

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL
EN EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE
CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO
DE SALUD, TACNA, 2026**

TESIS

Presentada por:

Bach. Paola Pierina Barreda Palacios

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Medicina Humana

CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN
EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE CENTROS
DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE
SALUD, TACNA, 2026

TESIS

Presentada por:

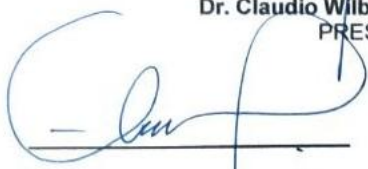
Bach. PAOLA PIERINA BARREDA PALACIOS

Para optar el Título Profesional de:

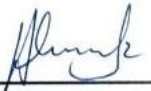
MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:


Dr. Claudio Wilbert Ramirez Atencio
PRESIDENTE


Mgr. Eddy Richard Vicente Choque
MIEMBRO


Méd. Víctor Ricardo Chara Saenz
MIEMBRO


Méd. José Alberto Revilla Urquiza
ASESOR

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, José Alberto Revilla Urquiza, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N.º 14694-2026-FACS-UNJBG de la tesis de investigación titulada: CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, 2026. Presentado por la Bachiller Paola Pierina Barreda Palacios para optar el Título Profesional de MÉDICO CIRUJANO. Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 8%. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis enunciada líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención de título profesional.

Tacna, 21 de julio de 2026

FIRMA ASESOR	 Méd. José Alberto Revilla Urquiza DNI: 29219833 CMP: 19943	 HUELLA
FIRMA TESISTA	 Paola Pierina Barreda Palacios DNI: 72787623	 HUELLA

DEDICATORIA

Con profundo agradecimiento, dedico esta tesis a mis padres, quienes han sido mi mayor fortaleza e inspiración. Gracias por su apoyo incondicional, paciencia y confianza permanente durante todos estos años de esfuerzo y aprendizaje. Este logro representa también el fruto de todo lo que hicieron por mí.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios, por haberme brindado fortaleza, sabiduría y perseverancia durante todo este camino académico y personal.

A mis padres, por su amor incondicional, sacrificio y apoyo constante, siendo mi mayor motivación para alcanzar cada una de mis metas y no rendirme en los momentos más difíciles.

A mi asesor el Dr. José Revilla Urquizo, por su orientación, paciencia y valiosas observaciones, las cuales fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

Al Dr. Claudio Ramírez Atencio, por su orientación, compromiso y valiosas sugerencias, las cuales contribuyeron significativamente al desarrollo de esta investigación.

A mis docentes de la Escuela de Medicina, por compartir sus conocimientos, experiencia y vocación, contribuyendo significativamente a mi formación profesional y humana.

ÍNDICE

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	XXII
ABSTRACT	XXIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4. OBJETIVOS	8
1.4.1. Objetivo General	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	9
2.1.1. A nivel internacional	9
2.1.2. A nivel nacional	13
2.1.3. A nivel regional	16
2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	18
2.2.1. El estrés como fenómeno biopsicosocial.....	18

2.2.2. Estrés laboral	26
2.2.3. Modelos explicativos del estrés laboral	34
2.2.4. Caracterización sociodemográfica asociada al estrés laboral .	39
2.2.5. Caracterización laboral asociada al estrés	45
2.2.6. Evaluación del estrés laboral: Cuestionario OIT/OMS	55
2.2.7. Primer nivel de atención y Red de Salud Tacna.....	61
2.2.8. Impacto del estrés laboral en salud y gestión en el sector salud.	78
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	86
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	90
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	90
3.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO	90
3.2.1. Población	90
3.2.2. Criterios de selección.....	91
3.3. VARIABLES	92
3.3.1. Identificación de variables.....	92
3.3.2. Operacionalización de las variables.....	93
3.4. ACCIONES Y ACTIVIDADES	97
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	98
3.5.1. Técnicas.....	98
3.5.2. Instrumentos	99

3.6. TRATAMIENTO DE DATOS	100
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	101
CAPÍTULO IV DE LOS RESULTADOS	103
4.1. RESULTADOS	103
4.2. DISCUSIÓN	219
CONCLUSIONES	304
RECOMENDACIONES.....	305
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	306
ANEXOS	328

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CENTRO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	104
TABLA 02 GRUPOS ETARIOS DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	106
TABLA 03 SEXO DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	108
TABLA 04 ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	110
TABLA 05 PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	112
TABLA 06 GRUPOS ETARIOS SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL POR CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	114
TABLA 07 PROFESIÓN U OCUPACIÓN ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	117
TABLA 08 TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL SEGÚN CENTROS DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026 ...	120

TABLA 09 ANTIGÜEDAD EN EL SECTOR SALUD SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	122
TABLA 10 TIPO DE CONTRATO SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	124
TABLA 11 INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	126
TABLA 12 NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	128
TABLA 13 NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I – 4, TACNA, ABRIL – MAYO 2026.....	130
TABLA 14 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO OIT/OMS EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL – MAYO 2026.....	132
TABLA 15 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 1: CLIMA ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE SALUD, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	135
TABLA 16 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 2: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	137
TABLA 17 NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 3: TERRITORIO ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	139
TABLA 18 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 4: TECNOLOGÍA SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	141

TABLA 19 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 5: INFLUENCIA DEL LÍDER, SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	143
TABLA 20 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 6: FALTA DE COHESIÓN DEL GRUPO, SEGÚN CENTRO DE SALUD I- 4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	145
TABLA 21 NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 7: RESPALDO DEL GRUPO, SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL- MAYO 2026	147
TABLA 22 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS A NIVEL DE LOS CENTROS DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL- MAYO 2026	149
TABLA 23 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO A NIVEL DE LOS CENTROS DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	151
TABLA 24 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	153
TABLA 25 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL- MAYO 2026	155
TABLA 26 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL- MAYO 2026	157
TABLA 27 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	160

TABLA 28 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN SALUD EN EL CENTRO ACTUAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	162
TABLA 29 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO ACTUAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	164
TABLA 30 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL– MAYO 2026	166
TABLA 31 NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	168
TABLA 32 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	170
TABLA 33 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL– MAYO 2026	172
TABLA 34 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	174
TABLA 35 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	176
TABLA 36 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026....	179

TABLA 37 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN SALUD EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	181
TABLA 38 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	183
TABLA 39 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	185
TABLA 40 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	187
TABLA 41 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL– MAYO 2026	189
TABLA 42 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	191
TABLA 43 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	193
TABLA 44 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026..	196
TABLA 45 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN SALUD EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	198

TABLA 46 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	200
TABLA 47 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	202
TABLA 48 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	204
TABLA 49 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	206
TABLA 50 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	208
TABLA 51 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	210
TABLA 52 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	213
TABLA 53 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN EL SECTOR SALUD EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	215
TABLA 54 NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	217

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 01 DISTRIBUCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CENTRO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	105
GRÁFICO 02 DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETARIOS DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	107
GRÁFICO 03 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	109
GRÁFICO 04 DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	111
GRÁFICO 05 DISTRIBUCIÓN DLA PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	113
GRÁFICO 06 GRUPOS ETARIOS SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, ABRIL-MAYO 2026	116
GRÁFICO 07 DISTRIBUCIÓN DE LA PROFESIÓN U OCUPACIÓN ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	119

GRÁFICO 08	DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL SEGÚN CENTROS DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	121
GRÁFICO 09	DISTRIBUCIÓN DE LA ANTIGÜEDAD EN EL SECTOR SALUD SEGÚN CENTRO DE SALUD I–4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	123
GRÁFICO 10	DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE CONTRATO SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	125
GRÁFICO 11	DISTRIBUCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	127
GRÁFICO 12	DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	129
GRÁFICO 13	DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I – 4, TACNA, ABRIL – MAYO 2026	131
GRÁFICO 14	DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO OIT/OMS EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL – MAYO 2026...	134
GRÁFICO 15	DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 1: CLIMA ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	136
GRÁFICO 16	DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 2: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I–4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	138

GRÁFICO 17 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 3: TERRITORIO ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	140
GRÁFICO 18 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 4: TECNOLOGÍA SEGÚN CENTRO DE SALUD I- 4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	142
GRÁFICO 19 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 5: INFLUENCIA DEL LÍDER, SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	144
GRÁFICO 20 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 6: FALTA DE COHESIÓN DEL GRUPO, SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	146
GRÁFICO 21 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 7: RESPALDO DEL GRUPO, SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	148
GRÁFICO 22 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS A NIVEL DE LOS CENTROS DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	150
GRÁFICO 23 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO A NIVEL DE LOS CENTROS DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026.....	152
GRÁFICO 24 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	154
GRÁFICO 25 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL-MAYO 2026	156

GRÁFICO 26 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	159
GRÁFICO 27 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	161
GRÁFICO 28 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN SALUD EN EL CENTRO ACTUAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	163
GRÁFICO 29 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO ACTUAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	165
GRÁFICO 30 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	167
GRÁFICO 31 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026....	169
GRÁFICO 32 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	171
GRÁFICO 33 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	173

GRÁFICO 34 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026....	175
GRÁFICO 35 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026....	178
GRÁFICO 36 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL– MAYO 2026	180
GRÁFICO 37 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN SALUD EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026....	182
GRÁFICO 38 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	184
GRÁFICO 39 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	186
GRÁFICO 40 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	188
GRÁFICO 41 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	190

GRÁFICO 42 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026..	192
GRÁFICO 43 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026..	195
GRÁFICO 44 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL– MAYO 2026	197
GRÁFICO 45 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN SALUD EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026..	199
GRÁFICO 46 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	201
GRÁFICO 47 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	203
GRÁFICO 48 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026.....	205
GRÁFICO 49 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	207

GRÁFICO 50 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	209
GRÁFICO 51 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	212
GRÁFICO 52 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL– MAYO 2026	214
GRÁFICO 53 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN EL SECTOR SALUD EN EL CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026	216
GRÁFICO 54 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL– MAYO 2026	218

RESUMEN

Objetivo: Describir el nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de la región Tacna durante el año 2026. **Metodología:** Investigación cuantitativa, no experimental, descriptiva y transversal. Se aplicó un estudio censal a 318 trabajadores de los establecimientos La Esperanza, Ciudad Nueva y San Francisco, utilizando el Cuestionario de Estrés Laboral OIT/OMS (25 ítems) y una ficha sociodemográfica. **Resultados:** El estrés laboral fue bajo en el 79,3% (n=252) de los evaluados, intermedio en el 14,8% (n=47), moderado en el 4,7% (n=15) y alto en el 1,3% (n=4). El Centro de Salud San Francisco registró las frecuencias más altas de estrés moderado (6,3%) y alto (2,7%). Por dimensiones, la tecnología concentró la mayor tasa de estrés bajo (90,9%), mientras que el territorio organizacional evidenció la mayor distribución de tensiones (18,2% intermedio, 5,4% moderado y 2,5% alto). La población se caracterizó estadísticamente por un predominio del sexo femenino (72,3%), el rango de edad de 51 a 60 años (28,6%), el tipo de contrato nombrado (66,4%) y una antigüedad en el sector salud mayor a 10 años (67,9%). **Conclusiones:** Se describe un predominio del nivel de estrés laboral bajo en el personal de salud asistencial de la red estudiada. La distribución de las características sociodemográficas y características laborales muestra que la mayoría de los trabajadores corresponde al tipo de contrato nombrado y a una antigüedad en el sector salud mayor a 10 años. Finalmente, los mayores niveles de estrés laboral se identifican en la dimensión territorio organizacional y en el centro de salud San Francisco.

Palabras clave: estrés laboral, personal de salud asistencial, salud ocupacional, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Objective: To describe the level of occupational stress among healthcare personnel in category I-4 health centers in the Tacna region during the year 2026. **Methodology:** Quantitative, non-experimental, descriptive, and cross-sectional research. A census study was applied to 318 workers from La Esperanza, Ciudad Nueva, and San Francisco facilities, using the ILO/WHO Occupational Stress Questionnaire (25 items) and a sociodemographic data sheet. **Results:** Global occupational stress was low in 79.3% (n=252) of those evaluated, intermediate in 14.8% (n=47), moderate in 4.7% (n=15), and high in 1.3% (n=4). San Francisco Health Center recorded the highest frequencies of moderate (6.3%) and high (2.7%) stress. By dimensions, technology concentrated the highest rate of low stress (90.9%), while organizational territory evidenced the greatest distribution of tension (18.2% intermediate, 5.4% moderate, and 2.5% high). The population was statistically characterized by a predominance of females (72.3%), an age range of 51 to 60 years (28.6%), permanent employment status (66.4%), and total seniority in health sector greater than 10 years (67.9%). **Conclusions:** A predominance of low occupational stress level is described among the healthcare personnel of the studied network. The distribution of sociodemographic characteristics and job characteristics shows that most workers correspond to permanent employment status and total seniority in health sector greater than 10 years. Finally, higher levels of occupational stress are identified in the organizational territory dimension and in the San Francisco health center.

Keywords: occupational stress, healthcare personnel, occupational health, primary health care.

INTRODUCCIÓN

El estrés laboral constituye un problema de salud ocupacional de creciente relevancia, especialmente en el sector salud, donde el personal asistencial enfrenta exigencias emocionales, carga asistencial elevada, presión por resultados, toma de decisiones continuas y contacto frecuente con el sufrimiento humano. Estas condiciones, cuando se mantienen en el tiempo, pueden afectar el bienestar físico y mental del trabajador, así como su desempeño, la calidad de atención y la seguridad del paciente. En ese sentido, el estrés laboral no solo representa una dificultad individual, sino también un problema organizacional que compromete el funcionamiento de los servicios de salud (1–3).

En el ámbito de la salud, diversos estudios han evidenciado que el estrés laboral se asocia con alteraciones en la salud mental como ansiedad e irritabilidad, disminución del rendimiento laboral y manifestaciones físicas como fatiga, dolores musculares y trastornos del sueño. Asimismo, investigaciones realizadas en personal de salud han mostrado que factores como la sobrecarga de trabajo, la ambigüedad de funciones, la precariedad contractual y la deficiente organización institucional influyen de manera importante en el nivel de estrés percibido (4,5) . Por ello, resulta necesario contar con información actualizada que permita comprender cómo se presenta este problema en distintos escenarios asistenciales.

En el Perú, la situación adquiere especial importancia debido a la persistencia de condiciones laborales exigentes en el sistema de salud, sobre todo en los establecimientos del primer nivel de atención (6). Estudios realizados en distintos contextos nacionales han mostrado que una proporción importante del personal de salud presenta niveles bajos o intermedios de estrés laboral, aunque también se han encontrado porcentajes relevantes de estrés alto en determinados servicios y contextos (7,8). En Tacna, por ejemplo, investigaciones previas han reportado tanto

predominio de estrés bajo en algunos establecimientos como niveles medios y altos en otros, lo que sugiere que el fenómeno puede variar según el centro de salud, las condiciones organizacionales y las características del personal (9,10).

A nivel local, los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud cumplen un rol fundamental en la atención continua de la población, por lo que conocer el nivel de estrés laboral en su personal asistencial resulta importante para orientar medidas preventivas y de mejora institucional. En este contexto, la presente investigación busca caracterizar el nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud de Tacna durante el año 2026, aportando evidencia útil para la toma de decisiones en salud ocupacional.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El estrés laboral constituye actualmente uno de los riesgos psicosociales más relevantes en el sector salud, debido a su impacto tanto en el bienestar del trabajador como en la calidad de los servicios prestados (11,12). Se presenta cuando las exigencias del entorno laboral superan los recursos personales y organizacionales disponibles para afrontarlas, generando respuestas físicas, emocionales y conductuales que pueden afectar el desempeño profesional.

Diversos estudios internacionales han evidenciado que una proporción importante de profesionales sanitarios experimenta niveles elevados de estrés, los cuales se asocian con agotamiento profesional, alteraciones de la salud mental y mayor probabilidad de errores asistenciales (13,14). En América Latina, la prevalencia de condiciones relacionadas con estrés laboral en el primer nivel de atención muestra amplia variabilidad, reflejando diferencias organizacionales y estructurales entre sistemas de salud (14).

En el contexto peruano, el Instituto Nacional de Salud Mental reportó que el 70% de la población laboral activa experimenta síntomas persistentes de estrés crónico y que uno de cada seis trabajadores del sector salud presenta manifestaciones compatibles con estrés laboral (6). Asimismo, se han registrado miles de atenciones vinculadas a reacciones de estrés agudo y trastornos relacionados durante los últimos años (15), situación que se enmarca en un escenario postpandemia caracterizado por sobrecarga asistencial y limitaciones estructurales del sistema público (16–18).

Entre los factores organizacionales implicados destacan la sobrecarga de trabajo, la ambigüedad de funciones, la insuficiencia de recursos humanos y materiales, así como condiciones físicas inadecuadas en los establecimientos de salud (16,19–21). Estas circunstancias pueden repercutir no solo en la salud del trabajador, sino también en la seguridad y satisfacción del usuario (22,23).

En la región Tacna, el Perfil de Situación de Salud 2024 evidencia brechas importantes de recursos humanos, incluyendo déficit de médicos, enfermeros y obstetras (24). Además, se ha documentado sobrecarga asistencial en centros estratégicos I-4 como San Francisco, Ciudad Nueva y La Esperanza (16–18). Aunque existen investigaciones locales que han evaluado el estrés laboral en personal específico de un establecimiento I-4 (28), no se dispone de una caracterización integral del personal asistencial de los principales centros I-4 de la Red Tacna.

En ese sentido, resulta pertinente caracterizar el nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial de los centros I-4 administrados por el Gobierno Regional de Tacna, los cuales operan bajo la rectoría del Ministerio de Salud durante el año 2026, con la finalidad de aportar evidencia descriptiva que contribuya a la gestión organizacional del recurso humano.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud en la región Tacna durante el año 2026?

1.2.2. Problemas secundarios

- a) ¿Cuál es el nivel de estrés laboral del personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud en la región Tacna, según las dimensiones del cuestionario OIT/OMS?
- b) ¿Cómo se distribuye el nivel de estrés laboral según las características sociodemográficas del personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud en la región Tacna?
- c) ¿Cómo se distribuye el nivel de estrés laboral según las características laborales del personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud en la región Tacna?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se justifica por la necesidad de contar con información actualizada sobre el nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial del primer nivel de atención de la Red de Salud Tacna del Gobierno Regional de Tacna. Si bien estos establecimientos operan bajo la rectoría y los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud (MINSA), corresponden administrativamente al pliego regional, configurando un ámbito que históricamente ha recibido menor atención en comparación con establecimientos hospitalarios de mayor complejidad (24,28). En el contexto actual, el estrés laboral constituye un riesgo psicosocial relevante que puede afectar el bienestar del trabajador y la calidad de la atención brindada a la población usuaria del sistema público de salud (11,23).

Desde el punto de vista social, el bienestar emocional del personal asistencial que labora en estos centros de salud de categoría I-4 es fundamental para garantizar una atención segura, oportuna y humanizada. Diversos estudios han señalado que niveles elevados de estrés pueden asociarse con el deterioro del desempeño, la ocurrencia de errores asistenciales y la disminución de la empatía hacia el usuario (22,29). En ese sentido, caracterizar el nivel de estrés laboral en los centros I-4 estratégicos de la región permite visibilizar una problemática que impacta tanto en la salud del trabajador como en la población atendida.

En el ámbito práctico, los resultados del estudio podrán aportar información diagnóstica útil para la gestión de los recursos humanos dentro de la Red de Salud Tacna, facilitando la identificación del nivel de estrés laboral en el personal asistencial y orientando futuras estrategias de intervención o prevención en el entorno organizacional. Al tratarse de un estudio censal en tres centros I-4 estratégicos administrados por el Gobierno Regional bajo la normativa del ente rector nacional, la información obtenida reflejará la situación real del personal activo durante el periodo evaluado.

Desde el punto de vista metodológico, se empleará el Cuestionario de Estrés Laboral OIT/OMS de 25 ítems, instrumento previamente validado en población peruana y ampliamente utilizado para la evaluación de riesgos psicosociales organizacionales (30,31). Con ello, se garantiza una medición estandarizada, confiable y metodológicamente comparable con otros estudios nacionales e internacionales.

Finalmente, la investigación es viable, dado que se cuenta con el acceso formal a los establecimientos I-4 incluidos en el estudio y con la programación temporal requerida para la recolección de datos presencial durante el periodo de abril-mayo de 2026. Asimismo, el estudio se desarrollará en estricto cumplimiento de los principios éticos y de la normativa nacional vigente en materia de salud ocupacional.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Conocer el nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud en la región Tacna durante el año 2026.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Estimar el nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud en la región Tacna, según las dimensiones del cuestionario OIT/OMS.
2. Describir la distribución del nivel de estrés laboral según características sociodemográficas del personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud en Tacna.
3. Describir la distribución del nivel de estrés laboral según características laborales del personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 del Ministerio de Salud en Tacna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. A nivel internacional

Romero (32), en el año 2025, investigó el estrés ocupacional como factor de riesgo psicosocial en el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital IESS Manta. Este estudio cuantitativo, de diseño prospectivo y transversal, contó con una muestra de 51 profesionales del sector salud, empleando el Cuestionario de Estrés Laboral OIT-OMS y el Formulario de Riesgos Psicosociales del Ministerio de Trabajo de Ecuador para la recolección de datos. En los resultados, se evidenció que más del 60% del personal presenta niveles elevados de estrés, mientras que los riesgos psicosociales globales se distribuyeron principalmente en niveles bajo (49,2%) y medio (47,6%). El análisis estadístico mediante la correlación de Spearman reveló una relación positiva moderada ($\rho = 0.45$, $p < 0.05$) entre los factores psicosociales y el estrés, destacando además que el respaldo del grupo fue la dimensión más crítica, con un 47.06% del personal reportando altos niveles de estrés en esta área. La autora concluyó que las condiciones demandantes de la unidad exigen la implementación de un programa preventivo integral, orientado a mejorar las condiciones laborales y fortalecer el bienestar emocional del equipo para mitigar estos riesgos.

Pincay et al. (33), en el año 2025, desarrollaron un estudio cuantitativo, correlacional y transversal en el Centro de Salud Bastión Popular Tipo C, ubicado en Guayaquil, Ecuador, con el fin

de determinar la prevalencia de estrés laboral y síndrome de burnout en 43 profesionales del área de emergencias. Para la obtención de información, aplicaron de manera digital el Cuestionario de Estrés Laboral OIT-OMS y el Maslach Estrés laboral Inventory (MBI). Los resultados sobre estrés laboral indicaron que el 55.8% del personal presentó bajos niveles, el 23,3% niveles intermedios, un 7% niveles moderados y el 14% niveles altos, identificándose a las enfermeras como el grupo más afectado. En cuanto al síndrome de burnout, se halló que el 25,6% del personal reportó un agotamiento emocional alto, mientras que un 72,1% exhibió una despersonalización elevada y un 65,1% niveles bajos de realización personal. La investigación concluyó que existe un riesgo psicosocial significativo, con una mayor vulnerabilidad en mujeres y personal con mayor antigüedad, lo cual fundamenta la urgencia de implementar estrategias de apoyo psicológico, capacitación en manejo del estrés y programas de bienestar laboral para optimizar la seguridad del paciente y la salud del personal.

Torres (34) , en el año 2023, realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el estrés laboral y la calidad de vida en el personal sanitario de primer nivel de atención en una unidad médica de México. La investigación fue de tipo observacional, transversal y analítico, e incluyó una muestra de 386 trabajadores de salud. Para la recolección de datos se empleó el cuestionario de estrés laboral de la OIT/OMS ($\alpha=0,92$) y el instrumento SF-36 para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud ($\alpha=0,7$). Los resultados evidenciaron una relación inversa y estadísticamente significativa entre el estrés laboral y las dimensiones de calidad de vida, destacando la dimensión de salud mental, la cual presentó una correlación moderada negativa con el estrés global ($r=-0,502$; $p < 0,001$). Asimismo, se observó que a mayores niveles de estrés

laboral correspondían menores puntajes en calidad de vida, especialmente en los dominios de salud mental y vitalidad. Se concluyó que el estrés laboral tiene un impacto negativo en la calidad de vida del personal sanitario, particularmente en el ámbito psicológico, lo que resalta la importancia de implementar estrategias orientadas a mejorar las condiciones laborales y reducir los niveles de estrés en este grupo poblacional.

Guzmán (35), en el año 2023, ejecutó una investigación centrada en la medición del estrés laboral percibido por el personal de enfermería en la E.S.E. Hospital Sandiego de Cereté, Córdoba. Bajo un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo y corte transversal, el estudio evaluó los niveles de esta variable mediante el cuestionario oficial para la evaluación del estrés de la batería de factores de riesgo psicosocial. El instrumento permitió clasificar las respuestas en síntomas fisiológicos, de comportamiento social, psicoemocionales, así como intelectuales y laborales. Los hallazgos confirmaron que el estrés laboral es una realidad presente en la muestra evaluada, ubicando tanto a profesionales como a auxiliares en un nivel de riesgo medio. No obstante, se observó una mayor afectación en los profesionales de enfermería, con un puntaje transformado de 16.3, en comparación con el personal auxiliar que obtuvo 14.1. Esta investigación destaca que, aunque las dimensiones psicoemocionales e intelectuales reportaron riesgos muy bajos, los síntomas fisiológicos, tales como tensiones musculares y cefaleas, se posicionan como los indicadores críticos de estrés laboral que demandan estrategias de intervención inmediata para preservar el bienestar asistencial.

Alomoto y Mena (36), en el año 2022, llevaron a cabo una investigación en un centro hospitalario ecuatoriano con el propósito de establecer el vínculo existente entre la impulsividad y el estrés

laboral en trabajadores de la salud. Bajo un enfoque de tipo cuantitativo, el diseño fue no experimental, transversal y de alcance correlacional, contando con la participación de 100 especialistas del área sanitaria (40 varones y 60 mujeres), cuyas edades oscilaban entre los 26 y 49 años, elegidos mediante un muestreo por conveniencia. Los autores aplicaron el Inventario de Estrés Laboral de la OIT-OMS junto con la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) en su adaptación al español para la captura de información. Los hallazgos revelaron que un 37% de los sujetos experimentaba estrés, mientras que una mayoría del 68% se ubicaba dentro de los rangos normales de impulsividad. Un dato relevante fue la diferencia hallada entre sexos, donde el colectivo femenino registró promedios superiores de estrés laboral (116 puntos) en comparación con el masculino (102 puntos). Finalmente, se concluyó que el estrés laboral y la impulsividad guardan una correlación positiva de baja intensidad, lo que sugiere que ante un incremento en las tensiones laborales, también tiende a elevarse la respuesta impulsiva en este grupo profesional.

Correa (37), durante el año 2021, llevó a cabo un estudio en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo (Cuenca, Ecuador) con el fin de examinar los niveles de estrés laboral en el personal médico y de enfermería. La investigación se desarrolló bajo un enfoque metodológico mixto, empleando un diseño de carácter exploratorio y transversal. La recolección de información se efectuó mediante la aplicación del cuestionario de estrés laboral propuesto por la OIT-OMS, complementado con entrevistas semiestructuradas a 58 profesionales de la salud. Los resultados indicaron que el personal médico alcanzó un puntaje promedio de 93, mientras que el sector de enfermería obtuvo 82, posicionando a ambos grupos en un nivel de estrés intermedio. Los factores estresores más significativos

identificados por los participantes fueron la falta de cohesión, el respaldo insuficiente de grupo y la influencia del liderazgo. El estudio concluyó que el entorno hospitalario exige la implementación de estrategias de afrontamiento orientadas a la intervención organizacional y personal, con el objetivo de mitigar el impacto de los riesgos psicosociales en la salud física y mental del personal sanitario.

2.1.2. A nivel nacional

Alejo y Ventura (38), durante el año 2023, realizaron un estudio en el Centro de Salud Jaime Zubieta Calderón, ubicado en San Juan de Lurigancho, Lima, con el objetivo de determinar el nivel de estrés laboral en el personal de salud. La investigación fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 trabajadores del establecimiento, considerándose una muestra censal. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento el cuestionario de estrés laboral de la OIT/OMS, compuesto por 25 ítems distribuidos en siete dimensiones: clima organizacional, estructura organizacional, territorio organizacional, tecnología, influencia del líder, falta de cohesión y respaldo del grupo. En los resultados se evidenció que el 47,50% del personal presentó un nivel bajo de estrés laboral, seguido del 46,25% con nivel medio, 5% con nivel de estrés moderado y 1,25% con nivel alto. Asimismo, a nivel de dimensiones, predominó el nivel bajo en clima organizacional (42,5%), estructura organizacional (46,3%), influencia del líder (55,0%) y falta de cohesión (50,0%); mientras que en territorio organizacional (63,75%), tecnología (48,8%) y respaldo del grupo (63,75%) predominó el nivel medio de estrés. Se concluyó

que el nivel de estrés laboral en el personal del centro de salud fue predominantemente bajo, seguido de un nivel medio, evidenciando que, aunque la mayoría del personal no presenta altos niveles de estrés, existen dimensiones específicas donde el estrés se manifiesta con mayor intensidad, lo que requiere atención en el contexto del primer nivel de atención.

Ramos y Manrique (39), durante el año 2024, realizaron una investigación en el Centro de Salud ACLAS Alto Ilo, Moquegua, con el objetivo de identificar la relación entre la inteligencia emocional y el estrés laboral en un censo de 60 trabajadores de la salud. El estudio empleó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal y nivel correlacional, utilizando la escala de Estrés Laboral OIT-OMS y la Escala de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24). Los resultados descriptivos indicaron que el 60% del personal posee un nivel alto de inteligencia emocional, mientras que, respecto al estrés laboral, el 45% se ubicó en un nivel bajo y solo el 6,7% en un nivel alto. El análisis inferencial mediante el coeficiente Rho de Spearman reveló una relación negativa muy alta y estadísticamente significativa ($p=0.000$, $Rho -0.996$) entre ambas variables. Las autoras concluyeron que existe una relación inversamente proporcional, donde a mayores niveles de inteligencia emocional, específicamente en las dimensiones de atención, claridad y reparación emocional, se presenta un menor índice de estrés laboral, subrayando la importancia de implementar talleres de apoyo psicológico para fortalecer estas competencias emocionales.

Bautista (8) realizó un estudio en la Micro Red San Antonio-Bambamarca, Cajamarca, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de estrés laboral y el nivel de satisfacción en el personal de salud durante el año 2023. La investigación fue de enfoque

cuantitativo, con diseño no experimental, de corte transversal y de tipo correlacional. La población estuvo conformada por 52 trabajadores de salud de los establecimientos pertenecientes a dicha microrred, constituyéndose un estudio censal. Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario tipo Likert de estrés laboral OIT/OMS y el cuestionario Font Roja para satisfacción laboral. En los resultados se evidenció que el 84,6% del personal presentó bajo nivel de estrés laboral, el 11,5% nivel intermedio y el 3,8% nivel de estrés, sin registrarse casos de nivel alto. Asimismo, el 61,5% mostró un nivel medio de satisfacción laboral y el 36,6% un nivel alto. En el análisis relacional no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés laboral y la satisfacción laboral ($p=0,220$), por lo que se concluyó que, en ese contexto, el estrés laboral no mostró un impacto significativo sobre la satisfacción del personal de salud.

Núñez y Quispe (40) realizaron un estudio en el Centro de Salud San Juan Bautista de Ayacucho, con el objetivo de determinar los factores asociados al estrés laboral en el personal de salud en tiempos de COVID-19 durante el año 2021. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, con diseño no experimental, de corte transversal y alcance relacional. La población estuvo constituida por 44 trabajadores del establecimiento, mediante muestreo censal. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de estrés laboral de la OIT/OMS sustentado por Ivancevich y Matteson. En los resultados se encontró que el 59,1% del personal presentó nivel bajo de estrés laboral, el 15,9% nivel intermedio, el 13,6% nivel de estrés y el 11,4% nivel alto. Además, predominó el grupo etario de 46 a 55 años (77,3%), el sexo femenino (68,2%) y la condición de contratado (59,1%). En el análisis de asociación se evidenció relación significativa entre el nivel de estrés

laboral con la edad y la condición laboral ($p < 0,05$). Se concluyó que el estrés laboral en el personal del Centro de Salud San Juan Bautista se asoció significativamente con dichas variables en el contexto de la pandemia por COVID-19.

2.1.3. A nivel regional

Sarmiento (28), durante el año 2025, realizó un estudio en el Centro de Salud San Francisco de Tacna, con el objetivo de determinar la relación entre el estrés laboral y el desempeño del personal de salud en el contexto posterior a la pandemia por COVID-19. La investigación fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, desarrollada en dicho establecimiento de salud. La muestra estuvo conformada por 87 trabajadores del personal asistencial. Para la recolección de datos se emplearon instrumentos que permitieron evaluar el nivel de estrés laboral y el desempeño del personal. En los resultados se evidenció que el 50,57% presentó un nivel medio de estrés, seguido del 40,23% con nivel alto y el 9,20% con nivel bajo. En relación al desempeño laboral, predominó el nivel medio (49,43%), seguido del nivel bajo (34,48%) y en menor proporción el nivel alto (16,09%). Se concluyó que existe una relación significativa entre el estrés laboral y el desempeño del personal de salud, evidenciando que niveles elevados de estrés se asocian con un menor desempeño laboral.

Sotomayor (41) realizó un estudio en el CLAS Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, con el objetivo de establecer la influencia de las habilidades sociales en el nivel de estrés laboral del personal durante el año 2019. La investigación fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de corte transversal y de

tipo correlacional-causal, desarrollada en dicho establecimiento de salud. La población estuvo conformada por 102 servidores públicos y la muestra por 45 trabajadores. Para la recolección de datos se aplicó la Escala de Habilidades Sociales de Gismero Gonzáles y la Escala de Estrés Laboral OIT/OMS. En los resultados se evidenció que el 35,56% del personal presentó un nivel alto de estrés laboral, seguido del 26,67% con nivel moderadamente alto, 20,00% con nivel moderadamente bajo, 11,11% con nivel regular y 6,67% con nivel bajo. Asimismo, se encontró una relación significativa e inversa entre las habilidades sociales y el estrés laboral ($p=0,000$; $rs=-0,788$), lo que indica que menores habilidades sociales se asociaron con mayores niveles de estrés. Se concluyó que las habilidades sociales influyen de manera inversa en el nivel de estrés laboral del personal del CLAS Centro de Salud Ciudad Nueva, evidenciando que esta problemática también se presenta en establecimientos del primer nivel de atención del contexto local.

Villanueva (42) realizó un estudio en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna, con el objetivo de analizar la relación entre los trastornos musculoesqueléticos y el estrés laboral en el personal asistencial durante el año 2023. La investigación fue de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, nivel relacional y tipo transversal, desarrollada en dicho establecimiento de salud. La población estuvo conformada por 120 profesionales asistenciales y la muestra por 92 trabajadores; sin embargo, luego de aplicar los criterios de selección, el análisis se realizó con 90 participantes. Para la recolección de datos se utilizó una ficha compuesta por un cuestionario de características sociodemográficas, el Cuestionario Nórdico Estandarizado de Kuorinka y la Escala de Estrés Laboral OIT/OMS. En los resultados se evidenció que el 87,8% del personal presentó bajo nivel de estrés laboral, el 11,1% nivel intermedio y el

1,1% nivel de estrés moderado. Asimismo, se observó que los trastornos musculoesqueléticos se presentaron con mayor frecuencia en cuello (24,4%), hombro (20,0%) y zona lumbar (20,0%). En el análisis relacional se encontró asociación significativa entre el estrés laboral y los trastornos musculoesqueléticos en hombro, brazo, muñeca o mano y tobillo o pie. Se concluyó que existe relación significativa entre el estrés laboral y los trastornos musculoesqueléticos en el personal asistencial del Centro de Salud La Esperanza, evidenciando que esta problemática puede expresarse también mediante manifestaciones físicas en trabajadores del primer nivel de atención.

2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.2.1. El estrés como fenómeno biopsicosocial

El estrés debe entenderse como un fenómeno complejo e integrado que involucra procesos biológicos, psicológicos y sociales interrelacionados. Desde la perspectiva biológica, las respuestas al estrés activan sistemas neuroendocrinos y autonómicos que permiten la adaptación frente a demandas ambientales; sin embargo, una activación prolongada o desregulada de estos sistemas puede contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas (43,44).

En el plano psicológico, la percepción subjetiva de amenaza, la evaluación cognitiva de los recursos disponibles y la reactividad emocional determinan en gran medida la intensidad y la duración de la respuesta al estrés. Estas respuestas psicológicas interactúan con los mecanismos fisiológicos, de modo que factores como la vulnerabilidad individual, el afrontamiento y la historia de exposición a estresores modulan el impacto sobre la salud (45,46).

El componente social incluye condiciones de vida, redes de apoyo, factores socioeconómicos y culturales que influyen tanto en la exposición a estresores como en las oportunidades de recuperación. La interacción entre lo social y lo biológico explica por qué contextos adversos sostenidos (por ejemplo, pobreza, discriminación o aislamiento) aumentan la probabilidad de respuestas fisiológicas crónicas y, por ende, de morbilidad (47).

Por tanto, abordar el estrés desde un enfoque biopsicosocial implica reconocer la bidireccionalidad entre sistemas: las alteraciones neuroendocrinas afectan el estado emocional y cognitivo, mientras que procesos psicológicos y condiciones sociales modulan la actividad biológica. Este marco integrador es esencial para diseñar intervenciones preventivas y terapéuticas que actúen simultáneamente sobre los factores biológicos, las estrategias de afrontamiento y las condiciones sociales que perpetúan la carga de estrés (43,45,47).

2.2.1.1. Definición biomédica del estrés: homeostasis, respuesta adaptativa y pérdida del equilibrio biológico.

En el marco biomédico, el estrés se concibe primordialmente como cualquier perturbación que desafía la homeostasis del organismo y exige una respuesta adaptativa para restablecer el equilibrio interno (43,48). La homeostasis no se limita a la constancia de variables aisladas, sino que implica la coordinación dinámica de sistemas fisiológicos (metabólico, inmunológico, cardiovascular y neuroendocrino) cuya alteración sostenida puede traducirse en carga alostática y riesgo de enfermedad (47,49).

La respuesta adaptativa frente a un estresor moviliza mecanismos rápidos y lentos: la activación del sistema nervioso simpático y la liberación de catecolaminas para respuestas inmediatas, y la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) para ajustes hormonales más prolongados. Estas respuestas permiten afrontar la demanda aguda, pero

su persistencia o desregulación incrementa la probabilidad de disfunción orgánica (43,47).

Desde una perspectiva conceptual más reciente, la definición biológica de estrés incorpora principios termodinámicos y de física aplicada para describir cómo los sistemas vivos mantienen orden frente a fluctuaciones externas; el estrés aparece cuando la capacidad de mantener ese orden se ve comprometida y los costes energéticos de la adaptación aumentan (46). Esta aproximación enfatiza que no solo la magnitud del estresor importa, sino también la capacidad del organismo para absorber perturbaciones sin perder funcionalidad.

El concepto de pérdida del equilibrio recoge la transición entre una respuesta adaptativa eficaz y una situación en la que la regulación falla o se vuelve patológica. Autores que han trazado la evolución histórica del término subrayan que la noción de estrés ha pasado de describir reacciones generales a integrar procesos específicos de señalización y regulación, lo que facilita identificar puntos de intervención clínica (43,48).

En síntesis, la definición biomédica de estrés articula tres ideas centrales: la amenaza a la homeostasis, la movilización de respuestas adaptativas multiorgánicas y la posibilidad de que la exposición prolongada o la incapacidad adaptativa conduzcan a una pérdida sostenida del equilibrio con consecuencias para la salud (46,47,49).

2.2.1.2. Evolución conceptual del estrés: del Síndrome General de Adaptación (Selye) al Modelo Cognitivo-Mediacional (Lazarus y Folkman).

La comprensión del estrés ha recorrido un trayecto conceptual que va desde modelos fisiológicos centrados en respuestas automáticas hasta marcos que integran procesos cognitivos y contextuales. Inicialmente, la obra de Hans Selye describió el estrés como una reacción biológica

generalizada ante demandas nocivas, enfatizando fases de alarma, resistencia y agotamiento; este enfoque puso el acento en las respuestas endocrinas y en la carga que la activación sostenida impone al organismo (43,50).

A partir de la década de 1960-1970 se produjo un giro hacia modelos que incorporan la evaluación subjetiva del estresor. La propuesta transaccional de Lazarus y Folkman introdujo la idea de que la experiencia de estrés depende de la valoración cognitiva del evento y de los recursos percibidos para afrontarlo, desplazando el foco desde la sola reacción fisiológica hacia la interacción entre persona y entorno (51,52).

Las investigaciones posteriores han tendido a reconciliar ambas perspectivas: por un lado, se reconoce la base neuroendocrina y autonómica de las respuestas al estrés; por otro, se incorpora cómo procesos psicológicos (evaluación, afrontamiento, aprendizaje) y factores sociales modulan la magnitud y la persistencia de dichas respuestas. Este enfoque integrador permite explicar por qué individuos expuestos a estresores similares muestran trayectorias de salud distintas (43,53).

Los trabajos contemporáneos también han ampliado la definición conceptual mediante aportes metodológicos y empíricos que validan instrumentos de medición y modelos explicativos en contextos diversos, lo que facilita la traducción de teorías a intervenciones clínicas y comunitarias. Estudios recientes sobre neurofisiología y validación de escalas subrayan la necesidad de marcos que sean a la vez biológicamente plausibles y psicológicamente relevantes (52,53).

En conjunto, la evolución desde Selye hasta Lazarus y Folkman y las aportaciones modernas refleja una transición hacia modelos multifactoriales: el estrés se entiende hoy como un proceso dinámico en el que mecanismos biológicos, evaluaciones cognitivas y condiciones

sociales interactúan, y donde la investigación actual busca integrar estos niveles para mejorar la prevención y el tratamiento (43,50).

2.2.1.3. Fisiopatología de la respuesta al estrés: eje SMA, eje HHA, carga alostática y desregulación crónica.

La respuesta neurobiológica frente a las demandas percibidas como amenazantes o desbordantes se inicia mediante la integración de señales en la amígdala cerebral, la cual activa de forma coordinada el locus coeruleus y el núcleo paraventricular del hipotálamo. Esta vía neuroanatómica desencadena la activación inmediata del eje simpático-adreno-medular (SMA), promoviendo la liberación sistémica de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) desde las terminaciones simpáticas y la médula suprarrenal. La noradrenalina y la adrenalina actúan sobre los receptores adrenérgicos α y β , incrementando la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, la presión arterial sistémica y la redistribución del flujo sanguíneo hacia el tejido muscular esquelético, mientras inducen midriasis y broncodilatación como mecanismos de afrontamiento agudo (45,47).

Sin embargo, la exposición repetida o continua a estresores laborales sin periodos de recuperación biológica altera los mecanismos de retroalimentación negativa. La hipercortisolemia sostenida genera una regulación a la baja (*down-regulation*) y una pérdida de sensibilidad de los receptores de glucocorticoides en las células inmunológicas y estructuras del sistema nervioso central, fenómeno conocido como resistencia a los glucocorticoides. Esta falla moduladora desencadena una respuesta inflamatoria sistémica de bajo grado, caracterizada por la síntesis no controlada de citocinas proinflamatorias como la interleucina-6 (IL-6), la interleucina-1 beta (IL-1 β) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α).

El concepto de carga alostática describe precisamente la acumulación progresiva del desgaste tisular y orgánico resultante de esta

sobreactivación neuroendocrina e inflamatoria prolongada. A nivel cardiovascular, la disfunción endotelial inducida por el estrés crónico, sumada al tono simpático aumentado, incrementa la resistencia vascular periférica y favorece la rigidez arterial. En la esfera metabólica, la alteración del patrón circadiano del cortisol y la liberación continua de mediadores inflamatorios interfieren con el transporte del sustrato glucosídico, promoviendo estados de resistencia a la insulina, adiposidad visceral y dislipidemia aterogénica (47,54). La carga alostática integra indicadores fisiológicos (por ejemplo, variaciones en la presión arterial, niveles de cortisol, marcadores inflamatorios y perfil metabólico) que, en conjunto, reflejan el grado de desgaste biológico asociado al estrés sostenido (54).

La desregulación crónica de los ejes SMA y HHA puede manifestarse en patrones de reactividad exagerada o atenuada frente a nuevos estresores, pérdida de la variabilidad autonómica y alteraciones en la retroalimentación hormonal que impiden la restauración eficiente de la homeostasis (45,47). A nivel musculoesquelético y gastrointestinal, la hipertonía simpática persistente ocasiona contracciones musculares sostenidas, especialmente en las regiones cervical, dorsal y lumbar, y altera la motilidad del tubo digestivo, modificando la permeabilidad de la barrera mucosa y la composición de la microbiota intestinal (45,47).

En el sistema nervioso central, el aumento continuo de glucocorticoides induce atrofia dendrítica y reducción de la neurogénesis en el hipocampo, afectando la consolidación de la memoria, la concentración, el control inhibitorio de la amígdala y la arquitectura normal del sueño. La disrupción de la fase de sueño de ondas lentas dificulta la depuración metabólica cerebral y la restauración inmunitaria nocturna, perpetuando el ciclo de fatiga y reactividad emocional (55,56).

La evidencia científica disponible permite señalar que el estrés laboral mantenido en el tiempo se asocia con un mayor riesgo de favorecer la manifestación o descompensación de entidades clínicas como: (47,54).

- **Trastornos cardiovasculares y metabólicos:** Hipertensión arterial sistémica, enfermedad arterial coronaria, dislipidemia, obesidad mórbida o visceral y diabetes mellitus tipo 2.
- **Trastornos de la salud mental y del comportamiento:** Trastornos de ansiedad generalizada, episodios depresivos mayores, trastornos del sueño (insomnio de conciliación o mantenimiento) y el síndrome de agotamiento profesional o burnout.
- **Trastornos somáticos y funcionales:** Cefaleas tensionales y migrañosas, trastornos gastrointestinales funcionales (como el síndrome de intestino irritable o dispepsia funcional), alteraciones musculoesqueléticas dolorosas crónicas y estados de inmunosupresión relativa o menor respuesta adaptativa frente a agentes infecciosos.

2.2.1.4. Eustrés y distrés: diferenciación funcional y relevancia clínica.

El eustrés y el distrés representan dos caras funcionalmente distintas de la respuesta al estrés: el primero se asocia con activación adaptativa que facilita el rendimiento y la motivación, mientras que el segundo implica una carga que supera los recursos del individuo y conduce a deterioro psicológico y fisiológico (43).

Desde una perspectiva histórica y neurofisiológica, la distinción no es meramente semántica sino que refleja diferencias en la valoración cognitiva del estímulo, en los patrones de activación autonómica y neuroendocrina, y en las trayectorias de recuperación posteriores al estresor (43,53). El eustrés suele acompañarse de respuestas agudas y transitorias que

optimizan la atención y la respuesta conductual; el distrés, en cambio, se vincula con reactividad prolongada, alteraciones en la regulación emocional y mayor probabilidad de desregulación alostática (43,53).

La medición de eustrés y distrés plantea retos metodológicos: es necesario combinar indicadores subjetivos (valoraciones cognitivas y emocionales) con marcadores fisiológicos y conductuales para diferenciar activación adaptativa de activación perjudicial. Instrumentos recientes como la escala MEDS buscan operacionalizar esta distinción mediante ítems validados y criterios que integran múltiples dominios de respuesta (52).

En poblaciones específicas, como adolescentes, el eustrés puede desempeñar un papel funcional en el desarrollo de competencias y la consolidación de la resiliencia, siempre que la demanda sea proporcional a los recursos y exista apoyo contextual; sin embargo, la exposición repetida a distrés en etapas formativas se asocia con mayor riesgo de problemas de salud mental y dificultades psicosociales (43,57).

Los avances tecnológicos permiten además la detección automática y en tiempo real de patrones asociados a eustrés y distrés mediante señales fisiológicas y de comportamiento (por ejemplo, variabilidad de la frecuencia cardíaca, conductancia cutánea y patrones de voz), lo que abre posibilidades para intervenciones tempranas y personalizadas (52,58). No obstante, la implementación clínica exige validación rigurosa, consideraciones éticas sobre privacidad y la integración de datos objetivos con la evaluación clínica tradicional (58).

Implicaciones clínicas: distinguir eustrés de distrés tiene consecuencias prácticas para la prevención y el tratamiento. Intervenciones que potencien recursos personales y sociales (entrenamiento en afrontamiento, apoyo psicosocial) pueden favorecer la transformación de experiencias estresantes en oportunidades de crecimiento; cuando predomina el distrés o existe evidencia de desregulación fisiológica, son necesarias estrategias

dirigidas a reducir la carga alostática y restaurar la regulación (intervenciones psicosociales, farmacológicas o de estilo de vida) (43,52).

2.2.2. Estrés laboral

2.2.2.1. Definición ocupacional según OMS/OIT y su clasificación como riesgo psicosocial.

La definición ocupacional del estrés adoptada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) enfatiza que se trata de un fenómeno derivado de la interacción entre las exigencias del trabajo, las capacidades del trabajador y las condiciones organizacionales; cuando las demandas laborales exceden los recursos disponibles o las capacidades de afrontamiento, surge un riesgo psicosocial que puede afectar la salud física y mental (59).

Los riesgos psicosociales en el trabajo comprenden factores organizacionales y relacionales (carga y ritmo de trabajo, control sobre las tareas, claridad de rol, apoyo social, reconocimiento, seguridad laboral y equilibrio trabajo-vida) que, de manera aislada o combinada, incrementan la probabilidad de estrés laboral y de consecuencias adversas para el bienestar (60,61).

En sectores de alta demanda emocional y técnica, como la atención sanitaria, la exposición sostenida a estresores ocupacionales (turnos prolongados, carga asistencial elevada, toma de decisiones críticas y exposición a sufrimiento) eleva el riesgo de agotamiento, errores y deterioro de la calidad asistencial; por ello, las estrategias preventivas deben ser específicas para el contexto y dirigidas tanto a la organización como al individuo (61,62).

La prevención eficaz de los riesgos psicosociales requiere un enfoque multinivel: evaluación sistemática de riesgos, diseño organizacional que reduzca demandas innecesarias y aumente el control y el apoyo, formación en habilidades de afrontamiento y liderazgo, y políticas que promuevan la conciliación y la salud mental. Las revisiones sistemáticas recientes subrayan la necesidad de combinar medidas estructurales con intervenciones individuales para lograr impactos sostenibles (59,63).

Finalmente, la definición operativa y las guías de intervención deben adaptarse a realidades locales y sectoriales, incorporando criterios de medición validados y mecanismos de seguimiento para evaluar la eficacia de las medidas preventivas y garantizar la protección de la salud laboral (60,63).

2.2.2.2. Diferenciación entre estrés laboral agudo y crónico.

La distinción entre estrés laboral agudo y estrés laboral crónico resulta esencial para orientar la evaluación y la intervención en el ámbito ocupacional. El estrés agudo se manifiesta como una respuesta puntual y transitoria ante demandas inmediatas, como un incidente crítico o una jornada excepcionalmente intensa; suele resolverse cuando el factor estresor cesa y el trabajador recupera su equilibrio fisiológico y emocional (64,65).

Por el contrario, el estrés crónico deriva de exposiciones repetidas o persistentes a condiciones laborales adversas, por ejemplo, carga sostenida, falta de control sobre las tareas, inseguridad laboral o conflictos no resueltos. Este patrón prolongado se asocia con activación mantenida de sistemas neuroendocrinos y autonómicos, lo que favorece el desgaste biológico y el desarrollo de problemas de salud a largo plazo (65,66).

En términos fisiológicos y conductuales, el estrés agudo suele acompañarse de elevaciones pasajeras de marcadores como cortisol y

frecuencia cardíaca, junto con cambios cognitivos y emocionales que pueden ser adaptativos y mejorar el rendimiento en situaciones concretas (64). El estrés crónico, en cambio, se relaciona con alteraciones de la reactividad, pérdida de variabilidad autonómica y disrupciones en la retroalimentación hormonal, lo que incrementa la probabilidad de síntomas somáticos, trastornos del sueño, deterioro cognitivo y mayor riesgo de enfermedades físicas y mentales (65,66).

Desde la perspectiva de gestión organizacional, es útil diferenciar indicadores de exposición diaria de marcadores de carga acumulada. Los factores que generan estrés día a día requieren medidas operativas y apoyo inmediato, mientras que los riesgos que mantienen una presión constante exigen intervenciones estructurales, cambios en el diseño del trabajo y políticas organizacionales para reducir la exposición sostenida (65,67).

Las implicaciones prácticas son claras: la respuesta al estrés agudo debe priorizar la contención y la recuperación inmediata, por ejemplo pausas, apoyo social y manejo puntual de la carga; la prevención del estrés crónico requiere estrategias a largo plazo, como rediseño de tareas, mejora del control laboral, formación en afrontamiento y políticas de conciliación. La combinación de medidas subjetivas y objetivas facilita detectar cuándo episodios agudos recurrentes están evolucionando hacia un patrón crónico que necesita intervención más intensiva (66,67).

2.2.2.3. Estrés laboral en el sector salud: vulnerabilidad asistencial, carga emocional y toma de decisiones bajo incertidumbre.

El estrés laboral en el sector salud se caracteriza por una alta prevalencia y por la confluencia de factores clínicos, organizacionales y emocionales que aumentan la vulnerabilidad del personal sanitario frente a la carga laboral y al desgaste profesional (62)

El personal médico presenta perfiles de riesgo específicos que pueden modelizarse a partir de la interacción entre demandas laborales, control sobre la tarea y recursos disponibles; modelos de riesgo propuestos identifican variables críticas como la carga de trabajo, la complejidad de las decisiones y la exposición a eventos adversos, que incrementan la probabilidad de agotamiento y errores clínicos (68).

En servicios de urgencias la combinación de alta carga, necesidad de decisiones rápidas y exposición a situaciones críticas genera picos de estrés agudo recurrentes que, si no se gestionan, favorecen la transición hacia patrones de estrés sostenido. Estas condiciones afectan la toma de decisiones, la atención centrada en el paciente y la seguridad clínica (69).

Comparaciones entre profesiones sanitarias muestran diferencias en causas y efectos del estrés: la enfermería suele presentar mayor carga emocional y demandas físicas continuas, mientras que otras profesiones pueden experimentar mayor presión decisional; estas diferencias condicionan tanto los síntomas predominantes como las intervenciones más eficaces (70).

Entre los riesgos psicosociales más graves en el ámbito sanitario se incluyen la exposición a trauma, la violencia laboral y el riesgo de ideación suicida ocupacional; la presencia de estos factores requiere protocolos de detección temprana, apoyo psicológico especializado y medidas organizacionales para mitigar consecuencias severas (71).

El entorno laboral sanitario puede agravar el estrés cuando existen prácticas como el acoso laboral, la sobrecarga de tareas y la falta de apoyo institucional; estos elementos deterioran el clima organizacional y dificultan la recuperación tras episodios estresantes (72).

Finalmente, la toma de decisiones éticas bajo incertidumbre constituye una fuente adicional de tensión para los profesionales de la salud,

especialmente en contextos de recursos limitados o conflicto de valores; la formación en ética clínica y el soporte institucional son componentes clave para reducir la carga asociada a estas decisiones (73).

2.2.2.4. Diferenciación entre estrés laboral y síndrome de burnout.

2.2.2.4.1. Definición y núcleo conceptual

El estrés laboral se refiere a la respuesta psicológica y fisiológica ante demandas laborales percibidas como desbordantes respecto a los recursos disponibles; puede ser episódico o sostenido y su intensidad varía según el contexto y las características individuales (66,74).

El síndrome de burnout es un estado clínico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducción del rendimiento profesional, que suele desarrollarse tras una exposición prolongada a factores estresantes del trabajo y que implica un deterioro funcional más persistente (75,76).

2.2.2.4.2. Solapamiento y diferencias clave

Aunque ambos fenómenos comparten factores etiológicos y manifestaciones superpuestas, existen diferencias importantes. El estrés laboral describe un proceso más amplio y variable que incluye reacciones agudas y crónicas; el estrés laboral constituye un desenlace específico y prolongado con componentes afectivos, cognitivos y conductuales claramente definidos (66,75).

Además, el estrés laboral suele asociarse a cambios conductuales y actitudinales hacia el trabajo, como cinismo y desapego, que no siempre aparecen en episodios de estrés laboral transitorio (76).

2.2.2.4.3. Asociación con otros trastornos y comorbilidad

El estrés laboral presenta una alta comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, lo que complica su diagnóstico diferencial y puede enmascarar o potenciar síntomas depresivos y ansiosos (76). Estudios recientes muestran que ciertas dimensiones del estrés ocupacional se asocian de forma diferencial con subescalas del estrés laboral, lo que sugiere vías etiológicas parcialmente distintas y la necesidad de evaluaciones específicas por subdominios (77).

2.2.2.4.4. Evaluación y criterios diagnósticos

La evaluación debe combinar medidas subjetivas y objetivas: cuestionarios validados para estrés y estrés laboral, indicadores de salud física y registros de desempeño laboral (66,74). Es esencial distinguir entre reacciones adaptativas transitorias y patrones persistentes que cumplan criterios de estrés laboral, para evitar sobrediagnóstico y orientar adecuadamente la intervención.

2.2.2.4.5. Implicaciones para la intervención

Las estrategias preventivas y terapéuticas difieren según el objetivo. Para el estrés laboral son eficaces intervenciones organizacionales y de gestión del trabajo que reduzcan demandas y aumenten control y apoyo; para el estrés laboral se requieren además intervenciones clínicas dirigidas a restaurar la salud mental, rehabilitación laboral y cambios estructurales sostenidos en el entorno laboral (66,74). La identificación temprana de señales de agotamiento permite implementar medidas que eviten la progresión hacia un síndrome más incapacitante (75).

2.2.2.5. Clasificación diagnóstica internacional: CIE-10, CIE-11 y DSM-5.

La comprensión del estrés laboral en el sector salud exige diferenciar la respuesta ocupacional no patológica de los trastornos clínicos que pueden derivarse de una exposición prolongada. Para ello, se consideran los principales sistemas internacionales de clasificación diagnóstica.

2.2.2.5.1. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión (CIE-10)

En la CIE-10, el estrés laboral no figura como diagnóstico autónomo, sino como factor relacionado con el empleo que puede influir en el estado de salud. Dentro del capítulo de factores que influyen en el estado de salud (códigos Z), el grupo Z56 permite registrar situaciones como horarios de trabajo estresantes, conflicto con superiores y compañeros, condiciones de trabajo difíciles u otras tensiones físicas o mentales relacionadas con el empleo (78).

Las manifestaciones clínicas asociadas al estrés pueden clasificarse en otros apartados, como trastornos de ansiedad o de adaptación, cuando cumplen criterios diagnósticos específicos. De este modo, la CIE-10 reconoce la relevancia del estrés ocupacional sin considerarlo, por sí mismo, una entidad psiquiátrica independiente (78).

2.2.2.5.2. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a revisión (CIE-11)

La CIE-11 incorpora el síndrome de burnout como fenómeno ocupacional (código QD85), incluido entre los factores que influyen en el estado de salud. La OMS lo describe como resultado de estrés crónico en el entorno laboral no gestionado adecuadamente, caracterizado por:

- 1) Sensación de falta de energía o agotamiento,

- 2) Aumento de la distancia mental respecto al trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo
- 3) Reducción de la eficacia profesional (79).

Esta clasificación precisa que el estrés laboral no constituye un trastorno mental, sino una condición vinculada exclusivamente al contexto laboral. En el caso de los centros I-4, dicha definición respalda la necesidad de identificar niveles elevados de estrés antes de que evolucionen hacia cuadros ocupacionales más complejos (79).

2.2.2.5.3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)

El estrés laboral constituye una respuesta psicobiológica frente a demandas excesivas o prolongadas en el entorno ocupacional. Si bien el DSM-5 no reconoce al “estrés laboral” como un diagnóstico independiente, sí contempla entidades clínicas relacionadas que permiten comprender su impacto en la salud mental y funcionalidad del individuo.

En primer lugar, el trastorno de adaptación se describe como la aparición de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estresor identificable, en este caso el ambiente laboral, dentro de los tres meses posteriores a su inicio. Dichos síntomas incluyen ansiedad, irritabilidad, disminución del rendimiento y alteraciones del sueño, generando un malestar que excede lo esperable y afecta de manera significativa el funcionamiento social y ocupacional (80).

Asimismo, la exposición crónica a estresores laborales puede precipitar o exacerbar cuadros como el trastorno de ansiedad generalizada y el episodio depresivo mayor, caracterizados por preocupación excesiva, fatiga, dificultad para concentrarse y sentimientos de inutilidad (80). Estos

diagnósticos, reconocidos por el DSM-5, evidencian la relación entre el ambiente laboral adverso y la aparición de trastornos afectivos.

En situaciones extremas, cuando el trabajo implica exposición a eventos traumáticos (como ocurre en personal de salud en contextos críticos, fuerzas de seguridad o periodistas en zonas de conflicto) puede desarrollarse un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Este se manifiesta mediante reexperimentación del evento, evitación persistente, hipervigilancia y alteraciones cognitivas y emocionales que comprometen la calidad de vida (80).

El DSM-5 enfatiza que el diagnóstico requiere que los síntomas generen malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la vida del individuo. En el ámbito laboral, esto se traduce en ausentismo, bajo rendimiento, conflictos interpersonales y riesgo de abandono del puesto, lo que subraya la necesidad de abordar el estrés laboral como un fenómeno clínico con implicancias en la salud pública y en la productividad institucional.

2.2.3. Modelos explicativos del estrés laboral

2.2.3.1. Modelo Demanda-Control-Apoyo Social (Karasek y Theorell).

El modelo Demanda-Control-Apoyo Social, formulado inicialmente por Karasek y posteriormente ampliado por Theorell, constituye uno de los marcos teóricos más influyentes para explicar el estrés ocupacional. Este modelo plantea que el impacto del trabajo sobre la salud depende de la interacción entre tres dimensiones: las demandas laborales, el grado de control que posee el trabajador sobre sus tareas y el apoyo social disponible en el entorno laboral (81).

Las demandas se refieren a la carga de trabajo, la presión temporal y la complejidad de las tareas. El control implica la autonomía para tomar decisiones y la posibilidad de utilizar habilidades propias en la ejecución de las tareas. El apoyo social abarca el respaldo emocional y práctico proveniente de colegas y superiores. La combinación de altas demandas con bajo control y escaso apoyo social se asocia con mayor riesgo de tensión psicológica, agotamiento y enfermedades crónicas, incluyendo cardiopatía isquémica, depresión y fibrilación auricular (81).

La evidencia empírica respalda este modelo. Meta-análisis de gran escala han demostrado que las demandas elevadas y el bajo control predicen niveles más altos de agotamiento y menor satisfacción laboral, mientras que el apoyo social actúa como moderador que reduce el impacto negativo (82,83). Estos hallazgos confirman que el modelo no solo describe relaciones teóricas, sino que ofrece un marco predictivo robusto para distintos contextos ocupacionales y culturales.

En el ámbito sanitario, estudios recientes han integrado el reconocimiento profesional como variable adicional dentro del modelo, mostrando que el apoyo social y el reconocimiento reducen significativamente el estrés percibido en profesionales de la salud de múltiples países europeos (14). Este hallazgo sugiere que el modelo puede enriquecerse con factores organizacionales específicos que potencien la resiliencia laboral.

Investigaciones clásicas en hospitales y residencias de ancianos ya habían demostrado que los puestos con alta demanda y bajo control presentan mayor “job strain” y niveles elevados de estrés laboral, lo que confirma la aplicabilidad del modelo en entornos de alta presión asistencial (84).

En síntesis, el modelo Demanda-Control-Apoyo Social ofrece una estructura conceptual sólida para comprender cómo las condiciones laborales influyen en la salud y el bienestar. Su relevancia clínica y organizacional radica en que permite identificar perfiles de riesgo y orientar

intervenciones que incrementen el control, fortalezcan el apoyo social y reduzcan las demandas excesivas, con el objetivo de prevenir el estrés ocupacional y sus consecuencias.

2.2.3.2. Modelo Esfuerzo - Recompensa (Siegrist).

El modelo Esfuerzo - Recompensa desarrollado por Siegrist describe el estrés ocupacional como el resultado de un desequilibrio entre el esfuerzo invertido en el trabajo y las recompensas recibidas, entendidas como salario, reconocimiento, estabilidad y oportunidades de promoción. Cuando el esfuerzo es elevado y las recompensas son insuficientes, se genera una situación de tensión que incrementa el riesgo de problemas de salud física y mental (85,86).

Este modelo integra dos componentes:

- Extrínsecos, relacionados con las condiciones objetivas del trabajo, como carga laboral, remuneración y seguridad.
- Intrínsecos, vinculados al grado de compromiso personal y la tendencia al sobreesfuerzo, que pueden amplificar el impacto negativo del desequilibrio (85).

La evidencia empírica muestra que el desequilibrio esfuerzo–recompensa se asocia con agotamiento emocional, cinismo y reducción del rendimiento profesional, dimensiones centrales del estrés laboral. Estudios en profesionales de la salud en Vietnam y China han confirmado que tanto el desequilibrio como el sobrecompromiso predicen niveles elevados de estrés laboral, lo que subraya la relevancia clínica del modelo en contextos de alta demanda asistencial (87,88).

Investigaciones adicionales han validado la escala ERI en diferentes poblaciones, incluyendo enfermeras europeas, mostrando adecuados índices de fiabilidad y destacando las consecuencias psíquicas y somáticas

del desequilibrio, como síntomas depresivos, ansiedad y trastornos cardiovasculares (89). Estos hallazgos refuerzan la utilidad del modelo como herramienta diagnóstica y preventiva.

El modelo también ha sido aplicado en contextos no occidentales y en ámbitos como el trabajo doméstico, demostrando su versatilidad y aplicabilidad global. Además, se ha utilizado para fundamentar políticas de salud ocupacional que buscan equilibrar las demandas laborales con recompensas adecuadas, promoviendo entornos de trabajo más saludables (86).

En conclusión, el modelo Esfuerzo–Recompensa ofrece un marco sólido para comprender cómo la falta de reciprocidad en el ámbito laboral afecta la salud y el bienestar. Su integración en la práctica clínica y organizacional permite identificar perfiles de riesgo y diseñar intervenciones que reduzcan el sobreesfuerzo, aumenten el reconocimiento y fortalezcan la equidad en las relaciones laborales.

2.2.3.3. Modelo organizacional OIT/OMS y su aplicación en personal de salud.

El modelo organizacional de la OIT/OMS constituye un marco integral para evaluar y prevenir el estrés laboral, centrado en los riesgos psicosociales derivados de la estructura y el clima de las organizaciones. Este enfoque considera dimensiones como cultura institucional, liderazgo, cohesión grupal, claridad de roles, procesos de cambio, relaciones interpersonales y disponibilidad de apoyo (90,91).

La validación empírica de este modelo se ha fortalecido con la creación de instrumentos específicos, como la escala OIT/OMS de estrés laboral de 25 ítems, que mide factores organizacionales y sociales con alta fiabilidad ($\alpha=0,972$). En un estudio con más de 1.500 trabajadores, se demostró su

utilidad para identificar áreas críticas de riesgo y orientar intervenciones en distintos sectores, incluyendo el sanitario (92).

En el ámbito de la salud, este modelo se aplica para diseñar intervenciones organizacionales que reduzcan el estrés ocupacional mediante cambios estructurales y políticas de apoyo. Revisiones sistemáticas y protocolos de investigación, como los de la Colaboración Cochrane, han destacado que las estrategias organizacionales basadas en este enfoque complementan otros modelos clásicos (Demanda-Control-Apoyo Social y Esfuerzo-Recompensa), ofreciendo un marco más amplio para abordar riesgos psicosociales en hospitales y centros de atención (93).

La perspectiva organizacional también ha sido integrada en revisiones recientes que analizan el bienestar laboral desde un enfoque psicológico y sistémico. Estas investigaciones subrayan que la gestión del estrés no puede limitarse a intervenciones individuales, sino que requiere cambios en la cultura organizacional, reconocimiento profesional y políticas de salud ocupacional (94,95).

En síntesis, el modelo OIT/OMS aporta una visión holística que vincula el estrés laboral con la estructura organizacional y la dinámica social del trabajo. Su aplicación en el personal de salud permite identificar riesgos específicos, validar instrumentos de medición y orientar intervenciones que promuevan entornos laborales más saludables y resilientes.

La aplicación del modelo organizacional de la OIT/OMS en el contexto de la atención primaria regional exige reconocer que el microclima de trabajo está directamente supeditado a las decisiones del Gobierno Regional de Tacna como órgano administrador del presupuesto y los recursos humanos. Por ende, las intervenciones estructurales orientadas a mitigar los riesgos psicosociales (como la mejora de la comunicación interna, el reconocimiento profesional o la prevención del acoso laboral) deben ser canalizadas y ejecutadas a través de la Red de Salud Tacna de dicho

gobierno regional, alineándose formalmente con las políticas de salud ocupacional emitidas por el MINSA como ente rector nacional.

2.2.4. Caracterización sociodemográfica asociada al estrés laboral

2.2.4.1. Edad: resiliencia, desgaste y adaptación.

La edad aparece como un factor modulador en la relación entre exposición laboral y respuesta al estrés: los estudios indican que, en general, los profesionales sanitarios de mayor edad muestran mayores niveles de resiliencia y menor prevalencia de estrés laboral en comparación con cohortes más jóvenes, lo que sugiere procesos de adaptación vinculados a la experiencia acumulada (96,97).

Evidencia empírica de distintos contextos respalda esta tendencia. En un estudio longitudinal realizado en un hospital regional australiano, los grupos de 51–70 años presentaron menos síntomas de agotamiento que los de 21–35 años, lo que se interpretó como mayor capacidad de afrontamiento y regulación emocional entre los trabajadores de mayor edad (96). Investigaciones en Rumanía y Malasia muestran hallazgos concordantes: la resiliencia aumenta con la edad y se asocia negativamente con el estrés percibido, y los trabajadores mayores exhiben puntuaciones de resiliencia significativamente superiores a las de los más jóvenes (98,99).

Estos resultados pueden explicarse por varios mecanismos interrelacionados: mayor experiencia clínica y práctica profesional que facilita la anticipación y gestión de demandas, desarrollo de estrategias de afrontamiento más eficaces, y selección ocupacional donde quienes no toleran la carga se retiran o cambian de función con el tiempo (97). Además, factores psicosociales como redes de apoyo consolidadas y mayor estabilidad laboral contribuyen a reducir la vulnerabilidad frente al estrés en grupos de mayor edad (100).

No obstante, la relación entre edad y estrés no es lineal ni universal. La presencia de comorbilidades, la exposición prolongada a condiciones adversas y la falta de adaptación organizacional pueden convertir la experiencia acumulada en desgaste crónico para algunos profesionales mayores. Por ello, es importante distinguir entre resiliencia adquirida y desgaste acumulado, y evaluar ambos aspectos en la planificación de intervenciones preventivas (98,99).

Desde la práctica organizacional, estos hallazgos implican dos líneas de acción complementarias: promover programas de mentoría y transferencia de conocimiento que aprovechen la experiencia de trabajadores mayores para fortalecer la resiliencia de los más jóvenes, y diseñar medidas de prevención específicas para evitar la acumulación de daño en profesionales veteranos, como rotaciones, ajustes de carga y acceso a recursos de recuperación (96,100).

2.2.4.2. Sexo: enfoque de género, doble jornada y susceptibilidad psicofisiológica.

La evidencia disponible indica que el sexo y las construcciones de género influyen de manera significativa en la experiencia del estrés laboral entre el personal sanitario. En términos agregados, las mujeres tienden a reportar mayores tasas de síntomas afectivos y ansiosos en contextos asistenciales, así como niveles superiores de estrés percibido en comparación con los hombres; estos hallazgos se han observado en cohortes multicéntricas y estudios transversales realizados durante la pandemia y en periodos previos (97,100).

Varios mecanismos explican esta mayor carga en mujeres sanitarias. En primer lugar, la doble jornada, la combinación de responsabilidades laborales y cargas domésticas o de cuidado, incrementa la demanda total sobre recursos personales y tiempo de recuperación, amplificando la vulnerabilidad al agotamiento y a la sintomatología depresiva. Estudios que

analizan el estrés asociado al desplazamiento y a la organización del trabajo muestran efectos más intensos en mujeres, lo que sugiere una interacción entre roles de género y factores contextuales del empleo (101,102).

En segundo lugar, las mujeres suelen estar más expuestas a determinados riesgos psicosociales en el entorno laboral, como acoso, discriminación y menor reconocimiento profesional, factores que contribuyen de forma independiente al estrés crónico y al deterioro del bienestar. Estas exposiciones diferenciales por sexo requieren un enfoque de género en la evaluación de riesgos y en el diseño de medidas preventivas (102).

No obstante, la relación entre sexo y estrés no es homogénea. Algunos estudios recientes reportan resultados atípicos o matizados: por ejemplo, en una cohorte sobre depresión, fatiga por compasión y resiliencia en enfermería, los hombres informaron niveles mayores de depresión y fatiga por compasión que las mujeres, sin diferencias en resiliencia, lo que indica que las trayectorias de riesgo pueden variar según subgrupos profesionales, contextos culturales y medidas empleadas (103).

Desde una perspectiva psicofisiológica, existen indicios de que las respuestas neuroendocrinas y autonómicas al estrés pueden diferir por sexo, moduladas por factores hormonales, patrones de afrontamiento y condiciones sociales; estas diferencias pueden traducirse en variaciones en la presentación clínica y en la respuesta a intervenciones (100).

Las implicancias prácticas de las desigualdades de género en el ámbito laboral en salud requieren la implementación de estrategias institucionales específicas, como políticas de conciliación entre la vida laboral y familiar, horarios flexibles y apoyo frente a las responsabilidades de cuidado. Asimismo, es necesario fortalecer los mecanismos de prevención y denuncia del acoso laboral, además de desarrollar programas de salud mental con enfoque de género que incluyan evaluación psicosocial, redes

de apoyo y acceso oportuno a recursos terapéuticos. Del mismo modo, la investigación y los sistemas de vigilancia deben incorporar datos desagregados por sexo y variables de género, con el propósito de orientar intervenciones más precisas, equitativas y adaptadas a las necesidades de la población trabajadora (100–102).

2.2.4.3. Estado civil: soporte sociofamiliar como factor amortiguador.

El estado civil y las redes familiares actúan como factores amortiguadores frente al estrés laboral en el personal sanitario, al proporcionar apoyo emocional, instrumental y recursos de recuperación que reducen la probabilidad de agotamiento y síntomas afectivos. Estudios en distintos contextos muestran que estar casado o convivir con una pareja se asocia con menores niveles de estrés en comparación con la soltería, mientras que la presencia de hijos pequeños puede aumentar la carga de cuidado y, en consecuencia, el agotamiento (104).

La calidad y disponibilidad del apoyo social familiar median la relación entre exposición laboral y salud mental. En personal de primera línea, un mayor apoyo social vinculado al estado civil se relaciona con menores niveles de ansiedad y depresión, lo que sugiere que las redes familiares contribuyen a la regulación emocional y a la recuperación tras episodios estresantes (105). Encuestas multicéntricas realizadas durante la pandemia indican que la mayoría de los trabajadores sanitarios recurrieron al apoyo familiar como estrategia principal de afrontamiento, lo que refuerza la importancia de considerar el entorno doméstico en las políticas de salud ocupacional (106).

Evidencia procedente de cohortes en Wuhan muestra que los trabajadores casados presentaron menos alteraciones del ritmo biológico y mayor percepción de apoyo social, factores que amortiguaron la aparición de síntomas depresivos y ansiosos en contextos de alta demanda asistencial (107). Al mismo tiempo, investigaciones sobre estrés postraumático y salud

mental en profesionales sanitarios subrayan que la presencia de una red de apoyo estable puede reducir la probabilidad de secuelas psicológicas tras exposiciones traumáticas (108).

Estas observaciones tienen implicaciones prácticas claras. En primer lugar, la evaluación de riesgos psicosociales debería incluir preguntas sobre estado civil, responsabilidades de cuidado y calidad del apoyo familiar para identificar a quienes cuentan con recursos protectores y a quienes requieren apoyo adicional (104,105). En segundo lugar, las intervenciones organizacionales pueden potenciar el efecto amortiguador del entorno familiar mediante políticas de conciliación, horarios flexibles, acceso a servicios de cuidado infantil y programas de apoyo familiar (106). Finalmente, los programas de salud mental para personal sanitario deberían integrar componentes que fortalezcan las redes de apoyo y faciliten la comunicación entre el ámbito laboral y el familiar, con el fin de reducir la carga total de estrés y mejorar la recuperación (107,108).

2.2.4.4. Procedencia geográfica: arraigo, migración interna y adaptación en Tacna.

La procedencia geográfica y los procesos migratorios condicionan de forma decisiva la experiencia laboral y la adaptación del personal sanitario. La decisión de migrar desde países de ingresos bajos o medios suele estar motivada por la búsqueda de mejores condiciones económicas, seguridad, oportunidades de desarrollo profesional y condiciones laborales más favorables; estos factores determinan tanto la propensión a permanecer en el lugar de trabajo como la vulnerabilidad frente al estrés ocupacional (109).

Los trabajadores desplazados enfrentan barreras administrativas y de inserción profesional que afectan su arraigo y su bienestar. En el caso de profesionales venezolanos en Perú, la incorporación al sistema sanitario durante la pandemia facilitó la movilización de competencias previamente subutilizadas, pero persistieron obstáculos burocráticos y de

reconocimiento profesional que limitan la estabilidad laboral y aumentan la incertidumbre (110).

La evidencia comparativa indica que los trabajadores migrantes utilizan con menor frecuencia los servicios de salud ocupacional y presentan mayor riesgo de lesiones laborales en comparación con los no migrantes, lo que sugiere brechas en el acceso a prevención, formación y protección en el entorno laboral. Estas desigualdades incrementan la carga de riesgo psicosocial y física entre quienes migran por motivos laborales (111).

El tiempo de residencia en el país receptor influye en la adaptación y en la carga de estrés. Estudios en contextos europeos muestran niveles moderados a altos de estrés laboral y malestar psicológico entre trabajadores sanitarios migrantes, especialmente en quienes llevan menos de diez años en el país, lo que apunta a la importancia de los procesos de integración social, apoyo institucional y redes profesionales para la recuperación del equilibrio psicosocial (112).

Las implicaciones prácticas para la gestión del personal sanitario son claras. Para favorecer el arraigo y reducir la vulnerabilidad al estrés es necesario implementar políticas que faciliten el reconocimiento de títulos y competencias, simplifiquen trámites administrativos, y garanticen acceso equitativo a servicios de salud ocupacional y formación continua. Programas de acogida, mentoría profesional, apoyo en la adaptación cultural y medidas de conciliación contribuyen a acelerar la integración y a disminuir la exposición a riesgos psicosociales. Además, la vigilancia ocupacional debe desagregar datos por procedencia y tiempo de residencia para identificar grupos en riesgo y evaluar la eficacia de las intervenciones (109–112).

2.2.5. Caracterización laboral asociada al estrés

2.2.5.1. Profesión u ocupación: roles asistenciales y responsabilidad clínica.

La ocupación dentro del equipo de salud configura de manera decisiva la exposición a factores estresores y la probabilidad de desarrollar agotamiento o trastornos afectivos. Diferencias sistemáticas entre médicos, enfermeras y otros profesionales reflejan variaciones en la carga de trabajo, la naturaleza de las responsabilidades clínicas, la autonomía y el ajuste entre las demandas del puesto y las competencias del trabajador (113,114).

Evidencia reciente y revisiones amplias muestran que los roles asistenciales con alta carga emocional y tareas directas de cuidado presentan mayor riesgo de estrés laboral y de intención de abandonar el puesto cuando se combinan con sobrecarga y conflicto de rol. En enfermería, factores intrínsecos al rol, expectativas de desempeño y estructura organizativa explican gran parte de la rotación y del estrés ocupacional (115,116).

Estudios multinacionales indican que la sobrecarga percibida y los conflictos de rol son predictores robustos de agotamiento, depresión y ansiedad, y que el efecto varía según la categoría profesional. Las diferencias entre médicos y enfermeras no solo obedecen a la intensidad de las tareas, sino también al grado de encaje entre el entorno laboral y las expectativas profesionales, lo que modula la resiliencia y la salud mental (113,117).

Desde la gestión organizacional, estas evidencias implican tres líneas de acción prioritarias: evaluar y ajustar la distribución de tareas para reducir la sobrecarga; clarificar roles y responsabilidades para minimizar conflictos de rol; mejorar el encaje entre competencias y puesto mediante formación, apoyo y rediseño del trabajo. Intervenciones dirigidas a cada categoría

profesional deben combinar medidas estructurales con apoyo psicosocial y oportunidades de desarrollo profesional (114,118).

Para la investigación y la vigilancia ocupacional se recomienda desagregar datos por profesión, función y contenido de rol, y emplear diseños multicéntricos que permitan identificar factores modificables específicos de cada grupo profesional. Esto facilita priorizar intervenciones y medir su impacto en desenlaces como estrés laboral, salud mental y retención del personal de salud (116,117).

2.2.5.2. Institución de formación: preparación académica y afrontamiento.

La transición de estudiante a profesional de la salud condiciona la vulnerabilidad al estrés en los primeros años de ejercicio. Sistemas formativos que combinan competencias clínicas sólidas, supervisión estructurada y entrenamiento en afrontamiento reducen la probabilidad de malestar psicológico durante la inserción laboral (119).

Estudios cualitativos con estudiantes desplegados como personal de apoyo durante la pandemia muestran carencias formativas para enfrentar situaciones críticas y subrayan la importancia de valores profesionales, autonomía supervisada y preparación práctica para reducir la ansiedad y mejorar la toma de decisiones en contextos de alta presión (120).

Los programas de resiliencia evaluados en profesionales y estudiantes demuestran mejoras en conocimiento, confianza para afrontar eventos adversos y resiliencia a corto plazo; sin embargo, su eficacia sostenida depende de la integración curricular y del apoyo institucional continuo (121).

Investigaciones recientes en académicos y clínicos describen cómo la formación, la experiencia y el entorno laboral moldean las estrategias de afrontamiento: la combinación de mentoría, simulación clínica, formación

en comunicación y espacios de reflexión profesional fortalece la capacidad de recuperación frente al estrés laboral (122).

2.2.5.3. Centro de salud: microclima organizacional y variabilidad estructural.

El microclima organizacional de un centro de salud, entendido como el conjunto de normas, prácticas, relaciones interpersonales y estilos de liderazgo que caracterizan el día a día laboral, influye de forma directa en la percepción de estrés y en los desenlaces psicosociales del personal de salud. La mala adecuación entre la persona y el entorno organizacional, el equipo o la supervisión se asocia de manera consistente con mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés laboral (113).

La cultura organizacional y el clima laboral actúan como factores protectores o de riesgo. Culturas positivas, que promueven comunicación abierta, apoyo entre colegas y reconocimiento, se vinculan con menor estrés y mayor bienestar. Por el contrario, climas negativos caracterizados por mala comunicación, relaciones tensas, acoso laboral y sobrecarga incrementan la probabilidad de agotamiento y rotación del personal (72,118).

La estructura organizacional y las prácticas de gestión determinan la variabilidad entre centros. Factores como la claridad de roles, la equidad en la distribución de cargas, la existencia de políticas internas para el manejo del estrés y la disponibilidad de recursos influyen en la experiencia laboral. Estudios en servicios de urgencias muestran que un clima organizacional positivo reduce la alienación laboral y que este efecto está mediado por la percepción de estrés (123).

En la práctica, la heterogeneidad entre centros implica que intervenciones eficaces deben ser adaptadas al contexto. Las medidas organizacionales con mayor probabilidad de impacto incluyen:

- Mejorar la comunicación interna mediante canales formales y espacios de retroalimentación.
- Implementar políticas claras sobre cargas de trabajo, turnos y manejo de conflictos.
- Desarrollar programas de prevención del acoso y protocolos de respuesta ante mobbing.
- Fomentar liderazgo formativo que promueva apoyo, reconocimiento y desarrollo profesional.
- Monitorear el clima con encuestas periódicas y métricas de bienestar para orientar acciones (72,118).

Para la investigación y la gestión, se recomienda desagregar análisis por centro, servicio y categoría profesional, y combinar medidas subjetivas (encuestas de clima y estrés) con indicadores objetivos (rotación, ausentismo, eventos adversos). Esto permite identificar patrones estructurales y priorizar intervenciones que reduzcan la variabilidad negativa entre centros y mejoren la retención y el bienestar del personal de salud (113,115).

2.2.5.4. Tiempo de servicio en el centro actual.

El tiempo de permanencia en una institución de salud representa un elemento determinante en la manera en que los trabajadores afrontan las exigencias laborales y desarrollan respuestas frente al estrés ocupacional. La influencia de la antigüedad laboral no es uniforme, ya que depende de múltiples factores relacionados con el entorno institucional, las funciones desempeñadas y las oportunidades de crecimiento profesional. Diversas investigaciones han señalado que, en determinados contextos, los trabajadores con mayor experiencia presentan menores niveles de despersonalización y una percepción más elevada de realización profesional. Sin embargo, cuando las condiciones organizacionales son deficientes o existe escaso reconocimiento laboral, los años prolongados

de servicio pueden favorecer el agotamiento emocional y el desarrollo progresivo de síndrome de burnout (124,125)

La literatura científica reporta que la relación entre antigüedad laboral y salud mental es dinámica y multifactorial. Durante los primeros años de ejercicio profesional, el personal de salud suele experimentar mayores niveles de tensión debido al proceso de adaptación al trabajo asistencial, la responsabilidad clínica y la limitada experiencia práctica. En etapas posteriores, la adquisición de competencias, la familiaridad con el entorno laboral y la consolidación de redes de apoyo pueden contribuir al fortalecimiento de la capacidad de afrontamiento y resiliencia. No obstante, estos efectos positivos dependen en gran medida de la existencia de acompañamiento institucional, capacitación continua y condiciones laborales favorables (114,119).

Asimismo, distintos factores organizacionales pueden modificar el impacto de la antigüedad sobre el bienestar psicológico del trabajador. Entre ellos destacan la calidad de la supervisión, la disponibilidad de mentoría, las oportunidades de actualización profesional, la rotación de funciones y el reconocimiento del desempeño laboral. Las instituciones que promueven ambientes laborales saludables y facilitan el desarrollo profesional tienden a reducir el riesgo de agotamiento ocupacional en trabajadores con mayor tiempo de servicio. Por el contrario, la permanencia prolongada en entornos laborales con sobrecarga, escaso apoyo y limitadas oportunidades de crecimiento puede favorecer la acumulación de estrés crónico y la desmotivación laboral (124,125).

En términos aplicados, resulta importante identificar al personal que atraviesa etapas de mayor vulnerabilidad, especialmente durante los primeros años de incorporación laboral, con la finalidad de implementar estrategias de acompañamiento y supervisión continua. Del mismo modo, la experiencia del personal con mayor antigüedad puede aprovecharse

mediante actividades de mentoría y transferencia de conocimientos hacia trabajadores más jóvenes. Finalmente, se recomienda desarrollar medidas orientadas a prevenir el desgaste acumulativo, tales como la redistribución de funciones, la adecuación de la carga laboral y el fortalecimiento de oportunidades de capacitación y desarrollo profesional continuo. Además, los estudios e intervenciones en salud ocupacional deberían considerar variables como antigüedad, profesión y área de desempeño para diseñar estrategias más específicas y contextualizadas (114,119,124).

2.2.5.5. Antigüedad total en el sector salud.

La antigüedad total en el sector salud, entendida como los años de ejercicio profesional acumulados, constituye un factor relevante en la evolución del estrés laboral y del síndrome de *burnout*. Su efecto puede variar dependiendo de las condiciones laborales, el entorno organizacional y las oportunidades de crecimiento profesional disponibles. Diversas investigaciones recientes señalan que una mayor experiencia laboral suele asociarse con mejor desempeño clínico, mayor seguridad profesional y una percepción más elevada de realización personal, lo que podría contribuir a disminuir dimensiones como la despersonalización y el agotamiento emocional. Sin embargo, la permanencia prolongada en entornos laborales caracterizados por sobrecarga, escasas oportunidades de desarrollo o limitadas mejoras institucionales puede favorecer el desgaste progresivo y la insatisfacción profesional (116,124).

La evidencia científica disponible respalda esta relación compleja y multifactorial. Un estudio realizado después de la segunda ola de COVID-19 reportó que los profesionales con mayor tiempo de experiencia presentaban menores niveles de despersonalización y mayor sensación de realización personal, lo que sugiere que la experiencia acumulada puede actuar como un elemento protector cuando existen adecuados recursos organizacionales y apoyo institucional (124). Asimismo, investigaciones

longitudinales desarrolladas en grandes sistemas de salud entre los años 2018 y 2023 evidenciaron variaciones en los niveles de estrés laboral según el área de desempeño, indicando que el impacto de los años de servicio depende también de las características propias de cada entorno asistencial (125).

De igual manera, revisiones integrativas han identificado que la trayectoria profesional y la percepción de estabilidad o crecimiento laboral influyen significativamente en la respuesta al estrés a lo largo del tiempo. Factores como la incertidumbre respecto al futuro profesional, la limitada progresión de carrera y la falta de reconocimiento institucional pueden incrementar el riesgo de agotamiento, aun en trabajadores con amplia experiencia (115,116).

Entre los mecanismos que explican esta relación destaca, por un lado, el efecto protector de la experiencia profesional, reflejado en una mayor capacidad de afrontamiento, confianza clínica y consolidación de redes de apoyo. Por otro lado, la exposición prolongada a sobrecarga laboral y la falta de oportunidades de crecimiento pueden favorecer el desarrollo de estrés crónico y desgaste ocupacional. En este contexto, factores organizacionales como la mentoría, la capacitación continua y las oportunidades de desarrollo profesional influyen en que la antigüedad laboral actúe como un factor protector o de riesgo.

Desde la gestión institucional, resulta importante promover estrategias orientadas al desarrollo profesional continuo, mentoría, reconocimiento laboral y programas de bienestar ocupacional. Asimismo, se recomienda implementar medidas para prevenir el desgaste acumulativo, como rotación de funciones y adecuación de cargas laborales, además de monitorear los desenlaces en salud mental según años de experiencia y área de desempeño para orientar intervenciones específicas.

2.2.5.6. Tipo de contrato: estabilidad laboral, evolución del régimen CAS y riesgos psicosociales

La modalidad contractual constituye un determinante estructural del entorno laboral, debido a que influye en la percepción de seguridad, continuidad del empleo y desarrollo profesional de los trabajadores de salud. La incertidumbre sobre la permanencia en el puesto, la posibilidad de perder ingresos y las limitadas oportunidades de promoción pueden incrementar la tensión psicológica y asociarse con ansiedad, agotamiento emocional, insatisfacción e intención de abandonar la institución. En cambio, una relación laboral estable favorece la sensación de control, permite planificar la trayectoria profesional y facilita la recuperación frente a periodos de elevada demanda asistencial (116,126).

La evidencia disponible muestra que la preocupación por la continuidad del empleo y las posibilidades de ascenso incrementan el estrés percibido entre los profesionales de la salud. Asimismo, la inseguridad laboral, la sobrecarga de trabajo y la percepción de una compensación insuficiente han sido identificadas como factores frecuentes de estrés, especialmente en el personal de enfermería y durante situaciones de emergencia en los servicios de salud (116,126,127). Las condiciones contractuales desfavorables también se relacionan con menor satisfacción laboral y mayor intención de rotación, lo que puede dificultar la permanencia del personal y afectar la continuidad de los servicios de salud (117).

El impacto de las condiciones contractuales puede producirse mediante distintos mecanismos. La posibilidad de perder el empleo o disminuir los ingresos genera preocupación anticipatoria y un estado continuo de alerta. Además, algunos trabajadores temporales pueden tener menor acceso a oportunidades de capacitación, promoción, beneficios laborales y mecanismos de protección social. Estas desigualdades pueden limitar su capacidad para afrontar las exigencias ocupacionales y aumentar su

vulnerabilidad al desgaste psicológico. Cuando la inestabilidad se combina con sobrecarga, falta de recursos y escaso apoyo institucional, puede contribuir al deterioro del clima organizacional, la disminución del compromiso y el agotamiento emocional (115).

En el sector público peruano coexisten distintos regímenes de vinculación laboral, entre ellos el Decreto Legislativo N.º276, correspondiente principalmente al personal nombrado; el Decreto Legislativo N.º1057, que regula el Contrato Administrativo de Servicios, y la locación de servicios. Históricamente, esta diversidad ha generado diferencias en la estabilidad, los beneficios, los ingresos y las posibilidades de desarrollo profesional. Sin embargo, el régimen CAS ha experimentado modificaciones importantes, por lo que no resulta adecuado considerar que todos sus trabajadores se encuentran actualmente en una situación de inestabilidad laboral.

El régimen CAS fue creado mediante el Decreto Legislativo N.º1057, publicado en 2008, como una modalidad especial de contratación en la administración pública. Durante sus primeros años se caracterizó por la celebración y renovación periódica de contratos de duración determinada. Posteriormente, la Ley N.º31131, publicada en marzo de 2021, modificó de manera sustancial la regulación de estos contratos. Aunque el Tribunal Constitucional declaró inconstitucionales las disposiciones que establecían el traslado automático de los trabajadores CAS a los regímenes de los Decretos Legislativos N.º276 y 728, se mantuvo la regulación que reconoce el carácter indeterminado de determinados contratos CAS.

En consecuencia, actualmente pueden diferenciarse dos formas principales de contratación dentro de este régimen:

- **Personal CAS a plazo indeterminado:** Comprende a los servidores cuyos contratos cumplían las condiciones establecidas por la Ley N.º31131 y los criterios desarrollados por SERVIR, especialmente cuando realizan labores permanentes y no fueron contratados por

necesidad temporal, suplencia o para ocupar cargos de confianza. Estos trabajadores cuentan con continuidad dentro del régimen y solo pueden ser desvinculados por una causa legalmente prevista y debidamente acreditada. Por ello, la condición de trabajador CAS no implica, por sí misma, inestabilidad laboral.

- **Personal CAS a plazo determinado:** Incluye a quienes son contratados para atender necesidades transitorias, suplencias, proyectos específicos, labores ocasionales, cargos de confianza u otras situaciones temporales justificadas. En este grupo, la continuidad depende de la causa que originó la contratación, de la duración prevista y de la disponibilidad presupuestal. Por esta razón, estos trabajadores pueden experimentar una mayor percepción de incertidumbre sobre la permanencia en el empleo.

Esta distinción es importante para el análisis del estrés laboral, debido a que el tipo de contrato no debe interpretarse únicamente a partir de su denominación. Los trabajadores vinculados mediante el régimen CAS pueden presentar diferentes niveles de estabilidad según la naturaleza permanente o temporal de sus labores. En consecuencia, el posible riesgo psicosocial se relacionaría principalmente con la duración efectiva del contrato, la causa de contratación, la frecuencia de las renovaciones, la percepción de continuidad, el acceso a beneficios y las oportunidades de desarrollo profesional.

Asimismo, la locación de servicios representa una situación distinta, pues corresponde a una relación de naturaleza civil y no a un régimen laboral. Cuando esta modalidad se utiliza para atender necesidades continuas, puede generar mayor incertidumbre debido a la ausencia de diversos beneficios propios de una relación laboral, así como a la dependencia de renovaciones y de la disponibilidad presupuestal institucional.

En el sistema de salud descentralizado del Perú, la contratación y administración del personal de los establecimientos públicos se desarrolla mediante las unidades ejecutoras de los gobiernos regionales, dentro de sus competencias y límites presupuestales.

2.2.6. Evaluación del estrés laboral: Cuestionario OIT/OMS

2.2.6.1. Fundamento e historia del instrumento.

El Cuestionario OIT/OMS fue desarrollado como un instrumento estandarizado destinado a la identificación y evaluación de riesgos psicosociales en el entorno laboral, integrando dimensiones relacionadas con la organización del trabajo, el desempeño de funciones y el apoyo social. Su finalidad principal es proporcionar un marco de análisis que permita reconocer factores asociados al estrés ocupacional en distintos contextos laborales, facilitando la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud ocupacional. Desde finales de la década de 1980, este cuestionario ha sido reconocido como una herramienta de referencia en la evaluación del estrés laboral (128).

La evaluación del estrés ocupacional se fundamenta en diversos modelos teóricos clásicos, entre ellos el modelo Demanda–Control–Apoyo, el modelo Esfuerzo–Recompensa y el enfoque *Person–Environment Fit*. Estos modelos explican cómo factores como las demandas laborales, la autonomía, el reconocimiento institucional y la relación entre el trabajador y su entorno influyen sobre la salud mental y el bienestar psicológico. El Cuestionario OIT/OMS incorpora elementos de estos enfoques teóricos al considerar factores organizacionales, tensión psicológica y recursos individuales de afrontamiento frente al estrés laboral (129–131)

Desde su consolidación en 1989, el Cuestionario OIT/OMS ha sido adaptado y utilizado en diversos países y sectores ocupacionales para la evaluación del estrés laboral. Su aplicación se ha extendido tanto a

investigaciones comparativas como a programas de vigilancia en salud ocupacional, frecuentemente en combinación con otros instrumentos, como el *Maslach Estrés laboral Inventory* (MBI), con el propósito de diferenciar los factores organizacionales relacionados con el estrés de las manifestaciones individuales del síndrome de burnout (130). En años recientes, el instrumento también ha sido incorporado en herramientas tecnológicas y aplicaciones móviles orientadas a optimizar la recolección de datos y facilitar la retroalimentación inmediata de resultados en trabajadores de distintos sectores laborales (132).

Entre las principales fortalezas del cuestionario destacan su enfoque integral de los factores organizacionales, la posibilidad de estandarizar la evaluación entre distintas instituciones y su utilidad para orientar intervenciones preventivas en salud ocupacional. No obstante, su aplicación requiere procesos previos de adaptación cultural y validación psicométrica en cada población de estudio, con la finalidad de garantizar la confiabilidad y pertinencia de los resultados obtenidos (129,131).

En conjunto, el Cuestionario OIT/OMS constituye una herramienta ampliamente utilizada en la evaluación del estrés laboral debido a su fundamento teórico multidimensional y su trayectoria de aplicación internacional. Su empleo permite identificar factores psicosociales relacionados con el entorno de trabajo y orientar estrategias de vigilancia e intervención en salud ocupacional. Sin embargo, para asegurar una adecuada aplicabilidad en cada contexto, resulta recomendable complementar su uso con otros instrumentos clínicos y realizar procesos de validación local antes de su implementación sistemática.

2.2.6.2. Justificación metodológica y validez psicométrica.

La aplicación del Cuestionario OIT/OMS exige un respaldo metodológico sólido y la comprobación de sus propiedades psicométricas para garantizar su validez en distintos contextos laborales. Los estudios recientes sobre

escalas de estrés ocupacional han establecido estándares que incluyen el uso de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, índices de ajuste como CFI, TLI, RMSEA y SRMR, así como el cálculo del alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad interna (129,133).

La validez psicométrica del instrumento ha sido confirmada en diversos escenarios. En docentes chilenos, la escala OIT/OMS mostró una estructura unidimensional con una varianza explicada del 63,4% y un coeficiente alfa de Cronbach de 0,977, lo que respalda su consistencia interna y su utilidad para medir el estrés laboral en entornos educativos (134). Asimismo, en trabajadores jóvenes de un contact center en Lima, la adaptación de la escala permitió comprobar su pertinencia cultural y su aplicabilidad en un sector caracterizado por alta rotación y demandas intensas, reforzando la necesidad de validaciones locales (30).

La literatura sobre instrumentos similares, como el Occupational Stress Inventory-Revised (OSI-R), el Job Stress Survey (JSS) y el Occupational Health and Well-being Questionnaire (OHWQ), subraya la importancia de verificar la estructura factorial, la validez convergente y discriminante, y la consistencia interna antes de su uso amplio (128,130,131,133,135). Estos procedimientos aseguran que las escalas midan de manera confiable el constructo de estrés y que se adapten a las particularidades culturales y organizacionales de cada población.

2.2.6.3. Dimensiones operativas del cuestionario sobre el estrés laboral de la OIT-OMS

El Cuestionario OIT/OMS se encuentra conformado por siete dimensiones operativas orientadas a evaluar de manera integral los factores organizacionales, ambientales e interpersonales relacionados con el estrés laboral. Estas dimensiones permiten identificar tanto elementos de riesgo como recursos protectores presentes en el entorno de trabajo, constituyendo un enfoque multidimensional coherente con los principales

modelos internacionales de evaluación del estrés ocupacional. Instrumentos ampliamente utilizados, como el *Occupational Stress Comprehensive Assessment Questionnaire* (OSCAQ), el *Occupational Stress Inventory-Revised* (OSI-R) y el *Job Stress Survey* (JSS), también estructuran sus evaluaciones considerando estresores laborales, recursos de afrontamiento y respuestas psicológicas frente al trabajo (128–130,135).

Dimensiones del Cuestionario OIT/OMS

- 1) **Clima organizacional:** Evalúa la percepción general del ambiente laboral, incluyendo la calidad de las relaciones, la comunicación interna y el grado de confianza entre los miembros de la organización. Un clima positivo se asocia con menor estrés y mayor satisfacción.
- 2) **Estructura organizacional:** Analiza la claridad de roles, la distribución de tareas y la existencia de normas y procedimientos. Una estructura definida reduce la ambigüedad y el conflicto de rol, mientras que la falta de organización incrementa la tensión.
- 3) **Territorio organizacional:** Se refiere a la organización física y espacial del trabajo, incluyendo recursos disponibles, condiciones del entorno y distribución de espacios. Un territorio bien diseñado favorece la eficiencia y disminuye la sobrecarga percibida.
- 4) **Tecnología:** Examina el acceso, la adecuación y la actualización de los recursos tecnológicos. La falta de herramientas adecuadas o la obsolescencia tecnológica puede generar frustración y aumentar la carga laboral.
- 5) **Influencia del líder:** Considera el estilo de liderazgo, la capacidad de apoyo y la comunicación de los supervisores. Un liderazgo positivo actúa como factor protector frente al estrés, mientras que estilos autoritarios o poco claros incrementan la tensión.
- 6) **Falta de cohesión:** Evalúa la presencia de conflictos, rivalidades o ausencia de cooperación dentro de los equipos. La falta de cohesión

incrementa la percepción de aislamiento y reduce la capacidad de afrontamiento colectivo.

- 7) **Respaldo del grupo:** Mide el grado de apoyo social y solidaridad entre compañeros. Un respaldo fuerte del grupo funciona como amortiguador frente a las demandas laborales y favorece la resiliencia.

En comparación con otros instrumentos internacionales, el OSCAQ incorpora múltiples subescalas relacionadas con estresores laborales, apoyo social y respuestas al estrés, agrupadas en 18 dimensiones operativas (129). Por otro lado, el OSI-R organiza sus dimensiones en áreas relacionadas con roles ocupacionales, tensión personal y recursos de afrontamiento (130). Asimismo, el JSS se centra principalmente en la presión laboral y la percepción de insuficiente apoyo organizacional, manteniendo una estructura más simplificada enfocada en los principales desencadenantes de estrés laboral (128,135).

En conjunto, la estructura multidimensional del Cuestionario OIT/OMS permite una evaluación equilibrada entre profundidad conceptual y aplicabilidad práctica, facilitando la identificación de factores organizacionales asociados al estrés laboral y recursos protectores dentro del entorno de trabajo. Estas características han favorecido su utilización en distintos contextos ocupacionales y su adaptación a diversas poblaciones laborales (136).

2.2.6.4. Aplicación en personal de salud peruano.

En el contexto peruano, la evaluación del estrés laboral y de los factores psicosociales en el trabajo ha adquirido creciente relevancia, especialmente en el personal de salud, debido a las elevadas demandas asistenciales y a las condiciones organizacionales presentes en los servicios sanitarios. Diversas investigaciones desarrolladas en el país y en Latinoamérica han empleado instrumentos estandarizados para medir la

exposición a factores psicosociales y su impacto sobre la salud mental de los trabajadores, lo que respalda la pertinencia metodológica del uso del Cuestionario OIT/OMS en este grupo ocupacional.

Estudios realizados en población trabajadora peruana han utilizado cuestionarios validados en Latinoamérica para evaluar factores psicosociales, estrés ocupacional y sintomatología asociada, evidenciando la utilidad de herramientas estructuradas para la identificación de riesgos laborales relacionados con la salud mental (136). Asimismo, investigaciones efectuadas en personal de ginecología y obstetricia de hospitales peruanos reportaron la presencia de niveles moderados y elevados de estrés laboral asociados al desempeño profesional, mediante la aplicación de instrumentos cuantitativos estandarizados orientados a la evaluación del estrés ocupacional (137).

Durante la pandemia por COVID-19, diferentes estudios desarrollados en Perú y otros países de Latinoamérica, como Bolivia y Brasil, analizaron variables relacionadas con satisfacción laboral, condiciones de trabajo, motivación y síndrome de burnout en personal de salud, utilizando cuestionarios estructurados de evaluación psicosocial. Estos antecedentes reflejan la tendencia regional de emplear múltiples escalas complementarias para abordar integralmente los riesgos psicosociales en trabajadores del sector salud (138).

En este contexto, el Cuestionario OIT/OMS constituye una herramienta útil para su aplicación en personal de salud peruano debido a su enfoque multidimensional y su capacidad para evaluar aspectos del entorno laboral, como clima organizacional, liderazgo, estructura institucional y cohesión grupal. Además, permite comparar resultados con investigaciones internacionales y complementar otros instrumentos utilizados en la evaluación de satisfacción laboral y *estrés laboral*. La evidencia nacional y regional respalda su aplicabilidad como herramienta para fortalecer la

vigilancia de salud ocupacional y orientar intervenciones dirigidas a reducir riesgos psicosociales y mejorar el bienestar del personal de salud.

En este contexto, el Cuestionario OIT/OMS constituye una herramienta útil para su aplicación en personal de salud peruano debido a su enfoque multidimensional y su capacidad para evaluar aspectos del entorno laboral, como clima organizacional, liderazgo, estructura institucional y cohesión grupal. Además, permite comparar resultados con investigaciones internacionales y complementar otros instrumentos utilizados en la evaluación de satisfacción laboral y *estrés laboral*. La evidencia nacional y regional respalda su aplicabilidad como herramienta para fortalecer la vigilancia de salud ocupacional y orientar intervenciones dirigidas a reducir riesgos psicosociales y mejorar el bienestar del personal de salud.

2.2.7. Primer nivel de atención y Red de Salud Tacna

2.2.7.1. Marco normativo de la categoría I-4 (MINSA).

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), mediante la Resolución Ministerial N.º546-2011/MINSA, aprobó el Reglamento de Categorización de Establecimientos de Salud, documento normativo que establece los criterios técnicos y funcionales para la clasificación de los establecimientos del primer nivel de atención (139). Dentro de esta estructura, la categoría I-4 corresponde a establecimientos con un nivel intermedio-alto de complejidad y una mayor capacidad resolutive en comparación con los establecimientos I-1, I-2 e I-3.

Los establecimientos de salud I-4 se caracterizan por brindar servicios básicos ampliados, incluyendo atención médica general, apoyo diagnóstico y laboratorio clínico básico, lo que permite atender problemas de salud de mayor complejidad dentro del primer nivel de atención (140). Asimismo, cuentan con capacidad para la atención materna y neonatal, incluyendo

servicios de obstetricia y atención de partos, diferenciándose de categorías inferiores que presentan limitaciones en este tipo de cobertura (141).

Otra característica relevante es la disponibilidad de profesionales médicos en especialidades como pediatría, ginecología y medicina interna, lo que fortalece la capacidad resolutive y favorece una atención integral de la población usuaria (140). Del mismo modo, estos establecimientos disponen de mayor infraestructura física, equipamiento y recursos tecnológicos, acordes con la necesidad de brindar atención continua y segura a la población (139).

Además, los establecimientos I-4 cumplen un rol articulador dentro de las redes de servicios de salud, funcionando como puntos estratégicos de referencia y coordinación entre centros de menor complejidad y hospitales de mayor capacidad resolutive. Esta articulación favorece la continuidad asistencial y optimiza la organización de la atención en salud (142).

La categorización de establecimientos de salud en el Perú se encuentra alineada con las reformas de Atención Primaria de Salud (APS) desarrolladas en América Latina, orientadas a fortalecer el primer nivel de atención como eje organizador de los sistemas sanitarios. Estudios realizados en países como Brasil, Chile, Colombia, México y Perú destacan que el fortalecimiento de la APS contribuye a mejorar la equidad, la sostenibilidad y el acceso universal a los servicios de salud (143,144).

Asimismo, diversas revisiones regionales señalan que la organización de los servicios mediante redes integradas y niveles de atención, donde los establecimientos I-4 desempeñan un papel estratégico, resulta fundamental para reducir barreras de acceso y garantizar la continuidad del cuidado, especialmente en poblaciones rurales o geográficamente dispersas (145,146).

Es fundamental precisar que, en el marco de la Ley N.º27783 (Ley de Bases de la Descentralización) y la Ley N.º27867 (Ley Orgánica de Gobiernos Regionales), el sector salud en el Perú atravesó un proceso de transferencia de funciones operativas. Bajo este marco legal, la gestión administrativa, presupuestal, logística y de recursos humanos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la región corresponde directamente al Gobierno Regional de Tacna, ejecutada a través de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y la Red de Salud Tacna. En consecuencia, si bien el MINSA ejerce la rectoría técnico-normativa a nivel nacional dictando las políticas, protocolos y guías clínicas obligatorias, los establecimientos de categoría I-4 incluidos en la presente investigación (La Esperanza, Ciudad Nueva y San Francisco) mantienen una doble dependencia: administrativa-institucional frente al Gobierno Regional de Tacna y técnico-sanitaria frente al Ministerio de Salud.

En este contexto, la categoría I-4 representa un componente estratégico dentro del primer nivel de atención en el sistema de salud peruano. Tanto la normativa nacional como la evidencia científica coinciden en que estos establecimientos integran servicios básicos con capacidad resolutive ampliada, atención materno-neonatal y participación de personal especializado. En el caso de la Red de Salud Tacna, los establecimientos I-4 desempeñan un papel fundamental en la continuidad asistencial, la articulación con hospitales de referencia y el fortalecimiento del acceso equitativo a los servicios de salud.

2.2.7.2. Problemáticas del primer nivel de atención: sobredemanda, brechas y recursos limitados.

El primer nivel de atención en Perú enfrenta limitaciones estructurales y organizacionales que condicionan su capacidad de respuesta frente a la creciente demanda de servicios. La evidencia nacional y regional muestra que las principales problemáticas se concentran en infraestructura,

recursos humanos, productividad, calidad de la atención y brechas estructurales propias de países de ingresos bajos y medios.

2.2.7.2.1. Infraestructura y brecha de establecimientos

Estudios recientes señalan que entre el 77% y el 97% de los centros del Primer Nivel de Atención en Salud (PNAS) presentan capacidad instalada insuficiente. Se estima una brecha de 1 791 establecimientos, equivalente al 44% de los requeridos para cubrir las necesidades de la población (141).

El Diagnóstico de Brechas de Infraestructura del Sector Salud 2022 elaborado por el MINSA confirma esta problemática, destacando deficiencias en infraestructura física, equipamiento y mantenimiento, lo que limita la cobertura y genera sobredemanda en los centros existentes (147).

2.2.7.2.2. Recursos humanos y sobrecarga laboral

La escasez de médicos y profesionales especializados en el primer nivel constituye uno de los principales obstáculos. Se requiere fortalecer la formación, distribución y retención de recursos humanos en salud. La sobrecarga laboral y la falta de personal capacitado incrementan el riesgo de estrés laboral y reducen la calidad de la atención (141,143,144,148).

2.2.7.2.3. Uso del tiempo y productividad

En establecimientos I-3 e I-4 de Lima se ha documentado un ausentismo significativo: alrededor del 20% de los turnos no fueron observados. Además, se estima que una de cada seis horas de trabajo se dedica a inactividad o tareas personales. A ello se suma la alta carga de registros en papel, lo que reduce la eficiencia y limita el tiempo efectivo de atención al paciente (140).

2.2.7.2.4. Calidad y satisfacción de los usuarios

La satisfacción global en cuatro centros del primer nivel en Lima fue baja, principalmente debido a infraestructura deficiente, equipamiento limitado y ausencia de recursos humanos especializados. Estos factores afectan directamente la percepción de calidad y la confianza de los usuarios en el sistema (149).

2.2.7.2.5. Brechas estructurales en países de ingresos bajos y medios (LMIC)

Revisiones internacionales muestran que las principales barreras para el fortalecimiento de la atención primaria incluyen limitaciones financieras, cargas de trabajo elevadas, falta de insumos y tecnologías de información, así como déficits en la capacitación continua. Estas problemáticas son comunes en América Latina y reflejan la necesidad de políticas sostenidas de inversión y fortalecimiento institucional (146,148,150).

2.2.7.3. Caracterización de los centros de salud I-4 en Tacna

La evaluación del estrés laboral en el primer nivel de atención de la región Tacna exige un análisis situacional pormenorizado de los entornos institucionales específicos donde el personal ejerce sus funciones. Dentro de la Red de Salud Tacna, los establecimientos de categoría I-4 actúan como centros de salud con internamiento a corto plazo, encargados de resolver necesidades de salud de mediana complejidad ambulatoria y de urgencias las 24 horas, absorbiendo el mayor porcentaje de la demanda sanitaria antes de que esta escale al nivel hospitalario (139).

2.2.7.3.1. Centro de Salud San Francisco

El Centro de Salud San Francisco se encuentra inscrito de forma oficial en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) bajo el Código Único de IPRESS 00002888, bajo la

administración de la Unidad Ejecutora 1622-Gobierno Regional de Tacna - Red de Salud Tacna (151). Geográficamente, el establecimiento se localiza en el Jirón Los Fresnos S/N, dentro del distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, provincia y departamento de Tacna (151). Es la cabecera de la Microrred Cono Sur y el principal centro de contención de la región. Recibe referencias directas de los Centros de Salud I-3 Viñani y Vista Alegre, y de los Puestos de Salud 5 de Noviembre, Las Begonias y Hábitat. Asimismo, absorbe las emergencias y atenciones de parto de la Microrred Frontera (Puestos de Salud Los Palos, Pueblo Libre, Santa Rosa y Bocapan). En el plano regional, por su capacidad operativa las 24 horas y equipamiento de laboratorio, el C.S. San Francisco actúa como punto de apoyo y referencia para urgencias materno-perinatales y de laboratorio procedentes de la Provincia de Tarata (Microrred Tarata, que integra al C.S. Tarata y a los Puestos de Salud de Estique, Ticaco, Susapaya, Chucatamani, Sitajara, Tarucachi y Chalaguaya), cuando se requiere contención previa a la derivación hospitalaria.

De acuerdo con los datos epidemiológicos oficiales provistos por el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS), este centro de salud asume la responsabilidad sanitaria de la población adscrita más densa de toda la región, registrando un total de 61,851 habitantes bajo su jurisdicción (152). Este universo poblacional presenta una distribución demográfica altamente heterogénea, compuesta por 9,374 niños de 0 a 11 años, 5,399 adolescentes de 12 a 17 años, 12,824 jóvenes de 18 a 29 años, un segmento predominante de 27,904 adultos de 30 a 59 años, y 6,350 adultos mayores de 60 años a más; asimismo, reporta una alta demanda obstétrica con 951 gestantes esperadas y 877 procedencias anuales estimados (152).

Para hacer frente a esta masiva demanda asistencial y operativa, el establecimiento dispone de una fuerza laboral integrada por un total de 150 trabajadores. Al analizar la estructura interna de sus recursos humanos, se

evidencia una distribución donde 132 servidores corresponden estrictamente a personal de salud asistencial (médicos cirujanos, médicos de familia, enfermeros, obstetras, psicólogos, cirujanos dentistas, químicos farmacéuticos y técnicos asistenciales), mientras que únicamente 18 servidores desempeñan funciones de carácter administrativo y de soporte operativo (151). Desde el enfoque de la salud ocupacional, la relación cuantitativa entre la población asignada y el personal asistencial disponible revela una ratio de cobertura asistencial severamente desproporcionado, lo que somete a los profesionales de la salud a una sobrecarga laboral intrínseca y constante debido al elevado volumen de usuarios por operador sanitario.

Categorizado formalmente en el nivel I-4, el establecimiento funciona bajo un régimen continuo de atención de 24 horas y cuenta con una planta física compuesta por 158 ambientes diferenciados, orientados a la ejecución de su cartera de servicios autorizada (151). Entre sus Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) activas destacan Consulta Externa, Patología Clínica (Laboratorio Clínico), Farmacia y un servicio crítico de Emergencia estructurado para dar respuesta a urgencias y emergencias de prioridad 3 y 4 (151). La complejidad de su cartera incluye la consulta externa médica general y especializada en Pediatría, Gastroenterología, Dermatología, Psiquiatría y Ginecología-Obstetricia, además de servicios de Odontopediatría, Psicología y Medicina de Rehabilitación (151). De manera complementaria, el centro coordina e implementa las Estrategias Sanitarias Nacionales obligatorias para la prevención y control de la tuberculosis, infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH-SIDA), salud mental, inmunizaciones, salud bucal y daños no transmisibles como la diabetes mellitus e hipertensión arterial (151).

A nivel de soporte diagnóstico y atención especializada de la gestante, el centro cuenta con capacidades autorizadas para la ejecución de ecografía general, radiología convencional y monitoreo fetal no estresante (NST/ST)

(151). Sin embargo, uno de los puntos críticos de mayor fricción operativa radica en su capacidad de internamiento; a pesar de la magnitud de la población asignada y de contar con la infraestructura para la atención del parto vaginal las 24 horas y la atención inmediata del recién nacido, el establecimiento posee únicamente 4 camas autorizadas para el internamiento sin comorbilidad y observación temporal (151).

La confluencia de estas características estructurales ejerce un impacto directo sobre la salud mental y los niveles de estrés laboral del personal asistencial. Bajo el marco del modelo Demanda-Control de Karasek, el Centro de Salud San Francisco se configura como un entorno laboral de alta tensión. El personal médico, de enfermería y obstetricia debe responder a demandas psicológicas cuantitativas extremas derivadas del flujo ininterrumpido de pacientes en el tópico de emergencias y la sala de partos, lidiando constantemente con la escasez de camas de observación y la presión por transferir pacientes críticos al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el cual actúa como su centro consultor de telesalud y referencia regional (151). La necesidad de regular las emociones ante salas de espera congestionadas y la toma de decisiones clínicas complejas bajo presión de tiempo actúan como desencadenantes fisiopatológicos del distrés. Asimismo, la drástica limitación del personal administrativo (solo 18 trabajadores frente a 132 asistenciales) obliga a que el personal de salud asuma una sobrecarga de tareas burocráticas, registros estadísticos, y llenado de formatos de aseguramiento (151). Esta desviación de roles asistenciales hacia labores administrativas reduce significativamente la latitud de decisión y el control efectivo del profesional sobre su propio proceso de trabajo, exacerbando el desgaste alostático, la fatiga crónica y el riesgo de desarrollar el síndrome de agotamiento profesional dentro de la institución.



Imagen 2. CLAS Centro de Salud San Francisco
Fuente: Superintendencia de Salud (SUSALUD)

2.2.7.3.2. Centro de Salud La Esperanza

El Centro de Salud La Esperanza se encuentra incorporado formalmente en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) bajo el Código Único de IPRESS 00002883, dependiendo estructuralmente de la Red de Salud Tacna bajo la Unidad Ejecutora 1622-Gobierno Regional de Tacna (151). Esta Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de categoría I-4 se ubica en la Avenida Jorge Basadre N°1100, en el distrito de Alto de la Alianza, provincia y departamento de Tacna (151). En el ámbito urbano y litoral, absorbe las referencias de los C.S. Alto de la Alianza, C.S. Bolognesi, C.S. Leguía y de la Microrred Litoral (Puestos de Salud Sama Inclán, Las Yaras y Vila Vila). A nivel regional, el C.S. La Esperanza es el centro de referencia para ecografía especializada, radiología y consultorios de especialidades médicas (Medicina Interna, Gastroenterología, Endocrinología) para los pacientes derivados de la Provincia de Candarave (Microrred Candarave, que comprende al C.S. Candarave y a los Puestos de Salud de Cairani, Camilaca, Curibaya,

Huanuara, Quilahuani y Huaytire) y de la Provincia de Jorge Basadre (Microrred Jorge Basadre, que abarca a los C.S. Locumba e Ite, y a los Puestos de Salud de Pampa Sitana, Mirave e Ilabaya).

En el aspecto demográfico, las matrices estadísticas oficiales del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) señalan que este establecimiento asume la responsabilidad sanitaria de una población adscrita total de 14,235 habitantes (152). Este universo poblacional se encuentra distribuido por etapas de vida en 1,842 niños de 0 a 11 años, 1,121 adolescentes de 12 a 17 años, 2,522 jóvenes de 18 a 29 años, un segmento predominante de 6,435 adultos de 30 a 59 años, y un grupo epidemiológicamente significativo de 2,315 adultos mayores de 60 años a más (152). Con relación al componente de salud reproductiva, la IPRESS reporta una carga de 908 mujeres en edad fértil, 315 gestantes esperadas y una estimación de 187 procedencias anuales (152).

Para dar cobertura a las necesidades de su población asignada, el establecimiento cuenta con una fuerza laboral total de 132 trabajadores. La organización interna de sus recursos humanos determina que 109 servidores se desempeñan como personal de salud asistencial (médicos generales, médicos especialistas, enfermeros, obstetras, psicólogos, cirujanos dentistas y técnicos asistenciales) encargados de la atención clínica directa, mientras que un grupo de 23 servidores está destinado exclusivamente a las labores administrativas, de admisión, archivo y soporte operativo (151). Esta distribución genera una relación operativa asimétrica entre el volumen de operadores clínicos y el personal de apoyo administrativo, lo que con frecuencia obliga al personal asistencial a asumir responsabilidades de gestión documental concurrentes con el acto médico.

Frente a su clasificación como centro de salud con camas de internamiento, la IPRESS opera en un horario continuo de 24 horas y cuenta con una infraestructura física de 72 ambientes funcionales y un total de 8 camas

autorizadas para internamiento de corta estancia (151). Sus Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) activas incluyen Consulta Externa, Patología Clínica (Laboratorio Clínico), Farmacia y el bloque de Servicios Administrativos (151). La oferta prestacional de este centro destaca en el primer nivel de atención por su alta complejidad, brindando consulta externa médica general y especializada en Medicina Interna, Endocrinología, Gastroenterología, Psiquiatría y Ginecología y Obstetricia, complementada con servicios de Odontología Especializada (Periodoncia), Psicología-Consejería, Nutrición y Dietética, y Medicina de Rehabilitación (151). Asimismo, está facultado para realizar atención de urgencias y emergencias de prioridad 3, endoscopías diagnósticas digestivas, ecografías generales, radiología convencional simple, radiología dental, monitoreo fetal (NST/ST) y la atención del parto vaginal inminente junto con la atención inmediata del recién nacido (151).

Desde la perspectiva de la salud ocupacional, las características institucionales de este centro configuran estresores que impactan de manera directa en los niveles de estrés laboral del personal asistencial. Al evaluar el entorno bajo el modelo Demanda-Control de Karasek, se evidencia una elevada demanda psicológica cualitativa derivada de la naturaleza de su cartera de servicios (153). Los 109 profesionales asistenciales deben resolver patologías metabólicas y digestivas complejas (propias de especialidades como endocrinología y gastroenterología) en un entorno ambulatorio, atendiendo además a un volumen considerable de adultos mayores (2,315 usuarios) que presentan múltiples comorbilidades crónicas, lo que incrementa la carga cognitiva y el tiempo requerido por consulta (151,152).

Por otro lado, bajo el enfoque del modelo de Siegrist, la limitación del personal administrativo (23 trabajadores frente a 109 asistenciales) restringe el control real del personal de salud sobre sus procesos de trabajo, obligándolos a asumir tareas burocráticas y de digitación de

formatos de aseguramiento, lo que genera un desequilibrio entre el alto esfuerzo clínico invertido y la recompensa organizativa percibida (85,151). Adicionalmente, tener que realizar procedimientos especializados como endoscopías o radiología dentro de una infraestructura limitada a 72 ambientes, sumado a las guardias de 24 horas para la cobertura de urgencias y el monitoreo de sus 8 camas de internamiento, actúa como un desencadenante estructural del estrés laboral, incrementando la carga alostática del personal ante las dificultades cotidianas para canalizar o contrarreferir pacientes con su centro consultor regional, el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (151,153).



Imagen 2. CLAS Centro de Salud La Esperanza
Fuente: Superintendencia de Salud (SUSALUD)

2.2.7.3.3. Centro de Salud Ciudad Nueva (00002885)

El Centro de Salud Ciudad Nueva se encuentra incorporado oficialmente en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) bajo el Código Único de IPRESS 00002885, perteneciendo

a la Microred Cono Norte de la Red de Salud Tacna (Unidad Ejecutora 1622-Gobierno Regional de Tacna) (151). Este establecimiento de categoría I-4 se sitúa en la Calle Casimiro Espejo 489, frente a la Plaza José Olaya, en el distrito de Ciudad Nueva, provincia y departamento de Tacna (151). Brinda soporte las 24 horas a los Puestos de Salud de su jurisdicción (Intiorko, Cono Norte, Juan Velasco Alvarado, Ramón Copaja y 28 de Agosto). Si bien su ámbito primario es periurbano, atiende a una alta densidad de población migrante proveniente de las provincias andinas de Tarata y Candarave, funcionando como un punto de contención asistencial y epidemiológica para dichas comunidades.

Conforme a las matrices de información epidemiológica oficial del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS), esta Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) tiene asignada una población total de 18,218 habitantes, distribuida en 9,196 varones y 9,022 mujeres (152). El desglose por etapas de vida reporta 3,160 niños de 0 a 11 años, 1,337 adolescentes de 12 a 17 años, 3,644 jóvenes de 18 a 29 años, un sector predominante de 7,922 adultos de 30 a 59 años, y 2,155 adultos mayores de 60 años a más; asimismo, se detalla una alta demanda materno-perinatal con 1,171 mujeres en edad fértil, 516 gestantes esperadas y una estimación de 391 procedencias anuales (152).

Para responder a la demanda de esta población, el establecimiento cuenta con un total de 128 trabajadores. Al analizar la estructura interna de sus recursos humanos, se constata que 114 servidores integran el personal de salud asistencial (médicos cirujanos, obstetras, enfermeros, psicólogos, cirujanos dentistas, químicos farmacéuticos y técnicos asistenciales), mientras que solo 14 trabajadores están asignados de manera exclusiva a las funciones de administración, admisión, archivo de historias clínicas y soporte operativo (151). Esta desproporción numérica obliga de manera rutinaria al personal asistencial a asumir cargas administrativas

concurrentes, incrementando significativamente la sobrecarga cualitativa y el conflicto de roles dentro de su jornada laboral.

La infraestructura del centro consta de 83 ambientes funcionales, posee un total de 9 camas autorizadas para el internamiento temporal de pacientes y brinda atención ininterrumpida de 24 horas (151). Su cartera de servicios autorizada incluye las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) de Consulta Externa, Patología Clínica (Laboratorio Clínico), Farmacia y un bloque de servicios administrativos (151). Ofrece consulta externa médica general y especializada en disciplinas como Pediatría, Ginecología, Psiquiatría y Obstetricia, junto con ambientes diferenciados para Psicología-Consejería, Nutrición Integral y Odontología (151). Adicionalmente, cuenta con servicios activos de urgencias y emergencias de prioridad 3, referencias y contrarreferencias, intervenciones de cirugía de consultorio externo, ecografía general, radiología convencional y la atención de la gestante en el periodo de parto y del recién nacido en el área de observación (151). Paralelamente, el personal implementa las actividades preventivo-promocionales vinculadas a las Estrategias Sanitarias Nacionales para el control de la tuberculosis, inmunizaciones, salud mental, prevención del cáncer y control de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus e hipertensión arterial (151).

Desde la perspectiva de la salud ocupacional, la interacción del personal con este microclima organizacional genera estresores laborales sumamente específicos. Al evaluar el entorno bajo el modelo Demanda-Control-Apoyo Social de Karasek, el Centro de Salud Ciudad Nueva se configura como un escenario de alta estrés laboral debido a la marcada asimetría entre las demandas psicológicas y la latitud de decisión (153). Los 114 profesionales y técnicos asistenciales deben absorber las necesidades de más de 18,000 habitantes en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, lo que satura de forma rutinaria los tópicos de urgencias y la sala de partos de la IPRESS (151,152). Al disponer de apenas 14

trabajadores administrativos para gestionar la burocracia institucional, el personal de salud experimenta una severa restricción en el control efectivo de sus tareas, pues se ve obligado a desviar tiempo clínico sustancial hacia procesos de digitación, admisión y auditoría de formatos de aseguramiento (151).



Latitud : -17.98390771
Longitud : -70.23494231
Altura : 709.0
DNI: 004017116 Apr 08 09:40:37 PET 2016

Imagen 3. CLAS Centro de Salud Ciudad Nueva
Fuente: Superintendencia de Salud (SUSALUD)

2.2.7.4. Avances en la gestión de la salud ocupacional y vigilancia de riesgos psicosociales en la Red de Salud Tacna

Con el propósito de fortalecer la prevención de la sobrecarga laboral, el estrés y los riesgos psicosociales en el primer nivel de atención, la Red de Salud Tacna implementó en 2026 el Área Funcional de Salud Ocupacional, la cual trabaja en coordinación con el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo (CSST). La conformación de este comité se sustenta en la Resolución Directoral N.º 132-2026-UAJ-DE-REDS.T-DRS.T, mediante la cual se aprobó la Junta Electoral para el periodo 2026-2027 (154). Asimismo, la Resolución Directoral N.º 316-2026-REDS.T-DRS.T aprobó el Plan Anual y el Programa Anual de Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo 2026 (155), fortaleciendo las acciones institucionales orientadas a la prevención de riesgos laborales.

Esta área está conformada por un médico ocupacional, un psicólogo ocupacional y un ingeniero de seguridad, quienes desarrollan acciones dirigidas a la protección de la salud física, mental y de las condiciones de trabajo del personal. Entre sus principales actividades se encuentra el tamizaje de riesgos psicosociales en el personal asistencial de los establecimientos I-4, con el fin de identificar oportunamente manifestaciones de estrés, ansiedad, depresión y síndrome de burnout. Además, para el segundo semestre de 2026 se programó la implementación de estrategias organizacionales y talleres de apoyo psicoemocional dirigidos a disminuir los factores de riesgo detectados durante las evaluaciones.

Estas acciones son concordantes con las recomendaciones de Rosas y Ancalli (2025), quienes plantean la necesidad de fortalecer las políticas de salud ocupacional y desarrollar programas periódicos de evaluación

psicológica para disminuir el impacto del trabajo por turnos, la sobrecarga asistencial y el desgaste asociado a la atención en el primer nivel de salud (156).

2.2.8. Impacto del estrés laboral en salud y gestión en el sector salud

2.2.8.1. Consecuencias psicofísicas

El estrés laboral crónico constituye un determinante de salud ocupacional que impacta de manera simultánea y acumulativa sobre la esfera física y la esfera mental del trabajador. Desde la perspectiva fisiopatológica, la exposición prolongada a demandas laborales elevadas, jornadas extensas y turnos nocturnos activa de forma sostenida los sistemas neuroendocrino y autonómico, favoreciendo procesos inflamatorios, resistencia a la insulina y disfunción endotelial que, a su vez, incrementan el riesgo de eventos cardiometabólicos (157).

2.2.8.1.1. Trastornos cardiometabólicos y riesgo cardiovascular.

La evidencia sintetizada en revisiones y metaanálisis recientes muestra una asociación consistente entre condiciones psicosociales adversas en el trabajo y un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión y alteraciones metabólicas (157). En el personal sanitario, factores específicos del entorno laboral, como turnos rotativos, guardias nocturnas y elevada carga asistencial, se han vinculado con un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, lo que sugiere que las exigencias propias de la atención clínica contribuyen de forma directa al riesgo cardiovascular en este colectivo (157). Estudios en sectores con alta carga física y psicosocial, por ejemplo en la industria petroquímica y en conductores profesionales, han documentado mayor prevalencia de síndrome metabólico y perfiles glucémicos y lipídicos desfavorables entre trabajadores con niveles elevados de estrés ocupacional (158,159). Asimismo, investigaciones en personal sanitario de contextos

latinoamericanos han reportado tasas elevadas de obesidad y dislipidemia asociadas a niveles moderados-altos de estrés laboral, lo que refuerza la necesidad de abordar tanto los determinantes laborales como los estilos de vida en las estrategias preventivas (160).

2.2.8.1.2. Ansiedad, depresión, somatización y trastornos del sueño.

En el ámbito psíquico, las revisiones de alcance y los estudios sistemáticos muestran una relación robusta entre el estrés psicosocial laboral (modelos como job strain y esfuerzo-recompensa) y la aparición de trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión y ansiedad (161). Las revisiones recientes sobre estrés laboral crónico describen asimismo un aumento de la prevalencia de estrés laboral, alteraciones del sueño y somatización en trabajadores expuestos a demandas sostenidas y recursos insuficientes (157). Mecanismos cognitivos como la rumiación y la preocupación perseverativa median y amplifican la relación entre estrés laboral y resultados adversos: la perseveración cognitiva prolonga la activación fisiológica y dificulta la recuperación nocturna, favoreciendo el desarrollo de somatización, fatiga crónica y deterioro de la calidad del sueño (162).

2.2.8.1.3. Interacción entre efectos físicos y mentales.

Los efectos cardiometabólicos y los trastornos mentales interactúan de forma bidireccional: la presencia de depresión o ansiedad incrementa la probabilidad de conductas de riesgo (sedentarismo, alimentación inadecuada, consumo de tabaco o alcohol) y dificulta la adherencia a medidas preventivas, lo que potencia la carga cardiometabólica; a su vez, las condiciones metabólicas y cardiovasculares crónicas aumentan la vulnerabilidad psicológica y el deterioro funcional. Este entrelazamiento fisiopsicológico explica por qué las intervenciones aisladas son

insuficientes y por qué los programas de prevención deben integrar abordajes biomédicos, psicosociales y organizacionales (157,163).

2.2.8.1.4. Implicaciones para la práctica y la gestión sanitaria.

Desde la gestión de los servicios de salud, la evidencia obliga a implementar medidas estructurales y sostenibles: rediseño de cargas y turnos, limitación de jornadas excesivas, fortalecimiento de recursos organizacionales, programas de promoción de la salud cardiovascular y mental, y rutas claras de atención para trabajadores con riesgo elevado. Estas acciones no solo reducen la morbilidad individual, sino que también mitigan consecuencias organizacionales como el absentismo, el presenteísmo y la disminución de la calidad asistencial, contribuyendo a la seguridad del paciente y a la sostenibilidad del sistema (163).

En síntesis, el estrés laboral genera múltiples repercusiones psicofísicas que se encuentran estrechamente relacionadas, abarcando desde alteraciones cardiometabólicas hasta trastornos mentales y manifestaciones somáticas. Frente a ello, resulta necesario implementar estrategias integrales de prevención que intervengan tanto sobre las condiciones laborales como sobre los recursos organizacionales y los hábitos de vida saludables, especialmente en entornos de atención en salud caracterizados por elevadas demandas asistenciales.

2.2.8.2. Consecuencias organizacionales

El estrés laboral sostenido tiene efectos organizacionales claros y medibles que afectan la productividad, la estabilidad del personal y la calidad de los servicios. La literatura reciente vincula el estrés ocupacional con disminución del rendimiento, aumento del ausentismo, mayor rotación de personal y deterioro del clima laboral (164–167). Estas consecuencias generan costos directos e indirectos para las instituciones sanitarias y comprometen la continuidad y la seguridad de la atención.

2.2.8.2.1. Ausentismo

El estrés en el trabajo incrementa la probabilidad de ausentismo por motivos de salud física y mental. Revisiones recientes señalan que el ausentismo relacionado con factores psicosociales constituye una carga económica para las organizaciones y un indicador sensible del malestar colectivo (157). Intervenciones psicosociales estructuradas pueden reducir el ausentismo; por ejemplo, el programa Work ProMentH aplicado en trabajadoras de fábrica mostró disminuciones del ausentismo y mejoras en el rendimiento y en las estrategias de afrontamiento (164). Estos hallazgos sugieren que programas preventivos y de promoción de la salud mental en el trabajo son efectivos para contener el ausentismo asociado al estrés.

2.2.8.2.2. Rotación de personal

La intención de abandonar el puesto y la rotación efectiva se relacionan con la sobrecarga laboral, la insatisfacción y la inseguridad en el empleo. Revisiones sobre causas de rotación identifican al estrés psicosocial como uno de los factores centrales que impulsan la salida de trabajadores (167–169). En el sector salud, la rotación implica pérdida de capital humano, necesidad de formación continua de reemplazos y posible deterioro de la cohesión de los equipos clínicos, con impacto negativo en la eficiencia operativa y en la calidad asistencial.

2.2.8.2.3. Presentismo

El presentismo, entendido como la presencia en el puesto con rendimiento reducido por problemas de salud o por estrés, es un fenómeno de alto impacto oculto. Herramientas específicas para su medición, como la Job Stress Related Presenteeism Scale, muestran que el presentismo por estrés se asocia con mayor distrés psicológico, experiencias de acoso y mayor intención de dejar el empleo (170). A diferencia del ausentismo, el presentismo mantiene al trabajador en el servicio mientras su capacidad

resolutiva está comprometida, lo que puede aumentar la probabilidad de errores y afectar la seguridad del paciente.

2.2.8.2.4. Clima organizacional y rendimiento

El estrés laboral deteriora el clima organizacional, reduce la motivación y erosiona la confianza entre los miembros del equipo, lo que amplifica los efectos negativos sobre la productividad y la calidad asistencial (165). La interacción entre factores individuales (capacidad de afrontamiento, salud mental) y factores organizacionales (carga de trabajo, liderazgo, seguridad psicológica) determina la magnitud del impacto; por tanto, las intervenciones deben combinar medidas estructurales con apoyo individual y fortalecimiento del liderazgo y la comunicación interna.

2.2.8.2.5. Implicaciones para la gestión sanitaria

Para mitigar ausentismo, rotación y presentismo se requiere un enfoque integral que incluya: evaluación periódica de riesgos psicosociales; rediseño de cargas y turnos; formación en manejo del estrés y resiliencia; políticas claras contra el acoso; y programas de promoción de la salud laboral que integren seguimiento médico y apoyo psicosocial. Las intervenciones deben adaptarse al contexto sanitario y evaluarse mediante indicadores organizacionales (tasas de ausentismo, rotación, medidas de presentismo y satisfacción laboral) para asegurar su efectividad y sostenibilidad (157,164).

El estrés laboral genera repercusiones organizacionales significativas, como incremento del ausentismo, rotación del personal y presentismo laboral, afectando la eficiencia institucional, los costos operativos y la calidad de los servicios de salud. Frente a ello, la evidencia científica respalda la necesidad de implementar estrategias integrales de prevención

e intervención, dirigidas tanto a optimizar las condiciones de trabajo como a fortalecer los recursos individuales y organizacionales.

2.2.8.3. Impacto en la calidad asistencial y seguridad del paciente.

La relación entre las condiciones psicosociales del trabajo y la calidad de la atención sanitaria es compleja y multidimensional; el estrés laboral no solo afecta la salud de los profesionales, sino que también incide en la seguridad del paciente y en los resultados asistenciales. A continuación, se describen los hallazgos principales documentados en la literatura y sus implicaciones para la gestión clínica y organizacional.

- **Estrés laboral, condiciones psicosociales y errores asistenciales**

En servicios de emergencia, la presencia de condiciones psicosociales adversas se asocia con una percepción de deterioro del cuidado y con una mayor frecuencia de resultados negativos en seguridad del paciente. El estrés y la carga emocional en entornos de alta presión incrementan la probabilidad de errores percibidos y de eventos adversos, tanto por la fatiga cognitiva como por la reducción de la atención sostenida (171). Estas observaciones subrayan la necesidad de evaluar y mitigar factores organizacionales que incrementan la carga psicosocial en áreas críticas.

- **Compromiso del personal y cultura de seguridad**

El compromiso laboral del personal se vincula de forma positiva con la cultura de seguridad y con menores tasas de errores y eventos adversos. Metaanálisis y revisiones muestran que niveles más altos de *engagement* entre los trabajadores se asocian con mejores indicadores de seguridad del paciente, lo que sugiere que promover el

compromiso profesional constituye una estrategia preventiva relevante para reducir incidentes asistenciales (172).

- **Impacto de los incidentes de seguridad en los profesionales**

Los profesionales que participan en incidentes de seguridad pueden experimentar malestar psicológico significativo, síntomas físicos, aumento del ausentismo y mayor propensión a la rotación si no reciben apoyo organizacional adecuado. Además, la falta de apoyo y de procesos de aprendizaje tras el incidente puede favorecer la aparición de nuevos errores, generando un ciclo adverso que afecta tanto al trabajador como a la organización (173).

- **Seguridad psicológica y su efecto en la atención**

La seguridad psicológica dentro de los equipos de salud, comprendida como la confianza de los profesionales para manifestar dudas, comunicar errores o expresar preocupaciones sin temor a consecuencias negativas, constituye un elemento fundamental para garantizar la seguridad del paciente. Revisiones en entornos sanitarios muestran que la baja seguridad psicológica se percibe como perjudicial para la seguridad asistencial y se asocia con mayor intención de abandono, malestar moral y reducción de la comunicación efectiva entre profesionales, factores que incrementan el riesgo de errores y de atención subóptima (174).

- **Estrés cardiovascular en sanitarios y repercusiones en la atención**

El estrés con manifestaciones cardiometabólicas entre profesionales de la salud puede afectar su rendimiento cognitivo y físico, con potencial impacto en la calidad de la atención. La evidencia que vincula estrés ocupacional y

riesgo cardiovascular en sanitarios indica que la carga de trabajo y las condiciones laborales adversas pueden traducirse en disminución de la capacidad resolutive y en mayor vulnerabilidad ante situaciones críticas, lo que repercute indirectamente en la seguridad del paciente (160,175).

- **Implicaciones para la práctica clínica y la gestión de la seguridad:**

Para proteger la calidad asistencial y la seguridad del paciente es imprescindible integrar medidas dirigidas a reducir la carga psicosocial y a fortalecer el apoyo organizacional. Entre las acciones prioritarias figuran: evaluación sistemática de riesgos psicosociales en áreas críticas; programas de apoyo postincidente y de aprendizaje organizacional; promoción del engagement y de la seguridad psicológica en equipos; y estrategias de prevención del estrés con enfoque en la salud cardiovascular y mental del personal. Estas intervenciones deben evaluarse mediante indicadores de seguridad, satisfacción del personal y resultados clínicos para garantizar su efectividad.

El estrés laboral y las condiciones psicosociales desfavorables representan factores que comprometen la calidad de la atención y aumentan la probabilidad de eventos adversos durante la práctica asistencial. En este sentido, la evidencia científica señala la importancia de implementar intervenciones organizacionales y clínicas dirigidas a disminuir la carga psicosocial, fortalecer la seguridad psicológica y brindar apoyo estructurado al personal de salud, con el propósito de preservar tanto el bienestar de los trabajadores como la seguridad del paciente.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Estrés: Fenómeno complejo de carácter biopsicosocial que involucra procesos biológicos, psicológicos y sociales interrelacionados (43). Se define biomédicamente como cualquier perturbación que desafía la homeostasis del organismo y exige una respuesta adaptativa para restablecer el equilibrio interno (48).

Estrés laboral: Estado psicológico y fisiológico resultante de la interacción directa entre las exigencias del trabajo y los recursos disponibles para afrontarlas (59). Constituye una respuesta que se manifiesta cuando las demandas del entorno laboral superan las capacidades de afrontamiento del trabajador (61).

Nivel de estrés laboral: Grado de tensión percibida en el entorno laboral, medido por Cuestionario OIT/OMS (25 ítems Likert 1-7). 7 dimensiones exactas: clima organizacional (4 ítems), estructura organizacional (4 ítems), territorio organizacional (3 ítems), tecnología (3 ítems), influencia del líder (4 ítems), falta de cohesión del grupo (4 ítems), respaldo del grupo (3 ítems). Se clasifica ordinalmente según los puntajes acumulados en las siguientes categorías: estrés bajo (≤ 90 puntos), estrés intermedio (91–117 puntos), estrés moderado (118–153 puntos) y estrés alto (≥ 154 puntos) (30).

Personal de salud asistencial: Grupo de profesionales y técnicos de la salud que desempeñan funciones asistenciales y de atención clínica directa al paciente en los establecimientos seleccionados. Para efectos de este estudio, y en estricta concordancia con el Decreto Legislativo N.º1153 (que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado) y las directrices de recursos humanos del MINSA, comprende exclusivamente a los profesionales de la salud

(médicos, enfermeros, obstetras, cirujanos dentistas, psicólogos, nutricionistas, tecnólogos médicos, químicos farmacéuticos y biólogos) y al personal técnico asistencial (técnicos en enfermería, laboratorio y farmacia) que participan directamente en el proceso de atención sanitaria. Se excluye de esta definición al personal que realiza labores de soporte administrativo, de servicios generales (como personal de limpieza o seguridad) o de apoyo logístico (como conductores de ambulancia), dado que su vínculo laboral y funcional no contempla la ejecución del acto médico o asistencial directo, según los clasificadores de cargos vigentes del ente rector. (139)

Centros de salud I-4: Establecimientos del primer nivel de atención con capacidad resolutive ampliada que brindan servicios de atención ambulatoria integral continua de 24 horas y cuentan con camas autorizadas para internamiento de corta estancia y atención materno-perinatal. En esta investigación, corresponde a las IPRESS estratégicas La Esperanza, Ciudad Nueva y San Francisco, las cuales dependen administrativamente del Gobierno Regional de Tacna y se rigen bajo la normativa del ente rector Ministerio de Salud (139).

Cuestionario OIT/OMS: Escala estructurada de 25 ítems autoaplicable que evalúa la exposición a riesgos psicosociales organizacionales a través de una escala tipo Likert de 7 puntos (92). Posee una consistencia interna validada en el Perú equivalente a un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.92 (30).

Características sociodemográficas: Atributos y propiedades biológicas y sociales individuales reportadas por el personal asistencial participante. En el presente estudio comprende de manera exacta las variables de edad, sexo, estado civil actual y procedencia geográfica (104).

Características laborales: Condiciones, variables y propiedades vinculadas al ejercicio del rol profesional y contractual del trabajador en la institución (117). Comprende de forma específica la profesión u ocupación asistencial, institución de formación, centro de salud de adscripción, tiempo de servicio en el centro actual, antigüedad total en el sector salud y tipo de contrato.

Clima organizacional: Dimensión operativa del cuestionario que mide la percepción colectiva del ambiente de trabajo, enfocándose en la calidad de las relaciones interpersonales, la comunicación interna y la confianza mutua entre los miembros del centro (92).

Estructura organizacional: Dimensión operativa que evalúa el grado de claridad en la delimitación de roles, la distribución formal de las tareas de salud y la presencia de normas y procedimientos administrativos regulados (92).

Territorio organizacional: Dimensión operativa asociada a la distribución física y espacial del entorno laboral, la disponibilidad de recursos materiales y las condiciones del ambiente físico donde se brinda la atención (92).

Tecnología: Dimensión operativa que examina el nivel de acceso, la idoneidad técnica, la suficiencia y la actualización de las herramientas tecnológicas provistas por la institución para la ejecución de las actividades asistenciales (92).

Influencia del líder: Dimensión operativa orientada a valorar el estilo de liderazgo, la capacidad de comunicación formal y el respaldo directivo ejercido por las jefaturas o supervisores del centro de salud (92).

Falta de cohesión del grupo: Dimensión operativa que cuantifica la presencia de conflictos internos, rivalidades profesionales o la ausencia de dinámicas de cooperación mutua y trabajo en equipo (92).

Respaldo del grupo: Dimensión operativa que mide el grado de apoyo social, solidaridad, soporte práctico y empatía recíproca existente entre los compañeros del estamento asistencial (92).

Riesgo psicosocial: Factores organizacionales, estructurales y relacionales del trabajo que poseen el potencial de causar daño a la salud mental o física del trabajador al exceder sus capacidades de afrontamiento (53).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se utilizó en este estudio fue: observacional, transversal, descriptivo y prospectivo.

3.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por la totalidad del personal de salud asistencial que trabaja en los centros de salud I-4 La Esperanza, Ciudad Nueva y San Francisco, en Tacna, durante el periodo de recolección de datos (abril y mayo de 2026), incluyendo médicos, enfermeros, obstetras, cirujanos dentistas, psicólogos, nutricionistas, tecnólogos médicos, químicos farmacéuticos y técnicos asistenciales con funciones clínicas directas.

El universo de personal de salud asistencial potencial en los centros de salud I-4 sumaba inicialmente 355 servidores en actividad (distribuidos en 132 para el Centro de Salud San Francisco, 114 para Ciudad Nueva y 109 para La Esperanza). Tras la aplicación de los criterios de selección, la población de estudio final se consolidó en 318 profesiones y técnicos de la

salud. Dado el carácter censal de la investigación, se evaluó la totalidad de dicho contingente.

3.2.2. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Personal de salud asistencial que labora en los centros de salud I-4 La Esperanza, Ciudad Nueva y San Francisco en Tacna.
- Profesionales y técnicos de la salud que desempeñan funciones asistenciales directas, incluyendo médicos, enfermeros, obstetras, cirujanos dentistas, psicólogos, nutricionistas, tecnólogos médicos, químicos farmacéuticos y técnicos asistenciales.
- Personal con ≥ 3 meses de servicio continuo en el centro al momento de la encuesta.
- Personal que decide integrarse al estudio de manera voluntaria y formalizan su participación mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personal administrativo, de servicios generales o de apoyo logístico que no realiza funciones asistenciales directas.
- Personal que se encuentra con licencia médica prolongada (mayor a 15 días) durante el periodo de recolección de datos.
- Personal que retira su consentimiento informado en cualquier momento del proceso.

- Personal que no completa de manera íntegra el cuestionario de recolección de datos.

3.3. VARIABLES

3.3.1. Identificación de variables

- **Variable principal:** Estrés laboral
- **Características sociodemográficas**
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Procedencia geográfica
- **Características laborales**
 - Profesión u ocupación
 - Institución de formación
 - Centro de salud
 - Tiempo de servicio en el centro actual
 - Antigüedad total en salud
 - Tipo de contrato

3.3.2. Operacionalización de las variables

VARIABLE PRINCIPAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Estrés laboral	Grado de tensión percibido por el personal de salud en su entorno de trabajo, medido mediante el Cuestionario de Estrés Laboral OIT/OMS adaptado por Suárez (2013), con 25 ítems distribuidos en siete dimensiones.	A) Escala Global	Puntuación total acumulada (25 a 175 puntos).	• Estrés bajo: De 25 a 90 puntos. • Estrés intermedio: De 91 a 117 puntos. • Estrés moderado: De 118 a 153 puntos. • Estrés alto: Más de 154.	Cualitativa politómica ordinal
		B) Escala Dimensional 1. Clima organizacional 2. Estructura organizacional	1, 10, 11, 20 2, 12, 16, 24	Para Dimensiones de 4 Ítems (Clima, Estructura, Líder y Cohesión) • Estrés bajo: De 4 a 14 puntos • Estrés intermedio: De 15 a 18 puntos • Estrés moderado: De 19 a 24 puntos	Cualitativa politómica ordinal

		3. Territorio organizacional	3, 15, 22	• Estrés alto: De 25 a 28 puntos Para Dimensiones de 3 Ítems (Territorio, Tecnología y Respaldo) • Estrés bajo: De 3 a 11 puntos • Estrés intermedio: De 12 a 14 puntos • Estrés moderado: De 15 a 18 puntos • Estrés alto: De 19 a 21 puntos	
		4. Tecnología	4, 14, 25		
		5. Influencia del líder	5, 6, 13, 17		
		6. Falta de cohesión del grupo	7, 9, 18, 21		
		7. Respaldo del grupo	8, 19, 23		

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Edad cronológica autorreportada por el participante, agrupada por rangos funcionales	No aplica	Edad en años cumplidos	20–30 años / 31–40 años / 41–50 años / 51 a 60 años / Más de 60 años	Cuantitativa discreta (ordinal agrupada)
Sexo	Características biológicas, genéticas y anatómicas que diferencian a los seres humanos en las categorías de masculino y femenino.	No aplica	Sexo registrado en el Documento Nacional de Identidad (DNI)	Masculino / Femenino	Cualitativa nominal
Estado civil	Situación civil actual del participante	No aplica	Estado civil reportado	Soltero(a) / Casado(a) / Conviviente / Divorciado(a) / Viudo(a)	Cualitativa nominal
Procedencia geográfica	Localidad geográfica o región de procedencia del participante en los últimos 6 meses.	No aplica	Ubicación geográfica de procedencia.	Tacna / Arequipa / Puno / Moquegua / Lima / Otro	Cualitativa nominal
Institución de formación	Tipo de institución donde el participante obtuvo su título profesional o certificación técnica	No aplica	Universidad referida	Universidad pública / Universidad privada / Instituto público / Instituto privado	Cualitativa nominal

CARACTERÍSTICAS LABORALES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Profesión u ocupación	Profesión o cargo asistencial que desempeña el participante en el centro	No aplica	Profesión actual	Médico(a) / Enfermero(a) / Obstetra / Cirujano(a) dentista / Psicólogo(a) / Nutricionista / Tecnólogo(a) médico / Químico(a) farmacéutico(a) / Técnico(a) en enfermería / Técnico(a) en laboratorio / Técnico(a) en farmacia / Otros técnicos asistenciales	Cualitativa nominal
Centro de salud	Establecimiento I-4 en el que labora el participante al momento del estudio	No aplica	Centro al que pertenece	La Esperanza / Ciudad Nueva / San Francisco	Cualitativa nominal
Tiempo de servicio en el centro actual	Tiempo de labor continua en el mismo establecimiento al momento de la encuesta	No aplica	Tiempo laboral reportado	<1 año / 1–5 años / >5 años	Cuantitativa discreta (ordinal)
Antigüedad total en salud	Años acumulados de experiencia laboral en el sector salud en general	No aplica	Tiempo total reportado	<5 años / 5–10 años / >10 años	Cuantitativa discreta (ordinal)
Tipo de contrato	Condición laboral actual del participante según vínculo formal con el centro de salud I-4	No aplica	Tipo de vínculo laboral	Nombrado / CAS / Otros	Cualitativa nominal

3.4. ACCIONES Y ACTIVIDADES

Previo al inicio del estudio, el protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; posteriormente se gestionaron las autorizaciones correspondientes ante la Red de Salud Tacna y las jefaturas de los centros de salud I-4 La Esperanza, Ciudad Nueva y San Francisco. Asimismo,

Posteriormente, se obtuvo el padrón actualizado del personal de salud asistencial activo en los establecimientos incluidos en el estudio, identificándose a la población elegible. A cada participante se le informó sobre los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de su participación y la confidencialidad de la información, solicitándose posteriormente la firma del consentimiento informado.

La recolección de datos se efectuó de manera presencial entre los meses de abril y mayo de 2026. Para ello, se aplicó el Cuestionario de Estrés Laboral OIT/OMS de 25 ítems, validado en población peruana, junto con una ficha sociodemográfica y laboral elaborada por la investigadora. Los instrumentos fueron administrados individualmente y en horarios que no interfirieron con las labores asistenciales.

Finalizada la recopilación de información, los cuestionarios fueron revisados para verificar su correcto llenado. Posteriormente, los datos se codificaron y registraron en una base de datos electrónica para su procesamiento estadístico, garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los participantes.

El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva. Las variables cualitativas se presentaron en frecuencias y porcentajes, mientras que las cuantitativas fueron descritas mediante

medidas de tendencia central y dispersión. El nivel de estrés laboral se clasificó en bajo, intermedio, moderado y alto según la puntuación obtenida en el cuestionario OIT/OMS.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnicas

En este estudio se utilizará como método de obtención de información una encuesta estructurada que será completada directamente por los propios participantes, debido a que permite obtener información estandarizada, objetiva y cuantificable sobre el nivel de estrés laboral en poblaciones amplias, con mínimo riesgo para los participantes. Esta técnica es ampliamente utilizada en investigaciones de salud ocupacional y resulta adecuada para estudios de enfoque cuantitativo, descriptivo y no experimental.

La encuesta se aplicará de manera presencial en los centros de salud I-4 en Tacna, durante la jornada laboral del personal asistencial, en momentos que no interfieran con la atención directa al usuario, tales como pausas operativas, reuniones de equipo o al término del turno. La aplicación será individual y voluntaria, garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de la información recolectada.

La encuesta se administrará en formato físico (papel), considerando las limitaciones de conectividad existentes en los centros de salud I-4. El tiempo estimado de aplicación será de 12 a 15 minutos por participante. La aplicación estará a cargo de la investigadora, quien brindará orientación únicamente para aclarar dudas de comprensión, sin influir en las respuestas emitidas.

3.5.2. Instrumentos

El instrumento central para evaluar el nivel de estrés laboral será el Cuestionario de Estrés Laboral propuesto por la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS), elaborado por Ivancevich y Matteson, y posteriormente adaptado y validado en población peruana por Suárez en 2013. El cuestionario está conformado por 25 ítems, distribuidos en siete dimensiones organizacionales: clima organizacional, estructura organizacional, entorno físico del trabajo, tecnología disponible, estilo de liderazgo, cohesión del grupo y apoyo social del grupo.

Los ítems se califican mediante una escala tipo Likert de siete puntos, donde 1 corresponde a “nunca” y 7 a “siempre”, permitiendo obtener un puntaje total entre 25 y 175 puntos, el cual refleja el nivel de estrés laboral percibido por el trabajador. Según los puntos de corte propuestos por Suárez (2013), el nivel de estrés laboral se clasifica en: estrés bajo (de 25 a 90 puntos), estrés intermedio (de 91 a 117 puntos), estrés moderado (118 a 153 puntos), estrés alto (más de 154).

El Cuestionario de Estrés Laboral OIT/OMS es un instrumento estandarizado y validado previamente en población peruana, con una adecuada consistencia interna reportada, evidenciada por un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,92. No obstante, se realizará una prueba piloto de carácter operativo, con la finalidad de evaluar la comprensión de los ítems, el tiempo de aplicación y la logística del proceso, sin modificar la estructura, redacción ni escala de respuesta del instrumento.

Adicionalmente, se aplicará una ficha sociodemográfica y laboral, elaborada por la investigadora, que permitirá recopilar información relacionada con edad, sexo, estado civil, profesión u

ocupación, tipo de contrato, tiempo de servicio, centro de salud de adscripción, carga horaria semanal, procedencia geográfica e institución de formación. Esta ficha será sometida a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos, así como a una prueba piloto, con el propósito de evaluar la claridad, comprensión y adecuación de los ítems, realizándose los ajustes necesarios antes de la aplicación definitiva.

3.6. TRATAMIENTO DE DATOS

Los datos recolectados mediante los cuestionarios en formato físico se digitaron en una matriz primaria de doble entrada utilizando un software de hoja de cálculo electrónica, ejecutándose un control de calidad por doble entrada independiente para mitigar sesgos de transcripción y asegurar la consistencia de los registros. Posteriormente, la base de datos depurada se exportó a un programa informático de análisis estadístico especializado para su procesamiento definitivo. El análisis estadístico se estructuró a nivel descriptivo de acuerdo con la naturaleza de las variables y los objetivos específicos planteados. Para la variable estrés laboral en su escala global y dimensional, se evaluó el supuesto de distribución de la muestra para determinar el uso de las medidas estadísticas más adecuadas.

Para el análisis por dimensiones, se procedió a realizar la sumatoria lineal de los puntajes de los ítems específicos que componen cada una de las siete áreas operativas del instrumento, de la siguiente manera:

- **Clima organizacional:** Constituido por los ítems 1, 10, 11 y 20, con un rango de estrés resultante de 4 a 28 puntos.
- **Estructura organizacional:** Constituido por los ítems 2, 12, 16 y 24, con un rango de estrés resultante de 4 a 28 puntos.

- **Territorio organizacional:** Constituido por los ítems 3, 15 y 22, con un rango de estrés resultante de 3 a 21 puntos.
- **Tecnología:** Constituido por los ítems 4, 14 y 25, con un rango de estrés resultante de 3 a 21 puntos.
- **Influencia del líder:** Constituido por los ítems 5, 6, 13 y 17, con un rango de estrés resultante de 4 a 28 puntos.
- **Falta de cohesión:** Constituido por los ítems 7, 9, 18 y 21, con un rango de estrés resultante de 4 a 28 puntos.
- **Respaldo del grupo:** Constituido por los ítems 8, 19 y 23, con un rango de estrés resultante de 3 a 21 puntos.

Tanto la puntuación global del cuestionario como los valores acumulados de cada dimensión se analizaron de forma continua a través de medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico). Asimismo, para las variables cualitativas de tipo nominal y ordinal (características sociodemográficas, laborales y los niveles categorizados de estrés global y por dimensiones) se calcularon frecuencias absolutas (f) y porcentajes relativos (%), los cuales se organizaron en tablas de contingencia y de frecuencia cruzada para caracterizar los perfiles de vulnerabilidad ocupacional dentro de la Red de Salud Tacna.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos aplicables a los estudios en seres humanos, garantizando la protección de la dignidad, autonomía y derechos de los participantes.

Antes del inicio de la recolección de datos, el protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación

del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Del mismo modo, se gestionaron las autorizaciones administrativas correspondientes ante la Red de Salud Tacna y las jefaturas de los establecimientos I-4 incluidos en la investigación.

La participación del personal de salud fue voluntaria. Cada participante recibió información clara sobre los objetivos del estudio y firmó el consentimiento informado antes de responder los instrumentos. Asimismo, se respetó el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento, sin repercusiones laborales.

La información recopilada fue manejada de manera anónima y codificada, utilizándose exclusivamente con fines académicos. Los resultados se presentaron de forma global, evitando la identificación individual de los participantes. Tanto los cuestionarios físicos como la base de datos digital permanecieron bajo custodia de la investigadora y con acceso restringido.

Finalmente, el estudio se realizó conforme a la normativa nacional vigente y a los principios éticos de respeto por las personas, beneficencia y justicia que orientan la investigación en salud.

CAPÍTULO IV DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

La fase de recolección de datos, efectuada de manera presencial entre abril y mayo de 2026, consolidó una población de estudio conformada por 318 profesionales y técnicos del personal de salud asistencial adscritos a los tres establecimientos de categoría I-4 estratégicos de la Red de Salud Tacna del Ministerio de Salud (MINSA). No se realizó un procedimiento de muestreo aleatorio, optándose por un abordaje censal al incluir a la totalidad de servidores que cumplieron con los criterios de selección establecidos en el protocolo de investigación.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la información recopilada mediante el Cuestionario de Estrés Laboral OIT/OMS y la ficha sociodemográfica y laboral aplicada a los participantes.

TABLA 01
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CENTRO DE SALUD DE
ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL
DE LOS CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO
DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

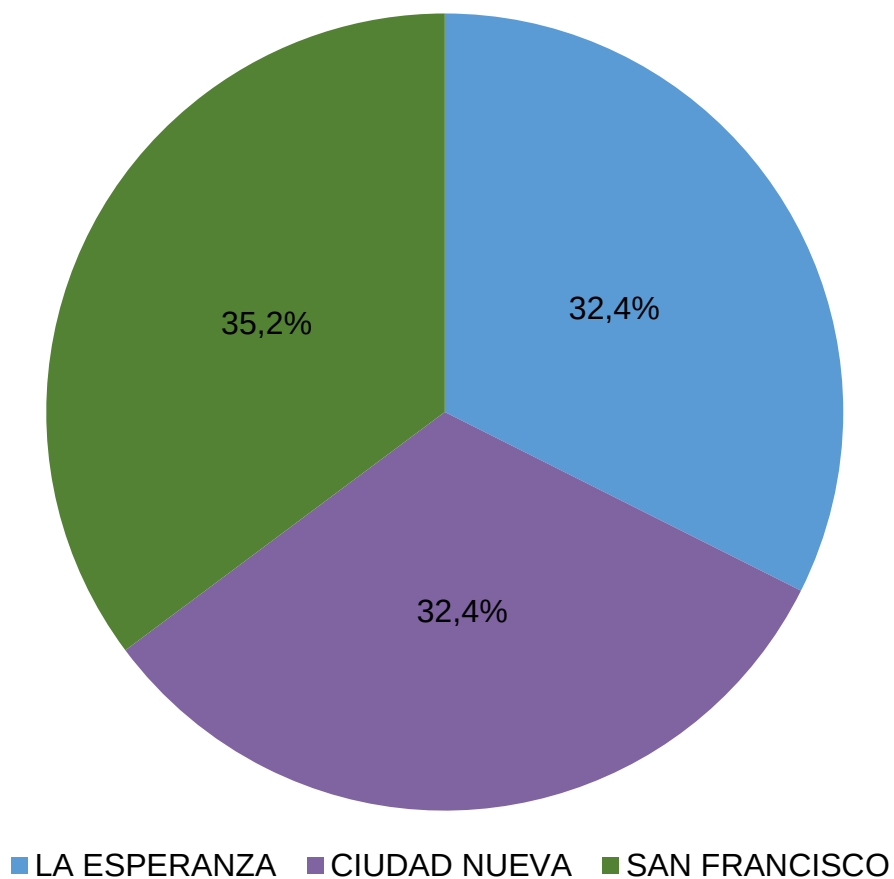
CENTRO DE SALUD I-4	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
LA ESPERANZA	103	32,4	32,4
CIUDAD NUEVA	103	32,4	64,8
SAN FRANCISCO	112	35,2	100
TOTAL	318	100	

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 1 se observa la distribución general de la población de estudio según el establecimiento de salud asistencial de adscripción institucional. Se constata una configuración muestral altamente homogénea y equilibrada entre las tres dependencias evaluadas, donde el Centro de Salud San Francisco concentra la mayoría relativa con el 35,2% del personal (112 trabajadores), mientras que La Esperanza y Ciudad Nueva albergan proporciones idénticas del 32,4% (103 servidores cada uno).

GRÁFICO 01
DISTRIBUCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
SEGÚN CENTRO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN DEL
PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE LOS
CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO
DE SALUD, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°01

TABLA 02
GRUPOS ETARIOS DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL
SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO
DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

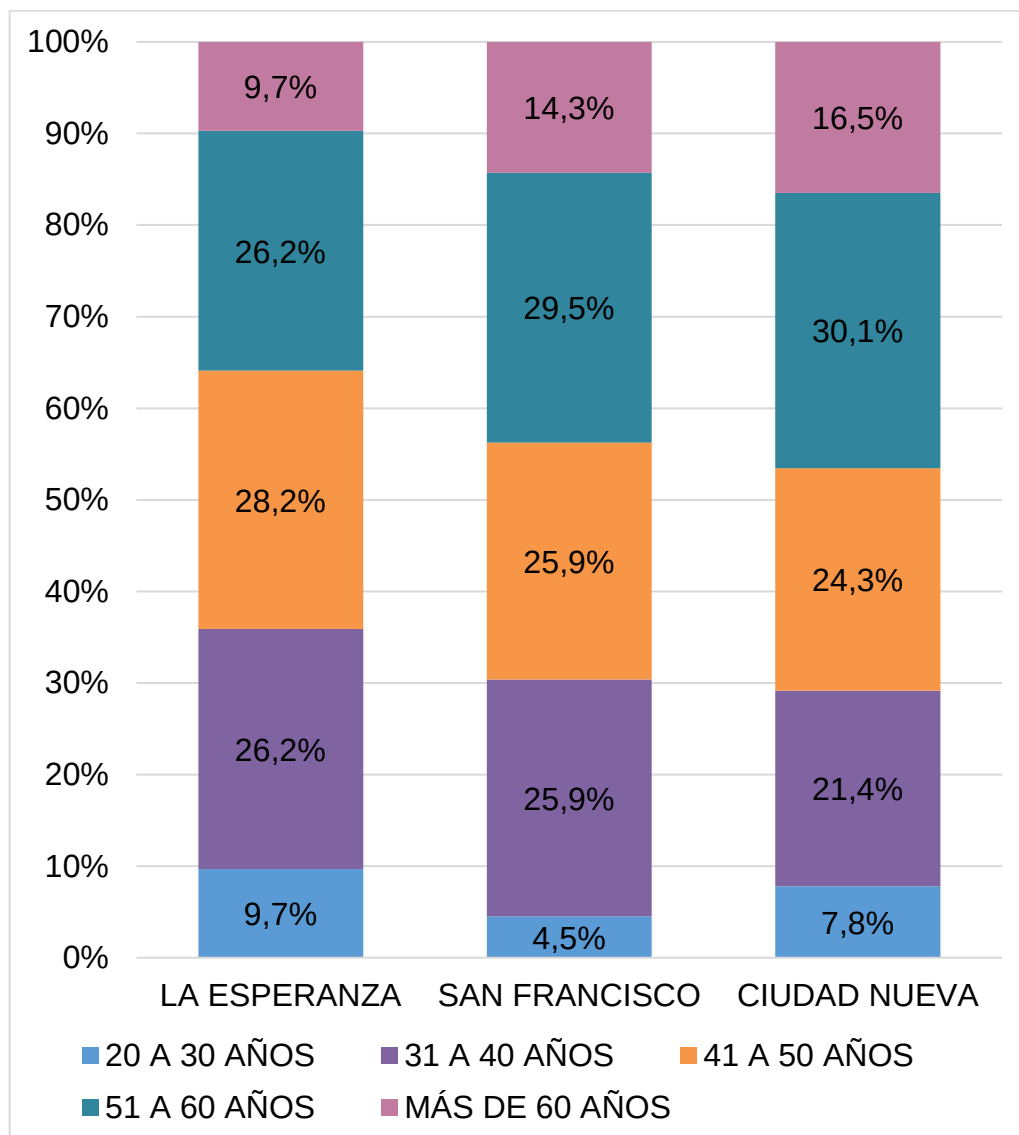
GRUPOS ETARIOS	CENTROS DE SALUD						TOTAL	
	LA ESPERANZA		SAN FRANCISCO		CIUDAD NUEVA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
20 A 30 AÑOS	10	9,7	5	4,5	8	7,8	23	7,2
31 A 40 AÑOS	27	26,2	29	25,9	22	21,4	78	24,5
41 A 50 AÑOS	29	28,2	29	25,9	25	24,3	83	26,1
51 A 60 AÑOS	27	26,2	33	29,5	31	30,1	91	28,6
MÁS DE 60 AÑOS	10	9,7	16	14,3	17	16,5	43	13,5
TOTAL	103	100	112	100	103	100	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla 2, se observa que el grupo etario de 51 a 60 años fue el más frecuente entre el personal de salud asistencial (28,6 %; n=91), con las mayores proporciones en los centros de salud Ciudad Nueva (30,1 %) y San Francisco (29,5 %), seguido por el grupo de 41 a 50 años (26,1 %; n=83). En contraste, el grupo de 20 a 30 años fue el menos representado (7,2 %; n=23), registrando su menor proporción en el Centro de Salud San Francisco (4,5 %).

GRÁFICO 02
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETARIOS DEL PERSONAL DE
SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4
DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°02

TABLA 03
SEXO DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN
CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

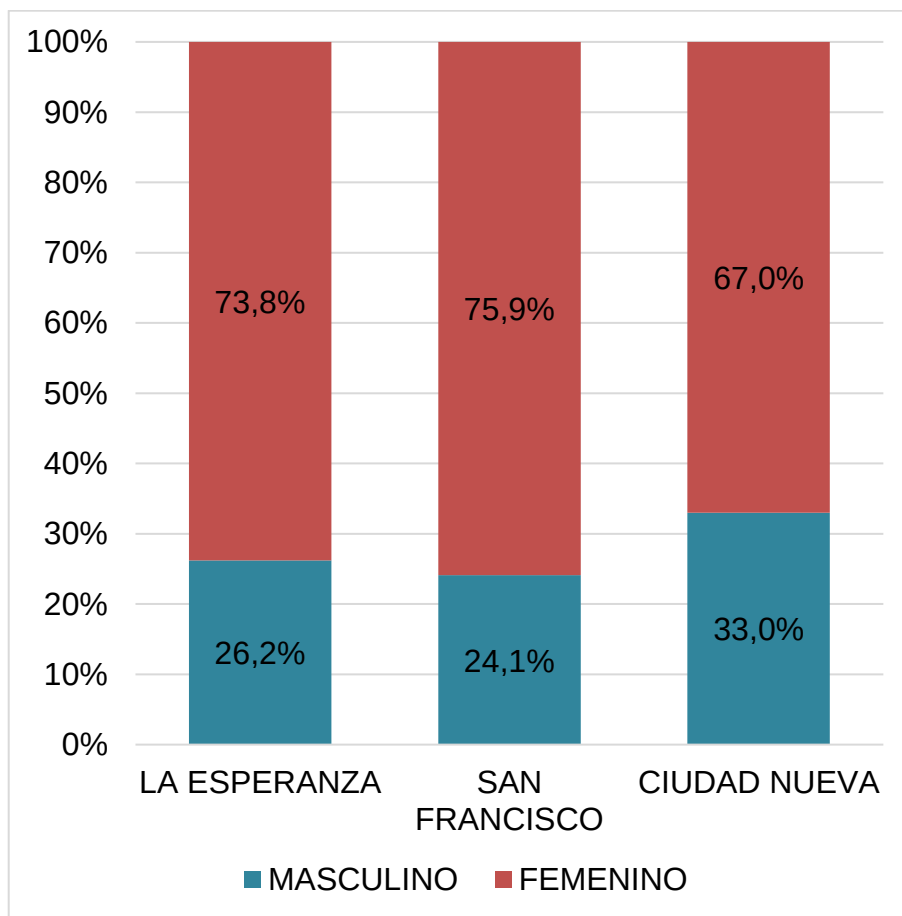
SEXO	LA ESPERANZA		SAN FRANCISCO		CIUDAD NUEVA	
	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	27	26,2	27	24,1	34	33,0
FEMENINO	76	73,8	85	75,9	69	67,0
TOTAL	103	100	112	100	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 3 se identifica el análisis comparativo de la distribución de los trabajadores según su sexo por centro de salud. Se constata un marcado fenómeno de feminización en el sector asistencial de manera transversal en toda la red, constituyendo el sexo femenino una mayoría abrumadora que representa el 73,8% (n=76) en La Esperanza, el 75,9% (n=85) en San Francisco y el 67,0% (n=69) en Ciudad Nueva. El personal masculino se mantiene en una proporción minoritaria que oscila restrictivamente entre el 24,1% y el 33,0% según cada dependencia asistencial.

GRÁFICO 03
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL PERSONAL DE SALUD
ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL
MINISTERIO DE SALUD, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°03

TABLA 04
ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN
CENTRO DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

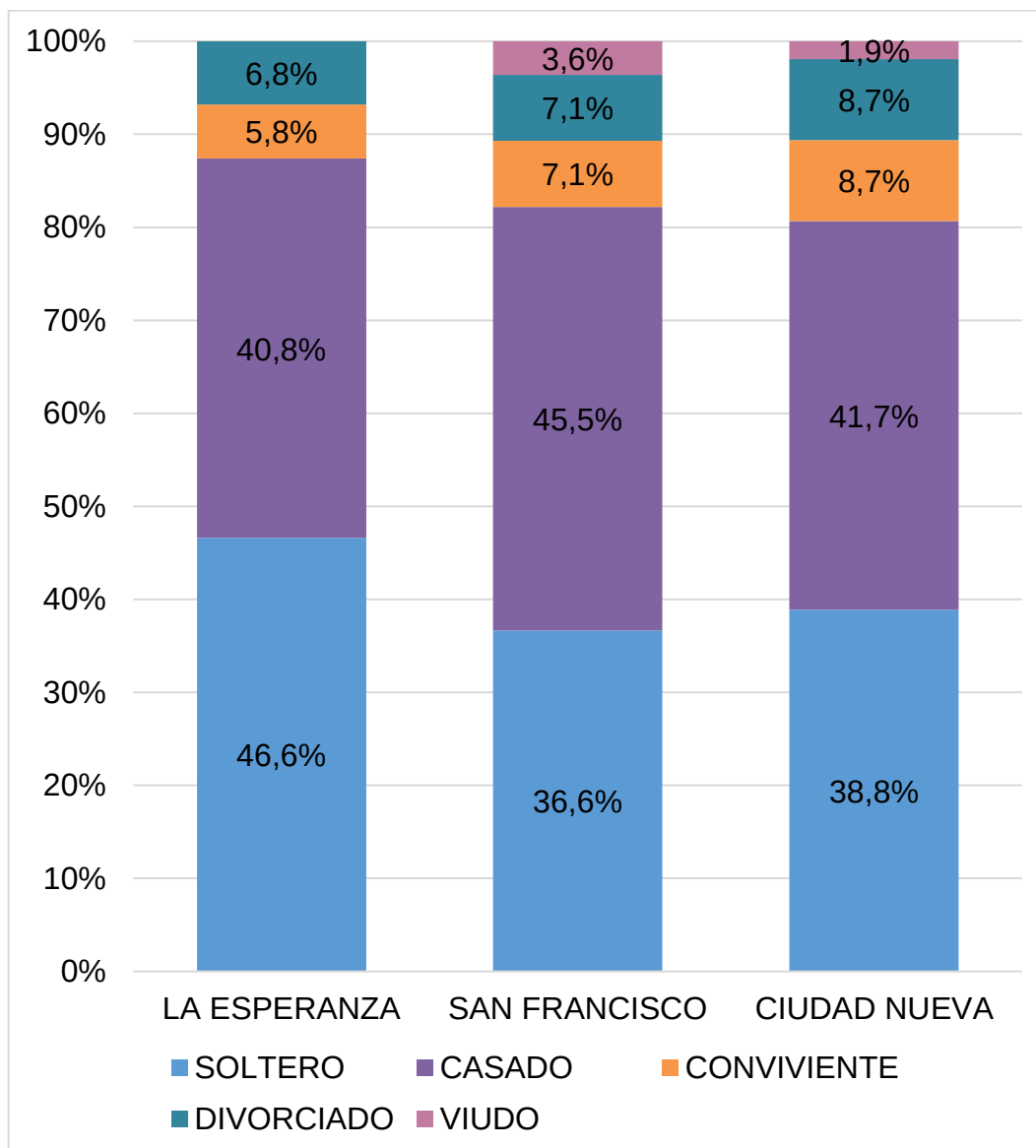
ESTADO CIVIL	CENTROS DE SALUD						TOTAL	
	LA ESPERANZA		SAN FRANCISCO		CIUDAD NUEVA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SOLTERO	48	46,6	41	36.6	40	38,8	129	40,6
CASADO	42	40,8	51	45.5	43	41,7	136	42,8
CONVIVIENTE	6	5,8	8	7.1	9	8,7	23	7,2
DIVORCIADO	7	6,8	8	7.1	9	8,7	24	7,5
VIUDO	0	0,0	4	3.6	2	1,9	6	1,9
TOTAL	103	100	112	100	103	100	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 4 se evidencia el análisis comparativo de la distribución del estado civil en el personal asistencial según el centro de salud de adscripción. Se constata una marcada concentración en torno a las categorías de casado y soltero, las cuales configuran los perfiles conyugales dominantes al representar el 42,8% y el 40,6% de la población total de la red, respectivamente. A nivel específico, la condición de soltero prevalece como la primera mayoría dentro del Centro de Salud La Esperanza (46,6%), mientras que el estado civil casado lidera las estructuras demográficas de los establecimientos de San Francisco (45,5%) y Ciudad Nueva (41,7%).

GRÁFICO 04
DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE
SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4
DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°02.

TABLA 05
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DEL PERSONAL DE SALUD
ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4 DEL
MINISTERIO DE SALUD, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

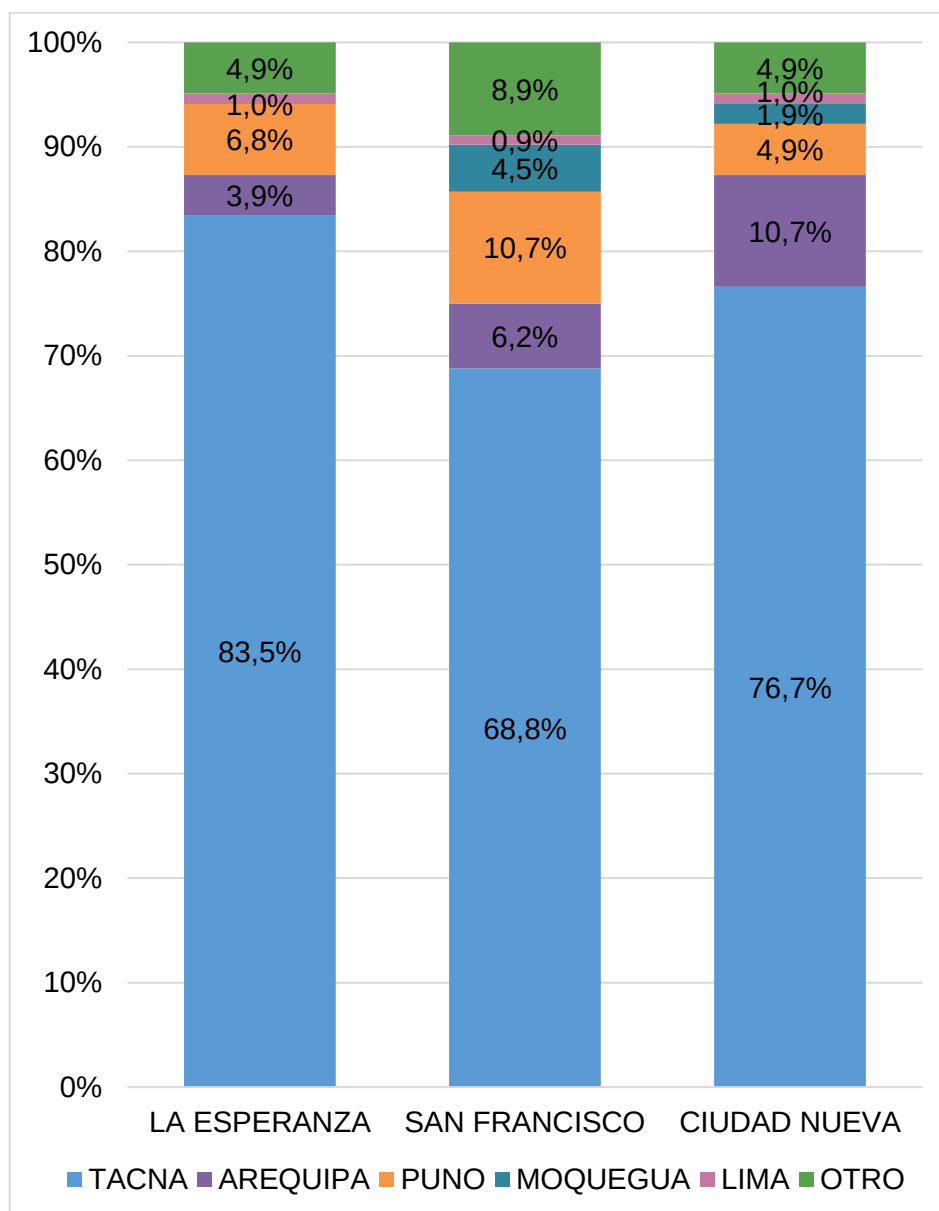
PROCEDENCIA	CENTROS DE SALUD						TOTAL	
	LA ESPERANZA		SAN FRANCISCO		CIUDAD NUEVA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
TACNA	86	83,5	77	68,8	79	76,7	242	76,1
AREQUIPA	4	3,9	7	6,2	11	10,7	22	6,9
PUNO	7	6,8	12	10,7	5	4,9	24	7,5
MOQUEGUA	0	0	5	4,5	2	1,9	7	2,2
LIMA	1	1	1	0,9	1	1	3	0,9
OTRO	5	4,9	10	8,9	5	4,9	20	6,3
TOTAL	103	100	112	100	103	100	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 5 se observa que la procedencia geográfica predominante del personal de salud asistencial corresponde a la región de Tacna (76,1%; n=242). Al comparar los establecimientos, La Esperanza presenta la mayor proporción de personal procedente de esta región (83,5%; n=86), seguida de Ciudad Nueva (76,7%; n=79) y San Francisco (68,8%; n=77). Asimismo, San Francisco concentra el mayor porcentaje de trabajadores procedentes de Puno (10,7%), Moquegua (4,5%) y de la categoría "Otro" (8,9%), mientras que Ciudad Nueva registra la mayor proporción de personal de Arequipa (10,7%).

GRÁFICO 05
DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DEL
PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO
DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD,
TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°05.

TABLA 06
GRUPOS ETARIOS SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL POR CENTRO DE SALUD I-4
DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

GRUPOS ETARIOS	SEXO EN CENTROS DE SALUD												TOTAL	
	LA ESPERANZA				SAN FRANCISCO				CIUDAD NUEVA					
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
20 A 30 AÑOS	2	7,4	8	10,5	0	0,0	5	5,9	5	14,7	3	4,3	23	7,2
31 A 40 AÑOS	11	40,7	16	21,1	8	29,6	21	24,7	6	17,6	16	23,2	78	24,5
41 A 50 AÑOS	7	25,9	22	28,9	12	44,4	17	20,0	7	20,6	18	26,1	83	26,1
51 A 60 AÑOS	7	25,9	20	26,3	3	11,1	30	35,3	10	29,4	21	30,4	91	28,6
MÁS DE 60 AÑOS	0	0,0	10	13,2	4	14,8	12	14,1	6	17,6	11	15,9	43	13,5
TOTAL	27	100	76	100	27	100	85	100	34	100	69	100	318	100

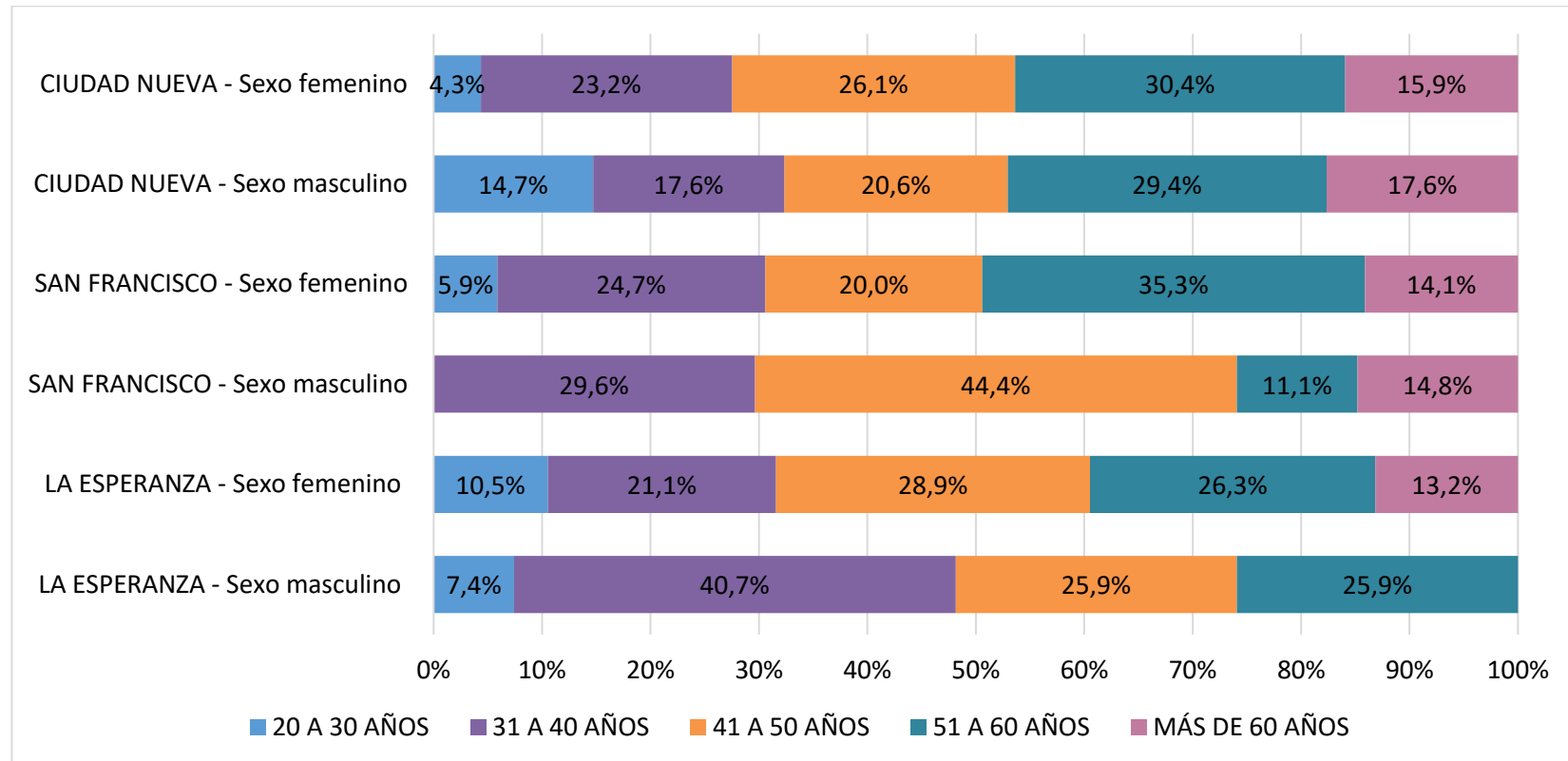
Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

Según la Tabla N.º 6, se presenta la distribución de los grupos etarios según sexo del personal de salud asistencial en los centros de salud La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva. En el sexo femenino, el grupo de 51 a 60 años registró la mayor proporción en San Francisco (35,3 %) y Ciudad Nueva (30,4 %), mientras que en La Esperanza predominó el grupo de 41 a 50 años (28,9 %). En el sexo masculino, la mayor proporción correspondió al grupo de 31 a 40 años en La Esperanza (40,7 %), al de 41 a 50 años en San Francisco (44,4 %) y al de 51 a 60 años en Ciudad Nueva (29,4 %). En la distribución total, el grupo de 51 a 60 años fue el más frecuente (28,6 %), seguido del grupo de 41 a 50 años (26,1 %); en contraste, el grupo de 20 a 30 años presentó la menor proporción (7,2 %). Asimismo, no se registraron trabajadores masculinos de 20 a 30 años en el Centro de Salud San Francisco.

GRÁFICO 06

GRUPOS ETARIOS SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°06

TABLA 07
PROFESIÓN U OCUPACIÓN ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE
SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

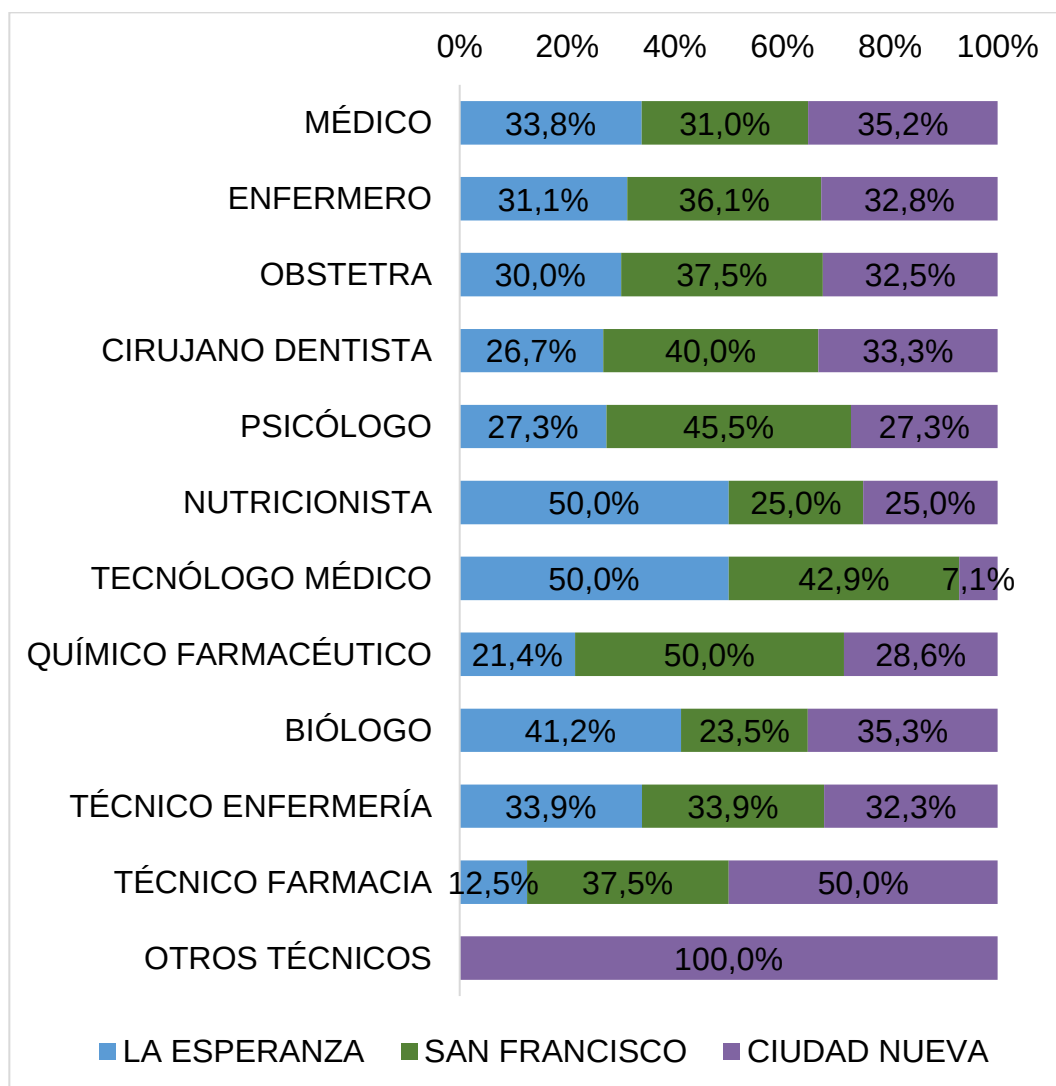
PROFESIÓN	CENTROS DE SALUD						TOTAL	
	LA ESPERANZA		SAN FRANCISCO		CIUDAD NUEVA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
MÉDICO	24	33,8	22	31,0	25	35,2	71	100
ENFERMERO	19	31,1	22	36,1	20	32,8	61	100
OBSTETRA	12	30,0	15	37,5	13	32,5	40	100
CIRUJANO DENTISTA	4	26,7	6	40,0	5	33,3	15	100
PSICÓLOGO	3	27,3	5	45,5	3	27,3	11	100
NUTRICIONISTA	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	100
TECNÓLOGO MÉDICO	7	50,0	6	42,9	1	7,1	14	100
QUÍMICO FARMACÉUTICO	3	21,4	7	50,0	4	28,6	14	100
BIÓLOGO	7	41,2	4	23,5	6	35,3	17	100
TÉCNICO ENFERMERÍA	21	33,9	21	33,9	20	32,3	62	100
TÉCNICO FARMACIA	1	12,5	3	37,5	4	50,0	8	100
OTROS TÉCNICOS	0	0,0	0	0,0	1	100	1	100
TOTAL	103	32,4	112	35,2	103	32,4	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 7 se presenta la distribución del personal de salud asistencial según profesión y establecimiento de salud. Se observa que los grupos profesionales con mayor número de trabajadores presentan una distribución relativamente homogénea entre los tres establecimientos. El personal médico (n=71) registró la mayor proporción en el Centro de Salud Ciudad Nueva (35,2 %), el personal de enfermería (n=61) en el Centro de Salud San Francisco (36,1 %) y los técnicos en enfermería (n=62) se distribuyeron en igual proporción entre los centros de salud La Esperanza y San Francisco (33,9% cada uno). Asimismo, el Centro de Salud San Francisco concentró las mayores proporciones de químicos farmacéuticos (50,0 %) y psicólogos (45,5 %), mientras que el Centro de Salud La Esperanza reunió al 50,0% de los nutricionistas y tecnólogos médicos de la red. En términos generales, el Centro de Salud San Francisco concentró la mayor proporción del personal asistencial (35,2 %), mientras que los centros de salud La Esperanza y Ciudad Nueva registraron una participación equivalente del 32,4% cada uno.

GRÁFICO 07
DISTRIBUCIÓN DE LA PROFESIÓN U OCUPACIÓN
ASISTENCIAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°07.

TABLA 08
TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL SEGÚN CENTROS DE
SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

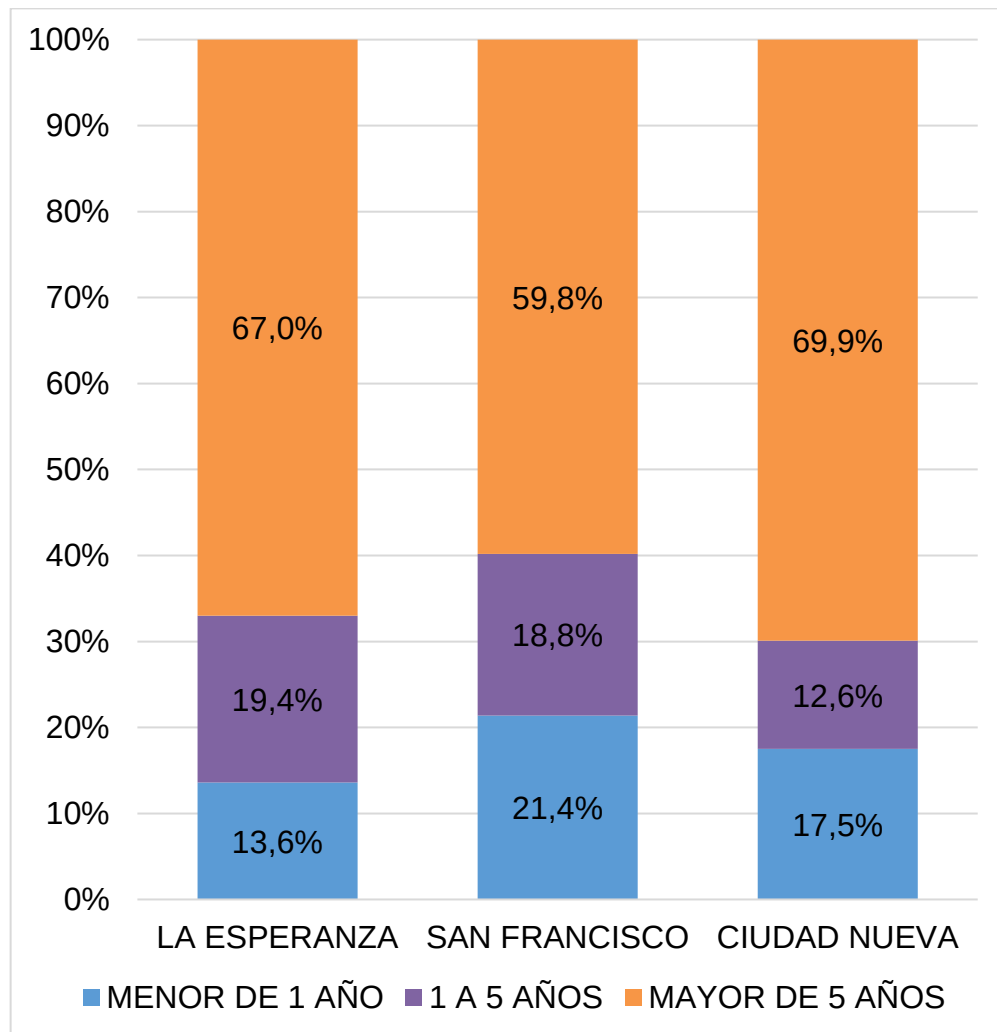
PERMANENCIA EN EL TIEMPO DE SERVICIO	CENTROS DE SALUD						TOTAL	
	LA ESPERANZA		SAN FRANCISCO		CIUDAD NUEVA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOR DE 1 AÑO	14	13,6	24	21,4	18	17,5	56	17,6
1 A 5 AÑOS	20	19,4	21	18,8	13	12,6	54	17
MAYOR DE 5 AÑOS	69	67	67	59,8	72	69,9	208	65,4
TOTAL	103	100	112	100	103	100	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 8 se observa que la mayoría del personal mantiene una permanencia prolongada en su centro actual, con 65,4% (n=208) con más de 5 años de servicio; al desagregar por centro, Ciudad Nueva presenta la mayor proporción de permanencia prolongada (69,9%), seguida por La Esperanza (67,0%), mientras que San Francisco registra la menor proporción en este grupo (59,8%) y, a la vez, la mayor proporción de ingresos recientes (<1 año: 21,4%). Además, Ciudad Nueva muestra la menor participación en el intervalo intermedio (1–5 años: 12,6%), lo que sugiere diferencias en la dinámica de rotación y estabilidad entre centros.

GRÁFICO 08
DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO
ACTUAL SEGÚN CENTROS DE SALUD I-4, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°08.

TABLA 09
ANTIGÜEDAD EN EL SECTOR SALUD SEGÚN CENTRO DE SALUD
I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026

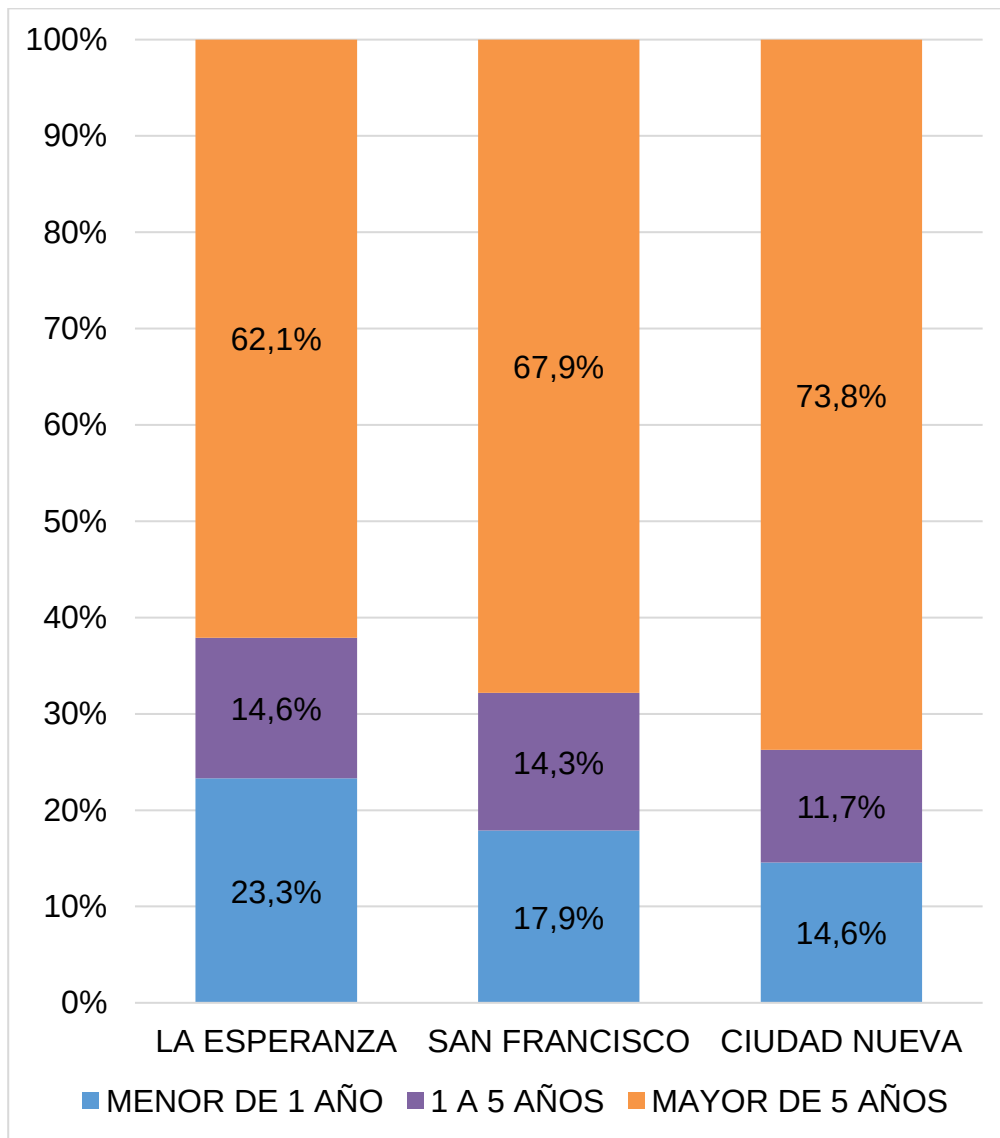
ANTIGÜEDAD EN EL SECTOR SALUD	CENTROS DE SALUD						TOTAL	
	LA ESPERANZA		SAN FRANCISCO		CIUDAD NUEVA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOR DE 5 AÑOS	24	23,3	20	17,9	15	14,6	59	18,6
5 A 10 AÑOS	15	14,6	16	14,3	12	11,7	43	13,5
MAYOR DE 10 AÑOS	64	62,1	76	67,9	76	73,8	216	67,9
TOTAL	103	100	112	100	103	100	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril-mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 9 se evidencia que la mayor parte del personal asistencial presenta una antigüedad prolongada en el sector salud, concentrándose en el grupo de más de 10 años que representa 67,9% (n=216) del total; al desagregar por centro, Ciudad Nueva muestra la mayor proporción de trabajadores con amplia trayectoria (73,8%), seguida de San Francisco (67,9%) y La Esperanza (62,1%). En contraste, la proporción de personal con menos de 5 años es relativamente baja en los tres establecimientos (18,6% en el total), aunque resulta más elevada en La Esperanza (23,3%), mientras que el grupo intermedio de 5 a 10 años mantiene participaciones similares entre centros, fluctuando entre 11,7% y 14,6%.

GRÁFICO 09
DISTRIBUCIÓN DE LA ANTIGÜEDAD EN EL SECTOR SALUD
SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°09.

TABLA 10
TIPO DE CONTRATO SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

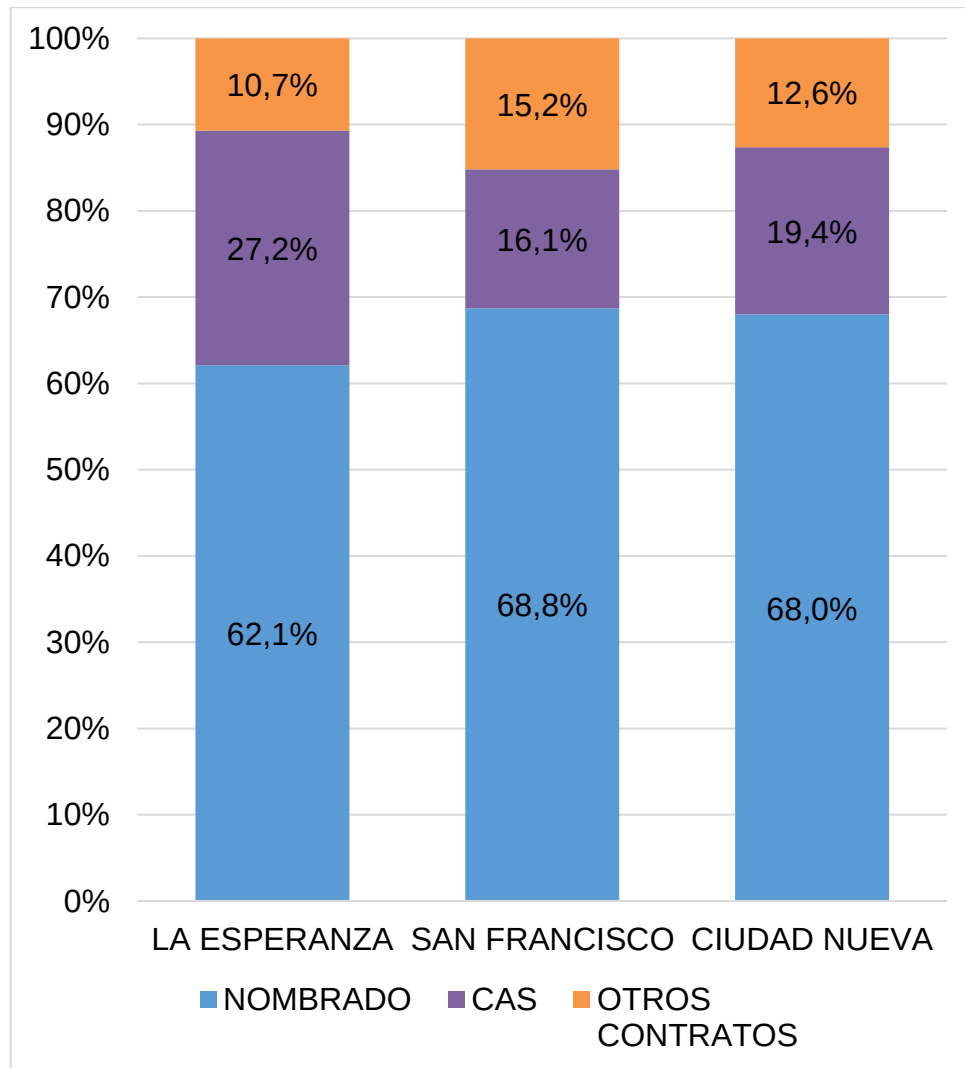
TIPO DE CONTRATO	CENTROS DE SALUD						TOTAL	
	LA ESPERANZA		SAN FRANCISCO		CIUDAD NUEVA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
NOMBRADO	64	62,1	77	68,8	70	68	211	66,4
CAS	28	27,2	18	16,1	20	19,4	66	20,8
OTROS CONTRATOS	11	10,7	17	15,2	13	12,6	41	12,9
TOTAL	103	100	112	100	103	100	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 10 se evidencia que la modalidad de contrato nombrado predomina en la muestra, representando 66,4% (n=211) del personal asistencial y presentando mayor frecuencia en San Francisco (68,8%) y Ciudad Nueva (68,0%), mientras que La Esperanza muestra una proporción similar (62,1%); la modalidad CAS constituye el segundo grupo más frecuente con 20,8% (n=66) y se aprecia una mayor presencia en La Esperanza (27,2%), y el conjunto de otros contratos alcanza 12,9% (n=41), siendo más notable en San Francisco (15,2%).

GRÁFICO 10
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE CONTRATO SEGÚN CENTRO DE
SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°10.

TABLA 11
INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

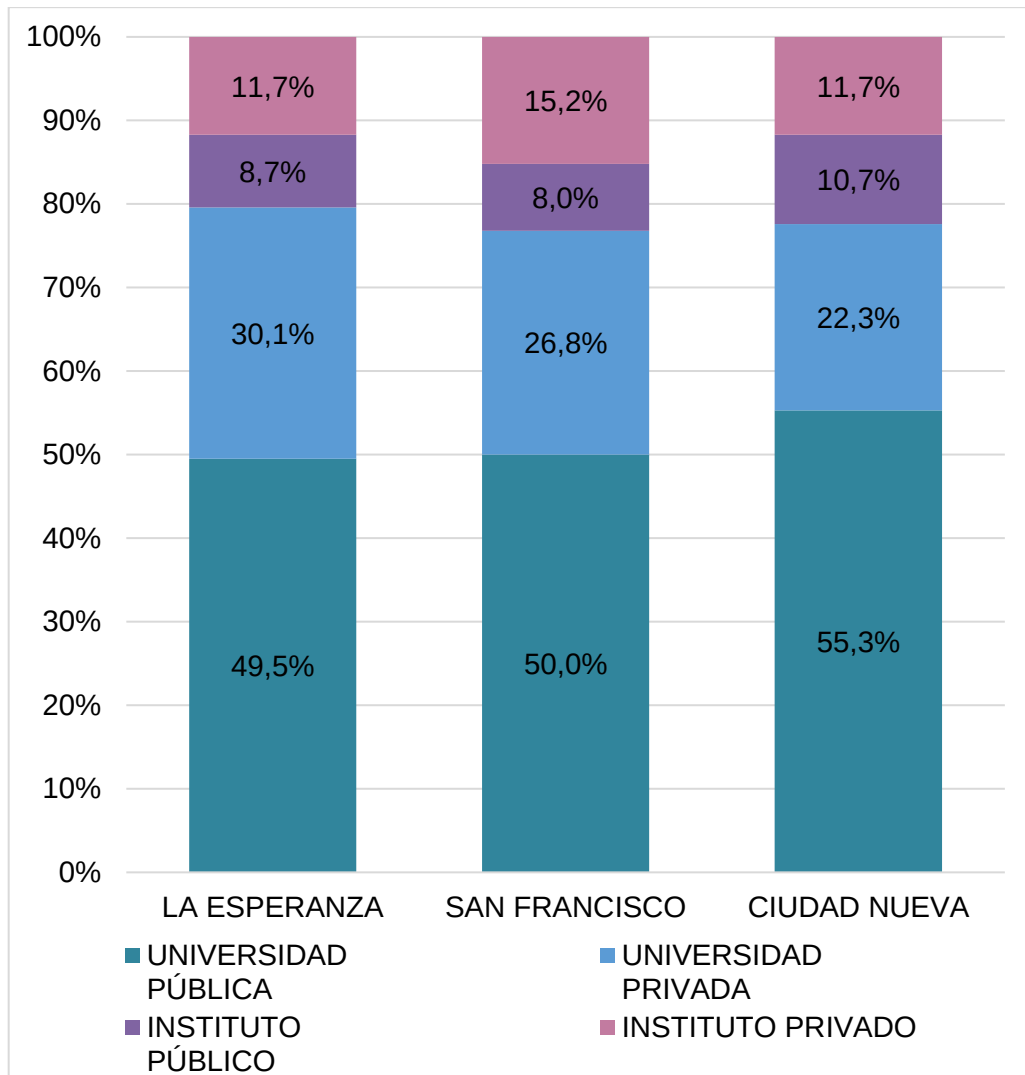
INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	CENTROS DE SALUD						TOTAL	
	LA ESPERANZA		SAN FRANCISCO		CIUDAD NUEVA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
UNIVERSIDAD PÚBLICA	51	49,5	56	50	57	55,3	164	51,6
UNIVERSIDAD PRIVADA	31	30,1	30	26,8	23	22,3	84	26,4
INSTITUTO PÚBLICO	9	8,7	9	8	11	10,7	29	9,1
INSTITUTO PRIVADO	12	11,7	17	15,2	12	11,7	41	12,9
TOTAL	103	100	112	100	103	100	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 11 se observa que la mayoría del personal asistencial proviene de universidades públicas, representando 51,6% (n=164) del total; esta tendencia se mantiene en los tres centros, con proporciones ligeramente superiores en Ciudad Nueva (55,3%) y San Francisco (50,0%) y una participación similar en La Esperanza (49,5%). La formación en universidades privadas constituye el segundo grupo más frecuente, con 26,4% (n=84), destacando una mayor presencia en La Esperanza (30,1%). La formación técnica mediante institutos públicos alcanza 9,1% (n=29) con distribución relativamente homogénea entre establecimientos, mientras que los institutos privados representan 12,9% (n=41), siendo más frecuentes en San Francisco (15,2%).

GRÁFICO 11
DISTRIBUCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN SEGÚN
CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°11.

TABLA 12
NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL EN LA POBLACIÓN TOTAL,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

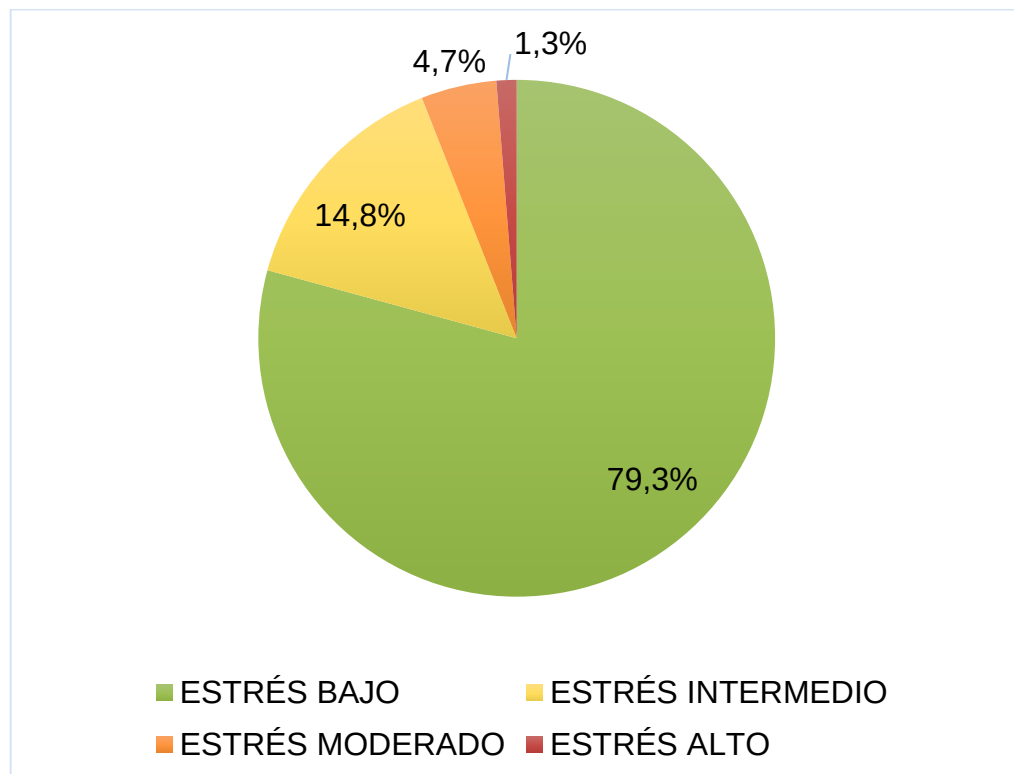
NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS	N	%	% ACUMULADO
ESTRÉS BAJO	252	79,2	79,2
ESTRÉS INTERMEDIO	47	14,8	94,0
ESTRÉS MODERADO	15	4,7	98,7
ESTRÉS ALTO	4	1,3	100
TOTAL	318	1000	–

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 12 se observa que la gran mayoría del personal presenta un nivel global de estrés bajo, alcanzando el 79,2% (n=252) de la población evaluada. Este hallazgo indica que, en general, el personal asistencial mantiene un adecuado manejo del estrés laboral. El estrés intermedio representa el 14,8% (n=47), estrés moderado (4,7%) y estrés alto (1,3%). En conjunto, solo el 6% del personal se ubica en nivel de estrés moderado - alto.

GRÁFICO 12
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL EN
LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°12.

TABLA 13
NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN CENTRO DE SALUD
I – 4, TACNA, ABRIL – MAYO 2026

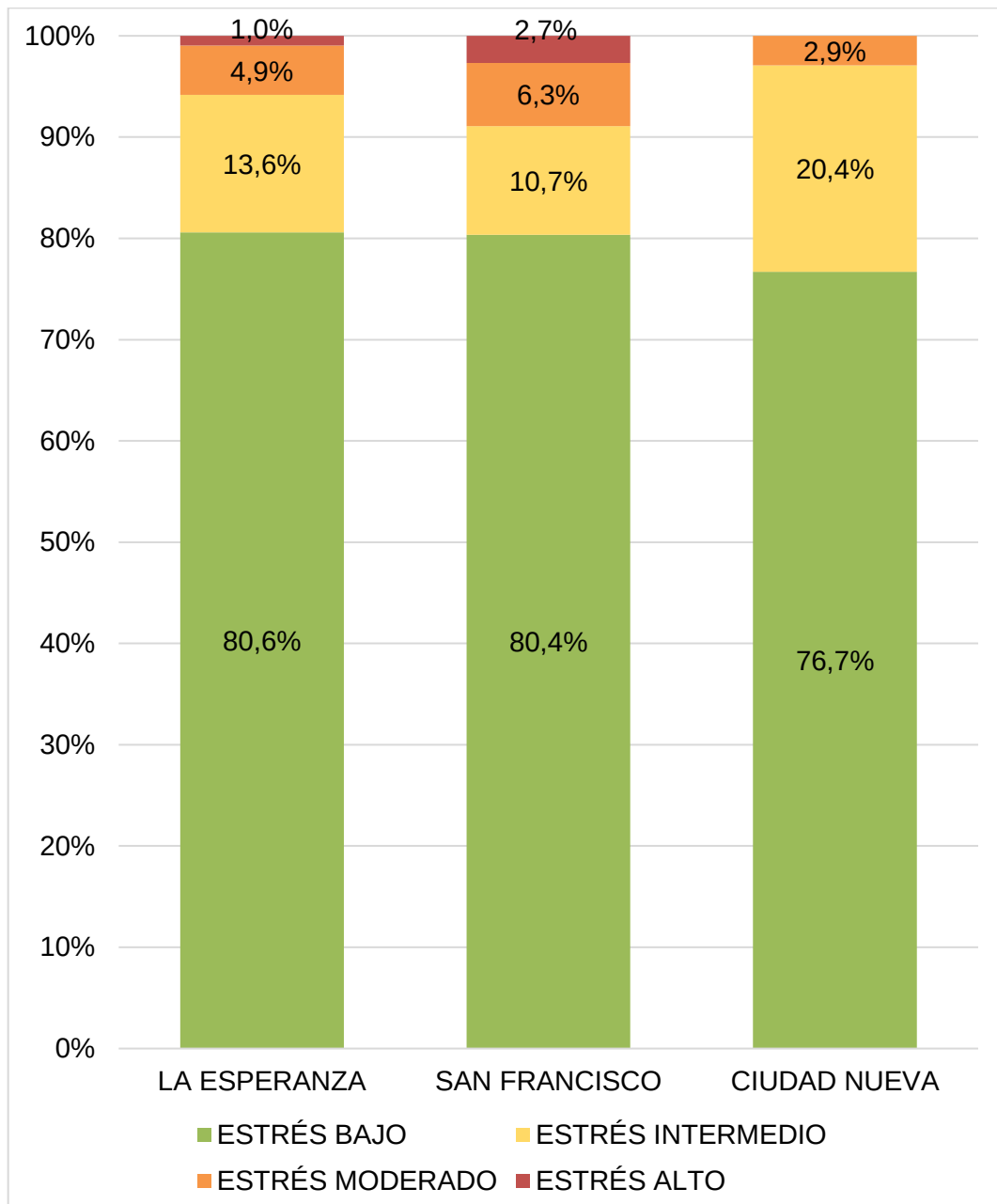
CENTROS DE SALUD	NIVEL DE ESTRÉS LABORAL								TOTAL	
	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LA ESPERANZA	83	80,6	14	13,6	5	4,9	1	1,0	103	100
SAN FRANCISCO	90	80,4	12	10,7	7	6,3	3	2,7	112	100
CIUDAD NUEVA	79	76,7	21	20,4	3	2,9	0	0,0	103	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril-mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 13 se observa que el estrés bajo es el nivel predominante en el personal de salud asistencial de los tres centros de salud I-4, representando el 79,2% (n=252) del total de participantes. En menor proporción se presentan el estrés intermedio (14,8%; n=47), el estrés moderado (4,7%; n=15) y el estrés alto (1,3%; n=4). Al comparar los establecimientos, La Esperanza (80,6%) y San Francisco (80,4%) muestran las mayores proporciones de personal con estrés bajo, mientras que Ciudad Nueva registra la mayor frecuencia de estrés intermedio (20,4%). Asimismo, San Francisco presenta los porcentajes más elevados de estrés moderado (6,3%) y estrés alto (2,7%), en tanto que Ciudad Nueva no reporta casos de estrés alto.

GRÁFICO 13
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL
SEGÚN CENTRO DE SALUD I – 4, TACNA,
ABRIL – MAYO 2026



Fuente: Tabla N°13.

TABLA 14
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN DIMENSIONES DEL
CUESTIONARIO OIT/OMS EN LA POBLACIÓN TOTAL,
TACNA, ABRIL – MAYO 2026

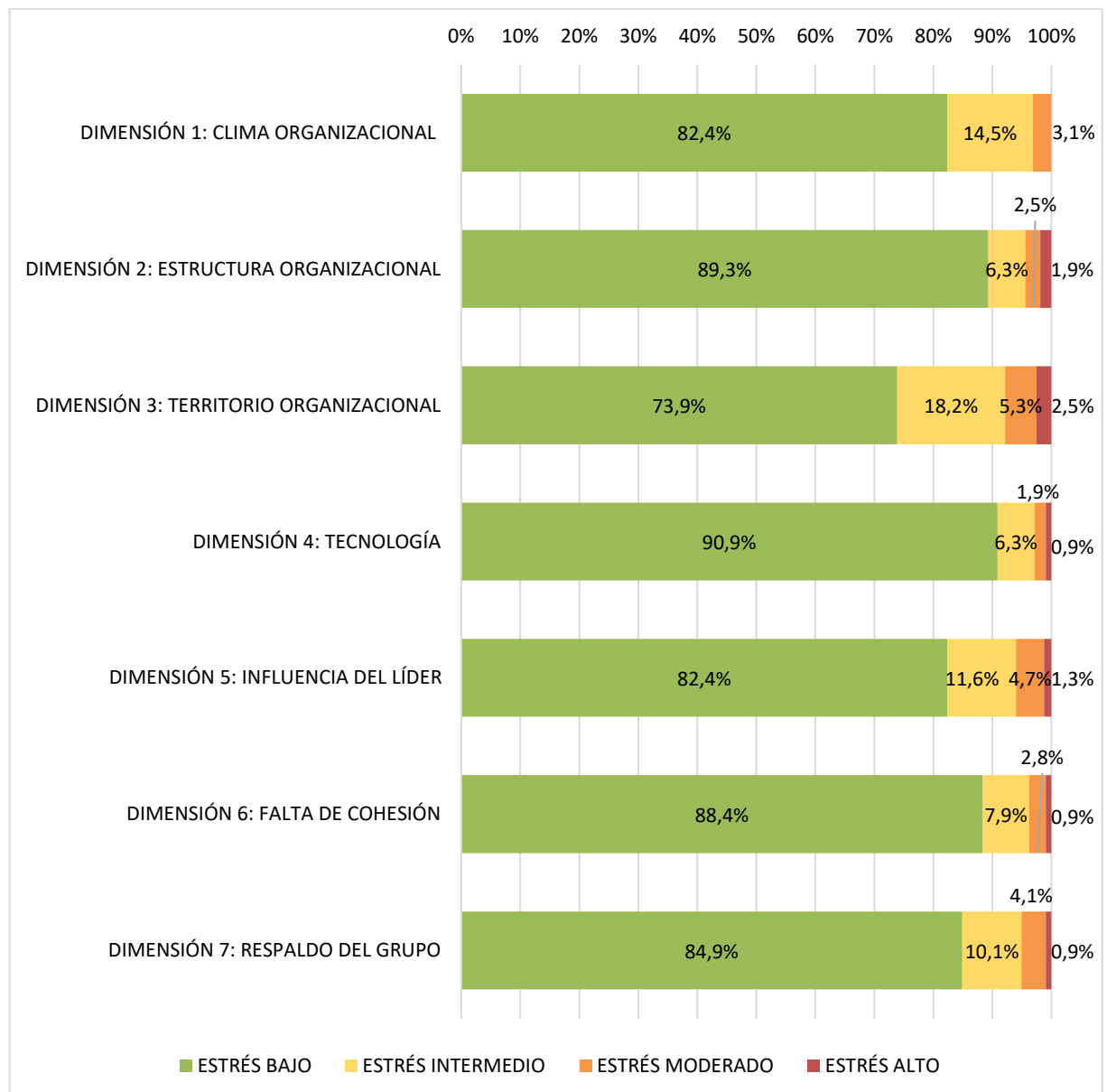
DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO OIT/OMS	NIVEL DE ESTRÉS LABORAL								TOTAL	
	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DIMENSIÓN 1: CLIMA	262	82,4	46	14,5	10	3,1	0	0,0	318	100
ORGANIZACIONAL										
DIMENSIÓN 2: ESTRUCTURA	284	89,3	20	6,3	8	2,5	6	1,9	318	100
ORGANIZACIONAL										
DIMENSIÓN 3: TERRITORIO	235	73,9	58	18,2	17	5,3	8	2,5	318	100
ORGANIZACIONAL										
DIMENSIÓN 4: TECNOLOGÍA	289	90,9	20	6,3	6	1,9	3	0,9	318	100
DIMENSIÓN 5: INFLUENCIA DEL LÍDER	262	82,4	37	11,6	15	4,7	4	1,3	318	100
DIMENSIÓN 6: FALTA DE COHESIÓN	281	88,4	25	7,9	9	2,8	3	0,9	318	100
DIMENSIÓN 7: RESPALDO DEL GRUPO	270	84,9	32	10,1	13	4,1	3	0,9	318	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril-mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N.º 14 se observa que el estrés bajo predomina tanto en el nivel global como en las siete dimensiones del Cuestionario de Estrés Laboral OIT/OMS. La mayor proporción de estrés bajo se registra en la Dimensión 4: Tecnología (90,9%; n=289), seguida de la Dimensión 2: Estructura organizacional (89,3%; n=284) y la Dimensión 6: Falta de cohesión (88,4%; n=281). Por otro lado, la Dimensión 3: Territorio organizacional presenta la menor proporción de estrés bajo (73,9%; n=235) y las mayores frecuencias de estrés intermedio (18,2%; n=58), estrés moderado (5,3%; n=17) y estrés alto (2,5%; n=8). En el nivel global, el 79,2% (n=252) del personal presentó estrés bajo, mientras que el 14,8% (n=47), 4,7% (n=15) y 1,3% (n=4) correspondieron a los niveles de estrés intermedio, moderado y alto, respectivamente.

GRÁFICO 14
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO OIT/OMS
EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA,
ABRIL – MAYO 2026



Fuente: Tabla N°14.

TABLA 15
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 1: CLIMA
ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE SALUD,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

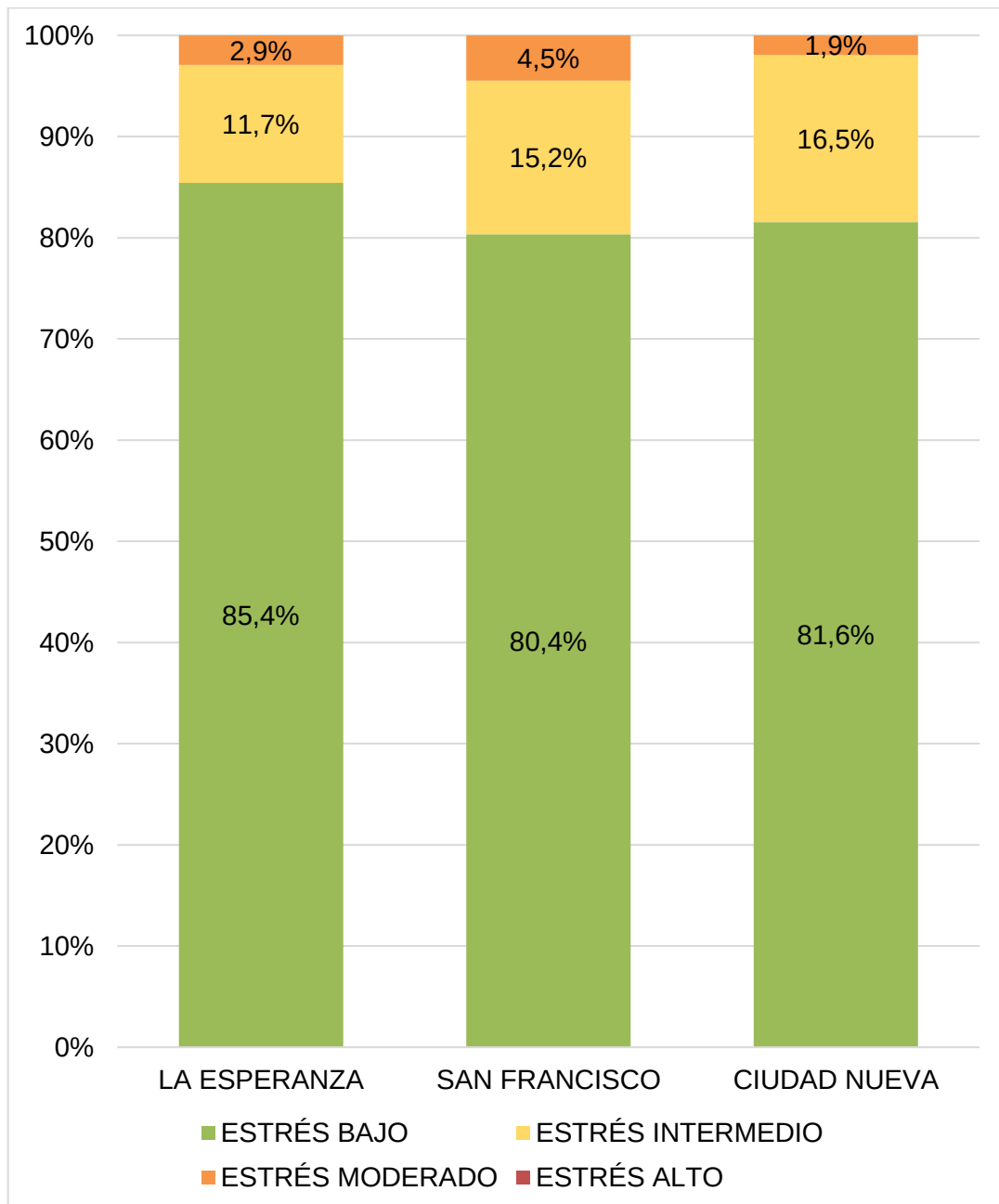
CENTROS DE SALUD	NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 1: CLIMA ORGANIZACIONAL								TOTAL	
	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LA ESPERANZA	88	85,4	12	11,7	3	2,9	0	0,0	103	100
SAN FRANCISCO	90	80,4	17	15,2	5	4,5	0	0,0	112	100
CIUDAD NUEVA	84	81,6	17	16,5	2	1,9	0	0,0	103	100
TOTAL	262	82,4	46	14,5	10	3,1	0	0,0	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 15 se observa que el estrés bajo predomina en la dimensión 1: clima organizacional en los tres centros de salud, representando el 82,4% (n=262) del total de participantes. En menor proporción se presentan el estrés intermedio (14,5%; n=46) y el estrés moderado (3,1%; n=10), sin registrarse casos de estrés alto. Al comparar los establecimientos, La Esperanza presenta la mayor proporción de personal con estrés bajo (85,4%), mientras que Ciudad Nueva registra el mayor porcentaje de estrés intermedio (16,5%) y San Francisco la mayor proporción de estrés moderado (4,5%).

GRÁFICO 15
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 1:
CLIMA ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE
SALUD, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°15.

TABLA 16
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 2: ESTRUCTURA
ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4,
TACNA, ABRIL-MAYO 2026

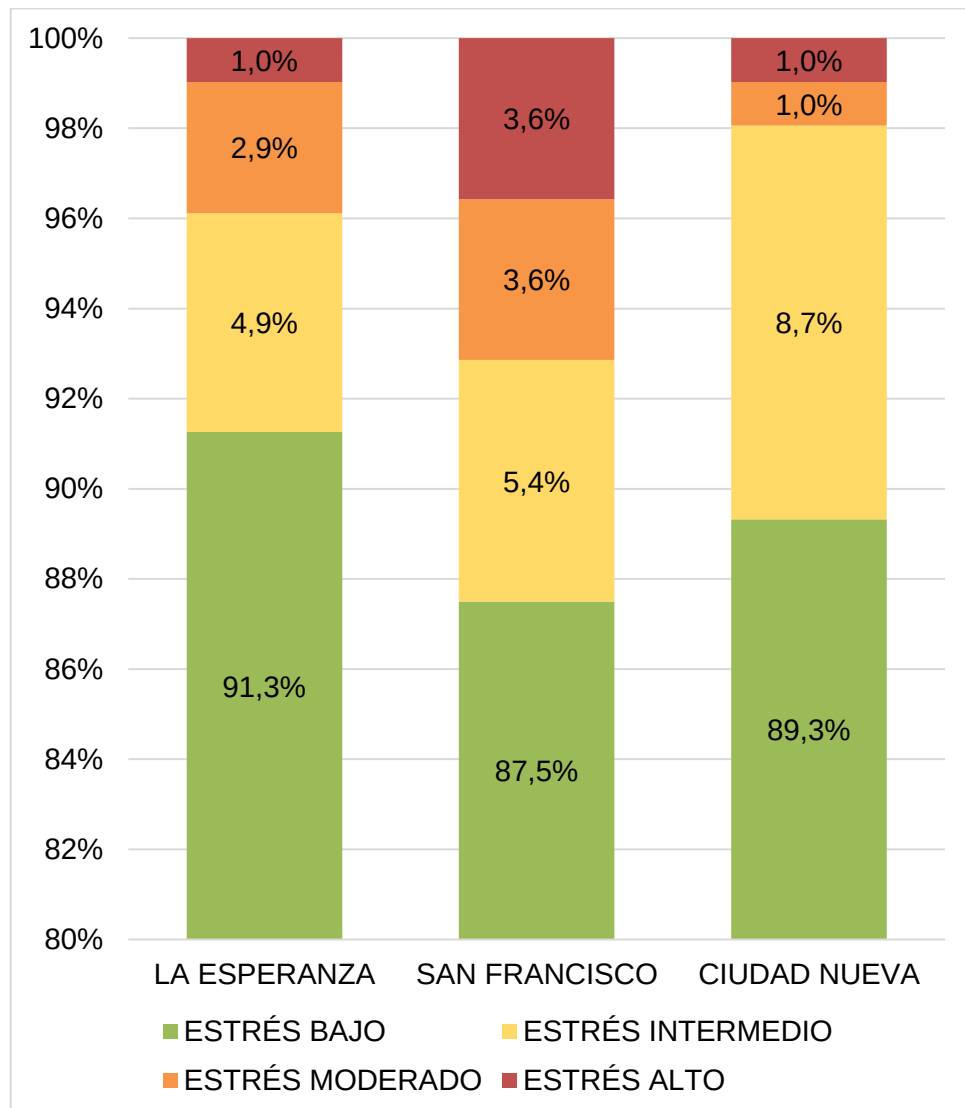
CENTROS DE SALUD	NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 2: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL								TOTAL	
	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LA ESPERANZA	94	91,3	5	4,9	3	2,9	1	1,0	103	100
SAN FRANCISCO	98	87,5	6	5,4	4	3,6	4	3,6	112	100
CIUDAD NUEVA	92	89,3	9	8,7	1	1,0	1	1,0	103	100
TOTAL	284	89,3	20	6,3	8	2,5	6	1,9	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril-mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 16 se observa que el estrés bajo predomina en la dimensión 2: estructura organizacional en los tres centros de salud, representando el 89,3% (n=284) del total de participantes. En menor proporción se presentan el estrés intermedio (6,3%; n=20), el estrés moderado (2,5%; n=8) y el estrés alto (1,9%; n=6). Al comparar los establecimientos, La Esperanza presenta la mayor proporción de personal con estrés bajo (91,3%), Ciudad Nueva registra el mayor porcentaje de estrés intermedio (8,7%), mientras que San Francisco concentra la mayor proporción de estrés moderado (3,6%) y estrés alto (3,6%).

GRÁFICO 16
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 2:
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO
DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°16.

TABLA 17
NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 3: TERRITORIO
ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4,
TACNA, ABRIL-MAYO 2026

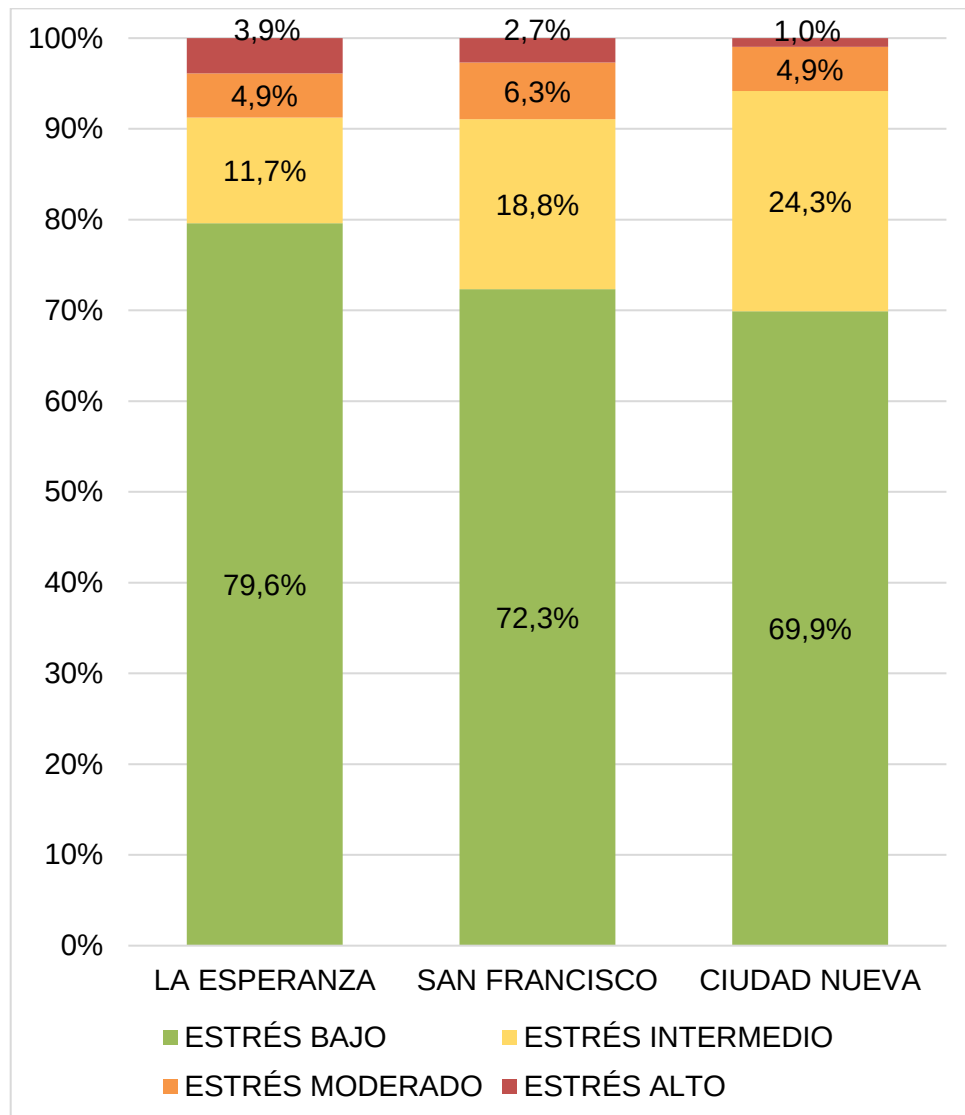
CENTROS DE SALUD	NIVEL DE ESTRÉS LABORALEN LA DIMENSIÓN 3: TERRITORIO ORGANIZACIONAL								TOTAL	
	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LA ESPERANZA	82	79,6	12	11,7	5	4,9	4	3,9	103	100
SAN FRANCISCO	81	72,3	21	18,8	7	6,3	3	2,7	112	100
CIUDAD NUEVA	72	69,9	25	24,3	5	4,9	1	1,0	103	100
TOTAL	235	73,9	58	18,2	17	5,3	8	2,5	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril-mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 17 se observa que el estrés bajo predomina en la dimensión 3: territorio organizacional en los tres centros de salud, representando el 73,9% (n=235) del total de participantes. En menor proporción se presentan el estrés intermedio (18,2%; n=58), el estrés moderado (5,3%; n=17) y el estrés alto (2,5%; n=8). Al comparar los establecimientos, La Esperanza presenta la mayor proporción de personal con estrés bajo (79,6%) y de estrés alto (3,9%), Ciudad Nueva registra el mayor porcentaje de estrés intermedio (24,3%), mientras que San Francisco concentra la mayor proporción de estrés moderado (6,3%).

GRÁFICO 17
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 3:
TERRITORIO ORGANIZACIONAL SEGÚN CENTRO DE
SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°17.

TABLA 18
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 4: TECNOLOGÍA
SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026

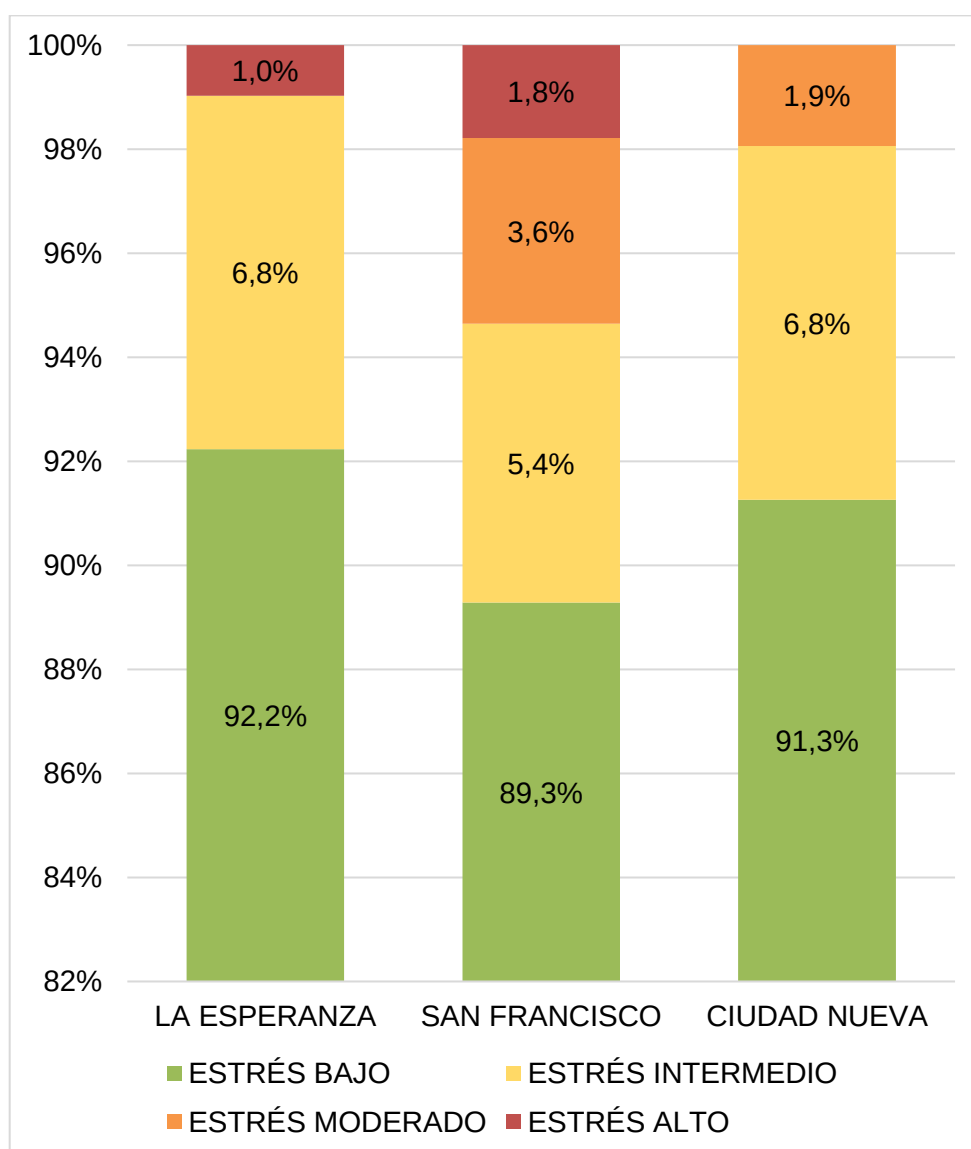
CENTROS DE SALUD	NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 4: TECNOLOGÍA								TOTAL	
	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LA ESPERANZA	95	92,2	7	6,8	0	0,0	1	1,0	103	100
SAN FRANCISCO	100	89,3	6	5,4	4	3,6	2	1,8	112	100
CIUDAD NUEVA	94	91,3	7	6,8	2	1,9	0	0,0	103	100
TOTAL	289	90,9	20	6,3	6	1,9	3	0,9	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril-mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 18 se observa que el estrés bajo predomina en la dimensión 4: tecnología en los tres centros de salud, representando el 90,9% (n=289) del total de participantes. En menor proporción se presentan el estrés intermedio (6,3%; n=20), el estrés moderado (1,9%; n=6) y el estrés alto (0,9%; n=3). Al comparar los establecimientos, La Esperanza presenta la mayor proporción de personal con estrés bajo (92,2%) y de estrés alto (1,0%), Ciudad Nueva registra el mayor porcentaje de estrés intermedio (6,8%), compartiendo esta misma proporción con La Esperanza, mientras que San Francisco concentra la mayor proporción de estrés moderado (3,6%).

GRÁFICO 18
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA
DIMENSIÓN 4: TECNOLOGÍA SEGÚN CENTRO DE
SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°18.

TABLA 19
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 5: INFLUENCIA DEL
LÍDER, SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026

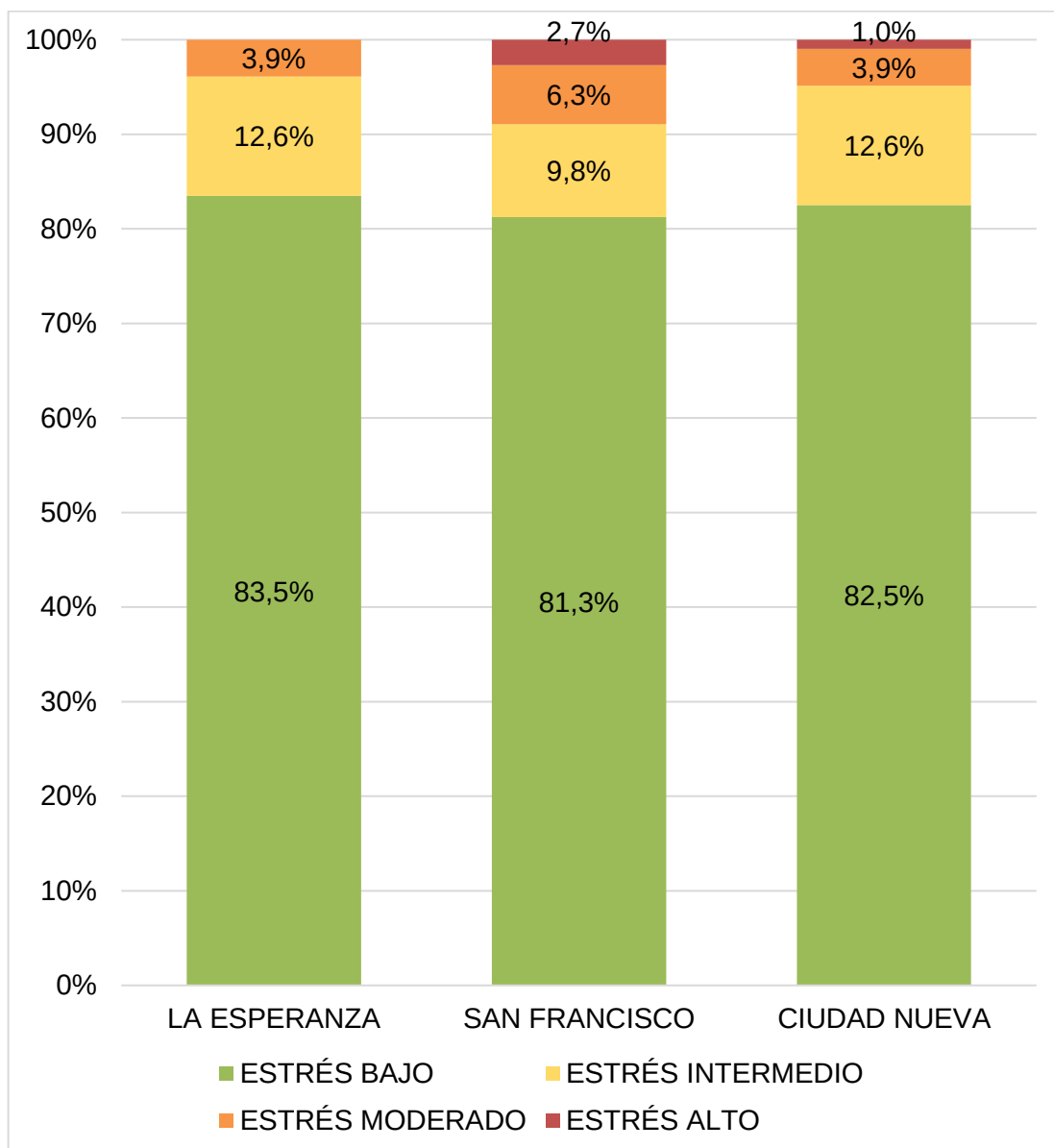
CENTROS DE SALUD	NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 5: INFLUENCIA DEL LÍDER								TOTAL	
	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LA ESPERANZA	86	83,5	13	12,6	4	3,9	0	0,0	103	100
SAN FRANCISCO	91	81,3	11	9,8	7	6,3	3	2,7	112	100
CIUDAD NUEVA	85	82,5	13	12,6	4	3,9	1	1,0	103	100
TOTAL	262	82,4	37	11,6	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril-mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 19 se observa que el estrés bajo predomina en la dimensión 5: influencia del líder en los tres centros de salud, representando el 82,4% (n=262) del total de participantes. En menor proporción se presentan el estrés intermedio (11,6%; n=37), el estrés moderado (4,7%; n=15) y el estrés alto (1,3%; n=4). Al comparar los establecimientos, La Esperanza presenta la mayor proporción de personal con estrés bajo (83,5%), compartiendo con Ciudad Nueva el mayor porcentaje de estrés intermedio (12,6%), mientras que San Francisco concentra la mayor proporción de estrés moderado (6,3%) y de estrés alto (2,7%).

GRÁFICO 19
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA
DIMENSIÓN 5: INFLUENCIA DEL LÍDER, SEGÚN
CENTRO DE SALUD I-4, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°19.

TABLA 20
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 6: FALTA DE
COHESIÓN DEL GRUPO, SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4,
TACNA, ABRIL-MAYO 2026

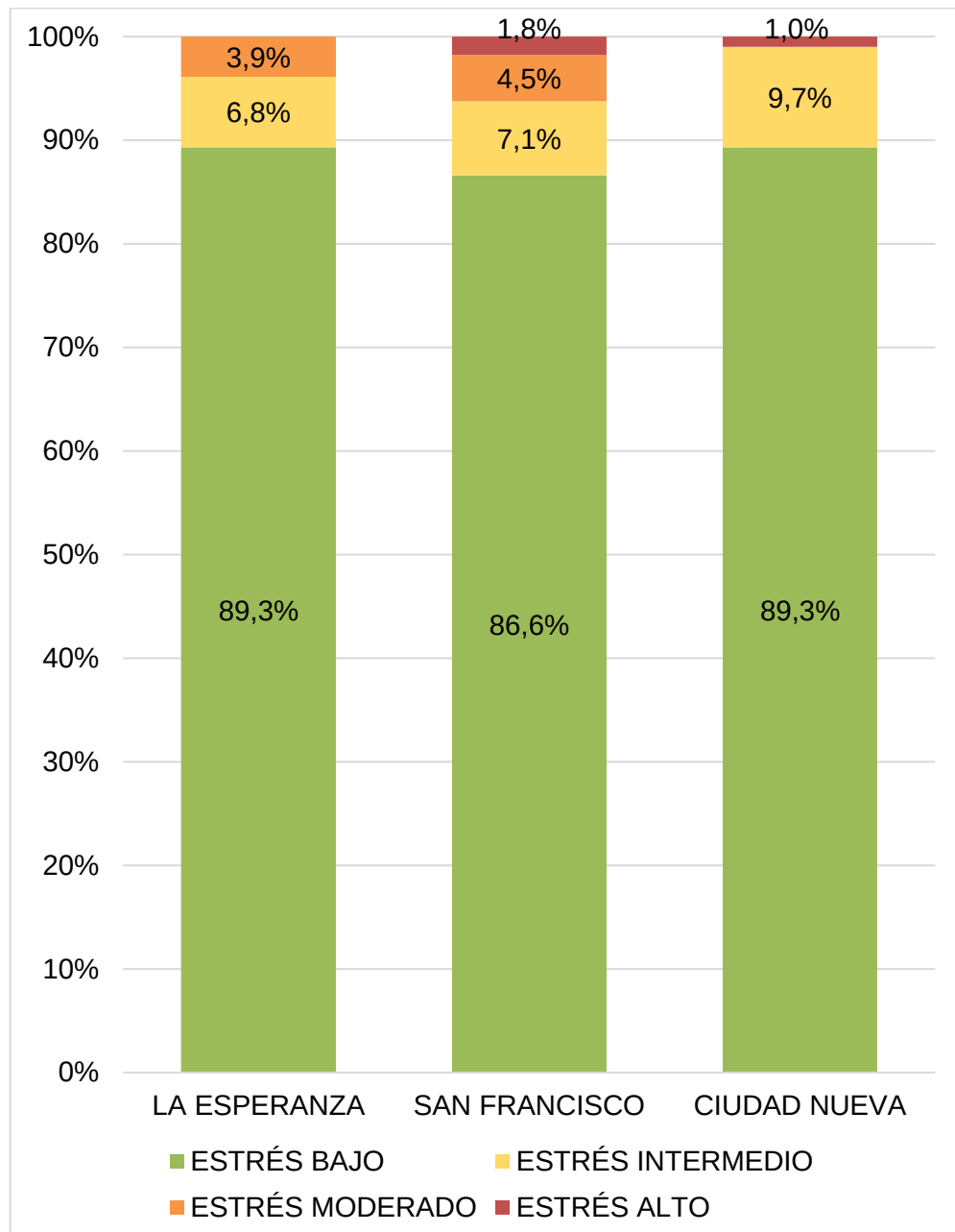
CENTROS DE SALUD	NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 6: FALTA DE COHESIÓN DEL GRUPO								TOTAL	
	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LA ESPERANZA	92	89,3	7	6,8	4	3,9	0	0,0	103	100
SAN FRANCISCO	97	86,6	8	7,1	5	4,5	2	1,8	112	100
CIUDAD NUEVA	92	89,3	10	9,7	0	0,0	1	1,0	103	100
TOTAL	281	88,4	25	7,9	9	2,8	3	0,9	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril-mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 20 se observa que el estrés bajo predomina en la dimensión 6: falta de cohesión del grupo en los tres centros de salud, representando el 88,4% (n=281) del total de participantes. En menor proporción se presentan el estrés intermedio (7,9%; n=25), el estrés moderado (2,8%; n=9) y el estrés alto (0,9%; n=3). Al comparar los establecimientos, La Esperanza y Ciudad Nueva presentan la mayor proporción de personal con estrés bajo (89,3% cada uno), Ciudad Nueva registra el mayor porcentaje de estrés intermedio (9,7%), mientras que San Francisco concentra la mayor proporción de estrés moderado (4,5%) y de estrés alto (1,8%).

GRÁFICO 20
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 6:
FALTA DE COHESIÓN DEL GRUPO, SEGÚN CENTRO DE
SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°20.

TABLA 21
NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 7: RESPALDO DEL GRUPO,
SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026

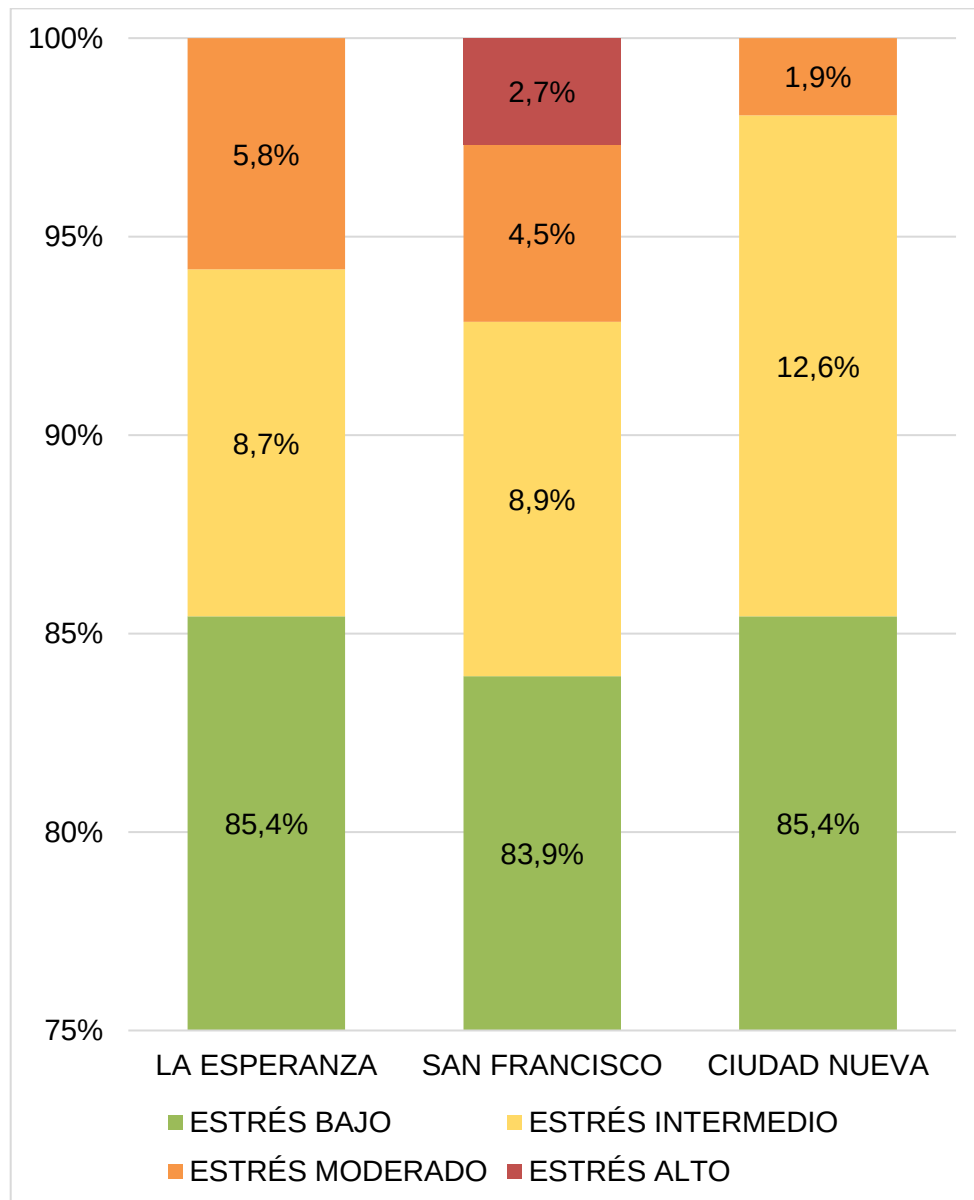
CENTROS DE SALUD	NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN LA DIMENSIÓN 7: RESPALDO DEL GRUPO								TOTAL	
	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LA ESPERANZA	88	85,4	9	8,7	6	5,8	0	0,0	103	100
SAN FRANCISCO	94	83,9	10	8,9	5	4,5	3	2,7	112	100
CIUDAD NUEVA	88	85,4	13	12,6	2	1,9	0	0,0	103	100
TOTAL	270	84,9	32	10,1	13	4,1	3	0,9	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril-mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 21 se aprecia que el estrés bajo predomina en la dimensión 7: respaldo del grupo en los tres centros de salud, alcanzando el 84,9% (n=270) del total de participantes. En menor proporción se observa el estrés intermedio (10,1%; n=32), seguido del estrés moderado (4,1%; n=13) y el estrés alto (0,9%; n=3). Al comparar los establecimientos, La Esperanza y Ciudad Nueva presentan la misma proporción de personal con estrés bajo (85,4%), mientras que San Francisco registra el mayor porcentaje de estrés alto (2,7%) y Ciudad Nueva la mayor proporción de estrés intermedio (12,6%).

GRÁFICO 21
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN 7:
RESPALDO DEL GRUPO, SEGÚN CENTRO DE SALUD I-4,
TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°21.

TABLA 22
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS A NIVEL
DE LOS CENTROS DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

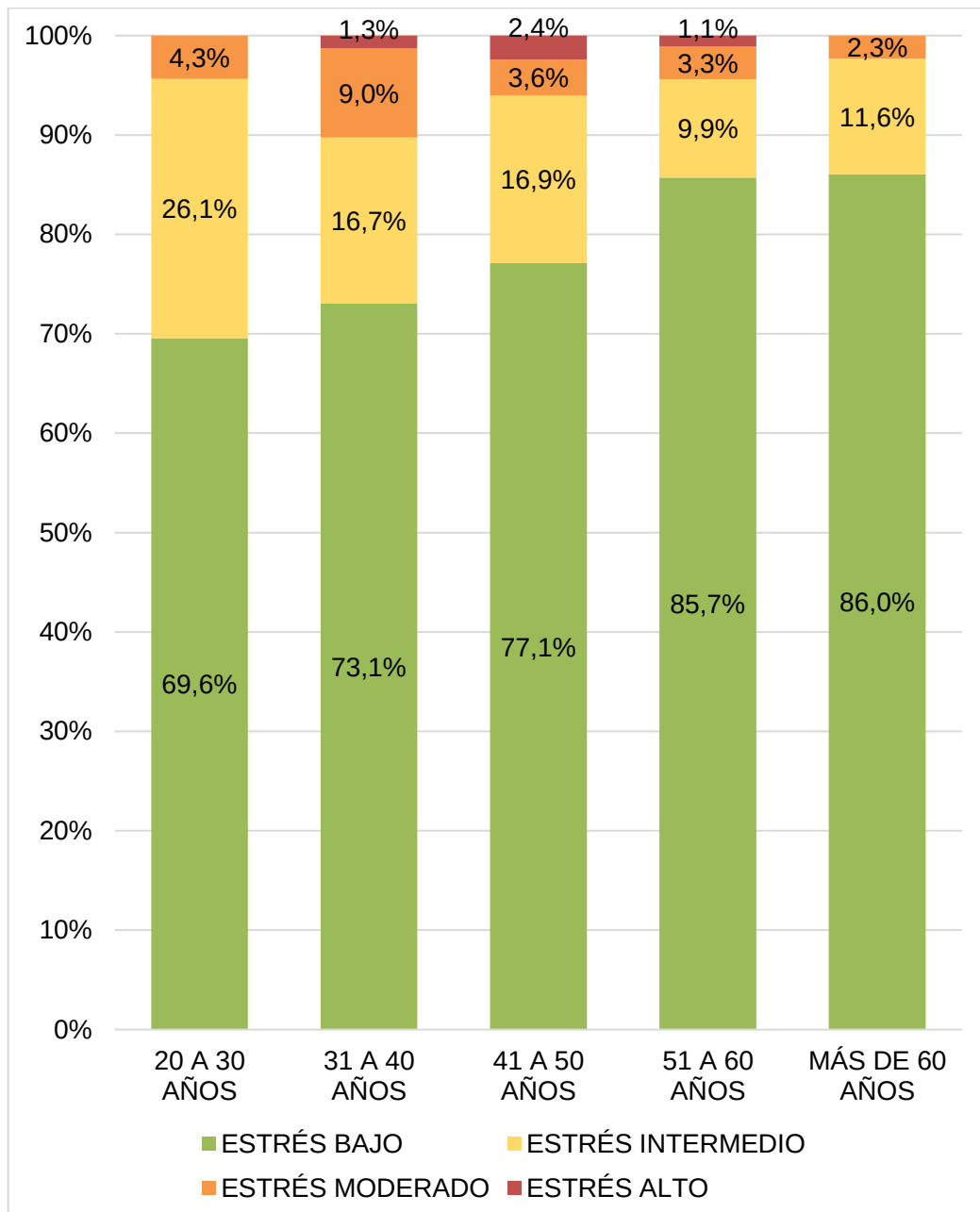
RANGOS DE EDAD CRONOLÓGICA	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20 A 30 AÑOS	16	69,6	6	26,1	1	4,3	0	0,0	23	100
31 A 40 AÑOS	57	73,1	13	16,7	7	9,0	1	1,3	78	100
41 A 50 AÑOS	64	77,1	14	16,9	3	3,6	2	2,4	83	100
51 A 60 AÑOS	78	85,7	9	9,9	3	3,3	1	1,1	91	100
MÁS DE 60 AÑOS	37	86,0	5	11,6	1	2,3	0	0,0	43	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 22 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en el personal a nivel de los centros de salud I-4 (79,2%, n=252), alcanzando su mayor proporción en los trabajadores mayores de 60 años (86,0%). El estrés intermedio (14,8%, n=47) registra su mayor impacto relativo en el grupo de 20 a 30 años (26,1%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,7% (n=15) y se manifiesta con mayor peso porcentual en el segmento de 31 a 40 años (9,0%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia (1,3%, n=4), concentrándose principalmente en el rango de 41 a 50 años (2,4%).

GRÁFICO 22
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
GRUPOS ETARIOS A NIVEL DE LOS CENTROS DE
SALUD I-4, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°22.

TABLA 23
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO A NIVEL DE LOS
CENTROS DE SALUD I-4, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

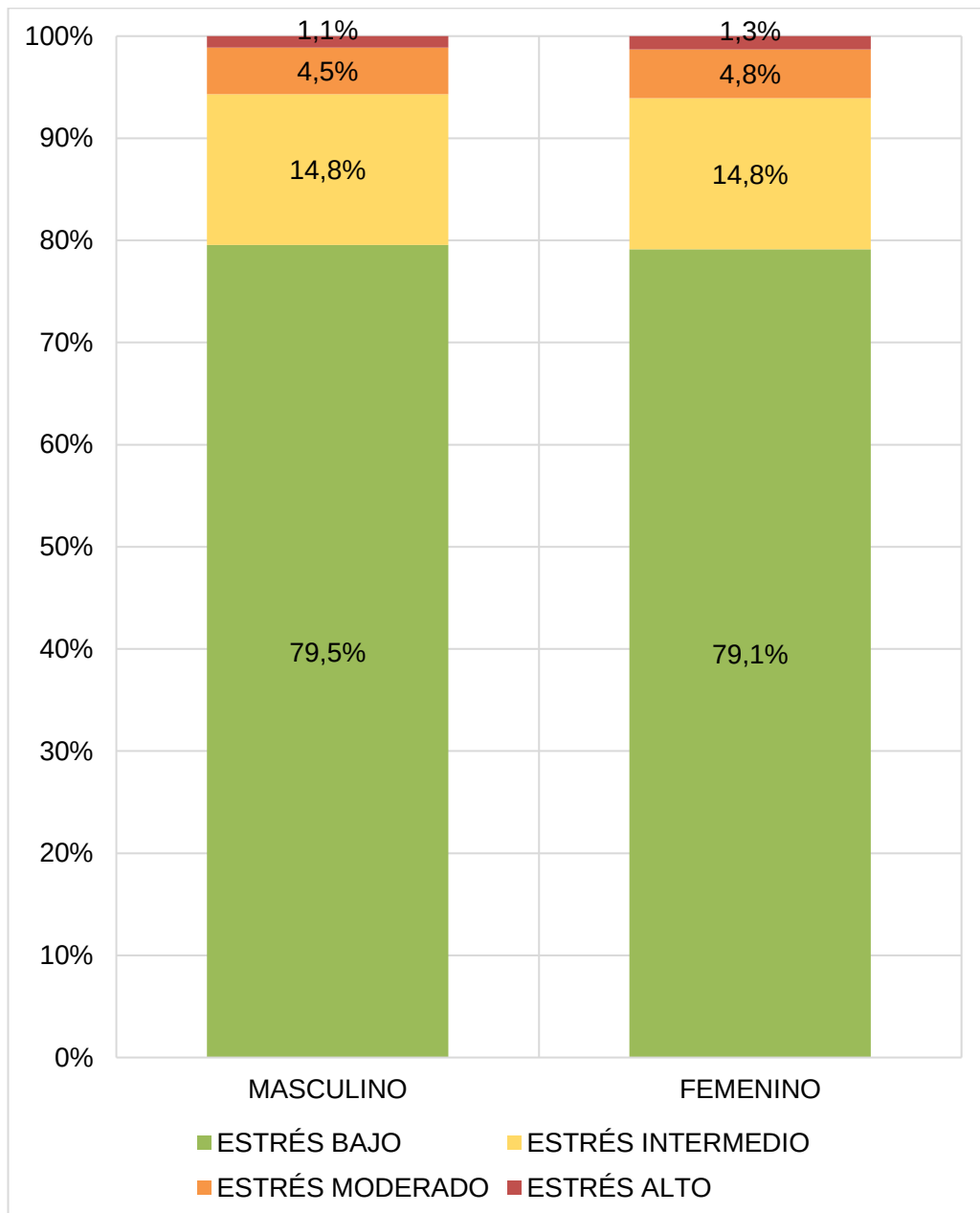
SEXO	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	70	79,5	13	14,8	4	4,5	1	1,1	88	100
FEMENINO	182	79,1	34	14,8	11	4,8	3	1,3	230	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 23 se aprecia que el nivel de estrés bajo predomina en el personal asistencial de los centros de salud I-4 de Tacna, alcanzando al 79,2% (n=252), con proporciones muy similares entre hombres (79,5%) y mujeres (79,1%). El estrés intermedio afecta al 14,8% global (n=47), distribuyéndose de manera prácticamente idéntica en ambos sexos. El nivel moderado representa el 4,7% (n=15), con ligera mayor incidencia en mujeres (4,8%). Finalmente, el estrés alto constituye la categoría menos frecuente, con un 1,3% (n=4), afectando al 1,3% de las mujeres y al 1,1% de los hombres.

GRÁFICO 23
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
SEXO A NIVEL DE LOS CENTROS DE SALUD I-4,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°23

TABLA 24
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN LA
POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

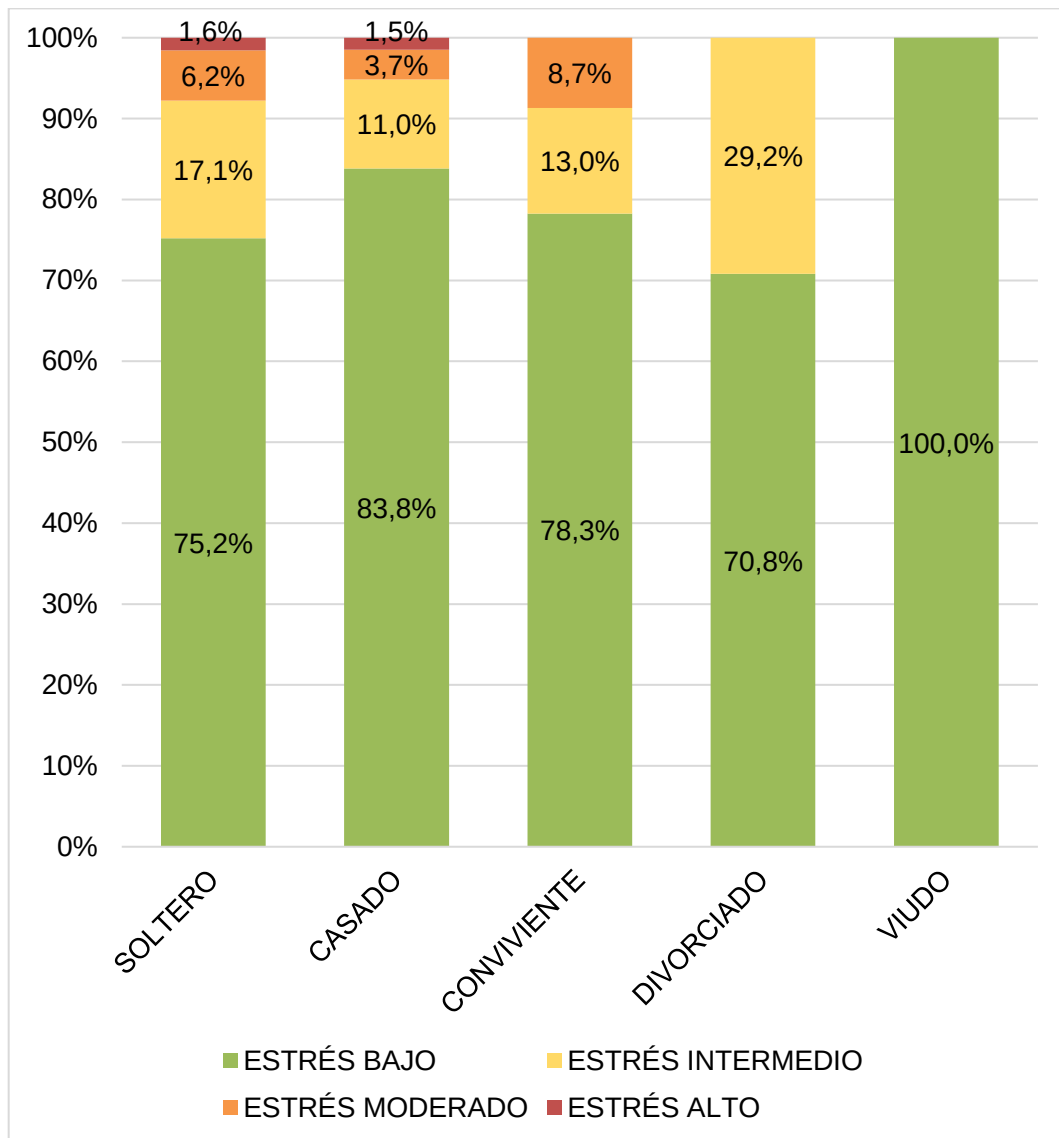
ESTADO CIVIL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SOLTERO	97	75,2	22	17,1	8	6,2	2	1,6	129	100
CASADO	114	83,8	15	11,0	5	3,7	2	1,5	136	100
CONVIVIENTE	18	78,3	3	13,0	2	8,7	0	0,0	23	100
DIVORCIADO	17	70,8	7	29,2	0	0,0	0	0,0	24	100
VIUDO	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 24 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en la población total según su estado civil (79,2%, n=252), alcanzando el 100% de los casos en los trabajadores viudos, seguidos por los casados (83,8%). El estrés intermedio afecta al 14,8% global (n=47), registrando su mayor impacto relativo en el segmento de divorciados (29,2%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,7% (n=15) y se manifiesta con mayor peso porcentual en los convivientes (8,7%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia con un 1,3% general (n=4), concentrándose exclusivamente en el personal soltero (1,6%) y casado (1,5%).

GRÁFICO 24
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
ESTADO CIVIL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°24.

TABLA 25
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA
EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

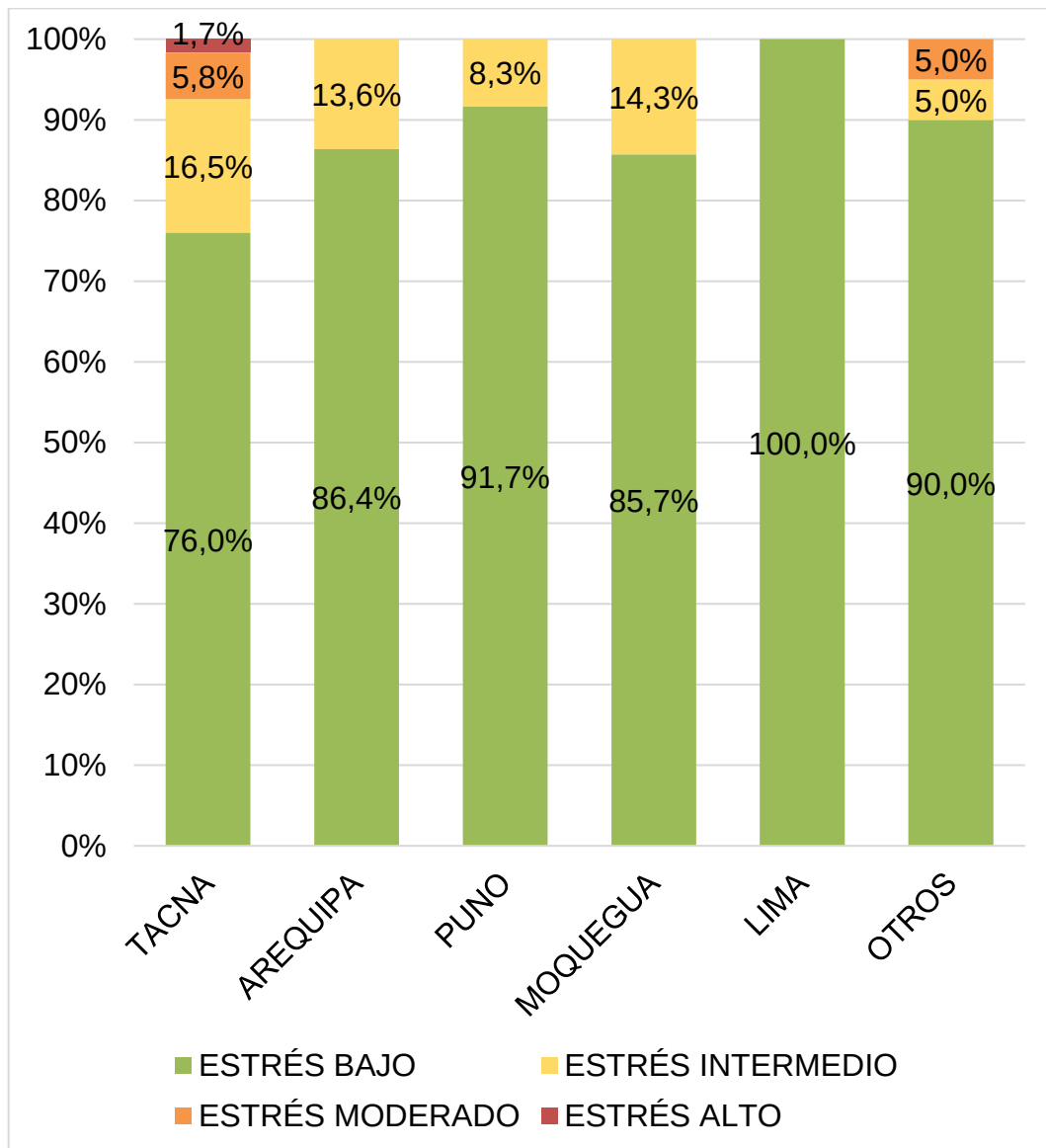
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TACNA	184	76,0	40	16,5	14	5,8	4	1,7	242	100
AREQUIPA	19	86,4	3	13,6	0	0,0	0	0,0	22	100
PUNO	22	91,7	2	8,3	0	0,0	0	0,0	24	100
MOQUEGUA	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	7	100
LIMA	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100
OTROS	18	90,0	1	5,0	1	5,0	0	0,0	20	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 25 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en la población total según su procedencia geográfica (79,2%, n=252), alcanzando el 100% en los trabajadores procedentes de Lima, seguidos por los de Puno (91,7%). El estrés intermedio afecta al 14,8% global (n=47), registrando su mayor impacto relativo en el personal originario de Tacna (16,5%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,7% (n=15) y se manifiesta con mayor peso porcentual en las procedencias de Tacna (5,8%) y Otros (5,0%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia con un 1,3% general (n=4), concentrándose exclusivamente en los servidores procedentes de la región Tacna (1,7%).

GRÁFICO 25
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN LA POBLACIÓN
TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°25.

TABLA 26
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN
EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

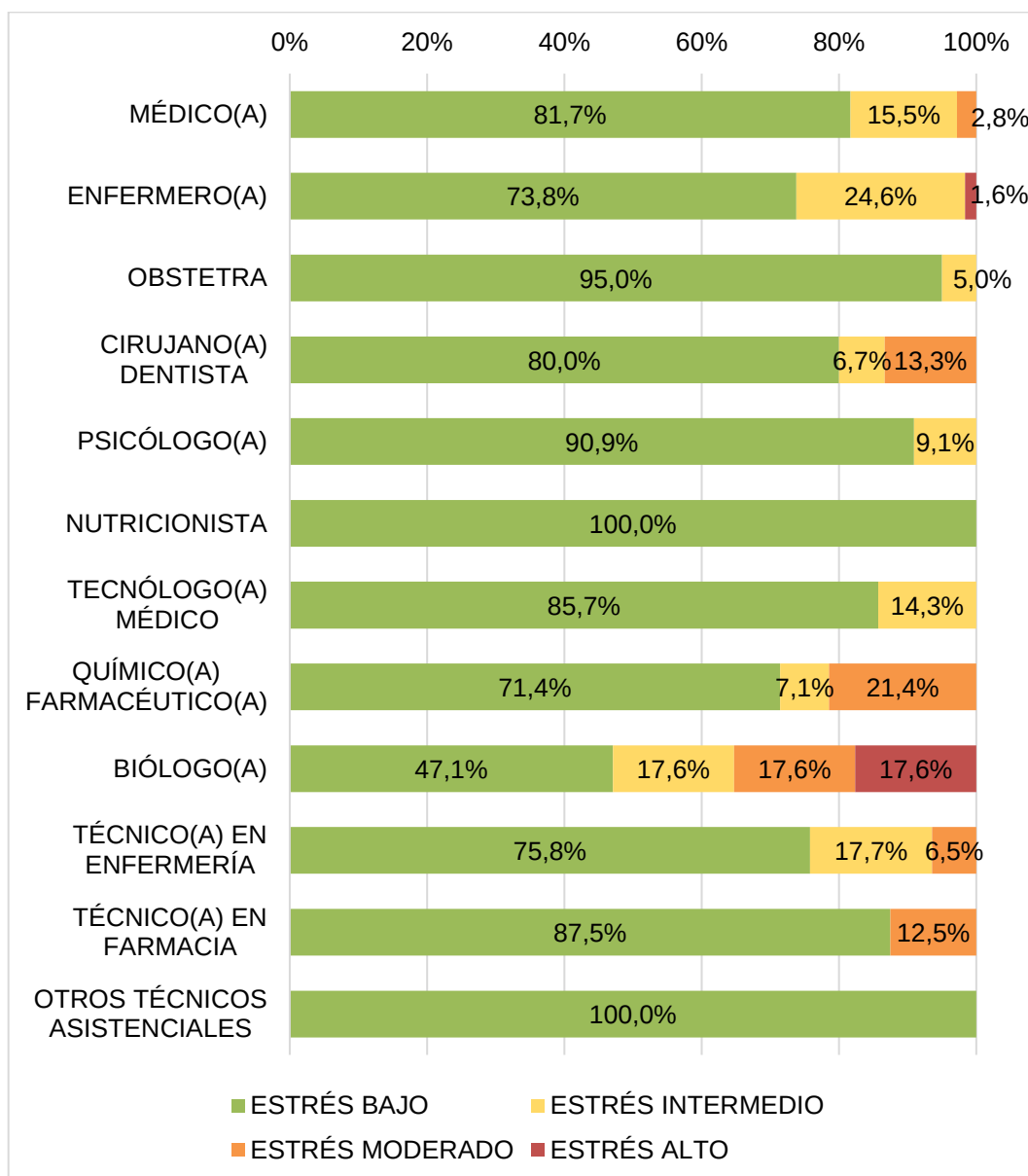
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MÉDICO(A)	58	81,7	11	15,5	2	2,8	0	0,0	71	100
ENFERMERO(A)	45	73,8	15	24,6	0	0,0	1	1,6	61	100
OBSTETRA	38	95,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0	40	100
CIRUJANO(A) DENTISTA	12	80,0	1	6,7	2	13,3	0	0,0	15	100
PSICÓLOGO(A)	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0	11	100
NUTRICIONISTA	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100
TECNÓLOGO(A) MÉDICO	12	85,7	2	14,3	0	0,0	0	0,0	14	100
QUÍMICO(A) FARMACÉUTICO(A)	10	71,4	1	7,1	3	21,4	0	0,0	14	100
BIÓLOGO(A)	8	47,1	3	17,6	3	17,6	3	17,6	17	100
TÉCNICO(A) EN ENFERMERÍA	47	75,8	11	17,7	4	6,5	0	0,0	62	100
TÉCNICO(A) EN FARMACIA	7	87,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	8	100
OTROS TÉCNICOS ASISTENCIALES	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 26 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en la población total según su profesión u ocupación (79,2%, n=252), alcanzando el 100% en los nutricionistas y otros técnicos asistenciales. El estrés intermedio (14,8%, n=47) registra su mayor impacto relativo en el estamento de enfermeros (24,6%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,7% (n=15) y se manifiesta con mayor peso porcentual en los químicos farmacéuticos (21,4%) y biólogos (17,6%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia con un 1,3% general (n=4), concentrándose principalmente en el grupo de biólogos (17,6%).

GRÁFICO 26
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN LA POBLACIÓN
TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N° 26.

TABLA 27
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL
CENTRO ACTUAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

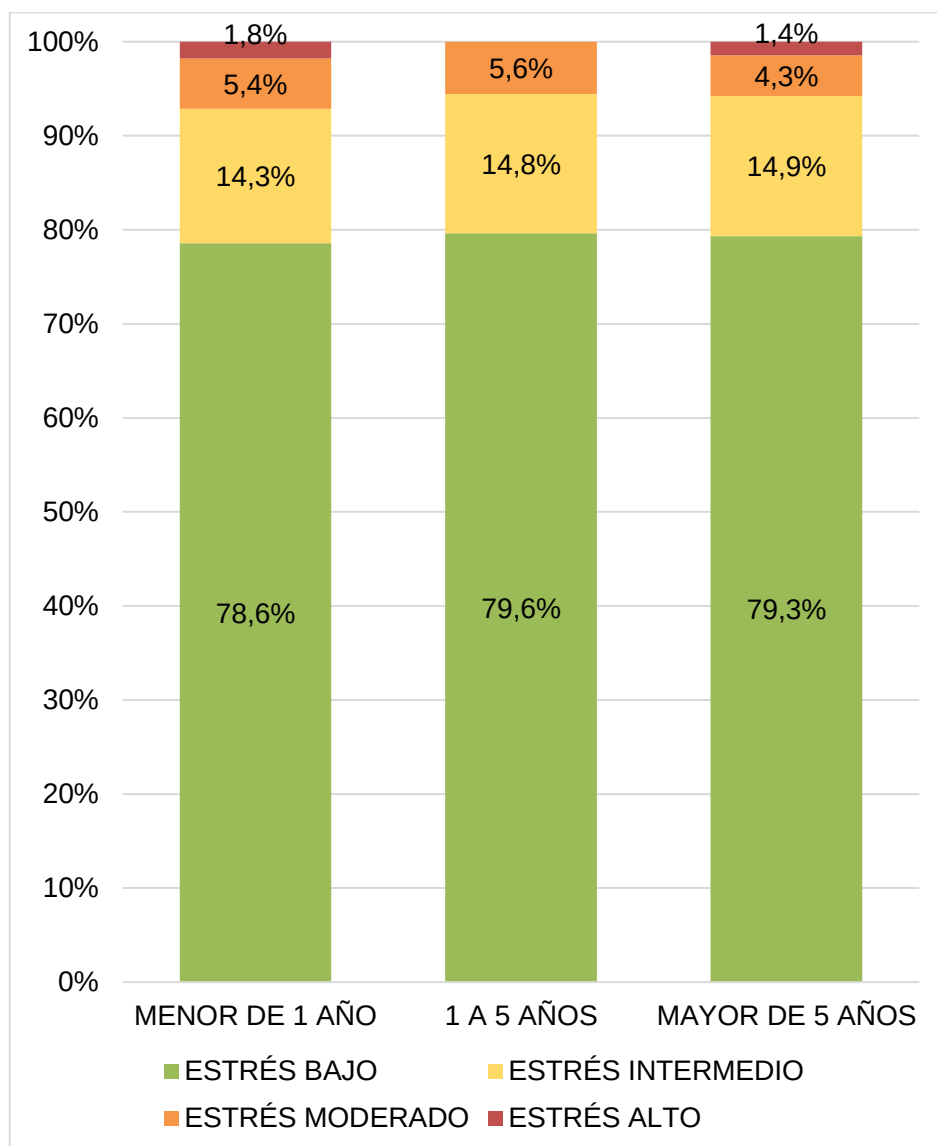
TIEMPO DE SERVICIO LOCAL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOR DE 1 AÑO	44	78,6	8	14,3	3	5,4	1	1,8	56	100
1 A 5 AÑOS	43	79,6	8	14,8	3	5,6	0	0,0	54	100
MAYOR DE 5 AÑOS	165	79,3	31	14,9	9	4,3	3	1,4	208	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 27 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en la población total según su tiempo de servicio en el centro actual (79,2%, n=252), alcanzando su mayor proporción relativa en el personal con 1 a 5 años de permanencia (79,6%). El estrés intermedio afecta al 14,8% global (n=47), mostrando un comportamiento muy homogéneo entre los grupos, con una ligera preponderancia en aquellos con más de 5 años de servicio (14,9%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,7% (n=15) y registra su mayor peso porcentual en el rango de 1 a 5 años (5,6%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia con un 1,3% general (n=4), manifestándose principalmente en los trabajadores con menos de 1 año de antigüedad (1,8%) y manteniéndose ausente (0,0%) en el segmento de 1 a 5 años.

GRÁFICO 27
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN LA
POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N° 27.

TABLA 28
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN
SALUD EN EL CENTRO ACTUAL EN LA POBLACIÓN
TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

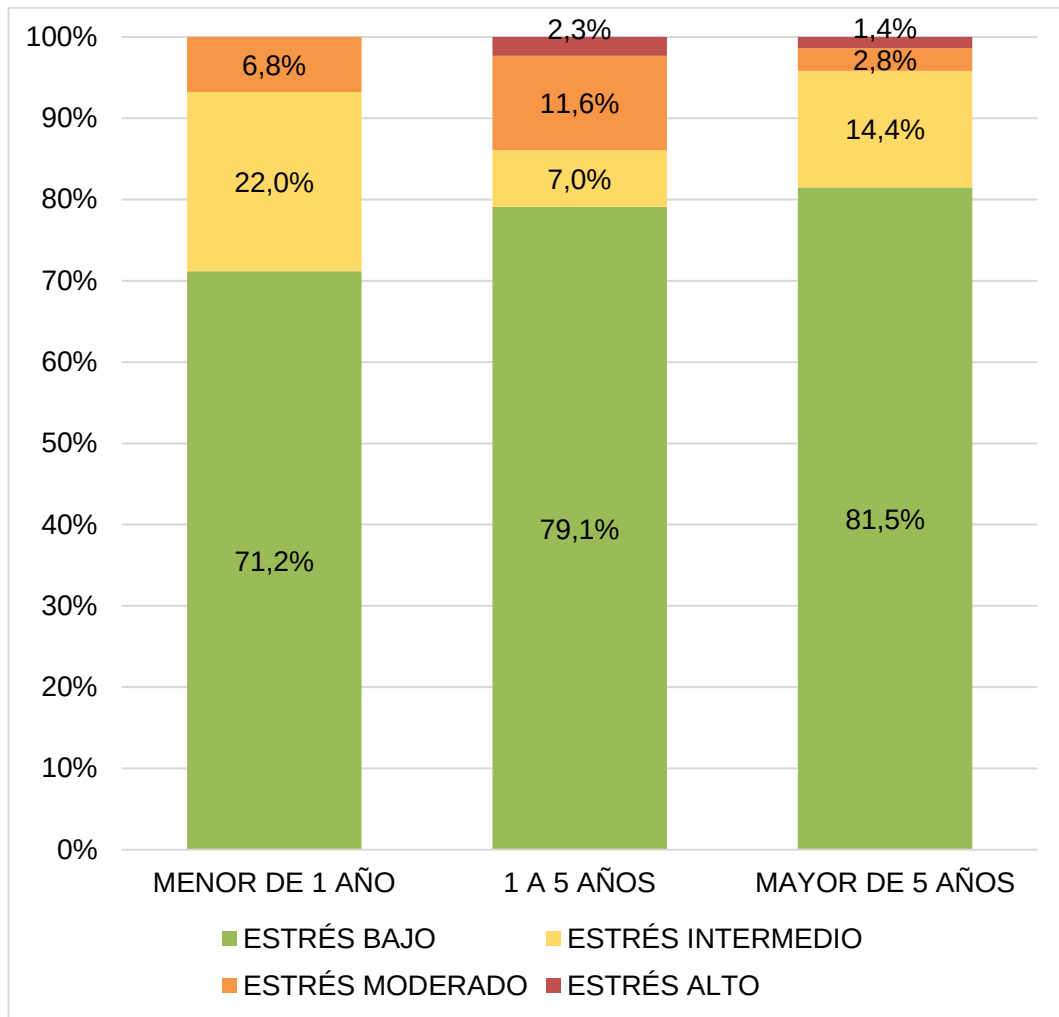
ANTIGÜEDAD EN SALUD	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOR DE 5 AÑOS	42	71,2	13	22,0	4	6,8	0	0,0	59	100
5 A 10 AÑOS	34	79,1	3	7,0	5	11,6	1	2,3	43	100
MAYOR DE 10 AÑOS	176	81,5	31	14,4	6	2,8	3	1,4	216	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 28 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en la población total según su antigüedad en salud (79,2%, n=252), alcanzando su mayor proporción en el personal con más de 10 años de servicio (81,5%). El estrés intermedio afecta al 14,8% global (n=47), registrando su mayor impacto relativo en aquellos con menos de 5 años de antigüedad (22,0%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,7% (n=15) y muestra un mayor peso porcentual en el segmento de 5 a 10 años (11,6%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia con un 1,3% general (n=4), manifestándose principalmente en el grupo de 5 a 10 años (2,3%) y manteniéndose ausente (0,0%) en los trabajadores con menos de 5 años de experiencia.

GRÁFICO 28
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
ANTIGÜEDAD TOTAL EN SALUD EN EL CENTRO
ACTUAL EN LA POBLACIÓN TOTAL,
TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N° 28.

TABLA 29
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL
CENTRO ACTUAL EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

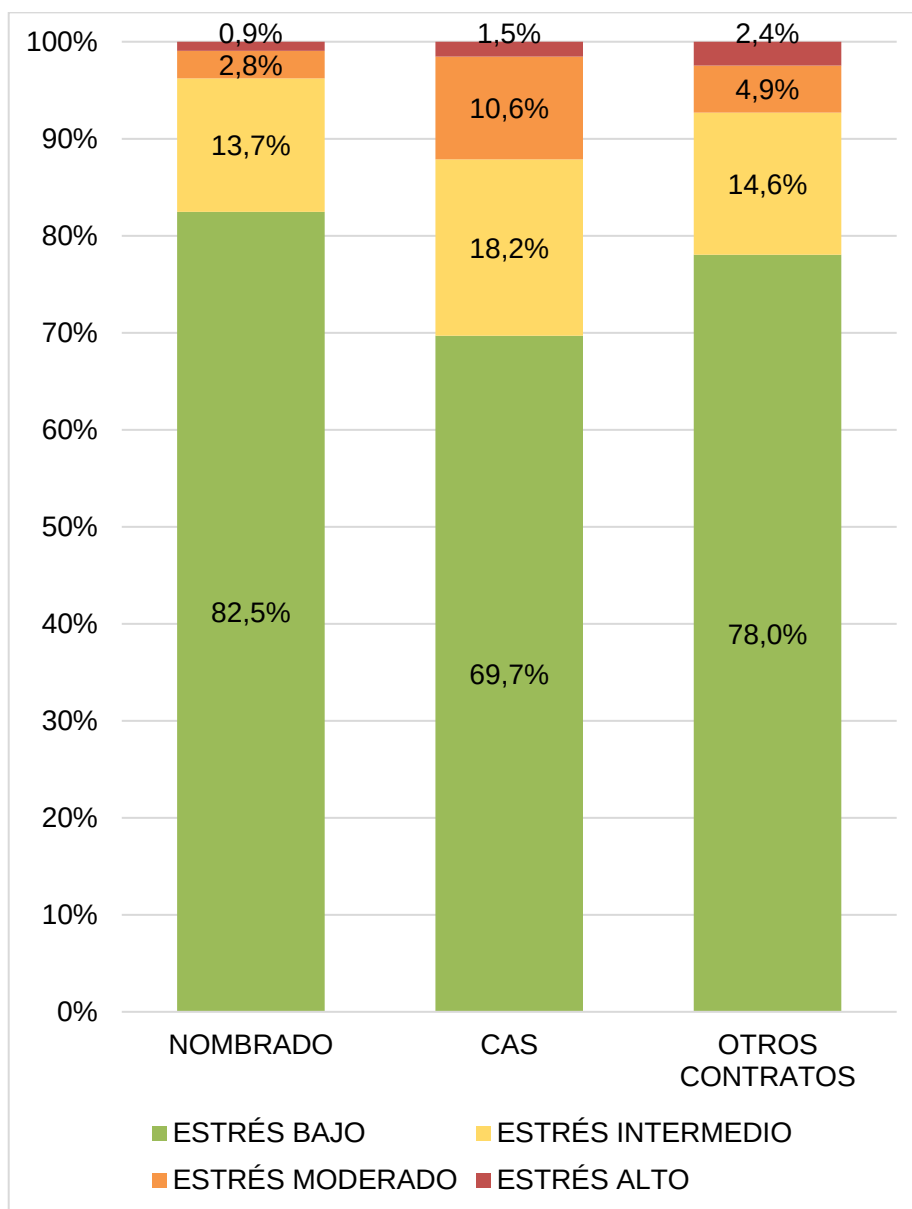
RÉGIMEN CONTRACTUAL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NOMBRADO	174	82,5	29	13,7	6	2,8	2	0,9	211	100
CAS	46	69,7	12	18,2	7	10,6	1	1,5	66	100
OTROS CONTRATOS	32	78,0	6	14,6	2	4,9	1	2,4	41	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 29 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en la población total según su régimen contractual (79,2%, n=252), alcanzando su mayor proporción en los trabajadores nombrados (82,5%). El estrés intermedio (14,8%, n=47) registra su mayor impacto relativo en el personal bajo el régimen CAS (18,2%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,7% (n=15) y se manifiesta con mayor peso porcentual también en el segmento CAS (10,6%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia con un 1,3% general (n=4), concentrándose principalmente en la modalidad de otros contratos (2,4%).

GRÁFICO 29
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO ACTUAL EN LA
POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N° 29.

TABLA 30
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN
EN LA POBLACIÓN TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

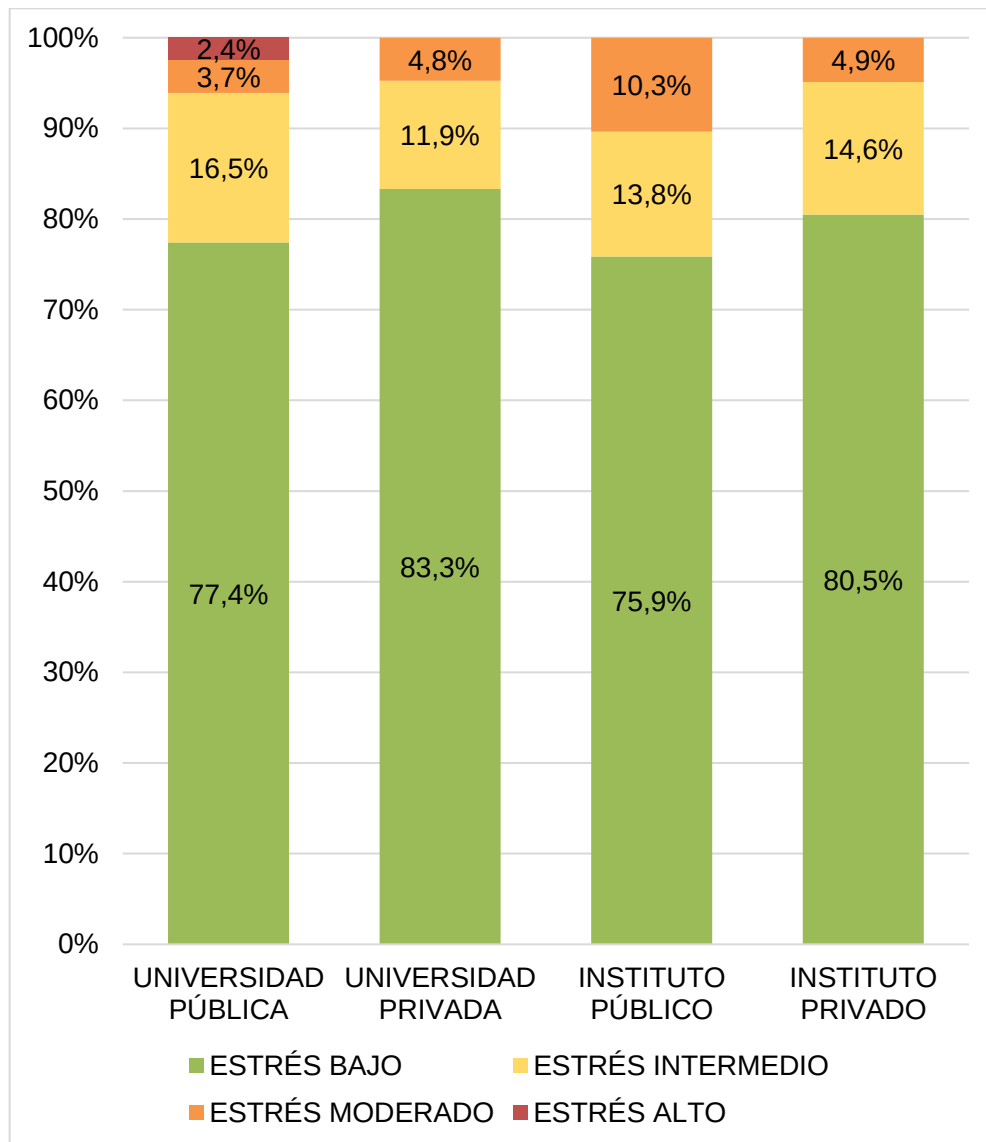
INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UNIVERSIDAD PÚBLICA	127	77,4	27	16,5	6	3,7	4	2,4	164	100
UNIVERSIDAD PRIVADA	70	83,3	10	11,9	4	4,8	0	0,0	84	100
INSTITUTO PÚBLICO	22	75,9	4	13,8	3	10,3	0	0,0	29	100
INSTITUTO PRIVADO	33	80,5	6	14,6	2	4,9	0	0,0	41	100
TOTAL	252	79,2	47	14,8	15	4,7	4	1,3	318	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 30 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en la población total según su institución de formación (79,2%, n=252), alcanzando su mayor proporción en los egresados de universidad privada (83,3%). El estrés intermedio afecta al 14,8% global (n=47), registrando su mayor impacto relativo en el personal procedente de universidad pública (16,5%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,7% (n=15) y se manifiesta con mayor peso porcentual en el segmento de instituto público (10,3%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia con un 1,3% general (n=4), concentrándose exclusivamente en los profesionales de universidad pública (2,4%).

GRÁFICO 30
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN EN LA POBLACIÓN
TOTAL, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N° 30.

TABLA 31
NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN
EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

GRUPOS ETARIOS	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20 A 30 AÑOS	9	90,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	10	100
31 A 40 AÑOS	20	74,1	5	18,5	2	7,4	0	0,0	27	100
41 A 50 AÑOS	23	79,3	4	13,8	1	3,4	1	3,4	29	100
51 A 60 AÑOS	22	81,5	4	14,8	1	3,7	0	0,0	27	100
MÁS DE 60 AÑOS	9	90,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	10	100
TOTAL	83	80,6	14	13,6	5	4,9	1	1,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 31 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de forma contundente en el Centro de Salud La Esperanza, acumulando el 80,6% de la población laboral (n=83) y alcanzando su máxima representación en los rangos de 20 a 30 años (90,0%) y más de 60 años (90,0%). El estrés intermedio afecta al 13,6% general (n=14), mostrando su mayor incidencia relativa en el grupo de 31 a 40 años (18,5%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,9% (n=5) y se manifiesta con mayor peso en los mayores de 60 años (10,0%). Finalmente, el estrés alto es mínimo, registrando un solo caso aislado (1,0% global) concentrado exclusivamente en el segmento de 41 a 50 años (3,4%).

GRÁFICO 31
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL GLOBAL DE ESTRÉS LABORAL
SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN EL CENTRO DE SALUD
LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°31.

TABLA 32
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE
SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

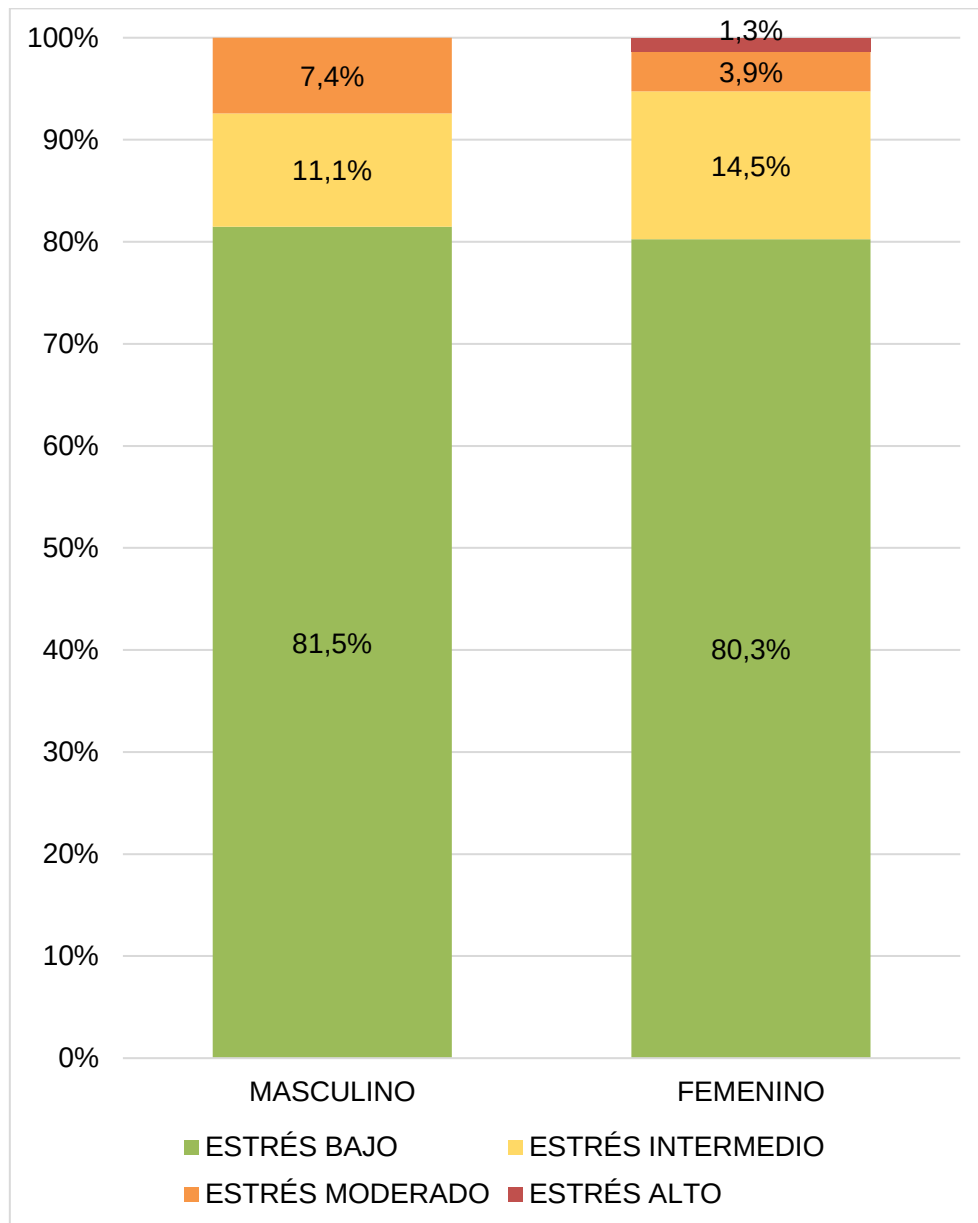
SEXO	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	22	81,5	3	11,1	2	7,4	0	0,0	27	100
FEMENINO	61	80,3	11	14,5	3	3,9	1	1,3	76	100
TOTAL	83	80,6	14	13,6	5	4,9	1	1,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 32 se observa que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable y homogénea en ambos sexos dentro del Centro de Salud La Esperanza, alcanzando un 81,5% en el personal masculino y un 80,3% en el femenino. Respecto al estrés intermedio, este registra una mayor proporción relativa en las mujeres (14,5%) en comparación con los varones (11,1%). En contraste, el estrés moderado muestra un impacto ligeramente superior en el sexo masculino con un 7,4%. Por último, la categoría de estrés alto es mínima en el establecimiento, reportándose un único caso que corresponde exclusivamente al sexo femenino (1,3%).

GRÁFICO 32
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
SEXO EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°32.

TABLA 33
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CENTRO
DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

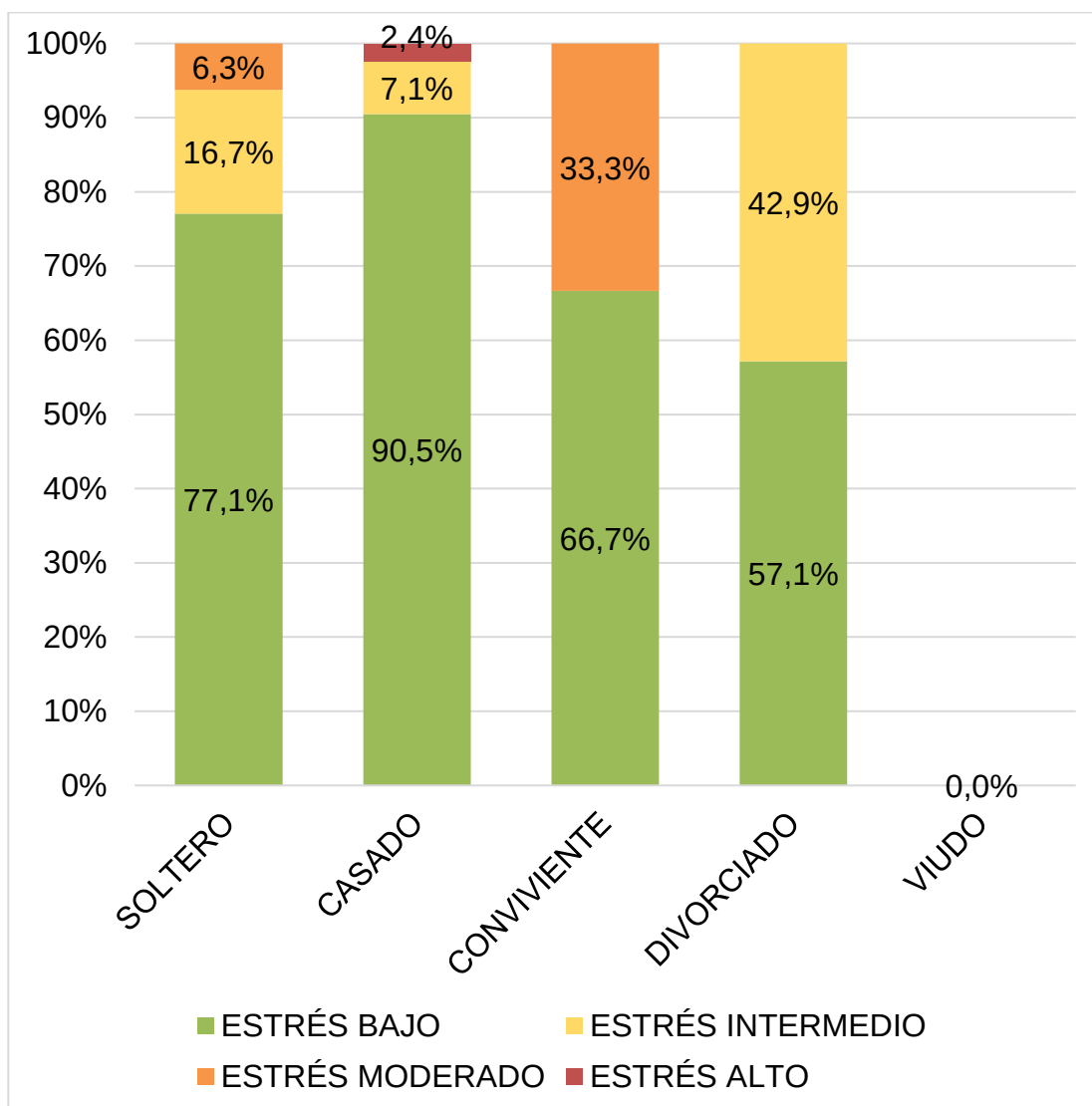
ESTADO CIVIL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SOLTERO	37	77,1	8	16,7	3	6,3	0	0,0	48	100
CASADO	38	90,5	3	7,1	0	0,0	1	2,4	42	100
CONVIVIENTE	4	66,7	0	0,0	2	33,3	0	0,0	6	100
DIVORCIADO	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	7	100
VIUDO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	83	80,6	14	13,6	5	4,9	1	1,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 33 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera mayoritaria en el personal del Centro de Salud La Esperanza, acumulando el 80,6% del total general (n=83) y alcanzando su proporción más alta en los trabajadores casados (90,5%), seguidos por los solteros (77,1%). El estrés intermedio afecta al 13,6% global (n=14), registrando su mayor impacto relativo en el grupo de divorciados (42,9%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,9% (n=5) y se manifiesta principalmente en el segmento de convivientes (33,3%). Finalmente, la categoría de estrés alto es mínima, reportándose un único caso aislado (1,0% del total) que corresponde exclusivamente al personal casado (2,4%).

GRÁFICO 33
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
ESTADO CIVIL EN EL CENTRO DE SALUD LA
ESPERANZA, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°33.

TABLA 34
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN
EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

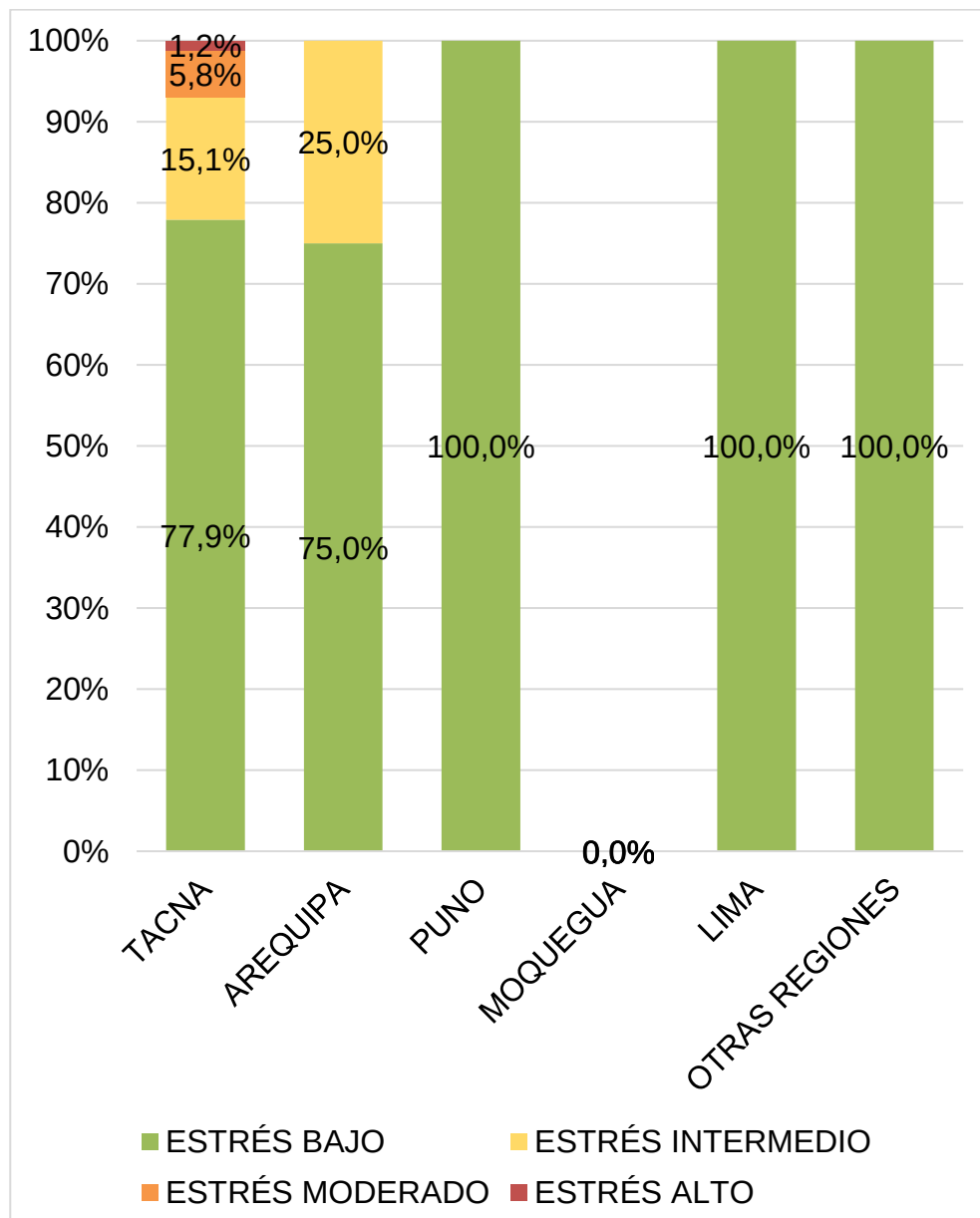
PROCEDENCIA	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TACNA	67	77,9	13	15,1	5	5,8	1	1,2	86	100
AREQUIPA	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	4	100
PUNO	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100
MOQUEGUA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LIMA	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
OTRAS REGIONES	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100
TOTAL	83	80,6	14	13,6	5	4,9	1	1,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 34 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente en el personal según su procedencia geográfica, representando el 80,6% del total general (n=83) y alcanzando el 100% en los trabajadores procedentes de Puno, Lima y otras regiones. El estrés intermedio afecta al 13,6% global (n=14), registrando su mayor impacto relativo en el personal originario de Arequipa (25,0%), seguido por Tacna (15,1%). Por su parte, las categorías de estrés moderado (5,8%) y estrés alto (1,2%) se manifiestan de manera exclusiva en los servidores procedentes de la región Tacna.

GRÁFICO 34
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN EL CENTRO DE
SALUD LA ESPERANZA, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°34.

TABLA 35
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN
EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

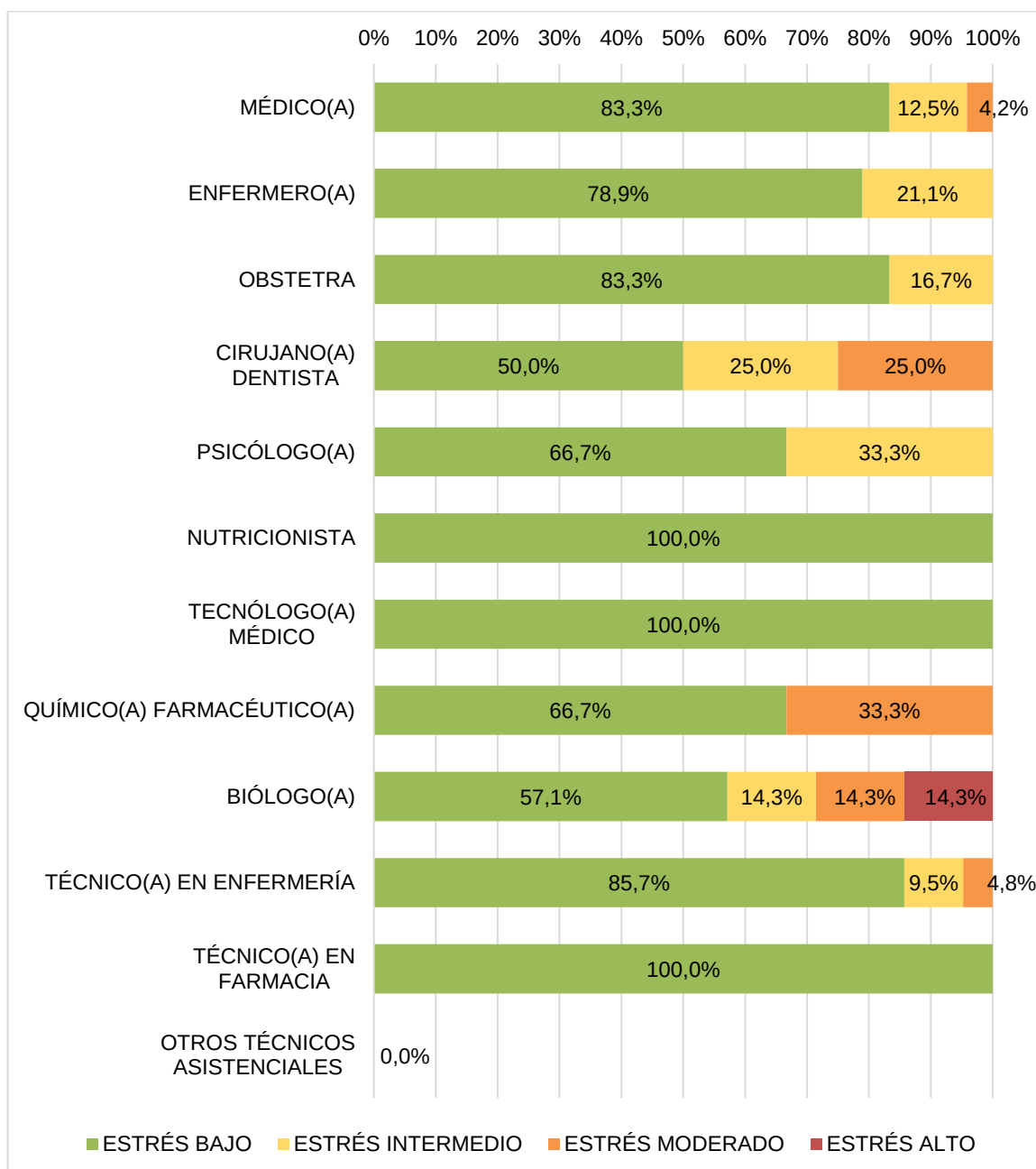
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MÉDICO(A)	20	83,3	3	12,5	1	4,2	0	0,0	24	100
ENFERMERO(A)	15	78,9	4	21,1	0	0,0	0	0,0	19	100
OBSTETRA	10	83,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	12	100
CIRUJANO(A) DENTISTA	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	4	100
PSICÓLOGO(A)	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3	100
NUTRICIONISTA	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
TECNÓLOGO(A) MÉDICO	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100
QUÍMICO(A) FARMACÉUTICO(A)	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	3	100
BIÓLOGO(A)	4	57,1	1	14,3	1	14,3	1	14,3	7	100
TÉCNICO(A) EN ENFERMERÍA	18	85,7	2	9,5	1	4,8	0	0,0	21	100
TÉCNICO(A) EN FARMACIA	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
OTROS TÉCNICOS ASISTENCIALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100
TOTAL	83	80,6	14	13,6	5	4,9	1	1,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 35 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina mayoritariamente en los diferentes estamentos ocupacionales del Centro de Salud La Esperanza, representando el 80,6% del total general (n=83) y alcanzando el 100% en nutricionistas, tecnólogos médicos y técnicos en farmacia. El estrés intermedio afecta al 13,6% global (n=14), registrando su mayor impacto relativo en psicólogos (33,3%) y cirujanos dentistas (25,0%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,9% (n=5) con mayor peso porcentual en químicos farmacéuticos (33,3%) y cirujanos dentistas (25,0%). Finalmente, la categoría de estrés alto es mínima, reportándose un único caso aislado (1,0% del total) localizado exclusivamente en el estamento de biólogos (14,3%).

GRÁFICO 35
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD
LA ESPERANZA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°35.

TABLA 36
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL
CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

TIEMPO DE SERVICIO	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
MENOR DE 1 AÑO	13	92,9	1	7,1	0	0,0	0	0,0	14	100
1 A 5 AÑOS	16	80,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0	20	100
MAYOR DE 5 AÑOS	54	78,3	9	13,0	5	7,2	1	1,4	69	100
TOTAL	83	80,6	14	13,6	5	4,9	1	1,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 36 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera mayoritaria en el personal según su tiempo de servicio en el Centro de Salud La Esperanza, acumulando el 80,6% del total general (n=83) y alcanzando su proporción más alta en los trabajadores con menos de 1 año de servicio (92,9%). El estrés intermedio afecta al 13,6% global (n=14), mostrando su mayor incidencia relativa en el segmento de 1 a 5 años (20,0%). Por su parte, las categorías de estrés moderado (7,2%) y estrés alto (1,4%) se manifiestan de forma exclusiva en el grupo de personal con un tiempo de servicio mayor de 5 años.

GRÁFICO 36
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL
CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°36.

TABLA 37
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN
SALUD EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

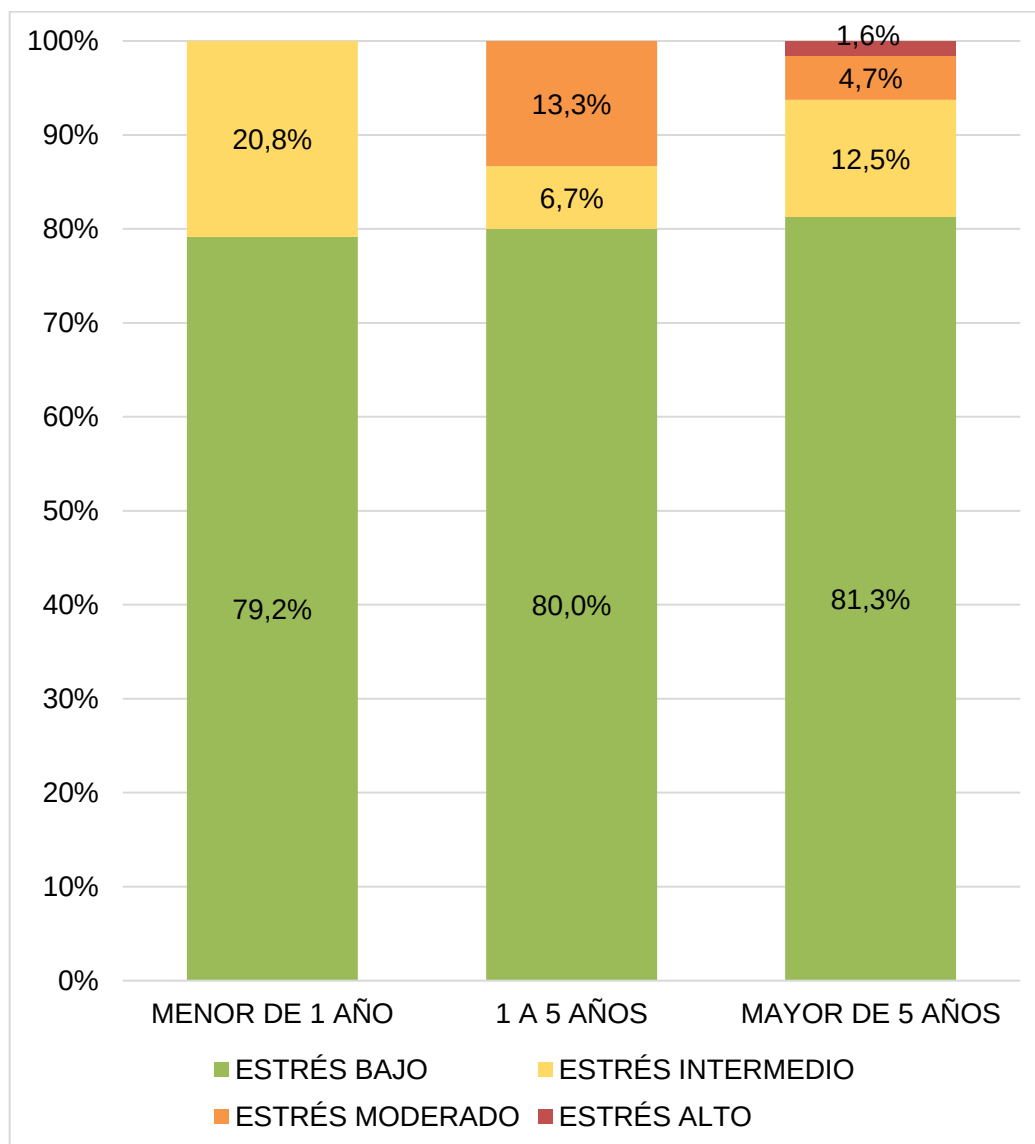
ANTIGÜEDAD EN SALUD	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOR DE 5 AÑOS	19	79,2	5	20,8	0	0,0	0	0,0	24	100
5 A 10 AÑOS	12	80,0	1	6,7	2	13,3	0	0,0	15	100
MAYOR DE 10 AÑOS	52	81,3	8	12,5	3	4,7	1	1,6	64	100
TOTAL	83	80,6	14	13,6	5	4,9	1	1,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 37 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en el personal según su antigüedad total en salud, representando el 80,6% del total general (n=83) y alcanzando su mayor proporción en los trabajadores con más de 10 años de servicio (81,3%). El estrés intermedio afecta al 13,6% global (n=14), mostrando su mayor incidencia relativa en el grupo con menos de 5 años de antigüedad (20,8%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,9% (n=5) y se manifiesta con mayor peso en el segmento de 5 a 10 años (13,3%). Finalmente, la categoría de estrés alto es mínima, registrando un único caso aislado (1,0% del total) concentrado de forma exclusiva en el personal con más de 10 años de experiencia (1,6%).

GRÁFICO 37
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
ANTIGÜEDAD TOTAL EN SALUD EN EL CENTRO DE
SALUD LA ESPERANZA, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°37

TABLA 38
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL
CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

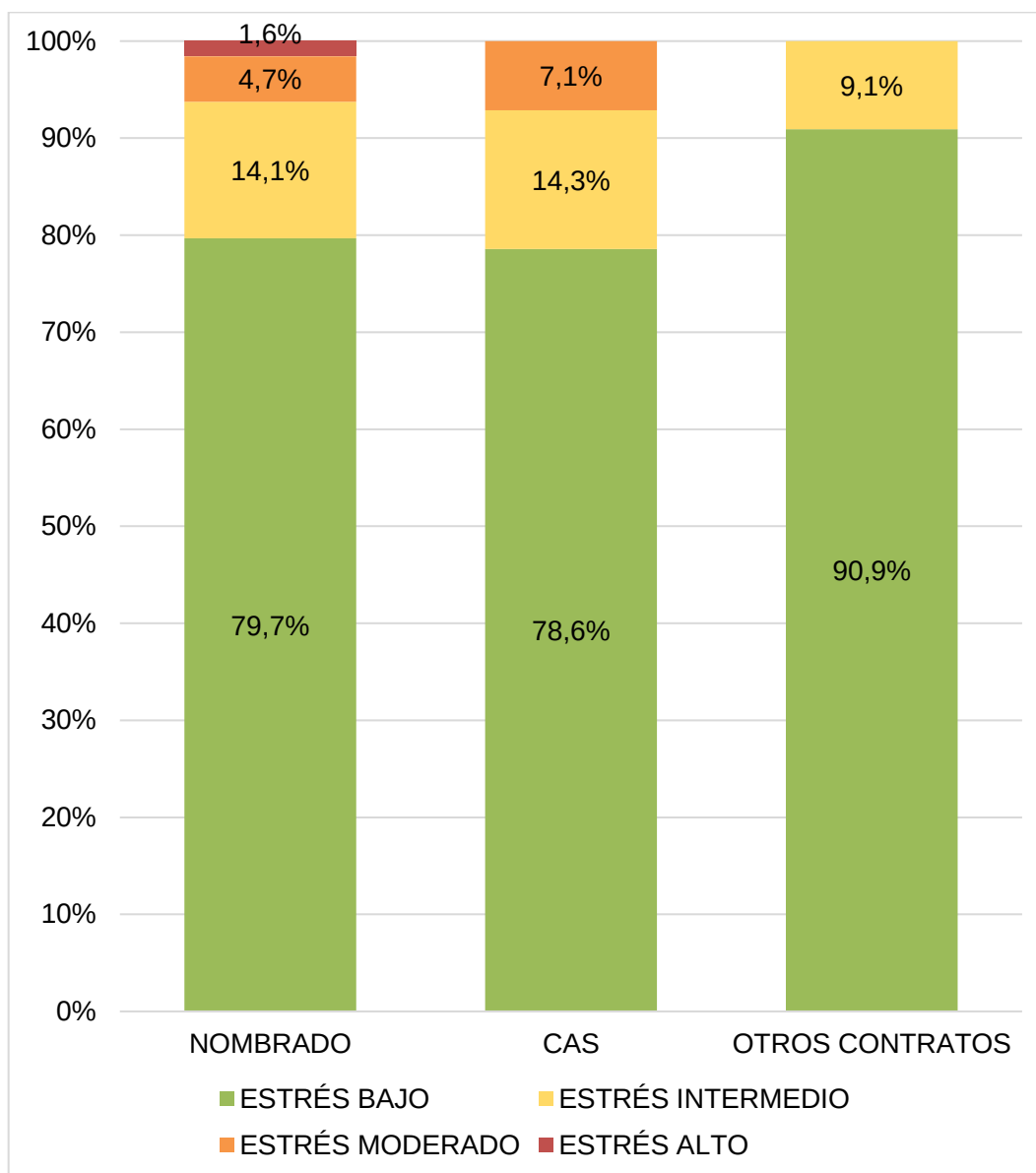
RÉGIMEN CONTRACTUAL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NOMBRADO	51	79,7	9	14,1	3	4,7	1	1,6	64	100
CAS	22	78,6	4	14,3	2	7,1	0	0,0	28	100
OTROS CONTRATOS	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0	11	100
TOTAL	83	80,6	14	13,6	5	4,9	1	1,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 38 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera mayoritaria en el personal según su régimen contractual, representando el 80,6% del total general (n=83) y alcanzando su mayor proporción en los trabajadores bajo la condición de otros contratos (90,9%). El estrés intermedio afecta al 13,6% global (n=14), mostrando una incidencia porcentual muy similar entre el personal CAS (14,3%) y nombrado (14,1%). Por su parte, el nivel moderado representa el 4,9% (n=5) y se manifiesta con mayor peso en el segmento de CAS (7,1%). Finalmente, la categoría de estrés alto es mínima, registrando un único caso aislado (1,0% del total) concentrado de forma exclusiva en el personal nombrado (1,6%).

GRÁFICO 38
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO DE SALUD LA
ESPERANZA, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°38.

TABLA 39
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

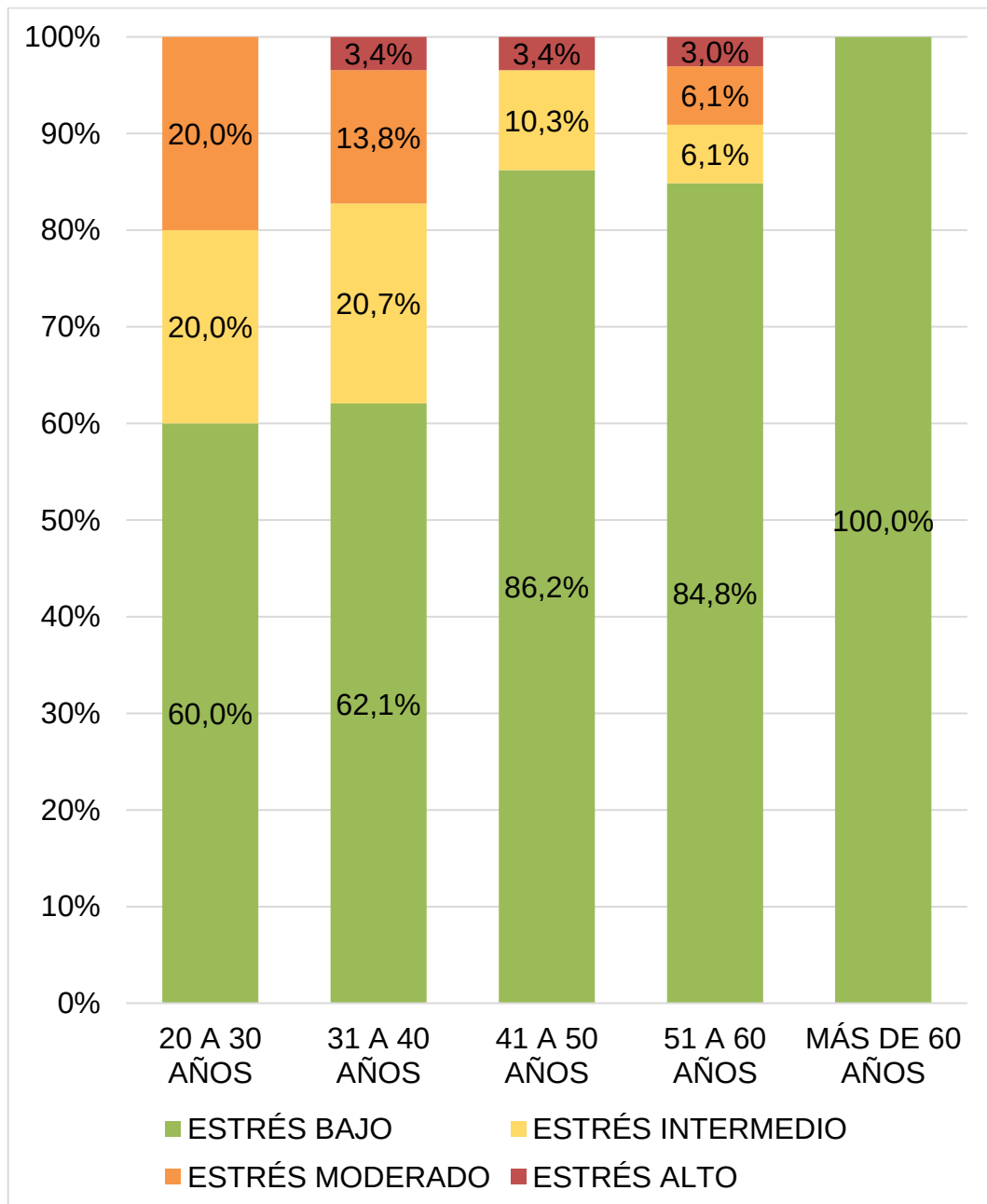
RANGOS DE EDAD CRONOLÓGICA	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20 A 30 AÑOS	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	5	100
31 A 40 AÑOS	18	62,1	6	20,7	4	13,8	1	3,4	29	100
41 A 50 AÑOS	25	86,2	3	10,3	0	0,0	1	3,4	29	100
51 A 60 AÑOS	28	84,8	2	6,1	2	6,1	1	3,0	33	100
MÁS DE 60 AÑOS	16	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	100
TOTAL	90	80,4	12	10,7	7	6,3	3	2,7	112	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 39 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera mayoritaria en el personal del Centro de Salud San Francisco, acumulando el 80,4% del total general (n=90) y alcanzando su proporción más alta en los trabajadores mayores de 60 años (100%). El estrés intermedio afecta al 10,7% global (n=12), mostrando su mayor impacto relativo en el rango de 31 a 40 años (20,7%). Por su parte, el nivel moderado representa el 6,3% (n=7) y se manifiesta con mayor peso porcentual en el segmento de 20 a 30 años (20,0%). Finalmente, la categoría de estrés alto registra apenas un 2,7% (n=3), distribuyéndose de forma casi homogénea entre los grupos de 31 a 40 años (3,4%), 41 a 50 años (3,4%) y 51 a 60 años (3,0%).

GRÁFICO 39
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
GRUPOS ETARIOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
FRANCISCO, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°39.

TABLA 40
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

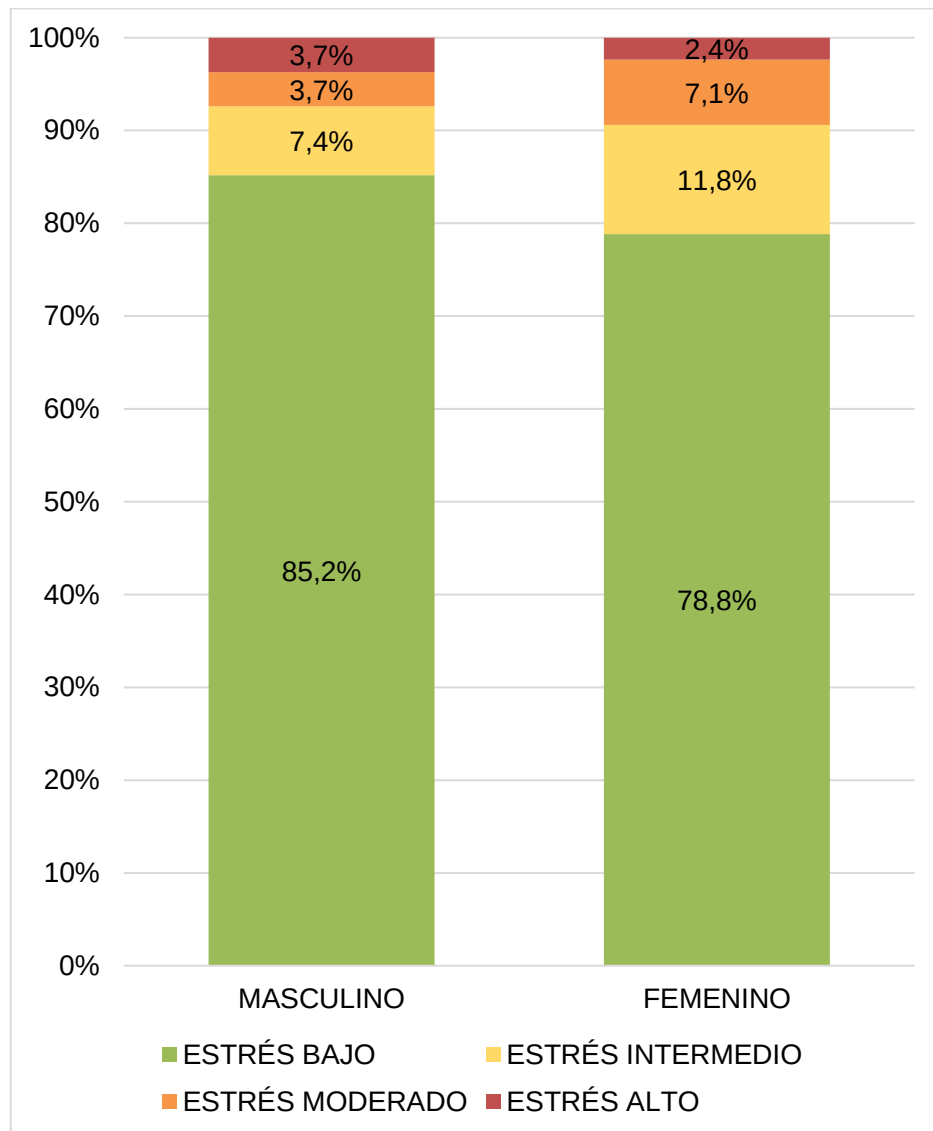
SEXO	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	23	85,2	2	7,4	1	3,7	1	3,7	27	100
FEMENINO	67	78,8	10	11,8	6	7,1	2	2,4	85	100
TOTAL	90	80,4	12	10,7	7	6,3	3	2,7	112	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 40 se observa que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en ambos sexos dentro del Centro de Salud San Francisco, acumulando el 80,4% del total general (n=90) y alcanzando un 85,2% en el personal masculino frente a un 78,8% en el femenino. El estrés intermedio afecta al 10,7% global (n=12), registrando una mayor proporción relativa en las mujeres (11,8%) en comparación con los varones (7,4%). Por su parte, el nivel moderado representa el 6,3% (n=7) y muestra un impacto superior en el sexo femenino con un 7,1%. Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia con un 2,7% general (n=3), manifestándose en el 3,7% de los hombres y el 2,4% de las mujeres.

GRÁFICO 40
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
SEXO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°40.

TABLA 41
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CENTRO
DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

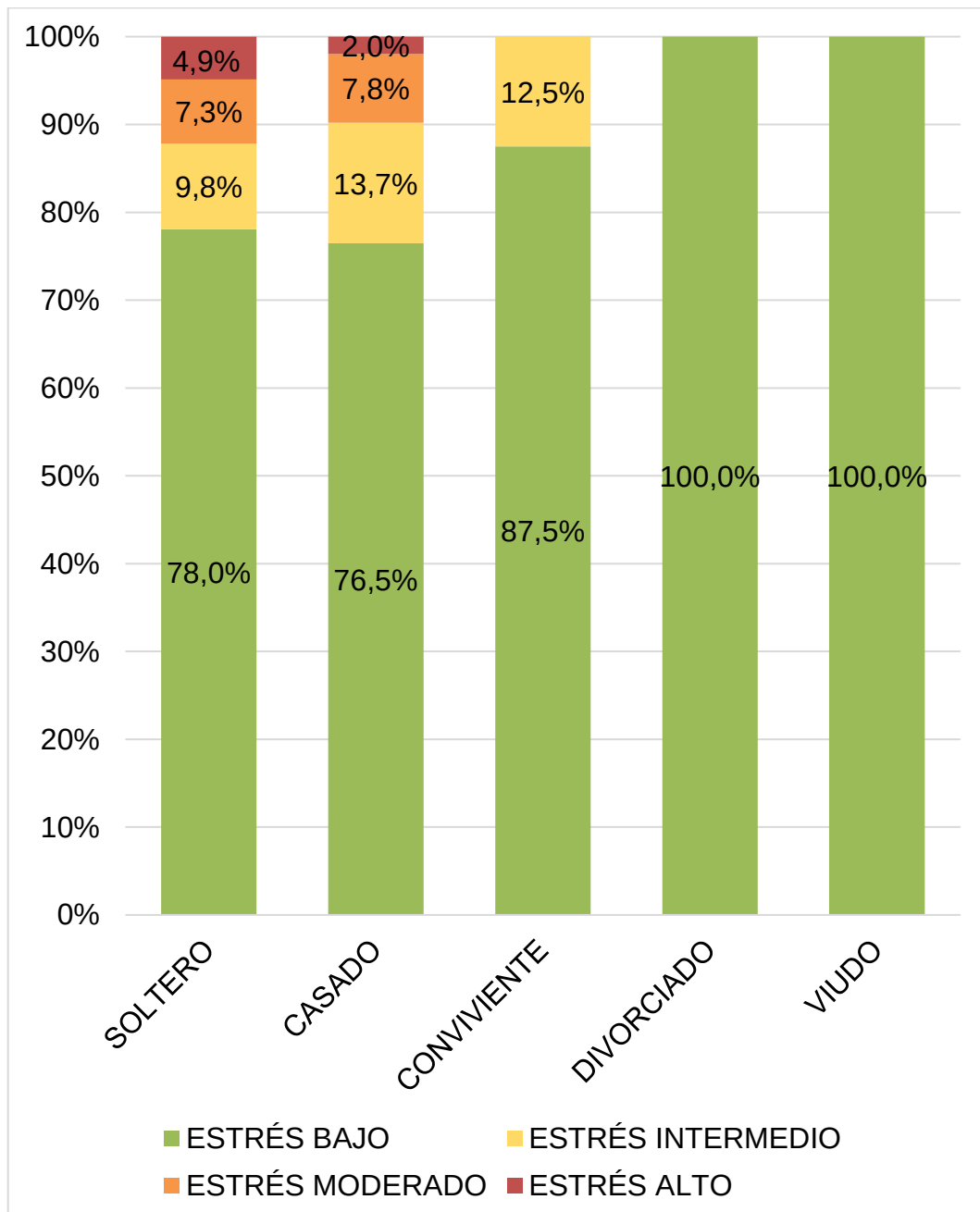
ESTADO CIVIL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SOLTERO	32	78,0	4	9,8	3	7,3	2	4,9	41	100
CASADO	39	76,5	7	13,7	4	7,8	1	2,0	51	100
CONVIVIENTE	7	87,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	8	100
DIVORCIADO	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100
VIUDO	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100
TOTAL	90	80,4	12	10,7	7	6,3	3	2,7	112	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 41 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera mayoritaria en el personal del Centro de Salud San Francisco, acumulando el 80,4% del total general (n=90) y alcanzando el 100% de los casos en los trabajadores divorciados y viudos. El estrés intermedio afecta al 10,7% global (n=12), registrando su mayor impacto relativo en el grupo de casados (13,7%). Por su parte, el nivel moderado representa el 6,3% (n=7) y se manifiesta principalmente en los segmentos de casados (7,8%) y solteros (7,3%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia con un 2,7% general (n=3), concentrándose exclusivamente en el personal soltero (4,9%) y casado (2,0%).

GRÁFICO 41
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
ESTADO CIVIL EN EL CENTRO DE SALUD SAN
FRANCISCO, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°41.

TABLA 42
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN
EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

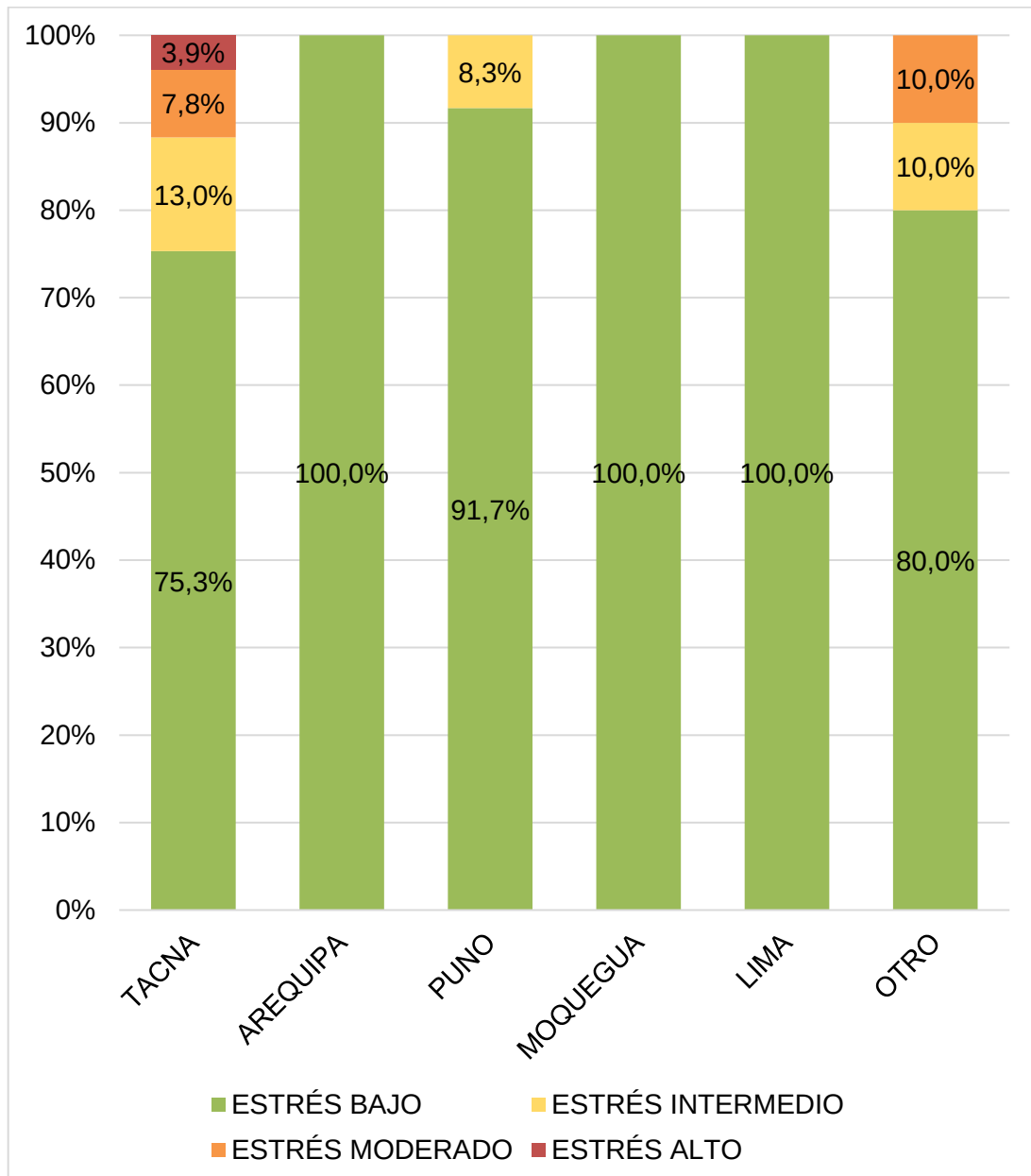
REGIÓN GEOGRÁFICA DE ORIGEN	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TACNA	58	75,3	10	13,0	6	7,8	3	3,9	77	100
AREQUIPA	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100
PUNO	11	91,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12	100
MOQUEGUA	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100
LIMA	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
OTRO	8	80,0	1	10,0	1	10,0	0	0,0	10	100
TOTAL	90	80,4	12	10,7	7	6,3	3	2,7	112	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 42 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente (80,4%, n=90), alcanzando el 100% en los trabajadores de Arequipa, Moquegua y Lima. El estrés intermedio (10,7%, n=12) tiene mayor impacto relativo en el personal de Tacna (13,0%), mientras que el nivel moderado (6,3%, n=7) se concentra principalmente en la opción "Otro" (10,0%). Finalmente, el estrés alto es mínimo (2,7%, n=3) y se restringe de forma exclusiva a la región Tacna (3,9%).

GRÁFICO 42
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN EL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°42.

TABLA 43
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN
EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

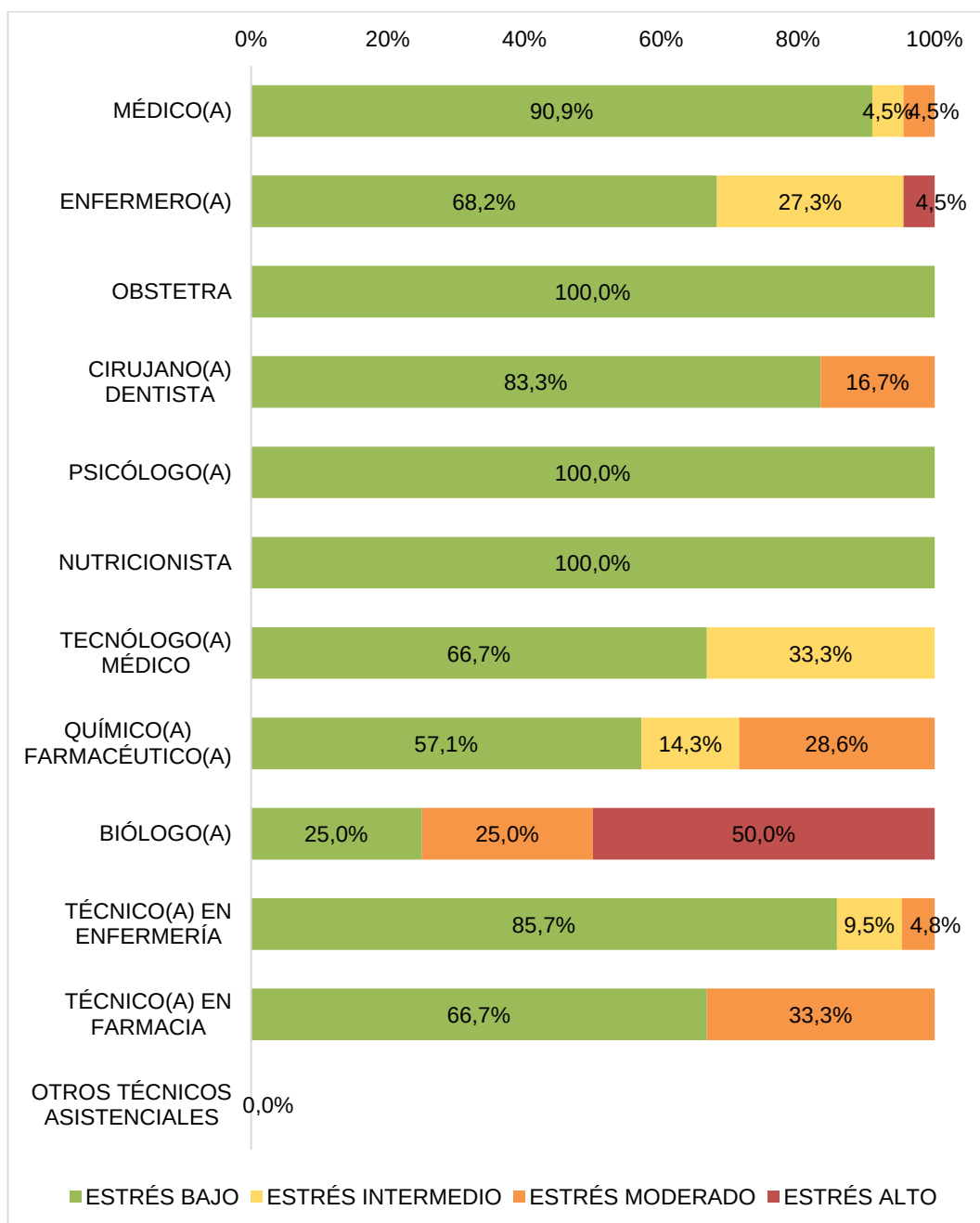
PROFESIÓN U OCUPACIÓN ASISTENCIAL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MÉDICO(A)	20	90,9	1	4,5	1	4,5	0	0,0	22	100
ENFERMERO(A)	15	68,2	6	27,3	0	0,0	1	4,5	22	100
OBSTETRA	15	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	100
CIRUJANO(A) DENTISTA	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	6	100
PSICÓLOGO(A)	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100
NUTRICIONISTA	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
TECNÓLOGO(A) MÉDICO	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	6	100
QUÍMICO(A) FARMACÉUTICO(A)	4	57,1	1	14,3	2	28,6	0	0,0	7	100
BIÓLOGO(A)	1	25,0	0	0,0	1	25,0	2	50,0	4	100
TÉCNICO(A) EN ENFERMERÍA	18	85,7	2	9,5	1	4,8	0	0,0	21	100
TÉCNICO(A) EN FARMACIA	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	3	100
OTROS TÉCNICOS ASISTENCIALES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	90	80,4	12	10,7	7	6,3	3	2,7	112	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 43 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente en el personal asistencial del Centro de Salud San Francisco (80,4%, n=90), alcanzando el 100% en obstetras, psicólogos y nutricionistas. El estrés intermedio (10,7%, n=12) muestra su mayor impacto relativo en tecnólogos médicos (33,3%) y enfermeros (27,3%). Por su parte, el nivel moderado (6,3%, n=7) registra mayor peso porcentual en técnicos en farmacia (33,3%) y químicos farmacéuticos (28,6%). Finalmente, la categoría de estrés alto es la de menor incidencia (2,7%, n=3) y se concentra principalmente en el estamento de biólogos (50,0%).

GRÁFICO 43
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°42.

TABLA 44
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL
CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

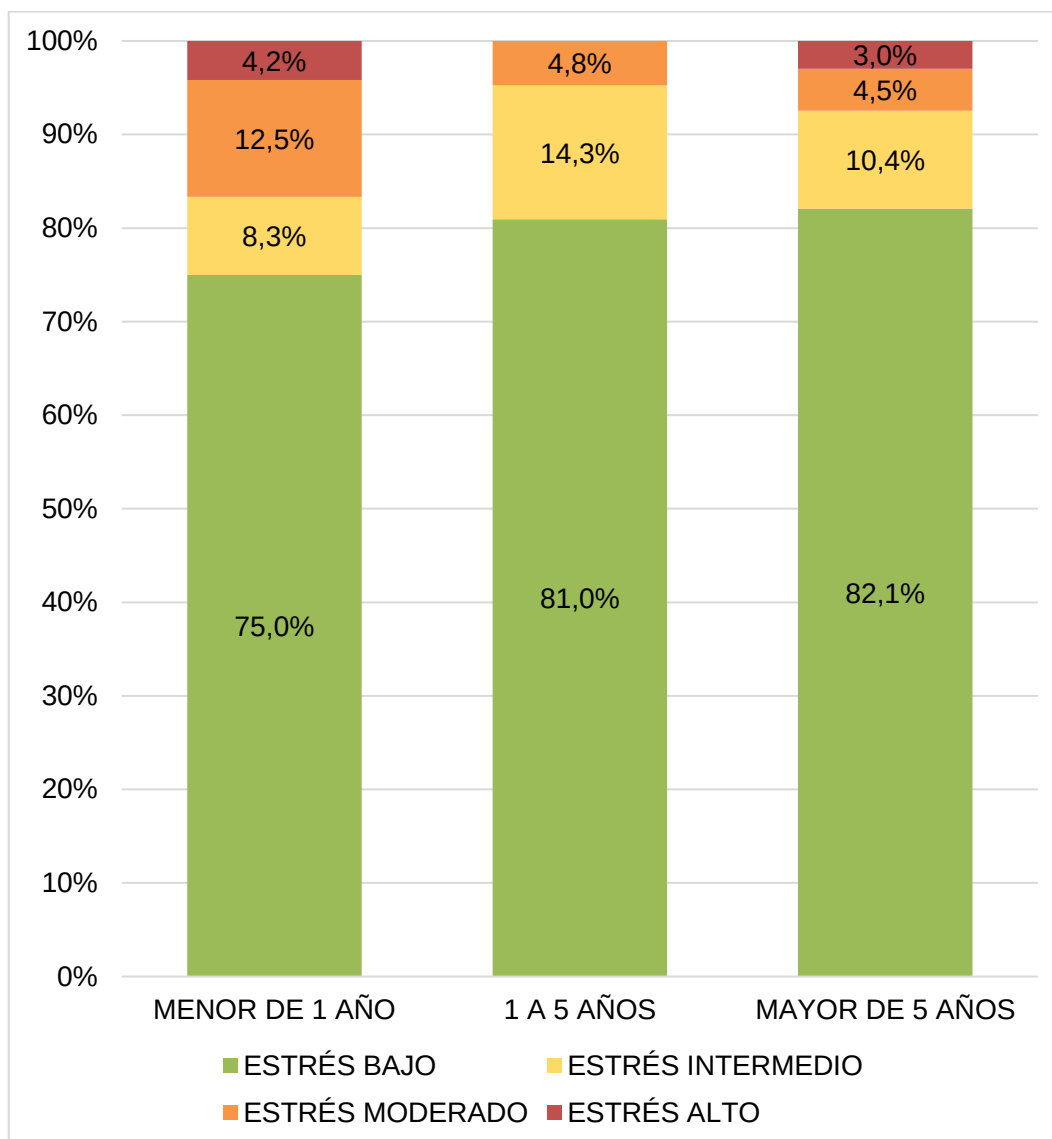
TIEMPO DE SERVICIO	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOR DE 1 AÑO	18	75,0	2	8,3	3	12,5	1	4,2	24	100
1 A 5 AÑOS	17	81,0	3	14,3	1	4,8	0	0,0	21	100
MAYOR DE 5 AÑOS	55	82,1	7	10,4	3	4,5	2	3,0	67	100
TOTAL	90	80,4	12	10,7	7	6,3	3	2,7	112	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 44 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en el personal según su tiempo de servicio en el establecimiento (80,4%, n=90), alcanzando su mayor proporción en aquellos con más de 5 años de permanencia (82,1%). El estrés intermedio (10,7%, n=12) muestra su mayor incidencia relativa en el grupo de 1 a 5 años (14,3%), mientras que el nivel moderado (6,3%, n=7) tiene un mayor peso porcentual en los trabajadores con menos de 1 año de servicio (12,5%). Finalmente, la categoría de estrés alto es mínima (2,7%, n=3) y se manifiesta únicamente en los segmentos con menos de 1 año (4,2%) y más de 5 años de antigüedad (3,0%).

GRÁFICO 44
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°44.

TABLA 45
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN
SALUD EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

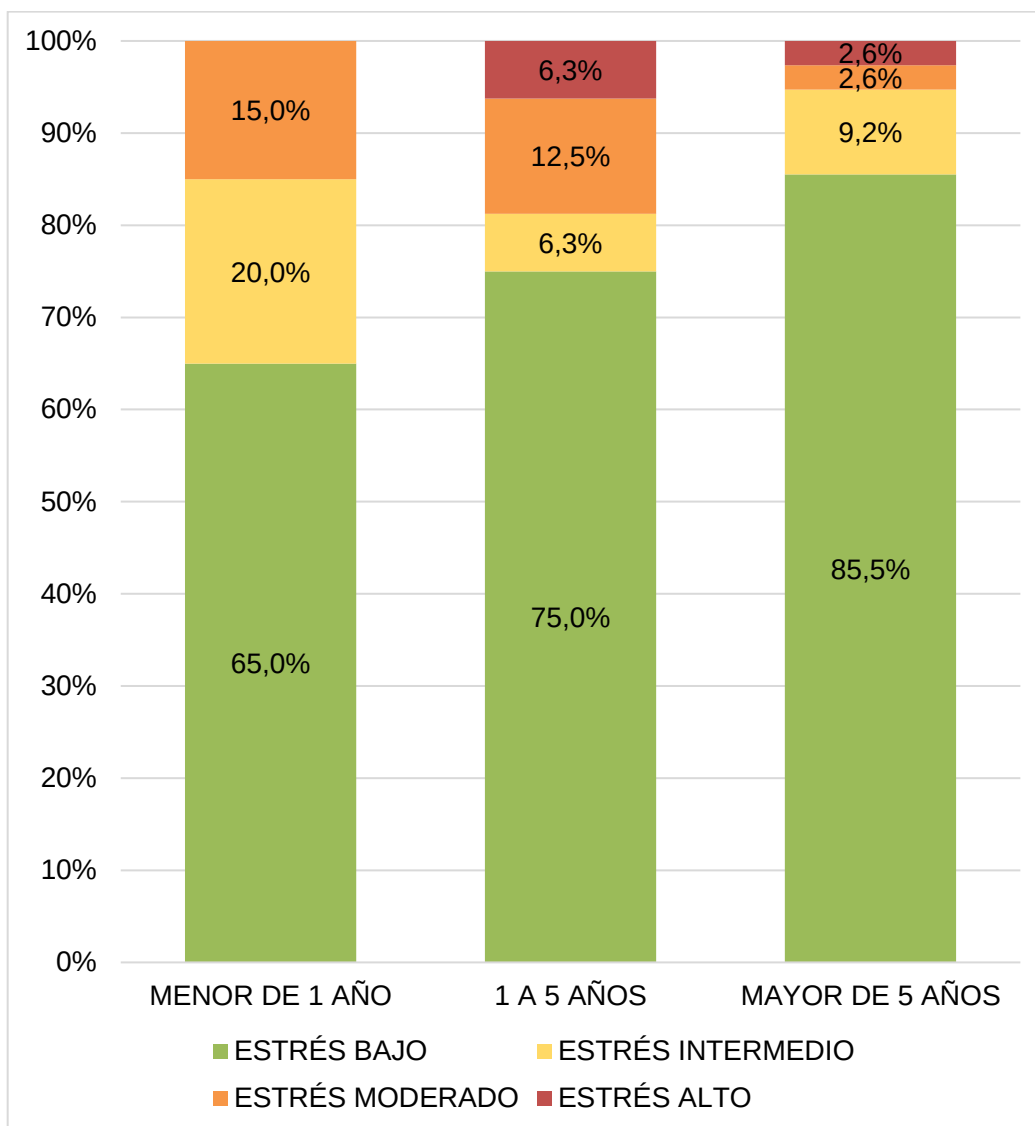
ANTIGÜEDAD TOTAL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOR DE 5 AÑOS	13	65,0	4	20,0	3	15,0	0	0,0	20	100
5 A 10 AÑOS	12	75,0	1	6,3	2	12,5	1	6,3	16	100
MAYOR DE 10 AÑOS	65	85,5	7	9,2	2	2,6	2	2,6	76	100
TOTAL	90	80,4	12	10,7	7	6,3	3	2,7	112	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 45 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente (80,4%, n=90), alcanzando su mayor proporción en el personal con más de 10 años de antigüedad (85,5%). El estrés intermedio (10,7%, n=12) y el nivel moderado (6,3%, n=7) muestran su mayor impacto relativo en el grupo con menos de 5 años de servicio (20,0% y 15,0%, respectivamente). Finalmente, el estrés alto es mínimo (2,7%, n=3) y se distribuye entre los segmentos de 5 a 10 años (6,3%) y más de 10 años de experiencia (2,6%).

GRÁFICO 45
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
ANTIGÜEDAD TOTAL EN SALUD EN EL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°45.

TABLA 46
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

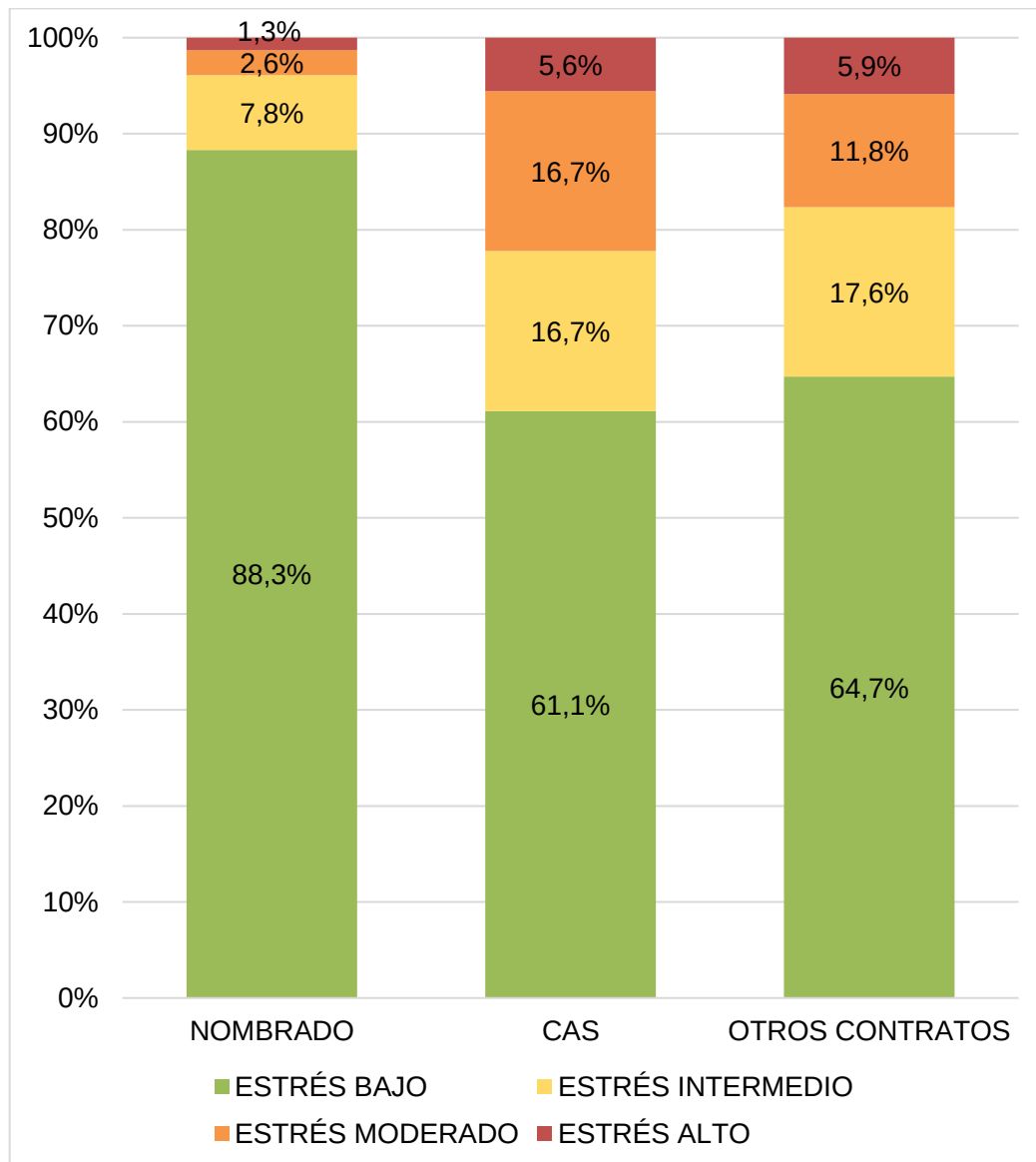
RÉGIMEN CONTRACTUAL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NOMBRADO	68	88,3	6	7,8	2	2,6	1	1,3	77	100
CAS	11	61,1	3	16,7	3	16,7	1	5,6	18	100
OTROS CONTRATOS	11	64,7	3	17,6	2	11,8	1	5,9	17	100
TOTAL	90	80,4	12	10,7	7	6,3	3	2,7	112	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 45 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en el personal según su régimen contractual (80,4%, n=90), alcanzando su mayor proporción en los trabajadores nombrados (88,3%). El estrés intermedio (10,7%, n=12) registra su mayor impacto relativo en el segmento de otros contratos (17,6%). Por su parte, el nivel moderado (6,3%, n=7) muestra un mayor peso porcentual en el personal bajo el régimen CAS (16,7%). Finalmente, la categoría de estrés alto es mínima (2,7%, n=3), manifestándose principalmente en las modalidades de otros contratos (5,9%) y CAS (5,6%).

GRÁFICO 46
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO DE SALUD SAN
FRANCISCO, TACNA, ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°46.

TABLA 47
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN EL
CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

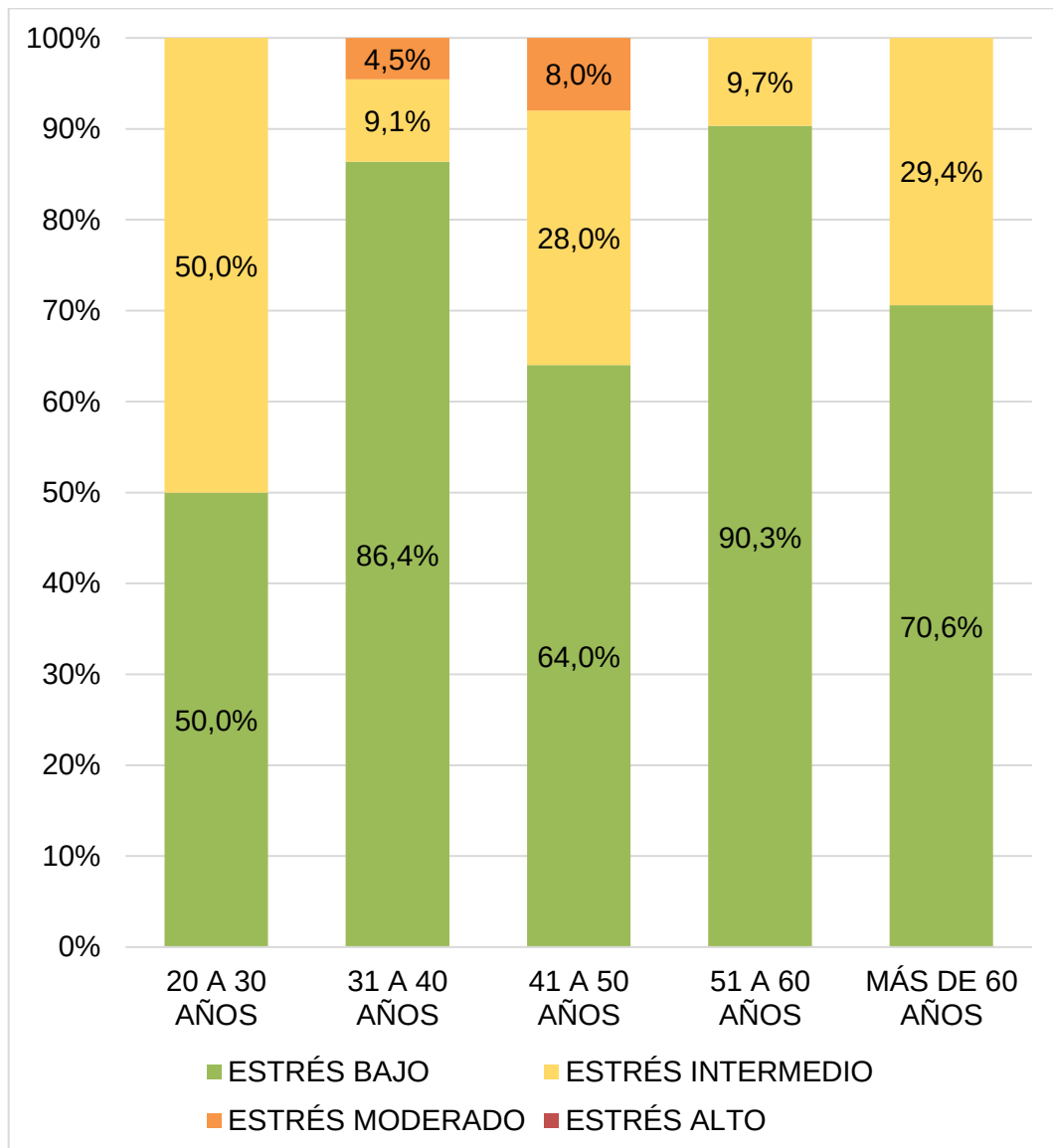
GRUPOS ETARIOS	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20 A 30 AÑOS	4	50,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	8	100
31 A 40 AÑOS	19	86,4	2	9,1	1	4,5	0	0,0	22	100
41 A 50 AÑOS	16	64,0	7	28,0	2	8,0	0	0,0	25	100
51 A 60 AÑOS	28	90,3	3	9,7	0	0,0	0	0,0	31	100
MÁS DE 60 AÑOS	12	70,6	5	29,4	0	0,0	0	0,0	17	100
TOTAL	79	76,7	21	20,4	3	2,9	0	0,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 47 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente en el personal del Centro de Salud Ciudad Nueva (76,7%, n=79), alcanzando su mayor proporción en el rango de 51 a 60 años (90,3%). El estrés intermedio (20,4%, n=21) muestra su mayor impacto relativo en el grupo de 20 a 30 años (50,0%). Por su parte, el nivel moderado representa apenas el 2,9% (n=3) y se manifiesta con mayor peso porcentual en el segmento de 41 a 50 años (8,0%). Finalmente, la categoría de estrés alto es inexistente, registrando un 0,0% en todos los grupos etarios evaluados.

GRÁFICO 47
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
GRUPOS ETARIOS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD
NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°47.

TABLA 48
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE
SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

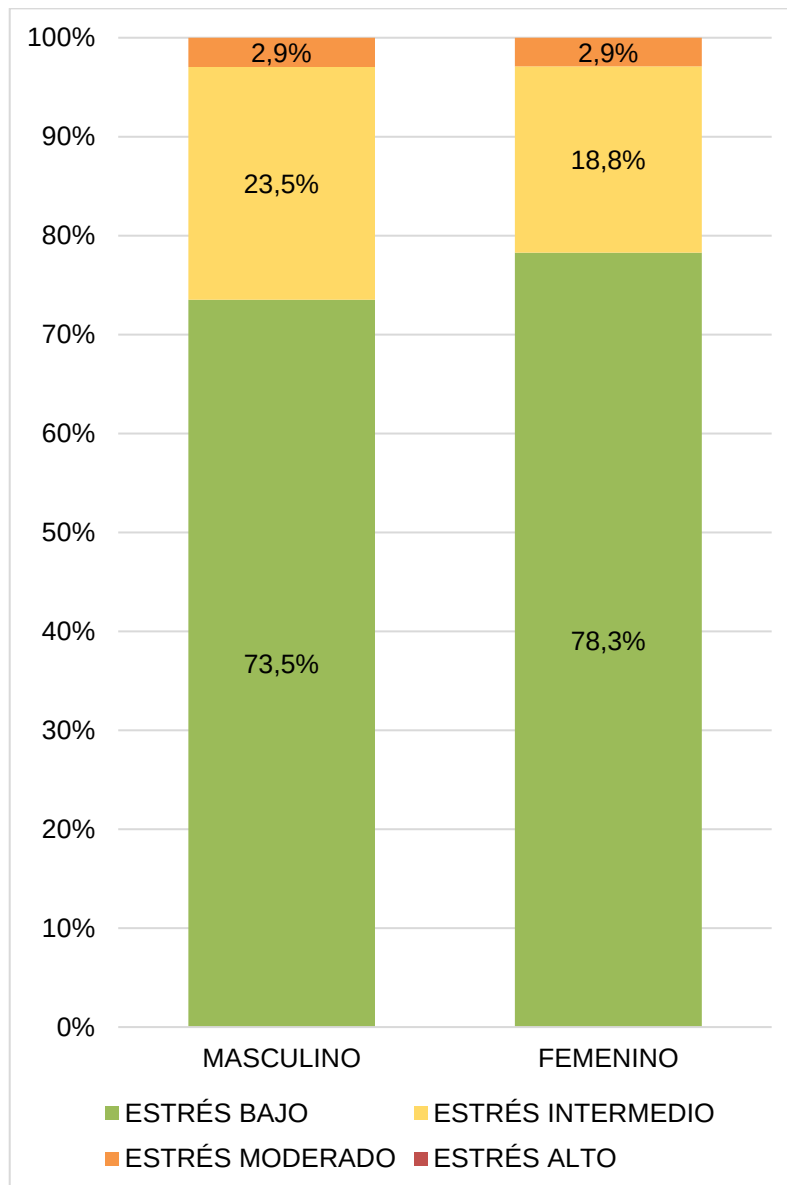
SEXO	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	25	73,5	8	23,5	1	2,9	0	0,0	34	100
FEMENINO	54	78,3	13	18,8	2	2,9	0	0,0	69	100
TOTAL	79	76,7	21	20,4	3	2,9	0	0,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 48 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente en el personal del Centro de Salud Ciudad Nueva (76,7%, n=79), alcanzando una mayor proporción relativa en el sexo femenino (78,3%) frente al masculino (73,5%). El estrés intermedio afecta al 20,4% global (n=21), registrando un mayor impacto porcentual en los varones (23,5%). Por su parte, el nivel moderado representa el 2,9% (n=3) y se manifiesta de manera equivalente en ambos grupos (2,9% cada uno). Finalmente, la categoría de estrés alto es inexistente, reportando un 0,0% tanto en hombres como en mujeres.

GRÁFICO 48
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
SEXO EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°48.

TABLA 49
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CENTRO
DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

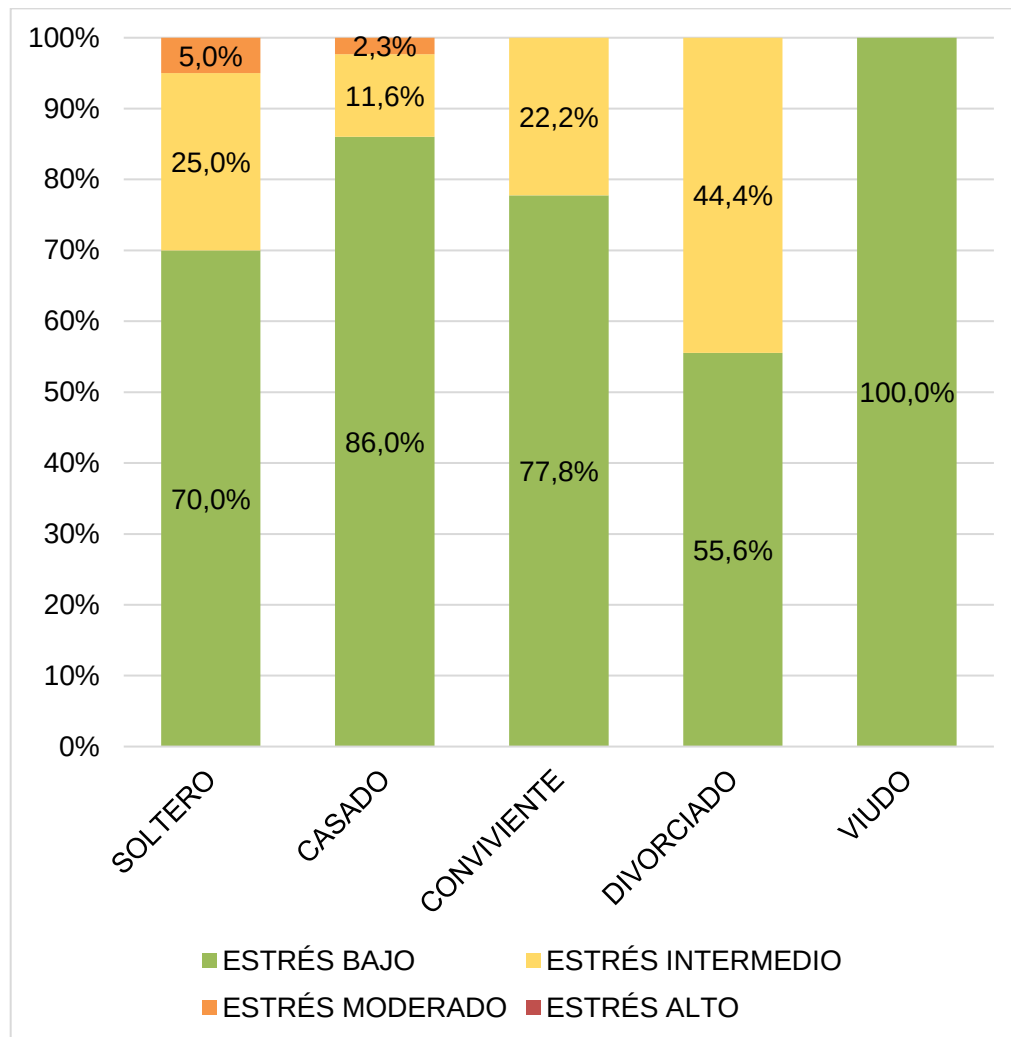
ESTADO CIVIL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SOLTERO	28	70,0	10	25,0	2	5,0	0	0,0	40	100
CASADO	37	86,0	5	11,6	1	2,3	0	0,0	43	100
CONVIVIENTE	7	77,8	2	22,2	0	0,0	0	0,0	9	100
DIVORCIADO	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0	0,0	9	100
VIUDO	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
TOTAL	79	76,7	21	20,4	3	2,9	0	0,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 49 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente en el personal del Centro de Salud Ciudad Nueva (76,7%, n=79), alcanzando el 100% en los trabajadores viudos, seguidos por los casados (86,0%). El estrés intermedio (20,4%, n=21) registra su mayor impacto relativo en el grupo de divorciados (44,4%). Por su parte, el nivel moderado representa apenas el 2,9% (n=3) y se manifiesta únicamente en los segmentos de solteros (5,0%) y casados (2,3%). Finalmente, la categoría de estrés alto es inexistente, reportando un 0,0% en todos los estados civiles evaluados.

GRÁFICO 49
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
ESTADO CIVIL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD
NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°49.

TABLA 50
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN
EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

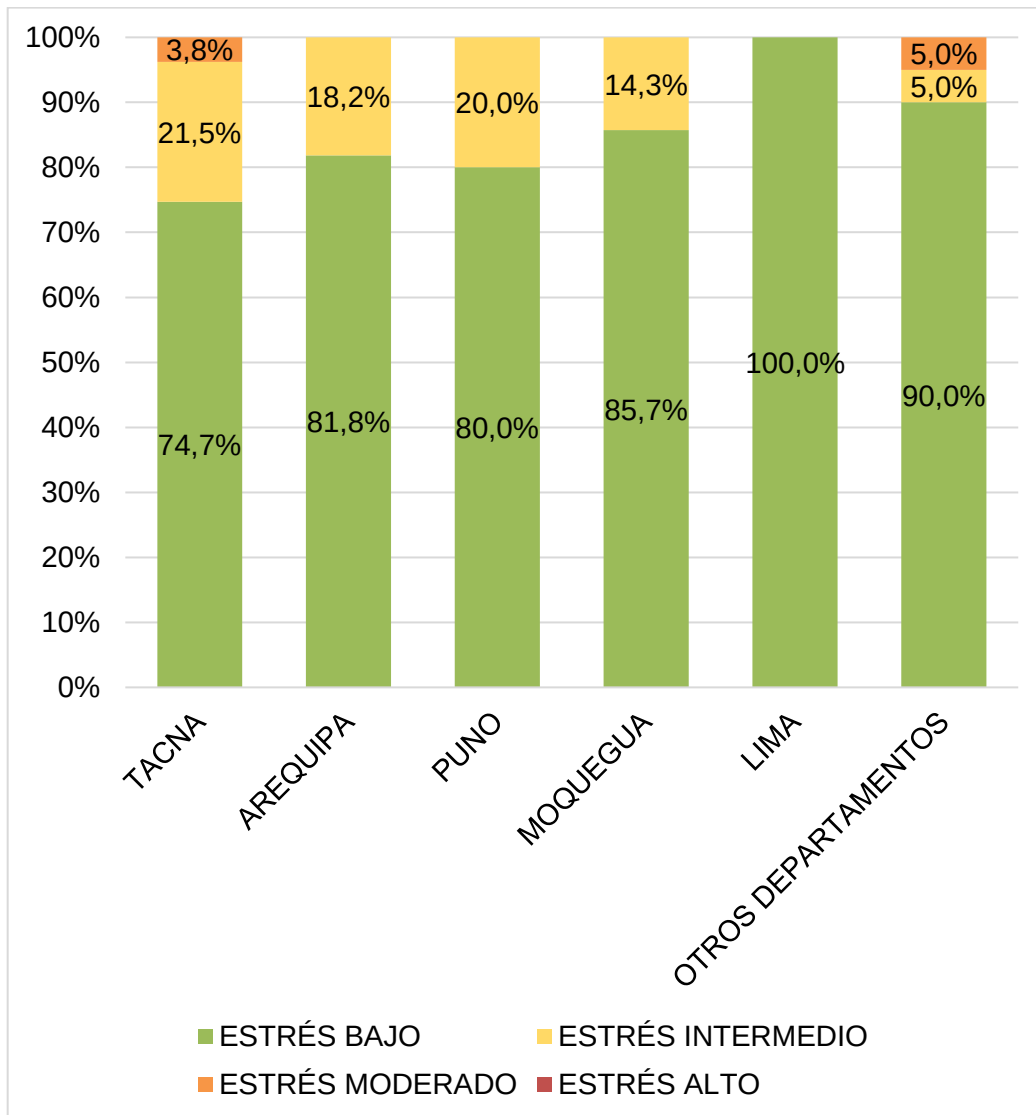
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TACNA	59	74,7	17	21,5	3	3,8	0	0,0	79	100
AREQUIPA	9	81,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0	11	100
PUNO	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	5	100
MOQUEGUA	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	7	100
LIMA	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100
OTROS DEPARTAMENTOS	18	90,0	1	5,0	1	5,0	0	0,0	20	100
TOTAL	79	76,7	21	20,4	3	2,9	0	0,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 50 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente (76,7%, n=79), alcanzando el 100% en los trabajadores procedentes de Lima, seguido por el grupo de otros departamentos (90,0%). El estrés intermedio (20,4%, n=21) registra su mayor impacto relativo en el personal originario de Tacna (21,5%). Por su parte, el nivel moderado representa el 2,9% (n=3) y se manifiesta en los segmentos de otros departamentos (5,0%) y Tacna (3,8%). Finalmente, el estrés alto es inexistente (0,0%) en todas las procedencias geográficas evaluadas en el Centro de Salud Ciudad Nueva.

GRÁFICO 50
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA EN EL CENTRO DE
SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°50.

TABLA 51
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL
CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA,
ABRIL–MAYO 2026

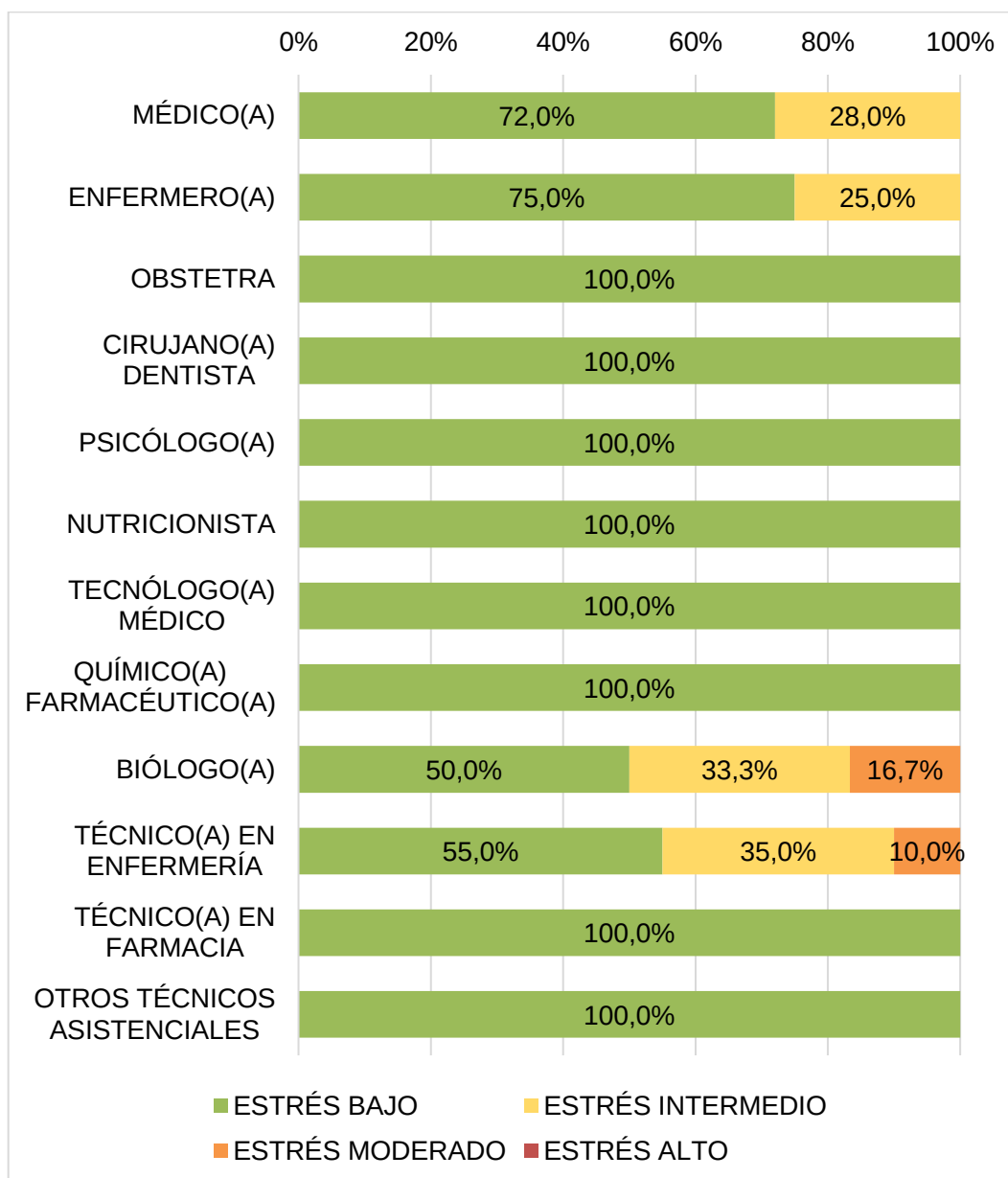
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MÉDICO(A)	18	72,0	7	28,0	0	0,0	0	0,0	25	100
ENFERMERO(A)	15	75,0	5	25,0	0	0,0	0	0,0	20	100
OBSTETRA	13	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	100
CIRUJANO(A) DENTISTA	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100
PSICÓLOGO(A)	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100
NUTRICIONISTA	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
TECNÓLOGO(A) MÉDICO	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
QUÍMICO(A) FARMACÉUTICO(A)	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100
BIÓLOGO(A)	3	50,0	2	33,3	1	16,7	0	0,0	6	100
TÉCNICO(A) EN ENFERMERÍA	11	55,0	7	35,0	2	10,0	0	0,0	20	100
TÉCNICO(A) EN FARMACIA	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100
OTROS TÉCNICOS ASISTENCIALES	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
TOTAL	79	76,7	21	20,4	3	2,9	0	0,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 51 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente (76,7%, n=79), alcanzando el 100% en estamentos como obstetras, cirujanos dentistas y psicólogos. El estrés intermedio (20,4%, n=21) tiene su mayor impacto relativo en técnicos en enfermería (35,0%) y biólogos (33,3%), mientras que el nivel moderado (2,9%, n=3) se manifiesta en biólogos (16,7%) y técnicos en enfermería (10,0%). Finalmente, el estrés alto es inexistente (0,0%) en todos los grupos ocupacionales.

GRÁFICO 51
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
PROFESIÓN U OCUPACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD
CIUDAD NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026



Fuente: Tabla N°51

TABLA 52
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EL
CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

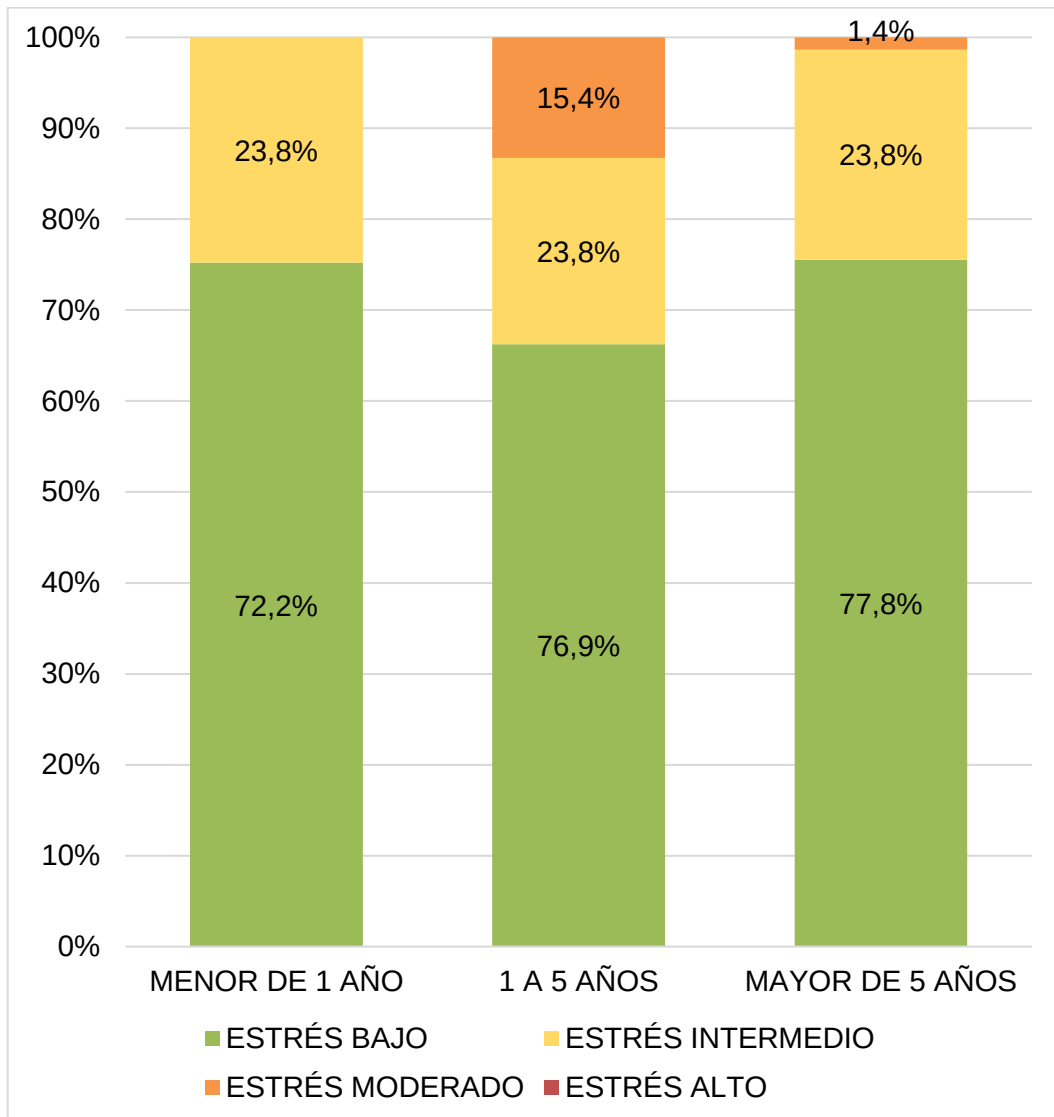
TIEMPO DE SERVICIO LOCAL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOR DE 1 AÑO	13	72,2	5	23,8	0	0,0	0	0,0	18	100
1 A 5 AÑOS	10	76,9	1	23,8	2	15,4	0	0,0	13	100
MAYOR DE 5 AÑOS	56	77,8	15	23,8	1	1,4	0	0,0	72	100
TOTAL	79	76,7	21	23,8	3	2,9	0	0,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 52 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina notablemente en el personal según su tiempo de servicio local (76,7%, n=79), alcanzando su mayor proporción en aquellos con más de 5 años de permanencia en el centro actual (77,8%). El estrés intermedio (20,4%, n=21) registra su mayor impacto relativo en el grupo con menos de 1 año de servicio (27,8%), mientras que el nivel moderado (2,9%, n=3) se manifiesta con mayor peso porcentual en el segmento de 1 a 5 años (15,4%). Finalmente, la categoría de estrés alto es inexistente (0,0%) en todos los tiempos de servicio evaluados.

GRÁFICO 52
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
TIEMPO DE SERVICIO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL
CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°52.

TABLA 53
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN ANTIGÜEDAD TOTAL EN EL
SECTOR SALUD EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA,
TACNA, ABRIL–MAYO 2026

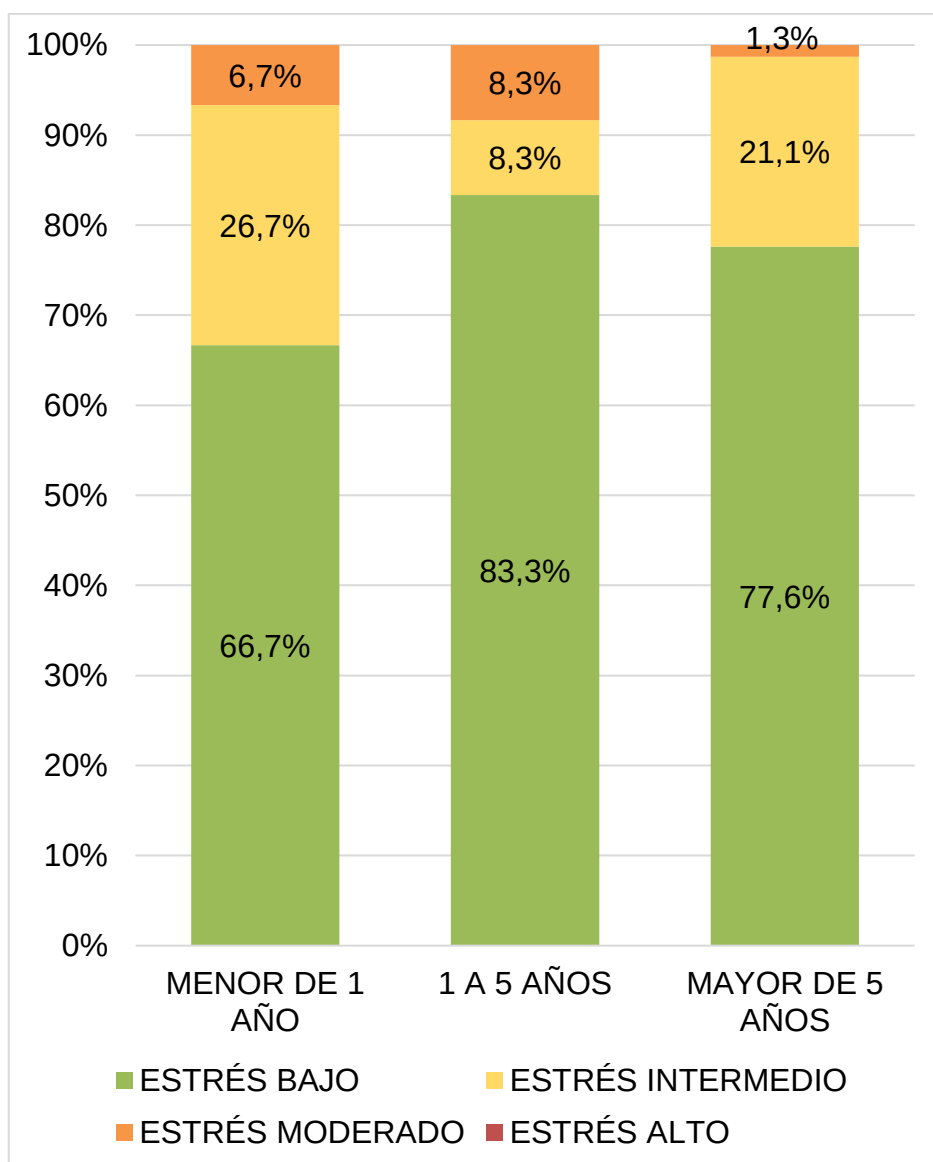
ANTIGÜEDAD EN SALUD	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOR DE 5 AÑOS	10	66,7	4	26,7	1	6,7	0	0,0	15	100
5 A 10 AÑOS	10	83,3	1	8,3	1	8,3	0	0,0	12	100
MAYOR DE 10 AÑOS	59	77,6	16	21,1	1	1,3	0	0,0	76	100
TOTAL	79	76,7	21	20,4	3	2,9	0	0,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 53 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en el personal según su antigüedad total en el sector salud (76,7%, n=79), alcanzando su mayor proporción en el grupo de 5 a 10 años de servicio (83,3%). El estrés intermedio (20,4%, n=21) registra su mayor impacto relativo en el personal con menos de 5 años de antigüedad (26,7%). Por su parte, el nivel moderado representa el 2,9% (n=3) y se manifiesta con mayor peso porcentual en el segmento de 5 a 10 años (8,3%). Finalmente, la categoría de estrés alto es inexistente, reportando un 0,0% en todos los rangos de experiencia evaluados.

GRÁFICO 53
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
ANTIGÜEDAD TOTAL EN EL SECTOR SALUD EN EL
CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD
CIUDAD NUEVA, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°53.

TABLA 54
NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO EN EL
CENTRO ACTUAL EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD
NUEVA, TACNA, ABRIL–MAYO 2026

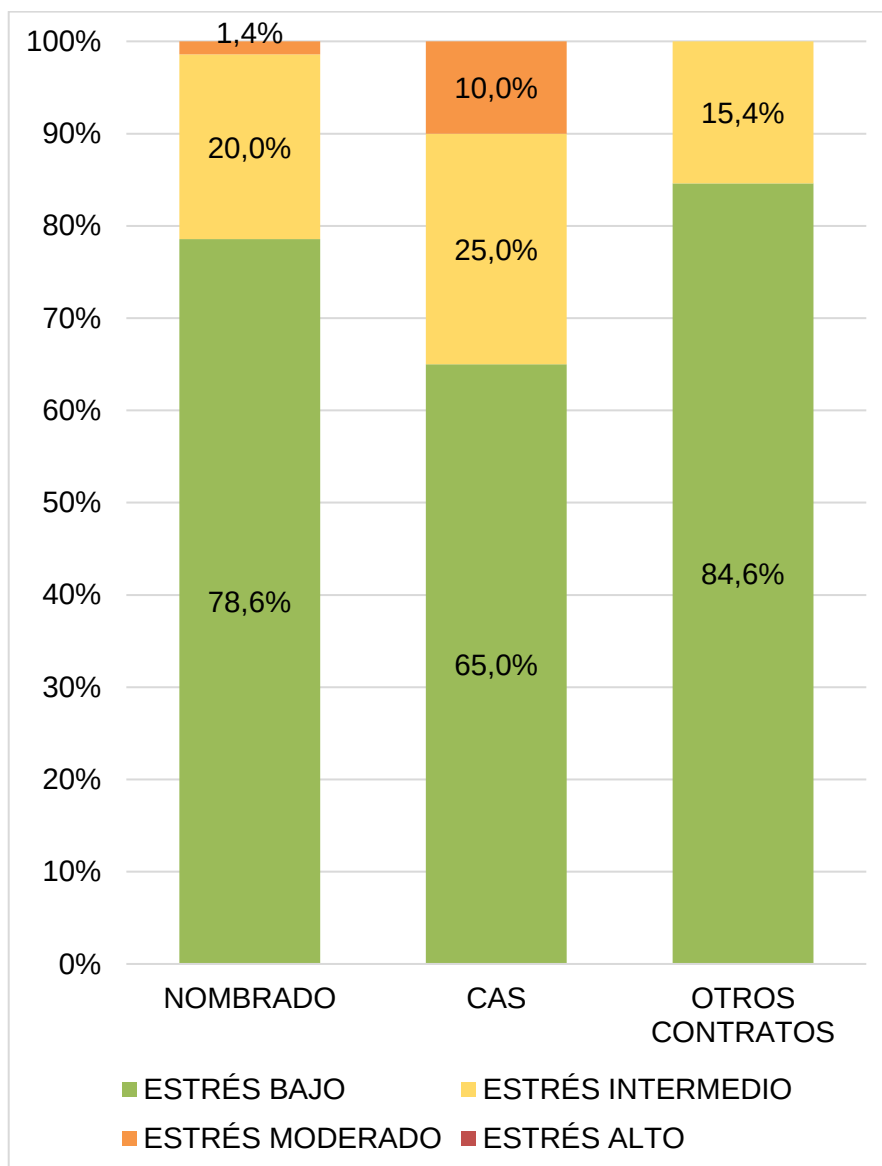
RÉGIMEN CONTRACTUAL	ESTRÉS BAJO		ESTRÉS INTERMEDIO		ESTRÉS MODERADO		ESTRÉS ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	f	%
NOMBRADO	55	78,6	14	20,0	1	1,4	0	0,0	70	100
CAS	13	65,0	5	25,0	2	10,0	0	0,0	20	100
OTROS CONTRATOS	11	84,6	2	15,4	0	0,0	0	0,0	13	100
TOTAL	79	76,7	21	20,4	3	2,9	0	0,0	103	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y laboral y el Cuestionario sobre Estrés Laboral de la OIT/OMS al personal de salud asistencial de los centros de salud I–4 de Tacna, durante el periodo abril–mayo de 2026.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N.º 54 se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina de manera notable en el personal según su régimen contractual (76,7%, n=79), alcanzando su mayor proporción en los trabajadores bajo la condición de otros contratos (84,6%). El estrés intermedio (20,4%, n=21) registra su mayor impacto relativo en el personal CAS (25,0%). Por su parte, el nivel moderado representa el 2,9% (n=3) y se manifiesta con mayor peso porcentual también en el segmento CAS (10,0%). Finalmente, la categoría de estrés alto es inexistente, reportando un 0,0% en todas las modalidades contractuales evaluadas.

GRÁFICO 54
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL SEGÚN
TIPO DE CONTRATO EN EL CENTRO ACTUAL EN EL
CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, TACNA,
ABRIL-MAYO 2026



Fuente: Tabla N°54.

4.2. DISCUSIÓN

En la Tabla 01 muestra una distribución equilibrada de la población considerada en esta investigación, evidenciándose que el Centro de Salud San Francisco concentra a la mayoría relativa de la fuerza laboral asistencial de la red, mientras que los establecimientos de La Esperanza y Ciudad Nueva registran una participación equivalente entre sí.

A nivel internacional, la investigación de Correa reportó una población de 58 trabajadores asistenciales, conformada específicamente por médicos y enfermeras, en la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en Cuenca, Ecuador. Por su parte, Pincay et al. evaluaron a 43 profesionales clínicos integrados por médicos generales, obstetras, enfermeros y auxiliares de enfermería en el área de emergencias del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C en Ecuador. Asimismo, Guzmán documentó una plantilla de 45 colaboradores asistenciales, incluyendo exclusivamente a profesionales y auxiliares de enfermería, en la Empresa Social del Estado Hospital Sandiego de Cereté en Colombia.

A nivel nacional, Alejo y Ventura documentaron en su censo que el establecimiento de primer nivel de atención Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho operaba con una fuerza laboral conformada por 80 trabajadores de planta, abarcando a médicos, licenciados en enfermería y técnicos en enfermería. En esa misma línea, Bautista estudió a 52 servidores integrados por médicos, obstetras, licenciados en enfermería, biólogos, químicos farmacéuticos, técnicos en enfermería, técnicos en laboratorio y técnicos en farmacia en la Micro Red San Antonio de Bambamarca correspondiente al nivel primario en Cajamarca. Por su parte, el estudio de Nuñez y Quispe abarcó a 44 trabajadores asistenciales conformados por profesionales de enfermería, medicina, obstetricia, odontología, psicología, laboratorio y personal técnico en el Centro de Salud San Juan Bautista de Ayacucho. Finalmente, Ramos y Manrique

analizaron la composición de 60 trabajadores de salud, distribuidos entre profesionales de la salud, técnicos y personal de servicios, en el Centro de Salud ACLAS Alto Ilo del Ministerio de Salud en Moquegua.

En la Red de Salud Tacna, Sarmiento evaluó a una muestra de 87 trabajadores a partir de una población total de 132 profesionales asistenciales en el Centro de salud San Francisco, conformado por médicos cirujanos, médicos de familia, enfermeros, obstetras, psicólogos, cirujanos dentistas, químicos farmacéuticos y técnicos asistenciales. En Ciudad Nueva, Sotomayor reportó sus hallazgos en una muestra de 45 servidores a partir de una población total de 114 profesionales asistenciales, cuyas funciones sostenían dicho establecimiento abarcando a médicos cirujanos, obstetras, enfermeros, psicólogos, cirujanos dentistas, químicos farmacéuticos y técnicos asistenciales. En abierto contraste, Villanueva investigó en una muestra de 90 trabajadores provenientes de una población total de 109 profesionales asistenciales en el Centro de salud La Esperanza, integrando a médicos generales, médicos especialistas, enfermeros, obstetras, psicólogos, cirujanos dentistas y técnicos asistenciales.

En la presente investigación, el universo de personal de salud asistencial potencial en los Centros de salud I-4 sumaba inicialmente 355 servidores en actividad, distribuidos en 132 trabajadores para San Francisco, 114 para Ciudad Nueva y 109 para La Esperanza. Tras la aplicación de los criterios de selección, la cantidad total de personal que al final fue considerada en la investigación se consolidó en una muestra censal de 318 profesionales y técnicos. Según los reportes oficiales del Repositorio Único Nacional de Información en Salud, el establecimiento La Esperanza asume la responsabilidad de atender a 14235 habitantes, Ciudad Nueva concentra la demanda de 18218 ciudadanos y San Francisco supera a ambos absorbiendo a más de 61000 pobladores de la periferia urbana.

En mi investigación, la presente tabla muestra que el personal de salud asistencial se distribuye de manera similar entre los tres establecimientos de la red, con 112 trabajadores en el Centro de Salud San Francisco y 103 en La Esperanza y Ciudad Nueva. La comparación con los estudios de Correa (58 trabajadores) y Alejo y Ventura (80 trabajadores) es limitada, debido a que estos no describen la población asignada a cada establecimiento, impidiendo valorar la carga asistencial. A nivel regional, la distribución del personal se ha mantenido similar respecto a investigaciones previas, donde San Francisco registró 132 trabajadores, Ciudad Nueva 114 y La Esperanza 109. No obstante, debido a los criterios de inclusión de la presente investigación, el número de participantes evaluados supera al de los evaluados por Sarmiento, Sotomayor y Villanueva.

Respecto a la asignación del personal de salud, la distribución similar de trabajadores entre los tres establecimientos no considera las diferencias en la demanda de atención de cada jurisdicción. Mientras La Esperanza y Ciudad Nueva, con 103 trabajadores cada uno, atienden aproximadamente a 14 235 y 18 218 habitantes, respectivamente, San Francisco dispone de 112 trabajadores para una población superior a 61 000 habitantes. Esta diferencia sugiere una mayor carga asistencial para su personal, lo que podría incrementar el riesgo de estrés laboral.

La homogeneidad estadística en la asignación de plazas evidencia una desproporción frente al volumen real de pacientes. Las contrataciones se sustentan en presupuestos históricos estandarizados, sin adaptarse al crecimiento demográfico ni a las necesidades cambiantes de cada jurisdicción.

Según la Tabla 02, el personal de edad avanzada y de mediana edad predomina claramente en la red, mientras que el segmento de adultos jóvenes constituye el grupo menos representado, con una escasez de recambio generacional más acentuada en San Francisco.

A nivel internacional, Guzmán identificó que el 42,2% de los colaboradores de la Empresa Social del Estado Hospital Sandiego de Cereté se concentraba en la etapa de 26 a 35 años. Romero documentó que el 92,16% de la población del Hospital IESS Manta estaba comprendido entre 25 y 43 años. En la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo, Correa reportó una media de edad de 40 años, precisando que el 34,5% superaba los 44 años, el 24,1% oscilaba entre 30 y 36 años, el 20,7% se ubicaba entre 37 y 43 años, y el 20,7% restante pertenecía al grupo de 24 a 29 años.

A nivel nacional, Alejo y Ventura hallaron en el establecimiento Jaime Zubietta Calderón que el 45,0% del personal tenía entre 41 y 65 años, y un 38,7% se posicionaba entre 31 y 40 años. Bautista reportó en la Micro Red San Antonio de Bambamarca que los segmentos más densos se ubicaban entre 36 y 40 años con 26,9%, y de 31 a 35 años con 25,0%. Finalmente, Nuñez y Quispe documentaron en el Centro de Salud San Juan Bautista que el 77,3% de su población se encontraba en el rango de 46 a 55 años.

En el ámbito regional, Sarmiento evaluó el Centro de Salud San Francisco reveló que el 52,87% de su personal tenía entre 41 y 59 años, y el 28,74% entre 31 y 40 años. Sotomayor no detallan los resultados porcentuales correspondientes a sus grupos etarios en el Centro de Salud Ciudad Nueva. Villanueva omite los resultados descriptivos respecto a grupos etarios en el Centro de Salud La Esperanza.

Para la presente investigación, la población inicial de la red ascendía a 355 servidores, logrando consolidar una muestra final de 318 trabajadores. Al clasificar por edades, San Francisco y Ciudad Nueva concentran la mayor proporción de personal de 51 a 60 años, mientras que La Esperanza agrupa la mayor cuota de personal joven de 20 a 30 años con un 9,7%.

El análisis de los grupos etarios refleja un proceso de envejecimiento del personal de salud evaluado (n=318) en Tacna. Al comparar estos hallazgos con la literatura internacional de Correa, Guzmán y Romero, se observan diferencias con sus sistemas de salud, donde predomina el personal joven y de edad intermedia. En contraste, los resultados obtenidos coinciden con la realidad demográfica descrita por Núñez y Quispe, Alejo y Ventura, Bautista y Sarmiento, evidenciando que los establecimientos del primer nivel de atención en el Perú cuentan principalmente con personal adulto.

Cabe destacar que más del 50% del personal de salud asistencial de la región (considerando los grupos mayores de 41 años) supera las cuatro décadas de vida, lo que evidencia que la atención ambulatoria en Tacna recae principalmente en trabajadores de la adultez media. Desde el punto de vista de la planificación del recurso humano, resulta preocupante la escasa incorporación de profesionales jóvenes en los establecimientos evaluados. En San Francisco y Ciudad Nueva, apenas el 4,5% y el 7,8% del personal, respectivamente, corresponde al grupo de 20 a 30 años, lo que podría limitar el recambio generacional necesario para garantizar la continuidad de las actividades asistenciales. En contraste, La Esperanza presenta una mayor proporción de trabajadores jóvenes.

En síntesis, la estructura demográfica de la red asistencial evidencia un envejecimiento del personal y una escasa incorporación de profesionales jóvenes, por lo que la mayor parte de la atención en los establecimientos periféricos recae en trabajadores de mayor edad.

En la Tabla 03 se constata un marcado predominio del sexo femenino de manera transversal en toda la red, situándose la mayor concentración de trabajadoras en San Francisco, mientras que el personal masculino registra su mayor nivel de participación en Ciudad Nueva.

En el ámbito internacional, Pincay et al., en el Centro de Salud Bastión Popular Tipo C, determinaron que el 76,7% del personal correspondía al sexo femenino. De manera similar, Torres reportó un 74,0% de mujeres, Correa documentó un 71,0% en la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo y Alomoto y Mena encontraron un 60,0%. En contraste, Romero, en el Hospital IESS Manta, evidenció una distribución prácticamente equilibrada entre ambos sexos, con un 49,02% de mujeres.

A nivel nacional, Alejo y Ventura documentaron que el 81,25% de los participantes eran mujeres. Asimismo, Ramos y Manrique reportaron un 71,7% de personal femenino en el Centro de Salud ACLAS Alto Ilo, mientras que Bautista halló un 51,9% en la Micro Red San Antonio de Bambamarca.

En el ámbito regional, Sarmiento evaluó el Centro de Salud San Francisco con una muestra de 87 trabajadores, encontrando que el 64,37% correspondía al sexo femenino. Por su parte, Sotomayor y Villanueva no describieron la distribución del personal según sexo.

El análisis de la distribución según sexo revela un marcado predominio de mujeres en la población estudiada en Tacna, alcanzando el 72,3%. Al comparar estos hallazgos con la literatura internacional de Pincay et al., Torres y Correa, así como con la nacional de Alejo y Ventura, Ramos y Manrique, y la local de Sarmiento, se confirma una tendencia consistente en los servicios de salud, donde la atención es desempeñada mayoritariamente por mujeres. Solo los estudios de Romero y Bautista reportaron una distribución más equilibrada entre ambos sexos.

Que casi tres cuartas partes del personal asistencial de la provincia esté conformado por mujeres demuestra que la primera línea de atención en Tacna se sostiene sobre la labor de este grupo demográfico. Esto se debe a que, las profesiones enfocadas en la asistencia y el cuidado directo

del paciente han sido tradicionalmente elegidas por mujeres, consolidando personal con una clara mayoría a lo largo de las décadas de contratación estatal.

En conjunto, la distribución demográfica de la red asistencial evidencia un marcado predominio de mujeres, quienes constituyen la mayor proporción del personal de salud y asumen gran parte de las actividades asistenciales en los establecimientos evaluados.

Según la Tabla 04, los profesionales casados y solteros configuran las dos grandes mayorías conyugales de la plantilla, con preeminencia de los primeros en San Francisco y Ciudad Nueva, y de los segundos en el establecimiento de La Esperanza.

A nivel internacional, Romero documentó en el Hospital IESS Manta que el 43,8% de su personal era soltero, el 32,9% casado, el 15,8% mantenía una unión libre, el 3,9% separado, el 2,8% divorciado y el 0,8% viudo.

A nivel nacional, Ramos y Manrique reportaron en el Centro de Salud ACLAS Alto Ilo que el 63,33% de su personal era soltero, el 31,67% casado, el 3,33% divorciado y el 1,67% viudo.

En el ámbito regional, Sarmiento, evaluó el Centro de Salud San Francisco, indicando que el 44,83% eran casados y el 42,53% solteros.

El análisis del estado civil revela una distribución similar entre el personal casado (42,8%) y el personal soltero (40,6%). Al comparar estos hallazgos con la literatura internacional de Romero y la nacional de Ramos y Manrique, se observa una diferencia, ya que en dichos estudios predominó el estado civil soltero entre el personal de salud. En contraste, nuestros resultados coinciden con los reportados por Sarmiento,

evidenciando que en la región existe una distribución equilibrada entre ambos estados civiles, con un ligero predominio del personal casado.

El predominio conjunto del personal casado (42,8%) y soltero (40,6%), que representa el 83,4% de los trabajadores evaluados, evidencia la coexistencia de dos perfiles familiares en los establecimientos de salud. Mientras el Centro de Salud San Francisco concentra una mayor proporción de personal casado, La Esperanza reúne un mayor porcentaje de trabajadores solteros.

Esta distribución responde a la coexistencia de distintas etapas del ciclo de vida y la trayectoria profesional. La mayor edad favorece la consolidación de vínculos conyugales, mientras que el ingreso de profesionales jóvenes explica la elevada proporción de trabajadores solteros. Estas características podrían influir en el afrontamiento de las demandas laborales, al brindar al personal casado una mayor red de apoyo familiar, mientras que los trabajadores solteros dependen de otros recursos de apoyo social para afrontar las exigencias del primer nivel de atención.

Se concluye que, la estructura social de la red asistencial evidencia un equilibrio, donde el personal casado y el personal soltero constituyen las dos grandes mayorías que sostienen la función asistencial de los establecimientos.

Según la Tabla 05, muestra que la gran mayoría del personal asistencial es nativa de la región Tacna, con una especial concentración local en La Esperanza, mientras que los profesionales procedentes de otras regiones del país constituyen sectores claramente minoritarios.

En los antecedentes internacionales revisados, los estudios de Guzmán, Romero, Correa, Pincay et al., Torres, y Alomoto y Mena, se enfocaron en otras características demográficas y omitieron la descripción

de los resultados porcentuales referentes a la procedencia geográfica de sus respectivas poblaciones en sus investigaciones.

A nivel nacional, las investigaciones de Ramos y Manrique, Alejo y Ventura, Bautista, y Nuñez y Quispe también omitieron detallar los porcentajes descriptivos de la distribución por procedencia geográfica en sus resultados.

En el ámbito regional, Sarmiento, Sotomayor y Villanueva omitieron incluir la procedencia geográfica dentro de sus matrices de evaluación sociodemográfica.

El análisis de la procedencia geográfica en la plantilla final de 318 trabajadores evaluados en Tacna revela una sólida concentración de personal local, alcanzando el 76,1%. Al no existir datos previos sobre esta variable en la literatura internacional de Romero o Guzmán, ni en la nacional de Bautista o Ramos y Manrique, ni en los antecedentes locales de Sarmiento, Sotomayor y Villanueva, nuestros hallazgos aportan una descripción estadística novedosa sobre la composición cultural de la primera línea de atención ambulatoria en la región.

Que más del 75% del personal asistencial de la provincia haya nacido en Tacna evidencia un marcado arraigo a la comunidad donde desarrolla sus funciones. Esta condición favorece la comprensión de la realidad social y facilita la comunicación con la población atendida. Asimismo, la presencia de profesionales procedentes de Puno (7,5%) y Arequipa (6,9%) refleja una moderada migración laboral que aporta diversidad a los equipos de salud.

Este predominio de personal nacido en la región podría explicarse por la incorporación de egresados de las instituciones de formación superior locales al sistema público de salud. Además, el conocimiento del contexto social y del perfil epidemiológico de la población podría facilitar la

adaptación al entorno de trabajo y contribuir a un mejor afrontamiento de las demandas asistenciales, favoreciendo el mantenimiento de niveles bajos de estrés.

En conclusión, la composición cultural de la red asistencial evidencia un predominio de personal nacido en la misma región, conformando una plantilla con un fuerte arraigo geográfico e identidad local.

Según la Tabla 06, la distribución de los grupos etarios según sexo presenta diferencias entre los establecimientos evaluados. En el personal masculino, el grupo de 31 a 40 años registró la mayor proporción en La Esperanza, el de 41 a 50 años en San Francisco y el de 51 a 60 años en Ciudad Nueva. En el personal femenino, predominó el grupo de 41 a 50 años en La Esperanza y el de 51 a 60 años en San Francisco y Ciudad Nueva. En la distribución general, el grupo de 51 a 60 años fue el más frecuente, seguido del grupo de 41 a 50 años, lo que evidencia una mayor concentración del personal en edades intermedias y avanzadas.

En los ámbitos internacional, nacional y regional no se identificaron investigaciones que presentaran un análisis cruzado entre los grupos etarios y el sexo del personal de salud. En consecuencia, no fue posible realizar una comparación directa con estudios previos.

El análisis de los grupos etarios según sexo evidencia diferencias entre los establecimientos evaluados. En La Esperanza, la mayor proporción de varones corresponde al grupo de 31 a 40 años y la de mujeres al grupo de 41 a 50 años; en San Francisco predominan los varones de 41 a 50 años y las mujeres de 51 a 60 años; mientras que en Ciudad Nueva la mayor proporción en ambos sexos se concentra entre los 51 y 60 años. De manera general, las mujeres presentan una mayor frecuencia en todos los grupos etarios, especialmente entre los 51 y 60 años. Asimismo, en La Esperanza no se registraron varones mayores de 60 años y en San Francisco no se identificaron varones de 20 a 30 años.

Estos resultados podrían relacionarse con la permanencia de las trabajadoras en el sector público a lo largo de su trayectoria laboral; sin embargo, esta interpretación debe realizarse con cautela, debido a que la tabla no evalúa directamente la antigüedad ni la estabilidad contractual.

En síntesis, la distribución etaria según sexo muestra un predominio numérico de mujeres en todos los grupos de edad y una mayor concentración general del personal entre los 41 y 60 años, con variaciones entre los tres centros de salud.

Según la Tabla 07, se observa que el estamento médico y el personal de enfermería, tanto licenciado como técnico, conforman el núcleo ocupacional mayoritario de la red, mientras que las especialidades complementarias y las áreas de soporte diagnóstico representan participaciones minoritarias.

En el contexto internacional, Torres reportó que su personal estaba compuesto principalmente por médicos (28,8%), seguidos de asistentes médicos (20,5%), servicios técnicos (16,8%), administrativos (13,5%), enfermeras (12,4%), servicios básicos (6,5%) y seguridad (1,6%). Pincay et al. hallaron en el Centro de Salud Bastión Popular Tipo C una mayoría de enfermeros (41,9%), médicos generales (37,2%), auxiliares de enfermería (11,6%) y obstetras (9,3%). Por su parte, Alomoto y Mena evidenciaron que el 45,0% eran médicos tratantes, 29,0% licenciados en enfermería, 11,0% médicos residentes, 5,0% fisioterapia, 3,0% farmacia y 2,0% laboratorio clínico. En contraste, Guzmán, Romero y Correa incluyeron variables ocupacionales, pero omitieron la descripción de dicha variable en sus resultados.

A nivel nacional, Alejo y Ventura documentaron en el establecimiento Jaime Zubieta Calderón que el 48,75% de sus participantes eran licenciados, el 28,75% técnicos, el 15,0% de otras profesiones y el 7,50% médicos. Bautista reportó en la Micro Red San Antonio de Bambamarca

que el 40,4% eran técnicos en enfermería, el 17,3% licenciados en enfermería, el 13,5% obstetras, el 9,6% técnicos en farmacia, el 7,7% químicos farmacéuticos, el 5,8% médicos, el 3,8% técnicos en laboratorio y el 1,9% biólogos. Nuñez y Quispe hallaron en el Centro de Salud San Juan Bautista que el 27,3% correspondía a profesionales de enfermería, el 20,5% a obstetras, el 15,9% a personal técnico, el 9,1% a médicos, odontólogos y farmacéuticos respectivamente, y el 4,5% a psicólogos. Finalmente, Ramos y Manrique indicaron que el 60,0% de su muestra en el Centro de Salud ACLAS Alto Ilo pertenecía a la categoría de profesionales, el 33,3% a técnicos y el 6,7% a personal de servicios.

En el ámbito regional, Sarmiento evaluó el Centro de Salud San Francisco evidenciando que el 29,89% de su muestra eran técnicos en enfermería, el 24,14% enfermeras, el 18,39% médicos, el 11,49% obstetras, el 6,90% técnicos en farmacia, el 4,60% farmacéuticos, el 3,45% biólogos y el 1,15% psicólogos. Sotomayor detalló una muestra final de 45 trabajadores en el Centro de Salud Ciudad Nueva, donde el 22,2% eran técnicos en enfermería, el 20,0% médicos, el 17,8% enfermeras, el 15,6% obstetras, el 8,9% de servicios generales, el 6,7% de otras profesiones, el 4,4% odontólogos y el 4,4% técnicos en transportes. Villanueva investigó a 90 participantes en La Esperanza, pero omitió esta descripción de esta variable en sus resultados.

En la presente investigación se observa un predominio de médicos (22,3%), técnicos en enfermería (19,5%) y enfermeros (19,2%). Al comparar estos hallazgos con la evidencia nacional e internacional, se confirma una tendencia consistente en el primer nivel de atención, donde estas profesiones constituyen el principal grupo encargado de la atención a la población. Esta distribución responde al modelo de Atención Primaria de Salud (APS), que prioriza la atención en triaje, consulta externa y actividades preventivo-promocionales para responder a la mayor demanda de los usuarios.

Se concluye que, la estructura ocupacional de la red asistencial evidencia un equipo multidisciplinario dominado estadísticamente por los profesionales médicos, los técnicos y el personal de enfermería.

Según la Tabla 08, la gran mayoría de los trabajadores mantiene una estabilidad a largo plazo que supera el lustro en su centro actual, liderando esta tendencia el establecimiento de Ciudad Nueva, seguido de forma sucesiva por La Esperanza y San Francisco.

En territorio internacional, Guzmán determinó en el Hospital Sandiego de Cereté que el 33,0% de su personal laboraba entre 3 a 5 años, el 29,0% más de 11 años, el 20,0% entre 1 a 2 años, el 9,0% menos de 1 año y un 9,0% final entre 6 a 10 años. Por su parte, Pincay et al. evaluaron la antigüedad de su población en el Centro de Salud Bastión Popular Tipo C, reportando que el 41,9% de sus trabajadores tenía 7 años en la institución, el 18,6% tenía 4 años, el 16,3% tenía 5 años, el 11,6% registró 6 años, mientras que los rangos de 2 y 3 años obtuvieron un 4,7% cada uno, y solo un 2,3% reportó 1 año de servicio.

Tanto a nivel nacional como regional, los antecedentes revisados incorporaron características laborales en sus metodologías, pero no presentaron información descriptiva sobre la antigüedad de los trabajadores en los establecimientos de salud.

El análisis del tiempo de servicio refleja una alta estabilidad de retención en la plantilla de Tacna. Al comparar nuestros resultados con los datos internacionales, notamos una clara similitud con la realidad expuesta por Pincay et al., donde los trabajadores con mayor antigüedad conformaban el bloque dominante. Sin embargo, existe una discrepancia frente a los hallazgos de Guzmán, en cuyo establecimiento prevalecía un personal de mediano plazo en etapa de rotación. En nuestra red provincial domina el arraigo laboral, con un 65,4% de servidores que superan los 5 años continuos en el mismo recinto.

Que más de la mitad del personal asistencial de la región tenga más de cinco años de servicio en el mismo establecimiento constituye una fortaleza para la continuidad de la atención. Esta permanencia favorece el conocimiento de las características epidemiológicas de la población, el funcionamiento institucional y los procedimientos propios de cada establecimiento. Asimismo, el 17,6% de trabajadores con menos de un año de servicio refleja un proceso gradual de incorporación de nuevos profesionales. Esta distribución podría explicarse por la estabilidad laboral propia del régimen de nombramiento en el sector público, que favorece la permanencia del personal, fortalece la experiencia, la adaptación al entorno y la relación con la comunidad atendida.

En síntesis, la distribución del tiempo de servicio evidencia un alto nivel de estabilidad y permanencia en la red asistencial, sostenida en su mayoría por trabajadores con más de cinco años de experiencia ininterrumpida en sus establecimientos de salud.

Según la Tabla 09 evidencia que la mayor parte del personal asistencial cuenta con una amplia trayectoria acumulada en el sector salud que supera la década de servicio, registrándose la mayor densidad de profesionales experimentados en Ciudad Nueva y San Francisco.

En el ámbito internacional, nacional y regional, los antecedentes revisados consideraron diversas características laborales y demográficas, pero en ninguno de los casos se reportaron datos descriptivos sobre la antigüedad acumulada de los trabajadores en el sector salud.

El análisis realizado en Tacna evidencia un personal de salud con amplia experiencia acumulada. Ante la ausencia de antecedentes internacionales, nacionales y regionales que evalúen esta variable, los resultados constituyen un aporte descriptivo inédito sobre la experiencia profesional en el primer nivel de atención.

Que el 67,9% del personal asistencial de la provincia acumule más de 10 años de experiencia en el sector salud evidencia el predominio de profesionales con una amplia trayectoria laboral. Esta experiencia favorece el desarrollo de competencias clínicas, la capacidad para afrontar situaciones complejas y la toma de decisiones en la atención de los pacientes. En contraste, el 18,6% del personal con menos de cinco años de experiencia refleja la incorporación progresiva de nuevos profesionales, quienes contribuyen a la renovación de los equipos de salud. Esta distribución podría explicarse por la estabilidad laboral que caracteriza al sector público, favoreciendo la permanencia de los profesionales en el sistema de salud y la consolidación de su experiencia a lo largo de los años.

En síntesis, la distribución de la antigüedad evidencia una red asistencial constituida por un personal experimentado, donde la gran mayoría de los trabajadores supera los 10 años de trayectoria acumulada en el sector. La carrera pública en el país promueve la retención del talento a lo largo del tiempo, permitiendo que los profesionales acumulen años de ejercicio continuo dentro del mismo sistema estatal.

Según la Tabla 10, la condición de nombrado predomina como el régimen laboral mayoritario en la red asistencial, alcanzando sus mayores niveles en San Francisco y Ciudad Nueva, mientras que La Esperanza destaca por agrupar la mayor proporción de personal contratado bajo la modalidad CAS.

A nivel internacional, Guzmán determinó en el Hospital Sandiego de Cereté que el 77,8% de su personal asistencial contaba con un contrato por prestación de servicios, el 13,3% laboraba a término indefinido, el 4,4% poseía un contrato temporal de un año o más, el 2,2% un contrato temporal de menos de un año y el 2,2% restante se encontraba en planta provisional. Correa se enfocó únicamente en personal de planta permanente, sin comparar otras modalidades.

A nivel nacional, Alejo y Ventura documentaron en el establecimiento Jaime Zubieta Calderón que el 38,75% de sus participantes laboraba bajo el régimen CAS, el 37,50% eran nombrados y el 23,75% pertenecían a la modalidad de terceros. Nuñez y Quispe hallaron en el Centro de Salud San Juan Bautista que el 59,1% de su personal era contratado y el 40,9% poseía la condición de nombrado.

En el ámbito regional, Sarmiento evidenció en San Francisco que el 54,02% era personal nombrado y el 45,98% contratado.

El análisis del tipo de contrato en Tacna refleja un sólido nivel de estabilidad laboral, con un 66,4% de personal nombrado. Al comparar estos hallazgos con la evidencia internacional de Guzmán y la nacional de Alejo y Ventura, y Nuñez y Quispe, se observa una divergencia, ya que en dichos contextos predominaba el personal contratado o temporal. Sin embargo, los resultados provinciales coinciden con el antecedente local de Sarmiento, confirmando la existencia de una política regional que favorece la permanencia definitiva de los trabajadores.

Que cerca de siete de cada diez trabajadores asistenciales cuenten con nombramiento evidencia el predominio de personal con estabilidad laboral en los establecimientos evaluados. Esta condición favorece la continuidad de la atención y el desarrollo sostenido de las actividades del primer nivel de atención, mientras que el 33,7% de trabajadores bajo régimen CAS y otras modalidades contractuales contribuye a cubrir las necesidades de personal según la demanda de los servicios. Esta distribución podría explicarse por los procesos de nombramiento implementados en el sector público, los cuales favorecen la permanencia del personal y reducen la incertidumbre asociada a la continuidad laboral.

En síntesis, la distribución laboral evidencia una red asistencial caracterizada por un alto grado de estabilidad contractual, sostenida mayoritariamente por personal bajo la condición de nombrado.

Según la Tabla 11, la mayoría del personal asistencial proviene de universidades públicas, seguidos por egresados de universidades privadas, mientras que la formación técnica constituye el sector menor. A nivel institucional, Ciudad Nueva destaca por concentrar la mayor parte de egresados de educación pública y La Esperanza lidera en formación privada.

En contexto internacional, Torres, Guzmán, Romero, Correa, Pincay et al., y Alomoto y Mena se enfocaron en otras características laborales y omitieron evaluar o describir los datos estadísticos sobre la institución educativa de egreso de sus poblaciones estudiadas.

A nivel nacional, los estudios de Alejo y Ventura, Bautista, Nuñez y Quispe, y Ramos y Manrique se centraron en otras variables sociodemográficas, omitiendo detallar y tabular los porcentajes sobre la institución de formación de origen de sus participantes.

En el ámbito regional, los antecedentes de Sarmiento en San Francisco, Sotomayor en Ciudad Nueva y Villanueva en La Esperanza tampoco incluyeron la variable de institución de formación dentro de sus matrices de caracterización sociodemográfica.

El análisis de la institución de formación evidencia que la mayoría del personal asistencial en Tacna proviene de universidades públicas. Debido a la ausencia de antecedentes internacionales, nacionales y regionales que evalúen esta variable, los resultados de la presente investigación constituyen un aporte descriptivo sobre el perfil académico y el origen formativo del personal de salud en el primer nivel de atención.

Que el 51,6% del personal proceda de universidades públicas y el 26,4% de universidades privadas refleja el predominio de profesionales con formación universitaria en los establecimientos evaluados. Asimismo, el 22,0% de trabajadores formados en institutos técnicos públicos y privados

evidencia la participación del personal técnico como parte del equipo de salud. Esta distribución podría explicarse por la amplia oferta de programas de ciencias de la salud de la universidad nacional en Tacna, cuyos egresados se incorporan con frecuencia a los establecimientos del Ministerio de Salud. Además, la formación práctica desarrollada durante el pregrado en instituciones del sector público podría facilitar su adaptación a los procesos y procedimientos propios del sistema de salud.

En síntesis, la distribución académica refleja una red asistencial con alto nivel de profesionalización, sostenida principalmente por egresados de universidades públicas.

Según la Tabla 12, la gran mayoría de la población asistencial reporta un nivel de estrés laboral bajo, seguida por una proporción menor en nivel intermedio, mientras que las categorías de mayor severidad correspondiente a estrés moderado y alto representan claras minorías dentro de la red.

A nivel internacional, Pincay et al. evaluaron a 43 trabajadores en el Centro de Salud Bastión Popular Tipo C, reportando que el 55,8% de su muestra presentaba un nivel bajo de estrés, el 23,3% un nivel intermedio, el 14,0% un nivel alto y el 7,0% un nivel de estrés moderado. Por el contrario, Romero determinó en el Hospital IESS Manta que la categoría predominante era el nivel de estrés moderado con 41,18%, seguido por el estrés intermedio con 21,57%, el estrés alto con 19,61% y finalmente el estrés bajo con solo 17,65%.

A nivel nacional, Nuñez y Quispe hallaron en el Centro de Salud San Juan Bautista que el 59,1% de su personal presentaba un nivel bajo de estrés, el 15,9% un nivel intermedio, el 13,6% un nivel de estrés moderado y el 11,4% un nivel alto.

En el ámbito regional, Villanueva documentó en el Centro de Salud La Esperanza que la gran mayoría de su personal presentó un bajo nivel de estrés con 87,8%, seguido de un 11,1% con nivel intermedio y un 1,1% con nivel de estrés moderado. Por su parte, Sotomayor evidenció en el Ciudad Nueva que el 35,56% de sus entrevistados presentaba un estrés alto, el 26,67% un nivel moderadamente alto, el 20,00% un nivel moderadamente bajo, el 11,11% un nivel regular y el 6,67% un nivel bajo.

El análisis del nivel global muestra que la mayoría del personal asistencial en Tacna presenta un adecuado manejo del estrés laboral, con el 79,2% ubicado en niveles bajos. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Pincay et al. a nivel internacional y con Nuñez y Quispe en el ámbito nacional, además de coincidir con los hallazgos locales de Villanueva en La Esperanza. Sin embargo, contrastan con lo descrito por Romero y Sotomayor, donde predominaban niveles altos y moderados de estrés.

Que casi ocho de cada diez trabajadores mantengan un nivel bajo de estrés se sustenta en características demográficas y laborales como el predominio de personal nombrado y la madurez etaria de la fuerza laboral. Un contingente de trabajadores con estabilidad contractual y amplia trayectoria cronológica presenta una mejor asimilación de los flujos de atención y de los procesos administrativos rutinarios de los servicios.

En conclusión, la red asistencial de Tacna se caracteriza por un manejo adecuado del estrés laboral, sostenido por la amplia antigüedad y estabilidad contractual de sus trabajadores, factores que han permitido desarrollar mecanismos de afrontamiento efectivos al estrés laboral.

Según la Tabla 13 muestra que el estrés bajo predomina de manera general en la red, siendo más evidente en los centros de salud La Esperanza y San Francisco. El estrés intermedio se manifiesta con mayor fuerza en Ciudad Nueva, mientras que el estrés moderado afecta

principalmente a San Francisco. En cuanto al estrés alto, este se presenta únicamente en La Esperanza y San Francisco.

A nivel internacional, Pincay et al. reportaron un 76,7% de afectación general concentrada en estrés bajo y estrés intermedio. Correa obtuvo puntuaciones medias de 93 puntos en médicos equivalentes a estrés intermedio, y 82 puntos en enfermeras equivalentes a estrés bajo.

A nivel nacional, Nuñez y Quispe reportaron estadísticamente en su establecimiento que el 59,1% de todo el personal se concentraba en un nivel intermedio, seguido de un 40,9% en estrés bajo

En el ámbito regional, Sarmiento reportó en San Francisco un 50,57% de nivel medio y 40,23% de nivel alto de afectación en su evaluación post pandemia

El análisis revela que, a pesar de pertenecer a la misma red, los establecimientos presentan exigencias diferenciadas. Globalmente, el estrés bajo predomina con un 79,2%, liderado por La Esperanza (80,6%) y San Francisco (80,4%). El estrés intermedio alcanza un 14,8% en la red, destacando en Ciudad Nueva con un 20,4%. En cuanto al estrés moderado, el valor global es de 4,7%, con mayor impacto en San Francisco (6,3%). Finalmente, el estrés alto representa el 1,3% en la red, concentrándose exclusivamente en San Francisco (2,7%) y La Esperanza (1,0%), mientras que en Ciudad Nueva no se registran casos (0,0%).

La mayor frecuencia de estrés moderado y estrés alto observada en el Centro de Salud San Francisco podría explicarse por la elevada demanda de atención correspondiente a su jurisdicción, la cual atiende a una población superior a 60 000 habitantes. Esta mayor demanda incrementa la carga asistencial del personal y, sumada a la limitada disponibilidad de camas de observación y de personal administrativo de

apoyo, podría favorecer un mayor riesgo de estrés laboral en los trabajadores de este establecimiento.

En conclusión, aunque el estrés bajo predomina en la red, las variaciones entre centros reflejan que la afluencia de pacientes, la infraestructura y las dinámicas internas de trabajo influyen directamente en la adaptación del personal, generando diferencias en los niveles de exigencia y tensión laboral.

Según la Tabla 14, el nivel de estrés bajo predomina de manera uniforme tanto a nivel global como en todas las dimensiones evaluadas. Las mayores proporciones de este nivel se observan en las dimensiones de tecnología, estructura organizacional y falta de cohesión. En contraste, la dimensión de territorio organizacional concentra la mayor frecuencia de los niveles de estrés intermedio, moderado y alto, siendo la dimensión con mayor presencia de estrés en comparación con las demás.

A nivel internacional, Torres evaluó estadísticamente las dimensiones, reportando que el clima organizacional presentó un 78,8% de estrés bajo, un 12,2% de estrés intermedio, un 8,0% de estrés moderado y un 1,0% de estrés alto; la tecnología evidenció un 70,7% de estrés bajo y un 3,6% de estrés alto; y el respaldo del grupo concentró la mayor afectación severa con un 4,1% de estrés alto. Correa analizó las dimensiones obteniendo puntuaciones globales de 14 y 12 puntos para el clima organizacional, y 10 puntos para la estructura organizacional en distintos profesionales.

A nivel nacional, Alejo y Ventura evaluaron las dimensiones de manera específica, detallando que en la falta de cohesión predominaba el estrés bajo con un 50,0%, seguido de un 37,5% de estrés intermedio, 10,0% de estrés moderado y 2,5% de estrés alto; mientras que, en el respaldo del grupo, hallaron un 18,75% de estrés bajo, 63,75% de estrés intermedio, 16,25% de estrés moderado y 1,25% de estrés alto.

En el ámbito regional, Villanueva evaluó detalladamente las dimensiones en La Esperanza, reportando para el clima organizacional un 64,4% de estrés intermedio y 2,2% de estrés alto; en la estructura organizacional un 74,4% de estrés intermedio; en el territorio organizacional un 60,0% de estrés intermedio y 1,1% de estrés alto; en la tecnología un 57,8% de estrés intermedio y 2,2% de estrés alto; en la influencia del líder un 54,4% de estrés intermedio y 4,4% de estrés alto; en la falta de cohesión un 64,4% de estrés intermedio; y en el respaldo del grupo un 64,4% de estrés intermedio y 2,2% de estrés alto. Sotomayor evaluó estas dimensiones en Ciudad Nueva, reportando un 20,0% de estrés alto en la dimensión cohesión, y un 22,2% de estrés alto en el respaldo del grupo.

El análisis consolidado por dimensiones muestra que la red de establecimientos presenta un entorno favorable en los procesos funcionales y tecnológicos, aunque persisten mayores dificultades en la dimensión de territorio organizacional. En concordancia con los hallazgos internacionales de Torres, las dimensiones de tecnología y cohesión registraron las mayores proporciones de estrés bajo, superando el 88,0%, lo que refleja una adecuada adaptación del personal al uso de los recursos tecnológicos y una interacción favorable entre los equipos de trabajo.

En contraste con el estudio nacional de Alejo y Ventura, donde el estrés intermedio predominó en la dimensión de respaldo del grupo con un 63,75%, en la presente investigación el estrés bajo fue el nivel predominante en todas las dimensiones evaluadas. Asimismo, respecto al antecedente regional de Sotomayor, quien reportó un 20,0% y un 22,2% de estrés alto en las relaciones interpersonales, los resultados actuales muestran una menor frecuencia de niveles elevados de estrés en esta dimensión, lo que sugiere una mejora en el clima de trabajo.

No obstante, la dimensión de territorio organizacional concentró la mayor proporción de estrés intermedio (18,2%), estrés moderado (5,3%) y

estrés alto (2,5%) de toda la evaluación. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Villanueva, quien identificó un 60,0% de estrés intermedio en esta misma dimensión, evidenciando que las condiciones del espacio físico continúan representando uno de los principales desafíos para el bienestar laboral del personal de salud.

Este comportamiento podría explicarse porque el personal muestra una adecuada adaptación a los procedimientos de trabajo, la organización institucional y la coordinación entre los equipos, lo que favorecería el predominio de niveles bajos de estrés en la mayoría de las dimensiones. No obstante, las limitaciones de infraestructura, el espacio reducido de algunos consultorios y la escasez de áreas destinadas al descanso del personal podrían dificultar el desarrollo de las actividades asistenciales, favoreciendo la mayor concentración de estrés intermedio, moderado y alto en la dimensión de territorio organizacional.

En conjunto, los hallazgos demuestran un sólido predominio del estrés bajo en todas las dimensiones organizativas, logrando sus mayores índices de protección en la tecnología y la estructura. No obstante, el territorio organizacional concentra los porcentajes más altos de estrés intermedio, moderado y alto.

Según la Tabla 15, el estrés bajo predomina en el clima organizacional de toda la red, con mayor presencia en La Esperanza y San Francisco. El estrés intermedio se concentra principalmente en Ciudad Nueva, mientras que el moderado aparece sobre todo en San Francisco. Un aspecto relevante es que el estrés alto no se registra en ninguno de los establecimientos evaluados.

A nivel internacional, Torres evaluó el estrés laboral y reportó para la dimensión de clima organizacional que el 78,8% presentaba un nivel bajo de estrés, el 12,2% un nivel intermedio, el 8,0% un nivel de estrés moderado y el 1,0% un nivel alto. Romero evaluó el estrés laboral y los

riesgos psicosociales, evidenciando en el clima organizacional un 19,61% con bajo estrés, 25,49% con nivel intermedio, 45,10% con estrés y 9,80% con nivel alto. Correa evaluó el estrés laboral y reportó puntuaciones promedio para el clima organizacional de 12 puntos en médicos varones, 14 en médicas mujeres y 14 en el grupo de enfermería.

A nivel nacional, Alejo y Ventura evaluaron el estrés laboral y documentaron para la dimensión de clima organizacional que el 62,5% presentaba bajo estrés, el 32,5% medio estrés y el 5,0% estrés.

En el ámbito regional, Villanueva en el Centro de Salud La Esperanza, halló en la dimensión de clima organizacional un 64,4% con nivel intermedio, un 20,0% con nivel bajo, un 13,3% con estrés y un 2,2% con alto nivel de estrés. Sotomayor en el Centro de Salud Ciudad Nueva, reportando para el clima organizacional un 40,00% con nivel bajo, 24,44% moderadamente bajo, 11,11% regular, 8,89% moderadamente alto y 15,56% alto.

El análisis evidencia que la red de establecimientos presenta un entorno social favorable para el personal de salud. Al comparar estos resultados con el antecedente internacional de Torres, quien reportó un 78,8% de estrés bajo y un 1,0% de estrés alto en esta dimensión, la presente investigación registró una mayor proporción de estrés bajo (82,4%) y la ausencia de estrés alto (0,0%) en toda la red. En los antecedentes nacionales no se identificaron estudios que evaluaran esta dimensión de forma específica, lo que limita la comparación a este nivel. En el ámbito local, Villanueva encontró en el Centro de Salud La Esperanza un 64,4% de estrés intermedio y un 2,2% de estrés alto; sin embargo, los resultados actuales muestran un predominio de estrés bajo (85,4%) y la ausencia de estrés alto (0,0%) en dicho establecimiento, lo que sugiere una mejora en el clima laboral. No obstante, los porcentajes de estrés intermedio registrados en Ciudad Nueva (16,5%) y San Francisco (15,2%)

indican que las relaciones interpersonales y la comunicación entre los equipos de trabajo continúan siendo aspectos que requieren seguimiento, especialmente en escenarios de mayor demanda asistencial.

Que la mayoría de trabajadores experimente niveles bajos de estrés por clima organizacional responde a por sus características laborales, especialmente por la estabilidad contractual y el tiempo de servicio, ya que la mayoría cuenta con más de cinco años en el mismo establecimiento, factor que favorece la estabilidad de las relaciones interpersonales, la adaptación a los equipos de trabajo y el fortalecimiento de la comunicación entre los profesionales.

En conclusión, la evaluación evidencia un ambiente laboral favorable, con predominio constante del nivel bajo de estrés en todos los establecimientos. La estabilidad contractual y el tiempo de servicio prolongado del personal han fortalecido lazos de compañerismo y adaptación sostenida a las normas internas.

Según la Tabla 16 se observa que el nivel de estrés bajo es el predominante en los tres establecimientos evaluados. En menor medida aparecen los niveles de estrés intermedio, moderado y alto. Al comparar las dependencias, el Centro de Salud La Esperanza concentra la mayor proporción de personal con estrés bajo, mientras que Ciudad Nueva muestra un mayor impacto de estrés intermedio. Por su parte, San Francisco presenta las proporciones más altas de estrés moderado y alto.

A nivel internacional, Correa evaluó el estrés laboral y reportó para la dimensión de estructura organizacional puntuaciones promedio continuas de 10,00 puntos en médicos varones, 16,31 puntos en médicas mujeres y 10,00 puntos en el grupo de enfermería.

A nivel nacional, Alejo y Ventura evaluaron el estrés laboral y evidenciaron mediante figuras descriptivas para la dimensión de estructura

organizacional que el 46,3% de su personal presentaba un bajo nivel de estrés, el 46,3% un nivel medio de estrés, el 6,3% estrés y el 1,3% un alto nivel de estrés.

En el ámbito regional, los antecedentes revisados, al centrarse en dependencias específicas o al omitir la tabulación de esta dimensión, no ofrecieron descripciones estadísticas comparativas de la estructura organizacional.

Al contrastar los resultados de la Tabla 16 con la literatura científica, se observa que la dimensión de estructura organizacional presentó un claro predominio del estrés bajo (89,3%) en el personal asistencial de la red. En el ámbito internacional, Correa reportó puntuaciones promedio que reflejaban mayores exigencias administrativas en determinados grupos profesionales, evidenciando un escenario menos favorable que el observado en la presente investigación. A nivel nacional, Alejo y Ventura encontraron una distribución equilibrada entre el estrés bajo (46,3%) y el estrés intermedio (46,3%), resultados que difieren de los obtenidos en Tacna, donde el estrés bajo fue ampliamente predominante. En el ámbito regional no se identificaron antecedentes que evaluaran esta dimensión, por lo que la presente investigación constituye un primer referente descriptivo para los centros de salud I-4 de la región.

Al comparar los establecimientos, se observaron diferencias según la dinámica de cada centro de salud. La Esperanza registró la mayor proporción de estrés bajo (91,3%), lo que sugiere una adecuada adaptación del personal a la organización institucional. En contraste, Ciudad Nueva presentó la mayor frecuencia de estrés intermedio (8,7%), mientras que San Francisco concentró las mayores proporciones de estrés moderado (3,6%) y estrés alto (3,6%), evidenciando mayores niveles de estrés en esta dimensión.

La presencia de casos de estrés moderado y alto en este subdominio podría explicarse por la estructura centralizada del sistema público de salud. En el primer nivel de atención, las decisiones relacionadas con la asignación de personal, los recursos y otros procesos administrativos suelen depender de instancias superiores, lo que limita la capacidad de respuesta de los gerentes de los centros de salud ante necesidades inmediatas. Esta situación, junto con la complejidad de algunos procedimientos administrativos y los tiempos de gestión, podría generar mayor presión laboral y favorecer la aparición de estrés intermedio o moderado en parte del personal.

En conclusión, la evaluación del estrés evidencia un entorno administrativo altamente favorable, donde el nivel bajo de estrés por estructura organizacional predomina en todos los Centros de Salud I-4.

Según la Tabla 17, la dimensión de territorio organizacional de los tres centros de salud se observa que el nivel de estrés bajo es el predominante. El estrés intermedio aparece en menor proporción, destacando principalmente en Ciudad Nueva. El estrés moderado se concentra sobre todo en San Francisco, mientras que el estrés alto muestra su mayor impacto relativo en el establecimiento de La Esperanza.

A nivel internacional, Torres evaluó el estrés laboral y la calidad de vida en salud, reportando para la dimensión de territorio organizacional que el 83,7% presentaba un nivel bajo de estrés, el 11,1% un nivel intermedio, el 5,2% un nivel de estrés moderado y el 0,0% un nivel alto. Correa evaluó el estrés laboral y evidenció puntuaciones promedio en el territorio organizacional de 11 puntos para los médicos y 13 puntos para el grupo de enfermería.

A nivel nacional, Alejo y Ventura evaluaron el estrés laboral y documentaron descriptivamente la dimensión de territorio organizacional en su población general, determinando que el 18,75% de sus trabajadores

presentaba un bajo nivel de estrés, el 63,75% un nivel medio de estrés, el 16,25% estrés y el 1,25% un alto nivel de estrés.

En el ámbito regional, Sotomayor, en Ciudad Nueva, reportando para el territorio organizacional un 42,22% con nivel bajo, 24,44% moderadamente bajo, 2,22% regular, 13,33% moderadamente alto y 17,78% alto. Villanueva, en el Centro de Salud La Esperanza, reportó para la dimensión territorio organizacional un 31,1% de nivel bajo de estrés, un 60,0% de nivel intermedio, un 7,8% de estrés moderado y un 1,1% de nivel alto de estrés.

El análisis de la dimensión de territorio organizacional evidencia que el entorno físico genera predominantemente estrés bajo en el personal de salud. Al comparar estos resultados con la evidencia internacional de Torres, se observa una coincidencia al predominar también el estrés bajo; en contraste, los datos difieren de los hallazgos de Alejo y Ventura, quienes reportaron un predominio de nivel medio en más de la mitad de los participantes.

Al comparar los resultados con la evidencia local, Ciudad Nueva muestra una mejora respecto al estudio de Sotomayor, ya que presenta la menor proporción de estrés alto dentro de la red (1,0%). En La Esperanza, en comparación con lo reportado por Villanueva, se observa una disminución del estrés intermedio; sin embargo, este establecimiento concentra el porcentaje más elevado de estrés alto (3,9%). Por su parte, San Francisco registra la mayor frecuencia de estrés moderado de toda la red, afectando al 6,3% de su propio personal.

Esta presencia de respuestas de estrés intermedio, estrés moderado y estrés alto en la dimensión evaluada se explica por las deficiencias estructurales en la infraestructura y el hacinamiento en los consultorios, situaciones que obligan a los profesionales a laborar en espacios reducidos para atender a la población. Esta falta de ambientes adecuados y la

incomodidad física limitan la disponibilidad de áreas destinadas al descanso del personal durante las jornadas de servicio, convirtiendo al espacio físico en un detonante directo de tensión laboral.

En síntesis, la evaluación del estrés evidencia un entorno físico mayoritariamente favorable, donde el nivel bajo de estrés por territorio organizacional predomina en todos los Centros de Salud I-4, aunque con la presencia de estrés alto en La Esperanza.

Según la Tabla 18 revela que en la dimensión de tecnología se evidencia que el nivel de estrés bajo predomina en los tres centros de salud. En menor medida se presentan los niveles de estrés intermedio, moderado y alto. Al comparar los establecimientos, La Esperanza concentra la mayor proporción de personal con estrés bajo, Ciudad Nueva muestra el mayor impacto relativo de estrés intermedio y San Francisco presenta la proporción más alta de estrés moderado.

A nivel internacional, Torres evaluó el estrés laboral y la calidad de vida en salud, reportando para la dimensión de tecnología que el 70,7% presentaba un nivel bajo de estrés, el 13,7% un estrés intermedio, el 11,9% estrés y el 3,6% un alto estrés. Correa evaluó el estrés laboral y evidenció puntuaciones promedio continuas en la dimensión de tecnología de 11 puntos para los médicos y 11 puntos para el grupo de enfermería.

A nivel nacional, Alejo y Ventura evaluaron el estrés laboral y documentaron estadísticamente la dimensión de tecnología en su población general, determinando que el 48,8% presentaba un nivel medio de estrés, el 37,5% un bajo nivel de estrés, el 11,3% estrés y el 2,5% un alto nivel de estrés.

En el ámbito regional, Sotomayor evaluó las habilidades sociales y el estrés laboral en Ciudad Nueva, determinando para la dimensión de implementación tecnológica que el 42,22% percibía un nivel bajo, el 20,00%

un nivel moderadamente bajo, el 13,33% un nivel regular, el 8,89% un nivel moderadamente alto y el 15,56% un nivel alto. Villanueva evaluó los trastornos musculoesqueléticos y el estrés laboral en La Esperanza, reportando para la dimensión de tecnología que el 30,0% presentaba un bajo nivel de estrés, el 57,8% un nivel intermedio, el 10,0% estrés y el 2,2% un alto nivel de estrés.

Al contrastar los resultados de la Tabla 18 con la literatura científica, se observa que la dimensión de tecnología presentó un predominio de estrés bajo (90,9%) en el personal asistencial de la red. En el ámbito internacional, Torres reportó un 70,7% de estrés bajo y un 3,6% de estrés alto, resultados que muestran una menor proporción de respuestas favorables en comparación con la presente investigación. A nivel nacional, Alejo y Ventura encontraron un predominio del estrés intermedio (48,8%), mientras que el estrés bajo alcanzó el 37,5%, comportamiento que difiere del observado en la red de establecimientos de Tacna.

En el ámbito regional también se evidencian diferencias respecto a los estudios previos. En el Centro de Salud La Esperanza, el estrés bajo alcanzó el 92,2%, porcentaje superior al 30,0% reportado por Villanueva, quien además registró un 57,8% de estrés intermedio en esta dimensión. De manera similar, en el Centro de Salud Ciudad Nueva predominó el estrés bajo, con solo un 6,8% de estrés intermedio, resultado que contrasta con el estudio de Sotomayor, donde el estrés alto alcanzó el 15,56% en la dimensión de tecnología. Por su parte, el Centro de Salud San Francisco concentró la mayor proporción de estrés moderado de la red, con un 3,6% del personal.

El predominio del estrés bajo podría estar relacionado con la familiaridad del personal con los sistemas de información y los procedimientos de registro utilizados en los establecimientos de salud. No obstante, la presencia de estrés intermedio (6,3%) y estrés moderado

(1,9%) podría asociarse con la carga administrativa derivada del registro de la atención durante los periodos de mayor demanda asistencial. Esta situación fue más evidente en el Centro de Salud San Francisco, donde el estrés moderado alcanzó el 3,6%, posiblemente debido al mayor volumen de pacientes atendidos y a las exigencias del registro oportuno de la información clínica.

En conclusión, la evaluación evidencia un entorno tecnológico favorable, con predominio del nivel bajo de estrés en toda la red y mejoras significativas frente a mediciones anteriores. La gestión administrativa para mantener y renovar equipos ha dotado al personal de herramientas que aseguran eficiencia en la atención primaria.

Según la Tabla 19, se evidencia que en la dimensión influencia del líder predomina el estrés bajo en los tres centros de salud. El estrés intermedio se observa principalmente en La Esperanza y Ciudad Nueva, mientras que San Francisco concentra los niveles más altos de estrés moderado y alto.

A nivel internacional, Torres evaluó el estrés laboral y la calidad de vida en salud, reportando para la dimensión de influencia del líder que el 74,6% presentaba un nivel bajo de estrés, el 15,5% un estrés intermedio, el 6,0% estrés y el 3,9% un alto estrés. Romero evaluó el estrés laboral, evidenciando para la dimensión de liderazgo que el 64,71% presentaba un nivel de estrés bajo, el 29,41% un nivel medio y el 5,88% un nivel alto. Correa evaluó el estrés laboral y reportó puntuaciones promedio continuas en la influencia del líder de 15,88 puntos para médicos varones, 12,15 puntos para médicas mujeres y 11 puntos para el grupo de enfermería.

A nivel nacional, Alejo y Ventura evaluaron el estrés laboral y documentaron que la dimensión de influencia de líder en su población general mediante figuras, determinando que el 55,00% presentaba un bajo

nivel de estrés, el 33,8% un nivel medio de estrés, el 8,8% estrés y el 2,5% un alto nivel de estrés.

En el ámbito regional, Sotomayor evaluó las habilidades sociales y el estrés laboral en Ciudad Nueva, determinando para la dimensión de influencia del líder que el 31,11% percibía un nivel bajo, el 31,11% un nivel moderadamente bajo, el 17,78% un nivel regular, el 4,44% un nivel moderadamente alto y el 15,56% un nivel alto. Villanueva en La Esperanza, reportando para la dimensión de influencia del líder que el 15,6% presentaba un bajo nivel de estrés, el 54,4% un nivel intermedio, el 25,6% estrés y el 4,4% un alto nivel de estrés.

El análisis de la dimensión de influencia del líder evidencia que en la red de Tacna predominó el estrés bajo (82,4%) en el personal asistencial. En el ámbito internacional, estos resultados son consistentes con los reportados por Torres y Romero, quienes también identificaron al estrés bajo como el nivel predominante. De igual manera, a nivel nacional coinciden con los hallazgos de Alejo y Ventura, donde esta categoría fue la de mayor frecuencia.

En el ámbito regional también se observa una evolución favorable respecto a las investigaciones previas. En La Esperanza, donde Villanueva había reportado proporciones importantes de estrés intermedio y alto, el presente estudio encontró un predominio de estrés bajo (83,5%) y la ausencia de estrés alto. De forma similar, en el Centro de Salud Ciudad Nueva se observó una menor frecuencia de respuestas de mayor intensidad en comparación con los resultados descritos por Sotomayor. En contraste, el Centro de Salud San Francisco presentó las mayores proporciones de estrés moderado (6,3%) y estrés alto (2,7%) de la red, lo que sugiere mayores desafíos en la percepción del liderazgo dentro de este establecimiento.

El predominio del estrés bajo sugiere una percepción favorable del liderazgo por parte del personal, caracterizada por una comunicación adecuada y una coordinación funcional dentro de los equipos de trabajo. No obstante, la presencia de estrés moderado y estrés alto en el Centro de Salud San Francisco podría estar relacionada con las mayores exigencias derivadas del cumplimiento de metas asistenciales e indicadores institucionales. Considerando que este establecimiento atiende a una población superior a 61 000 habitantes, la elevada demanda de atención y las responsabilidades de supervisión podrían incrementar las exigencias percibidas por parte de algunos trabajadores, favoreciendo la aparición de niveles más altos de estrés.

En síntesis, la evaluación evidencia un entorno jerárquico favorable, con predominio del nivel bajo de estrés en toda la red y mejoras frente a mediciones anteriores. La permanencia del personal y la cercanía con las jefaturas han facilitado una comunicación horizontal, percibiendo a los superiores como apoyo directo en las labores operativas.

Según la Tabla 20 evidencia que en la dimensión falta de cohesión del grupo predomina el estrés bajo en los tres centros de salud. El estrés intermedio se observa con mayor frecuencia en Ciudad Nueva, mientras que San Francisco concentra los niveles más altos de estrés moderado y alto.

A nivel internacional, Torres evaluó el estrés laboral y la calidad de vida en salud, reportando para la dimensión de falta de cohesión que el 73,1% presentaba un nivel bajo de estrés, el 17,6% un estrés intermedio, el 6,0% estrés y el 3,4% un alto estrés. Romero evaluó el estrés laboral y evidenció para la falta de cohesión un 21,57% con nivel de estrés bajo, un 25,49% con nivel medio, un 39,22% con estrés y un 13,73% con nivel alto. Correa evaluó el estrés laboral y reportó puntuaciones promedio continuas

para la falta de cohesión de 18,00 puntos en médicos varones, 12,38 puntos en médicas mujeres y 14,00 puntos en el grupo de enfermería.

A nivel nacional, Alejo y Ventura evaluaron el estrés laboral y documentaron estadísticamente la dimensión de falta de cohesión en su población general mediante figuras, determinando que el 50,00% presentaba un bajo nivel de estrés, el 37,5% un nivel medio de estrés, el 10,00% estrés y el 2,5% un alto nivel de estrés.

En el ámbito regional, Villanueva evaluó los trastornos musculoesqueléticos y el estrés laboral en La Esperanza, reportando para la dimensión de falta de cohesión que el 20,0% presentaba un bajo nivel de estrés, el 64,4% un nivel intermedio, el 14,4% estrés y el 1,1% un alto nivel de estrés. Sotomayor evaluó las habilidades sociales y el estrés laboral en Ciudad Nueva, determinando para la dimensión de cohesión que el 33,33% percibía un nivel bajo, el 31,11% un nivel moderadamente bajo, el 8,89% un nivel regular, el 6,67% un nivel moderadamente alto y el 20,00% un nivel alto.

El análisis de la dimensión de falta de cohesión del grupo muestra que el estrés bajo fue el nivel predominante en la red de Tacna, alcanzando el 88,4% del personal evaluado. En el ámbito internacional, Torres también identificó un predominio de esta categoría (73,1%), aunque con una proporción inferior a la encontrada en la presente investigación. Por su parte, los resultados difieren de los obtenidos por Alejo y Ventura a nivel nacional, quienes reportaron un 50,0% de estrés bajo y un 37,5% de estrés intermedio, reflejando una distribución menos favorable que la observada en los establecimientos evaluados.

En el ámbito regional, los resultados actuales muestran cambios respecto a las investigaciones previas. En el Centro de Salud La Esperanza, Villanueva reportó un predominio de estrés intermedio (64,4%); sin embargo, en la presente evaluación el estrés bajo alcanzó el 89,3%. De

igual manera, en el Centro de Salud Ciudad Nueva, donde Sotomayor había registrado un 20,0% de estrés alto, actualmente el 89,3% del personal se ubica en el nivel de estrés bajo. En contraste, el Centro de Salud San Francisco presentó las mayores proporciones de estrés moderado (4,5%) y estrés alto (1,8%) entre los establecimientos evaluados.

El predominio del estrés bajo podría estar relacionado con las características del modelo de atención primaria de salud, el cual promueve el trabajo multidisciplinario y la coordinación permanente entre los diferentes profesionales para el desarrollo de las actividades asistenciales y preventivas. Esta dinámica favorece la cooperación dentro de los equipos de trabajo y fortalece el apoyo entre los integrantes. No obstante, la presencia de estrés moderado y estrés alto en el Centro de Salud San Francisco podría asociarse con la mayor demanda de atención que afronta este establecimiento, situación que incrementa la carga de funciones y dificulta la coordinación durante las jornadas de trabajo, favoreciendo niveles más elevados de estrés en un grupo reducido de trabajadores.

En conclusión, la evaluación evidencia un entorno colaborativo favorable, con predominio del nivel bajo de estrés en toda la red y mejoras frente a mediciones anteriores. La naturaleza del trabajo en atención primaria, que exige coordinación constante, ha fortalecido los lazos de apoyo mutuo y la integración solidaria entre profesionales.

Según la Tabla 21, se evidencia que en la dimensión respaldo del grupo predomina el estrés bajo en los tres centros de salud. El estrés intermedio se observa con mayor frecuencia en Ciudad Nueva, mientras que San Francisco concentra los niveles más altos de estrés moderado y alto.

A nivel internacional, Torres evaluó el estrés laboral y la calidad de vida en salud, reportando para la dimensión de respaldo de grupo que el 76,4% presentaba un nivel bajo de estrés, el 11,7% un estrés intermedio,

el 7,8% estrés y el 4,1% un alto estrés. Romero evaluó el estrés laboral y evidenció para el respaldo del grupo un 15,69% con nivel bajo de estrés, un 23,53% con nivel intermedio, un 13,73% con estrés y un 47,06% con nivel alto. Correa evaluó el estrés laboral y reportó puntuaciones promedio continuas para el respaldo de grupo de 15,00 puntos en médicos varones, 8,15 puntos en médicas mujeres y 8,00 puntos en el grupo de enfermería.

A nivel nacional, Alejo y Ventura evaluaron el estrés laboral y documentaron estadísticamente la dimensión de respaldo de grupo en su población general mediante figuras, determinando que el 18,75% presentaba un bajo nivel de estrés, el 63,75% un nivel medio de estrés, el 16,25% estrés y el 1,25% un alto nivel de estrés.

En el ámbito regional, Villanueva evaluó en La Esperanza, reportando para la dimensión de respaldo del grupo que el 21,1% presentaba un bajo nivel de estrés, el 64,4% un nivel intermedio, el 12,2% estrés y el 2,2% un alto nivel de estrés. Sotomayor evaluó en Ciudad Nueva, determinando para la dimensión de respaldo del grupo que el 35,56% percibía un nivel bajo, el 28,89% un nivel moderadamente bajo, el 2,22% un nivel regular, el 11,11% un nivel moderadamente alto y el 22,22% un nivel alto.

El análisis de la dimensión de respaldo del grupo muestra que el estrés bajo fue el nivel predominante en la red de Tacna, representando el 84,9% del total. En el ámbito internacional, Torres también encontró un predominio de esta categoría (76,4%), mientras que Romero reportó un comportamiento diferente, con mayor frecuencia de estrés alto (47,06%). A nivel nacional, los resultados también difieren de los descritos por Alejo y Ventura, quienes identificaron al estrés intermedio como la categoría predominante (63,75%), mientras que el estrés bajo alcanzó solo el 18,75%.

En el ámbito regional, los resultados actuales muestran diferencias respecto a las investigaciones previas. En el Centro de Salud La Esperanza, Villanueva había reportado un predominio de estrés intermedio (64,4%); sin embargo, en la presente investigación el estrés bajo alcanzó el 85,4%. Del mismo modo, en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Sotomayor registró un 22,22% de estrés alto en esta dimensión, mientras que en la evaluación actual el 85,4% del personal presentó estrés bajo y no se identificaron casos de estrés moderado ni de estrés alto. En contraste, el Centro de Salud San Francisco concentró la mayor proporción de estrés moderado (4,5%) y la totalidad de los casos de estrés alto (2,7%) de la red, mientras que Ciudad Nueva registró el mayor porcentaje de estrés intermedio (12,6%).

El predominio del estrés bajo podría estar relacionado con la existencia de relaciones de apoyo entre los integrantes de los equipos de trabajo, favorecidas por la organización propia del primer nivel de atención. No obstante, la mayor frecuencia de estrés moderado (4,5%) y la totalidad de los casos de estrés alto (2,7%) observados en el Centro de Salud San Francisco podrían asociarse con la elevada demanda asistencial que afronta este establecimiento, el cual atiende a una población superior a 61 000 habitantes. Esta carga de atención puede reducir las oportunidades de comunicación y colaboración entre los profesionales durante la jornada laboral. En cambio, La Esperanza y Ciudad Nueva, al atender poblaciones menores, podrían ofrecer condiciones que faciliten el apoyo entre compañeros y una mejor coordinación del trabajo, favoreciendo el mantenimiento de niveles bajos de estrés.

En síntesis, la evaluación evidencia un entorno solidario favorable, con predominio del nivel bajo de estrés en toda la red y mejoras frente a mediciones previas. La permanencia del personal y el trabajo multidisciplinario han consolidado vínculos de confianza y empatía,

convirtiendo a los equipos en una red de apoyo frente a las exigencias diarias.

Según la Tabla 22, el nivel de estrés bajo predomina de manera transversal en todos los grupos etarios y muestra una clara tendencia creciente conforme avanza la edad de los trabajadores. Por el contrario, el estrés intermedio se concentra principalmente en el sector más joven, mientras que las manifestaciones moderadas y altas se manifiestan en los rangos de edad intermedia, manteniéndose completamente ausentes en los extremos etarios.

A nivel internacional, Correa evaluó el estrés laboral y comparó estadísticamente esta variable según la edad a nivel organizacional, reportando puntuaciones promedio de 49,42 puntos en el grupo de 24 a 29 años, 81,73 puntos en los de 30 a 36 años, 55,80 puntos en los de 37 a 43 años, y 72,39 puntos en los mayores de 44 años, demostrando cuantitativamente que el personal con mayor estrés es aquel comprendido entre los 30 a 36 años.

A nivel nacional, Nuñez y Quispe reportaron que del 100% del personal que presenta un nivel alto de estrés, el 60,0% corresponde a las edades de 56 a 65 años y el 40,0% a los de 46 a 55 años. Por otro lado, Alejo y Ventura evaluaron el estrés laboral reportando descriptivamente que el 16,25% de su población tenía de 21 a 30 años, el 38,75% de 31 a 40 años y el 45,00% de 41 a 65 años. Ramos y Manrique evaluaron la inteligencia emocional y el estrés laboral, indicando que el 38,3% de su personal tenía de 25 a 36 años, el 33,3% de 37 a 49 años y el 28,3% de 50 a 69 años. Bautista evaluó el estrés laboral y la satisfacción laboral, determinando que el mayor porcentaje se encontraba entre los 31 y 40 años.

En el ámbito regional, los antecedentes revisados omitieron presentar tabulaciones estadísticas cruzadas que relacionaran el nivel de estrés con la edad de los trabajadores.

El análisis por grupos etarios en Tacna muestra que el nivel bajo de estrés predomina en todas las edades y aumenta progresivamente con los años. Los más jóvenes (20-30 años) concentran el mayor porcentaje de estrés intermedio (26,1%), y el grupo de 31-40 años presenta la mayor proporción de estrés moderado (9,0%). En contraste, los mayores de 51 años superan el 85% de estrés bajo, evidenciando una clara tendencia de menor impacto del estrés conforme avanza la edad. Estos hallazgos coinciden con estudios internacionales como los de Correa y Torres, aunque difieren de la evidencia nacional de Nuñez y Quispe, donde el estrés alto se concentraba en los mayores de 56 años.

La mayor frecuencia de estrés intermedio y moderado en los trabajadores jóvenes sugiere que aún se encuentran en proceso de adaptación a las exigencias del primer nivel de atención, mientras que los profesionales con mayor experiencia muestran una mayor estabilidad. Asimismo, la ausencia de casos de estrés alto en los grupos de mayor edad evidencia un entorno laboral más favorable. Esta situación podría explicarse porque la experiencia acumulada contribuye al desarrollo de estrategias de afrontamiento más eficaces; sin embargo, esta hipótesis debe confirmarse mediante análisis estadísticos específicos.

En síntesis, los resultados evidencian que la etapa de vida influye en el estrés laboral: los niveles bajos de estrés aumentan con la edad, mientras que los niveles intermedio y moderado se concentran en los más jóvenes.

Según la Tabla 23 evidencia que el impacto del estrés laboral se distribuye de manera sumamente equitativa entre ambos sexos, registrándose proporciones prácticamente idénticas tanto en el nivel bajo

como en el intermedio. Las categorías de mayor severidad se mantienen como afectaciones mínimas en la red, con una fluctuación leve en el nivel moderado a favor del personal femenino.

A nivel internacional, Pincay et al. evidenciaron mediante tabulación cruzada que del 100% de los trabajadores con un alto nivel de estrés, el 66,7% fueron mujeres y el 33,3% hombres, mientras que, en el bajo nivel de estrés, el 79,2% correspondió al sexo femenino y el 20,8% al masculino. Correa evaluó el estrés laboral y reportó diferencias descriptivas en las puntuaciones promedio continuas de diversas áreas organizacionales según el sexo, obteniendo en la dimensión de estructura organizacional 10,00 puntos para los médicos varones y 16,31 puntos para las médicas mujeres, y en la dimensión de clima organizacional 12,00 puntos para varones y 12,31 para mujeres.

A nivel nacional, Nuñez y Quispe reportaron que del 100% del personal que presentaba las categorías más severas correspondientes a estrés y alto nivel de estrés, el 100% eran trabajadores de sexo masculino, evidenciando una mayor afectación en los varones de su dependencia.

En el ámbito regional, los antecedentes revisados omitieron reportar tabulaciones estadísticas cruzadas que relacionaran el nivel de estrés global con el sexo en sus respectivos centros.

El análisis comparativo en Tacna muestra que el estrés se distribuye de manera equitativa entre hombres y mujeres, con casi el 80% de ambos grupos en el nivel bajo y proporciones prácticamente idénticas en las categorías intermedia, moderada y alta. Estos hallazgos coinciden con la evidencia local de Villanueva, donde tampoco se encontró relación estadística entre el sexo y las dimensiones del estrés. En contraste, difieren de la evidencia nacional de Nuñez y Quispe, donde el estrés alto afectaba exclusivamente a los varones, y de estudios internacionales como los de Pincay y Correa, que reportaban mayor concentración de estrés en

mujeres. En Tacna, el estrés alto es mínimo y afecta de manera similar a ambos sexos (1,1% en hombres y 1,3% en mujeres).

El comportamiento del estrés laboral en la provincia podría explicarse por la interacción de factores individuales e institucionales. El predominio del nivel de estrés bajo estaría favorecido por la estabilidad laboral, el arraigo del personal a la región y el apoyo entre compañeros. En contraste, la presencia de estrés intermedio y moderado podría relacionarse con limitaciones del sistema, como la elevada demanda asistencial, el desequilibrio entre el número de trabajadores y la población asignada, especialmente en el Centro de Salud San Francisco, donde 112 trabajadores atienden a más de 61 000 habitantes, así como la centralización de algunos procesos administrativos y las limitaciones de infraestructura. En conjunto, estas condiciones podrían incrementar las exigencias laborales y favorecer la aparición de mayores niveles de estrés en los establecimientos con mayor demanda de atención.

En conclusión, la evaluación evidencia un entorno laboral equitativo, donde los niveles bajos de estrés predominan de forma idéntica en hombres y mujeres.

Según la Tabla 24, el estrés bajo prevalece en todas las categorías conyugales, destacando los profesionales viudos y casados como los grupos con mayores índices de bienestar. En cambio, el nivel intermedio se concentra en divorciados y solteros, el moderado afecta principalmente a los convivientes, y las manifestaciones de estrés alto se restringen de forma exclusiva a solteros y casados.

A nivel internacional, Torres evaluó el estrés laboral y la calidad de vida en salud, documentando descriptivamente el estado civil de su población con un 43,8% de solteros, 32,9% de casados, 15,8% en unión libre, 3,9% de separados, 2,8% de divorciados y 0,8% de viudos.

A nivel nacional, Ramos y Manrique evaluaron la inteligencia emocional y el estrés laboral, reportando de forma descriptiva en su tabla de caracterización demográfica que el 63,33% de sus trabajadores eran solteros, el 31,67% casados, el 3,33% divorciados y el 1,67% viudos.

En el ámbito regional, los estudios revisados abordaron el estrés laboral considerando algunas variables sociodemográficas, pero al centrarse en otros objetivos no presentaron tabulaciones estadísticas cruzadas que compararan directamente el nivel global de estrés según el estado civil del personal asistencial.

Al contrastar los resultados de la Tabla 23 con la literatura previa, se observa una diferencia metodológica importante. Mientras que Torres, a nivel internacional, y Ramos y Manrique, a nivel nacional, describieron únicamente la distribución del estado civil de sus participantes, sin analizar su relación con el estrés laboral, los antecedentes regionales tampoco evaluaron esta asociación.

En ese sentido, la presente investigación aporta una primera descripción de la relación entre el estado civil y los niveles de estrés laboral en el personal de salud de la provincia. Los mayores porcentajes de estrés bajo se observaron en los trabajadores casados (83,8%) y viudos (100%), mientras que el estrés intermedio, moderado y alto fue más frecuente en divorciados (29,2%), solteros (17,1%) y convivientes (8,7%). Estos hallazgos podrían explicarse por la teoría del soporte social, la cual plantea que el apoyo familiar y afectivo favorece el afrontamiento de las demandas laborales. En contraste, quienes cuentan con menor apoyo o atraviesan cambios en su situación familiar podrían presentar una mayor vulnerabilidad al estrés; sin embargo, esta relación debe corroborarse mediante estudios analíticos.

En conclusión, la evaluación evidencia un entorno favorable para todos los estados civiles, con predominio del bienestar en casados y viudos, y mayor presencia relativa de estrés intermedio en divorciados y solteros.

Según la Tabla 25, se observa que la gran mayoría de los trabajadores mantiene un nivel de estrés bajo independientemente de su región de origen, sobresaliendo el personal procedente de Lima y Puno. El estrés intermedio afecta sobre todo a los profesionales nacidos en Tacna, quienes además consolidan de forma exclusiva la presencia de estrés alto en la red provincial.

En el ámbito internacional, nacional y regional, los antecedentes revisados abordaron el estrés laboral considerando diversas características sociodemográficas; sin embargo, ninguno incorporó la variable procedencia geográfica en sus instrumentos ni presentó tabulaciones estadísticas cruzadas que relacionaran esta dimensión con el nivel de estrés.

El análisis comparativo según la procedencia geográfica muestra que el nivel de estrés es predominantemente bajo en todo el personal asistencial de Tacna, independientemente de su origen. Al no existir antecedentes internacionales, nacionales ni locales que presenten tablas cruzadas sobre esta variable, nuestros hallazgos provinciales constituyen un aporte descriptivo novedoso que permite visualizar cómo influye la procedencia geográfica en la estabilidad laboral.

Los profesionales provenientes de Arequipa, Puno, Moquegua y Lima reportan proporciones muy altas de estrés bajo (superiores al 85%) y ausencia de casos de estrés alto, lo que refleja un entorno integrador. En contraste, los trabajadores nacidos en Tacna presentan mayor presencia relativa de estrés intermedio (16,5%), moderado (5,8%) y alto (1,7%).

A pesar de estas diferencias, la ausencia de estrés alto en el personal foráneo y el predominio de niveles bajos de estrés en los

trabajadores nacidos en Tacna reflejan un entorno laboral favorable, independientemente de la procedencia geográfica. La mayor frecuencia de estrés intermedio observada en el personal local podría estar relacionada con una mayor identificación con la comunidad donde desempeñan sus funciones, lo que podría incrementar las demandas emocionales derivadas de la atención a personas de su propio entorno. En contraste, los trabajadores nacidos en otras regiones podrían desarrollar estrategias de adaptación que faciliten su integración al entorno laboral y el afrontamiento de las demandas asistenciales. No obstante, estas interpretaciones deben corroborarse mediante estudios analíticos que evalúen específicamente estos factores.

En conclusión, la evaluación del estrés según procedencia geográfica evidencia un entorno laboral altamente integrador, donde predominan los niveles bajos en toda la población estudiada.

Según la Tabla 26, el estrés bajo predomina ampliamente en la mayoría de las ocupaciones, alcanzando un nivel de estrés bajo en nutricionistas y técnicos asistenciales específicos. El estrés intermedio se manifiesta principalmente en los enfermeros, el moderado en químicos farmacéuticos y biólogos, y la categoría de estrés alto se presenta de manera exclusiva en los biólogos.

A nivel internacional, Correa comparó el estrés laboral según ocupación y reportó un nivel intermedio en médicos (93 puntos) y bajo en enfermeras (82 puntos).

A nivel nacional y regional, los antecedentes revisados se enfocaron en otros objetivos y omitieron presentar tabulaciones estadísticas cruzadas que compararan los niveles de estrés según los grupos profesionales u ocupacionales del personal asistencial.

El análisis del estrés laboral según la profesión u ocupación muestra una situación favorable para la mayoría del personal asistencial evaluado en Tacna. Los médicos registraron principalmente estrés bajo, con un 81,7%, resultado que difiere de lo reportado por Correa, quien encontró niveles intermedios en este grupo. Del mismo modo, en las enfermeras predominaron los niveles bajos, en concordancia con los antecedentes internacionales revisados.

Sin embargo, los resultados evidencian una mayor vulnerabilidad en los profesionales biólogos y químicos farmacéuticos. En los biólogos, el 17,6% presentó estrés moderado y otro 17,6% alcanzó un nivel alto, mientras que el 21,4% de los químicos farmacéuticos registró estrés moderado. Esta distribución contrasta con la observada en médicos, obstetras y enfermeras, entre quienes predominó ampliamente el estrés bajo. La limitada disponibilidad de estudios nacionales y locales enfocados en estas profesiones otorga especial importancia a estos hallazgos y plantea la necesidad de prestar mayor atención a sus condiciones de trabajo en el primer nivel de atención.

Respecto a la posibilidad de que el estrés de los biólogos se relacione con el desarrollo de funciones propias de tecnología médica en el laboratorio clínico, los resultados deben interpretarse con prudencia. La Ley N.º 28847, Ley del Trabajo del Biólogo, y su reglamento, aprobado mediante el Decreto Supremo N.º 025-2008-SA, reconocen la participación de estos profesionales en los servicios de salud y en la ejecución de análisis microbiológicos, parasitológicos, inmunológicos y de biología molecular. Asimismo, la Ley N.º 28456 regula las funciones del tecnólogo médico en la especialidad de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica. En los establecimientos de categoría I-4, ambas profesiones pueden participar en los servicios de patología clínica y apoyo al diagnóstico, dentro de las competencias asignadas a cada una.

Por ello, la presente investigación no permite afirmar que exista intrusismo profesional, ejercicio ilegal o incumplimiento de funciones. El estudio no evaluó las actividades específicas realizadas por cada trabajador, los perfiles de los puestos, el cumplimiento de los Manuales de Organización y Funciones ni posibles transgresiones normativas. En consecuencia, la interpretación debe limitarse a las dimensiones evaluadas mediante el Cuestionario de Estrés Laboral OIT/OMS.

Una posible explicación de los niveles encontrados en los biólogos y otros trabajadores de apoyo se relaciona con la elevada demanda de trabajo, la responsabilidad en la entrega oportuna y precisa de resultados, y la limitada autonomía para organizar sus funciones. Cuando la distribución de tareas entre los profesionales del laboratorio no está claramente definida, pueden producirse duplicidad de actividades, dificultades de coordinación, ambigüedad de rol y sobrecarga laboral. Estas condiciones podrían agravarse por la escasez de reactivos, los espacios reducidos, la insuficiencia de equipos y el déficit de personal técnico.

Desde el modelo Demanda-Control de Karasek, la combinación de altas exigencias laborales y un control limitado sobre los recursos disponibles puede favorecer la aparición de estrés. En contraste, los médicos y otros profesionales licenciados suelen disponer de mayor autonomía para organizar sus actividades y tomar decisiones, además de contar con una formación orientada a la resolución de problemas, lo que podría facilitar el afrontamiento de las demandas laborales.

En síntesis, el estrés bajo predomina en la mayoría de las profesiones asistenciales evaluadas. No obstante, los biólogos y químicos farmacéuticos presentan mayores proporciones de estrés moderado y alto. Estos resultados podrían relacionarse con la carga de trabajo, la responsabilidad analítica, la disponibilidad de recursos y la organización de

los servicios, aunque estas asociaciones no fueron comprobadas directamente.

Según la Tabla 27, revela que el estrés bajo es la condición mayoritaria en todos los rangos de permanencia local, mostrando su frecuencia más óptima en el personal con estabilidad intermedia. El nivel intermedio se distribuye de forma homogénea, mientras que el moderado destaca a mediano plazo y las manifestaciones altas se concentran en los trabajadores con menos de un año de antigüedad.

A nivel internacional, Pincay et al. evidenciaron que del 100% de su personal con alto nivel de estrés, el 83,3% correspondía a trabajadores con 7 años de antigüedad y el 16,7% a trabajadores con 4 años en su dependencia.

A nivel nacional, Alejo y Ventura, Ramos y Manrique, Nuñez y Quispe, y Bautista omitieron presentar tablas cruzadas que comparen de manera estadística los niveles de estrés según el tiempo de permanencia o servicio de los trabajadores en sus respectivos establecimientos.

En el ámbito regional, Sarmiento, Sotomayor y Villanueva evaluaron el estrés laboral en distintos contextos, pero al enfocarse en otros objetivos omitieron presentar tabulaciones cruzadas que comparen el nivel de estrés según el tiempo de servicio del personal.

El análisis comparativo en Tacna muestra que la permanencia no produce desgaste severo, manteniéndose cerca del 80% de bienestar en todos los rangos. A diferencia de Pincay et al., donde el estrés alto predominaba en el personal con mayor antigüedad (83,3%), en Tacna los trabajadores con más de 5 años apenas registran 1,4% de estrés alto, evidenciando que la trayectoria prolongada no implica agotamiento acumulativo. La ausencia de tablas cruzadas en antecedentes internacionales, nacionales y locales convierte estos hallazgos en

evidencia inédita para comprender el ciclo de adaptación en el primer nivel de atención.

Que el personal con más años conserve niveles bajos de estrés, igual que los recién ingresados, refleja un entorno laboral estable. El estrés alto se concentra solo en quienes tienen menos de 1 año (1,8%), este comportamiento podría explicarse porque el tiempo de servicio prolongado en un establecimiento favorece el conocimiento de los procesos de atención, la familiaridad con la organización del servicio y el fortalecimiento de las relaciones de trabajo, factores que contribuyen a un mejor afrontamiento de las exigencias laborales. En contraste, el personal con menor tiempo de servicio aún se encuentra en proceso de adaptación a las dinámicas del establecimiento, la coordinación con los equipos de trabajo y las características de la población atendida, lo que podría incrementar transitoriamente su vulnerabilidad al estrés.

En conclusión, la evaluación evidencia un entorno de alta estabilidad temporal, con predominio constante de estrés bajo y solo un ligero desafío en la etapa de integración inicial, que se supera con rapidez y permite mantener el bienestar a largo plazo.

Según la Tabla 28, la trayectoria acumulada en el sector actúa como un factor que favorece el bienestar, alcanzando el nivel de estrés bajo su mayor peso en el personal con más de una década de servicio. En contraste, el estrés intermedio se concentra en las etapas iniciales de la carrera, y las categorías moderada y alta se manifiestan en el rango de experiencia intermedia.

A nivel internacional, Pincay et al. evaluaron el estrés laboral y el síndrome de burnout, mostrando mediante tabulación cruzada que del 100% de los casos de estrés alto, el 83,3% correspondía a profesionales con 7 años de antigüedad y el 16,7% a trabajadores con 4 años de experiencia.

A nivel nacional, Bautista evaluó el estrés y la satisfacción laboral, encontrando que el mayor porcentaje del personal tenía entre 15 y 19 años de servicio (34,6%), seguido de quienes acumulaban 20 años o más (25,0%), entre 10 y 14 años (23,1%) y, en menor proporción, menos de 1 año de trayectoria (7,7%).

En el ámbito regional, los antecedentes revisados omitieron presentar tabulaciones estadísticas cruzadas que relacionaran el nivel global de estrés con los años de experiencia acumulada en el sector salud.

En Tacna, el análisis muestra que la trayectoria profesional actúa como factor protector, con niveles bajos de estrés cercanos al 80% en todos los rangos. A diferencia de Pincay et al., donde el 83,3% del estrés alto se concentraba en personal con 7 años de experiencia, en Tacna los trabajadores con 5 a 10 años apenas registran 2,3% de estrés severo.

El personal con más de 10 años concentra el mayor bienestar (81,5% de estrés bajo), mientras que los menores de 5 años presentan la mayor proporción de estrés intermedio (22,0%), reflejando el reto adaptativo inicial. Sin embargo, la ausencia de estrés alto en este grupo y la baja incidencia general evidencian que los centros de salud ofrecen un entorno seguro que facilita la consolidación profesional.

Este comportamiento podría explicarse porque la antigüedad en el sector salud favorece el dominio de los procesos asistenciales, la resolución de situaciones complejas y el desarrollo de estrategias de afrontamiento frente a las exigencias laborales, contribuyendo al predominio de niveles bajos de estrés en la mayoría del personal con mayor trayectoria. No obstante, en algunos profesionales, la exposición prolongada a condiciones propias del sistema de salud, como la elevada demanda asistencial, las limitaciones de recursos y las deficiencias de infraestructura, podría favorecer la aparición de estrés intermedio o

moderado, especialmente en los establecimientos con mayor carga de atención.

En conclusión, la evaluación evidencia un entorno laboral estable y evolutivo, donde la experiencia acumulada, especialmente más allá de los 10 años, maximiza el bienestar del trabajador y le otorga estrategias maduras para afrontar las exigencias de su labor sin desgaste significativo.

Según la Tabla 29, la estabilidad del personal nombrado se traduce en la proporción más alta de estrés bajo dentro de la red asistencial. Por su parte, los profesionales bajo el régimen CAS son los más susceptibles a manifestar niveles intermedios y moderados de tensión, mientras que las afectaciones severas altas se concentran en la modalidad de otros contratos.

A nivel internacional, los antecedentes revisados omitieron presentar tabulaciones estadísticas cruzadas que relacionaran el nivel de estrés con el régimen contractual del personal en sus resultados finales.

A nivel nacional, Nuñez y Quispe reportaron que del 100% de los trabajadores que presentaban las categorías severas correspondientes a estrés y alto nivel de estrés, la totalidad (100%) correspondía al personal nombrado, mientras que el 84,6% de los que presentaban nivel bajo de estrés eran contratados.

En el ámbito regional, los antecedentes revisados se centraron en objetivos distintos y no presentaron tabulaciones estadísticas cruzadas que relacionaran el nivel global de estrés con el tipo de contrato del personal asistencial.

El análisis en Tacna confirma que la estabilidad laboral protege el bienestar, pues el personal nombrado concentra el 82,5% de estrés bajo y apenas 0,9% de estrés alto. En contraste, Nuñez y Quispe reportaron que

el 100% de los casos graves afectaban exclusivamente a trabajadores nombrados, mostrando una discrepancia con nuestros hallazgos.

El personal bajo CAS y Otros Contratos presenta mayor proporción de estrés intermedio (18,2%) y moderado (10,6%), lo que refleja la vulnerabilidad asociada a la temporalidad y la inseguridad en la renovación de puestos. Sin embargo, la baja incidencia de estrés alto en todas las modalidades confirma que los centros de salud mantienen un entorno laboral adecuado que evita el desborde generalizado.

Esto puede deberse a que la condición de nombrado representa un recurso protector frente al estrés laboral, pues otorga estabilidad en el empleo, previsibilidad de ingresos y acceso pleno a los beneficios de la carrera pública, lo que reduce la preocupación por la pérdida del puesto y permite al trabajador disponer de mayor energía y capacidad cognitiva para afrontar las exigencias asistenciales. En contraste, el régimen CAS, caracterizado por la renovación periódica de contratos y la incertidumbre sobre la continuidad laboral, introduce una fuente constante de tensión externa que incrementa la vulnerabilidad psicológica del personal. Esta inestabilidad percibida, sumada a la desigualdad de beneficios respecto a los nombrados, debilita progresivamente las defensas emocionales de los profesionales contratados y los expone a niveles intermedios o moderados de estrés ante las mismas demandas clínicas.

En conclusión, el estrés laboral evidencia un entorno favorable en todas las modalidades, destacando que la estabilidad del nombramiento favorece el nivel de estrés bajo, mientras que la temporalidad incrementa ligeramente la susceptibilidad a niveles intermedios.

Según la Tabla 30 muestra que el estrés bajo predomina en el personal de todas las procedencias académicas, siendo mayor en los egresados de universidades e institutos privados. Las categorías de estrés intermedio y alto se concentran de manera exclusiva o principal en los

egresados de universidades públicas, mientras que el nivel moderado sobresale en institutos públicos.

A nivel internacional, nacional y regional, los antecedentes revisados abordaron el estrés laboral en distintos contextos, pero ninguno incorporó la institución de formación o grado de instrucción como variable de estudio.

El análisis comparativo según la institución de formación muestra que, aunque el nivel bajo de estrés predomina en toda la población estudiada, existen variaciones según la casa de estudios. La ausencia de tablas cruzadas en antecedentes internacionales, nacionales y locales convierte nuestros hallazgos en un aporte inédito para comprender cómo influye el entorno académico en la estabilidad laboral. Los egresados de universidades privadas (83,3%) e institutos privados (80,5%) presentan las mayores proporciones de estrés bajo y ausencia total de estrés alto, lo que refleja estrategias de afrontamiento consolidadas y alta adaptabilidad. En contraste, los egresados de universidades públicas concentran el 100% de los casos de estrés alto (2,4%) y los técnicos de institutos públicos registran el mayor impacto de estrés moderado (10,3%).

Esta particularidad podría deberse a que el personal formado en instituciones del Estado suele asumir históricamente roles de mayor exposición burocrática o una carga continua de responsabilidades en la red de salud, haciéndolos ligeramente más susceptibles al agotamiento. Sin embargo, a pesar de estas diferencias relativas en las categorías medias, la bajísima incidencia general de estrés severo en la red confirma que todos los profesionales, independientemente de su casa de estudios, han logrado desarrollar las competencias necesarias para sostener un entorno de trabajo seguro y eficiente.

En conclusión, el estrés bajo predomina en egresados de todas las instituciones, siendo más alto en los formados en privadas, mientras que la mínima afectación severa se concentra en universidades públicas.

Según la Tabla 31, en el Centro de Salud La Esperanza el estrés bajo es la condición dominante en todas las edades, logrando sus niveles de bienestar más altos en los extremos etarios. El estrés intermedio se concentra en el personal adulto joven, el moderado en los trabajadores de mayor longevidad laboral y el estrés alto se restringe únicamente al rango de mediana edad.

A nivel internacional, Correa comparó el estrés laboral según la edad y evidenció que las mujeres de 24 a 29 años alcanzaban un nivel intermedio con 97,83 puntos, mientras que los hombres presentaban su mayor nivel intermedio entre los 30 y 36 años con 92,00 puntos.

A nivel nacional, Nuñez y Quispe evaluaron el estrés laboral y encontraron una asociación estadística significativa entre la edad y el estrés ($p=0,000$), mostrando que del 100% del personal con nivel alto de afectación, el 60,0% correspondía a edades de 56 a 65 años y el 40,0% a los de 46 a 55 años.

En el ámbito regional, los antecedentes revisados omitieron presentar tabulaciones estadísticas cruzadas que relacionaran el nivel global de estrés con la edad del personal asistencial.

En el Centro de Salud La Esperanza, el estrés bajo predomina en todas las edades, destacando un 90,0% en los grupos de 20 a 30 años y mayores de 60. Sin embargo, el personal de 31 a 40 años concentra la mayor proporción de estrés intermedio (18,5%), coincidiendo con la evidencia internacional de Correa, que identificó afectación en adultos jóvenes. En contraste, la evidencia nacional de Nuñez y Quispe reportó que el 100% del estrés alto afectaba a trabajadores mayores de 46 años, mientras que en La Esperanza este nivel severo es inexistente en mayores de 50 y se presenta únicamente en el grupo de 41 a 50 años.

La relación entre edad y estrés laboral puede explicarse por factores de protección y vulnerabilidad. Los adultos mayores, gracias a su experiencia clínica y a la estabilidad contractual que en su mayoría poseen, regulan mejor sus emociones y se mantienen en niveles bajos de estrés. En contraste, los adultos jóvenes enfrentan la curva de aprendizaje propia de la inserción al sistema de salud y condiciones laborales más inestables, como contratos temporales y horarios exigentes, lo que incrementa su susceptibilidad a niveles intermedios o moderados de estrés.

En síntesis, se observa un predominio del estrés bajo en los grupos generacionales extremos, mientras que las categorías de alerta, como el estrés intermedio y la única incidencia de estrés alto, se concentran exclusivamente en el personal que transita la etapa media de la vida entre los 31 y 50 años.

Según la Tabla 32, se observa que el estrés bajo predomina de manera notable y homogénea en ambos sexos dentro del Centro de Salud La Esperanza. El estrés intermedio registra una mayor proporción relativa en las trabajadoras, mientras que el moderado impacta ligeramente más en los varones, reportándose el estrés alto como una condición prácticamente inexistente y exclusiva del sexo femenino.

A nivel internacional, Pincay et al. analizaron el estrés laboral y el burnout, mostrando que, del total de casos con alto nivel de estrés, el 66,7% correspondía a mujeres y el 33,3% a hombres; mientras que, en el nivel bajo, el 79,2% eran mujeres y el 20,8% hombres. Correa también reportó diferencias por sexo, con puntuaciones promedio de 59,23 en hombres y 72,49 en mujeres, concluyendo que ellas presentaban mayor estrés global.

A nivel nacional, Nuñez y Quispe encontraron que el 100% de los casos severos correspondían a varones, lo que evidenció mayor vulnerabilidad en ellos.

En el ámbito regional, los antecedentes revisados tampoco incluyeron análisis estadísticos cruzados que relacionaran el nivel de estrés con la edad del personal asistencial.

El análisis comparativo por sexo en el Centro de Salud La Esperanza evidencia que el impacto del estrés es equitativo entre hombres y mujeres, con predominio del nivel bajo en ambos grupos (81,5% en varones y 80,3% en mujeres). Las ligeras variaciones en las categorías intermedia y moderada no representan diferencias significativas. Al contrastar con Nuñez y Quispe, quienes reportaron que el 100% de los casos severos afectaban exclusivamente a varones, se observa una discrepancia, ya que en La Esperanza el estrés alto es prácticamente inexistente, registrando solo un 1,3% en mujeres y 0,0% en hombres. Asimismo, frente a los hallazgos internacionales de Pincay et al. y Correa, que señalaron mayor afectación en mujeres, nuestros resultados descartan cualquier predisposición de género frente a las demandas operativas.

La diferencia en los niveles de estrés según el sexo puede explicarse por la sobrecarga de roles que enfrenta el personal femenino, quienes además de las demandas asistenciales suelen asumir tareas domésticas y de cuidado, reduciendo sus tiempos de descanso y aumentando su vulnerabilidad a niveles intermedios o moderados de estrés. En contraste, el personal masculino, al contar con menor carga de responsabilidades fuera del ámbito laboral, dispone de mayores oportunidades de desconexión y recuperación, lo que favorece su permanencia en categorías de bienestar o estrés bajo. Asimismo, el mayor despliegue de trabajo emocional por parte de las mujeres en la atención directa al paciente contribuye a un desgaste acumulativo que requiere estrategias diferenciadas de soporte institucional.

En conclusión, el estrés en La Esperanza se distribuye de forma equitativa entre hombres y mujeres, predominando el nivel bajo.

Según la Tabla 33, el nivel de estrés bajo es la condición dominante en La Esperanza, sobresaliendo el personal casado seguido por los solteros. Por el contrario, el estrés intermedio afecta principalmente a los profesionales divorciados, el moderado se concentra en los convivientes y las manifestaciones de estrés alto se reducen a un caso mínimo y aislado en el grupo de casados.

A nivel internacional, nacional y regional los antecedentes revisados consideraron el estado civil en sus caracterizaciones generales o lo omitieron en sus instrumentos, pero en ningún caso realizaron análisis estadísticos cruzados que permitieran evaluar su influencia directa en el estrés laboral del personal de salud.

En el Centro de Salud La Esperanza, el estrés bajo predominó en la mayoría de grupos, siendo más elevado en el personal casado (90,5%). En los profesionales divorciados se observó una mayor proporción de estrés intermedio (42,9%), mientras que los convivientes concentraron el estrés moderado (33,3%). Finalmente, se registró un único caso de estrés alto en el grupo de casados. Esta distribución puede explicarse por tres factores: en primer lugar, el matrimonio ofrece un soporte emocional y logístico que favorece la regulación del estrés; en segundo lugar, los divorciados enfrentan de manera solitaria las responsabilidades del hogar, lo que incrementa su desgaste; y, en tercer lugar, los convivientes suelen atravesar etapas de transición familiar que, sumadas a la inestabilidad laboral, los hacen más propensos a niveles moderados de estrés.

En conclusión, el análisis evidencia un ambiente laboral positivo, donde el estrés bajo es mayor en trabajadores casados, mientras que el estrés intermedio y moderado se concentra en divorciados y convivientes, respectivamente.

Según la Tabla 34 evidencia que el estrés bajo predomina en La Esperanza, alcanzando niveles de bienestar absoluto en todo el personal

foráneo. El nivel intermedio se manifiesta principalmente en los nacidos en Arequipa y Tacna, mientras que las categorías de mayor severidad, correspondientes a estrés moderado y alto, recaen de manera exclusiva en los trabajadores locales nativos de la región Tacna.

Tanto a nivel internacional como nacional y regional, los estudios revisados evaluaron el estrés laboral en distintas poblaciones, pero ninguno incorporó la variable de procedencia geográfica en sus análisis estadísticos.

El análisis comparativo según la procedencia geográfica muestra que el Centro de Salud La Esperanza ofrece un entorno altamente integrador, donde el personal foráneo se adapta con tranquilidad. La falta de evidencia local, nacional e internacional que analice esta variable convierte a estos resultados en un aporte descriptivo novedoso sobre la relación entre la procedencia geográfica y el estrés laboral del personal del Centro de Salud La Esperanza.

En el análisis según procedencia geográfica, se observó que el personal proveniente de Puno, Lima y otras regiones reportó un 100% de bienestar, mientras que los profesionales de Arequipa no presentaron afectaciones severas, lo que refleja una adaptación favorable de quienes llegan de fuera. En contraste, los trabajadores nacidos en Tacna concentraron las proporciones de estrés intermedio (15,1%), moderado (5,8%) y el único caso de estrés alto (1,2%), aunque la mayoría (77,9%) se mantuvo en niveles bajos. Esta distribución puede explicarse por la sobrecarga social que enfrentan los trabajadores locales al atender a personas de su propio entorno y asumir responsabilidades comunitarias, lo que incrementa su desgaste emocional. En contraste, el personal foráneo dispone de un factor protector vinculado al distanciamiento mental y a la resiliencia adquirida en procesos de movilidad laboral, lo que les permite

establecer límites más claros entre su actividad asistencial y la vida privada, manteniendo sus niveles de estrés en rangos bajos.

En conclusión, La Esperanza evidencia un entorno laboral integrador y acogedor, donde el personal foráneo alcanza un 100% de bienestar y se adapta de manera saludable a las exigencias operativas. Las mínimas afectaciones severas recaen exclusivamente en trabajadores locales.

Según la Tabla 35, el bienestar laboral predomina en las profesiones de atención clínica general de La Esperanza, con un énfasis absoluto en nutricionistas, tecnólogos médicos y técnicos en farmacia. El estrés intermedio sobresale en psicólogos y cirujanos dentistas, el moderado en químicos farmacéuticos, y la mínima incidencia de estrés alto se restringe de forma exclusiva al estamento de biólogos.

A nivel internacional, Guzmán identificó que el 36,4% de enfermeras y el 44,1% de auxiliares presentaban niveles muy bajos de estrés, aunque sus puntajes transformados (16,3 y 14,1) los ubicaron en un nivel medio de afectación. Correa, por su parte, comparó ocupaciones y halló un promedio intermedio de 93 puntos en médicos y un nivel bajo de 82 puntos en enfermeras.

A nivel nacional los antecedentes como Ramos no presentaron cruces estadísticos según ocupación, y en el ámbito regional tampoco se reportaron tabulaciones cruzadas que relacionen directamente el estrés con la profesión.

En el Centro de Salud La Esperanza, el análisis comparativo por ocupación muestra un panorama favorable, con médicos (83,3% estrés bajo), enfermeros (78,9%) y técnicos en enfermería (85,7%) adaptándose de manera saludable, en contraste con estudios internacionales como los de Correa y Guzmán, donde se reportaron niveles intermedios o medios de afectación.

Nutricionistas, tecnólogos médicos, técnicos en farmacia, médicos, obstetras y enfermeros presentan altos niveles de bienestar, reflejando flujos de trabajo organizados y predecibles. Sin embargo, las vulnerabilidades recaen en químicos farmacéuticos (33,3% estrés moderado), cirujanos dentistas (25,0% moderado), psicólogos (33,3% intermedio) y biólogos, quienes registran el único caso de estrés alto (14,3% adicional en moderado).

La distribución de los niveles de estrés según ocupación puede explicarse por las condiciones propias de cada grupo profesional. En médicos, enfermeros y técnicos en enfermería, el predominio de estrés bajo se relaciona con la estabilidad de sus flujos asistenciales y el soporte social entre pares, lo que favorece la predictibilidad y disminuye la carga individual. En cambio, los químicos farmacéuticos y biólogos presentan mayor vulnerabilidad debido al reducido número de profesionales en farmacia y laboratorio, lo que genera cuellos de botella y una presión elevada por la demanda masiva y el control estricto de calidad. Por su parte, los psicólogos muestran niveles intermedios de estrés al abordar en solitario la salud mental comunitaria sin redes internas de apoyo, mientras que los cirujanos dentistas registran estrés moderado por la exigencia física de su práctica y la interacción constante con pacientes que manifiestan ansiedad frente al tratamiento odontológico.

En conclusión, se evidencia una sólida protección generalizada con altos índices de estrés bajo en los estamentos de consulta y asistencia directa, mientras que el desgaste severo de estrés moderado y estrés alto se aísla de manera exclusiva en las profesiones de laboratorio y soporte farmacológico.

Según la Tabla 36, en La Esperanza el estrés bajo predomina ampliamente en toda la plantilla, registrando su mayor frecuencia en el personal de reciente incorporación. El nivel intermedio es más frecuente a

mediano plazo, mientras que las categorías de estrés moderado y alto se manifiestan de forma exclusiva en el grupo de trabajadores con mayor tiempo de permanencia institucional.

A nivel internacional, Pincay et al. evidenciaron que el 83,3% del personal con alto estrés tenía 7 años de antigüedad y el 16,7% cuatro años.

A nacional y local, los antecedentes revisados no realizaron cruces estadísticos que relacionen directamente el estrés con la antigüedad laboral, lo que evidencia una limitación metodológica en el abordaje de esta variable.

En la presente investigación, en La Esperanza se observa que el personal con menos de 1 año alcanza un 92,9% de estrés bajo, mientras que el segmento de 1 a 5 años presenta un 20,0% de estrés intermedio. Los niveles de estrés moderado (7,2%) y alto (1,4%) aparecen únicamente en quienes superan los 5 años de servicio, confirmando un patrón de desgaste progresivo. Estos hallazgos coinciden con la evidencia internacional de Pincay et al., donde el estrés severo se concentró en trabajadores con mayor antigüedad.

La variación de los niveles de estrés según la antigüedad laboral puede explicarse por etapas progresivas en la trayectoria institucional. En el personal con menos de un año de servicio predomina el estrés bajo, reflejando una fase inicial marcada por entusiasmo, apoyo de compañeros y escasa exposición a las limitaciones del sistema. Entre quienes acumulan de 1 a 5 años, el incremento de responsabilidades administrativas y asistenciales, junto con la confrontación directa de la burocracia y la infraestructura deficiente, favorece la aparición de estrés intermedio. Finalmente, en los trabajadores con más de 5 años se concentran los casos de estrés moderado y alto, resultado de la exposición prolongada a

sobrecarga asistencial, escasez de recursos y contratos inestables, lo que conduce a un desgaste acumulativo en su salud laboral.

En conclusión, el entorno laboral es mayoritariamente saludable, pero revela un desgaste acumulativo en el personal más antiguo.

Según la Tabla 37 muestra que el estrés bajo prevalece en todas las etapas de experiencia en La Esperanza, siendo mayor en los profesionales con amplia trayectoria en salud. El estrés intermedio representa el principal reto adaptativo para los profesionales con menor tiempo de servicio, el moderado destaca a mediano plazo y el estrés alto se localiza únicamente en los servidores históricos.

A nivel internacional, Pincay et al. evidenciaron que el 83,3% del personal con alto estrés tenía 7 años de antigüedad y el 16,7% cuatro años.

En el ámbito nacional, los antecedentes revisados no incluyeron la variable de antigüedad en sus comparaciones. A nivel local, los antecedentes tampoco reportaron tabulaciones cruzadas sobre esta característica.

En La Esperanza, el análisis muestra que la trayectoria profesional actúa como factor protector, con estrés bajo predominante en todas las etapas. El grupo de 5 a 10 años concentra el mayor porcentaje de estrés moderado (13,3%), coincidiendo con la vulnerabilidad intermedia descrita por Pincay et al. y con la relación significativa hallada por Torres ($p=0,007$). El personal con más de 10 años registra la proporción más alta de bienestar (81,3% estrés bajo), pero también concentra el único caso de estrés alto (1,6%), reflejando fatiga acumulada en una minoría de servidores históricos.

Que el personal con más de 10 años de experiencia registre la proporción más alta de bienestar general (81,3% de estrés bajo) indica que

las décadas de servicio dotan al trabajador de habilidades resolutivas sólidas que lo blindan frente a las exigencias diarias. Por otro lado, la mayor prevalencia de estrés intermedio en los profesionales con menos de 5 años de antigüedad (20,8%) corrobora que las etapas iniciales representan un claro reto adaptativo hacia los flujos de la atención primaria. Sin embargo, resulta crítico observar que el único caso de estrés alto documentado en la dependencia (1,6%) recae de manera exclusiva en el grupo de mayor antigüedad (más de 10 años), lo que sugiere que, si bien la experiencia protege a la gran mayoría, también existe una fracción de servidores históricos que están experimentando una fatiga acumulada por la exposición ininterrumpida a las responsabilidades operativas.

En conclusión, la estabilidad laboral es mayoritariamente saludable, con los nuevos ingresos mostrando máxima adaptación (92,9% estrés bajo), los profesionales intermedios enfrentando un reto adaptativo (20,8% estrés intermedio), y los más antiguos disfrutando de amplia resiliencia, aunque con un pequeño grupo afectado por el desgaste acumulativo de décadas de servicio.

Según la Tabla 38, el estrés bajo predomina en todas las modalidades contractuales de La Esperanza, liderando el personal bajo la condición de otros contratos. El nivel intermedio se distribuye de forma similar entre el régimen CAS y los nombrados, en tanto que el moderado es más frecuente en CAS y la mínima afectación alta se presenta de modo exclusivo en un trabajador nombrado.

A nivel internacional, los autores omitieron cruces estadísticos sobre esta variable. En el ámbito nacional, Nuñez y Quispe demostraron que el 100% de los casos severos correspondían a personal nombrado, mientras que el 84,6% de los niveles bajos eran contratados, y en el plano regional, aunque algunos estudios describieron características contractuales, ninguno presentó tabulaciones cruzadas.

En La Esperanza, el análisis por régimen contractual evidencia que el estrés bajo predomina en todas las modalidades (más del 78%), aunque con matices relevantes. En el personal nombrado se observa una polarización: la mayoría mantiene niveles bajos (79,7%), favorecidos por la estabilidad de la plaza permanente, mientras que un sector minoritario concentra el único caso de estrés alto (1,6%), atribuible a la exposición prolongada a deficiencias estructurales y a la elevada responsabilidad clínica. En los trabajadores CAS se registra la mayor proporción de estrés moderado (7,1%), reflejo de la incertidumbre por la renovación contractual. Finalmente, quienes laboran bajo otras modalidades alcanzan el 90,9% de estrés bajo, probablemente debido a una menor presión burocrática en sus funciones.

En conclusión, el entorno laboral es favorable en todas las modalidades, con predominio de bienestar general. Sin embargo, la temporalidad incrementa la susceptibilidad al estrés moderado y el único caso severo recae en un trabajador nombrado.

Según la Tabla 39 se constata que en el Centro de Salud San Francisco el estrés bajo es la regla general, alcanzando una plenitud perfecta en los trabajadores de mayor edad. En contraste, las cohortes de adultos jóvenes presentan las menores proporciones de bienestar y concentran la mayor frecuencia de niveles intermedios y moderados, quedando el estrés alto focalizado únicamente en las edades intermedias.

A nivel internacional, Correa identificó puntuaciones intermedias en jóvenes de 24 a 36 años, señalando que el desgaste se concentra en los grupos más jóvenes. En el ámbito nacional, Nuñez y Quispe demostraron que los casos severos se presentaron exclusivamente en personal de mayor edad (46 a 65 años). En el plano regional, los antecedentes revisados no consideraron esta variable ni realizaron cruces estadísticos relacionados con la edad.

En el Centro de Salud San Francisco, el análisis confirma este patrón: los grupos de 20 a 40 años concentran las mayores proporciones de estrés intermedio y moderado, reflejando el reto adaptativo inicial. En contraste, los trabajadores mayores de 60 años alcanzan un 100% de estrés bajo, y los de 41 a 60 años superan el 84% en esta categoría, evidenciando que la edad actúa como un escudo protector. Estos resultados coinciden con la evidencia internacional de Correa, quien demostró mayor desgaste en adultos jóvenes. Sin embargo, difieren de Nuñez y Quispe, quienes reportaron que el estrés alto afectaba exclusivamente a personal maduro, mientras que en San Francisco los mayores muestran bienestar absoluto.

La variación del estrés según edad se explica por etapas distintas en la trayectoria laboral. En los profesionales jóvenes (20 a 40 años) predominan niveles intermedios y moderados, vinculados a la adaptación profesional, la inestabilidad contractual y la menor previsibilidad de sus funciones. En los mayores de 60 años se observa únicamente estrés bajo, asociado a la experiencia acumulada, la estabilidad de la plaza y la reasignación hacia tareas menos exigentes. En cambio, el estrés alto (2,7%) se concentra en la mediana edad, donde coinciden las mayores responsabilidades de gestión con exigencias familiares y financieras, generando una sobrecarga crítica.

En conclusión, la evaluación revela un patrón evolutivo claro: la juventud representa un reto de adaptación con mayor presencia de estrés intermedio y moderado, mientras que la experiencia y la madurez favorecen la estabilidad emocional, alcanzando un nivel de estrés bajo perfecto en los trabajadores de mayor edad.

Según la Tabla 40, el nivel de estrés bajo prevalece en ambos sexos dentro de San Francisco, mostrando una ligera ventaja a favor de los varones. Las trabajadoras femeninas son las que concentran con mayor

frecuencia los niveles de estrés intermedio y moderado, mientras que las manifestaciones altas se mantienen bajas en ambos grupos, con un leve pico en el personal masculino.

A nivel internacional, Pincay et al. evidenciaron que el 66,7% de los casos de alto estrés correspondían a mujeres, mientras que Correa reportó puntuaciones más altas en ellas, concluyendo que presentan mayor estrés global.

En el ámbito nacional, Nuñez y Quispe demostraron que el 100% de los casos severos correspondían a varones, mientras que Alejo y Ventura, Ramos y Manrique, y Bautista omitieron comparaciones cruzadas.

En el plano regional, aunque algunos estudios consideraron el sexo en sus muestras, no realizaron tabulaciones cruzadas.

En San Francisco, el análisis muestra que el estrés bajo predomina en ambos sexos, aunque con ligeras variaciones: las mujeres concentran mayores proporciones de estrés intermedio (11,8%) y moderado (7,1%), mientras que los hombres presentan una incidencia ligeramente superior de estrés alto (3,7% frente a 2,4%). Estos hallazgos coinciden con la evidencia internacional de Pincay et al. y Correa, quienes reportaron mayor desgaste en mujeres, y con Nuñez y Quispe a nivel nacional, donde los casos severos se concentraban en varones.

La explicación de la distribución del estrés según sexo se sustenta en factores socioculturales y en la teoría de la doble presencia. En las mujeres, la carga simultánea de responsabilidades laborales y domésticas incrementa la probabilidad de presentar niveles intermedios y moderados de estrés. En los hombres, el predominio de estrés bajo se relaciona con patrones de socialización que los llevan a minimizar o postergar la atención de los síntomas iniciales, lo que genera una aparente estabilidad que, al

agotarse sus recursos de afrontamiento, puede transformarse en episodios súbitos de mayor severidad.

En conclusión, el entorno laboral en San Francisco es equitativo y protector, con más del 78% de estrés bajo en ambos grupos. Las mujeres muestran un desgaste medio algo mayor, posiblemente por la doble carga de responsabilidades, mientras que los hombres registran leves picos de severidad.

Según la Tabla 41 revela que el estrés bajo predomina en todos los estados civiles de San Francisco, alcanzando un bienestar absoluto en el personal divorciado y viudo. Las categorías de estrés intermedio y moderado se concentran principalmente en los trabajadores casados, mientras que la baja incidencia de estrés alto se manifiesta de manera exclusiva en el personal soltero y casado.

Tanto a nivel internacional como nacional y regional, la variable estado civil ha sido escasamente considerada y, cuando se incluyó, no se realizaron análisis cruzados ni se hallaron asociaciones significativas con el estrés laboral.

En el Centro de Salud San Francisco, el análisis muestra que el estrés bajo predomina en todos los grupos, aunque casados y solteros concentran las proporciones de estrés intermedio, moderado y alto. Los casados registran 13,7% de estrés intermedio, 7,8% moderado y 2,0% alto, reflejando la doble carga de responsabilidades familiares y operativas. Los solteros presentan 7,3% de estrés moderado y la mayor proporción de estrés alto (4,9%), lo que sugiere menor soporte emocional inmediato. En contraste, divorciados y viudos alcanzan un 100% de estrés bajo, evidenciando resiliencia consolidada tras experiencias vitales complejas.

Este patrón se explica por la interacción entre los recursos de soporte social y los mecanismos de resiliencia adquiridos en distintas

etapas de vida. En el personal casado, el conflicto de roles y la acumulación de responsabilidades domésticas y asistenciales generan un desgaste progresivo. En los solteros, la ausencia de un soporte emocional inmediato y la frecuente inestabilidad contractual incrementan su vulnerabilidad frente a las demandas del servicio. En cambio, divorciados y viudos muestran una mayor capacidad de afrontamiento, producto de experiencias previas de crisis y adaptación, lo que les permite interpretar el estrés laboral como desafíos manejables.

En conclusión, los resultados evidencian un entorno laboral caracterizado por un predominio de niveles bajos de estrés. No obstante, los trabajadores casados y solteros concentraron la mayor proporción de casos con estrés moderado y alto. En contraste, el personal divorciado y viudo mantuvo exclusivamente niveles bajos de estrés.

Según la Tabla 42, en el Centro de Salud San Francisco predomina el nivel de estrés bajo, el cual se registra en la totalidad del personal foráneo. En cambio, las categorías de estrés intermedio, estrés moderado y estrés alto se concentran en los trabajadores nacidos en Tacna, consolidándose como el único grupo geográfico de la dependencia que experimenta niveles severos de afectación.

En los antecedentes revisados, la variable procedencia geográfica fue omitida en todos los niveles de análisis: internacional, nacional y regional.

En el Centro de Salud San Francisco, el análisis muestra un entorno altamente integrador: el personal foráneo (Arequipa, Moquegua, Lima) alcanza un 100% de estrés bajo, y los nacidos en Puno llegan al 91,7%, evidenciando una adaptación plena sin afectaciones intermedias o severas. En contraste, los trabajadores locales de Tacna concentran las proporciones de estrés intermedio (13,0%), moderado (7,8%) y alto (3,9%),

lo que sugiere que la presión de atender a su propia comunidad y la continuidad de responsabilidades históricas los hace más vulnerables. Aun así, el 75,3% de ellos permanece en estrés bajo, reflejando que la dinámica operativa sigue siendo manejable.

El contraste se explica por el arraigo socio-comunitario de los trabajadores locales, que enfrentan mayor carga emocional al atender a personas de su entorno, mientras que el personal foráneo, al carecer de presiones comunitarias inmediatas, logra mantener un distanciamiento psicológico que favorece un afrontamiento más efectivo frente al estrés laboral.

En conjunto, los resultados sugieren un entorno laboral favorable que facilita la integración del personal, reflejado en el predominio del estrés bajo entre los trabajadores procedentes de otras regiones. En contraste, las categorías de estrés intermedio, moderado y alto se concentraron principalmente en el personal nacido en Tacna.

Según la Tabla 43, el nivel de estrés bajo es la condición dominante en San Francisco, destacando una presencia absoluta de esta categoría en las áreas de obstetricia, psicología y nutrición. El estrés intermedio sobresale en tecnólogos médicos y enfermeros; el estrés moderado en técnicos y químicos farmacéuticos, mientras que la mayor concentración de estrés alto se localiza principalmente en el estamento de biólogos.

En los antecedentes internacionales, Guzmán identificó que el 36,4% de los profesionales de enfermería presentaba un nivel de estrés muy bajo, aunque sus puntajes transformados los ubicaban en un nivel medio de afectación; además, los auxiliares de enfermería también alcanzaron un nivel medio. Correa comparó ocupaciones y reportó un promedio de 93 puntos (nivel intermedio) en médicos y 82 puntos (nivel

bajo) en enfermeras, concluyendo que los médicos mostraban mayor desgaste.

A nivel nacional y regional, se describió la composición de la fuerza laboral por categorías profesionales, pero sin relacionarla con el estrés.

En San Francisco, el análisis comparativo muestra un panorama favorable en la mayoría de ocupaciones, pero evidencia una vulnerabilidad crítica en el área de laboratorio. Mientras que los médicos alcanzan un 90,9% de estrés bajo, en contraste con el nivel intermedio reportado por Correa en su estudio internacional, y los enfermeros logran un 68,2% de estrés bajo junto con los técnicos en enfermería que alcanzan un 85,7%, superando los niveles medios descritos por Guzmán, los obstetras, psicólogos y nutricionistas mantienen un 100% de estrés bajo, reflejando un entorno clínico organizado y estable.

Sin embargo, el estamento de biólogos registra apenas un 25,0% de estrés bajo y concentra un 50,0% de estrés alto, convirtiéndose en el grupo más vulnerable de la dependencia. Asimismo, los químicos farmacéuticos (28,6% de estrés moderado) y los técnicos en farmacia (33,3% de estrés moderado) muestran una carga significativa. Las diferencias en el estrés por ocupación se explican principalmente por el nivel de apoyo entre pares, la naturaleza del trabajo y el tipo de responsabilidades asumidas. Los equipos numerosos y con protocolos definidos, como médicos y enfermería, cuentan con soporte mutuo que reduce la carga. En contraste, áreas con trabajo aislado y responsabilidad crítica, como biología, enfrentan mayor vulnerabilidad. Finalmente, los servicios de farmacia muestran desgaste relacional y administrativo al actuar como intermediarios frente a la presión y frustración de los usuarios.

En conjunto, los resultados evidencian diferencias en el nivel de estrés según la profesión. Mientras que la mayoría de las ocupaciones

presentó un predominio de estrés bajo, los casos de estrés moderado y alto se concentraron principalmente en personal de laboratorio y farmacia actúan como receptores finales de las demandas de todos los consultorios, enfrentando una saturación de procesamiento, urgencia de entrega de resultados y despacho de recetas que desborda sus recursos operativos, elevando drásticamente su estrés alto y estrés moderado en comparación con el flujo controlado de la consulta médica general.

Según la Tabla 44, en San Francisco prevalece de forma generalizada el nivel de estrés bajo, alcanzando su mayor peso en el personal con un prolongado tiempo de permanencia institucional. El estrés intermedio sobresale entre los trabajadores con estabilidad a mediano plazo, mientras que las categorías de estrés moderado y estrés alto se concentran de manera prioritaria en el personal de reciente incorporación.

A nivel internacional, Pincay et al. evidenciaron que el alto nivel de estrés se concentraba en trabajadores con mayor antigüedad (83,3% con 7 años).

En el ámbito nacional, los autores no presentaron tabulaciones cruzadas de estrés por antigüedad.

A nivel regional, los autores tampoco analizaron esta variable.

En el Centro de Salud San Francisco, el análisis revela un patrón en forma de U: los trabajadores nuevos (<1 año) concentran las mayores afectaciones (12,5% estrés moderado y 4,2% estrés alto), reflejando el choque inicial con las demandas operativas. Posteriormente, entre 1 y 5 años, el personal logra estabilizarse con un 81,0% de estrés bajo y ausencia absoluta de estrés alto, lo que evidencia una adaptación exitosa. Sin embargo, en los servidores con más de 5 años aparece un leve repunte de estrés alto (3,0%), asociado a la exposición prolongada a las mismas responsabilidades.

Estos hallazgos difieren de Pincay et al., donde el estrés severo se concentraba en los más antiguos. La ausencia de análisis cruzados en antecedentes nacionales y locales convierte este estudio en la primera evidencia descriptiva sobre el ciclo de adaptación en San Francisco.

En conjunto, el personal de reciente incorporación presentó una mayor frecuencia de estrés moderado y alto, lo que podría atribuirse al proceso de adaptación a las funciones y dinámicas del establecimiento. En contraste, los trabajadores con mayor experiencia mostraron un predominio de estrés bajo, aunque se observó una ligera reaparición de casos de estrés alto.

Según la Tabla 45 revela que el nivel de estrés bajo es la condición mayoritaria en San Francisco y halla su mayor concentración en los profesionales con amplia antigüedad acumulada en el sector salud. Por el contrario, las categorías de estrés intermedio y estrés moderado afectan sobre todo al personal con menor tiempo de carrera, quedando el estrés alto focalizado selectivamente en los servidores de mayor trayectoria laboral.

En los antecedentes internacionales, Pincay et al. documentaron que del 100% de los trabajadores con alto nivel de estrés, el 83,3% tenía 7 años de antigüedad y el 16,7% contaba con 4 años de experiencia, evidenciando que la permanencia prolongada puede incrementar el desgaste.

En San Francisco, el análisis muestra que la experiencia actúa como un factor protector para la mayoría, pero también evidencia un desgaste tardío en algunos trabajadores veteranos. Los resultados revelan que el personal con menos de 5 años de antigüedad concentra el 20,0% de estrés intermedio y el 15,0% de estrés moderado, aunque no registra casos de estrés alto (0,0%), lo que refleja un reto adaptativo inicial sin llegar a un

desborde crítico. En contraste, los trabajadores con más de 10 años alcanzan un 85,5% de estrés bajo, demostrando que las décadas de servicio dotan de habilidades resolutivas eficientes; sin embargo, el estrés alto aparece en un 6,3% de los de 5 a 10 años y en un 2,6% de los de más de 10 años, evidenciando un desgaste acumulativo en una fracción minoritaria.

Estos hallazgos coinciden con la evidencia internacional de Pincay et al., donde el 83,3% del estrés severo afectaba a personal con 7 años de experiencia. Esto se debe a que, en ocupaciones del sector salud hay una fase inicial de intensa adaptación, donde el esfuerzo por dominar exigencias técnicas, administrativas y clínicas aumenta la carga cognitiva; con la consolidación profesional se desarrollan estrategias de afrontamiento que facilitan la gestión cotidiana; sin embargo, en una minoría con larga trayectoria surge un desgaste acumulado por la exposición prolongada a carencias estructurales e insuficiencia de insumos, que puede desembocar en episodios de estrés elevado.

En conjunto, los resultados sugieren que la experiencia laboral influye en el nivel de estrés. Los trabajadores con menor tiempo de servicio presentaron una mayor frecuencia de estrés intermedio y moderado, mientras que quienes acumulaban más de diez años de experiencia mostraron un predominio de estrés bajo. No obstante, los pocos casos de estrés alto se concentraron en este último grupo, lo que podría estar relacionado con el desgaste acumulado a lo largo de la trayectoria laboral.

Según la Tabla 46, la condición de nombrado garantiza la mayor presencia del nivel de estrés bajo dentro del establecimiento de San Francisco. En contraste, los profesionales bajo el régimen CAS registran las mayores frecuencias de estrés intermedio y estrés moderado, en tanto que las manifestaciones de estrés alto se dispersan entre el personal con otros contratos y la modalidad CAS.

A nivel internacional y regional la variable estabilidad laboral fue omitida; a nivel nacional, Nuñez y Quispe demostraron que el 100% de los casos severos correspondió al personal nombrado, mientras que el 84,6% de los trabajadores con estrés bajo eran contratados, evidenciando una relación directa entre estabilidad laboral y desgaste.

En el Centro de Salud San Francisco, el análisis comparativo evidencia que, aunque el estrés bajo predomina en todos los grupos, la modalidad de contratación marca diferencias claras. Los nombrados alcanzan un 88,3% de estrés bajo, con niveles severos casi inexistentes (1,3% de estrés alto), lo que confirma el efecto protector de la estabilidad laboral. En contraste, el personal CAS registra solo un 61,1% de estrés bajo, concentrando además un 16,7% de estrés intermedio, un 16,7% de estrés moderado y un 5,6% de estrés alto. De manera similar, los trabajadores bajo otros contratos presentan 64,7% de estrés bajo, pero también un 17,6% de estrés intermedio y un 5,9% de estrés alto, reflejando mayor vulnerabilidad frente a la inseguridad contractual.

Al comparar estos resultados con la evidencia nacional de Nuñez y Quispe, se observa una discrepancia importante: en su estudio, el 100% de los casos severos correspondía al personal nombrado, mientras que el 84,6% de los trabajadores con estrés bajo eran contratados. En San Francisco ocurre lo contrario: los nombrados son el grupo más protegido, mientras que los contratados concentran las mayores proporciones de desgaste. Esto se explica porque la plaza permanente ofrece predictibilidad económica y respaldo institucional que reduce la preocupación por la continuidad del empleo, permitiendo a los trabajadores focalizarse en sus funciones; en cambio, el personal contratado enfrenta la incertidumbre de la renovación y la precariedad de beneficios, lo que añade una carga psicológica y logística que agota sus recursos de afrontamiento y aumenta la probabilidad de presentar niveles intermedios o altos de estrés.

En conjunto, los resultados sugieren que la condición contractual podría influir en el nivel de estrés laboral. El personal nombrado presentó un mayor predominio de estrés bajo, mientras que los trabajadores CAS y con otras modalidades de contratación concentraron una mayor proporción de estrés intermedio, moderado y alto.

Según la Tabla 47 muestra que el nivel de estrés bajo es la condición predominante en la población del Centro de Salud Ciudad Nueva y experimenta un incremento progresivo conforme avanza la edad cronológica de los trabajadores. En contraparte, las categorías de estrés intermedio y estrés moderado concentran su impacto en las cohortes más jóvenes, manteniéndose el estrés alto completamente ausente en los extremos etarios.

En los antecedentes internacionales, Correa reportó puntuaciones de estrés intermedio en los grupos más jóvenes, tanto en mujeres de 24 a 29 años (97,83 puntos) como en hombres de 30 a 36 años (92,00 puntos), confirmando que el estrés laboral se concentra en las etapas iniciales de la carrera.

En el ámbito nacional, Nuñez y Quispe encontraron que el 100% de los casos severos correspondía a bloques maduros, con un 60,0% en edades de 56 a 65 años y un 40,0% en los de 46 a 55 años. A nivel regional no se efectuaron tabulaciones por rangos etarios.

Los hallazgos indican que el Centro de Salud I-4 Ciudad Nueva presenta protección elevada en la mayoría de las etapas vitales, con variaciones puntuales: los trabajadores jóvenes (20–30 años) registran un pico de estrés intermedio del 50,0%, el grupo de 41–50 años concentra la mayor proporción de estrés moderado (8,0%), y el personal veterano (51–60 años) muestra un 90,3% de estrés bajo y ausencia de casos de estrés alto. Estos resultados coinciden con la evidencia internacional de Correa

sobre la vulnerabilidad en etapas iniciales y difieren del estudio nacional de Nuñez y Quispe; además, al no existir tabulaciones previas para esta dependencia, la presente evidencia aporta un diagnóstico local novedoso. La explicación radica en que la inducción y la adaptación inicial sobrecargan a los jóvenes, la etapa media asume las mayores responsabilidades operativas y administrativas, y la trayectoria prolongada confiere experiencia, estabilidad y frecuentemente reubicación a tareas menos exigentes, lo que reduce la incidencia de estrés severo.

En conjunto, los resultados sugieren que la edad influye en el nivel de estrés laboral. Los trabajadores más jóvenes concentraron una mayor proporción de estrés intermedio y moderado, mientras que el incremento de la edad se asoció con un predominio de estrés bajo y la ausencia de casos de estrés alto en los grupos de mayor edad.

Según la Tabla 48, en el Centro de Salud Ciudad Nueva el nivel de estrés bajo es la regla general, con una mayor proporción en el personal femenino frente al masculino. El estrés intermedio es más frecuente en los varones, mientras que las manifestaciones de estrés moderado afectan por igual a ambos sexos, descartándose por completo la presencia de casos en el nivel de estrés alto.

En los antecedentes internacionales, Pincay et al. hallaron que del 100% de los casos de estrés alto, el 66,7% correspondía a mujeres y el 33,3% a hombres, mientras que en el nivel bajo predominaban las mujeres (79,2%). Correa reportó puntuaciones promedio más altas en mujeres (72,49) frente a hombres (59,23), concluyendo mayor desgaste femenino.

A nivel nacional, los autores omitieron presentar cruces estadísticos detallados, lo que impide evaluar la relación entre la variable y otros factores; a nivel regional, no se realizaron cruces que permitan establecer

patrones locales, dejando un vacío metodológico que limita la comparabilidad y el diagnóstico contextual.

En Ciudad Nueva, el análisis comparativo muestra un entorno altamente equitativo: tanto hombres como mujeres mantienen mayoritariamente un estrés bajo, aunque con diferencias leves. Las mujeres registran un 78,3% de estrés bajo, frente al 73,5% de los hombres, mientras que los varones concentran un mayor estrés intermedio (23,5% vs. 18,8%). El estrés moderado es igual y mínimo (2,9%) en ambos grupos, y el estrés alto es inexistente (0,0%), lo que descarta afectaciones severas derivadas del sexo.

Al contrastar con la evidencia internacional, se observa una discrepancia notable: estudios como los de Pincay et al. y Correa reportaron mayor desgaste en mujeres, mientras que en Ciudad Nueva ocurre lo contrario, con un predominio protector hacia ellas. Las diferencias observadas se explican por las redes de apoyo y los estilos de afrontamiento: el personal femenino tiende a conformar grupos de apoyo y canales de comunicación más sólidos que facilitan la gestión compartida de las demandas diarias, lo que reduce el impacto emocional acumulado; en cambio, los varones suelen expresar menos sus emociones en el ámbito laboral y asumen con mayor frecuencia tareas logísticas o turnos de mayor esfuerzo físico, lo que incrementa su carga y favorece la aparición de niveles intermedios de estrés.

En conjunto, los resultados evidencian un entorno laboral favorable, caracterizado por el predominio del estrés bajo en ambos sexos y la ausencia de casos de estrés alto. Aunque el estrés intermedio fue ligeramente más frecuente en los hombres, el estrés moderado se presentó en proporciones similares en ambos grupos.

Según la Tabla 49, el nivel de estrés bajo predomina en Ciudad Nueva y registra su mayor frecuencia en el personal viudo y casado. El estrés intermedio se concentra mayormente en los profesionales divorciados y solteros, en tanto que el estrés moderado afecta de forma exclusiva a solteros y casados, confirmándose la inexistencia absoluta de estrés alto en la institución.

A nivel internacional, nacional y regional los estudios revisados no realizaron cruces estadísticos que relacionen el estrés con la situación conyugal.

La evidencia muestra que en el Centro de Salud Ciudad Nueva el estado civil influye en la forma en que los trabajadores asimilan el estrés. Los viudos presentan un 100% de estrés bajo, reflejando una resiliencia excepcional; los casados alcanzan un 86,0%, confirmando el efecto protector del soporte conyugal; y los convivientes mantienen un 77,8%. En contraste, los divorciados concentran el mayor nivel de estrés intermedio (44,4%), seguidos por los solteros (25,0%), quienes además registran el mayor porcentaje de estrés moderado (5,0%).

Los resultados muestran un entorno laboral mayoritariamente saludable, con predominio de estrés bajo; el personal casado y viudo se beneficia de un sólido soporte familiar que actúa como escudo protector, mientras que los trabajadores solteros y divorciados presentan mayor propensión a niveles intermedios y moderados de estrés por la ausencia de apoyo inmediato en el hogar y el desgaste de sus recursos personales para afrontar las demandas del servicio. La inexistencia de casos de estrés alto en todas las categorías refuerza que la red de salud ofrece condiciones de trabajo seguras, estables y manejables para su personal.

En conjunto, los resultados evidencian un entorno laboral favorable, con predominio de estrés bajo en todos los estados civiles, especialmente

en el personal casado y viudo. En contraste, los trabajadores solteros y divorciados concentraron las mayores proporciones de estrés intermedio y moderado, lo que podría estar relacionado con diferencias en los recursos de apoyo y afrontamiento frente a las demandas laborales. Además, no se registraron casos de estrés alto en ninguna categoría de estado civil.

Según la Tabla 50 evidencia que el nivel de estrés bajo es el estado mayoritario en Ciudad Nueva, manifestándose únicamente esta categoría en el personal nacido en Lima. Los niveles de estrés intermedio y estrés moderado se localizan en los trabajadores nacidos en Tacna, registrándose una ausencia de casos de estrés alto en todas las procedencias geográficas.

A nivel internacional, nacional y regional, los estudios revisados omitieron analizar la procedencia geográfica.

En Ciudad Nueva se evidenció un entorno laboral integrador, donde el personal procedente de otras regiones presentó altas proporciones de estrés bajo, destacando el 100% en los nacidos en Lima y porcentajes superiores al 80% en quienes provenían de otros departamentos, Moquegua, Arequipa y Puno.

En contraste, los trabajadores nacidos en Tacna registraron la mayor frecuencia de estrés intermedio (21,5%), aunque mantuvieron un predominio de estrés bajo (74,7%), lo que podría estar relacionado con las mayores responsabilidades derivadas de la atención a su propia comunidad. Finalmente, la ausencia de casos de estrés alto en todos los grupos de procedencia evidencia un entorno laboral estable y equitativo, donde las demandas laborales no alcanzan niveles de desgaste severo, independientemente de la procedencia geográfica del personal.

La diferencia se explica por la presión social comunitaria y la capacidad para separar la vida laboral de la privada. Los profesionales

nacidos en Tacna tienden a experimentar mayor estrés intermedio porque atienden a vecinos, familiares y conocidos, lo que difumina las fronteras entre su rol profesional y su vida social y añade una carga emocional adicional. En cambio, el personal procedente de Lima y de otros departamentos presenta mayor bienestar, ya que al no tener compromisos sociales previos en el centro les resulta más fácil desconectarse al finalizar su jornada. La ausencia de casos de estrés alto confirma que el centro de salud de Ciudad Nueva mantiene un clima laboral organizado e integrador que previene el desgaste severo.

En conjunto, los resultados evidencian un entorno laboral favorable que facilita la integración del personal, reflejado en las mayores proporciones de estrés bajo entre los trabajadores procedentes de otras regiones. En contraste, el personal nacido en Tacna presentó la mayor frecuencia de estrés intermedio.

Según la Tabla 51, en Ciudad Nueva prevalece ampliamente el nivel de estrés bajo, registrándose de forma exclusiva esta condición en múltiples estamentos profesionales. Las categorías de estrés intermedio y estrés moderado concentran su impacto operativo en los técnicos en enfermería y los biólogos, destacando además la inexistencia de afectaciones en el nivel de estrés alto para todos los grupos ocupacionales.

A nivel internacional, Guzmán identificó que enfermeras y auxiliares se ubicaban en un nivel medio de afectación, mientras que Correa comparó las puntuaciones según ocupación y halló un nivel intermedio para médicos (93 puntos) y un nivel bajo para enfermeras (82 puntos).

En el ámbito nacional, Ramos y Manrique reportaron que el 60,0% de su muestra correspondía a profesionales, el 33,3% a técnicos y el 6,7% a personal de servicios, aunque sin relacionar estos grupos con los niveles de estrés.

En el ámbito regional, los autores no incluyeron esta variable en sus análisis.

El análisis comparativo en el Centro de Salud I-4 Ciudad Nueva muestra un entorno favorable para la mayoría de consultorios, aunque los sectores técnicos y de laboratorio presentan mayor desgaste medio. Al contrastar con la evidencia internacional de Correa, donde los médicos registraban un estrés intermedio, en Ciudad Nueva el cuerpo médico alcanza un 72,0% de estrés bajo, confirmando un entorno protector. De igual forma, frente a los hallazgos de Guzmán, donde enfermeros y auxiliares tenían un nivel medio de afectación, aquí los enfermeros logran un 75,0% de estrés bajo, lo que refleja una mejor capacidad resolutive.

Destaca que obstetras, cirujanos dentistas, psicólogos, tecnólogos y personal de farmacia alcanzan un 100% de estrés bajo, demostrando un excelente control de procesos en áreas especializadas. Sin embargo, los técnicos en enfermería (55,0%) y los biólogos (50,0%) muestran las menores proporciones de estrés bajo y concentran los únicos casos de estrés moderado (10,0% y 16,7%).

Las diferencias en los niveles de estrés responden a las características y demandas de cada puesto de trabajo. Los profesionales con tareas programadas presentaron menor estrés, mientras que los técnicos en enfermería y los biólogos mostraron mayor estrés debido a su elevada carga asistencial y de trabajo. Aun así, la ausencia de casos de estrés alto evidencia una organización laboral eficiente que previene un desgaste emocional severo.

Los resultados muestran diferencias en el nivel de estrés según la profesión. Aunque predominó el estrés bajo, los técnicos en enfermería y los biólogos presentaron mayores niveles de estrés intermedio y moderado.

En general, la ausencia de estrés alto sugiere un entorno laboral favorable y una adecuada gestión de las demandas del servicio.

Según la Tabla 52 se evidencia que el nivel de estrés bajo es la condición predominante en Ciudad Nueva, alcanzando su mayor proporción en los trabajadores con mayor tiempo de permanencia local. El estrés intermedio afecta a una quinta parte de la muestra, mientras que el estrés moderado se concentra en el grupo con un tiempo de servicio intermedio, confirmándose una ausencia absoluta de casos en el nivel de estrés alto para todos los rangos de permanencia.

En los antecedentes internacionales, Pincay et al. documentaron que del 100% de los trabajadores con alto nivel de estrés, el 83,3% tenía 7 años de antigüedad y el 16,7% contaba con 4 años de experiencia, evidenciando que la permanencia prolongada puede incrementar el desgaste.

En el ámbito nacional y regional, los autores omitieron esta variable en sus tabulaciones.

En el Centro de Salud Ciudad Nueva, el análisis comparativo muestra un patrón de estabilización evolutiva ejemplar: el tiempo de servicio actúa como un sólido factor protector frente a las demandas operativas. Al contrastar estos hallazgos con la evidencia internacional de Pincay et al., se observa una diferencia diametral: mientras que en su estudio el 83,3% de los casos severos afectaba a trabajadores con 7 años de antigüedad, en Ciudad Nueva el estrés alto es inexistente (0,0%) en todos los grupos, lo que demuestra que la exposición prolongada en esta dependencia no genera colapso en sus servidores más antiguos.

Que el personal de menos de 1 año registre solo un 72,2% de estrés bajo refleja el desgaste natural del proceso de adaptación inicial. La aparición del estrés moderado en el grupo de 1 a 5 años (15,4%) sugiere

una etapa de transición donde el profesional asume la carga plena de responsabilidades antes de dominarlas por completo. Finalmente, el incremento hacia un 77,8% de estrés bajo en los trabajadores con más de 5 años confirma que la experiencia acumulada permite manejar grandes volúmenes de atención manteniendo la tranquilidad intacta, consolidando un entorno laboral estable y libre de afectaciones severas.

Este comportamiento se explica por la curva de adaptación y aprendizaje que experimenta el trabajador dentro del establecimiento. El personal nuevo (menos de un año) siente la tensión natural de acoplarse a un nuevo ritmo de trabajo y a los trámites administrativos del centro. Quienes tienen entre uno y cinco años de servicio asumen la carga completa de responsabilidades de su puesto, pero aún están perfeccionando sus métodos para manejarlas, lo que eleva el estrés moderado en esta etapa de transición. Con el paso del tiempo (más de cinco años), los servidores logran dominar por completo los procesos de atención y ganan estabilidad, lo que les permite recuperar la tranquilidad y alcanzar el mayor nivel de bienestar. Asimismo, la ausencia total de estrés alto demuestra que el centro cuenta con un ambiente de soporte y organización que previene el agotamiento crónico de su personal con el transcurrir de los años.

En síntesis, los resultados sugieren que el tiempo de permanencia favorece la adaptación al entorno laboral. Si bien los trabajadores con menor tiempo de servicio presentaron una menor proporción de estrés bajo y concentraron los casos de estrés moderado, quienes acumulaban más de cinco años de permanencia mostraron el mayor predominio de estrés bajo. Además, la ausencia de casos de estrés alto en todos los grupos refleja un entorno laboral estable y favorable para el personal.

Según la Tabla 53, en Ciudad Nueva prevalece de manera notable el nivel de estrés bajo, manifestándose con mayor énfasis en el personal

que cuenta con una antigüedad intermedia en el sector salud. En contraparte, los trabajadores con menor tiempo de experiencia acumulada presentan la menor frecuencia del nivel de estrés bajo y la mayor tasa de estrés intermedio, registrándose el estrés moderado de forma minoritaria y una inexistencia total de casos en el nivel de estrés alto.

En los antecedentes internacionales, Pincay et al. evidenciaron que del 100% de los trabajadores con alto nivel de estrés, el 83,3% tenía 7 años de antigüedad y el 16,7% contaba con 4 años, mostrando que la permanencia prolongada podía incrementar el desgaste.

En el ámbito nacional y regional, los autores omitieron presentar tablas cruzadas según antigüedad.

En Ciudad Nueva, el análisis comparativo confirma que la trayectoria profesional moldea de manera positiva el impacto de las exigencias: los años de experiencia fortalecen las capacidades de los trabajadores y erradican por completo las afectaciones severas. Al contrastar con la evidencia internacional de Pincay et al., se observa una diferencia diametral: en su estudio el 83,3% del estrés alto afectaba a personal con 7 años de experiencia, mientras que en Ciudad Nueva el estrés alto es inexistente (0,0%) en todos los bloques de antigüedad, demostrando que la rutina clínica local no desencadena colapso en los servidores más antiguos.

Que el personal con menos de 5 años registre solo un 66,7% de estrés bajo y concentre un 26,7% de estrés intermedio corrobora que las etapas iniciales representan el principal reto adaptativo. El salto hacia un 83,3% de estrés bajo en el segmento de 5 a 10 años indica una rápida consolidación de estrategias de afrontamiento. Más aún, el personal más veterano (más de 10 años) mantiene un sólido 77,6% de estrés bajo y reduce el estrés moderado a un mínimo 1,3%.

La experiencia laboral favorece el desarrollo de estrategias de adaptación y manejo del estrés, por lo que los trabajadores con mayor tiempo de servicio presentan mayor seguridad y predominio de estrés bajo. En contraste, quienes tienen menos experiencia muestran mayores niveles de estrés intermedio. Además, la ausencia de estrés alto confirma que el centro de salud ofrece un entorno laboral equilibrado que fortalece el bienestar del personal.

En conjunto, los resultados sugieren un proceso progresivo de adaptación al entorno laboral. Los trabajadores con menor tiempo de experiencia concentraron una mayor frecuencia de estrés intermedio, mientras que, a partir de los cinco años de servicio, predominó el estrés bajo.

Según la Tabla 54 muestra que el nivel de estrés bajo predomina en Ciudad Nueva de manera generalizada, registrando su mayor presencia en la condición de otros contratos y en el personal nombrado. Por el contrario, los profesionales bajo el régimen CAS concentran las mayores frecuencias de estrés intermedio y de estrés moderado, destacando que no se registraron casos de estrés alto en ninguna de las modalidades contractuales evaluadas en la institución.

En los antecedentes internacionales y regionales, los autores no incluyeron el régimen contractual en sus tabulaciones de estrés.

En el ámbito nacional, Nuñez y Quispe demostraron que el 100% de los casos severos correspondió al personal nombrado, mientras que el 84,6% de los trabajadores con estrés bajo eran contratados, mostrando un patrón opuesto al hallado en Ciudad Nueva.

En Ciudad Nueva, el análisis comparativo confirma que la modalidad de contratación sí genera diferencias claras de vulnerabilidad. Los nombrados mantienen un 78,6% de estrés bajo y un 0,0% de estrés alto,

consolidando la estabilidad como un factor protector. En contraste, el personal CAS concentra la menor proporción de estrés bajo (65,0%), y agrupa los picos de estrés intermedio (25,0%) y estrés moderado (10,0%), lo que refleja la presión adicional de la temporalidad.

Al comparar estos hallazgos con la evidencia nacional de Nuñez y Quispe, se observa una discrepancia: en su estudio, el 100% de los casos severos correspondía al personal nombrado, mientras que en Ciudad Nueva ocurre lo contrario, ya que los nombrados son el grupo más protegido. Esta diferencia demuestra que el contexto institucional puede modificar radicalmente el impacto del régimen contractual sobre el estrés.

Este comportamiento responde a que la estabilidad laboral favorece menores niveles de estrés, ya que el personal nombrado presenta mayor tranquilidad y predominio de estrés bajo. En cambio, los trabajadores CAS muestran mayores niveles de estrés intermedio y moderado debido a la incertidumbre de su condición contractual. No obstante, la ausencia de estrés alto evidencia un entorno laboral organizado que previene un desgaste emocional severo.

En conjunto, los resultados indican que la condición contractual influye en el nivel de estrés laboral. El personal nombrado presentó mayor predominio de estrés bajo, mientras que el personal CAS registró mayores niveles de estrés intermedio y moderado. Sin embargo, la ausencia de estrés alto en ambas modalidades refleja un entorno laboral favorable.

CONCLUSIONES

- El nivel de estrés bajo es el predominante en el personal de salud asistencial. Por otra parte, la dimensión de territorio organizacional evidencia la mayor distribución de estrés intermedio, moderado y alto.
- Según características sociodemográficas, el estrés intermedio y moderado se manifiesta en mayor proporción entre los trabajadores de 31 a 40 años, en aquellos con estado civil soltero, procedentes de Tacna y con formación académica en universidad pública.
- Respecto a las características laborales, el estrés moderado y alto se concentró principalmente en los biólogos y técnicos en enfermería, en quienes tenían mayor antigüedad laboral, en el personal nombrado y CAS en proporciones similares, y en quienes laboraban en el Centro de Salud San Francisco.

RECOMENDACIONES

- Promover el desarrollo de futuras investigaciones en salud ocupacional con diseño analítico y explicativo, que permitan evaluar cuantitativamente las relaciones de asociación y causalidad entre las causalidades con el desarrollo del estrés laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Morote M. Repercusiones del estrés laboral [Internet]. 7 de septiembre de 2019 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/handle/11000/5695>
2. Onofre Pérez LM. Influencia del estrés laboral en el desempeño laboral del personal de la Dirección de Talento Humano del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas n. ° 1, Quito, en el año 2019 [masterThesis] [Internet]. Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; 2021 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8191>
3. Herrera Fandiño MP, Silva Calderón DV, Torres Amaya G. Estrés laboral: Influencia en el bienestar físico y psicológico [Internet]. 2021 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/16041>
4. Fernández-Rubio M. Clima organizacional y estrés laboral en el personal médico de un hospital de Lima. Rev Peru Cienc Salud. 7 de julio de 2025;7(3):234-41. doi:10.37711/rpcs.2025.7.3.2
5. Trujillo-Ramirez CO, Quispe-Arana AC. Estrés laboral en personal de enfermería del centro de salud Alberto Barton del Callao, 2021. Rev Cuid Salud Pública. 31 de diciembre de 2021;1(2):46-53. doi:10.53684/csp.v1i2.25
6. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi». 70% de trabajadores en Perú sufre estrés crónico y 1 de cada 6 padece burnout, revela conferencia sobre salud mental laboral [Internet]. Lima: MINSA; 2025 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/1265373-inism-hd-hn-70-de-trabajadores-en-peru-sufre-estres-cronico>
7. Alejo Serna AL, Ventura Cordova MA. Estrés laboral en el personal del centro de salud Jaime Zubieta Calderón, San Juan de Lurigancho – 2023 [Internet]. Universidad María Auxiliadora; 2023 [citado 30 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1770>
8. Bautista Ruiz LA. Estrés laboral y nivel de satisfacción en personal de salud de la Micro Red San Antonio - Bambamarca, 2023 [Internet].

Universidad Nacional de Cajamarca; 2024 [citado 30 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6249>

9. Quispe Calderón FC. Relación entre el estrés laboral de los trabajadores de la Salud con el Clima Organizacional del Departamento de Gineco-obstetricia del HOSPITAL Regional Hipólito Unanue. MINSA. Tacna, 2014 [Internet]. 11 de noviembre de 2016 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/5761>
10. Tito Coaquira ME, Linares Mantilla JS. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento en enfermeras(os) en áreas críticas del Hospital Hipólito Unanue Tacna. 2023 [Internet]. 2024 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4749>
11. International Labour Organization. Estrés en el Trabajo: Un reto colectivo [Internet]. Ginebra: OIT; 2022 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/estr%C3%A9s-en-el-trabajo-un-reto-colectivo>
12. World Health Organization. Occupational health: Stress at the workplace [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://who-dev5.prgsdev.com/m/newsroom/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace>
13. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Portal INSST [Internet]. Madrid: INSST; [citado 3 de febrero de 2026]. Estrés laboral: Conceptos y causas. Disponible en: <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/estres-laboral>
14. García-Pérez L, Pino YM, Ansoleaga E. Prevalence of occupational stress-related syndromes among health care workers in Latin America from 2019 to 2023. Rev Bras Med Trab. 23(1):e20241329. doi:10.47626/1679-4435-2024-1329 PubMed PMID: 40861185; PubMed Central PMCID: PMC12377848.
15. Ministerio de Salud. Establecimientos de salud Minsa atendieron más de 42 000 casos por reacción a estrés agudo y postraumático

[Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/967445-establecimientos-de-salud-minsa-atendieron-mas-de-42-000-casos-por-reaccion-a-estres-a>

16. Solar Silva D. infobae [Internet]. Lima: Infobae; 2025 [citado 4 de febrero de 2026]. Solo el 4% de hospitales en Perú cuenta con capacidad operativa adecuada, alerta exministro de Salud. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2025/02/26/solo-el-4-de-hospitales-en-peru-cuenta-con-capacidad-operativa-adecuada-alerta-exministro-de-salud/>
17. Defensoría del Pueblo. Supervisión a hospitales de nivel III-E y III-2 en el ámbito nacional 2024 [Internet]. Lima: Defensoría; 2025. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2025/12/Informe-Defensorial-n.%C2%BA-263-%E2%80%9CSupervisi%C3%B3n-a-hospitales-de-nivel-III-E-y-III-2-en-el-%C3%A1mbito-nacional-2024%E2%80%9D.pdf>
18. Videnza Consultores. ComexPerú [Internet]. Lima; 2024 [citado 3 de febrero de 2026]. Análisis de los desafíos y oportunidades del sistema público de salud. Disponible en: <https://www.comexperu.org.pe/articulo/analisis-de-los-desafios-y-oportunidades-del-sistema-publico-de-salud>
19. Continental EU. Desafíos y oportunidades del sistema de salud peruano [Internet]. Huancayo: UC; [citado 4 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://blogposgrado.ucontinental.edu.pe/desafios-oportunidades-sistema-salud-peruano>
20. Vivanco-Anchayhua G, Izaguirre-Sotomayor MH. Estrés laboral y motivación en el personal asistencial de un Centro de Salud, Lima 2024. Vol. 12. 2025;12(1):16-22. doi:<https://doi.org/10.21679/279>
21. Instituto Nacional de Salud Mental. Día del Trabajo: INSM alerta sobre crisis de salud mental por precariedad laboral [Internet]. Lima: MINSA; 2025 [citado 4 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/1159543-dia-del-trabajo-inism-alerta-sobre-crisis-de-salud-mental-por-precariadad-laboral>
22. Maguiña Pardabe EY. Estrés laboral y calidad de atención del profesional médico en el programa de atención domiciliaria Essalud

- Lima 2023 [Internet]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024 [citado 4 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/9094>
23. Saucedo Honores LDM. Estrés y desempeño laboral en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, 2024 [Internet]. 2025 [citado 4 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/17352>
 24. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Perfil de Situación de Salud: Departamento de Tacna 2024. Tacna: DIRESA; 2024.
 25. Correo R. Denuncian déficit de 1,000 enfermeras en establecimientos de salud de Tacna. Correo [Internet]. 25 de agosto de 2025 [citado 4 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/edicion/tacna/denuncian-deficit-de-1000-enfermeras-en-establecimientos-de-salud-de-tacna-noticia/>
 26. Red de Salud Tacna. Informe de evaluación anual 2024: Factores presupuestales y operativos [Internet]. Tacna: Red de Salud; 2024. Disponible en: https://www.redsaludtacna.gob.pe/storage/normativa/1745249861_INFORME_DE_EVALUACION_ANUAL_2024.pdf
 27. Red de Salud Tacna. Memoria Anual 2023: Desafíos de los centros de salud estratégicos I-4 [Internet]. Tacna: Red de Salud; 2023. Disponible en: https://www.redsaludtacna.gob.pe/archivos/MEMORIA_ANUAL_2023.pdf
 28. Sarmiento H. Estrés y el desempeño laboral post COVID-19 del personal de salud del Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024 [Internet]. 2025 [citado 21 de junio de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4895>
 29. Carmen PHV, Montero YB. Carga laboral y síndrome de burnout en enfermeras de Lima Metropolitana, 2024-2025. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 30 de junio de 2025;9(3):4066-86. doi:10.37811/cl_rcm.v9i3.18043

30. Suárez Á. Adaptación de la Escala de estrés Laboral de la OIT-OMS en trabajadores de 25 a 35 años de edad de un Contact Center de Lima. *PsiqueMag*. 30 de diciembre de 2013;2(1):33-50.
31. Organización Internacional del Trabajo. Cuestionario OIT para la evaluación de riesgos psicosociales. Ginebra: OIT; 2009.
32. Romero A. Estrés ocupacional como factor de riesgo psicosocial del personal de cuidados intensivos del Hospital IESS Manta. *RECIAMUC*. 22 de julio de 2025;9(2):627-46. doi:10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.627-646
33. Pincay L, Silva CPA, Andrade GEC. Prevalencia del estrés laboral y burnout en el personal de salud de emergencias del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. *J Sci Res*. 4 de octubre de 2025;10(4):99-121.
34. Torres A. Relación entre estrés laboral y calidad de vida en salud en personal sanitario de primer nivel de atención [Internet]. [México]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2023 [citado 30 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000844546>
35. Guzmán C. Estrés laboral percibido en profesionales y auxiliares de enfermería de la Empresa Social del Estado Hospital Sandiego de Cereté, 2023 [Internet]. Universidad de Córdoba; 2023 [citado 3 de junio de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/7450>
36. Alomoto J, Mena M. El Estrés laboral y su relación con la impulsividad en el personal sanitario de un hospital. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 26 de diciembre de 2022;6(6):9017-34. doi:10.37811/cl_rcm.v6i6.4055
37. Correa C. Evaluación del nivel de estrés laboral en los médicos y enfermeras de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo. Estrategias de afrontamiento adecuado [masterThesis] [Internet]. Universidad del Azuay; 2021 [citado 3 de junio de 2026]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10586>
38. Alejo A, Ventura M. Estrés laboral en el personal del centro de salud Jaime Zubieta Calderón, San Juan de Lurigancho – 2023 [Internet]. Universidad María Auxiliadora; 2023 [citado 30 de marzo de 2026].

Disponible en:
<https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1770>

39. Ramos M, Manrique J. Inteligencia emocional y estrés laboral en el personal del Centro de Salud Aclas Alto Ilo-Minsa, Ilo-Moquegua 2023. [Internet]. Universidad Autónoma de Ica; 2025 [citado 3 de junio de 2026]. Disponible en:
<https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/3199>
40. Nuñez E, Quispe I. Factores asociados al estrés laboral en el personal del Centro de Salud San Juan Bautista en tiempos COVID-19. Ayacucho 2021 [Internet]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2022 [citado 30 de marzo de 2026]. Disponible en:
<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/4737>
41. Sotomayor J. Influencia de las habilidades sociales en el estrés laboral del personal del CLAS Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, año 2019. Univ Priv Tacna [Internet]. 7 de septiembre de 2023 [citado 20 de marzo de 2026]. Disponible en:
<http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/3056>
42. Villanueva AR. Relación de los trastornos musculoesqueléticos y estrés laboral en personal asistencial del Centro de Salud La Esperanza - Tacna 2023. Univ Priv Tacna [Internet]. 12 de diciembre de 2024 [citado 20 de marzo de 2026]. Disponible en:
<http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/4208>
43. Lu S, Wei F, Li G. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. Cell Stress. 26 de abril de 2021;5:76-85. doi:10.15698/cst2021.06.250
44. Chrousos G. Stress and disorders of the stress system. Nat Rev Endocrinol. 2 de junio de 2009;5:374-81. doi:10.1038/nrendo.2009.106
45. Turner A, Smyth N, Hall S, Torres S, Hussein M, Jayasinghe S, et al. Psychological stress reactivity and future health and disease outcomes: A systematic review of prospective evidence. Psychoneuroendocrinology. 1 de febrero de 2020;114:104599. doi:10.1016/j.psyneuen.2020.104599

46. Kültz D. Defining biological stress and stress responses based on principles of physics. *J Exp Zool Part Ecol Integr Physiol*. 5 de enero de 2020. doi:10.1002/jez.2340
47. Agorastos A, Chrousos G. The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. *Mol Psychiatry*. 21 de julio de 2021;27:502-13. doi:10.1038/s41380-021-01224-9
48. Goldstein D, Kopin I. Evolution of concepts of stress. *Stress*. 1 de enero de 2007;10:109-20. doi:10.1080/10253890701288935
49. Davies K. Adaptive homeostasis. *Mol Aspects Med*. 29 de abril de 2016;49:1-7. doi:10.1016/j.mam.2016.04.007
50. Danylyak O, Marinets SA, Zayachkivska O. The evolution of stress conception: from Hans Selye to modern achievements. Vol. 28. 20 de julio de 2016;28:27-40. doi:10.25040/ntsh2016.01.027
51. Humiston T, Lansing A. Stress: Historical Approaches to Allostasis. *Biopsychosoc Factors Stress Mindfulness Stress Reduct*. 1 de enero de 2021. doi:10.1007/978-3-030-81245-4_1
52. Pluut H, Curşeu P, Fodor O. Development and Validation of a Short Measure of Emotional, Physical, and Behavioral Markers of Eustress and Distress (MEDS). *Healthcare*. 1 de febrero de 2022;10. doi:10.3390/healthcare10020339
53. Stanojlović O, Šutulović N, Mladenović D, Zubelić A, Hrnčić D, Rašić-Marković A, et al. Neurophysiology of stress: From historical to modern approach. *Med Istraz*. 1 de enero de 2022. doi:10.5937/medi55-37829
54. McCrory C, McLoughlin S, Layte R, NíCheallaigh C, O'Halloran A, Barros H, et al. Towards a consensus definition of allostatic load: a multi-cohort, multi-system, multi-biomarker individual participant data (IPD) meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 1 de abril de 2023;153:106117. doi:10.1016/j.psyneuen.2023.106117
55. Scarinci F, Ghiciuc C, Patacchioli F, Palmery M, Parravano M. Investigating the Hypothesis of Stress System Dysregulation as a Risk Factor for Central Serous Chorioretinopathy: A Literature Mini-Review.

Curr Eye Res. 28 de enero de 2019;44:583-9. doi:10.1080/02713683.2019.1565891

56. Lei AA, Phang VWX, Lee Y, Kow ASF, Tham C, Ho YC, et al. Chronic Stress-Associated Depressive Disorders: The Impact of HPA Axis Dysregulation and Neuroinflammation on the Hippocampus—A Mini Review. *Int J Mol Sci.* 24 de marzo de 2025;26. doi:10.3390/ijms26072940
57. Branson V, Palmer E, Dry M, Turnbull D. A holistic understanding of the effect of stress on adolescent wellbeing: A conditional process analysis. *Stress Health J Int Soc Investig Stress.* 1 de diciembre de 2019. doi:10.1002/smi.2896
58. Awada M, Becerik-Gerber B, Lucas G, Roll S, Liu R. A New Perspective on Stress Detection: An Automated Approach for Detecting Eustress and Distress. *IEEE Trans Affect Comput.* 16 de octubre de 2023;15:1153-65. doi:10.1109/taffc.2023.3324910
59. Gunasekera K, Perera B. Defining occupational stress: A systematic literature review. *FARU J.* 28 de junio de 2023. doi:10.4038/faruj.v10i1.194
60. Valencia-Contrera M, Rivera-Rojas F. [A definition proposal for psychosocial risks at work]. *Rev Med Chil.* 1 de febrero de 2023;151 2:229-36. doi:10.4067/s0034-98872023000200229
61. Naranjo L. Work Stress and Psychosocial Risk Factors. *Int J Sci Soc.* 15 de diciembre de 2020. doi:10.200609/ijsoc.v2i1.257
62. Pich J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Res Nurs Health.* 1 de agosto de 2018;41:408. doi:10.1002/nur.21899
63. Board EE. Psychosocial risk prevention strategies in the workplace. *Eur J Occup Health Nurs.* 4 de mayo de 2025. doi:10.70324/ejohn.v4i1.58
64. Birze A, LeBlanc V, Regehr C, Paradis E, Einstein G. The “Managed” or Damaged Heart? Emotional Labor, Gender, and Posttraumatic Stressors Predict Workplace Event-Related Acute Changes in Cortisol, Oxytocin, and Heart Rate Variability. *Front Psychol.* 8 de abril de 2020;11. doi:10.3389/fpsyg.2020.00604

65. Lukan J, Bolliger L, Pauwels N, Luštrek M, Bacquer D, Clays E. Work environment risk factors causing day-to-day stress in occupational settings: a systematic review. *BMC Public Health*. 5 de febrero de 2022;22. doi:10.1186/s12889-021-12354-8
66. Karlsen H, Böckelmann I, Thielmann B. Subjective and objective demands on different types of differential stress inventory. *Int Arch Occup Environ Health*. 13 de enero de 2021;94:855-66. doi:10.1007/s00420-020-01632-4
67. Schwebel D. Reducing stress at work. *Recruit Retaining Adult Learn*. 29 de diciembre de 2025;28. doi:10.1002/nsr.70013
68. Sun R, Zhang CH, Lv K, Lan Y. Identifying the risk features for occupational stress in medical workers: a cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health*. 1 de octubre de 2021;95:451-64. doi:10.1007/s00420-021-01762-3
69. McCormick E, Devine S, Crilly J, Brough P, Greenslade J. Measuring occupational stress in emergency departments. *Emerg Med Australas*. 25 de octubre de 2022;35. doi:10.1111/1742-6723.14101
70. Gmayinaam VU, Nortey AN, Sedode S, Apedo SK, Kye-Duodu G, Kwabla P, et al. Work-related stress among nurses: a comparative cross-sectional study of two government hospitals in Ghana. *BMC Public Health*. 20 de agosto de 2024;24. doi:10.1186/s12889-024-19757-3
71. Melo V, Silva A, Rodrigues C. Psychosocial risks in the practice of healthcare professionals: from the culture of stoicism to occupational suicide. *Eur Psychiatry*. 1 de abril de 2024;67. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.443
72. Šaparnienė D, Strukcinskiene B, Mineviciute G, Cizauskaite A, Rapolienė L, Grigolienė R, et al. Working environment of health care professionals - focus on occupational stress. *Ann Agric Environ Med AAEM*. 21 de septiembre de 2023;30 4:721-8. doi:10.26444/aaem/172116
73. Tsai FJ, Satria F, Chang TF, Chen YC, Yang CT, Chen C. Job Stress and Ethical Decision-Making Among Healthcare Workers in Post-

Pandemic Infectious Disease Control. Sci Rep. 27 de octubre de 2025;15. doi:10.1038/s41598-025-22055-6

74. Ruotsalainen J, Verbeek J, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. São Paulo Med J. 19 de enero de 2016;134:92-92. doi:10.1590/1516-3180.20161341t1
75. Pines A, Keinan G. Stress and burnout: The significant difference. Personal Individ Differ. 1 de agosto de 2005;39:625-35. doi:10.1016/j.paid.2005.02.009
76. Golonka K, Mojsa-Kaja J, Blukacz M, Gawłowska M, Marek T. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. Int J Occup Med Environ Health. 8 de marzo de 2019;32 2:229-44. doi:10.13075/ijomeh.1896.01323
77. Zhang W, Li H, Shi W, Jin C. Differential associations of occupational stress dimensions with job burnout subscales among nurses. Front Public Health. 25 de marzo de 2026;14. doi:10.3389/fpubh.2026.1774820
78. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión (CIE-10). Ginebra: OMS; 1992.
79. Organización Mundial de la Salud. ICD-11 [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 5 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/icd-11>
80. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5-TR. 5.a ed. Arlington: VA: APA; 2022.
81. Theorell T. The Demand Control Support Work Stress Model. Handb Socioecon Determinants Occup Health. 1 de enero de 2020. doi:10.1007/978-3-030-05031-3_13-2
82. Fila M, Purl J, Griffeth R. Job demands, control and support: Meta-analyzing moderator effects of gender, nationality, and occupation. Hum Resour Manag Rev. 1 de marzo de 2017;27:39-60. doi:10.1016/j.hrmr.2016.09.004
83. Luchman J, González-Morales M. Demands, control, and support: a meta-analytic review of work characteristics interrelationships. J Occup Health Psychol. 1 de enero de 2013;18 1:37-52. doi:10.1037/a0030541

84. Landsbergis P. Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *J Organ Behav.* 1 de julio de 1988;9:217-39. doi:10.1002/job.4030090303
85. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.* abril de 2004;58(8):1483-99. doi:10.1016/S0277-9536(03)00351-4 PubMed PMID: 14759692.
86. vanHooff M. Work Stress and Health in a Globalized Economy. The Model of Effort-Reward Imbalance. *Scand J Work Environ Health.* 1 de septiembre de 2017;43:504-504. doi:10.5271/sjweh.3661
87. Thai BTH, Trang NTN, Cam VT, Trang LT, Trang PTH. Effort–reward ratio, over-commitment and burnout: a cross-sectional study among Vietnamese healthcare professionals. *Cogent Psychol.* 19 de mayo de 2022;9. doi:10.1080/23311908.2022.2075614
88. Yuan Z, Yu D, Zhao H, Wang Y, Jiang W, Chen D, et al. Burnout of Healthcare Workers Based on the Effort-Reward Imbalance Model: A Cross-Sectional Study in China. *Int J Public Health.* 25 de febrero de 2021;66. doi:10.3389/ijph.2021.599831
89. Lafraxo M, Ouadoud M, Madhi E, Soulaymani A. Occupational Psychosocial Risks of Health Professionals. En. 2021. Disponible en: https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/pdf/2021/95/e3sconf_vigisan_01068.pdf doi:10.1051/e3sconf/202131901068
90. Sharma S. Model of organizational stress for use within an occupational health education/promotion or well-being of members of the organization. *Ind Psychiatry J.* 1 de julio de 2009;18:135-6. doi:10.4103/0972-6748.62276
91. Theorell T. The Demand Control Support Work Stress Model. *Handb Socioecon Determinants Occup Health.* 1 de enero de 2020. doi:10.1007/978-3-030-05031-3_13-2
92. Torvisco J, Santisi G, Garofalo A, Ramaci T, Barattucci M. Validity and Psychometric Properties of the ILO-WHO Workplace Stress Scale: A Study with Workers from the Canary Islands. *Eur J Investig Health*

Psychol Educ. 23 de junio de 2022;12:677-91.
doi:10.3390/ejihpe12070051

93. Giga S, Fletcher I, Sgourakis G, Mulvaney C, Vrkljan B. Organisational level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 de abril de 2018;2018. doi:10.1002/14651858.cd013014
94. Banu S, Shamim A, Sanchez R, Memon R, Moukaddam N. Managing Stress From a Systemic Perspective: Occupational Stress Models. *Psychiatr Ann*. 1 de octubre de 2024. doi:10.3928/00485713-20241007-01
95. Formisano MA. Work-Related Stress and Organizational Well-Being: Psychological Aspects. *Int J Humanit Appl Soc Sci*. 30 de noviembre de 2023. doi:10.33642/ijhass.v8n11p1
96. Armstrong S, Porter J, Larkins J, Mesagno C. Burnout, stress and resilience of an Australian regional hospital during COVID-19: a longitudinal study. *BMC Health Serv Res*. 2 de septiembre de 2022;22. doi:10.1186/s12913-022-08409-0
97. Vitale E. Work Conditions of Italian Nurses and Their Related Risk Factors: A Cohort Investigatory Study. *Diseases*. 3 de agosto de 2022;10. doi:10.3390/diseases10030050
98. Duică L, Antonescu E, Totan M, Antonescu OR, Boța G, Maniu I, et al. Perceived Stress, Resilience and Emotional Intelligence in Romanian Healthcare Professionals. *Healthcare*. 22 de noviembre de 2024;12. doi:10.3390/healthcare12232336
99. Marzo R, Khaled Y, Elsherif M, Abdullah MSAMB, Thew HZ, Chong C, et al. Burnout, resilience and the quality of life among Malaysian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health*. 30 de noviembre de 2022;10. doi:10.3389/fpubh.2022.1021497
100. Di Giuseppe M, Nepa G, Prout T, Albertini F, Marcelli S, Orrù G, et al. Stress, Burnout, and Resilience among Healthcare Workers during the COVID-19 Emergency: The Role of Defense Mechanisms. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de mayo de 2021;18. doi:10.3390/ijerph18105258

101. Li D, Houghton J, Li X, Peng Q, Li J, Zou W. The Relationship Between Commuting Stress and Nurses' Well-Being: Considering Gender Differences. *J Nurs Manag.* 1 de enero de 2025;2025. doi:10.1155/jonm/4414417
102. Biswas A, Harbin S, Irvin E, Johnston H, Begum M, Tiong M, et al. Sex and Gender Differences in Occupational Hazard Exposures: a Scoping Review of the Recent Literature. *Curr Environ Health Rep.* 27 de noviembre de 2021;8:267-80. doi:10.1007/s40572-021-00330-8
103. Jarrad R, Hourani EA, Mahmoud N, Al-Fayoumi DJ. Gender as a sensor of nurses' depression, compassion fatigue and resilience. *BMC Psychiatry.* 2 de junio de 2025;25. doi:10.1186/s12888-025-07010-z
104. Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health.* 7 de octubre de 2020;20. doi:10.1186/s12889-020-09980-z
105. Zhan J, Chen C, Yan X, Wei X, Zhan L, Chen H, et al. Relationship between social support, anxiety, and depression among frontline healthcare workers in China during COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry.* 14 de septiembre de 2022;13. doi:10.3389/fpsy.2022.947945
106. Htay M, Marzo R, Bahari R, Alrifai A, Kamberi F, El-Abasiri R, et al. How healthcare workers are coping with mental health challenges during COVID-19 pandemic? - A cross-sectional multi-countries study. *Clin Epidemiol Glob Health.* 7 de mayo de 2021;11:100759-100759. doi:10.1016/j.cegh.2021.100759
107. Liu Y, Li L, Jiang XC, Liu Y, Xue R, Yu H, et al. Mental state, biological rhythm and social support among healthcare workers during the early stages of the COVID-19 epidemic in Wuhan. *Heliyon.* 1 de mayo de 2022;8. doi:10.1016/j.heliyon.2022.e09439
108. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni C, Bui E, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 20 de julio de 2020;292:113312-113312. doi:10.1016/j.psychres.2020.113312

109. Toyin-Thomas P, Ikhurionan P, Omoyibo E, Iwegim C, Ukueku A, Okpere J, et al. Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970–2022: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 1 de mayo de 2023;8. doi:10.1136/bmjgh-2023-012338
110. Rees G. Forced displacement and the health workforce crisis: Venezuelan healthcare workers in Peru. *Int J Health Plann Manage*. 9 de enero de 2024. doi:10.1002/hpm.3758
111. Pega F, Govindaraj S, Tran N. Health service use and health outcomes among international migrant workers compared with non-migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 9 de junio de 2021;16. doi:10.1371/journal.pone.0252651
112. Thankachen S, Kabir Z, Sadath A. A cross-sectional analysis of occupational stress and mental health among migrant healthcare workers in Ireland. *J Migr Health*. 1 de marzo de 2025;11. doi:10.1016/j.jmh.2025.100325
113. Lu M, Li X, Song K, Xiao Y, Zeng W, Shi C, et al. Mental health disparities between physicians and nurses: Analyzing the impact of occupational stress and work environment fitness using random forest algorithm. *J Affect Disord*. 1 de enero de 2024. doi:10.1016/j.jad.2024.01.113
114. Rotenstein L, Brown R, Sinsky C, Linzer M. The Association of Work Overload with Burnout and Intent to Leave the Job Across the Healthcare Workforce During COVID-19. *J Gen Intern Med*. 23 de marzo de 2023;38:1920-7. doi:10.1007/s11606-023-08153-z
115. Sundram BM, Vallasamy SK, Muhadi U. Exploring the Multifaceted Nature of Occupational Stress Among Nurses: A Systematic Review. *Kesmas Natl Public Health J*. 31 de mayo de 2024. doi:10.21109/kesmas.v19i2.1083
116. Okuhara M, Sato K, Kodama Y. The nurses' occupational stress components and outcomes, findings from an integrative review. *Nurs Open*. 26 de febrero de 2021;8:2153-74. doi:10.1002/nop2.780
117. Norful A, Albloushi M, Zhao J, Gao Y, Castro J, Palaganas E, et al. Modifiable work stress factors and psychological health risk among

- nurses working within 13 countries. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* 30 de mayo de 2024. doi:10.1111/jnu.12994
118. Kiptulon EK, Elmadani M, Limungi G, Simon K, Tóth L, Horvath E, et al. Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 1 de diciembre de 2024;24. doi:10.1186/s12913-024-12003-x
 119. Opoku E, Khuabi L, Van Niekerk L. Exploring the factors that affect the transition from student to health professional: an Integrative review. *BMC Med Educ.* 2 de noviembre de 2021;21. doi:10.1186/s12909-021-02978-0
 120. Canet-Vélez O, Botigué T, Santamaría AL, Masot O, Cemeli T, Roca J. The perception of training and professional development according to nursing students as health workers during COVID-19: A qualitative study. *Nurse Educ Pract.* 1 de mayo de 2021;53:103072-103072. doi:10.1016/j.nepr.2021.103072
 121. Johnson J, Simms-Ellis R, Janes G, Mills T, Budworth L, Atkinson L, et al. Can we prepare healthcare professionals and students for involvement in stressful healthcare events? A mixed-methods evaluation of a resilience training intervention. *BMC Health Serv Res.* 27 de noviembre de 2020;20. doi:10.1186/s12913-020-05948-2
 122. Guraya S, Dias JM, Eladl M, Rustom AMR, Alalawi FAS, Alhammadi MHS, et al. Unfolding insights about resilience and its coping strategies by medical academics and healthcare professionals at their workplaces: a thematic qualitative analysis. *BMC Med Educ.* 4 de febrero de 2025;25. doi:10.1186/s12909-024-06415-w
 123. Li NN, Li Y, Wang J, Kong C, Qin Y, Liu J. The Mediating Role of Job Stress Between Organizational Climate and Work Alienation Among Nurses in Emergency Departments: A Cross-sectional Study. *West J Nurs Res.* 24 de agosto de 2023;45:878-84. doi:10.1177/01939459231189926
 124. Antão HS, Sacadura-Leite E, Correia A, Figueira M. Burnout in hospital healthcare workers after the second COVID-19 wave: Job tenure as a

- potential protective factor. *Front Psychol.* 8 de agosto de 2022;13. doi:10.3389/fpsyg.2022.942727
125. Mohr D, Elnahal S, Marks M, Derickson R, Osatuke K. Burnout Trends Among US Health Care Workers. *JAMA Netw Open.* 1 de abril de 2025;8. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.5954
 126. Fernández-Martínez S, Armas-Landaeta C, Pérez-Aranda A, Guzmán-Parra J, Monreal-Bartolomé A, Carbonell-Aranda V, et al. Post-COVID job Stressors and Their Predictive Role on Mental Health: A Cross-Sectional Analysis Between Physicians and Nurses. *SAGE Open Nurs.* 1 de enero de 2024;10. doi:10.1177/23779608241278861
 127. Sriharan A, Ratnapalan S, Tricco A, Lupea D. Women in healthcare experiencing occupational stress and burnout during COVID-19: a rapid review. *BMJ Open.* 1 de abril de 2021;11. doi:10.1136/bmjopen-2021-048861
 128. Vagg P, Spielberger C. Occupational stress: measuring job pressure and organizational support in the workplace. *J Occup Health Psychol.* 1 de octubre de 1998;3 4:294-305. doi:10.1037//1076-8998.3.4.294
 129. Wang H, Zhang Y, Cui X, Liu B, Niu D, Yan T, et al. The Occupational Stress Check and Assessment Questionnaire: development, validity, and reliability. *BMC Public Health.* 29 de noviembre de 2025;26. doi:10.1186/s12889-025-24713-w
 130. Ríos ASM, Nava RIG. Impacto del Estrés Laboral en Profesionales de la Salud Durante Crisis Sanitarias: Un Estudio Comparativo. *Ibero Cienc - Rev Científica Académica - ISSN 3072-7197.* 12 de marzo de 2025. doi:10.63371/ic.v4.n1.a31
 131. Lyne K, Barrett P, Williams C, Coaley K. A psychometric evaluation of the Occupational Stress Indicator. *J Occup Organ Psychol.* 1 de junio de 2000;73:195-220. doi:10.1348/096317900166985
 132. Tello RLG, Hernández LÁR, Torres CR, Martínez IL, Chau A. Design of a mobile application to assess work stress by implementing the MBI and OIT-OMS questionnaires using the NOM-035-STPS-2018 standard. En. 2022. p. 19-28. Disponible en: <https://ieeexplore.ieee.org/document/10035669> doi:10.1109/cimps57786.2022.10035669

133. Truchon M, Gilbert-Ouimet M, Zahirihsini A, Beaulieu M, Daigle G, Langlois L. Occupational Health and Well-being Questionnaire (OHWQ): an instrument to assess psychosocial risk and protective factors in the workplace. *Public Health*. 20 de julio de 2022;210:48-57. doi:10.1016/j.puhe.2022.06.008
134. Lagos GLG, Sandoval Y, Farías B, Luengo C, Rojas C. Assessment of the Psychometric Validity of the OIT-WHO Work Stress Scale in Teachers in the Ñuble Region, Chile. *Health Leadersh Qual Life*. 10 de octubre de 2025. doi:10.56294/hl2025755
135. Hicks R, Bahr M, Fujiwara D. The occupational stress inventory-revised: Confirmatory factor analysis of the original inter- correlation data set and model. *Personal Individ Differ*. 1 de febrero de 2010;48:351-3. doi:10.1016/j.paid.2009.10.024
136. Pando-Moreno M, Gascón-Santos S, Varillas-Vilches W, Aranda-Beltrán C. Exposición a factores psicosociales laborales y sintomatología de estrés en trabajadores peruanos.//Exposure to occupational psychosocial factors and stress symptomatology in Peruvian workers. *Cienc UNEMI*. 31 de enero de 2019. doi:10.29076/issn.2528-7737vol12iss29.2019pp1-8p
137. Quintana-García LA, Díaz León CG, Chienda Tantaleán PM, Vela-Ruiz JM, Lama Morales RA, Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambarén MDS, et al. Estrés laboral y desempeño profesional en Personal de Salud del área de Ginecología y Obstetricia de un Hospital Peruano en el año 2023. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. junio de 2024;84(2):148-54. doi:10.51288/00840208
138. Pérez D, Mendoza IMC, Guerrero HM, Guevara BGM. Satisfacción laboral del personal de salud durante la emergencia sanitaria en Latinoamérica. *Rev Cienc Soc*. 1 de enero de 2023. doi:10.31876/rsc.v29i1.39755
139. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 546-2011-MINSA: Reglamento de Categorización de Establecimientos de Salud [Internet]. 2011 [citado 21 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>

140. Leslie H, Laos D, Cárcamo C, Pérez-Cuevas R, García P. Health care provider time in public primary care facilities in Lima, Peru: a cross-sectional time motion study. *BMC Health Serv Res.* 6 de febrero de 2021;21. doi:10.1186/s12913-021-06117-9
141. Mijahuanca MEM, Dongo AJG, Manco DCL, González GFL, Quezada NIC. Primer nivel de atención en salud y sus implicaciones para la política pública: Una revisión sistemática. *Telos Rev Estud Interdiscip En Cienc Soc.* 15 de enero de 2025. doi:10.36390/telos271.12
142. Maceira D, Quintero REP, Suárez P, Peña LVP. Primary health care as a tool to promote equity and sustainability; a review of Latin American and Caribbean literature. *Int J Equity Health.* 6 de mayo de 2024;23. doi:10.1186/s12939-024-02149-9
143. Cairo LJH, Carrasco-Portiño M, Cuba-Fuentes M, García LP, Bermúdez-Tamayo C, Pérez-Muto V. [Primary health care reforms in Latin America: advances in Brazil, Chile, Colombia, Mexico and Peru]. *Gac Sanit.* 19 de noviembre de 2024;38:102430. doi:10.1016/j.gaceta.2024.102430
144. Organisation for Economic Co-operation and Development. Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America. *OECD Health Policy Stud.* 13 de diciembre de 2022. doi:10.1787/743e6228-en
145. Houghton N, Báscolo E, Cohen R, Vilcarromero NLC, Gonzalez HR, Albrecht D, et al. Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond. *Rural Remote Health.* 1 de marzo de 2023;23 1:7822. doi:10.22605/rrh7822
146. Odhus C, Kapanga R, Oele E. Barriers to and enablers of quality improvement in primary health care in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS Glob Public Health.* 18 de enero de 2024;4. doi:10.1371/journal.pgph.0002756
147. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Diagnóstico de brechas de infraestructura del sector salud [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2022/diagnostico-brechas-infraestructura-sector-salud-2022.pdf>

148. Endalamaw A, Khatri R, Erku D, Zewdie A, Wolka E, Nigatu F, et al. Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence. *BMC Prim Care*. 27 de marzo de 2024;25. doi:10.1186/s12875-024-02336-1
149. Valladares-Garrido M, Quiñones-Villegas A, Sánchez-Quispe J, Basurto-Ayala P, Inga-Berrosapi F. Factores asociados a satisfacción en el primer nivel de atención en cuatro establecimientos de salud peruanos. *Vol. 12*. 25 de febrero de 2020;12:258-66. doi:10.35434/rcmhnaaa.2019.124.557
150. Pradhan N, Samnani A, Abbas K, Rizvi N. Resilience of primary healthcare system across low- and middle-income countries during COVID-19 pandemic: a scoping review. *Health Res Policy Syst*. 18 de septiembre de 2023;21. doi:10.1186/s12961-023-01031-4
151. Ministerio de Salud del Perú. Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) [Internet]. 2026. Disponible en: <https://www.gob.pe/susalud>
152. Ministerio de Salud del Perú. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS): Población estimada por distritos y establecimientos de salud de la Red Tacna [Internet]. 2026. Disponible en: <https://www.reunis.minsa.gob.pe>
153. Karasek R (Robert A). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life* [Internet]. New York: Basic Books; 1990 [citado 5 de febrero de 2026]. 410 p. Disponible en: <http://archive.org/details/healthyworkstres0000kara>
154. Red de Salud Tacna. Dirección Ejecutiva. Resolución Directoral N° 132-2026-UAJ-DE-REDS.T-DRS.T: Aprobar la conformación de la Junta Electoral del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo 2026-2027. Tacna, Perú: Dirección Regional de Salud de Tacna; 2026.
155. Red de Salud Tacna. Dirección Ejecutiva. Resolución Directoral N° 316-2026-REDS.T-DRS.T: Aprobar el Plan Anual y Programa Anual de Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo 2026. Tacna, Perú: Dirección Regional de Salud de Tacna, Red de Salud Tacna; 2026.
156. Rosas JL, Ancalli FF. Guardias nocturnas y deterioro de la salud mental en personal de salud de atención primaria nivel I-4: una

realidad emergente en contextos periféricos. *Revista Científica REDST*. 2025;1:68-71.

157. Alalhareth ASM, Alghubari HAY, Alsharman BSM, Faraj AMAA, Alyami HMA, Alsalem IYY, et al. Chronic Occupational Stress and Health Outcomes: A Systematic Review of Recent Findings. *J Ecohumanism*. 18 de noviembre de 2024. doi:10.62754/joe.v3i8.4777
158. Zhang M, Liu B, Ke W, Cai Y, Zhang L, Huang W, et al. Correlation analysis between occupational stress and metabolic syndrome in workers of a petrochemical enterprise: based on two assessment models of occupational stress. *BMC Public Health*. 14 de marzo de 2024;24. doi:10.1186/s12889-024-18305-3
159. Ambekar J, Devaranavadagi B, Sajjannar D. Occupational Stress and Metabolic Syndrome among Bus Drivers: Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *J Clin Diagn Res*. 1 de enero de 2021. doi:10.7860/jcdr/2021/49089.14921
160. Ulguim FO, Renner J, Pohl H, De Oliveira CF, Bragança GCM. Health workers: cardiovascular risk and occupational stress. *Rev Bras Med Fam E Comunidade*. 1 de enero de 2019;17 1:61-8. doi:10.5327/z1679443520190302
161. Du Prel JB, Bjelajac K, Franić Z, Henftling L, Brborović H, Schernhammer E, et al. The Relationship Between Work-Related Stress and Depression: A Scoping Review. *Public Health Rev*. 1 de mayo de 2024;45. doi:10.3389/phrs.2024.1606968
162. McCarrick D, Prestwich A, O'Connor D. The role of perseverative cognition in the job strain-health outcome relationship. *Psychol Health*. 11 de enero de 2023;39:1388-410. doi:10.1080/08870446.2022.2154353
163. Schulte P, Sauter S, Pandalai S, Tiesman H, Chosewood L, Cunningham T, et al. An urgent call to address work-related psychosocial hazards and improve worker well-being. *Am J Ind Med*. 10 de abril de 2024;67:499-514. doi:10.1002/ajim.23583
164. Ornek O, Esin M. Effects of a work-related stress model based mental health promotion program on job stress, stress reactions and coping

- profiles of women workers: a control groups study. *BMC Public Health*. 4 de noviembre de 2020;20. doi:10.1186/s12889-020-09769-0
165. Saleh H, Shahidan NS. Work Stress and Its Impact on Employee Performance, Turnover, and Absenteeism: A Comprehensive Study at E & E Manufacturing. *Int J Magistravitae Manag*. 31 de diciembre de 2023. doi:10.33019/ijomm.v1i2.13
 166. Sharma S. Work Stress And Employee Perfomance: Analysis Of Work Stress And It's Implication On Employee Performance. *Poonam Shodh Rachna*. 1 de abril de 2024. doi:10.56642/brdu.v03i04.023
 167. Al-Suraihi WA, Samikon SA, Al-Suraihi AHA, Ibrahim I. Employee Turnover: Causes, Importance and Retention Strategies. *Eur J Bus Manag Res*. 9 de junio de 2021. doi:10.24018/ejbmr.2021.6.3.893
 168. Hussein M, Pavlova M, Ghalwash M, Groot W. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 6 de octubre de 2021;21. doi:10.1186/s12913-021-07097-6
 169. Spielberger C, Reheiser E. Measuring Occupational Stress: The Job Stress Survey [Internet]. 13 de octubre de 2020. doi:10.1201/9781003072430-7
 170. Mathieu C, Gilbreath B. Measuring Presenteeism From Work Stress. *J Occup Environ Med*. 17 de noviembre de 2022;65:210-6. doi:10.1097/jom.0000000000002753
 171. Elsässer A, Dreher A, Pietrowsky R, Flake F, Loerbroks A. Psychosocial working conditions, perceived patient safety and their association in emergency medical services workers in Germany – a cross-sectional study. *BMC Emerg Med*. 14 de abril de 2024;24. doi:10.1186/s12873-024-00983-2
 172. Janes G, Mills T, Budworth L, Johnson J, Lawton R. The Association Between Health Care Staff Engagement and Patient Safety Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf*. 7 de enero de 2021;17:207-16. doi:10.1097/pts.0000000000000807

173. Lee H, Lee N, Kim N. Factors influencing negative outcomes for nurses who experience patient safety incidents: An integrative review. *Int Nurs Rev.* 28 de enero de 2025;72. doi:10.1111/inr.70000
174. Grailey K, Murray E, Reader T, Brett S. The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: an evidence synthesis. *BMC Health Serv Res.* 5 de agosto de 2021;21. doi:10.1186/s12913-021-06740-6
175. Alhajaji R, Alfahmi M, Alshaikhi S, Fairaq AM, Jan SF, Aljuaid S, et al. The influence of workplace stressors on the risk of cardiovascular diseases among healthcare providers: a systematic review. *Front Psychiatry.* 21 de agosto de 2025;16. doi:10.3389/fpsy.2025.1461698

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, 2026. AUTORA: PAOLA PIERINA BARREDA PALACIOS				
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	POBLACIÓN	METODOLOGÍA
PRINCIPAL ¿Cuál es el nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 en Tacna durante el año 2026? ESPECÍFICOS 1. ¿Cuál es el nivel de estrés laboral del personal de salud asistencial según las dimensiones del cuestionario OIT/OMS? 2. ¿Cómo se distribuye el nivel de estrés laboral según las características sociodemográficas del personal de salud asistencial? 3. ¿Cómo se distribuye el nivel de estrés laboral según las características laborales del personal de salud asistencial?	GENERAL Conocer el nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial de los centros de salud I-4 en Tacna durante el año 2026. ESPECÍFICOS 1. Estimar el nivel de estrés laboral según las dimensiones del cuestionario OIT/OMS. 2. Describir la distribución del nivel de estrés laboral según las características sociodemográficas del personal de salud asistencial. 3. Describir la distribución del nivel de estrés laboral según las características laborales del personal de salud asistencial.	Estrés laboral - Tipo según el nivel: bajo, intermedio, moderado, alto Características sociodemográficas - Edad - Sexo - Estado civil - Procedencia geográfica Características laborales - Profesión u ocupación - Institución de formación - Centro de salud - Tipo de contrato - Tiempo de servicio en el centro actual - Antigüedad total en salud	El total de personal de salud asistencial de centros de salud I-4 de Tacna. Se consideró a toda la población que satisfacía los criterios de selección, por lo que no se realizó muestreo. CRITERIOS DE SELECCIÓN Criterios de inclusión: - Personal de salud asistencial que labora en los centros de salud I-4 La Esperanza, Ciudad Nueva y San Francisco en Tacna. - Profesionales y técnicos de la salud que desempeñan funciones asistenciales directas, incluyendo médicos, enfermeros, obstetras, cirujanos dentistas, psicólogos, nutricionistas, tecnólogos médicos, químicos farmacéuticos y técnicos asistenciales. - Personal con ≥3 meses de servicio continuo en el centro al momento de la encuesta. - Personal que decide integrarse al estudio de manera voluntaria y formalizan su participación mediante la firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión: - Personal administrativo, de servicios generales o de apoyo logístico que no realiza funciones asistenciales directas. - Personal que se encuentra con licencia médica prolongada (mayor a 15 días) durante el periodo de recolección de datos. - Personal que retira su consentimiento informado en cualquier momento del proceso. - Personal que no completa de manera íntegra el cuestionario de recolección de datos.	Diseño Observacional, transversal y descriptivo. Técnica Encuesta autoadministrada Instrumento Cuestionario estructurado: Ficha sociodemográfica y laboral y Cuestionario OIT/OMS (25 ítems, validado por Suárez, 2013). Estadística Descriptivo Tabulación de los datos en tablas de frecuencias y porcentajes

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Caracterización del nivel de estrés laboral en el personal de salud asistencial de Centros de Salud I-4 del Ministerio de Salud, Tacna, 2026

Investigadora responsable:

Paola Pierina Barreda Palacios

Bachiller en Medicina Humana - Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Se me ha informado que esta investigación tiene como objetivo evaluar el nivel de estrés laboral en el personal asistencial de centros de salud tipo I-4 de la región Tacna, con fines exclusivamente académicos.

Entiendo que participaré de forma anónima respondiendo una ficha sociodemográfica-laboral y el Cuestionario de Estrés Laboral OIT/OMS (25 preguntas), lo que tomará entre 12 y 15 minutos. La aplicación será presencial y no interferirá con mis labores.

Sé que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias y que no se solicitarán datos que permitan identificarme. La información será confidencial y utilizada solo para fines de investigación.

Asimismo, se me garantiza que la información recolectada será confidencial y utilizada únicamente con fines de investigación. Los resultados del estudio serán presentados de manera agrupada y estadística, sin identificación individual de los participantes. En ningún caso la información obtenida será compartida de forma individual con las jefaturas o autoridades de los establecimientos de salud, con el fin de evitar cualquier tipo de repercusión laboral.

Declaro que he comprendido lo explicado y acepto participar libremente.

DNI del participante	
Firma	
Fecha	____ / ____ / 2026

Firma de la investigadora: _____

ANEXO 3: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL

1. Edad (años cumplidos): ____

2. Sexo:

☐ Masculino ☐ Femenino

3. Estado civil:

☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Conviviente ☐ Divorciado(a)

☐ Viudo(a)

4. Procedencia geográfica (ciudad/región de origen o residencia previa en los últimos 6 meses):

☐ Tacna ☐ Arequipa ☐ Puno ☐ Moquegua

☐ Lima ☐ Otro: _____

5. Profesión / Ocupación asistencial (marque una):

☐ Médico(a) ☐ Técnico(a) en farmacia

☐ Enfermero(a) ☐ Otros técnicos asistenciales:

☐ Obstetra _____

☐ Cirujano(a) dentista

☐ Psicólogo(a)

☐ Nutricionista

☐ Tecnólogo(a) médico

☐ Químico(a) farmacéutico(a)

☐ Biólogo(a)

☐ Técnico(a) en enfermería

6. Centro de salud donde labora actualmente:

☐ La Esperanza ☐ Ciudad Nueva ☐ San Francisco

7. Tiempo de servicio en el centro actual:

☐ < 1 año ☐ 1–5 años ☐ > 5 años

8. Antigüedad total en el sector salud:

☐ < 5 años ☐ 5–10 años ☐ > 10 años

9. Tipo de contrato vigente:

☐ Nombrado ☐ CAS ☐ Otros

10. Institución de formación:

☐ Universidad pública ☐ Universidad privada
☐ Instituto público ☐ Instituto privado

ANEXO 4: CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS LABORAL DE LA OIT-OMS

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con su ambiente de trabajo. Lea atentamente cada ítem y marque con una "X" la opción que más se ajuste a la frecuencia con la que ocurre dicha situación en su entorno laboral.

“Si la condición...”

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA	RARAS VECES	OCASIO- NALMENTE	ALGUNAS VECES	FRECUE- NTEMENTE	GENERAL- MENTE	SIEMPRE

... es fuente de estrés.”

Nº	CONDICIÓN	1	2	3	4	5	6	7
1	La gente no comprende la misión y metas de la organización.							
2	La forma de rendir informes entre superior y subordinado me hace sentir presionado.							
3	No estoy en condiciones de controlar las actividades de mi área de trabajo.							
4	El equipo disponible para llevar a cabo el trabajo a tiempo es limitado.							
5	Mi supervisor no da la cara por mí ante los jefes.							
6	Mi supervisor no me respeta.							
7	No soy parte de un grupo de trabajo de colaboración estrecha.							
8	Mi equipo no respalda mis metas profesionales.							
9	Mi equipo no disfruta de estatus o prestigio dentro de la organización.							
10	La estrategia de la organización no es bien comprendida.							
11	Las políticas generales iniciadas por la gerencia impiden el buen desempeño.							

12	Una persona a mi nivel tiene poco control sobre el trabajo.								
13	Mi supervisor no se preocupa de mi bienestar personal.								
14	No se dispone de conocimiento técnico para seguir siendo competitivo.								
15	No se tiene derecho a un espacio privado de trabajo.								
16	La estructura formal tiene demasiado papeleo.								
17	Mi supervisor no tiene confianza en el desempeño de mi trabajo.								
18	Mi equipo se encuentra desorganizado.								
19	Mi equipo no me brinda protección en relación con injustas demandas de trabajo que me hacen los jefes.								
20	La organización carece de dirección y objetivo.								
21	Mi equipo me presiona demasiado.								
22	Me siento incómodo al trabajar con miembros de otras unidades de trabajo.								
23	Mi equipo no me brinda ayuda técnica cuando es necesario.								
24	La cadena de mando no se respeta.								
25	No se cuenta con la tecnología para hacer un trabajo de importancia.								

Muchas gracias por representar al personal de salud de Tacna en este estudio.

ANEXO 5: RESOLUCIÓN DE FACULTAD PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

26



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 14694-2026-FACS-UNJBG
Tacna, 18 de febrero del 2026

VISTO:

El Oficio N° 048-2026-ESMH/FACS, el Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana, solicita la designación de Asesor para el Proyecto de tesis y autorización para ejecución presentado por el(la) Egr. PAOLA PIERINA BARREDA PALACIOS;

CONSIDERANDO:

Que, se deberá tener presente que en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNJBG, aprobado mediante la R.R. N° 12401-2023-UNJBG, (11.12.2023), en el *Capítulo VI del asesor de Tesis, Art. 14° - Previa carta de conformidad del asesor, el o los interesados solicitarán al Director de la Escuela profesional de aprobación del proyecto de tesis, el mismo que se otorgará mediante Resolución de Facultad, teniendo un periodo máximo de un (01) año para la ejecución de la tesis;*

Que, el(la) Egr. PAOLA PIERINA BARREDA PALACIOS, alumna de la Escuela Profesional de Medicina Humana, solicita la designación de un Asesor;

Que, con el Oficio N° 048-2026-ESMH, el Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana designa como asesor al DR. JOSÉ ALBERTO REVILLA URQUIZO, para el proyecto de tesis titulado: CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, 2026, presentado por el(la) Egr. PAOLA PIERINA BARREDA PALACIOS;

Que, teniendo la opinión favorable de su asesor se procede a la aprobación y autorización para continuidad de trámite;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, Art. 171 inc. b). del Estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la designación como Asesor al Dr. JOSÉ ALBERTO REVILLA URQUIZO, para el Proyecto de Tesis titulado: CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, 2026, presentado por el (la) Egr. PAOLA PIERINA BARREDA PALACIOS, de la Escuela Profesional de Medicina Humana.

ART. 2°: Aprobar y autorizar la ejecución del Proyecto de Tesis presentado por el (la) Egr. PAOLA PIERINA BARREDA PALACIOS, de la Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Rina Reyna Pilco Velásquez
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Dra. Vanessa Varieth Valle Cohaila
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTR. ESMH/ARCH.

VVVG/tr.-
Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria - Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

ANEXO 6: CREDENCIAL DE COMITÉ DE ÉTICA



TACNA



HHUT
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Ejecutiva Regional N°270-2024-ETARRRH-OEGDRRH-DRS.T/GOB.REG.TACNA, otorga:

CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, 2026	CÓDIGO
	019-CIÉI-HHUT-2026

Autoría (es):

PAOLA PIERINA BARREDA PALACIOS

Dictamen otorgado por Miembro activo del CIÉI, DRA. GEMA NATIVIDAD SOLOGUREN GARCIA, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular ☒ Alterno ☐

Según Resolución Directoral N°080-2026-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI ☒ NO ☐

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos ☒ ☐

Vulnera derechos SI ☐ NO ☒

Aplicará Instrumentos:

Pacientes ☐

Personal ☒

Otros ☐

Consentimiento informado:

Verbal SI ☒ NO ☐ Escrito SI ☒ NO ☐ Pertinente SI ☒ NO ☐

Impacto Ambiental Positivo ☐ Negativo ☒

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI ☒ NO ☐ Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado y en consecuencia SI ☒ NO ☐ Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité Institucional de Ética en Investigación

Se expide el presente documento el día 23 de MARZO del 2026
Válido hasta el 23 de MARZO del 2027



MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna



LIC. DANIEL MARTIN CENTELLA CENTENO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna

ANEXO 7: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA
EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

YANETH MARIELA VIZCARRA AROCUTIPA
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD TACNA



Yo, Paola Pierina Barreda Palacios, identificada con DNI N° 72787623, con domicilio en Cono Sur Alfonso Ugarte II Etapa Mz C-4 Lote 16 y teléfono celular 901 112 260, respetuosamente expongo:

Tengo a bien dirigirme a Ud. A fin de saludarla cordialmente y mediante el presente solicito se me otorgue la autorización para ejecución del proyecto de tesis titulado: CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, 2026. La investigación se realizará en los Centros de Salud I-4 Ciudad Nueva, San Francisco y La Esperanza, establecimientos pertenecientes a la Red de Salud Tacna.

Adjunto:

- 01 copia de la Resolución de aprobación de proyecto de tesis
- Recibo de pago en caja de la Red de Salud (concepto: trabajo de investigación)
- 01 copia del proyecto de tesis
- 01 copia de los instrumentos de la recolección de datos
- Constancia de comité de ética

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted señor director, acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Tacna, 24 de marzo de 2026

Paola Pierina Barreda Palacios

DNI: 72787623

Celular: 901 112 260

Correo electrónico: pbarredap@unjbgu.edu.pe

ANEXO 8: MEMORANDO DE APROBACIÓN Y FACILIDADES PARA INVESTIGACIÓN DE LA RED DE SALUD TACNA

	REDST RED SALUD TACNA	Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres "Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"
---	---------------------------------------	---

MEMORANDO N° 264 - 2026-AFI-UESA-ODI-DE-REDS.T/DRS.T/GOB.REG.TACNA

A : MED. JOSE MOISES NUÑEZ VALDIVIA
Jefe del Centro de Salud San Francisco
OBST. LUIS FREDY CHOQUE MAMANI
Gerente del Centro de Salud La Esperanza
C.D. LUIS ENRIQUE FRANCO VILLEGAS
Gerente del Centro de Salud Ciudad Nueva

DE : MGR. ESP C.D. YANETH MARIELA VIZCARRA AROCUTIPA
Directora Ejecutiva de la Red de Salud Tacna

ASUNTO : FACILIDADES A INVESTIGADOR

FECHA : Tacna, 30 de marzo del 2026

Por medio del presente tengo a bien presentar al investigador de la Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Jorge Basadre Grohmann de Tacna: **PAOLA PIERINA BARRERA PALACIOS**, quien ejecutará el Proyecto de Tesis Titulado: "CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, 2026". Aprobado con RESOLUCION DE FACULTAD N° 14694-2026-FACS-UNJBG.

Consecuentemente, agradeceré su atención brindando las facilidades correspondientes para el desarrollo del Proyecto en mención.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DRST - RED DE SALUD TACNA

Mgr. Esp C.D. YANETH MARIELA VIZCARRA AROCUTIPA
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD
COP. N° 16764

C.c. Archivo
YMVA/LCCH/FCL/TSCA

Av. Gregorio Albarracín N°510
Pág. Web: www.redsaludtacna.gob.pe
Tacna - Perú

ANEXO 9: CREDENCIAL DE AUTORIZACIÓN DE LA RED DE SALUD TACNA

	REDST RED SALUD TACNA	Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres "Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"
N° 013-2026-AFI-UESA-ODI-DE-REDS.T.-		
AUTORIZACIÓN		
	LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD, DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA, AUTORIZA A:	
	PAOLA PIERINA BARREDA PALACIOS	
	INVESTIGADOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE DE GROHMANN DE TACNA A FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO DE TESIS TITULADO "CARACTERIZACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE CENTROS DE SALUD I-4 DEL MINISTERIO DE SALUD, TACNA, 2026". POR LO QUE SÍRVASE BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO EN MENCIÓN.	
Tacna, 06 de marzo del 2026		
		
YMVA/LCCH/FCL/TSCA		
Av. Gregorio Albarracín N°510 Pág. Web: www.redsaludtacna.gob.pe Tacna - Perú		