universidad de Lima.

<https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/18418>

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica*. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Activacion-conductual-para-la-depresion-Cristopher-Martell.pdf>

Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout: Evolución conceptual y estado actual de la

- cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42–80. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory manual (3rd ed.). Consulting Psychologists Press.
- https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventor_Manual
- Medina, A., Martínez, G., & García, J. (2021). Burnout en los profesionales de la salud: ¿Es un problema existente? *Atención Primaria*, 53(7), Artículo 102079.
- <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102079>
- Meza, S. (2019). *Síndrome de burnout y depresión en docentes de secundaria de la UGEL Yauli - 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional UNCP.
- <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/5264>
- Ministerio de Salud. (2024, 21 de mayo). *La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país*. Gob.pe.
- <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>
- Moreno, B., Rodríguez, R., & Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional: Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 69–78.
- https://www.researchgate.net/publication/230596331_La_Evaluacion_del_Burnout_profesional_Factorializacion_del_MBI-GS_Un_analisis_preliminar
- Muñoz, A., Quiroz, G., & Salas, M. (2022). Síndrome de burnout en trabajadores de salud del Hospital de Arequipa (Perú) durante la pandemia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 60(3), 262–272. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272022000300262>
- Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *Ciencia &*

Trabajo, 19(58), 59–63. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>

Organización Mundial de la Salud. (2019). El agotamiento laboral (burnout), un "fenómeno ocupacional": Clasificación Internacional de Enfermedades.

<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 28 de septiembre). *La OMS y la OIT piden nuevas medidas para abordar los problemas de salud mental en el trabajo.*

<https://www.who.int/es/news/item/28-09-2022-who-and-ilo-call-for-new-measures-to-tackle-mental-health-issues-at-work>

Organización Mundial de la Salud. (2023, 31 de marzo). *Depresión.*

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

Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1640084>

Ruiz, D., Díaz, L., Hernández, J., & Espinoza, K. (2023). Estrés laboral en relación con el desempeño laboral: Un caso de estudio. *Revista Academia & Negocios*, 9(1).

<https://doi.org/10.29393/RAN9-13ELEI50013>

Sánchez-Villena, A. R., Farfán-Cedron, E., de la Fuente-Figuerola, V., & Chávez-Ravines, D.

(2022). Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck

(BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 158–

170. <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.2.10>

Valenzuela Argoti, S. I., & Garzón Tobar, J. S. (2025). Factores relacionados con ansiedad, depresión y resiliencia en trabajadores administrativos del sector salud en Ipiales en el año 2024. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*.

<https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/697>

Yslado Méndez, R., Nuñez Zarazú, L., Montané Lopez, L., Bobadilla Chávez, R., de la Cruz

Díaz, L., Pinto Flores, I., Rojas Gamboa, A., & Obeso Díaz, H. (2022). Síndrome de

Burnout, ansiedad, depresión y bienestar laboral en personal hospitalario de Perú durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9933337>



Anexos

Anexo 1. Tabla de prueba de normalidad de las variables

Tabla 7

Prueba de normalidad de las variables

Variables	<i>n</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Agotamiento Emocional	100	0.981	0.122
Indiferencia	100	0.962	<.001
Eficacia Personal	100	0.809	<.001
Depresión	100	0.904	<.001

Nota: n= tamaño de muestra; W= estadístico de Shapiro-Wilk; p= valor de significación.

En la Tabla 7 se presentan los resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables principales del estudio ($N = 100$). La variable agotamiento emocional no mostró desviación significativa de la normalidad ($W = .981$, $p = .122$), lo que sugiere que su distribución puede considerarse aproximadamente normal. En contraste, las variables indiferencia ($W = .962$, $p < .001$), eficacia personal ($W = .809$, $p < .001$) y depresión ($W = .904$, $p < .001$) presentaron distribuciones significativamente no normales. Estos resultados justifican el uso de pruebas estadísticas no paramétricas (como Kruskal-Wallis y Mann-Whitney) para el análisis de diferencias entre grupos en estas variables.

Anexo 2. Tabla de puntajes de la comparación entre las dimensiones de burnout y variables sociodemográficas

Tabla 8

Comparación de las dimensiones de burnout según variables sociodemográficas y laborales extendida

Variable y Grupos	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	Estadístico	<i>p</i>
Agotamiento emocional					
<i>Sexo</i>				<i>U</i> = 865.00	.018
Femenino	60	13.77	4.20		
Masculino	40	11.68	3.64		
<i>Edad</i>				<i>H</i> = 1.15	.562
20 a 40 años	46	13.11	3.91		
41 a 60 años	39	12.96	4.35		
61 a 69 años	15	12.33	4.20		
<i>Estado civil</i>				<i>H</i> = 2.67	.446
Soltero	36	12.39	3.73		
Conviviente	11	12.64	4.63		
Casado	48	13.65	4.21		
Separado	5	10.60	4.04		
<i>Tiempo de servicio</i>				<i>H</i> = 14.08	.007
1 a 5 años	20	13.00	3.36		
6 a 10 años	21	13.00	4.23		
11 a 15 años	17	11.06	4.52		
16 a 20 años	32	14.66	3.94		
21 a 25 años	10	10.30	2.54		
<i>Tipo de contrato</i>				<i>H</i> = 1.15	.764
Otro	13	13.23	3.35		
Nombrado	8	12.25	3.85		
Indeterminado	70	13.04	4.41		
CAS	9	12.22	3.03		
Indiferencia					
<i>Sexo</i>				<i>U</i> = 819.00	.007
Femenino	60	5.87	4.35		
Masculino	40	3.58	2.89		
<i>Edad</i>				<i>H</i> = 1.06	.587
20 a 40 años	46	4.48	3.68		
41 a 60 años	39	5.54	4.40		
61 a 69 años	15	4.87	3.78		
<i>Estado civil</i>				<i>H</i> = 5.16	.160
Soltero	36	3.89	3.21		
Conviviente	11	3.91	3.96		
Casado	48	5.94	4.34		

Separado	5	5.40	4.04		
<i>Tiempo de servicio</i>				$H = 11.03$	.026
1 a 5 años	20	4.50	4.06		
6 a 10 años	21	4.00	2.83		
11 a 15 años	17	3.12	2.47		
16 a 20 años	32	7.03	4.55		
21 a 25 años	10	4.30	3.83		
<i>Tipo de contrato</i>				$H = 1.01$	.798
Otro	13	4.54	3.62		
Nombrado	8	3.88	3.31		
Indeterminado	70	5.16	4.09		
CAS	9	4.89	4.57		
<i>Eficacia personal</i>					
<i>Sexo</i>				$U = 1023.00$	.208
Femenino	60	31.38	4.31		
Masculino	40	32.75	3.47		
<i>Edad</i>				$H = 0.35$	.838
20 a 40 años	46	32.02	3.95		
41 a 60 años	39	32.03	4.10		
61 a 69 años	15	31.40	4.34		
<i>Estado civil</i>				$H = 0.75$	.862
Soltero	36	32.61	3.30		
Conviviente	11	33.00	2.93		
Casado	48	31.29	4.64		
Separado	5	30.80	4.38		
<i>Tiempo de servicio</i>				$H = 1.85$	.763
1 a 5 años	20	32.25	3.46		
6 a 10 años	21	32.33	3.71		
11 a 15 años	17	32.29	4.58		
16 a 20 años	32	31.50	4.41		
21 a 25 años	10	31.20	4.08		
<i>Tipo de contrato</i>				$H = 3.73$	.292
Otro	13	31.15	3.74		
Nombrado	8	31.50	3.70		
Indeterminado	70	31.81	4.28		
CAS	9	34.33	1.41		

Anexo 3. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Mi nombre es Sara Damaris Febres Cabrera, identificada con DNI 43677307, egresada de la Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades de la Universidad Católica de Santa María, actualmente estoy realizando mi trabajo de investigación para obtener el grado académico de Licenciada en Psicología.

Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la depresión en trabajadores administrativos del área de Recursos Humanos del Hospital Carlos Alberto Segura Escobedo de Arequipa.

Si acepta participar en esta investigación se le pedirá responder tres cuestionarios: Una ficha sociodemográfica, el Inventario de Burnout de Maslach Versión General y por último el Inventario de Depresión de Beck.

Comprometiéndose a proporcionar toda la información solicitada de forma honesta. Si surgiese cualquier duda podrá hacer preguntas durante este estudio, o en caso de presentar algún inconveniente o si desea no seguir participando puede notificar a mi persona y retirarse sin ningún problema.

La información recolectada durante el proceso será anónima y confidencial, será usada exclusivamente con fines académicos investigativos. Para cualquier información adicional o si desea saber el curso de la investigación, puede comunicarse al correo electrónico: sara.febres@estudiante.ucsm.edu.pe. Se agradece su colaboración de antemano.

Luego de haber leído y sido informado(a) de este proceso de investigación, acepto voluntariamente participar del estudio.

Si acepto.....

No acepto.....

.....

Firma del participante

Anexo 4. Dictamen de aprobación del Comité de Ética

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 25 de agosto de 2025

Investigadora Febres Cabrera Sara Damaris

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “Síndrome de Burnout y Depresión en trabajadores administrativos de un Hospital de Arequipa, 2025”.

Investigadora: Febres Cabrera Sara Damaris.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativo, no experimental, de corte transversal, descriptivo, correlacional.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la relación del síndrome de burnout y la depresión en trabajadores administrativos de un Hospital de Arequipa, 2025.

PROCEDIMIENTOS: Encuestas. Inventario de Burnout de Maslach Versión General (MBI-GS), Inventario de Depresión de Beck (BDI- II).



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Personal administrativo del área de Recursos Humanos que labora en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 276 – 2025 CIEI-UCSM



VIGENCIA:

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 25 de agosto de 2026.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

Anexo 5. Carta de presentación y aceptación



Universidad Católica
de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra fortaleza)

Arequipa, 29 de octubre del 2025

OFICIO No 582 - EPPsic-2025

Señor Lic:

JUAN ZUÑIGA RODRÍGUEZ

Jefe de Capacitación, Investigación y Docencia del Hospital Carlos Alberto Segúin
Escobedo De Arequipa

Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, en nombre de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María, para presentar a la Bachiller **FEBRES CABRERA SARA DAMARIS**, quien se encuentra desarrollando su tesis titulada: “SINDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS DE UN HOSPITAL DE AREQUIPA, 2025”, con la cual pretende optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

En tal sentido, solicito permita a la mencionada bachiller la aplicación de los instrumentos y recolección de datos en trabajadores administrativos de la Institución que usted dignamente dirige, lo que le permitirá lograr su objetivo académico. Al respecto, se informa que el proyecto de tesis ha sido aprobado por sus jurados, además se encuentra bajo la asesoría de la señora Mg. Verónica Elizabeth Alarcón Farfán y cuenta con la opinión favorable de esta Dirección.

Agradezco el apoyo a nuestros jóvenes valores y la atención al presente. Hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,


Dra. FLOR ALEIDA VILCHES VELASQUEZ
Directora de la Escuela Profesional
de Psicología
Universidad Católica de Santa María

FVV/EPP
cuv

Campus central: Urb. San José s/n Umacollo. Arequipa - Perú
(+51) 054 - 382038
ucsm@ucsm.edu.pe
www.ucsm.edu.pe

Anexo 6. Cartas de aprobación de la institución

RED ASISTENCIAL AREQUIPA – ESSALUD

ANEXO

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL JEFE DE DEPARTAMENTO/SERVICIO/ÁREA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR

Arequipa, 29 de octubre, 2025

Gerente de la Red Asistencial Arequipa

De mi consideración:

El Dr. Héctor Romero Hermoza, Jefe del Departamento/Servicio/Área de Recursos Humanos, Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Red Asistencial Arequipa – EsSalud.

Donde se ejecutará el estudio titulado: "Síndrome de Burnout y Depresión en trabajadores administrativos de un Hospital de Arequipa, 2025". Tengo el agrado de dirigirme a usted y manifestarle mi visto bueno para que el proyecto señalado previamente se ejecute en el Departamento/Servicio/Área.

Este proyecto deberá contar, además, con la evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación y la aprobación correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. Héctor Romero Hermoza
(Firma y sello del Jefe Departamento/Servicio/Área)
RED ASISTENCIAL AREQUIPA
EsSalud

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

NOTA N° 000088-CIEI-UCIYD-GRAAR-ESSALUD-2025

Arequipa, 18 de Diciembre del 2025

Expediente: 0343020250028635.

Señor

JUAN ZUÑIGA RODRIGUEZ

JEFE DE UNIDAD DE UNIDAD DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA - GRAAR

Presente. –

ASUNTO : APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted, con un saludo cordial y en atención al asunto comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, ha evaluado y APROBADO, el siguiente Proyecto de Investigación titulado:

"SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS DE UN HOSPITAL DE AREQUIPA, 2025"

Presentado por **SARA DAMARIS FEBRES CABRERA**, estudiante de la Escuela Profesional de Psicología, de la Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades, de la Universidad Católica de Santa María, como **investigador principal**. La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- Toda enmienda o adenda se deberá presentar al CIEI-RAAR y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
- Se compromete a respetar la CONFIDENCIALIDAD de la información.
- La vigencia de la aprobación es de un año (12 meses) a partir de la emisión de este documento.
- Si aplica, la Renovación de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
- Todo trabajo de investigación debe contar con la filiación de ESSALUD, para efectos de publicación.

El proyecto mencionado, califica para evaluación expedita, por cumplir los requisitos según el Manual de Procedimientos del CIEI. Para la ejecución del proyecto, deberá contar con la carta de aprobación de la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia.

Atentamente,

Firmado digitalmente por
REMY RONALD FLORES VELARDE
Red Asistencial Arequipa – ESSALUD
ESSALUD

RRFV/gvmvmdc

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

Esquina Peral – Ayacucho s/n
Cercado-Arequipa-Perú
Tel.:(054) 370380 - anexo 80953
Correo: cieiraar@gmail.com



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CARTA N° 000002-UCIYD-GRAAR-ESSALUD-2026

Arequipa, 12 de Enero del 2026

Expediente: 0343020250028635.

Señorita

SARA DAMARIS FEBRES CABRERA

Estudiante de la Escuela Profesional de Psicología

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Universidad Católica de Santa María

Investigador principal

Presente. -

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Reciba un saludo cordial y en atención al asunto, comunicarle que de acuerdo a la Directiva N° 03- IETSI-ESSALUD-2019, Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud – EsSalud, el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, ha evaluado y aprobado el Proyecto de Investigación:

"SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS DE UN HOSPITAL DE AREQUIPA, 2025"

El autor se compromete a respetar la confidencialidad de la información, a presentar un informe final de su trabajo en el servicio o departamento donde realizó el estudio de investigación; asimismo, deberá dejar en la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia, una copia de la tesis aprobada, para la biblioteca del HNCASE.

Por lo expuesto, se autoriza el inicio del estudio, teniendo una vigencia de 12 meses a partir de la fecha de aprobación del CIEI.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Firmado digitalmente por

JUAN ZUÑIGA RODRIGUEZ

UNIDAD DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA - GRAAR
ESSALUD

cc.:

JZR/gmvmdc

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: KVBLB4X.

www.gob.pe/essalud

Jr. Domingo Cueto N.° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000

Anexo 7. Inventario de Burnout (MBI-GS)

Inventario de Burnout (MBI-GS)

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

0= Nunca, 1= Pocas veces al año o menos, 2= Una vez al mes o menos, 3= Unas pocas veces al mes, 4= Una vez a la semana, 5= Pocas veces a la semana, 6= Todos los días.

- 1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- 2 Me siento acabado al final de la jornada.
- 3 Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que enfrentarme a otro día de trabajo.
- 4 Trabajar todo el día realmente es estresante para mí.
- 5 Soy capaz de resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo.
- 6 Me siento quemado por mi trabajo.
- 7 Siento que estoy haciendo una contribución eficaz a la actividad de mi organización.
- 8 Desde que comencé el empleo, he ido perdiendo interés en mi trabajo.
- 9 He ido perdiendo el entusiasmo en mi trabajo.
- 10 En mi opinión, soy muy bueno haciendo mi trabajo.
- 11 Me siento realizado cuando llevo a cabo algo en mi trabajo.
- 12 He realizado muchas cosas que valen la pena en mi trabajo.
- 13 Me he vuelto más cínico acerca de si mi trabajo vale para algo.
- 14 Dudo sobre el valor de mi trabajo.
- 15 En mi trabajo estoy seguro de que soy eficaz haciendo las cosas.

	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Anexo 8. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Inventario de Depresión de Beck -BDI II

Instrucciones: El cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo cómo se ha sentido las últimas 2 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 un grupo, incluyendo el número 16 (Cambio en los hábitos de Sueño) y el número 18 (Cambios en el Apetito).

1

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

2

- 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

- 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 fracasado total.

4

- 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 cosas de las que solía disfrutar.

5

- 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

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7

- 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 gusto a mí mismo.

8

- 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

- 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.

- 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

- 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

- 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

- 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

- 0 No siento que yo 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

- 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

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1ª Duermo un poco más de lo habitual.
1b Duermo un poco menos de 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 dormir.

17

- 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

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1ª 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.
3ª No tengo apetito en absoluto.
3b Quiero comer todo el día.

19

- 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

- 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

- 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.

Anexo 9. Ficha Sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica

1. Sexo:

Femenino
Masculino.....

2. Edad:

20- 40 años.....
41- 60 años.....
61-69 años.....

3. Estado Civil

Soltero.....
Conviviente.....
Casado.....
Separado.....
Viudo.....

4. Hijos

Si.....
No....
En caso de ser sí, indique el número.....

5. Grado de Instrucción:

Secundaria completa.....
Técnico Superior.....
Universitario.....

6. Tiempo de Servicio

1-5 años.....
6- 10 años.....
11-15 años.....
16-20 años.....
21-25 años.....
26 años a más.....

7. Tipo de Contrato

Cas 1057.....
Indeterminado 728.....
Nombrado 276.....
Otro.....