

J-40402082-9

F
u
n
d
a
c
i
ó
n

A
u
l
a

V
i
r
t
u
a
l

Aula Virtual



Generando Conocimiento

<http://www.aulavirtual.web.ve>



ISSN: 2665-0398

Deposito Legal: LA2020000026

Vol. 7 Nº 15 Año 2026

Periodicidad Continua



REVISTA CIENTÍFICA AULA VIRTUAL

Director Editor:

- Dra. Leidy Hernández PhD.
- Dr. Fernando Bárbara

Consejo Asesor:

- MSc. Manuel Mujica
- MSc. Wilman Briceño
- Dra. Harizmar Izquierdo
- Dr. José Gregorio Sánchez

**Revista Científica Arbitrada de
Fundación Aula Virtual**

Email: revista@aulavirtual.web.ve

URL: <http://aulavirtual.web.ve/revista>



ISSN: 2665-0398

Depósito Legal: LA2020000026

País: Venezuela

Año de Inicio: 2020

Periodicidad: Continua

Sistema de Arbitraje: Revisión por pares. "Doble Ciego"

Licencia: Creative Commons [CC BY NC ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Volumen: 7

Número: 15

Año: 2026

Período: Julio 2026 – Diciembre 2026 (continua)

Dirección Fiscal: Av. Libertador, Arca del Norte, Nro. 52D, Barquisimeto estado Lara, Venezuela, C.P. 3001

La Revista seriada Científica Arbitrada e Indexada **Aula Virtual**, es de acceso abierto y en formato electrónico; la misma está orientada a la divulgación de las producciones científicas creadas por investigadores en diversas áreas del conocimiento. Su cobertura temática abarca Tecnología, Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Ciencias Sociales, Ciencias Jurídicas y Políticas, Ciencias Exactas y otras áreas afines. Su publicación es **CONTINUA**, indexada y arbitrada por especialistas en el área, bajo la modalidad de doble ciego. Se reciben las producciones tipo: *Artículo Científico* en las diferentes modalidades cualitativas y cuantitativas, *Avances Investigativos*, *Ensayos*, *Reseñas Bibliográficas*, *Ponencias* o *publicaciones derivada de eventos*, y cualquier otro tipo de investigación orientada al tratamiento y profundización de la información de los campos de estudios de las diferentes ciencias. La Revista **Aula Virtual**, busca fomentar la divulgación del conocimiento científico y el pensamiento crítico reflexivo en el ámbito investigativo.



ASOCIACIÓN ENTRE LA SOBRECARGA LABORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA, 2026

ASSOCIATION BETWEEN WORK OVERLOAD AND BURNOUT SYNDROME AMONG WORKERS AT CARLOS MONGE MEDRANO HOSPITAL IN JULIACA, 2026

Tipo de Publicación: Artículo Científico

Área del Conocimiento: Ciencias Sociales y Aplicadas

Recibido: 14/08/2026

Aceptado: 16/09/2026

Publicado: 18/09/2026

Código Único AV: e865

Páginas: 1(1549-1571)

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.22838667>

Resumen

La sobrecarga laboral en el personal de salud compromete el bienestar de los trabajadores y la continuidad asistencial. El objetivo del estudio fue determinar la asociación y la capacidad predictiva de la sobrecarga laboral sobre el síndrome de burnout en los trabajadores del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Se desarrolló una investigación cuantitativa, explicativa y de corte transversal. La población institucional estuvo conformada por 872 trabajadores y la muestra, seleccionada mediante muestreo probabilístico estratificado proporcional, por 267 participantes. Se emplearon el Job Content Questionnaire y el Maslach Burnout Inventory. Los resultados mostraron que el 61,8 % presentó sobrecarga alta y el 56,6 % burnout alto; entre quienes registraron sobrecarga alta, el 77,6 % presentó también burnout elevado ($X^2 = 146,28$; $p < 0,001$; $V = 0,523$). La correlación fue $r = 0,674$ ($p < 0,001$) y el modelo simple explicó el 45,5 % de la variabilidad. El modelo multivariable ajustado alcanzó $R^2 = 0,466$ (R^2 ajustado = 0,448), confirmando a la sobrecarga como predictor principal ($\beta = 0,669$; IC 95 %: 0,527 a 0,812; $p < 0,001$). Asimismo, incrementó el agotamiento ($\beta = 0,722$) y el cinismo ($\beta = 0,625$), reduciendo la eficacia profesional ($\beta = -0,511$). Se concluye que la sobrecarga laboral ejerce un impacto directo y relevante en el desarrollo del burnout hospitalario.

Autor:

Hernán Leopoldo Ventura Chambilla

Médico Anestesiólogo

Maestría en Salud Pública

Doctorado en Salud Pública

 <https://orcid.org/0009-0004-2880-7647>

E-mail: medihlvch@hotmail.com

Afiliación: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Juliaca

País: República del Perú

Palabras Clave

Agotamiento, apoyo social, burnout, demandas psicológicas, salud ocupacional

Abstract

Work overload among health personnel compromises workers' well-being and continuity of care. The aim of the study was to determine the association and predictive capacity of work overload regarding burnout syndrome among workers at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca. A quantitative, explanatory, cross-sectional study was conducted. The institutional population comprised 872 workers, and the sample, selected through proportionate stratified probability sampling, consisted of 267 participants. Work overload was operationalized using the Job Content Questionnaire, while burnout was measured with the Maslach Burnout Inventory. Results showed that 61.8% presented high overload and 56.6 % high burnout; among those with high overload, 77.6 % also had high burnout ($X^2 = 146.28$; $p < 0.001$; $V = 0.523$). The correlation was $r = 0.674$ ($p < 0.001$), and the simple model explained 45.5 % of variability. The adjusted multivariable model reached $R^2 = 0.466$ (adjusted $R^2 = 0.448$), keeping overload as the main predictor ($\beta = 0.669$; 95 % CI: 0.527 to 0.812; ($p < 0.001$). Furthermore, overload increased exhaustion ($\beta = 0.722$) and cynicism ($\beta = 0.625$), reducing professional efficacy ($\beta = -0.511$). It is concluded that work overload exerts a significant and direct impact on hospital burnout development.

Keywords

Burnout, exhaustion, occupational health, psychological demands, social support

Introducción

La sobrecarga laboral del personal sanitario se ha consolidado en las últimas décadas como uno de los problemas más apremiantes y complejos de la salud pública a escala global. Este fenómeno no solo compromete de manera simultánea el bienestar biopsicosocial y la salud mental de la fuerza laboral, sino que también amenaza la continuidad de la atención médica, la eficiencia de los sistemas sanitarios y, de forma crítica, la seguridad y la calidad de la atención brindada a los pacientes.

En el núcleo de esta crisis ocupacional se encuentra el síndrome de desgaste profesional o burnout, un fenómeno multidimensional conceptualizado por la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2019) como el resultado de un estrés crónico en el ámbito laboral que no ha sido gestionado con éxito. Este síndrome se manifiesta a través de una triada sintomatológica característica: un profundo agotamiento emocional y físico, actitudes de distanciamiento mental, despersonalización o cinismo hacia los beneficiarios del servicio, y una notable reducción de la eficacia y la competencia profesional (Maslach et al., 2001).

Lejos de constituir una mera consecuencia de la simple sumatoria de horas laboradas, la exposición al desgaste profesional y a la sobrecarga es un fenómeno multifactorial profundamente arraigado en la estructura organizativa del trabajo

moderno. En ella intervienen factores como la intensidad de las demandas cuantitativas y cualitativas, la presión temporal estricta, la ambigüedad y el conflicto de funciones, la autonomía limitada para la toma de decisiones clínicas, la escasez estructural de recursos materiales e instrumentales, y un soporte social institucional insuficiente (Demerouti et al., 2001), (Bakker & Demerouti, 2017). Cuando estas condiciones adversas se perpetúan en el tiempo, el entorno hospitalario deja de ser un espacio propicio para el desarrollo profesional y se transforma en un escenario de desgaste energético progresivo, erosionando lentamente los recursos internos del trabajador hasta precipitarlo hacia el colapso emocional.

A nivel internacional, la magnitud de esta problemática ha sido documentada en múltiples revisiones y metaanálisis que evidencian prevalencias alarmantes del síndrome en diversas latitudes y especialidades médicas. Investigaciones desarrolladas en contextos tan diversos como Norteamérica, Europa y Asia demuestran que el personal de salud experimenta tasas de burnout significativamente superiores a las de otros sectores laborales (Ghahramani et al., 2021); (Al-Anazi et al., 2024). Los estresores crónicos derivados de ambientes altamente demandantes no solo afectan la salud individual de médicos, enfermeras y técnicos, sino que se traducen en un incremento notable de los

errores médicos, infecciones nosocomiales, disminución de la satisfacción del paciente y un aumento drástico en las tasas de rotación y abandono voluntario de la profesión (Rotenstein et al., 2023). Esta realidad pone de manifiesto que el burnout ha dejado de ser un problema estrictamente personal para convertirse en un indicador fidedigno de la disfuncionalidad y precariedad de los entornos organizacionales en los servicios de salud contemporáneos.

A escala Latinoamericana y, de manera muy específica, en el Perú, la presión sobre el personal sanitario adquiere matices particulares debido a la persistencia histórica de un sistema de salud fragmentado y segmentado. Este sistema opera crónicamente bajo profundas brechas de territorialidad en la distribución de recursos humanos, una infraestructura hospitalaria insuficiente y una demanda asistencial desbordada que supera con creces la capacidad operativa real de los establecimientos públicos (Ministerio de Salud [MINSA], 2025).

Datos recientes emitidos por los entes rectores del sector salud advierten que las jornadas laborales prolongadas y superiores a las 48 horas semanales incrementan marcadamente la probabilidad de manifestar indicadores asociados al desgaste profesional. Cifras ministeriales revelan que cientos de miles de trabajadores formales del sector salud han requerido atenciones o diagnósticos

relacionados con trastornos mentales y del comportamiento en los últimos años (MINSA, 2025). Asimismo, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo ([MTPE], 2024) ha enfatizado la urgencia imperiosa de implementar políticas orientadas a la prevención de factores de riesgo psicosocial y a la promoción de ambientes laborales saludables, confirmando que la protección del trabajador excede el ámbito individual y demanda respuestas institucionales, normativas y estructurales firmes.

En el ámbito regional y local, la literatura científica y académica nacional —incluyendo diversos estudios realizados en personal de enfermería, medicina y profesionales hospitalarios de distintas regiones del país— ha documentado de forma recurrente asociaciones sólidas y consistentes entre la sobrecarga laboral, el agotamiento y la vulnerabilidad psicológica (Arana Álvarez, 2023). En la región andina y sur del Perú, estas condiciones se ven exacerbadas por factores geográficos, socioeconómicos y por la centralización de los servicios de alta complejidad. Específicamente, en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, establecimiento de salud que funge como núcleo de referencia indiscutible para la Provincia de San Román y diversas macro-zonas de la región norte de Puno, el trabajo cotidiano se desarrolla bajo presiones y demandas sumamente heterogéneas. El personal transita diariamente por servicios altamente complejos y dinámicos, tales como

emergencia, hospitalización, áreas críticas, consulta externa, unidades de diagnóstico y complejas labores de gestión administrativa.

En este establecimiento hospitalario, la alta concentración de pacientes en turnos específicos, el régimen sumamente demandante de guardias hospitalarias, la imperiosa necesidad de resolver cuadros clínicos de extrema gravedad bajo una constante presión de tiempo, la insuficiencia temporal para completar rigurosamente los registros médicos y de enfermería, la obligatoriedad de cubrir ausencias imprevistas del personal ante la escasez de recursos humanos y la compleja coordinación interservicios configuran un escenario crítico donde las demandas psicológicas y físicas alcanzan umbrales desadaptativos (Tito Ccapa, 2024). Los trabajadores se enfrentan cotidianamente a dilemas éticos y asistenciales derivados de la falta de insumos y de la saturación de los servicios, lo que amplifica de manera significativa su carga alostática y acelera el proceso de erosión emocional.

Partiendo de este diagnóstico situacional profundo y de la imperiosa necesidad de generar conocimiento contextualizado que sirva como sustento empírico para la intervención, el presente estudio planteó como objetivo general determinar la asociación y la capacidad predictiva de la sobrecarga laboral sobre el síndrome de burnout en los trabajadores del Hospital Carlos Monge Medrano.

Es fundamental precisar que el propósito fundamental de esta investigación no consistió en trasladar la responsabilidad del bienestar al plano individual ni en culpabilizar al trabajador por su respuesta al estrés, sino en producir evidencia científica rigurosa, objetiva y aplicable directamente a la gestión moderna de riesgos psicosociales, a la optimización en la organización de turnos y guardias, y al fortalecimiento integral de las políticas de salud ocupacional en el altiplano peruano, sentando las bases para futuras intervenciones organizacionales basadas en evidencia.

Metodología

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque epistemológico cuantitativo, estructurado y conducido a través del método hipotético-deductivo. Este procedimiento lógico y formal permitió transitar de manera rigurosa desde el plano teórico general hacia la contrastación empírica particular. En una primera instancia, y tomando como cimiento epistemológico y conceptual los postulados del modelo demanda-control-apoyo (Karasek et al., 1998) y la teoría de demandas y recursos laborales (Bakker & Demerouti, 2017), se derivaron conjeturas científicas precisas relativas a la relación directa, indirecta y multivariable que ejerce la sobrecarga laboral sobre cada una de las dimensiones constitutivas del síndrome de burnout.

Posteriormente, estas conjeturas fueron sometidas a un riguroso proceso de validación estadística y analítica, permitiendo contrastar la correspondencia entre los modelos teóricos preexistentes y la realidad observada en el contexto hospitalario estudiado. El uso de este método garantizó que la investigación mantuviera un hilo conductor transparente, donde cada estimación estadística respondiera a una premisa teóricamente fundamentada, evitando así el empirismo ciego y dotando al estudio de la robustez metodológica indispensable para publicaciones científicas en el área de la medicina ocupacional y la salud pública.

Desde el punto de vista de su profundidad y alcance analítico, el estudio se clasificó dentro del nivel explicativo multivariable, trascendiendo el mero plano descriptivo o correlacional al buscar determinar con precisión matemática la magnitud e influencia estadística predictiva de la variable sobre las variables de respuesta, controlando simultáneamente la intervención de posibles variables confusoras. En concordancia con la naturaleza del objeto de estudio y los objetivos planteados, el diseño adoptado fue de carácter no experimental, observacional, analítico y de corte transversal (Von Elm et al., 2007).

El diseño fue no experimental debido a que no existió manipulación deliberada ni intervención experimental sobre la variable independiente, de modo que las condiciones de trabajo se observaron

y analizaron tal y como se manifestaron de manera natural en su entorno ecológico y laboral cotidiano. Fue observacional puesto que el equipo investigador se limitó a registrar los datos procedentes de la medición de las variables sin alterar el curso de las actividades asistenciales o administrativas del hospital.

Se estructuró como un estudio analítico al incorporar pruebas de hipótesis y modelos de regresión avanzados para contrastar asociaciones teóricas complejas, y fue de corte transversal dado que la recolección de los datos empíricos se ejecutó en un único momento temporal definido, capturando una instantánea epidemiológica de la realidad institucional del centro hospitalario durante el periodo de evaluación.

La población objetivo o institucional estuvo conformada por la totalidad de los trabajadores vinculados laboralmente al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, la cual ascendió a un total de N=872 trabajadores activos. Esta población comprendió a un grupo diverso y heterogéneo de profesionales y colaboradores distribuidos en el personal asistencial, técnico asistencial y administrativo, cuya inclusión respondió a la necesidad de capturar la complejidad sistémica del entorno hospitalario, donde el estrés ocupacional permea de manera transversal toda la estructura organizacional. Para garantizar la validez externa y la generalización prudente de los hallazgos dentro

de la institución, se establecieron criterios estrictos de selección.

Como criterios de inclusión se consideraron a todos los trabajadores que mantuvieran un vínculo laboral vigente con el hospital y que contaran con un tiempo mínimo de permanencia e ininterrupción en sus funciones de al menos tres meses previos a la recolección de los datos, asegurando así que el trabajador poseyera la experiencia y exposición suficiente a los factores de riesgo psicosocial propios del servicio. Por el contrario, como criterios de exclusión se determinaron aquellos trabajadores que al momento del estudio se encontraran gozando de licencia prolongada, aquellos que estuvieran haciendo uso de sus vacaciones durante todo el periodo de ejecución del trabajo de campo, o bien aquellos que manifestaran imposibilidad física, cognitiva o negativa voluntaria para otorgar el consentimiento informado, resguardando de este modo los principios éticos de la investigación.

A partir de la población total de $N=872$ trabajadores, el tamaño muestral requerido para garantizar la potencia estadística óptima en los análisis bivariados y multivariantes se determinó mediante la ecuación estándar para la estimación de proporciones en poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot N - 1 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

El cálculo consideró un nivel de confianza del 95 % ($Z = 1,96$), una variabilidad estimada bajo el

criterio de máxima dispersión e incertidumbre poblacional ($p = q = 0,50$) y un margen de error absoluto estricto de $d = 0,05$ (5 %). El resultado aritmético base arrojó una muestra teórica mínima de 267 trabajadores. Para blindar el rigor metodológico ante posibles cuestionarios incompletos, inconsistencias de llenado o pérdida de datos durante la fase de depuración, se incorporó un factor de reposición del 10 %, consolidando una muestra definitiva de $n = 294$ participantes, cuya recolección de datos primarios se ejecutó de manera formal y presencial durante el periodo comprendido entre enero y abril de 2026, previa autorización institucional de la dirección del hospital y la aprobación formal del Comité de Ética en Investigación (Oficio N.º 042-2026-CEI-HCMM).

La selección de los participantes se ejecutó mediante un muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional por grupo ocupacional (Cochran, 1977), considerando los estratos de personal asistencial médico, personal de enfermería, técnico asistencial y administrativo. El número de sujetos seleccionados por estrato se calculó mediante la fracción de muestreo proporcional:

$$n_h = n \cdot \frac{(N_h)}{N}$$

Este procedimiento aseguró que los estamentos de la institución estuvieran representados con absoluta fidelidad de acuerdo con su peso porcentual exacto en la población total,

minimizando el sesgo de selección y permitiendo extrapolar los hallazgos con un sólido respaldo metodológico. La muestra final obtenida se caracterizó por un predominio del personal femenino (67,8 %), con una distribución por servicios liderada por enfermería (32,6 %), el personal técnico asistencial (23,6 %) y medicina (22,1 %).

La medición de las variables de estudio se operacionalizó mediante instrumentos psicométricos estandarizados, validados internacionalmente y adaptados al contexto de la salud hispanohablante. Por un lado, la sobrecarga laboral fue evaluada a través del cuestionario clásico basado en el modelo de tensión laboral de Karasek et al., (1998) (Job Content Questionnaire - JCQ adaptado). Este instrumento evalúa tres dimensiones fundamentales mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (desde 1 = muy en desacuerdo hasta 4 = muy de acuerdo): demandas psicológicas, compuesta por 5 reactivos que miden la presión cuantitativa, ritmo de trabajo y exigencias temporales (con una media teórica de referencia de 2,5 y un punto de corte para nivel alto superior a 2,8); latitud de decisión o control, compuesta por 6 reactivos que evalúan la autonomía en la toma de decisiones y el uso de habilidades (con punto de corte para baja latitud menor a 2,6); y apoyo social, mediante 6 reactivos que miden el soporte interpersonal de supervisores y compañeros. Mediante la matriz combinada de demanda-control,

los puntajes globales se estratificaron en tres niveles operativos para el análisis epidemiológico: bajo, moderado y alto.

Por otro lado, el síndrome de burnout se evaluó mediante el cuestionario especializado Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) adaptado por Maslach et al., (1996), compuesto por 16 reactivos estructurados bajo una escala de frecuencia tipo Likert de 7 puntos (desde 0 = nunca hasta 6 = todos los días). El constructo mide agotamiento emocional y físico a través de 5 reactivos orientados a medir la fatiga crónica; cinismo o despersonalización mediante 5 reactivos que evalúan actitudes distantes e impersonales; y eficacia profesional mediante 6 reactivos que miden la competencia y realización personal, interpretados y codificados en dirección inversa al núcleo patológico del síndrome. Siguiendo los criterios normativos internacionales estandarizados, el puntaje global se categorizó en tres niveles de afectación: bajo, moderado y alto.

Para verificar la calidad métrica y la adecuación de los instrumentos en la población del altiplano peruano, se evaluó la validez de constructo mediante un riguroso análisis factorial confirmatorio, examinando los índices de ajuste absoluto e incremental con un CFI superior a 0,90 y un RMSEA inferior a 0,08, lo que confirmó la estructura multidimensional teórica original de ambas escalas (Kline, 2016).

Asimismo, se calculó la consistencia interna de los datos recolectados mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de fiabilidad compuesta, obteniendo valores óptimos que oscilaron entre 0,888 y 0,949, los cuales denotan una alta fiabilidad psicométrica y estabilidad en la medición.

El procesamiento y manejo de la información recolectada se ejecutó bajo estrictos estándares de seguridad y confidencialidad: los datos primarios fueron anonimizados mediante la asignación de un código numérico único para cada ficha de evaluación, eliminando cualquier identificador personal directo, y almacenados en bases de datos cifradas con acceso restringido y exclusivo para el equipo investigador con fines estrictamente analíticos. Sobre esta base informática depurada, se utilizó software estadístico especializado como SPSS versión 29 y R Studio.

El análisis descriptivo univariado se ejecutó mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes relativos para las variables cualitativas, mientras que para las cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central y dispersión, evaluando la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis bivariado, se construyeron tablas de contingencia cruzando los niveles de las variables principales, evaluando la independencia estadística mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia y determinando la

fuerza de la asociación mediante el coeficiente V de Cramer, además de estimar la razón de prevalencias con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %.

En la fase analítica principal, correspondiente al nivel explicativo, se implementaron modelos de regresión lineal, tanto simples como multivariantes. Los modelos multivariantes fueron rigurosamente ajustados por un conjunto comprensivo de covariables sociodemográficas y ocupacionales potenciales de confusión, tales como la edad, el sexo, la antigüedad laboral, el número de horas semanales trabajadas, la frecuencia mensual de guardias nocturnas, la tenencia de un segundo empleo y el servicio hospitalario de adscripción.

Siguiendo las recomendaciones contemporáneas en bioestadística y epidemiología clínica, la interpretación de los resultados priorizó la magnitud de los coeficientes de regresión estandarizados, los coeficientes de determinación y la amplitud de los intervalos de confianza del 95 % por encima del mero cumplimiento dicotómico del valor de significación estadística (Greenland et al., 2016).

Asimismo, dado el diseño transversal del estudio, se aclara metodológicamente que el término efecto se emplea exclusivamente en el sentido estrictamente analítico de parámetro estimado dentro de un modelo predictivo teórico preestablecido, y no como una relación de temporalidad fáctica demostrada de manera

experimental (Hernán & Robins, 2020). La ejecución de la presente investigación se rigió estrictamente por los principios éticos internacionales orientados a la protección de los seres humanos en la investigación científica.

El protocolo de estudio garantizó la participación de los trabajadores de manera estrictamente voluntaria, fundamentada en el respeto a la autonomía y precedida por la firma del consentimiento informado, en el cual se detallaron los objetivos, la naturaleza no invasiva de la evaluación y la garantía absoluta de confidencialidad y anonimato de los datos, asegurando a los participantes la plena libertad de retirarse del estudio en cualquier momento del proceso sin que ello supusiera ningún tipo de consecuencia administrativa o laboral (Asociación Médica Mundial, 2024), adhiriéndose rigurosamente a las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS], 2016).

Finalmente, se precisa que el uso de los cuestionarios estandarizados no constituyó bajo ninguna circunstancia una evaluación clínica o diagnóstica individualizada con fines punitivos; por el contrario, como parte de la responsabilidad institucional del estudio, se estructuraron y ofrecieron canales y rutas de orientación y soporte psicológico institucional para aquellos participantes

que manifestaran niveles críticos de desgaste emocional durante el proceso de recolección de la información.

Resultados

Los resultados obtenidos del procesamiento analítico de la muestra se presentan a continuación, estructurados de manera secuencial para dar cumplimiento al objetivo de determinar la asociación y la capacidad predictiva de la sobrecarga laboral sobre el síndrome de burnout y sus respectivas dimensiones en el personal del Hospital Carlos Monge Medrano. Previa a la exposición analítica, se precisa que el estudio se ejecutó conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki, contando con la autorización institucional de la dirección del hospital y la aprobación formal del Comité de Ética en Investigación (Oficio N.º 042-2026-CEI-HCMM).

La recolección de los datos primarios se llevó a cabo de manera presencial durante el periodo comprendido entre enero y abril de 2026, garantizando la confidencialidad, el anonimato mediante codificación numérica de las fichas y la obtención del consentimiento informado por escrito de los 267 participantes que conformaron la muestra definitiva. En este apartado se exponen, en primer término, la distribución univariada de las variables y su cruce bivariado mediante estimaciones de frecuencias y la prueba de asociación estadística;

posteriormente, se detallan los coeficientes estandarizados (β) derivados de los modelos de regresión lineal, tanto simples como múltiples, ajustados por covariables sociodemográficas y

ocupacionales, lo que permite examinar con rigurosidad metodológica la magnitud, el sentido y la consistencia de las asociaciones estadísticas analizadas.

Nivel de Sobrecarga	Burnout Bajo n (%)	Burnout Moderado n (%)	Burnout Alto n (%)	Total n (%)
Bajo	25 (9,4)	9 (3,4)	3 (1,1)	37 (13,9)
Moderado	12 (4,5)	35 (13,1)	18 (6,7)	65 (24,3)
Alto	4 (1,5)	31 (11,6)	130 (48,7)	165 (61,8)
Total	41 (15,4)	75 (28,1)	151 (56,6)	267 (100,0)

Tabla 1. Distribución cruzada de los niveles de sobrecarga laboral y síndrome de burnout en los trabajadores del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca (n = 267)

Nota. Elaboración propia a partir de la matriz analítica del estudio. Prueba de independencia de Pearson: $X^2 = 146,28$; grados de libertad (gl) = 4; $p < 0,001$; coeficiente V de Cramer = 0,523.

Los hallazgos descriptivos y bivariados condensados en la Tabla 1 evidencian una marcada vulnerabilidad psicosocial en el personal del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. En relación con la distribución univariada de las variables principales, se observa una prevalencia elevada de la exposición: el 61,8 % de la muestra (n=165) experimenta un nivel alto de sobrecarga laboral, mientras que el 24,3 % se sitúa en un nivel moderado y apenas el 13,9 % reporta una carga baja.

De manera concurrente, el síndrome de burnout se manifiesta con proporciones elevadas, afectando de forma severa al 56,6 % de los trabajadores (n = 151), un 28,1 % con afección moderada y solo un 15,4 % con niveles bajos. Estos datos reflejan que más de la mitad de la fuerza laboral hospitalaria opera bajo condiciones críticas de desgaste emocional y sobre exigencia operativa.

Al profundizar en la distribución conjunta mediante la tabulación cruzada (Ver Tabla 1), la matriz analítica revela un gradiente marcadamente pronunciado que confirma la hipótesis de vulnerabilidad acumulativa. Entre los trabajadores que manifestaron un nivel alto de sobrecarga laboral, el 78,8 % presentó simultáneamente un síndrome de burnout elevado; en marcado contraste, esta proporción se desploma hasta apenas el 8,1 % entre aquellos operarios que registraron una sobrecarga baja. La prueba de independencia de chi-cuadrado corroboró de manera categórica que la distribución del burnout depende significativamente del nivel de sobrecarga institucional ($X^2 = 146,28$; $p < 0,001$), exhibiendo además una magnitud de asociación alta y relevante según el coeficiente V de Cramer ($V = 0,523$).

Asimismo, el análisis epidemiológico demostró que la prevalencia de burnout alto fue 3,44

veces mayor entre los profesionales expuestos a una sobrecarga elevada en comparación con aquellos ubicados en los estratos de sobrecarga baja o moderada ($RP = 3,44$; $IC\ 95\ \%$: 2,38 a 4,98), evidenciando una razón de prevalencias de gran magnitud para la salud mental del personal.

Este comportamiento empírico se complementa y explica mediante el análisis de las dimensiones específicas de los modelos teóricos de tensión laboral. Las demandas psicológicas alcanzaron una media de $2,94 \pm 0,61$ en una escala de 1 a 4, ubicándose notablemente por encima del punto medio teórico, lo que denota una presión cuantitativa y temporal constante en el desempeño cotidiano. Por su parte, la latitud de decisión y el apoyo social registraron medias moderadas de $2,65 \pm 0,55$ y $2,59 \pm 0,56$, respectivamente, reflejando márgenes de autonomía limitados y un soporte interpersonal insuficiente frente a la alta exigencia asistencial. En cuanto a las dimensiones constitutivas del burnout, el agotamiento emocional

y físico obtuvo la mayor dispersión y puntuación media ($3,12 \pm 1,20$), seguido del cinismo o distanciamiento mental ($2,99 \pm 1,17$) y de la eficacia profesional interpretada en dirección inversa ($3,65 \pm 1,03$). Finalmente, el análisis correlacional bivariado corroboró asociaciones directas y altamente significativas entre la sobrecarga laboral y el burnout global ($r = 0,674$; $p < 0,001$), destacando correlaciones particularmente robustas con el agotamiento ($r = 0,722$) y el cinismo ($r = 0,625$), así como una relación inversa y moderada con la eficacia profesional ($r = -0,511$). Estos resultados demuestran empíricamente que el incremento de las exigencias laborales desata una espiral de deterioro energético y actitudinal que erosiona progresivamente el desempeño clínico e institucional de los trabajadores.

Variable Dependiente / Modelo Analítico	Coefficiente estandarizado (β)	IC 95 %	p	R ² / R ² ajustado
Burnout global (modelo simple)	0,674	0,579 a 0,770	< 0,001	0,455
Burnout global (modelo múltiple ajustado)	0,669	0,527 a 0,812	< 0,001	0,466 ($R^2\ aj. = 0,448$)
Dimensión: Agotamiento	0,722	0,634 a 0,810	< 0,001	0,521
Dimensión: Cinismo	0,625	0,521 a 0,729	< 0,001	0,391
Dimensión: Eficacia profesional	-0,511	-0,612 a -0,409	< 0,001	0,261

Tabla 2. Modelos de regresión lineal simple y múltiple para la asociación entre la sobrecarga laboral, el síndrome de burnout y sus dimensiones ($n = 267$)

Nota. Coeficientes estandarizados (β) obtenidos mediante regresión con errores estándar robustos. El modelo múltiple fue ajustado por covariables sociodemográficas y ocupacionales (edad, sexo, antigüedad laboral, horas semanales trabajadas, frecuencia mensual de guardias nocturnas, posesión de segundo empleo y servicio hospitalario de adscripción). Elaboración propia.

Los modelos de regresión lineal simple y multivariable presentados en la Tabla 2 proporcionan la evidencia analítica definitiva para confirmar la asociación analítica y la capacidad predictiva de la sobrecarga laboral sobre el síndrome de burnout y sus componentes en el personal del Hospital Carlos Monge Medrano.

Al evaluar el modelo de regresión simple, se observa que la sobrecarga laboral por sí sola explica el 45,5 % de la variabilidad total del burnout global ($\beta = 0,674$; IC 95 %: 0,579 a 0,770; $p < 0,001$; $R^2 = 0,455$), lo que demuestra un peso predictivo directo, considerable y estadísticamente categórico sobre el malestar ocupacional de los trabajadores hospitalarios. Para aislar la intervención de posibles factores y otorgar mayor solidez metodológica a los hallazgos, se implementó un modelo de regresión multivariable ajustado por un conjunto integral de covariables sociodemográficas y ocupacionales, incluyendo la edad, el sexo, la antigüedad laboral, el número de horas semanales trabajadas, la frecuencia mensual de guardias nocturnas, la posesión de un segundo empleo y el servicio hospitalario de adscripción.

En este modelo ajustado, la sobrecarga laboral conservó prácticamente intacto su poder predictivo y exhibió el coeficiente estandarizado más elevado ($\beta = 0,669$; IC 95 %: 0,527 a 0,812; $p < 0,001$), logrando explicar de manera conjunta el 46,6 % de la variabilidad del constructo (R^2 ajustado = 0,448).

Un aspecto metodológico de alta relevancia en este modelo multivariable radica en que las covariables tradicionales —tales como las horas semanales, las guardias, la antigüedad o la edad— presentaron intervalos de confianza que incluyeron el valor nulo, un hallazgo que sugiere que su influencia sobre la salud del trabajador no actúa de forma aislada, sino que se encuentra profundamente representada, vehiculizada e integrada dentro de la puntuación global de sobrecarga psicosocial del modelo de demandas y control.

Al desglosar el análisis sobre las tres dimensiones independientes del síndrome, se aprecian diferencias sustanciales en la magnitud de la respuesta orgánica y actitudinal frente al estrés crónico. La sobrecarga laboral ejerció su relación más intensa sobre la dimensión del agotamiento, alcanzando un coeficiente estandarizado de $\beta = 0,722$ y un porcentaje de variabilidad explicada del 52,1 % ($R^2 = 0,521$). Este resultado confirma empíricamente que la fatiga emocional y la depleción severa de energía constituyen la ruta patológica más inmediata y directa frente al exceso de exigencias asistenciales.

En segundo lugar, la asociación se proyectó sobre la dimensión del cinismo, registrando un coeficiente de $\beta = 0,625$ y explicando el 39,1 de su varianza ($R^2 = 0,391$), lo que evidencia cómo el incremento de la presión laboral se acompaña de un

distanciamiento mental defensivo y actitudes despersonalizadas hacia el entorno de trabajo.

Finalmente, aunque en menor magnitud, pero manteniendo una dirección inversa estadísticamente sólida, la sobrecarga se relacionó con la eficacia profesional ($\beta = -0,511$; $R^2 = 0,261$), demostrando que la exposición prolongada erosiona de manera progresiva la percepción de competencia, productividad y realización personal de los colaboradores. Dado que los cuatro modelos analizados presentaron coeficientes en la dirección teórica esperada y valores de significación inferiores a 0,001, se procedió al rechazo formal tanto de la hipótesis nula general como de las tres hipótesis específicas planteadas en la investigación.

Los hallazgos empíricos presentados en este apartado demuestran de manera categórica que la sobrecarga laboral constituye el factor predictor predominante en el desarrollo del síndrome de burnout entre el personal asistencial, técnico y administrativo del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. La alta prevalencia de sobrecarga y el gradiente observado confirman que la disfuncionalidad operativa del entorno hospitalario no solo vulnera el bienestar de los trabajadores, sino que activa de forma sistemática una respuesta de desgaste caracterizada por un profundo agotamiento y un creciente distanciamiento actitudinal.

Asimismo, la robustez de los modelos de regresión ajustados corrobora que la interacción

entre exigencias elevadas, control limitado y apoyo insuficiente opera como un mecanismo transnodal que trasciende las características sociodemográficas individuales, ubicando la génesis del problema en la estructura organizativa del trabajo. Estos resultados evidencian la urgencia de reevaluar las condiciones operativas vigentes y replantear las estrategias de gestión del personal en el ámbito hospitalario regional.

Discusión

El análisis crítico de los resultados obtenidos en el Hospital Carlos Monge Medrano permite establecer una lectura profunda que transita de manera lógica y estructurada desde el panorama global de la salud pública y los modelos teóricos universales hasta la particularidad operativa de la región andina del Perú. El hallazgo central del estudio, caracterizado por una correlación alta entre sobrecarga y burnout ($r=0,674$) y un coeficiente ajustado que se mantuvo notablemente estable tras controlar múltiples variables sociodemográficas y ocupacionales ($\beta=0,669$), confirma de manera consistente los postulados de la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2022).

Este organismo define el síndrome como una respuesta al estrés crónico laboral no gestionado con éxito, donde el deterioro biopsicosocial se acumula de forma inexorable cuando las exigencias cotidianas superan de manera persistente los recursos institucionales disponibles. Lejos de ser

una casualidad estadística, este comportamiento demuestra que el agotamiento de la fuerza laboral se asocia estrechamente a una disfunción sistémica en el diseño de los puestos de trabajo.

Esta elevada proporción de sobrecarga observada halla su explicación teórica más sólida en el modelo demanda-control-apoyo, el cual postula que la vulnerabilidad patológica no depende exclusivamente de la cantidad de horas invertidas, sino de la combinación tóxica entre altas demandas psicológicas, una baja latitud de decisión y un apoyo social insuficiente (Karasek et al., 1998). En el contexto específico del entorno hospitalario estudiado, esta combinación se materializa de forma cotidiana a través de una presión temporal asfixiante, la atención simultánea de pacientes con alta complejidad clínica, una carga administrativa excesiva, turnos de guardia extenuantes y una escasa o nula capacidad de autonomía para reorganizar las tareas. Los datos empíricos de la investigación demuestran con claridad que cuando el trabajador opera bajo márgenes de control reducidos y sin respaldo institucional, la sobrecarga deja de ser un reto superable para convertirse en un factor estresor crónico que se relaciona directamente con el colapso energético.

La dirección y la magnitud de las asociaciones encontradas en este estudio coinciden plenamente con la evidencia internacional contemporánea, demostrando que la realidad del altiplano peruano

se alinea con tendencias globales de crisis en el personal sanitario (Nagle et al., 2024). En esta línea, Rotenstein et al., (2023), tras analizar a más de 43.000 trabajadores de la salud a nivel global, demostraron que la sobrecarga incrementa de manera consistente y transversal la probabilidad de desarrollar burnout en diversas especialidades, relacionándose de forma directa con el ausentismo y la intención de abandonar la profesión.

De modo muy similar, Yousef et al., (2024) identificaron a la carga laboral como la demanda con mayor contribución al malestar psicológico del personal dentro de un modelo estructural de demandas y recursos, hallazgos que también son respaldados por investigaciones recientes sobre estrés ocupacional y fatiga en entornos sanitarios complejos (Wang et al., 2025). En este sentido, Zhou et al., (2022) observaron que los estresores ocupacionales impulsaban el agotamiento, y que la presencia de un soporte social y organizacional sólido mitigaba significativamente dichos efectos.

Un aspecto analítico de profunda relevancia en los resultados de la investigación radica en el hecho de que las variables tradicionales de tiempo —tales como el número de horas semanales y la frecuencia de guardias— no mostraran aportes independientes estadísticamente significativos tras el ajuste multivariable. Lejos de restar importancia a estas variables, este fenómeno demuestra empíricamente lo postulado por la teoría de

demandas y recursos laborales: una exigencia temporal se convierte en una fuente real de deterioro cuando exige un esfuerzo sostenido sin periodos suficientes de recuperación biológica y mental, y su impacto queda profundamente representado y vehiculado dentro de la puntuación global de sobrecarga psicosocial del modelo (Demerouti et al., 2001); (Bakker & Demerouti, 2017). Esto evidencia que el problema no radica únicamente en las horas transcurridas en el hospital, sino en la intensidad y la falta de recursos compensatorios durante ese tiempo.

Al descender al análisis específico de las dimensiones del síndrome, la asociación más intensa documentada sobre el agotamiento concuerda de forma exacta con la secuencia teórica del burnout, en la cual la pérdida de energía física y emocional constituye la respuesta inicial e inmediata frente al esfuerzo prolongado (Maslach et al., (2001). Asimismo, Belji Kangarlou et al., (2022) documentaron relaciones directas entre la carga de trabajo y los síntomas de agotamiento en enfermeras hospitalarias, destacando el peso determinante de la demanda mental acumulada.

En el ámbito estrictamente nacional, estos hallazgos replican y expanden las observaciones previas de Oliva Ríos (2022) y Asto Apaza & Díaz de la Cruz (2022), quienes identificaron correlaciones altas y significativas entre sobrecarga y desgaste en enfermeras de áreas críticas y

servicios especializados en el Perú, demostrando que la vulnerabilidad del personal sanitario peruano ante la sobrecarga es un fenómeno sistémico y transversal que trasciende las fronteras geográficas de la capital.

Por otra parte, la relación sustancial de la sobrecarga sobre el cinismo adquiere una connotación crítica al ser analizada desde la teoría de conservación de recursos de Hobfoll (1989), la cual postula que, ante la amenaza constante de pérdida de energía y recursos valiosos, el individuo despliega mecanismos de defensa psicológica. Este distanciamiento mental y actitud impersonal hacia los pacientes y compañeros puede funcionar inicialmente como un escudo protector inconsciente frente a demandas incontrolables; sin embargo, en la práctica clínica, este comportamiento se vincula directamente con la erosión de la cultura de seguridad del paciente y la cohesión del trabajo en equipo (Hobfoll, 1989).

Tal como lo respaldan Hall et al., (2016) y Panagioti et al., (2018), esta respuesta defensiva se traduce frecuentemente en una comunicación fría e impersonal, sin que ello implique necesariamente una intención consciente por parte del profesional de brindar una atención médica deficiente, sino más bien el reflejo de un cerebro operando bajo mínimos recursos energéticos.

Asimismo, la relación inversa evidenciada sobre la eficacia profesional demuestra que la

exposición prolongada a la sobrecarga se asocia con una merma progresiva en la percepción de competencia, productividad y realización personal, incluso cuando la experiencia clínica acumulada permite al trabajador sostener un desempeño técnico aceptable por largos periodos (Leiter & Maslach, 2004).

En el propio escenario de estudio, Tito Ccapa, (2024) demostró previamente que los recursos personales y la resiliencia por sí solos no logran eliminar el desgaste en profesionales de enfermería del Hospital Carlos Monge Medrano, hallazgo que se complementa con los trabajos de Apaza Aguilar, (2024) y Ccahuana Gutiérrez & Quispe Quispe, (2025), quienes relacionaron el burnout con condiciones psicosociales desfavorables y alteraciones graves en la calidad del sueño en hospitales de la región Puno. En conjunto, estos antecedentes demuestran que el fenómeno ya se encontraba latente y arraigado en la región, y el presente estudio amplía de manera concluyente el análisis al identificar a la sobrecarga laboral como el factor predictor principal que articula todo el proceso analítico.

Es importante señalar que la contrastación de estos postulados teóricos y normativos con los hallazgos empíricos del presente estudio demuestra una clara y directa correspondencia, evidenciando que la realidad observada en el Hospital Carlos Monge Medrano confirma los mecanismos de

vulnerabilidad descritos por la literatura. En primer lugar, los resultados sobre el déficit de control y la presión asistencial se alinean de manera exacta con los planteamientos de Johnson & Hall (1988), demostrando que la falta de autonomía frente a las altas demandas acompaña de forma clave al deterioro clínico. Asimismo, la alta prevalencia de sobrecarga y su relación con el agotamiento coinciden con el modelo de Siegrist, (1996), reflejando que el personal opera bajo un desequilibrio crónico donde el esfuerzo cotidiano no encuentra una retribución justa ni institucionalmente suficiente.

Por otro lado, la relevancia del apoyo social e interpersonal identificada en las correlaciones del estudio respalda las observaciones de Portoghese et al., (2014) respecto a la necesidad de justicia y soporte organizacional. La magnitud del desgaste hallada en las guardias y turnos prolongados concuerda plenamente con los riesgos de fatiga documentados por Dall'Ora et al., (2020), mientras que la asociación del burnout sobre la eficacia profesional y el trabajo en equipo se relaciona directamente con la importancia de un liderazgo clínico protector señalada por West et al., (2018).

Finalmente, la alta proporción de trabajadores con síndrome elevado valida la urgencia de atender las advertencias de Salvagioni et al., (2017) sobre las graves consecuencias a largo plazo de no gestionar los riesgos psicosociales, confirmando

que la sobrecarga no es un asunto individual, sino una crisis estructural que requiere la intervención normativa promovida por la Organización Internacional de Normalización (2021) y el Ministerio de Salud [MINSA], (2024).

Por consiguiente, los resultados del presente estudio demuestran la urgente necesidad de que el Hospital Carlos Monge Medrano y las autoridades sanitarias de la región Puno abandonen el paradigma obsoleto que responsabiliza individualmente al trabajador por su incapacidad para "manejar el estrés". Se requiere la implementación inmediata de estrategias de prevención primaria orientadas al rediseño ergonómico del trabajo, la optimización racional de la carga asistencial, la revisión equitativa de los turnos de guardia y el fortalecimiento institucional del apoyo supervisorio y entre equipos, garantizando así la sostenibilidad de la fuerza laboral y la seguridad en la atención de los pacientes.

Conclusiones

En primer lugar, los hallazgos derivados de la presente investigación permiten concluir de manera categórica que la sobrecarga laboral mantiene una asociación directa, de magnitud alta y estadísticamente significativa con el síndrome de burnout en el personal asistencial, técnico y administrativo del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, tal como lo atestiguan los parámetros estadísticos y epidemiológicos obtenidos. A su vez,

esta evidencia analítica se robustece al comprobar que el 78,8 % de los trabajadores expuestos a niveles altos de sobrecarga presentaron simultáneamente un síndrome de burnout elevado, configurando una prevalencia 3,44 veces mayor en comparación con aquellos ubicados en estratos de exposición baja o moderada. De este modo, se da respuesta concluyente al objetivo central del estudio, demostrando que la disfuncionalidad organizativa y las exigencias desproporcionadas del entorno hospitalario actúan como los correlatos primarios del deterioro psicosocial en la fuerza laboral del altiplano peruano.

Por otra parte, al desglosar la relación estadística sobre las dimensiones constitutivas del síndrome, se concluye que la sobrecarga laboral dinamiza una respuesta de desgaste multidimensional que afecta de forma diferenciada la esfera energética, actitudinal y de competencia del trabajador. En este sentido, el incremento sustancial del agotamiento confirma que la depleción severa de energía física y emocional constituye la manifestación más inmediata y directa frente al exceso de demandas asistenciales y la presión temporal asfixiante. Igualmente, la elevación paralela del cinismo evidencia que el sometimiento a estresores crónicos no gestionados se vincula con un distanciamiento mental defensivo y actitudes despersonalizadas frente a los pacientes y equipos de trabajo.

Consecuentemente, aunque con una magnitud menor pero metodológicamente sólida en dirección inversa, la reducción de la eficacia profesional corrobora que la exposición prolongada erosiona progresivamente la percepción de competencia, productividad y realización personal del colaborador, demostrando que la crisis ocupacional trasciende con creces el simple cansancio físico para instalarse en el núcleo de la identidad laboral.

En definitiva, la contrastación empírica de estos resultados respalda de manera contundente la validez y pertinencia teórica de los modelos de demanda-control-apoyo y de demandas y recursos laborales para explicar la génesis del burnout en contextos hospitalarios complejos de la realidad peruana. Por consiguiente, ante la contundencia de estas conclusiones, se establece la imperiosa necesidad de que las autoridades del Hospital Carlos Monge Medrano, en articulación con las directrices de la Organización Mundial de la Salud y los estándares modernos de seguridad ocupacional, abandonen el paradigma punitivo que responsabiliza individualmente al trabajador.

Por lo tanto, se requiere con urgencia la implementación institucional de sistemas formales de vigilancia de riesgos psicosociales, la revisión equitativa y el rediseño ergonómico de las cargas asistenciales y los turnos de guardia, y el fortalecimiento activo del apoyo supervisorio e interpersonal, sentando las bases científicas para

una prevención primaria eficaz que salvaguarde la salud mental del personal y garantice la seguridad y calidad en la atención de los pacientes.

Referencias

- Al-Anazi, S., Habib, S. S., Al-khlaiwi, T., Alodhayani, A. A., Alotaibi, A., Aldulejan, S., Alenazi, A., & Alqahtani, J. S. (2024). Association of burnout and working environment conditions in respiratory care professionals in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1434472. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1434472>
- Apaza Aguilar, S. S. (2024). Síndrome de burnout y condiciones laborales psicosociales en enfermeras que atienden casos de la COVID-19 en el Hospital III EsSalud Puno en el 2022 [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional UNA-Puno. Documento en línea. Disponible <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/25404>
- Arana Álvarez, L. A. (2023). Sobrecarga laboral y síndrome de burnout en el personal de salud de un hospital de Tumbes, 2022 [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. Documento en línea. Disponible <https://hdl.handle.net/20.500.12692/107460>
- Asociación Médica Mundial. (2024). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Documento en línea. Disponible <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Asto Apaza, E., & Díaz de la Cruz, A. (2022). Sobrecarga laboral y síndrome de burnout en enfermeras de áreas críticas, Hospital Regional Ayacucho, 2021 [Tesis, Universidad Autónoma

- de Ica]. Repositorio Institucional UAI. Documento en línea. Disponible <https://hdl.handle.net/20.500.14441/1604>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Belji Kangarlou, M., Fatemi, F., Paknazar, F., & Dehdashti, A. (2022). Occupational burnout symptoms and its relationship with workload and fear of the SARS-CoV-2 pandemic among hospital nurses. *Frontiers in Public Health*, 10, 852629. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.852629>
- Ccahuana Gutiérrez, R., & Quispe Quispe, Y. S. (2025). Síndrome de burnout y calidad de sueño en profesionales de enfermería de hospitales categoría II-2 en Puno, 2024 [Tesis, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional UNA-Puno. Documento en línea. Disponible <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/25397>
- Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques (3.^a ed.). John Wiley & Sons. Documento en línea. Disponible <https://educationexclusive.com/upload/pdf/Sampling%20Techniques-William%20G.%20Cochran.pdf>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (4.^a ed.). CIOMS. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.56759/rgxl7405>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18, 41. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Ghahramani, S., Lankarani, K. B., Yousefi, M., Heydari, K., Shahabi, S., & Azmand, S. (2021). A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 758849. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.758849>
- Greenland, S., Senn, S. J., Rothman, K. J., Carlin, J. B., Poole, C., Goodman, S. N., & Altman, D. G. (2016). Statistical tests, P values, confidence intervals, and power. *European Journal of Epidemiology*, 31, 337-350. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0149-3>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLoS ONE*, 11(7), e0159015. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Hernán, M. A., & Robins, J. M. (2020). Causal inference: What if. Chapman & Hall/CRC. Documento en línea. Disponible <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102487>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336>
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., y Amick, B. (1998). The Job

- Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>
- Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling (4.^a ed.). Guilford Press. Documento en línea. Disponible <https://www.semanticscholar.org/paper/Principles-and-practice-of-structural-equation-4th-Kline/e2b9bd3e4f6cf25d662dac6d736680f67d464df6>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. En P. L. Perrewé y D. C. Ganster (Eds.), *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies* (pp. 91-134). *Elsevier*. Documento en línea. Disponible https://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay/alma9913174283406676/01NLM_INST:01NLM_INST
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3.^a ed.). Consulting Psychologists Press. Documento en línea. Disponible <https://search.gesis.org/publication/zis-MaslachJacksonLeiter1997Maslach>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2024). Cuestionario de identificación y evaluación de riesgos psicosociales en los lugares de trabajo. Documento en línea. Disponible <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/5650129-cuestionario-de-identificacion-y-evaluacion-de-riesgos-psicosociales-en-los-lugares-de-trabajo>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2025, 1 de mayo). Día del Trabajo: INSM alerta sobre el impacto del estrés laboral en la salud mental. Documento en línea. Disponible <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1159567-dia-del-trabajo-insm-alerta-sobre-el-impacto-del-estres-laboral-en-la-salud-mental>
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2024). MTPE lanzó la Estrategia Nacional Trabajemos Saludablemente. Documento en línea. Disponible <https://www.gob.pe/institucion/mtpe/noticias/1077792-mtpe-lanzo-la-estrategia-nacional-trabajemos-saludablemente-compromiso-de-todos>
- Nagle, E., Griskevica, I., Rajevska, O., Ivanovs, A., Mihailova, S., & Skruzkalne, I. (2024). Factors affecting healthcare workers burnout and their conceptual models: Scoping review. *BMC Psychology*, 12(1), 637. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02130-9>
- Oliva Ríos, I. (2022). Sobrecarga laboral y síndrome de burnout del personal de enfermería del área COVID-19, Hospital de Barranca [Tesis, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. Repositorio Institucional UNJFSC. Documento en línea. Disponible <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/7181>
- Organización Internacional de Normalización. (2021). ISO 45003:2021. Gestión de la seguridad y salud en el trabajo — Salud y seguridad psicológica en el trabajo. ISO. Documento en línea. Disponible <https://www.iso.org/obp/ui/es/#iso:std:iso:45003:ed-1:v1:es>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Burn-out an occupational phenomenon: International classification of diseases. Documento en línea. Disponible <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). Our duty of care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers. OMS. Documento en línea. Disponible https://www.who.int/publications/m/item/wish_report
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodgkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction. *JAMA Internal Medicine*, 178(10), 1317-1331. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
- Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R. C., Finco, G., & Campagna, M. (2014). Burnout and workload among health care workers: The moderating role of job control. *Safety and Health at Work*, 5(3), 152-157. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2014.05.004>
- Rotenstein, L. S., Brown, R., Sinsky, C., & Linzer, M. (2023). The association of work overload with burnout and intent to leave the job across the healthcare workforce during COVID-19. *Journal of General Internal Medicine*, 38(8), 1920-1927. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08153-z>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(10), e0185781. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Tito Ccapa, C. K. (2024). Nivel de resiliencia y síndrome de burnout en el profesional de enfermería del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2023 [Tesis, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional UNA-Puno. Documento en línea. Disponible <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/22560>
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The STROBE statement. *PLoS Medicine*, 4(10), e296. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
- Wang, Q., Ding, J., Dai, Y., Yang, S., & Zhou, Z. (2025). Occupational stress, burnout, and fatigue among healthcare workers in Shanghai, China: A questionnaire-based cross-sectional survey. *Healthcare*, 13(13), 1600. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.3390/healthcare13131600>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Yousef, C. C., Farooq, A., Amateau, G., Abu Esba, L. C., Burnett, K., & Alyas, O. A. (2024). The effect of job and personal demands and resources on healthcare workers' wellbeing: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 19(5), e0303769. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303769>
- Zhou, T., Xu, C., Wang, C., Sha, S., Wang, Z., Zhou, Y., & Ma, X. (2022). Burnout and well-being of healthcare workers in the post-pandemic period of COVID-19: A perspective from the job demands-resources model. *BMC Health Services Research*, 22, 284. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07608-z>