

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**  
**HUMANA**



**“SÍNDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DEL SUEÑO EN  
PERSONAL MÉDICO DE CENTROS DE SALUD I-4 DE LA CIUDAD  
DE TACNA, EN EL AÑO 2022”**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**FABRIZIO ALEJANDRO GUEVARA ARREDONDO**

**ASESOR:**

**MED. PEDRO ANIBAL NOVOA AVALOS**

**TACNA - PERÚ**

**2022**

## **DEDICATORIA**

*A mi madre y a mi padre, por tanto sacrificio,  
sin ustedes no sería ni la mitad de lo que soy.*

*Y, después de tanto, se logró cumplir la meta,  
lo lograron.  
Esto es de ustedes.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Gracias eternas a mis padres  
y hermanos, por creer en mí  
y por cuidarme siempre.*

*De igual forma,  
un inmenso agradecimiento  
a Nicol y a mis amigos, Rosa  
y Renato, por todo el soporte  
y la confianza que perdura  
hasta hoy.*

*Y muchas gracias a todos quienes  
colaboraron en esta etapa  
con mi enseñanza, no solo académica,  
si no también,  
de crecimiento personal.  
Gracias.*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	9
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	9
2.2. MARCO TEÓRICO .....	17
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES .....	32
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS .....	45
CAPÍTULO VI: RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES .....	57
SUGERENCIAS .....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60
ANEXOS.....	65

## RESUMEN

El síndrome de burnout y la calidad de sueño son puntos importantes a considerar en el personal médico, ya que la presencia del síndrome de burnout o una alteración en la calidad de sueño puede afectar el desempeño diario que este grupo de profesionales realiza, pudiendo tener consecuencias finalmente sobre la salud de las personas. **Objetivo:** conocer la relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 de Tacna en el año 2022. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio de tipo básico, con diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional. Participaron 57 médicos que se encontraban laborando aquel momento. Se utilizó un instrumento de recolección de datos que incluyó el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), formulado por Maslach y Jackson, para el estudio del síndrome de burnout y el Cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI por sus siglas en inglés) de los autores Buysse et al., para el estudio de la calidad de sueño. **Resultados:** Se encontró que el 85.9% de los encuestados no presenta ningún nivel del síndrome de burnout, el 12.3% presenta riesgo para padecer burnout y el 1,8% restante presentó tendencia para desarrollarlo. En cuanto a la calidad de sueño un 96.5% de los encuestados presentó alteración en el sueño; el Índice de calidad de sueño presentó una media de 9.36 (DS=2.809). Se realizó la correlación respectiva, hallándose que no existe correlación entre ambas variables ( $p$ -valor=0.844;  $\chi^2=0.338$ ), asimismo, no se halló relación entre el índice de Calidad de sueño y la dimensión agotamiento emocional ( $p$ -valor=0.5), la dimensión despersonalización ( $p$ -valor=0.055) y la dimensión realización personal ( $p$ -valor=0.938). **Conclusión:** no existe relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud estudiados.

Palabras clave: síndrome de burnout, calidad de sueño, personal médico, centros de salud.

## ABSTRACT

Burnout syndrome and sleep quality are important points to consider in medical personnel, since the presence of burnout syndrome or an alteration in sleep quality can affect the daily performance that this group of professionals performs, and may have consequences finally on people's health. **Objective:** to know the relationship between burnout syndrome and sleep quality in medical personnel of the I-4 health centers of Tacna in the year 2022. **Materials and methods:** a basic type study was carried out, with a non-experimental design, cross-sectional and correlational level. 57 doctors who were working at the time participated. A data collection instrument was used that included the Maslach Burnout Inventory (MBI) Questionnaire, formulated by Maslach and Jackson, for the study of burnout syndrome and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Questionnaire, by the authors Buysse et al., for the study of sleep quality. **Results:** It was found that 85.9% of the respondents do not present any level of burnout syndrome, 12.3% present a risk of suffering from burnout and the remaining 1.8% presented a tendency to develop it. Regarding the quality of sleep, 96.5% of the respondents presented sleep disturbance; the sleep quality index presented a mean of 9.36 (SD=2.809). The respective correlation was made, finding that there is no correlation between both variables (p-value=0.844;  $\chi^2=0.338$ ), likewise, no relationship was found between the sleep quality index and the emotional exhaustion dimension (p-value= 0.5), the depersonalization dimension (p-value=0.055) and the personal fulfillment dimension (p-value=0.938). **Conclusion:** there is no relationship between burnout syndrome and sleep quality in medical personnel of the health centers studied.

Keywords: burnout syndrome, sleep quality, medical staff, health centers.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es uno de los problemas más importantes y frecuentes que suele manifestarse en aquellos profesionales que sobrellevan una gran carga laboral. Este síndrome entonces, puede definirse como una mala respuesta o una no resolución del estrés laboral crónico, que termina generando repercusiones en diversas características del individuo, debido a aquello es que este síndrome se caracteriza por su alteración en 3 dimensiones, siendo estas el agotamiento emocional, los sentimientos negativos con respecto a su ámbito laboral (que para el concepto de burnout, se conoce como despersonalización) y finalmente, la realización personal del individuo (1). Uno de los grupos de profesionales más afectados son los médicos, ya que es bien conocida la gran demanda laboral y de responsabilidades que deben soportan, pudiendo desencadenar consecuencias sobre el desarrollo final de su actividad, que principalmente se basa en el contacto directo con personas. Actualmente no existen muchas revisiones sobre las consecuencias físicas o fisiológicas que puede desencadenar este síndrome sobre la salud, sin embargo, se le relacionan algunos problemas como trastornos psicosomáticos y alteraciones en el sueño (2).

Por otro lado, la calidad de sueño es un punto considerable para un buen desempeño en el día a día. La calidad de sueño puede definirse como una estructura compuesta de aspectos como la duración y latencia del sueño, el número de despertares que ocurre durante el sueño y la percepción que se tiene de bienestar y funcionabilidad tras el despertar (3). Es debido a lo mencionado, que se destaca la importancia que tiene esta variable en el personal médico, teniendo en cuenta que son el pilar fundamental del sistema de salud de la población.

Debido a lo mencionado es que decidió realizar una investigación adaptada al contexto y ámbito local, porque de esta manera se pueden generar nuevas estrategias para afrontar los problemas que presenten los profesionales de la salud en su práctica diaria. Por lo tanto, se reconoce la importancia de identificar el síndrome de burnout y la calidad de sueño en el personal médico, y la existencia o no de una relación entre ambas variables.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la sobrecarga laboral afecta directamente a las diferentes profesiones que cumplen sus labores en relación directa con sus clientes o usuarios, los cuales esperan ver en ellos un elevado nivel de compromiso como profesional, llegando a provocar reacciones negativas como el estrés laboral y en el peor de los casos el burnout (4).

Actualmente, el burnout ha sido investigado en diferentes grupos ocupacionales tales como: directivos empresariales, trabajadores del sector social, trabajadoras del hogar y voluntariados, puesto que este síndrome es consecuencia de una exposición continua al estrés laboral (5).

Este síndrome no solo está presente en países en vías de desarrollo, sino también en grandes potencias económicas como es el caso de Estados Unidos en donde aproximadamente en 45.5% de los médicos sufren o han sufrido el síndrome de burnout; mientras que el 40% de la población mundial económicamente activa lo ha padecido (6).

Asimismo, el estudio del burnout surge a partir de las consecuencias que este ocasiona en los individuos que lo padecen, las cuales van desde el plano interpersonal hasta el físico. No obstante, pueden generar repercusiones negativas en un entorno organizacional para el cual trabaja el colaborador afectado; repercutiendo en los objetivos y metas organizacionales (7).

Por otro lado, el sueño es una necesidad fisiológica vital para un óptimo funcionamiento del organismo. Dormir mal repercute negativamente en la salud, produciendo cansancio, abandono laboral, problemas sociales, familiares,

accidentes por sueño e inclusive llega a ser patológico provocando úlceras gástricas, depresión y burnout (7).

Todas estas consecuencias adversas para la salud, tanto psicológica y física, así como una mala calidad de sueño, tienen consecuencias fisiológicas en el ser humano; ya que al exponer a un individuo a la privación del sueño puede desencadenar alteraciones hormonales como la disminución tirotrópica, el aumento excesivo del nivel de cortisol al atardecer, así como el incremento de la actividad simpática neuronal (8).

A nivel local, el síndrome de burnout ha sido desarrollado en diferentes investigaciones, tanto para instituciones del sector público como para empresas privadas. Sin embargo, a la fecha no existe evidencia de estudios desarrollados en los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna, los cuales permitan establecer el comportamiento del síndrome de burnout y la calidad del sueño; por lo que ignorar su análisis podría desencadenar un riesgo a la productividad y desempeño laboral en su personal médico. No obstante, resulta relevante conocer la asociación de las variables antes mencionadas, para así obtener un diagnóstico para conocer la situación actual de dichos establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Es por ello que, ante la problemática identificada y en calidad de investigador, se tomó la decisión de iniciar el presente trabajo de tesis, con el objetivo de determinar la relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el año 2022.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 Problema General**

¿Cuál es la relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022?

### **1.1.2 Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son los niveles de burnout en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022?
- ¿Cómo se describe el índice de calidad de sueño en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022?
- ¿Cuál es la relación entre las dimensiones del síndrome de burnout y el índice de calidad de sueño en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.3 Objetivo General**

- Determinar la relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022.

#### **1.1.4 Objetivos Específicos**

- Determinar los niveles de burnout en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022.
- Determinar el índice de calidad de sueño en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022.
- Conocer la relación entre las dimensiones del síndrome de burnout y el puntaje global del índice de calidad de sueño en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022.

## 1.4. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de la tesis puede justificarse en consideración de su relevancia, teórica, metodológica, práctica, social y ética.

Según la relevancia teórica, conlleva a que se realice la revisión de diferentes teorías referentes al síndrome de burnout y la calidad del sueño, por lo cual se toma en consideración los antecedentes e información teórica encontrada, contrastándola con la realidad problemática presentado en el personal médico de los centros de salud de la ciudad de Tacna, logrando generar así nuevos indicios y aportes al conocimiento, de tal manera que se incremente el conocimiento científico respecto a las disciplinas profesionales que decidan estudiar las variables.

Asimismo, tiene relevancia metodológica, ya que el estudio tiene por objetivo hallar una problemática, aplicando de esta forma el método científico mediante el planteamiento del problema, determinación de objetivos, formulación de hipótesis y el uso de técnicas e instrumentos de investigación, presentando una herramienta científica referencial para nuevas investigaciones y resolución de problemas análogos en otros entornos geográficos.

También presenta una relevancia práctica, ya que a partir de la información que se logró obtener según la investigación, esta representa una fuente de información primaria que servirá para que el personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna, a partir de sus direcciones, puedan definir la toma de decisiones y estrategias que permitan mejorar las condiciones laborales del personal médico, teniendo esto finalmente gran relevancia a nivel social, ya que el fin común es el beneficio de los pacientes, que será aún mayor si se cuenta con profesionales con menos consecuencias derivadas del estrés laboral crónico.

La investigación cuenta con viabilidad desde el punto de vista ético, debido a que durante el desarrollo de la tesis se obtuvo información primaria fidedigna y genuina, sin manipular los datos o ambientes en los que se desenvuelve el personal médico que participó de la investigación. Por otro lado, la aplicación de

los instrumentos de investigación tuvo carácter anónimo, por lo que los datos personales de los participantes no serán revelados ni publicados, contando para ello con el debido consentimiento informado que brinde la autorización respectiva.

## 1.5. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- a) **Centros de salud I-4:** Establecimientos de salud del primer nivel de atención que tienen la capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud a nivel personal, familiar y comunitario. Y que, además cuentan con camas de internamiento y brindan servicios como intervenciones quirúrgicas de forma ambulatoria, atención del parto y del recién nacido, imagenología y diagnóstico precoz del cáncer (9).
  
- b) **Síndrome:** Este término incluye un conjunto reconocible de síntomas y hallazgos físicos, que se presentan a un tiempo determinado e indican una condición o patología específica, para la cual no se conoce necesariamente una causa directa (10) (11).
  
- c) **Burnout:** Término que proviene del inglés, y que su traducción al español es “quemado”, conocido también como síndrome de desgaste ocupacional, es la consecuencia del estrés laboral crónico que no ha podido ser resuelto y se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento emocional; despersonalización o sentimientos negativos con respecto al trabajo; y falta de realización personal (1).
  
- d) **Calidad de sueño:** El sueño no solo influye en la funcionalidad de nuestro organismo, ya que afecta también el desarrollo y operatividad que tenemos en la sociedad. Los malos hábitos de sueño o las perturbaciones que ocurran durante este, pueden afectar un punto muy importante del sueño, la calidad de sueño, que no solo corresponde al hecho de dormir bien, sino también al desempeño diurno que finalmente tendrá el individuo (12).

# **CAPÍTULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA**

## **2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1.1. A nivel Internacional**

Angulo y Cho (13), desarrollaron la investigación “Relación entre síndrome de burnout, calidad y cantidad de horas de sueño en posgradistas de la PUCE de los diferentes servicios en los hospitales de Quito”, en Quito, Ecuador, en el año 2017. El objetivo fue establecer la relación entre el síndrome de burnout, la calidad y cantidad de la duración del sueño en médicos posgradistas residentes de las especialidades brindadas por la PUCE de un hospital de Quito. La investigación fue observacional y de diseño transversal. La muestra estuvo compuesta por 322 posgradistas. Todas las medidas del síndrome de burnout se realizaron de acuerdo con las medidas de calidad del sueño de la Escala de burnout de Maslach y el Índice de Pittsburgh. Se usaron las estadísticas de tendencia central y Chi<sup>2</sup>. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de síndrome de burnout severa fue 30,7% (n=99), de síndrome de burnout moderado fue 38,5% (n=124) y síndrome de burnout leve fue 30,7% (n=99). Así mismo, el 96% (n=95) de los médicos posgradistas que sufría de mala calidad del sueño, tienen a su vez un grado de síndrome de burnout severo ( $p < 0.05$ ). Al final se concluyó que la calidad del sueño está asociada a la presencia de burnout, lo cual es crítico para el desempeño óptimo y efectivo de los médicos estudiantes de posgrado en tareas que requieren un alto grado de concentración y precisión.

Sabio et al. (14), realizaron la investigación “Síndrome de burnout y mala calidad del sueño en estudiantes de VII a X semestre medicina de la Universidad El Bosque”, en Bogotá, Colombia, en el año 2019. El objetivo general fue determinar la asociación entre el síndrome de burnout y la mala calidad del sueño entre los estudiantes de medicina del VII al X semestre. El tipo de investigación fue descriptivo, y de corte transversal. La muestra estuvo

constituida por 176 estudiantes, a quienes se les aplicaron encuestas auto administradas que incluían características sociodemográficas (edad, sexo y semestre) y las escalas Maslach y Pittsburg para evaluar la presencia del síndrome de burnout y mala calidad del sueño respectivamente. Además, se realizó el análisis de correlación de las variables numéricas mediante el establecimiento de índices de correlación de Pearson. Los resultados mostraron que la tasa de prevalencia del síndrome de burnout estudiantil fue del 73,3% y de la mala calidad del sueño fue del 77.8%. Asimismo, se demostró que el 60.79% de los estudiantes de medicina presentaron tanto Burnout como mala calidad del sueño con una relación estadísticamente significativa ( $p: 0,013$ ).

Samaniego et al.(15), presentaron la tesis “Calidad del sueño y satisfacción laboral en médicos residentes”, San Lorenzo, Paraguay. Publicado en San Lorenzo, Paraguay, en el año 2021. El objetivo general fue determinar la relación entre la calidad del sueño y la satisfacción laboral en los residentes del Hospital Región Militar Central. El tipo de investigación fue observacional, descriptivo y de diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 53 médicos, a quienes se les aplicaron encuestas a través del instrumento del cuestionario, siendo uno de estos el cuestionario de Pittsburgh. Para que las variables nominales se crucen entre sí, se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Para determinar la correlación entre variables nominales y cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados mostraron que, el 62,3% mostró una mala calidad de sueño, en comparación con el 37,7% que no mostró una alteración en su calidad de sueño. En cuanto a las características del sueño, el 45,3% dijo dormir al menos 5 horas al día, el tiempo de sueño promedió 5,4 horas. Finalmente, se demostró una asociación significativa entre la satisfacción laboral y la calidad del sueño ( $p>0,05$ ) y razón de probabilidad = 5,5. Finalmente, se concluyó que existía una asociación significativa entre la calidad del sueño y la satisfacción laboral entre los residentes.

### **2.1.2. A nivel Nacional**

Nunura (16) realizó la investigación “Burnout en profesionales de establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima Metropolitana” en el año 2016. Dicha investigación tuvo como objetivo determinar y describir los niveles de burnout en los profesionales de establecimientos de salud de Lima Metropolitana. El tipo de investigación fue básico, con diseño no experimental, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 85 médicos y 41 enfermeras. El instrumento usado para evaluar el síndrome de Burnout fue el Inventario de Burnout de Maslach. Los resultados obtenidos demostraron que el 49.2% de la muestra total no presentaba síndrome burnout, el 27% y el 14.3% de los encuestados presentaba riesgo y tendencia para este síndrome, y solo el 9.5% presentaba síndrome de burnout. Así mismo, el 12.9% de los médicos presentaba burnout, y el 23.5% y 15.3% presentaba riesgo y tendencia, respectivamente.

Medina (17), realizó la investigación “Calidad de sueño y nivel de estrés del personal de guardia de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima”, en el año 2016. Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de sueño y nivel estrés del personal de guardia de emergencia. El tipo de investigación fue básica, con diseño no experimental correlacional. Su muestra fue de 121 personas del personal del hospital, teniendo entre los encuestados a técnicos y profesionales del servicio de emergencia usando los cuestionarios de Pittsburg y el Inventario de Burnout de Maslach. Los datos se procesaron mediante la prueba Rho de Spearman ( $\alpha = 0.05$ ). Finalmente se mostró que la Calidad de sueño se asocia significativamente ( $p=0,000<0,05$ ) con el nivel de estrés del personal de guardia de emergencia. La relación que se obtuvo fue inversa, aunque en un nivel bajo ( $r=-0,390$ ): a menor calidad de sueño mayor era el nivel de estrés obtenido. Además, se demostró que la calidad de sueño se relaciona significativamente ( $p=0,000<0,05$ ) con el agotamiento emocional del personal de guardia. La relación que se obtuvo fue inversa, aunque igual en un nivel bajo ( $r=-0,423$ ): a menor calidad de sueño entonces mayor era el agotamiento emocional encontrado. Asimismo, la calidad de sueño se relaciona significativamente ( $p=0,033<0,05$ ) con la despersonalización, la relación fue inversa, aunque de nivel bajo ( $r=-0,194$ ): a

menor calidad de sueño entonces mayor despersonalización. Por último, la calidad de sueño no se relaciona significativamente ( $p=0,379>0,05$ ) con la realización personal de esta muestra estudiada.

Licham (5), elaboró la tesis titulada “Síndrome de burnout y calidad de sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo”, en el año 2017, en Trujillo. El objetivo general fue analizar la relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en trabajadores de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo, Perú. El tipo de investigación fue descriptivo correlacional y de diseño no experimental. La muestra estuvo compuesta por 136 profesionales de salud. Se utilizaron los cuestionarios “Inventario de burnout de Maslach” y el “Índice de calidad de sueño de Pittsburgh”. Los resultados mostraron que, en cuanto a la prevalencia de burnout, uno de cada cinco (20.59%) profesionales de la salud que participaron en el estudio, independientemente de su ocupación y turno de trabajo, desarrolló el síndrome. Por otro lado, con respecto a los niveles de calidad del sueño, se informó que el 29.4% de los participantes del estudio tenían una mala calidad del sueño, lo que indica que tenían dificultad con una o más de las siguientes dimensiones (sueño y vigilia anormales, calidad del sueño en sí). Finalmente, se concluyó que existe asociación entre la calidad del sueño y el síndrome de burnout en los trabajadores de salud de clínicas particulares de Trujillo ( $p<0.05$ ).

Cárdenas (18), realizó la investigación titulada “Prevalencia de síndrome de Burnout en los profesionales del centro de salud “David Guerrero Duarte” de Concepción – Junín”, publicada en el año 2019 en Junín. El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales del centro de salud “David Guerrero Duarte” de Junín. El tipo de investigación fue de tipo básica, no experimental, descriptiva. La muestra estuvo conformada por 92 profesionales de la salud, siendo 12 de estos, médicos. El instrumento que se utilizó para esta investigación fue el Inventario de Burnout de Maslach. Los resultados obtenidos fueron según las dimensiones, donde se reportó que el 48.9% de los encuestados presentaba agotamiento emocional alto, el 68.5% presentaba despersonalización alta y que

el 70.7% presentaba baja realización personal. Así mismo se halló que el 44.6% de los profesionales de salud de dicho establecimiento presentaba síndrome de burnout.

Moncca (19), realizó la investigación titulada “Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado del Hospital Goyeneche 2019-2020, Arequipa”, publicada en el año 2020 en Arequipa. El objetivo fue establecer la relación entre el grado de calidad del sueño y el síndrome de burnout entre los internos de medicina que ingresaron y egresaron de la práctica del Hospital Goyeneche en el período 2019-2020. El tipo de investigación fue correlacional, y de diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 133 internos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. Se utilizaron los cuestionarios Pittsburgh Sleep Quality Index, Epworth Sleepiness Scale y Maslach Burnout Scale. Las pruebas estadísticas fueron la prueba chi-cuadrado, la prueba odds ratio y correlación de Pearson. Se encontró que el 62,86% de los internos egresados y el 57,14% de los internos ingresantes tenían mala calidad de sueño ( $p > 0,05$ ). El 41,43% de los internos egresados presentó un alto grado de agotamiento emocional, frente al 28,57% de los internos ingresantes ( $p > 0,05$ ). El 45.71 % de los internos egresados y el 39,68 % de los internos ingresantes ( $p > 0,05$ ) presentaban un alto grado de despersonalización, el 30 % de los egresados presentaba un bajo sentido de realización personal, y entre los ingresantes el 66,67 % presentaba un alto grado de despersonalización ( $p < 0,05$ ). El burnout se encontró en el 17.14% de los internos egresados y en el 4,76% de los internos ingresantes ( $p < 0,05$ ). Finalmente, este estudio de correlación entre el síndrome de burnout y la calidad de sueño demostró que no existía relación entre aquellas variables ( $p=0.097$ ).

Campos (7) presentó la tesis “Calidad de sueño y Síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Belén de Trujillo, 2020”, en el año 2020, en Trujillo. El objetivo general fue establecer la relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en internos de medicina del Hospital de Belén de Trujillo en el año 2020. El tipo de investigación fue descriptivo y

correlacional. La muestra estuvo conformada 30 internos de medicina, a quienes se les aplicaron cuestionarios de Maslach Burnout Inventory y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Una vez realizado el análisis estadístico, se obtuvo que el 73,3% presentaba mala calidad del sueño. El 53,3% mostró desgaste moderado, de los cuales el 40,3% mostró alto agotamiento emocional, el 40% mostró baja despersonalización y el 53,3% mostró un buen sentido de realización personal. A partir de los datos obtenidos se procedió a utilizar la Prueba exacta de Fisher para determinar la relación entre calidad de sueño y síndrome de burnout, donde se apreció una significancia exacta de 0.643 que indica que no existe relación significativa entre calidad de sueño y síndrome de Burnout.

Lalapú (20), elaboró la investigación titulada “Síndrome de burnout en médicos asistentes que laboran en hospitales de contingencia covid-19 Piura, Perú durante el periodo 2021”, en Piura, en el año 2021. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de Síndrome de burnout en médicos asistentes que laboran en hospitales de contingencia COVID-19 de la región Piura durante el periodo 2021. El tipo de investigación fue descriptivo, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 97 médicos, a quienes se les brindaron encuestas a través del instrumento del cuestionario. Una vez analizados los datos estadísticamente, los resultados evidenciaron que la prevalencia del Síndrome de burnout fue del 16.5%. Un 53.6% de la muestra presentó un alto grado de agotamiento emocional, un 18.6% presentó alto grado de despersonalización y un 29.9% un bajo grado de realización personal. Finalmente, se concluyó que la prevalencia del síndrome de burnout en el personal durante la emergencia del COVID-19 de la región fue baja, debido a que, de los 97 encuestados, 16 presentaron las características que definen a dicho síndrome. Cabe resaltar que, a pesar de que el nivel de burnout fue bajo, se evidenció un alto grado de agotamiento emocional del personal sanitario encuestado, así como niveles medio-alto de despersonalización. Finalmente, este estudio reveló que el nivel de realización personal fue alto en la muestra encuestada.

### **2.1.3. A nivel Local**

Huanca (21), desarrolló la tesis “Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras (os) y personal técnico de enfermería del C.S. San Francisco, Tacna 2018”, en el año 2018 en Tacna. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras(os) y personal técnico de enfermería. El tipo de investigación fue de tipo básico, no experimental, descriptivo. La muestra estuvo constituida por 45 trabajadores (24 profesionales de enfermería y 21 técnicos de enfermería) que laboraban en el centro de salud San Francisco. Los instrumentos que se aplicaron fueron el Inventario de Burnout de Maslach y el Afrontamiento del estrés modificado. La técnica que usó para la recolección de datos fue la encuesta. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 70,83% de las enfermeras encuestadas reportaron síndrome de burnout en un nivel bajo, el 52,38% del personal técnico en enfermería mostró un nivel bajo de burnout, además de que un 38,10% de este mismo grupo de personal presentó burnout moderado.

Ramos (22) realizó la investigación titulada “Asociación entre sobrepeso y obesidad, calidad de sueño y actividad física en el personal de salud del Centro de Salud de la Esperanza de la Ciudad de Tacna en el año 2019” publicada en Tacna en el 2019. El tipo de investigación fue observacional, analítico, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 70 profesionales de la salud, de los cuales 10 eran médicos. Para la recolección de datos de la calidad de sueño se utilizó el Cuestionario de Pittsburgh. Los resultados obtenidos con referencia a la calidad de sueño en el personal de salud de este establecimiento fueron, que el 68.57% del personal de salud presentaba mala calidad de sueño, mientras que el 31.43% si presentaba buena calidad de sueño.

Torres (23), elaboró la investigación titulada “Síndrome de burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de covid-19 en el año 2020”, publicado en 2020 en Tacna. Su

propósito fue determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 2020. El estudio fue de diseño no experimental, exploratorio y transversal, de tipo básico, observacional y analítico, con un nivel descriptivo cuantitativo. La muestra participante fue de 52 médicos que utilizaron la Escala de burnout de Maslach (MBI) como herramienta para medir el síndrome de burnout. La conclusión final fue que durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 2020, la prevalencia del síndrome de burnout entre los médicos del Hospital Distrital de Moquegua fue baja, identificándose solo tres casos de médicos con diagnóstico condicional de síndrome de burnout (5,77% de los casos). El 94,23% no presentaron signos, por lo que se infiere que no hay indicios de que el síndrome de burnout sea un problema prevalente entre el personal médico en la actualidad.

Salomé (24), realizó la tesis titulada “Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en médicos que trabajan en el área COVID del hospital Daniel Alcides Carrión, Tacna – 2021”, publicada en el año 2021 en Tacna. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en el personal médico. El tipo de investigación fue no experimental, es prospectivo, transversal, y analítico. La muestra estuvo compuesta por 39 médicos que laboraban en el área de emergencias, cuidados intensivos y el área COVID de hospitalización. La técnica que se usó para recolectar los datos fue la encuesta, a través del instrumento Inventario de Burnout de Maslach. Como principales resultados se obtuvo una prevalencia del síndrome de burnout del 12,82%, se obtuvo un nivel de desgaste emocional de nivel bajo en un 51,28% de los encuestados; en cuanto a la despersonalización de los médicos, este fue mayor en el nivel bajo en un 61,54%; y en cuanto a la realización personal predominó el nivel alto en un 64,10%. Respecto a los factores asociados al síndrome de burnout, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y laborales con el síndrome de burnout.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. Síndrome de burnout**

Los autores López y Expósito (25), definen al síndrome de burnout como un estado de agotamiento laboral que afecta principalmente a los profesionales que sirven y ayudan a los demás, especialmente a los trabajadores de la salud y personal docente.

Por otro lado, Gil-Monte (26) indica que el síndrome de burnout es una respuesta a las presiones laborales crónicas. Es una autoexperiencia negativa que engloba cognición, emociones y actitudes negativas para el trabajo, hacia el compañero de trabajo y perjudicando también su desempeño profesional.

Asimismo, Roma et al. (27) señalan que el síndrome de burnout es un estrés laboral crónico que se caracteriza por un agotamiento emocional, indiferencia hacia el trabajo, cinismo y falta de eficacia profesional.

Maslach y Jackson (28) mencionan que el síndrome de burnout es una contestación al estrés emocional crónico determinado por la apatía, el agotamiento psicológico y la despersonalización en las relaciones con los demás, así como sentimientos de tareas laborales inadecuadas.

Finalmente, Brill (29) afirma que el síndrome de burnout es un estado disfuncional relacionado con la labor. Bajo esta patología, una persona no ha reemplazado su experiencia laboral anterior con un cambio psicológico significativo en el desempeño objetivo o la satisfacción individual, y ya no puede hacerlo si no fuera por la mediación exterior o el cambio de trabajo. Por lo tanto, es un malestar relacionado con salarios insuficientes, dificultades físicas, ignorancia e incompetencia o cualquier otro trastorno mental existente.

### **2.2.1.1. Importancia del Síndrome de burnout**

De acuerdo a Castel (30), la exposición frecuente al sufrimiento de las personas se asocia más con el síndrome de burnout entre el personal de salud en el ámbito clínico.

La importancia del síndrome de burnout, se explica por las consecuencias emocionales, conductuales, y las repercusiones que puede llegar a causar en la esfera familiar y social, así como en su ámbito laboral, provocando finalmente ausentismo laboral, un mal clima de trabajo y una baja productividad. Es así que, el personal de salud que este afectado por este síndrome realizará una atención inadecuada a los usuarios, como ya se ha reportado en algunos textos, desencadenando consecuencias negativas en la salud de la población (4).

### **2.2.1.2. Breve reseña de la conceptualización del Síndrome de burnout**

Los autores Gutiérrez et al. (31), argumentan que en 1974, Freudenberger, un psiquiatra que trabajaba en una clínica de adicciones de la ciudad de Nueva York, observó que la mayoría de los voluntarios perdían gradualmente la energía después de un año de trabajo hasta quedar exhaustos, experimentando síntomas de ansiedad y depresión, así como negatividad, ansiedad en el trabajo y agresividad. Como resultado de estos hallazgos, explicó: el burnout es el fracaso, el agotamiento o el sentirse agotado debido a una demanda excesiva de energía, fuerza o recursos. Fue en este punto cuando apareció por primera vez el término burnout en la literatura médica.

En la década de 1980, el psicólogo Maslach (28) de la Universidad de California, Estados Unidos, adoptó el término que Freudenberger usaba para definir el síndrome de burnout y, junto con el psicólogo Leiter de la Universidad de Nova Scotia, Canadá, desarrollaron una medida y herramienta para este síndrome, al que llamaron el cuestionario de Maslach, actualmente conocido como el Inventario de Burnout de Maslach (o MBI por sus siglas en

ingles Maslach Burnout Inventory). Esta es la herramienta más utilizada en el mundo desde que fue desarrollado en 1986.

### **2.2.1.3. Causas del Síndrome de burnout**

Apiquian (32), describe los factores causales de la presencia del síndrome de burnout. Estos son:

- Características del trabajo: El estrés a menudo es originado por un entorno de trabajo estresante. Los expertos afirman que es importante trabajar juntos para prevenir la fatiga.
- Turnos y horas de trabajo: Los turnos nocturnos pueden provocar fatiga crónica ya que la frecuencia cardíaca cambia el patrón de sueño y la tasa de excreción de adrenalina.
- Seguridad y estabilidad en el trabajo: El tener o no la certeza de continuar laborando puede generar repercusiones, llegando a producir rechazo hacia todo su ámbito laboral.
- Antigüedad profesional: La investigación confirma que son los primeros dos años de carrera profesional y el tener más de 10 años trabajando, son catalizadores para desarrollar asociaciones con la enfermedad.
- Incorporación de nuevas tecnologías: Los cambios en la tecnología conducen a cambios en las reglas, estructuras y puestos laborales, creando componentes estresantes.
- La estructura y el clima organizacional: Si la organización tiene un ambiente autoritario y centralizado, con muchos niveles de jerarquía, las posibilidades de desarrollar el síndrome de burnout son altas.
- Retroalimentación Recibir comentarios o críticas constructivas con las acciones y los resultados de estas acciones, es positivo y crea un ambiente laboral más sano.
- Edad: En los años iniciales del ejercicio laboral, por lo general, no se alcanza las recompensas esperadas o prometidas; entonces cuanto más joven es el trabajador, más probable es que sufra el síndrome de burnout.

- Sexo: Ocurre con más frecuencia entre las mujeres puesto que tienen tanto una carga de trabajo como de familia.
- Estado civil: Aunque el estar casado o tener una relación sentimental estable se ha asociado a menos síndrome de burnout, esto no es algo absoluto. Sin embargo parece ser que la presencia de hijos, permite que los individuos generen mayor capacidad de respuesta frente a estresores, y por lo tanto menos burnout, nuevamente, esto no es algo compartido por todos los investigadores (32).

#### **2.2.1.4. Síntomas y consecuencias del Síndrome de burnout**

Citando al autor Párraga (33), las personas con síndrome de burnout pueden experimentar los siguientes síntomas:

- Síntomas emocionales: Impotencia, depresión, desesperanza, irritabilidad, indolencia, decepción, hostilidad, falta de tolerancia, pesimismo, sentimientos reprimidos.
- Síntomas cognitivos: Pérdida de motivación, desconcierto cognitivo, cinismo, distracción, mala respuesta a la crítica, pérdida de autoestima, de creatividad y de valores.
- Síntomas conductuales: Ausentismo e intento de abandonar la responsabilidad, evasión de la misma, autohumillación, autosabotaje, desprecio por la labor propia, comportamiento inadaptado, confusión, compromiso excesivo, evitación en la toma de decisiones y mayor consumo de drogas. Así mismo estas conductas generan repercusiones a nivel social, como retraimiento, distanciamiento afectivo y ausentismo.
- Síntomas psicósomáticos: Cefalea, dolor musculoesquelético, cambio en el peso, pérdida de apetito, disfunción sexual, problemas para dormir, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares y enfermedades gastrointestinales.

Por su parte, Gutiérrez et al. (31) indica que las manifestaciones clínicas pueden seguir la secuencia siguiente: al inicio de la primera etapa, se observa un desequilibrio entre las necesidades del trabajo y los recursos tanto materiales como humanos, de manera que lo primero mencionado supera a lo

segundo, lo que conducirá a situaciones de estrés agudo. En la segunda etapa, se manifiesta un esfuerzo excesivo para tratar de mantener cubiertas las necesidades del trabajo. En la tercera etapa, y tras una falta de resolución del problema, se desarrollará síndrome de burnout. Y finalmente, en la cuarta etapa el individuo se encuentra física y mentalmente deteriorado.

De acuerdo a Hernández (34), las secuelas o consecuencias del síndrome de burnout van desde una merma en la calidad del trabajo y conflicto laboral hasta la progresión de problemas psicosomáticos, trastornos mentales e incluso el suicidio.

#### **2.2.1.5. Diferencias frente a otros constructos**

Dado el problema de determinar un concepto único del síndrome de burnout, es necesario identificar las diferencias con términos similares y, a menudo, se estima alguna similitud. Frente a ello, diferentes autores identificaron los siguientes contrastes:

##### **- Burnout vs Alienación**

Para determinar una mayor disparidad entre los conceptos de alineación y síndrome de burnout, algunos autores se basan en la sugerencia de Cherniss (35) y enfatizan que la alineación ocurre cuando una persona tiene poca libertad para desarrollar ciertas actividades que puede realizar, mientras que el burnout puede ocurrir cuando a pesar de tener la libertad para realizar tareas, no es posible hacerlas (36).

##### **- Burnout vs Ansiedad**

Respecto a la ansiedad, no debe confundirse con el burnout. Leiter (37) argumenta que la ansiedad puede ser parte del burnout. Por otro lado, se ha establecido que la ansiedad ocurre cuando los sujetos creen que no tienen las habilidades necesarias para manejar la situación en la que se encuentran, y el desgaste emocional se presenta cuando las exigencias del entorno

muchas veces superan las capacidades y habilidades que el sujeto cree tener (38).

#### - **Burnout vs Depresión**

Según algunos autores hay que tener en cuenta que la depresión puede ser parte del síndrome de burnout (39), así mismo existen investigaciones que relacionan positivamente la depresión con el síndrome de burnout (40) (41). Sin embargo, para algunos autores se trata de dos problemas separados, ya que el burnout corresponde a un proceso social, afectando la transición entre la interacción social y la planificación, como resultado de un estrés ocupacional crónico (42); mientras que la depresión se refiere a un deterioro del estado mental general que se caracteriza principalmente por la presencia de emociones y creencias tanto restrictivas como negativas, que terminan finalmente influyendo en los vínculos interpersonales de una persona afectada (43).

#### - **Burnout vs Estrés**

Es importante señalar que el estrés psicológico no debe confundirse con el burnout, ya que este último se refiere a una respuesta inadecuada a los estresores emocionales crónicos o a ciertos mecanismos específicos de afrontamiento y autoprotección que a menudo se activan para evitar las interacciones entre profesionales y usuarios o el estrés generado en la relación entre profesionales y organizaciones, dicho de otro modo un síndrome exclusivo del contexto laboral que genera consecuencias negativas (44). Mientras que el estrés propiamente dicho, se acompaña tanto de consecuencias positivas y negativas, pudiéndose presentar en muchos ámbitos de la vida (43).

#### **2.2.1.6. Cuestionario de MBI de Maslach y Jackson**

Hay varios modelos para estudiar y evaluar el burnout, pero el más usado es el modelo planteado por Maslach y Jackson (28) cuya herramienta o test Maslach Burnout Inventory (MBI) es la más aplicada. Existen 03 versiones formales del

modelo, el cual es el resultado de una transformación teórica de la estructura debido a la ambigüedad de los factores que surgen cuando se aplica a diversas ocupaciones. Estas son:

- Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) de 1981, el cual se enfoca en áreas de ciencias sociales que presenta 22 ítems.
- Maslach Burnout Inventory Educators Survey (MBI-ES) direccionado al sector educación de 22 ítems (creado por Maslach y Schaufeli en 1993).
- Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) de 1996 ejecutado en profesiones no asistenciales y presenta 16 reactivos (creado por Maslach, Jackson y Leiter en 1996) en el cual se re conceptualiza al burnout como una dificultad en vínculo con la misma labor.

Según al Maslach Burnout Inventory (MBI), para ponderar el burnout, se toma en consideración 03 dimensiones:

- **Agotamiento emocional:** Estima la sensación de agotamiento, realizado al término del día, fatiga, cansancio, tensión de emocional, que se expresa como falta de energía para efectuar la labor.
- **Despersonalización:** Implica una actitud de indiferencia, desprecio y alienación hacia el propio trabajo, el valor y significado que se le puede atribuir. Se manifiesta como pérdida de interés, entusiasmo por el trabajo y cuestionamiento del valor del trabajo efectuado.
- **Realización personal:** Está relacionado con las expectativas que el individuo tiene hacia su labor profesional, lo que se refleja en la percepción que uno tiene sobre su capacidad para el desempeño de su trabajo, así como los aportes que se brinden para la organización del trabajo, las cosas verdaderamente valiosas que hacen y sus logros profesionales.

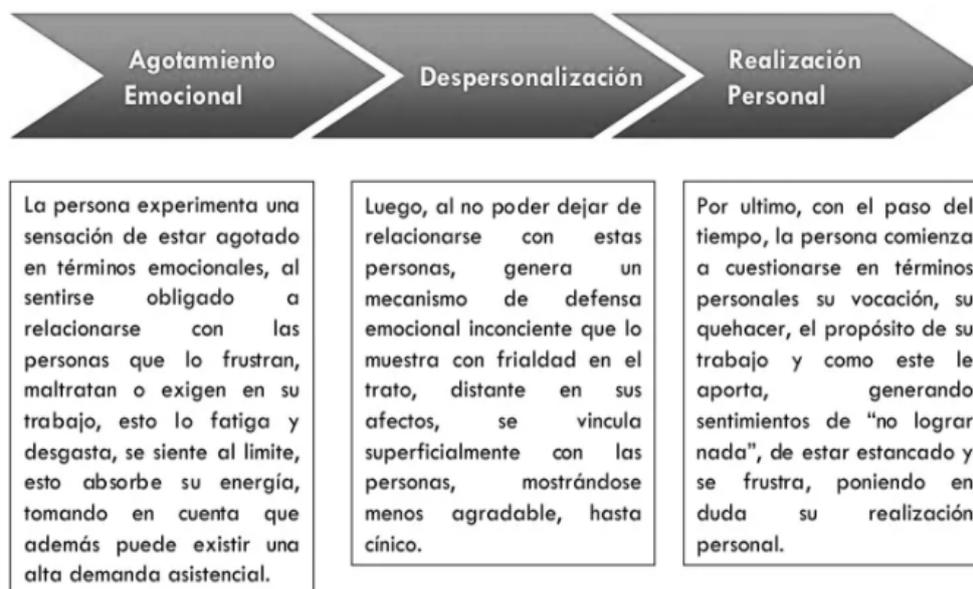


Figura 1. Fases de evolución del Síndrome de burnout desde las dimensiones que la componen de Maslach & Jackson (28).

#### 2.2.1.7. Otras escalas para medir el síndrome de burnout:

- Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP): desarrollada por Jones en (1980), la escala mide la graduación del síndrome de burnout mediante una puntuación global (45).
- Matthews Burnout Scale for Employes (MBSE): desarrollada por Matthews (1990), esta escala permite obtener un puntaje que permite discriminar la ausencia y presencia del síndrome de burnout (46).
- Efectos Psíquicos del Burnout: desarrollado por Izquierdo (1990), mide los efectos físicos del agotamiento, ya que los autores consideran al agotamiento como el elemento esencial del síndrome de burnout (47).
- Rome Burnout Inventory (RBI): desarrollado por Dell'Erba et. al. (1994), se trata de un instrumento que además del burnout, mide también la insatisfacción laboral y otras variables predictoras del síndrome como el apoyo social (48).

#### 2.2.2. El sueño

Es importante considerar la definición que los autores Guyton y Hall (49) brindan, definiéndolo como una necesidad humana básica. Siendo este un

estado inconsciente en el que una persona puede ser despertada por estímulos que pueden ser sensoriales o de algún otro tipo.

#### **2.2.2.1. Funciones del sueño**

A pesar de lo mucho que se conoce acerca del sueño, aun no existe una respuesta clara sobre las funciones que este cumple en nuestro organismo, sin embargo, se conocen diversas hipótesis que señalan que el sueño tiene diversas funciones fisiológicas en nuestro organismo, tales como regular la temperatura cerebral, restaurar daños tisulares, mejorar la plasticidad neuronal y, por lo tanto, la memoria y cognición, conservar energía, mantener la inmunidad, etc.(50) (51).

#### **2.2.2.2. Tipos de sueño**

Tomando como referencia a diversos autores, entre quienes destacan Guyton y Hall (49) y Chokroverty et al. (52), los tipos de sueño se clasifican en 02: sueño no REM, y sueño REM. Se desarrollan a continuación:

##### **a) Sueño No REM**

También conocido como NMO, todo episodio de sueño inicia con el llamado sueño sin movimientos oculares rápidos o sueño de ondas lentas (SL), debido a la naturaleza de las ondas en las grabaciones del electroencefalograma (EEG). Ocurre cuando se inhibe la actividad del sistema de activación reticular (RAS). Aproximadamente el 75-80% del sueño por noche es sueño no REM (52).

Presenta las siguientes fases o etapas:

##### **FASE 1**

Esta fase está referida a la aparición de la somnolencia o sueño ligero, cuando es fácil despertar, la actividad muscular disminuye gradualmente, se observan algunas contracciones musculares breves, en el electroencefalograma (EEG) se observa actividad de frecuencia mixta, con voltajes bajos y algunas ondas agudas (ondas agudas del vértex) (52).

## FASE 2

En la electroencefalografía (EEG), se caracteriza por la aparición de patrones específicos de actividad cerebral llamados husos de sueño (el primer signo de que el sujeto está realmente dormido) y el complejo K (compuesto por la onda bipolar de alto voltaje), tanto la temperatura física, como la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria comienzan a disminuir gradualmente y aparecen ondas características, las ondas theta (52).

## FASE 3

Se desarrolla aproximadamente 30 minutos después del inicio del sueño (fase 1), se caracteriza por un sueño profundo caracterizado por la presencia de ondas delta muy lentas, acompañado de un marcado descenso de la temperatura corporal y cambios en el pulso y la presión arterial, estrés, ausencia de movimientos oculares, ritmo cardíaco y respiratorio muy lento, y ausencia de sueños (52).

## FASE 4

Conocido como sueño profundo, las funciones vitales se reducen al mínimo con poco o ningún movimiento. En esta etapa realmente se está descansando, aparece 90 minutos después de quedarte dormido y dura de 20 a 30 minutos. La frecuencia del electroencefalograma (EEG) se reduce gradualmente hasta alcanzar un valor de solo 1 a 3 ondas por segundo, durante el cual hay ondas delta (49) (52).

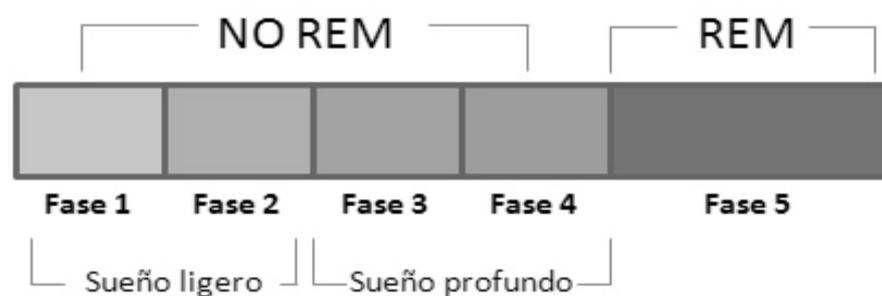
### **b) Sueño REM**

El sueño REM ocurre después de 70 a 100 minutos de sueño NREM, la primera etapa del sueño REM se caracteriza por un patrón de EEG rápido en frecuencia y baja en amplitud, además de descargas motoras oculares muy reducidas e igualmente una disminución notable del tono muscular, además de presencia de ondas beta (53).

Los episodios de sueño REM representan alrededor del 25% del tiempo total de una persona joven; estos episodios suelen ocurrir cada 90 minutos. Durante el sueño nocturno normal, el sueño REM generalmente tiene una

duración de 5 a 30 minutos, repitiéndose cada 90 minutos, esto quiere decir que durante una noche promedio de sueño, el sueño REM puede presentarse entre 4 a 6 veces. El sueño REM tiene varias características importantes (49).

- 1.- Despertar a una persona a través de estímulos sensoriales es aún más difícil que durante el sueño profundo de ondas lentas, pero muchas veces las personas se despiertan espontáneamente por la mañana durante el sueño REM.
- 2.- El tono muscular de todo el cuerpo se reduce mucho, lo que indica una fuerte inhibición de la zona de control muscular de la médula espinal.
- 3.- El ritmo cardíaco y el ritmo respiratorio muchas veces se vuelven irregulares.
- 4.- Existen movimientos musculares irregulares a pesar de la extrema inhibición de los músculos periféricos. Suceden además de los movimientos oculares rápidos.
- 5- El cerebro está muy activo durante el sueño REM y el metabolismo cerebral global puede aumentar un 20%. Un electroencefalograma (EEG) muestra patrones de ondas cerebrales similares a los que se ven cuando se está despierto (44).



**Figura 2.** Tipos de Sueño (No REM y REM) de Guyton y Hall (44), Berman y Snyder (9), y Chokroverty et al. (51)

### 2.2.2.3. Calidad de sueño

A lo largo del tiempo han existido dificultades para poder definir la calidad de sueño, sin embargo diversos investigadores definen la calidad de sueño como

una estructura que involucra aspectos cuantitativos como la duración, la latencia y el número de despertares, y aspectos subjetivos, como la percepción que tiene el individuo del sueño, es decir, el sentirse descansado o no tras despertar, al igual que sentirse o no con energías para poder desempeñar una óptima funcionalidad diaria (3) (54) (55).

Otra definición, más clásica, sugiere que la calidad de sueño es un constructo que ayuda a evaluar si un sujeto está durmiendo bien o no y, por lo tanto, intervenir en el contexto de las alteraciones del sueño que pueden afectar la salud física y/o la calidad de vida del individuo (56).

Finalmente, la calidad de sueño puede evaluarse de dos maneras, teniéndose una forma objetiva, que se realiza mediante registros de electroencefalografía; y una forma subjetiva, a través de diarios de sueño y cuestionarios autoaplicados (3) (55).

#### **2.2.2.4. Factores asociados a la calidad del sueño**

Reuniendo las concepciones realizadas por diversos estudios, se puede determinar que los factores asociados a la calidad del sueño, siendo las siguientes:

- *Edad*: Las demandas de sueño fluctúan según la edad, los adultos exhiben patrones de sueño monofásicos con una duración promedio de 7,5 a 8 horas por noche, mientras que los adultos mayores y los niños en edad escolar muestran patrones de sueño bifásicos, es decir en 2 segmentos, con un despertar entre ambos (53).
- *Sexo*: Las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos del sueño, y varios factores orgánicos y hormonales, tales como la menstruación, la ovulación, el embarazo y la menopausia, provocando entonces una disminución de la calidad de sueño (57).

- *Estado civil*: Se encontró que la calidad de sueño era menor entre las personas separadas, divorciadas o viudas. En un estudio de 2014 en Cuenca se observó que las personas que estaban en pareja tenían mejor calidad de sueño que las que no estaban en pareja (58).
- *Fármacos que afectan el sueño*: Ansiolíticos, aumentan la capacidad para poder conciliar el sueño y también el tiempo de este, ya que provocan una depresión del sistema nervioso central; estimulantes: como las anfetaminas y la cocaína, que estimulan la liberación de catecolaminas, provocando dificultad para poder conciliar el sueño (59).
- *Tabaquismo*: Los fumadores tienen menor duración del sueño, mayor latencia del sueño, mayor frecuencia de apnea y menor calidad del sueño que los no fumadores (59).
- *Alcohol*: La relación del alcohol con el sueño es compleja, debido a que, por sus efectos sedantes y relajantes, pueden servir como un hipnótico. Sin embargo algunos estudios abalan que en realidad el consumo de alcohol se asocia con un menor tiempo de sueño (59).
- *Uso de tecnología durante la noche*: Debido a que los nuevos aparatos o dispositivos requieren mucho de nuestra atención, pueden conllevar a problemas para conciliar el sueño y, además, la luz que producen suprime la liberación de melatonina, una hormona del sueño, lo que desencadena que le sea más dificultoso que pueda lograr dormir (60).

#### **2.2.2.5. Importancia de la Calidad de Sueño**

Se sabe que tener una mala calidad de sueño está relacionado con diversos problemas de la salud, tales como patologías cardiovasculares, psiquiátricas y otras de tipo crónicas. A continuación, se describirán dichos problemas:

- Una mala calidad de sueño se relacionó con un riesgo incrementado de desarrollar enfermedad coronaria (61).

- A nivel psiquiátrico, una mala calidad de sueño ha sido asociado a depresión y ansiedad, así mismo, se ha asociado también a problemas de alcoholismo y tabaquismo. Otros estudios sugieren también asociaciones entre una mala calidad de sueño y otros trastornos psiquiátricos como el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno bipolar (62) (63) (64) (65).
- El empeoramiento de la severidad de la neuropatía periférica en los pacientes diabéticos tiene también una relación significativa con una mala calidad de sueño (66).
- Una mala calidad de sueño se relaciona también a sobrepeso y obesidad, y a un estilo de vida más sedentario (67).

#### 2.2.2.6. Índice de calidad del sueño de Pittsburgh

El Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (ICSP o PSQI por sus siglas en inglés) se creó para evaluar la calidad del sueño de las personas e identificar los problemas que pueden existir y afectar su vida diaria. Es una herramienta de evaluación directa y autoaplicada con preguntas correspondientes a los factores que intervienen en la calidad del sueño (56).

El PSQI se usa comúnmente en campos clínicos y de investigación para identificar y diferenciar cómo las personas, los pacientes, etc., han dormido en el último mes (68) (69) (70).

El PSQI presenta 19 ítems que examinan 7 dimensiones vinculadas con la calidad del sueño. Dichas dimensiones son:

- 1) **Calidad de sueño subjetiva**, está referido a qué tan bien los individuos distinguen su sueño.
- 2) **Latencia de sueño**, está referido al tiempo que transcurre desde que se empieza a intentar conciliar el sueño.
- 3) **Duración del dormir**, o sea, el número de horas que se duerme.

- 4) **Eficiencia de sueño**, está referido al % de tiempo pasado dormido en relación con el tiempo pasado en la cama.
- 5) **Alteraciones de sueño**, síntomas que involucran apnea, insomnio y problemas para conciliar el sueño.
- 6) **Uso de medicamentos para dormir** y
- 7) **Disfunción diurna**, referido a la somnolencia diurna y las dificultades posibles asociadas con ella.

La precisión del PSQI en la evaluación de la calidad del sueño se ha demostrado en estudios que implican a diferentes grupos de participantes (adolescentes, adultos, adultos mayores, etc.). Se considera el instrumento más preciso y eficiente en el diagnóstico del sueño y se usa más comúnmente para evaluar el sueño tanto en personas con alguna patología como en personas sanas (68) (71) (72) (73).

#### **2.2.2.7. Otras escalas para medir la calidad de sueño:**

- Epworth Sleepiness Scale (ESS): desarrollado por Johns (1991), es una escala que mide la probabilidad que tiene un sujeto de que tiene de quedarse dormido en las actividades diarias. Esta escala ha sido usada para investigar diversos estudios realizados al sueño (74).
- Sleep Quality Scale (SQS): desarrollado por Yi (2006), es una escala que permite evaluar la calidad de sueño en 6 dimensiones y obtener un puntaje total para medir la calidad de sueño. (75)
- Consensus Sleep Diary (CSD): desarrollado por Carney et. al (2012), es un cuestionario autoaplicado en forma de diario que se creó inicialmente para la investigación del insomnio, sin embargo, también ha demostrado ser útil para la medición de la calidad de sueño (76)

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

El síndrome de burnout se relaciona de forma significativa con la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022.

#### **3.2. VARIABLES**

- Variable 1: **Síndrome de burnout**
- Variable 2: **Calidad del sueño**

#### **3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

*Operacionalización de la variable burnout*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Categorías	Ítems	Escala de medición
burnout	Consecuencia y respuesta al estrés crónico vinculado al rol, la actividad y el contexto académico, de carácter maligno, insidioso y que puede afectar el desarrollo, el compromiso y la satisfacción de los estudiantes con su formación y vida académica, además de su salud psicosocial. (Caballero, 2012)	Dimensiones de burnout obtenidos de la aplicación del Inventario de burnout de Maslach-MBI, el cual consta de 22 ítems.	Agotamiento emocional: Recursos emocionales agotados o insuficiente energía para sobrellevar situaciones diarias.	Bajo (0-14) Medio (15-29) Alto (30-44)	1,2,3, 6, 8, 13, 14 16 y 20	Presenta burnout (alto-medio-bajo) No presenta burnout
			Despersonalización: Respuesta negativa de auto-protección ante la desilusión y el agotamiento mediante el aislamiento.	Bajo (0-5) Medio (6-10) Alto (11-30)	5, 10,11, 15 y 22	
			Realización personal: Sentimientos de competencia eficacia y productividad en el desempeño.	Bajo (13-24) Medio (25-36) Alto (37-48)	4,7,9,12,17, 18,19,21	

*Operacionalización de la variable Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Índice de calidad de sueño de Pittsburgh		Dimensiones del índice de calidad de sueño obtenidos con la aplicación del PSQI de 19 ítems.	Calidad subjetiva del sueño	6	Ordinal
			Latencia de sueño	2, 5a	
			Duración del sueño	4	
			Eficiencia de sueño habitual	3, 1	
			Perturbaciones del sueño	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j	
			Uso de medicación hipnótica	7	
			Disfunción diurna	8, 9	

*Dimensiones e indicadores de las variables Síndrome de burnout y Calidad de sueño*

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
Síndrome de burnout	Agotamiento emocional	Sensación de agotamiento
		Cansancio
		Tensión de origen emocional
		Indiferencia
	Despersonalización	Desprecio
		Alienación hacia el trabajo
	Realización personal	Capacidad para el trabajo
Aportes efectivos en la organización del trabajo		
Calidad del sueño	Calidad de sueño subjetiva	Percepción personal
	Latencia de sueño	Inicio de conciliación del sueño
	Duración del dormir	Número de horas de sueño
	Eficiencia de sueño	Contraste tiempo dormido vs tiempo en cama
	Alteraciones de sueño	Insomnio, apnea y dificultad para conciliar el sueño
	Uso de medicamentos para dormir	Fármacos
	Disfunción diurna	Somnolencia diurna

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

##### **4.1.1. Tipo de investigación**

El presente trabajo de investigación es de tipo básico, debido a que, según su naturaleza, se fundamentó sobre teorías previas, las mismas que fueron contrastadas en personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna, con el objetivo de generar nuevo conocimiento científico.

##### **4.1.2. Diseño de investigación**

Referente al diseño, la presente investigación es transversal, ya que para su desarrollo se realizó un enfoque en la recopilación de data en un solo momento de tiempo. En este caso, los datos que fueron analizados corresponden al año 2022.

##### **4.1.3. Nivel de investigación**

El nivel de investigación es correlacional, partiendo de una relación de interdependencia entre las variables síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna, en el año 2022 (77).

#### **4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El ámbito de investigación está representado por los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna, en cuyas instalaciones se realizó la evaluación del personal médico según el síndrome de burnout y la calidad del sueño.

Dicha evaluación se realizó *in situ*, es decir, de forma presencial, ya que se contó con la accesibilidad y las facilidades debidas que permitieron aplicar los instrumentos de investigación.

### **4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **4.3.1. Población**

La población se compone por 58 médicos de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el año 2022.

#### **4.3.2. Muestra**

Tomando en cuenta el tamaño de la población, a la misma que se tiene acceso, se realizó un censo.

Del total de la población solo 1 médico fue excluido del presente estudio al momento de realizar el muestreo, debido a que solo realizaba trabajo administrativo, siendo este un criterio de exclusión tal como se describe en la sección siguiente de los criterios de selección.

En tal sentido, el estudio estuvo dirigido a la totalidad de médicos de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el año 2022.

A continuación, en la Tabla 1 se observa la composición de la muestra, siendo un 59.6% de varones y el resto de mujeres. Así también con respecto a la edad, el 50.9% tienen edades entre los 25 y 40 años, siendo la edad mínima 29 y la máxima 62 años. Con respecto al centro de salud donde laboran el 35.1% de ellos trabajan en La Esperanza, el 33.3% en Ciudad Nueva y el resto en el C.S. San Francisco.

Así mismo, se obtuvo que el tiempo de servicio o de actividad laboral de los profesionales de la salud y se reportó que un 36.8% de éstos se hallan entre 1 a 9 años en actividad, un 29.8% entre 10 y 19 años, seguido de un 26.3% entre los 20 y 29 años y el resto más de 30 años. Asimismo, el 31.6% de la muestra tienen una especialidad. Finalmente, la modalidad de contrato en la que ejercen sus labores, se observa que un 61.4% es personal nombrado, el 14% es personal contratado como DISA y el resto como CAS.

**Tabla 1:** Composición de la muestra

Variable		n	%
Sexo	Hombres	34	59.6
	Mujeres	23	40.4
Edad	Entre 25 y 40 años	29	50.9
	Entre 41 a 60 años	25	43.9
	Mayores a 61 años	3	5.3
Centro de Salud	La Esperanza	20	35.1
	Ciudad Nueva	19	33.3
	San Francisco	18	31.6
Años en actividad	Entre 1 a 9 años	21	36.8
	Entre 10 a 19 años	17	29.8
	Entre 20 a 29 años	15	26.3
	Más de 30 años	4	7.0
¿Es especialista?	No	39	68.4
	Sí	18	31.6
Modalidad de contrato	Nombrado	35	61.4
	CAS	14	24.6
	DISA	8	14

#### 4.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

##### **Criterios de inclusión:**

- Médicos que laboran en los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el presente año, que deseen participar en el estudio.
- Médicos que laboren de forma presencial.
- Médicos que laboren bajo cualquier modalidad de contrato.

#### **Criterios de exclusión:**

- Médicos que laboran en los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el presente año, que no deseen participar en el estudio.
- Médicos que realicen solo trabajo administrativo.

#### **4.4. TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

##### **4.4.1. TÉCNICA**

La técnica utilizada en el presente trabajo de investigación fue la encuesta, cuya unidad de estudio son los médicos de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el año 2022.

##### **4.4.2. INSTRUMENTOS**

Tomando en cuenta dicha técnica, el instrumento usado fue el cuestionario, empleándose para ello el Cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory), formulado por Maslach y Jackson (28) para medir el síndrome de burnout y el Cuestionario PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) para medir la calidad de sueño.

###### **4.4.2.1. Inventario de Burnout de Maslach (MBI):**

Para evaluar el síndrome de burnout, el cuestionario de Maslach y Jackson creado en 1986, que consta de 22 ítems y mide 3 dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), es el más usado en la actualidad para hallar el síndrome de burnout. Este instrumento en su formato original ha sido validado y consta de la confiabilidad suficiente cuando se realizó su publicación (28). Para la presente investigación se utilizó una adaptación brindada por Llaja et al. (78), ya que ha sido adaptado y validado en el Perú para poder ser aplicado al personal de salud. Estos últimos autores, entienden al síndrome de burnout como una variable continua, cuyos valores van en crecimiento, de tal modo que se puede iniciar con un síntoma en una de las dimensiones y allí se llamará “riesgo”, pero también podrá continuar a dos síntomas, en cuyo caso se llamará

“tendencia” y, finalmente, si aparecen los tres síntomas, allí propiamente se llamará “síndrome de burnout”, caracterizado por: cansancio emocional alto, despersonalización alta y baja realización personal.

Este cuestionario está constituido por 22 ítems que se evalúan con una escala tipo Likert de 7 puntos (desde 0 hasta 6), dependiendo de la frecuencia en la que presentan dichos ítems.

Dimensiones	Ítems	Categorías
Agotamiento emocional	1,2,3, 6, 8, 13, 14 16 y 20	Bajo: 0-14
		Medio: 15-29
		Alto: 30-44
Despersonalización	5, 10,11, 15 y 22	Bajo: 0-5
		Medio: 6-10
		Alto: 11-30
Realización personal	4,7,9,12,17, 18,19,21	Bajo: 13-24
		Medio: 25-36
		Alto: 37-48

De esta forma se obtiene una categorización de cada dimensión, y a continuación, se trabajó con el algoritmo propuesto por los autores: alto (valor 3), medio (valor 2) y bajo (valor 1).

- **Riesgo:** una persona en riesgo de presentar burnout se caracteriza por presentar un síntoma alto de agotamiento emocional o despersonalización. Mientras que, también estará en riesgo, si la realización personal es baja.
  - Agotamiento emocional = 3, despersonalización < 3, realización personal > 1
  - Agotamiento emocional < 3, despersonalización = 3, realización personal > 1

- Agotamiento emocional < 3, despersonalización < 3, realización personal = 1
- **Tendencia:** una persona en tendencia a presentar burnout se caracteriza por presentar solo dos síntomas del síndrome de burnout, alto agotamiento emocional o alta despersonalización, o una baja realización personal.
  - Agotamiento emocional = 3, despersonalización < 3, realización personal = 1
  - Agotamiento emocional < 3, despersonalización = 3, realización personal = 1
  - Agotamiento emocional = 3, despersonalización = 3, realización personal > 1
- **Burnout:** Si los tres síntomas están presentes de la siguiente manera, entonces se trata de burnout:
  - Agotamiento emocional = 3, despersonalización = 3, realización personal = 1

**VALIDEZ:** El Inventario de Burnout de Maslach (MBI), fue sometido a validación en el año 2002 en el Perú, con una muestra de 264 individuos, esto se dio mediante opinión de expertos, demostrándose finalmente validez de contenido. Los hallazgos se cuantificaron con el coeficiente V de Aiken, que permitió demostrar que todos los ítems del cuestionario alcanzan niveles de significancia estadística (entre 0.89 y 1.00), concluyendo entonces que es posible trabajar con dicho cuestionario (79).

**CONFIABILIDAD:** En cuanto al Inventario de Burnout de Maslach (MBI), la confiabilidad estudiada por el mismo estudio del año 2002 realizado en Perú, demostró mediante el Alpha de Cronbach un coeficiente de 0.78 para la dimensión de agotamiento emocional; en cuanto a la dimensión de despersonalización el Alpha de Cronbach demostró un coeficiente de 0.76; y finalmente para la dimensión de realización personal un coeficiente obtenido por el Alpha de Cronbach de 0.74. Concluyendo así que mediante dicho cuestionario se pueden obtener puntajes confiables (79).

Por otro lado, el cuestionario que se usó en la presente investigación, como se mencionó anteriormente, es una adaptación realizada en el Perú, en el año 2007,

para los profesionales de salud. Los estadísticos de confiabilidad se realizaron en dos submuestras del total (313 participantes). Esta adaptación demostró un adecuado nivel de consistencia interna, demostrando mediante el Alpha de Cronbach valores de 0.91, 0.92 y 0.86, para las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, respectivamente. Concluyendo así, que esta adaptación del cuestionario tiene un adecuado nivel de confiabilidad y puede ser aplicado (78).

#### 4.4.2.2. Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI):

Para evaluar la calidad del sueño se planteó el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh, formulado en 1989 por Buysse et al. (56), adaptado en su versión en español por Royuela et al. (80). El punto de corte para establecer si es que existe o no alteración del sueño es 5, tal como se detalla en la forma de calificación.

A continuación, se detalla la forma de calificación:

Dimensiones	Ítems	Calificación
Calidad subjetiva del sueño	6	Muy buena : 0 Bastante buena : 1 Bastante mala : 2 Muy mala : 3
Latencia de sueño	2	≤ a 15 min : 0 16-30 min : 1 31-60 min : 2 > 60 min : 3
	5a	Ninguna vez en el último mes : 0 Menos de una vez a la semana: 1 Una o dos veces a la semana : 2 Tres o más veces a la semana : 3
		(Sumatoria ítems 2 y 5a) Suma 0 : 0 Suma 1-2: 1 Suma 3-4: 2 Suma 5-6: 3
Duración del sueño	4	> 7 horas: 0 6-7 horas: 1 5-6 horas: 2 < 5 horas: 3
Eficiencia de sueño habitual	3, 1	(Nro. hr. dormidas/Nro. Hr. Permanecidas en cama) x 100 = Eficiencia habitual de sueño (%)

		Eficiencia habitual de sueño % > 85 % : 0 75-84% : 1 65-74% : 2 < 65 % : 3
Perturbaciones del sueño	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j	Ninguna vez en el último mes : 0 Menos de una vez a la semana: 1 Una o dos veces a la semana : 2 Tres o más veces a la semana : 3  (Sumatoria de ítems 5b a 5j) Suma 0 : 0 Suma 1-9 : 1 Suma 10-18 : 2 Suma 19-27 : 3
Uso de medicación hipnótica	7	Ninguna vez en el último mes : 0 Menos de una vez a la semana: 1 Una o dos veces a la semana : 2 Tres o más veces a la semana : 3
Disfunción diurna	8	Ninguna vez en el último mes : 0 Menos de una vez a la semana: 1 Una o dos veces a la semana : 2 Tres o más veces a la semana : 3
	9	Ningún problema : 0 Sólo un leve problema : 1 Un problema : 2 Un grave problema : 3  (Sumatoria ítems 8 y 9) Suma 0 : 0 Suma 1-2: 1 Suma 3-4: 2 Suma 5-6: 3
Puntuación global PSQI	Sumar los 7 componentes	Hasta 5 puntos: sin alteración del sueño Mayor a 5 puntos: Alteración del sueño presente

**VALIDEZ:** El índice de calidad de sueño de Pittsburgh, en el año 2015, fue validado en una muestra peruana, donde se evaluó a 4445 adultos, para la validez se utilizó un análisis factorial, reportándose 3 factores que resultaron con un 60,2% de la varianza total (81).

Así mismo existen diversos estudios que plantean la siguiente validez predictiva, con respecto a un punto de corte de 5 para diferenciar a los malos dormidores

(>5), donde la sensibilidad oscila entre el 88.6% al 89.6%, y la especificidad de entre el 74.9% al 89.6% (56) (80).

**CONFIABILIDAD:** Con el mismo estudio anteriormente mencionado, dónde se evaluó el índice de calidad de sueño de Pittsburgh en 4445 adultos en el año 2015, se demostró, mediante la fórmula estadística Alpha de Cronbach, un coeficiente de confiabilidad de 0,56, con lo cual se concluyó que dicho cuestionario es confiable y puede ser usado (81).

## **CAPÍTULO V**

### **PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS**

#### **5.1. PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS**

En primera instancia se elevó una solicitud de autorización dirigido al área de epidemiología de la Red de Salud de Tacna, para proceder a realizar el levantamiento de información. Tras la aprobación del proyecto de investigación, por parte de esta entidad, se comunicó a los tres centros de salud I-4: La Esperanza, Ciudad Nueva y San Francisco de la ciudad de Tacna, para iniciar con el recojo de información.

Se realizó una visita de campo y se aplicaron los instrumentos planteados al personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna. Se dio inicio con la aplicación de los instrumentos el día 01 de junio del 2022, iniciando por el centro de salud La Esperanza, continuando luego en el centro de salud San Francisco y se concluyó con el total de las encuestas el día 29 de junio del 2022 en el centro de salud Ciudad Nueva. Dichos instrumentos eran entregados al inicio de su actividad laboral 7:30 am o 1:30 pm, y se recogían al finalizar los respectivos turnos, sin embargo, algunos profesionales preferían devolver los instrumentos ya resueltos tras aproximadamente 30 a 40 minutos de haber sido entregados.

Una vez aplicada la técnica de recolección de datos, se procedió al procesamiento de los datos empleando medios y recursos de corte estadísticos.

#### **5.2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Para procesar los datos recolectados a partir de la implementación de la técnica de investigación, se empleó el programa IBM SPSS Windows Versión 24, con el cual se tabularon los datos, y con ellos, se elaboraron las tablas de información.

Así también, se ejecutó la prueba de correlación de Rho-Spearman, la misma que permitió determinar la relación ente el síndrome de burnout y la calidad del sueño, calculando para ello el valor de significancia estadística que permita determinar si existía o no relación entre las variables y el coeficiente decorrelación que explique el grado de relación entre ambas.

### **5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para el estudio se considera como criterios al respeto y veracidad de la información recopilada desde el personal que participe en el estudio.

La información recolectada no fue manipulada ni modificada, respetando en todo momento la integridad de la misma.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

Seguidamente, se describirán los resultados de los niveles de síndrome de burnout de la muestra, así como sus dimensiones. Luego se describirán los resultados obtenidos en el índice de calidad del sueño. Y posteriormente se hará la contrastación de hipótesis respectiva.

#### 6.1 NIVELES DE BURNOUT

En la tabla 2 se aprecia que existe un 12.3% en riesgo de padecer burnout, el 1.8% tiene una tendencia a presentarlo y el 85.9% de los encuestados no ha desarrollado ningún síntoma del síndrome de burnout.

**Tabla 2:** Niveles del síndrome de burnout en la muestra en general

Niveles	n	%
Riesgo	7	12.3
Tendencia	1	1.8
Burnout	0	0
No presenta burnout	49	85.9
Total	57	100.0

En la tabla 3 se muestran los resultados según dimensiones de esta variable, hallándose que un 1.8% de la muestra presenta agotamiento emocional alto; un 10.5% presenta despersonalización alta y en cuanto a la última dimensión, un 3.5% presenta realización personal baja.

**Tabla 3:** Niveles según las dimensiones del síndrome burnout

Niveles	Dim. 1		Dim. 2		Dim. 3	
	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	36	63.2	38	66.7	2	3.5
Medio	20	35.1	13	22.8	7	12.3
Alto	1	1.8	6	10.5	48	84.2
Total	57	100.0	57	100.0	57	100.0

### 6.3. ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH

La tabla 4 muestra los resultados de la puntuación global del PSQI, cuyo punto de corte es 5 puntos, de tal modo que los valores inferiores e iguales a 5 se registran con ausencia de alteración en el sueño, mientras que los valores mayores representan alteración en el sueño.

**Tabla 4:** Puntuación global del Índice De Calidad Del Sueño De Pittsburgh

Puntuación global PSQI	n	%
Sin alteración del sueño	2	3.5
Alteración del sueño presente	55	96.5
Total	57	100.0

De la misma manera, se presentan los estadísticos descriptivos en la tabla 5 de este Índice de calidad de sueño, cuyos resultados pueden oscilar entre los 0 y 21 puntos, y en la presente investigación se reportaron puntuaciones máximas de 15 y mínimas de 2, con una media de 9.36. La siguiente tabla 6 muestra dichos resultados.

**Tabla 5:** Estadísticos descriptivos del índice de calidad del sueño de Pittsburgh

Puntuación global PSQI			
Media	9.36	Desviación estándar	2.809
Error estándar de la media	0.372	Mínimo	2
Mediana	9.25	Máximo	15

La tabla 6 muestra los resultados según los siete componentes, cada uno de los cuales tiene un rango de 0 a 3 puntos, donde 0 indica que no existe dificultad, mientras que 3 indica severa dificultad en cuanto a la calidad de sueño.

Según componentes, se halló alteración severa del 8.8% en calidad subjetiva del sueño, 7% en duración del sueño, 7% eficiencia de sueño habitual, 5.3% en latencia de sueño y 5.3% en uso de medicación hipnótica; así mismo ningún participante mostró alteración severa en las dimensiones perturbaciones del sueño y disfunción diurna

**Tabla 6:** Componentes del Índice De Calidad Del Sueño De Pittsburgh

	Dim1 Calidad subjetiva del sueño		Dim 2 Latencia de sueño		Dim 3 Duración del sueño		Dim 4 Eficiencia de sueño habitual		Dim 5 Perturbaciones del sueño		Dim 6 Uso de medicación hipnótica		Dim 7 Disfunción diurna	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	29	50.9	12	21.1	7	12.3	42	73.7	10	17.5	47	82.5	19	33.3
1	18	31.6	27	47.4	37	64.9	3	5.3	39	68.4	4	7.0	30	52.6
2	5	8.8	15	26.3	9	15.8	8	14.0	8	14.0	3	5.3	8	14.0
3	5	8.8	3	5.3	4	7.0	4	7.0	0	0	3	5.3	0	0
Total	57	100.0	57	100.0	57	100.0	57	100.0	57	100.0	57	100.0	57	100.0

### 6.3 RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA CALIDAD DEL SUEÑO

En la tabla 7 puede observarse que un 12.30% de los encuestados presenta alteración en el sueño y además está en riesgo de desarrollar sintomatología de burnout, asimismo, un 1.8% presenta alteración en el sueño y tiene tendencia a desarrollar burnout. En el 82.5% está presente la alteración en el sueño, sin embargo, no hay presencia de sintomatología de burnout.

**Tabla 7:** Niveles de burnout y calidad de sueño

		Calidad de sueño según PSQI				Total	
		Sin alteración del sueño		Alteración del sueño presente			
		n	%	n	%	n	%
Burnout	Riesgo	0	0%	7	12.3%	7	12.3%
	Tendencia	0	0%	1	1.8%	1	1.8%
	No presenta burnout	2	3.50%	47	82.5%	49	86.0%
Total		2	3.50%	55	96.50%	57	100%

Como se observa en la tabla 8, el p-valor=0.844 es mayor al nivel de significancia (0.05), por lo que no hay relación entre los niveles del síndrome burnout y las categorías del índice de calidad de sueño.

**Tabla 8:** Chi cuadrado para los niveles del síndrome de burnout y la calidad de sueño

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.338	2	0.844
Razón de verosimilitud	0.617	2	0.735
Asociación lineal por lineal	0.327	1	0.567
N de casos válidos	57		

#### 6.4 CORRELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT Y EL PUNTAJE GLOBAL DEL PSQI

Se procedió con el análisis de normalidad de ambas variables. Para esta investigación se usará el estadístico Kolmogorov-Smirnov debido a que la muestra ha superado  $n=50$  participantes.

Como puede observarse en la tabla 9, el p-valor de las tres dimensiones (0.002; 0.000; 0.000) de burnout ha sido menor al nivel de significancia (0.05) y para el índice de calidad de sueño el  $p\text{-valor}=0.028$  también ha sido menor a 0.05. Por tanto, se optará por el uso de estadística no paramétrica.

**Tabla 9:** Análisis de la normalidad de las dimensiones de la variable Síndrome de burnout y el puntaje total del Índice de calidad del sueño de Pittsburgh

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	o	gl	Sig.	Estadístico	gl
Dim 1 Agotamiento emocional	0.154	57	0.002	0.941	57	0.008
Dim 2 Despersonalización	0.213	57	0.000	0.818	57	0.000
Dim 3 Realización personal	0.234	57	0.000	0.727	57	0.000
Puntuación global PSQI	0.125	57	0.028	0.963	57	0.077

a. Corrección de significación de Lilliefors

La tabla 10 muestra la relación entre las tres dimensiones del burnout y la puntuación global del PSQI, hallándose para la primera dimensión Agotamiento

emocional un p-valor=0.500; para la segunda dimensión Despersonalización, un p-valor=0.682 y para la tercera dimensión Realización personal un p-valor=0.938. En los tres casos el p-valor supera al nivel de significancia (0.05), por tanto, las variables no se relacionan.

**Tabla 10:** Correlación entre las dimensiones de burnout y la puntuación global del PSQI

			Puntuación global PSQI
Dimensiones de burnout	Dim 1 Agotamiento emocional	Coeficiente de correlación	-0.091
		Rho de Spearman	
		Sig. (bilateral)	0.500
		N	57
	Dim 2 Despersonalización	Coeficiente de correlación	-0.055
		Rho de Spearman	
		Sig. (bilateral)	0.682
		N	57
	Dim 3 Realización personal	Coeficiente de correlación	-0.010
Rho de Spearman			
Sig. (bilateral)		0.938	
	N	57	

### 6.5 Comprobación de la hipótesis

Ho. El síndrome de burnout no se relaciona de forma significativa con la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022.

H1. El síndrome de burnout se relaciona de forma significativa con la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna en el año 2022.

Como se observa en la tabla 8, el p-valor=0.844 es mayor al nivel de significancia (0.05) por lo que no hay relación entre las categorías del índice de calidad de sueño y los niveles de burnout. Asimismo, según la tabla 10 que muestra la correlación entre las dimensiones de burnout y puntuación global PSQI, se

muestra  $p$ -valor=0.500,  $p$ -valor=0.682 y  $p$ -valor=0.938, que han sido mayores al nivel de significancia (0.05), por lo tanto, no hay relación entre ellas.

Según los resultados obtenidos se rechaza la hipótesis general.

## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna, hallándose que, no existe relación entre los niveles del síndrome de burnout y las categorías del índice de calidad de sueño ( $p > 0.05$ ). Del mismo modo, existen estudios que no hallaron relación entre el síndrome de burnout y la calidad de sueño, cabe resaltar que estas investigaciones se realizaron en muestras diferentes (7) (19). Contrariamente, algunos autores si hallaron relación altamente significativa entre los niveles de burnout y la calidad de sueño en el personal de salud, Licham (5) fue uno de ellos, concluyendo que hay relación significativa entre las variables ( $p < 0.05$ ), el contraste con dicha investigación puede ser debido a la cantidad de encuestados que fue de 136 participantes, y a que su muestra no estaba compuesta solo por médicos, si no también, por otros profesionales de la salud (enfermeras, tecnólogos médicos, técnicas de enfermería, biólogos, obstetras, etc.). Del mismo modo Angulo y Cho, demostraron en su investigación compuesta por médicos posgradistas de un hospital, que existe relación significativa entre las variables síndrome de burnout y calidad de sueño en su muestra estudiada ( $p < 0.05$ ), esto puede deberse igualmente a que, este estudio estuvo conformado por 322 participantes (13).

Respecto al primer objetivo específico, determinar los niveles de burnout en el personal médico, el cual se determinó mediante la adaptación para el personal de salud, validada en Perú, brindada por Llaja et al. (78), quienes elaboraron una forma de categorización que define el riesgo como la presencia de 1 síntoma de burnout, la tendencia cuando se presentan 2 síntomas de burnout y finalmente el presencia del síndrome de burnout cuando hay alteración en las 3 dimensiones (agotamiento emocional alto, despersonalización alta y una baja realización personal). De este modo se encontró que el 85.9% de la muestra de la presente investigación no presentó burnout, así mismo el 12.3% y 1.8% de los encuestados se encontraba en riesgo y tendencia, respectivamente. Según dimensiones, es importante destacar que la mayoría de encuestados presentaron niveles bajos de agotamiento emocional y de despersonalización, así como niveles altos de satisfacción laboral, esto puede indicarnos que, la mayor parte de la muestra

encuestada tiene los mecanismos adecuados para lidiar frente a los estresores laborales y, por lo tanto, pueden resolver los problemas que se le presenten con muy pocas repercusiones en su salud mental (43). Resultados similares obtuvo una investigación realizada en 52 médicos de un hospital durante los primeros meses de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, reportando que, un 94.23% de los encuestados no cumplía criterios para hacer el diagnóstico de síndrome de burnout, en cuanto a los niveles de las dimensiones halladas, sus resultados fueron congruentes con los de nuestra investigación (23). Es importante destacar que, a pesar de ser un contexto muy distinto y seguramente más demandante que el de nuestra investigación, el burnout estuvo casi ausente, esto podría indicar que dicha población adoptó buenas estrategias de afrontamiento para poder lidiar con todo el estrés laboral que estuvo presente al inicio de la pandemia.

Sin embargo, otros estudios reportan resultados contrarios a los obtenidos según este objetivo específico, un estudio realizado en un centro de salud, donde se encuestaron a 92 profesionales de la salud, demostró que el 44.6% de ellos presentaba síndrome de burnout, encontrando además niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización y baja realización personal en gran parte de su muestra, pero debemos tener en cuenta que fue una población más diversa, ya que solo el 13% de la población era personal médico (18), pudiendo esto afectar finalmente a lo hallado por aquel estudio.

Otro estudio realizado en 39 médicos de áreas COVID de un hospital, halló el síndrome de burnout en un 12.82% de su muestra, sin embargo, tal como en nuestro estudio, la mayoría de su población presentaba niveles bajos de despersonalización y agotamiento emocional, y niveles altos de satisfacción personal (24). Este contraste con nuestra investigación podría explicarse, debido a que ese estudio se realizó en personal COVID, que como es bien sabido, fue un personal más expuesto al sufrimiento de las personas y también a los diferentes estresores que conlleva trabajar frente una posible infección por el virus.

Respecto al segundo objetivo específico, determinar el índice de calidad de sueño en personal médico, el 96.5% la muestra presentó alteraciones del sueño. Del mismo modo, una investigación realizada en médicos posgradistas de un hospital, demostró que el 92.5% de ellos presentaron mala calidad del sueño (13), así mismo otra investigación realizada en internos de medicina reportó una mala

calidad de sueño en el 73.3% de los encuestados, teniendo en cuenta que esta muestra difiere de la nuestra debido al tipo de responsabilidades al cuál están sometidos, sin embargo comparten una carga laboral similar (7). Inclusive se reportaron resultados similares a los nuestros en el personal de guardia de emergencia en un estudio realizado en un hospital, hallándose mala calidad de sueño en un 78.1% de los encuestados(17). Sin embargo, otro estudio realizado sobre el personal de salud informó que menos del 30% de los encuestados presentaba una mala calidad de sueño, pero es preciso detallar que este último estudio fue realizado en una clínica privada, donde no suele existir una gran demanda de trabajo como en el sector público (5).

Estos resultados encontrados con respecto a la mala calidad de sueño que presentan este grupo de profesionales en altos porcentajes, pueden deberse a la necesidad de relegar horas extras de trabajo o al hecho de llevar trabajo a casa, afectando de esta forma su calidad de sueño. Siendo esto un punto muy importante, ya que una mala calidad de sueño se relaciona con patologías de tipo cardiovascular, psiquiátrico y además empeora patologías crónicas preexistentes (62) (63) (66).

Respecto al tercer objetivo específico, determinar la relación entre las dimensiones del síndrome de burnout y el puntaje global del índice de calidad de sueño en el personal médico, se encontró que no existe relación entre ninguna de las dimensiones de burnout y el puntaje global obtenido a través del Cuestionario de Pittsburgh para la calidad de sueño. Esto es parcialmente similar a lo encontrado por Medina (17), quien halló que no existía relación entre la realización personal y el puntaje global del índice de calidad de sueño en profesionales de la salud del área de emergencia de un hospital, sin embargo en ese mismo estudio se demostró que si existía una relación inversa entre el puntaje global del índice de calidad de sueño y las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización. Del mismo modo Sabio et. al (14), quienes realizaron su investigación en estudiantes de medicina, demostraron que tampoco existió relación entre la dimensión realización personal y la calidad de sueño, pero si existió una relación con las otras 2 dimensiones del síndrome de burnout. Sin embargo, existen otros estudios que demuestran lo contrario, encontrando al

menos relaciones débiles entre las 3 dimensiones del síndrome de burnout y el puntaje global del índice de calidad de sueño (82).

Los resultados de nuestra investigación en cuanto a este objetivo específico pueden deberse a que, nuestra muestra no fue lo suficientemente grande en comparación con los estudios que si hallaron alguna relación. Es importante mencionar que, la relación entre las dimensiones de burnout y la calidad de sueño se termina sosteniendo por lo propuesto por diversos autores, los cuales mencionan que el agotamiento emocional se caracteriza por la presencia de síntomas como cansancio y tensión emocional y que, también puede conllevar a alteraciones biológicas como alteraciones en el sueño. Así mismo la despersonalización, que es un mecanismo utilizado para tomar distancia emocional, genera repercusiones en el trato que se tiene hacia las demás personas y en general a todo su ámbito laboral, pudiendo ocasionar también repercusiones en otras áreas, como la calidad de sueño. Finalmente, en cuanto a la realización personal algunos autores recalcan que el tener un alto grado de realización personal puede significar que se posean también los recursos personales necesarios para lidiar frente a situaciones de estrés y que no se alteren otros procesos biológicos como la calidad de sueño (26) (28) (82).

Existieron algunas limitaciones relacionadas a la presente investigación, presentándose algunas de tipo metodológicas, siendo una de estas el tamaño de la muestra, a pesar que se captaron a todos los médicos que laboraban de forma presencial en aquellos centros de salud al momento de esta investigación; otra limitación que se debe mencionar es que, los instrumentos fueron autoaplicados, pudiéndose generar confusión debido a que no se pudo controlar el estado emocional o la prioridad de otras tareas al momento en que los instrumentos fueron brindados a la muestra estudiada.

## CONCLUSIONES

Primero:

Se determinó que no existe relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el año 2022.

Segundo:

Se determinó que el 85.9% del personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna no presenta burnout. Sin embargo, el 12.3% se halla en riesgo y un 1.8% está en tendencia. Por otro lado, según las dimensiones de este síndrome, el 1.8% presentó un nivel alto de agotamiento emocional, el 10.5% presentó niveles altos de despersonalización y el 3.5% presentó niveles bajos de realización personal.

Tercero

Se determinó que el 96.5% del personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna presenta alteración del sueño. Asimismo, según componentes, se halló alteración severa del 8.8% en Calidad subjetiva del sueño, 7% en Duración del sueño, 7% Eficiencia de sueño habitual, 5.3% en Latencia de sueño y 5.3% en Uso de medicación hipnótica.

Cuarto

Se determinó que no existe relación entre el agotamiento emocional y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el año 2022, debido a que sólo el 1.8% presentó nivel alto de agotamiento emocional.

Se determinó que no existe relación entre la despersonalización y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el año 2022, aunque un 10.5% de los participantes presentó niveles altos de despersonalización.

Se determinó que no existe relación entre la realización personal y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna en el año 2022, aunque el 84.2% de los encuestados refirió niveles altos de realización personal y sólo un 3.5% en niveles bajos.

## **SUGERENCIAS**

Primero:

Que las gerencias de los centros de salud I-4 en trabajo conjunto con el área de recursos humanos y las oficinas de salud ocupacional de la Red de Salud de la ciudad de Tacna realicen acciones permanentes de prevención entre su personal médico para disminuir el riesgo y/o tendencia a desarrollar síntomas de burnout.

Segundo:

Que las gerencias de los centros de salud I-4 en trabajo conjunto con el área de recursos humanos y las oficinas de salud ocupacional de la Red de Salud de la ciudad de Tacna promuevan espacios de intercambio y/o soporte psicológico y apoyo emocional para promover un desenvolvimiento personal armonioso y de esta forma prevenir el desarrollo de problemas relacionados a la salud mental de sus trabajadores.

Tercero:

Que las gerencias de los centros de salud I-4 en trabajo conjunto con el área de recursos humanos y las oficinas de salud ocupacional de la Red de Salud de la ciudad de Tacna realicen acciones permanentes entre sus trabajadores médicos promoviendo una cantidad y calidad adecuada de horas de sueño, algunas de estas medidas pueden ser una turnicidad laboral coherente y la mejor distribución del trabajo, para que también se evite “llevar el trabajo a casa”, tal como lo realizan algunos profesionales, para que así se logre una buena higiene de sueño.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Décimoprimer revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11) [Internet]. 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/>
2. Weaver MD, Robbins R, Quan SF, O'Brien CS, Viyaran NC, Czeisler CA, et al. Association of Sleep Disorders With Physician Burnout. *JAMA Netw Open*. 30 de octubre de 2020;3(10):e2023256.
3. Rosales E, De Castro J. Somnolencia: Que es, que la causa y como se mide. *Acta Médica Peru*. 2010;27(2):137-43.
4. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés. Salud. Ginebra: OMS; 2016.
5. Licham J. Síndrome de Burnout y calidad de sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo. 2018;
6. Ybarra N, García R, Puente J. Prevalencia del síndrome de desgaste laboral en residentes del Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios en el año 2015. 2017;
7. Campos E. Calidad de sueño y Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Belén de Trujillo, 2020. 2020;
8. Carrillo P, Barajas K, Sanchez I, Rangel M. Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2018;
9. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Guía para la categorización de establecimientos de salud del sector salud. MINSA; 2005.
10. Calvo F, Karras BT, Phillips R, Kimball AM, Wolf F. Diagnoses, Syndromes, and Diseases: A Knowledge Representation Problem. *AMIA Annu Symp Proc*. 2003;2003:802.
11. Gil Extremera B. Signos, síndromes y enfermedades con nombre propio. *Educ Médica*. 1 de marzo de 2019;20:165-8.
12. Calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitarios: estudio descriptivo transversal [Internet]. [citado 6 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/6015.html>
13. Angulo L, Cho A. Relación entre síndrome de burnout, calidad y cantidad de horas de sueño en posgradistas de la PUCE de los diferentes servicios en los hospitales de Quito (2017). Quito; 2018; 2017.
14. Sabio D, Suárez C, Vargas V. Síndrome de burnout y mala calidad del sueño en estudiantes de VII a X semestre medicina de la Universidad El Bosque. 2019.
15. Samaniego m, Distefano J, Ayala N. Calidad del sueño y satisfacción laboral en médicos residentes. *Revista de Medicina Clínica y Social* 6 (1). 2022;; 26–32 p.
16. Nunura Linares LE. Burnout en profesionales de establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima Metropolitana. *Univ Lima* [Internet]. 2016 [citado 8 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/3282>
17. Medina M. Calidad de sueño y nivel de estrés del personal de guardia de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima. 2017.
18. Cárdenas Ríos MS. Prevalencia de síndrome de Burnout en los profesionales del centro de salud “David Guerrero Duarte” de Concepción – Junín. *Univ Cont* [Internet]. 2019 [citado 8 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/6995>

19. Moncca A. Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado del Hospital Goyeneche 2019-2020. Arequipa; 2020.
20. Lalapú S. Síndrome de burnout en médicos asistentes que laboran en hospitales de contingencia covid-19 piura. 2021.
21. Huanca M. Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras (os) y personal técnico de enfermería del C. S; 2018.
22. Ramos Pilco EY. Asociación entre sobrepeso y obesidad, calidad de sueño y actividad física en e personal de salud del Centro de Salud de la Esperanza de la Ciudad de Tacna en el año 2019. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2020 [citado 9 de agosto de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4030>
23. Torres D. Síndrome de burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de covid-19 en el año 2020. 2020.
24. Salomé A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en médicos que trabajan en el área COVID del hospital Daniel Alcides Carrión. 2021.
25. López F, Expósito A. Ciencia de la administración y sanidad Madrid. España: ACCI; 2016.
26. Gil-Monte P. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del Bienestar Madrid: Ediciones Pirámide; 2006.
27. Roma V, Schaufeli W, Bakker A, Lloret S. Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behaviour*. 68; 2006. 165–174 p.
28. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual EEUU: Consulting Psychologists Press; 1997.
29. Brill P. The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6; 1984. 12–24 p.
30. Castel A. El burnout del profesional: ¿cómo evolucionará en tiempos de crisis? *Rev Soc Esp del Dolor*. 2021;28(1):7-8.
31. Gutiérrez A, Celis M, Moreno S, Farias F, Suarez J. Síndrome de burnout. *Arch Neurocienc*. 2006;11(4):305-9.
32. Apiquian A. El Síndrome de Burnout en las Empresas México. En Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac;; 2007.
33. Párraga J. Eficacia del Programa I.R.I.S.para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. Extremadura, España; 2005. 2005;
34. Hernández JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cuba Salud Pública*. junio de 2003;29(2):103-10.
35. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York, EEUU: Praeger; 1980.
36. Gómez L, Estrella D. Síndrome de burnout: una revisión breve. *Cienc Humanismo En Salud*. 2015;2(3):116.
37. Leiter M. Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work Stress*. 1992;6(2):107-16.
38. Palacio J, Caballero C, González O, González M, Contreras K. Relación de burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios. *Univ Psychol*. 2012;11(2):535-44.
39. López V. Trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con Síndrome de Burnout. 2013.
40. Meza Suarez SK. Síndrome de burnout y depresión en docentes de secundaria de la Ugel Yauli – 2017”. Univ Nac Cent Perú [Internet]. 2019 [citado 7 de agosto de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/5264>

41. Cruz EP. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Interna México*. 2006;22(4):282-6.
42. Marenco A, Ávila J. Burnout y problemas de salud mental en docentes: diferencias según características demográficas y sociolaborales. *Psychol Av Discip*. 2016;10(1):91-100.
43. Martínez A. El síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Rev Vivat Académica*. 2010;112:1-40.
44. Gómez R, Guerrero E, González L. Síndrome de burnout docente: Fuentes de estrés y actitudes cognitivas disfuncionales. *Bol Psicol*. 2014;112.:83-99.
45. Jones JW. *A Measure of Staff Burnout among Health Professionals*. Washington, D.C.: Distributed by ERIC Clearinghouse; 1980. 18 p.
46. Matthews DB. A comparison of burnout in selected occupational fields. *Career Dev Q*. 1990;38(3):230-9.
47. Izquierdo MG, Velandrino AP. EPB: UNA ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL BURNOUT PROFESIONAL DE LAS ORGANIZACIONES. *An Psicol Ann Psychol*. 1992;8(1-2):131-8.
48. Dell'Erba G, Venturi P, Rizzo F, Porcù S, Pancheri P. Burnout and health status in Italian air traffic controllers. *Aviat Space Environ Med*. abril de 1994;65(4):315-22.
49. Guyton A, Hall J. *Tratado de fisiología médica*. 14.<sup>a</sup> ed. España: Elsevier; 2021.
50. Maquet P. The role of sleep in learning and memory. *Science*. 2 de noviembre de 2001;294(5544):1048-52.
51. Rasch B, Born J. About Sleep's Role in Memory. *Physiol Rev*. abril de 2013;93(2):681-766.
52. Chokroverty S, Radtke R, Mullington J. Polysomnography: technical and clinical aspects. In: Schomer DL, Lopes Da Silva FH Niedermeyer's *Electroencephalography: Basic Principles, Clinical Applications, and Related Fields*. 6th ed. Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins ; 2011. pp. 817–846.
53. Kales A, Kales J, Humphrey F, Freedman A, Kaplan B. *Tratado de Psiquiatria* Barcelona, España: Salvat; 1982.
54. Krystal A, Edinger J. Measuring sleep quality. *Sleep Med*. 2008;9:10-7.
55. Lomelí HA, Pérez Olmos I, Talero Gutiérrez C, Moreno CB, González Reyes R, Palacios L, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(1):50-79.
56. Buysse D, Reynolds III C, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213.
57. Bautista M, Taipe I. Calidad de sueño y factores asociados en internos rotativos de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca 2019. *Cuenca Ecuad* 2019. 55.
58. Monteros E, Ochoa M, Segarra A. Alteraciones de la calidad del sueño y factores de riesgo asociados en trabajadores de la empresa Hidropaute de la Ciudad de Cuenca 2014. *Cuenca, Ecuador*; 2014.
59. Carrillo p, Ramírez J, Magaña K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Rev Fac Med UNAM*. 2013;56(4):1-15.
60. Wood B, Rea M, Plitnick B, Figueiro M. Light level and duration of exposure determine the impact of self-luminous tablets on melatonin suppression. *Appl Ergon*. 2012;44(2):237-40.
61. Lao XQ, Liu X, Deng HB, Chan TC, Ho KF, Wang F, et al. Sleep Quality, Sleep Duration, and the Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Cohort Study With 60,586 Adults. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 15 de enero de 2018;14(1):109-17.
62. Goldman-Mellor S, Gregory AM, Caspi A, Harrington H, Parsons M, Poulton R,

et al. Mental Health Antecedents of Early Midlife Insomnia: Evidence from a Four-Decade Longitudinal Study. *Sleep*. 1 de noviembre de 2014;37(11):1767-75.

63. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res*. 1 de enero de 2003;37(1):9-15.

64. Araújo MFM de, Freitas RWJF de, Lima ACS, Pereira DCR, Zanetti ML, Damasceno MMC. Health indicators associated with poor sleep quality among university students. *Rev Esc Enferm USP*. diciembre de 2014;48:1085-92.

65. Seow LSE, Tan XW, Chong SA, Vaingankar JA, Abdin E, Shafie S, et al. Independent and combined associations of sleep duration and sleep quality with common physical and mental disorders: Results from a multi-ethnic population-based study. *PloS One*. 2020;15(7):e0235816.

66. Karmilayanti, Goysal Y, Basri MI, Aulina S, Bintang AK. The relationship between the severity of peripheral diabetic neuropathy and sleep quality in type 2 diabetic mellitus patients. *Med Clínica Práctica*. 1 de abril de 2021;4:100210.

67. Muñoz-Pareja M, Loch MR, dos Santos HG, Sakay Bortoletto MS, Durán González A, Maffei de Andrade S. Factores asociados a mala calidad de sueño en población brasileira a partir de los 40 años de edad: estudio VIGICARDIO. *Gac Sanit*. 1 de noviembre de 2016;30(6):444-50.

68. Manzar M, Zannat W, Moiz J, Spence D, Pandi-Perumal S, Bahammam A, et al. Factor scoring models of the Pittsburgh Sleep Quality Index: a comparative confirmatory factor analysis. *Biol Rhythm Res*. 2016;47(6):851-64.

69. Salahuddin M, Maru T, Kumalo A, Pandi-Perumal S, Bahammam A, Manzar M. Validation of the Pittsburgh sleep quality index in community dwelling Ethiopian adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):1-7.

70. Pilz L, Keller L, Lenssen D, Roenneberg T. Time to rethink sleep quality: PSQI scores reflect sleep quality on workdays. *Sleep*. 2018;41(5).

71. Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro C, Colantonio A. The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2016;25.:52-73.

72. M M, W Z, M H, S PP, A B, D B, et al. Dimensionality of the Pittsburgh Sleep Quality Index in the young collegiate adults. *Springerplus*. 2016;5(1):1-6.

73. Manzar M, BaHammam A, Hameed U, Spence D, Pandi-Perumal S, Moscovitch A, et al. Dimensionality of the Pittsburgh Sleep Quality Index: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):1-22.

74. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. diciembre de 1991;14(6):540-5.

75. Yi H, Shin K, Shin C. Development of the sleep quality scale. *J Sleep Res*. septiembre de 2006;15(3):309-16.

76. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, Krystal AD, Lichstein KL, et al. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*. 1 de febrero de 2012;35(2):287-302.

77. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la Investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2018.

78. Llaja V, Sarria C, García P. Mbi Inventario Burnout De Maslach & Jackson, Muestra Peruana. Lima: Pinedo Grafic; 2007.

79. Fernández Arata M. Desgaste psíquico (burnout) en profesores de educación primaria de Lima metropolitana. *Univ Lima [Internet]*. 2002 [citado 8 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/2088>

80. Royuela A, Fernández J. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*. 30 de noviembre de 1997;9:81-94.

81. Luna S, Robles A, Agüero P. Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una Muestra Peruana. *An Salud Ment.* 2015;31(2):23-30.
82. Sáez Navarro MC, Blasco Espinosa JR, Llor Esteban B, García Izquierdo M, Sánchez Ortuño M. Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *MAPFRE Med.* 2002;258-67.

## ANEXOS

### ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

#### SINDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DEL SUEÑO EN PERSONAL MÉDICO DE CENTROS DE SALUD I-4 DE LA CIUDAD DE TACNA

##### Presentación

Investigación para medir el síndrome de burnout y calidad de sueño en el personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna.

##### Dirigido a

Personal médico de los centros de salud I-4 (La Esperanza, San Francisco y Ciudad Nueva) de la ciudad de Tacna.

**PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO** (Responder brevemente y marcar lo que corresponda)

1. **Nombre (iniciales):** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:**
  - Masculino
  - Femenino
3. **Edad:** \_\_\_\_\_
4. **Centro de Salud en el que actualmente labora:**
  - C.S. Ciudad Nueva
  - C.S. La Esperanza
  - C.S. San Francisco
5. **Años en actividad (laborando):** \_\_\_\_\_
6. **Es usted especialista:**
  - Si
  - No
7. **Modalidad de contrato:** \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO MBI, FORMULADO POR MASLACH Y JACKSON,  
ADAPTADO POR LLAJA ET. AL.**

Instrucciones

Por favor responda al presente cuestionario con sinceridad, marcando con un aspa (X) o cruz (+) la respuesta que considere usted conveniente, según esta escala de calificación:

Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13. Me siento frustrado en mi trabajo.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
18. Me siento animado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

**ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH, DE LOS AUTORES  
BUYSSE, REYNOLDS III, MONK**

Instrucciones

Le agradecemos de antemano su colaboración respondiendo al presente cuestionario con lo que considere usted conveniente.

1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?
  
2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes?

Menos de 15 min	Entre 16-30 min	Entre 31-60 min	Más de 60 min
-----------------	-----------------	-----------------	---------------

3. Durante el último mes, ¿A qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?
  
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

- 5.1 Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder conciliar el sueño en la primera media hora: 5a

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

- 5.2 Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de Despertarse durante la noche o de madrugada. 5b

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

- 5.3 Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al servicio: 5c

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

5.4 Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder respirar bien: 5d

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

5.5 Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente: 5e

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

5.6 Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir frío: 5f

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

5.7 Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir demasiado calor: 5g

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

5.8 Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener pesadillas o malos sueños: 5h

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

5.9 Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sufrir dolores: 5i

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

5.10 Por favor describa otras razones por las cuales usted ha tenido problemas para dormir en el último mes: 5j

5.11 Con respecto a la pregunta anterior, con qué frecuencia se presentaron estas otras razones: 5j

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

6 Durante el último mes, ¿Cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

Muy buena	Buena	Mala	Muy mala
-----------	-------	------	----------

7 Durante el último mes, ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

8 Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

9 Durante el último mes, ¿Ha representado para usted un problema el mantener el entusiasmo para realizar alguna actividad?

Ningún problema	Solo un leve problema	Un problema	Un grave problema
-----------------	-----------------------	-------------	-------------------

#### ANEXO 4. TABLAS COMPLEMENTARIAS

En la siguiente tabla 11, se presentan las variables sociodemográficas recolectadas y los niveles de burnout según estas variables. Al realizar el análisis estadístico chi-cuadrado de Pearson, se obtuvo que solo la variable “años en actividad” se relaciona de forma significativa con los niveles de burnout ( $p=0.007$ ). Así mismo las otras variables como el sexo, edad, el ser especialista o no, y la modalidad de contrato no se encontraron relacionados con los niveles del síndrome de burnout ( $p>0.05$ ).

**Tabla 11. Niveles del síndrome de burnout según las variables sociodemográficas.**

Variables	Categorización	Categorización			Chi-cuadrado de Pearson	df	Significación asintótica (bilateral)
		Riesgo	Tendencia	No presenta burnout			
Sexo	Hombres	5	0	29	1.886 <sup>a</sup>	2	0.389
	Mujeres	2	1	20			
Edad	Entre 25 y 40 años	3	0	26	2.237 <sup>a</sup>	4	0.692
	Entre 41 a 60 años	4	1	20			
	Mayores a 61 años	0	0	3			
	Mayores a 61 años	0	0	3			
Años en actividad	Entre 1 a 9 años	3	0	18	17.715 <sup>a</sup>	6	0.007
	Entre 10 a 19 años	0	0	17			
	Entre 20 a 29 años	3	0	12			
	Más de 30 años	1	1	2			
¿Es especialista?	No	4	1	34	0.895 <sup>a</sup>	2	0.639
	Sí	3	0	15			
Modalidad de contrato	Nombrado	4	1	29	0.701 <sup>a</sup>	4	0.951
	CAS	2	0	12			
	DISA	1	0	7			

En la siguiente tabla 12, se presentó el puntaje global del Índice de Calidad de sueño (PSQI) según las variables sociodemográficas encontradas. Se realizó el análisis chi-cuadrado de Pearson para hallar correlación entre las variables. Los resultados que se obtuvieron fueron que hay relación significativa entre las variables “especialista vs no especialista” (¿es especialista?) y el puntaje global del índice de calidad de sueño ( $p=0.034$ ). Sin embargo, ninguna de las otras variables sociodemográficas como sexo, edad, años en actividad y modalidad de contrato se relacionaron con el puntaje global del índice de calidad de sueño en nuestra muestra ( $p>0.05$ ).

**Tabla 12. Puntaje global del PSQI según las variables sociodemográficas.**

		Puntuación global PSQI		Chi-cuadrado de Pearson	df	Significación asintótica (bilateral)
		Sin alteración del sueño	Alteración del sueño presente			
Sexo	Hombres	2	32	1,402 <sup>a</sup>	1	0.236
	Mujeres	0	23			
Edad	Entre 25 y 40 años	0	29	2,653 <sup>a</sup>	2	0.265
	Entre 41 a 60 años	2	23			
	Mayores a 61 años	0	3			
Años en actividad	Entre 1 a 9 años	0	21	1,634 <sup>a</sup>	3	0.652
	Entre 10 a 19 años	1	16			
	Entre 20 a 29 años	1	14			
	Más de 30 años	0	4			
¿Es especialista?	No	0	39	4,491 <sup>a</sup>	1	0.034
	Sí	2	16			
Modalidad de contrato	Nombrado	1	33	2,410 <sup>a</sup>	2	0.300
	CAS	0	14			
	DISA	1	7			

# ANEXO 3. AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.



Nº 002-2022-AFI-UESA-ODI-DE-REDS.T.-

## AUTORIZACIÓN

LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD, DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA, AUTORIZA A:

**FABRIZIO ALEJANDRO GUEVARA ARREDONDO**

ESTUDIANTE DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, QUIEN APLICARÁ EL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS AL PERSONAL MÉDICO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-4 DE LA RED DE SALUD TACNA A FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO DE TESIS TITULADO: "SÍNDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DEL SUEÑO EN PERSONAL MÉDICO DE CENTROS DE SALUD I-4 DE LA CIUDAD DE TACNA, EN EL AÑO 2022"; POR LO QUE SÍRVASE BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS.



TACNA, 02 DE JUNIO DEL 2022



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
DRST - RED DE SALUD TACNA  
DR. JOSE LUIS P. GOMEZ MOLINA  
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD  
C.M.P. N° 25210

JLPGM/FCL/RFR.