

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**CALIDAD DE SUEÑO ASOCIADO A SÍNDROME DE AGOTAMIENTO
PROFESIONAL (BURNT OUT) EN PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2017**

Tesis presentada por la Bachiller:

Neira Diaz, Valerie Ingrid

Para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujana

Asesora: Dra. LLaza Loayza Gloria

AREQUIPA –PERÚ

2018



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

DECRETO N° 310-FMH-IR-2017

Arequipa, 21 de marzo del 2018

Visto el Expediente N° 2018014604 que presenta el {Sr.} {Srta} **VALERIE INGRID NEIRA DIAZ** quien solicita dictaminador del Borrador de Tesis y adjunta tres ejemplares de dicho Borrador de Tesis con Dictamen Favorable del Jurado Dictaminador conformado por los doctores: DR. ERVIS FELIPE ALVARADO DUEÑAS y DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

Estando de acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana.

RESUELVE:

PRIMERO

Designar como Jurad-o Dictaminador del Borrador de Tesis Titulado:

"CALIDAD DE SUEÑO ASOCIADO A SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNT OUT) EN PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2017"

A los Sres. Docentes:

- DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO
- DR. ERVIS FELIPE ALVARADO DUEÑAS
- DR. ROBERTO NÚÑEZ QUIROZ

SEGUNDO

LUEGO DE LA REVISIÓN DEL BORRADOR DE TESIS, EL JURADO DEBERÁ REUNIRSE PARA EMITIR SU DICTAMEN Y FIRMAR EN CONJUNTO.

TERCERO

El Decanato y Secretaria de la Facultad de Medicina Humana se encargarán del cumplimiento de la presente.

Comuníquese y cúmplase



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Dr. Miguel Fernando Fartán Delgado
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 310 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"CALIDAD DE SUEÑO ASOCIADO A SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNT OUT) EN PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2017"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

VALERIE INGRIND NEIRA DIAZ

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Las indicadas

Arequipa, *23 de marzo de 2018*

JEL
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

CMP: 14051

EFD
DR. ERVIS FELIPE ALVARADO DUEÑAS

Roberto
DR. ROBERTO NUÑEZ QUIROZ

AGRADECIMIENTOS

A mi Asesora, Dra. Gloria Llaza Loayza, por su compromiso, observaciones, consejos y motivación, contribuyo a la elaboración del presente trabajo de investigación.

A mis Catedráticos, Por sus enseñanzas y su dedicación en mi formación profesional.

A Médicos Asistentes, Residentes, Internos de Medicina y Enfermeras que colaboraron con la ejecución de la investigación, desarrollando cada encuesta y permitirme desarrollar mi base de datos.

Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, por brindarme las facilidades necesarias para la ejecución de la investigación en su Personal Asistencial de Salud.

A los miembros del jurado, por sus conocimientos, orientación, y sugerencias con la finalidad de mejorar el presente estudio.

DEDICATORIA

A Dios, Por su inmenso amor y por siempre iluminar y guiar mi camino.

A mi Abuelita Chavelita, que desde el cielo me cuida y protege con su eterno amor.

A mi Madre, Ingrid Diaz, Por estar siempre a mi lado, ser mi ejemplo de fortaleza, y por su apoyo incondicional y todas sus enseñanzas.

A mi Padre, Luis Neira, y a mi hermano Andre, por su apoyo y enseñarme a ser más fuerte cada día.

A todas las personas que con su ayuda desinteresada contribuyeron a la realización del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

Introducción: El sueño es una función biológica y básica que realiza el ser humano, buscando recuperar energías perdidas durante el día. La mala calidad del Sueño afecta múltiples áreas del Desarrollo personal como lo es la Realización Profesional, generando el llamado Síndrome de Agotamiento Profesional. Mala calidad de sueño y agotamiento profesional son padecimientos frecuentes en los profesionales de salud. **Objetivo:** Establecer la relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017. **Materiales y Métodos:** Un estudio: Descriptivo, Prospectivo y Transversal. La muestra se escogió a sujetos voluntarios, siendo aleatoria simple a conveniencia. Se utilizó una encuesta estructurada con consentimiento informado, se solicitaron datos (edad, sexo, cargo y horas laborables a la semana), además se determinó La calidad de sueño con el Índice de Pittsburg y Agotamiento Profesional con la Escala de Maslach. Se analizaron los datos en el programa IBM SPSS versión 24, se elaboraron tablas de frecuencias y porcentajes. Así mismo se realizó un análisis de las variables mediante las pruebas estadísticas de chi cuadrado, de Normalidad y no Paramétricas. La población de estudio fueron 221 personas, entre ellos Médicos, Internos de Medicina, Residentes y Enfermeras. **Resultados:** Fueron 221 participantes con edad promedio de 37.5 años; la mayoría de sexo Femenino (55.2%); con una distribución de Médico Asistente (32.6%), seguido de Residente (25.8%), Interno de Medicina (23.1%), y Enfermera (18.1%); con un promedio de Horas Laborables a la semana de 62.12 horas. Se encontró que tienen una mala Calidad del Sueño (78.3%) con respecto a una buena Calidad del Sueño (21.7%). Del personal (38.9%) tiene Indicio de Burnout, (22.2%) tiene el Síndrome de Burnout y (38.9%) no lo tienen. **Discusión:** Al establecer la relación entre Calidad de Sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017; Se encontró que el (6.3%) de quienes tienen buena Calidad del Sueño desarrollaron Síndrome de Burnout, mientras que (26.6%) de los que tienen mala Calidad del Sueño desarrollaron Síndrome de Burnout. Por Chi cuadrado, se encontró que existe asociación estadísticamente significativa ($p = 0.005$). Entonces Calidad del Sueño influye en el Agotamiento Profesional; demostrando la importancia del sueño en nuestras vidas, principalmente en profesiones de Salud donde se realizan turnos y guardias. **Palabras claves:** Calidad de sueño, Agotamiento Profesional, Burnout, Personal Asistencial de Salud.

ABSTRACT

Introduction: The dream is a biological and basic function performed by the human being, seeking to recover lost energy during the day. The poor quality of the Dream affects multiple areas of Personal Development as it is the Professional Realization, generating the so-called Syndrome of Professional Exhaustion. Poor sleep quality and professional exhaustion are frequent conditions in health professionals. **Objective:** To establish the relationship between quality of sleep and Syndrome of Professional Exhaustion in Health Care Personnel of Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital 2017. **Materials and Methods:** A study: Descriptive, Prospective and Transversal. The sample was chosen to volunteer subjects, being simple random to convenience. A structured survey with informed consent was used, data were requested (age, sex, position and working hours per week), and the quality of sleep with the Pittsburg Index and Professional Exhaustion with the Maslach Scale was determined. The data was analyzed in the IBM SPSS version 24 program, frequency tables and percentages were elaborated. Likewise, an analysis of the variables was carried out using the Chi-square, Normality and nonparametric statistics tests. The study population was 221 people, among them Doctors, Medical Interns, Residents and Nurses. **Results:** There were 221 participants with an average age of 37.5 years; the majority of female sex (55.2%); with a distribution of Assistant Physician (32.6%), followed by Resident (25.8%), Internal Medicine (23.1%), and Nurse (18.1%); with an average of Weekly Week Hours of 62.12 hours. It was found that they have poor Sleep Quality (78.3%) with respect to a good Sleep Quality (21.7%). Of the staff (38.9%) have Burnout Indications, (22.2%) have the Burnout Syndrome and (38.9%) do not have it. **Discussion:** When establishing the relationship between Quality of Sleep and Syndrome of Professional Exhaustion in Health Care Personnel of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza 2017; It was found that (6.3%) of those who have good Sleep Quality developed Burnout Syndrome, while (26.6%) of those with poor Sleep Quality developed Burnout Syndrome. For Chi square, it was found that there is a statistically significant association ($p = 0.005$). Then Quality of the Dream influences the Professional Exhaustion; demonstrating the importance of the dream in our lives, mainly in health professions where shifts and guards take place. **Keywords:** Quality of sleep, Professional Exhaustion, Burnout, Health Care Personnel.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN.....	vi
CAPITULO I	1
1. REVISIÓN DE LITERATURA	1
1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1.1. A NIVEL LOCAL	1
1.1.2. A NIVEL NACIONAL.....	2
1.1.3. A NIVEL INTERNACIONAL.....	4
1.2. MARCO TEÓRICO	6
1.2.1. SUEÑO	6
1.2.1.1. DEFINICIÓN	6
1.2.1.2. CICLO DE VIGILIA-SUEÑO	8
1.2.1.3. ESTRUCTURAS Y VÍAS NEURONALES	8
1.2.1.4. TIPOS DE SUEÑO	9
1.2.1.4.1. SUEÑO DE ONDAS LENTAS.....	9
1.2.1.4.2. SUEÑO DE MOVIMIENTOS OCULARES RÁPIDOS.....	10
1.2.1.5. CALIDAD DEL SUEÑO	11
1.2.1.5.1. RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y ATENCIÓN	12
1.2.1.6. TRASTORNOS DEL SUEÑO SEGÚN LA DSM.....	14
1.2.1.6.1. TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO SUEÑO-VIGILIA	15
1.2.1.6.1.1. ALTERACION POR TURNOS DE TRABAJO (TRABAJADOR NOCTURNO)	15
1.2.1.7. ÍNDICE DE LA CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (ICSP)	16
1.2.1.8. SUEÑO INSUFICIENTE.....	17

1.2.1.8.1.	FACTORES DE SUEÑO INSUFICIENTE	18
1.2.1.8.1.1.	CANTIDAD INSUFICIENTE DE SUEÑO.....	18
1.2.1.8.1.2.	SUEÑO DE MALA CALIDAD	19
1.2.2.	SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL	19
1.2.2.1.	DEFINICIÓN	20
1.2.2.2.	CAUSAS DEL "BURNOUT"	22
1.2.2.3.	FACTORES QUE GENERAN SINDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL:.....	23
1.2.2.3.1.	FACTORES INTRÍNSECOS AL PROPIO TRABAJO	23
1.2.2.3.2.	FACTORES PROCEDENTES DEL DESEMPEÑO DE ROLES EN LA ORGANIZACIÓN	23
1.2.2.3.3.	FACTORES PROCEDENTES DE LAS RELACIONES INTER- RELACIONALES	24
1.2.2.3.4.	FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN.....	24
1.2.2.3.5.	FACTORES PROCEDENTES DE LA ESTRUCTURA Y EL CLIMA ORGANIZACIONAL.....	25
1.2.2.3.6.	FACTORES PERSONALES: SU INFLUENCIA EN EL ESTRÉS.....	25
1.2.2.4.	FASES O ESTADOS SUCESIVOS DEL "BURNOUT"	26
1.2.2.5.	ETAPAS DEL BURNOUT	26
1.2.2.6.	SINTOMAS	27
1.2.2.7.	CONSECUENCIAS	27
1.2.2.8.	PREVENCIÓN	28
1.2.2.9.	MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).....	29
CAPITULO II.....		30
2.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	30
2.1.	LUGAR Y ÁMBITO	30
2.2.	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	30

2.2.1.	UNIVERSO	30
2.2.2.	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	30
2.2.3.	POBLACIÓN	30
2.3.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	31
2.3.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	31
2.3.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	31
2.4.	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	31
2.4.1.	TIPO DE ESTUDIO	31
2.4.2.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
2.4.3.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
2.4.4.	PROCESO DE RECOLECCIÓN Y REGISTRO DE DATOS	37
2.4.5.	PROCESAMIENTO DE DATOS	38
2.4.6.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	42
2.4.7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	43
CAPITULO III.....		44
3.	RESULTADOS	44
CAPITULO IV		71
4.	DISCUSIÓN	71
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....		77
CONCLUSIONES.....		78
RECOMENDACIONES		79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		80
ANEXOS.....		86
ANEXO N°1: INSTRUMENTO APLICADO (ENCUESTA)		87
ANEXO N°2: PROYECTO DE TESIS.....		94
ANEXO N°3: BASE DE DATOS.....		151

INTRODUCCIÓN

El sueño es una función biológica y básica que realiza el ser humano, buscando recuperar energías perdidas durante las actividades diarias. “Esta función fisiológica y reparadora es de gran importancia para la estabilidad afectiva, la disposición hacia las actividades de la vida diaria, el rendimiento académico y las actividades sociales” (1). Gran parte de nuestras vidas realizamos esta función esencial, se estima que pasamos en ella aproximadamente un tercio de nuestra existencia, aunque este tiempo puede variar de acuerdo a cada persona.

Según un enfoque fisiológico, “El sueño se define como el estado de inconsciencia del que puede ser despertada una persona mediante estímulos sensitivos o de otro tipo” (2), a este estado hay que diferenciarlo del coma, en el que el individuo no despertará. El sueño junto con la vigilia, que es un estado de conciencia, estos dos se alternan constantemente.

“La duración del sueño requerida para que una persona joven se sienta despierta y alerta durante el día es en promedio 7 a 8 horas, en un período de 24 horas” (3). Cuando esta función básica y vital se ve alterada, existiendo una reducción de las horas de sueño, esto podría conllevarnos a una inhibición parcial o total del sueño.

Cuando hablamos de tener una Calidad de Sueño óptima, no solo hacemos referencia a dormir bien durante las horas establecidas para un sueño reparador, sino también de mantener una adecuada Vigilia para así desarrollar y satisfacer otras necesidades básicas en la vida del hombre. Existen “tres aspectos básicos para determinar si una persona tiene una buena calidad de sueño: la duración, la continuidad y la profundidad” (4).

La mala calidad del sueño, “está asociada a fatiga, deterioro de la actividad motora y cognitiva, problemas de relaciones interpersonales y mayor número de accidentes laborales y de tránsito” (5). Al generarse una inadecuada Calidad del Sueño, se ven afectadas otras áreas del Desarrollo personal como lo es la Realización Profesional, generando el llamado Síndrome de Agotamiento Profesional.

El Síndrome de Agotamiento Profesional o también conocido como Síndrome de BURNOUT, o también como El Síndrome de quemarse por el trabajo, “se define como una respuesta al estrés laboral crónico” (6) , donde el profesional califica de forma negativa su destreza para ejecutar un trabajo y presenta dificultades para establecer una

relación con las personas que atiende, ya que se encuentran con un agotamiento emocional, además que genera actitudes, sentimientos y conductas negativas, volviéndolo en un profesional deshumanizado. Siendo tres sus principales características de este Síndrome, el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización, y la pobre realización personal. Es importante la detección de este Síndrome ya que muchas veces permanece silencioso en los centros de trabajo, siendo indicadores que este se encuentra presente los problemas en el centro de Labores, el mal servicio de la Institución e incluso pérdidas laborales.

El Síndrome de Agotamiento Profesional se da “con mayor frecuencia en aquellos puestos de trabajo relacionados con atención a terceros, como docentes, personal sanitario o personas que trabajan en atención al cliente” (7); El personal sanitario que se ve comprometido mayormente es el personal asistencial como lo son: médicos asistentes, residentes, internos de medicina, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, psicólogos, entre otros.

Debido a las crecientes cifras de insatisfacción de los usuarios en salud con la atención brindada por el personal asistencial en este campo, es que se elabora el presente trabajo para analizar la situación laboral de los trabajadores en salud, valorando como sus niveles de estrés laboral además del estrés físico afectan en su desempeño laboral. Parte de ese estrés físico y emocional se debe muchas veces a los turnos y guardias que influirán en La Calidad del Sueño del profesional de Salud.

Este trabajo valoró la relación que hay entre calidad de sueño con el síndrome de agotamiento profesional (burnout) en personal Asistencial de Salud, en la ciudad de Arequipa, que alberga a gran porcentaje de los pacientes del sur de nuestro país, siendo un centro de referencia el Hospital Regional Honorio Delgado.

Se realizó un estudio Descriptivo, Prospectivo y Transversal, con el objetivo de determinar la presencia del Síndrome de Agotamiento Profesional asociado a calidad de sueño en el personal que laboran en las distintas áreas del Hospital, en el periodo del año 2017. La conveniencia de este trabajo es que al demostrar la relación entre la calidad de sueño y el Agotamiento Profesional en el Personal asistencial de Salud en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, notemos de la importancia del sueño y que este afecta en el desempeño laboral diario, siendo este muchas veces cuestionado por el usuario de salud.

Debido a que es importante la relación médico paciente en el ejercicio diario de la Medicina, y para establecer dicha relación, he observado en mi práctica diaria como interna de Medicina y por interés personal que hay muchos factores que influyen respecto al desempeño laboral del Personal de Salud. Dichos factores son la calidad de sueño en el personal de salud que muchas veces se ve afectado por los tipos de horarios que manejamos, guardias por turnos, que incluyen guardias nocturnas, los cuales al alterar la calidad de sueño crean estados de somnolencia siendo un factor en contra para un adecuado desempeño laboral, así mismo el estrés mismo de trabajar con personas usuarias de servicios de salud, que día a día buscan solucionar sus males y dolencias, así como el relacionarnos y poder trabajar en equipo para lograr nuestro más valioso objetivo que es la salud de nuestros pacientes.

Así mismo este tema tomo mi interés personal, ya que durante el periodo que realicé mi internado médico noté que muchas veces las guardias que realizábamos los internos, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería genera un desgaste no solo físico y mental, sino también en nuestro comportamiento y desempeño laboral, motivando muchas veces a que nuestro carácter cambie, y que nuestro rendimiento laboral no sea el adecuado, estas guardias muchas veces son de más de 36 horas en el caso de internos; tal es así que luego de una guardia agotadora no tenemos las energías suficientes para continuar el siguiente turno por la mañana, no tenemos los cinco sentidos puestos en ejecutar nuestro trabajo, inclusive generando asperezas con nuestros compañeros de trabajo o con los propios pacientes que muchas veces a causa de sus males están alterados o de sus familiares que por la angustia y desesperación reaccionan de forma aprensiva.

Es por ello que considero de vital importancia analizar estos factores que influyen en el actuar diario del personal de salud, para mejorar condiciones y actitudes en el personal asistencial de salud con el único fin de dar una adecuada atención y así un sistema integral de salud, teniendo como único beneficiario a nuestros pacientes. Al mejorar nuestro sistema de salud y la calidad de atención se beneficiara la población de la Ciudad de Arequipa y de la Macro Región Sur. Motivando a que se siga investigando y se pueden proponer actividades, tales como dinámicas para evitar el estrés físico y desgaste laboral, evitando que esto afecte al desempeño diario y la relación que se entabla con los pacientes.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cómo se relaciona la calidad de sueño con el Agotamiento Profesional en Personal asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer la relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la presencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en el personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza según los componentes del síndrome en base a la escala de Maslach: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo; en el 2017.
- Establecer la calidad de sueño en el personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el 2017
- Identificar el grupo del personal asistencial de salud más afectado por el Síndrome de Burnout del Honorio Delgado Espinoza 2017
- Reconocer el grupo del personal asistencial de salud que tiene más afectada su Calidad de Sueño del Honorio Delgado Espinoza 2017
- Establecer la subescala de agotamiento laboral con más afectación del Personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

HIPOTESIS:

Dado que la calidad de sueño se encuentra afectada en el personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza entonces genera mayor síndrome de agotamiento profesional.

CAPITULO I

1. REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. A NIVEL LOCAL

- TÍTULO: “Calidad de Sueño, Somnolencia excesiva diurna y Rendimiento Académico en los Internos de Medicina al finalizar la primera rotación en el hospital III Goyeneche, Arequipa – 2016” (5).

AUTOR: Ada Liz Coaquira Villalta

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: AREQUIPA- PERÚ 2016, Tesis para optar el Título de Médico Cirujano en la Universidad Nacional de San Agustín.

RESUMEN: Realizo un estudio que tuvo como Objetivo: “Describir las características sociodemográficas, determinar la calidad del sueño, la presencia y la severidad de la somnolencia excesiva diurna y conocer el rendimiento académico de los internos de Medicina al finalizar la primera rotación en el Hospital III Goyeneche, Arequipa – 2016” (5). Para lo que realizó el uso de encuestas para determinar la calidad de sueño mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y la somnolencia con la Escala de Somnolencia de Epworth y el Rendimiento Académico a través de la nota final de rotación. Participaron 80 internos, donde “edad predominante de 24 años (28.7%); la mayoría de sexo masculino (52.5%). Se encontró que el 73.8% tiene mala calidad de sueño y el 26.3% buena. Presentan somnolencia excesiva diurna el 45.0%, de nivel bajo el 72.0 %, moderada 25.0% y grave en 3.0%. El rendimiento académico fue bueno el 45.0%, regular 41.3%, insuficiente 11.3% y excelente 2.5%.” (5), Determino que la mala Calidad del Sueño y la Somnolencia excesiva Diurna es alta en internos de medicina y que esta asocia al Rendimiento Académico.

- TÍTULO: “Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de Arequipa” (8)
AUTOR: Walter Lizandro Arias Gallegos, Agueda Muñoz del Carpio Toia.
LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Arequipa - Perú, Diciembre 2016

RESUMEN: El objetivo de este trabajo fue: “Analizar las manifestaciones del síndrome de burnout en enfermeras.” (8), Este estudio tuvo como muestra 47 enfermeras, encontrando “21,3 % de enfermeras presentó niveles severos de agotamiento emocional y baja realización personal, y que el 29,8 % tuvo altos niveles de despersonalización. Las correlaciones indicaron que el síndrome de burnout, el agotamiento emocional y la despersonalización se relacionan positivamente ($p < 0,01$).” (8) La población estudiada manifestaba un alto grado de este Síndrome en especial las que laboran más tiempo en el servicio.

1.1.2. A NIVEL NACIONAL

- TÍTULO: “Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014” (9)

AUTOR: Jesús Maticorena-Quevedo, Renato Beas, Alexander Anduaga-Beramendi, Percy Mayta-Tristán

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Lima Perú – 2014

RESUMEN: El Objetivo de este trabajo fue: “Estimar la prevalencia del síndrome de *burnout* en los médicos y enfermeras del Perú en el año 2014” (9), Se estudiaron: “5062 profesionales de salud, 62,3% eran mujeres, 44,0% eran médicos, Se obtuvo una prevalencia global del SB de 2,8% (IC95%: 2,19-3,45) usando valores predeterminados; La prevalencia es mayor en médicos que en enfermeras, independientemente del punto de corte usado.” (9)

- TÍTULO: “Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú” (10)

AUTOR: Vilchez-Cornejo, Quiñones-Laveriano, Failoc-Rojas V, Acevedo-Villar, Larico-Calla, Mucching-Toscano

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Perú, publicado en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2016 Agosto

RESUMEN: “La calidad de sueño nos hace referencia al hecho de dormir bien durante la noche y el rendimiento diurno. De esa forma, influye en salud y la buena calidad de vida. La pérdida de sueño es uno de los problemas de la sociedad moderna más llamativos especialmente en estudiantes de medicina

humana. Esto se relaciona a la constante y creciente exigencia académica ocasionando problemas de salud mental y altos niveles de estrés.” (10) Se analizaron 1.040 estudiantes de medicina equitativamente de 8 universidades del Perú, de ellos se usaron 892 encuestas. “Se encontró que 693 (77,69%) alumnos fueron malos dormidores. Con respecto a la salud mental se halló que 290 (32,51%) sufrían de depresión, 472 (52,91%) de ansiedad y 309 (34,64%) de estrés. Se halló asociación significativa ($p < 0,05$) entre la mala calidad de sueño y el sexo femenino; depresión; ansiedad; y estrés.” (10)

- TÍTULO: “Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima” (11)

AUTOR: Mirian Grimaldo; Mario Alexander Reyes Bossio

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Lima 2015

RESUMEN: Tuvo como objetivo “determinar la relación que existe entre calidad de vida profesional y sueño en un grupo de estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud” (11), teniendo a 198 participantes, “Se encontró correlación entre calidad de vida profesional y sueño en el grupo de edad de 31 a 40 años (0.26).” (11), este grupo valoró el sueño como importante para su desempeño laboral.

- TÍTULO: “Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de los Servicios Críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2011” (12)

AUTOR: Elizabeth Ayala Cárdenas

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: LIMA – PERÚ 2013

RESUMEN: Aquí se tuvo que, “Determinar el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú 2011” (12). Tuvo como muestra 93, de los cuales “53 enfermeras (os) y 39 técnicas (os) en enfermería. Burnout, 13% tiene alto, 68% medio y 19% bajo. En agotamiento emocional, los técnicos tienen 21% alto, y las enfermeras 19% alto. En la despersonalización, el personal técnico 18% alto y las enfermeras 15% alto. En realización personal, el técnico en enfermería 31% alto y en las enfermeras 22% alto. Acerca de los servicios críticos en Sala de Operaciones 9% alto, en la Unidad de Terapia Intensiva

19% alto, y en Emergencia 21% alto.” (12) El Síndrome de Burnout del personal de servicios críticos es medio a alto, el agotamiento emocional y despersonalización es alto, así mismo la realización personal es medio a bajo.

1.1.3. A NIVEL INTERNACIONAL

- TÍTULO: “Presencia del Síndrome de Agotamiento Profesional entre los Médicos Agregados y Residentes del Hospital Regional de Sonsonate Mayo-Agosto 2011” (13)

AUTOR: Dra. Yenny Lisseth González Viera; Dra. Katia Lizzeth Rivera López

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: San Salvador, El Salvador. Enero de 2012

RESUMEN: Cuyo objetivo fue “Determinar la presencia del Síndrome de Agotamiento Profesional entre los médicos agregados y residentes que laboran en las áreas de emergencia y hospitalización, en el periodo de Mayo – Agosto 2011”. (13) Teniendo una muestra de 49 médicos, El Síndrome de Burnout está presente, siendo los médicos residentes los más afectados, con altos puntajes en Agotamiento Emocional y Despersonalización, y bajo en Realización Personal. La edad más afectada es entre los 30-35 años, el sexo femenino fue el más afectado en las primeras subescalas.

- TÍTULO: “Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño” (14)

AUTOR: Juan Carlos Sierra, Carmen Jiménez-Navarro, Juan Domingo Martín-Ortiz

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Distrito Federal, México, 2002 Diciembre

RESUMEN: “Se analiza la calidad subjetiva del sueño en una muestra de 716 estudiantes universitarios (584 mujeres y 132 varones) por medio del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg, y se evalúan los efectos del consumo de alcohol, cafeína y tabaco sobre la calidad del sueño” (14). Se encontró que el 30% tiene una mala calidad del sueño, la dificultad para iniciar el sueño se da en jóvenes y en mayores ocurren los despertares nocturnos y el despertar

precoz. El 60.33% son malos dormidores. El exceso de alcohol, caféina y nicotina generan aumento de la latencia, despertares nocturnos, reducción del sueño de ondas lentas, reducción del tiempo total de sueño y pobre calidad auto informada del sueño.

- TÍTULO: “Calidad de Sueño en estudiantes de las carreras de Medicina y Enfermería en la Universidad de los Ande Merida- Venezuela 2013” (15)
AUTOR: Vanessa Maribel Villarroel Prieto
LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Madrid-España, Septiembre 2014
RESUMEN: Tuvo como objetivo “Conocer la CS de los estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela durante el año 2013.” (15) Hubo una muestra de 560 estudiantes: 434 de Medicina, y 126 de Enfermería, el 70,4% eran buenos, y 47,5% eran malos dormidores, siendo los malos dormidores los de Enfermería. No hubo diferencias significativas de género.
- TÍTULO: “Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel” (16)
AUTOR: José Antonio Rodríguez Murillo, Beatriz Flores Fernández, Montserrat López Quiroga, Neus Argilés Miró, Laura Buj Pascual, Neus Prats Castellví
LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Barcelona, Mayo 2016
RESUMEN: Los objetivos fueron: “conocer la calidad del sueño en el personal del turno de noche de salas de hospitalización de un hospital de tercer nivel y analizar otras variables que puedan influir en la calidad del sueño” (16) Se tuvo como población 108 profesionales asistenciales de Enfermería, con promedio de 42,24 años, 64,8% presentó una mala calidad del sueño, y una escasa relación con la antigüedad.
- TÍTULO: “Características del Sueño y su Calidad en estudiantes de medicina de la Universidad de Panamá.” (17)
AUTOR: Lezcano, Héctor; Vieto, Yiriana; Morán, José; Donadío, Francisca; Carbonó, Alberto.
LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Universidad de Panamá, Julio 2014

RESUMEN: El Objetivo de este trabajo era “Determinar las características y calidad del sueño en los estudiantes de medicina de la Universidad de Panamá, durante el mes de noviembre del año 2013.” Una muestra de 290 estudiantes, la calidad subjetiva del fue mala en 51,3%. La latencia del sueño tardaba 15 minutos.

Para lo que en el presente trabajo se decide interrelacionar estas dos variable que son calidad de sueño y síndrome de Agotamiento Laboral para valorarlas y determinar cómo estas influyen en el personal asistencial de salud, en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, ya que es uno de los Hospitales con mayor capacidad resolutive en el Sur del País.

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1. SUEÑO

1.2.1.1. DEFINICIÓN

La definición de sueño es un “estado de inconsciencia del que puede ser despertada una persona mediante estímulos sensitivos o de otro tipo” (2). Diferenciándolo del coma que es no poder despertar de la inconsciencia. Este estado es un conjunto de fases, las cuales van desde un sueño ligero hasta un sueño profundo.

El sueño muchas veces se confunde como una falta total de actividad pero es un estado biológico propio del ser humano. El sueño necesita de características tales como un ambiente y posturas adecuados, por ejemplo nosotros para optar por un sueño adecuado adoptamos una posición decúbito dorsal o sus variantes, a diferencia de algunos animales que toman una postura de pie o de cabeza, así mismo el ambiente es fundamental ya que un ambiente con mucho ruido no permitirá que lleguemos a un sueño de calidad. El sueño es una función biológica y básica que realiza el ser humano, buscando recuperar energías pérdidas durante las actividades diarias de cada persona, gran parte de nuestras vidas realizamos esta función, esta es restauradora de energía y fundamental ya que genera “estabilidad afectiva, la disposición hacia las actividades de la vida diaria, el rendimiento académico y las actividades sociales” (1). Gran parte de nuestras vidas realizamos esta función esencial, se estima que pasamos en ella alrededor de un tercio de nuestra existencia,

aunque este tiempo puede variar de acuerdo a cada persona y de las actividades que realiza.

El sueño es un proceso que va desde grados leves a un estado profundo, esto dependerá de los componentes fisiológicos que varían durante las etapas del sueño, un instrumento para registrar características del sueño es el electroencefalograma, dentro de las características que toma para este estudio encontramos los movimientos oculares y el tono muscular del individuo.

El sueño es primordial, es un proceso que constituye parte esencial de nuestras vidas y es de vital significancia para que esta se mantenga, “no sólo por la cantidad de tiempo que dedicamos a dormir sino también por la significación que atribuimos a una noche de descanso y el efecto que el sueño tiene en nuestra salud” (18). Los procesos investigativos indican que se muestra una íntima relación entre el sueño y el nivel de salud física, mental y emocional en las personas.

La población contemporánea tiene conciencia de lo fundamental que es el sueño en nuestras vidas y los efectos que este genera, este resultado no solo se suscribe “al propio organismo de ser una necesidad de restauración neurológica, sino que afectan el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad” (14), como lo es su desempeño laboral, profesional o académico, relaciones que entablamos con otras personas, estado de alerta para evitar accidentes de tránsito, entre muchas actividades diarias. Es por ello de la relevancia del sueño y que se manifieste con una Calidad del Sueño óptima.

El sueño está estructurado de una serie de procesos o etapas que ocurren en el organismo, así como la regulación neurológica (consolidación de la memoria y función de algunos neurotransmisores, e interconexiones neuronales); un proceso endocrino-metabólica (regulación de la temperatura corporal y producción hormonal); inmunológica y cambios cardiorrespiratoria.

El sueño forma parte del ciclo sueño-vigilia. En contraposición al sueño que es un período de inactividad y restauración de la función física y mental; la vigilia es un tiempo de actividad mental y gasto de energía, es un estado de alerta, de estar en constante atención y uso máximo de nuestros sentidos. La importancia del sueño no

solo es de ser un periodo reparador, sino que es un tiempo en el que se procesa e ingresa en la memoria la información que se ha recabado durante el periodo de vigilia, además en el cerebro se restauran las comunicaciones entre cada espacio de este. Así también el sueño es un momento en el que los otros sistemas corporales restablecen su energía y rehabilitan sus tejidos. Por ejemplo “La actividad muscular y la digestión disminuyen, y la actividad del sistema nervioso simpático disminuye.” (19) Además, “Muchas hormonas, como la de crecimiento, se producen en una manera cíclica en correlación con el ciclo de sueño-vigilia, lo que sugiere que el crecimiento y reparación tisular se presentan durante el sueño.” (19)

1.2.1.2. CICLO DE VIGILIA-SUEÑO

El ciclo sueño vigilia está gobernado por dos sistemas neurobiológicos principales: uno que genera activamente el sueño y los procesos relacionados con él, y otro que programa el momento del sueño dentro del ciclo diario de 24 horas.

El sueño es un fenómeno activo, inevitable, periódico, variado y complejo que está sustentado en una extensa y complicada red neuronal en la que participa de forma directa o indirecta todo el sistema nervioso.

El fenómeno del sueño en el hombre es circadiano. El sueño está conformado por dos estados diferentes, como lo es “el sueño lento (SL y sus etapas) y el sueño paradójico (SP o REM), que alternan en una noche de sueño varias veces, constituyendo un ritmo intrínseco ultradiano” (20). Es así que, “cerebro basal anterior será quien proporcione el marco para el SL, en tanto que el tegmento pontino dorsolateral será responsable de las características expresiones del SP” (20). Siendo el sueño una cascada que propicia variaciones fisiológicas, rítmicos, en el que intervienen diversos sistemas del organismo y serán dirigidos por el sistema nervioso central.

1.2.1.3. ESTRUCTURAS Y VÍAS NEURONALES

El ciclo de sueño y vigilia con respecto a su anatomía, está compuesto por estructuras con “el tálamo, áreas relacionadas de la corteza cerebral e interneuronas en la formación reticular del mesencéfalo, puente de Varolio y tronco cerebral” (19). “La

formación reticular del mesencéfalo, el puente de Varolio y el tronco cerebral vigila y modula la actividad de varios circuitos que controlan la vigilia” (19). El tálamo y la corteza cerebral se relacionan de manera cómplice y procesan toda la información transmitida, esta complicidad entre el tálamo que posee las áreas sensitivas y la corteza cerebral que tiene las áreas complementarias se encuentra estructurada y ordenada por un sistema neuronal complejo.

1.2.1.4. TIPOS DE SUEÑO

Fundamentalmente existen dos tipos de sueño: uno de ondas lentas y otro de movimientos oculares rápidos (REM), cada noche mientras una persona está dormida ocurre una alternancia de estas dos fases. El tipo de Ondas lentas es el que tiene el mayor porcentaje del sueño durante la noche, este es el llamado “sueño profundo y reparador que la persona experimenta durante la primera hora dormido después de haber estado despierto muchas horas” (2). En contraposición el sueño REM tiene un porcentaje del 25% del sueño, principalmente en las personas jóvenes; “estos episodios normalmente se repiten más o menos cada 90 minutos. Es un tipo de sueño no tan reparador y suele ir asociado a sueños de gran viveza” (2).

1.2.1.4.1. SUEÑO DE ONDAS LENTAS

Su nombre proviene ya que en este sueño las ondas cerebrales son muy potentes y su frecuencia muy lenta. Podemos comprender este tipo de sueño, “si recordamos la última vez que estuvimos despiertos más de 24h seguidas y a continuación el sueño profundo en el que caímos durante la primera hora después de irnos a dormir” (2). El tipo de sueño de ondas lentas es vitalmente reparador así mismo se acompaña de un descenso de tono vascular periférico y diversas funciones vegetativas en el organismo. Tal es así que, “se produce una disminución del 10 al 30% en la presión arterial, la frecuencia respiratoria y el índice metabólico basal” (2). Muchos denominan a este tipo de sueño como “sueño sin sueño”, pero si encontramos sueños en este tipo, inclusive habría pesadillas. Lo que diferenciaría a los sueños del tipo de ondas lentas, con los dos de tipo REM, es que en los primeros “no suelen recordarse porque no tiene lugar

la consolidación de los sueños en la memoria” (2) y en los de tipo REM hay una respuesta mayor de sistema muscular.

El sueño de ondas lentas o también llamado no REM (NREM), está compuesto de cuatro etapas. “Las etapas I a IV se denominan en su conjunto sueño no REM” (21)

- La etapa I: somnolencia o adormecimiento, en esta desaparece el ritmo alfa del electroencefalograma, este ritmo se encuentra en el estado de vigilia, además esta etapa no hay movimientos oculares pero si los hubiera son muy lentos, así mismo en la Etapa I hay tono muscular.
- La etapa II – III: sueño ligero, hay una disminución del ritmo en el electroencefalograma, aparecen los husos de sueño y los complejos K, lo que es consecuencia de la actividad del núcleo reticular del tálamo; en esta etapa aún hay tono muscular, y no encontramos movimientos oculares.
- La etapa IV: sueño profundo, el ritmo en el electroencefalograma es aún menor, no hay movimientos oculares y el tono muscular puede mantenerse o estar muy disminuido, esta fase se da por la actividad de la corteza Prefrontal y el núcleo dorsomedial del tálamo. Esta fase es la más reparadora. “Hay movimientos organizados del dorso; el individuo da vueltas en la cama, cambia de postura” (21). La duración de esta fase es 25% del sueño.

1.2.1.4.2. SUEÑO DE MOVIMIENTOS OCULARES RÁPIDOS

También conocido como sueño REM, (por su denominación en inglés rapid eye movement), esto debido a que hay un movimiento rápido en los ojos pese a que el individuo está dormido. Durante la noche se evidencian “episodios de sueño REM que duran de 5 a 30 minutos como promedio cada 90 minutos” (2). Si un individuo está demasiado somnoliento, los espacios de sueño REM son cortos o inclusive puede no existir, pero cuando este se encuentra más descansado al pasar la noche, los espacios de sueño REM son más largos. “El sueño REM posee varias características importantes:” (2)

1. Es la forma activa del sueño, comúnmente se encuentran sueños y movimientos musculares activos.
2. El tono muscular de esta demasiado disminuido, existe una atonía, existiendo una abolición de áreas de control muscular en la médula, de lo que es responsable la formación reticular bulbar, el locus coeruleus.
3. Hay un ritmo irregular de la frecuencia cardiaca y la respiratoria, caracterizando a la ensoñación.
4. El periodo de vigilia aumenta con respecto a la edad, el sueño disminuye, y el sueño es más corto REM; caso contrario ocurre en bebés donde tiene un sueño REM del 50%.
5. “A pesar de la extrema inhibición de los músculos periféricos, existen movimientos musculares irregulares. Se producen aparte de los movimientos rápidos de los ojos” (2).
6. “El encéfalo se encuentra muy activo en el sueño REM y el metabolismo cerebral global puede aumentar hasta un 20%” (2). El trazo electroencefalográfico refleja una gráfica parecida a la del estado de vigilia. Esta etapa es conocida también como sueño paradójico, debido a que a pesar de que el individuo está dormido hay actividad en el encéfalo.

Las fases de sueño de Onda Lenta y REM se intercalan cuatro a cinco veces por la noche. “El sueño NREM dura unas 6 horas y sueño REM dos horas” (21). Es más fácil despertar del sueño REM que NREM. Fármacos antidepresivos disminuyen la fase REM y benzodiazepinas recortan o inhiben las fases III y IV.

1.2.1.5. CALIDAD DEL SUEÑO

Uno de los principales problemas de salud en el mundo son las alteraciones del sueño. La Calidad del Sueño no solo nos muestra salud sino que es un indicador de Buena Calidad de vida. “La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno” (14), poder realizar actividades básicas de la vida diaria.

“Hay tres aspectos básicos para determinar si una persona tiene una buena calidad de sueño: la duración, la continuidad y la profundidad” (4). Por ejemplo, No tendremos

una adecuada Calidad de sueño si no tomamos el tiempo suficiente para dormir cada noche, o si existen pausas que interrumpan las etapas del sueño, o si nuestro sueño no es lo demasiado profundo para reponer energías.

El periodo de sueño está determinado por factores propios del organismo, ambiente o entorno y de la conducta. “Investigaciones respecto a la calidad de sueño y su relación con la calidad de vida, indican que desviaciones del dormir menos de siete a ocho horas de sueño, se asocian a mala calidad de vida con alteraciones en la salud física y psicológica” (22). Al reducir el número de horas que una persona duerme cada noche puede provocar una abolición total o parcial del sueño, generando trastornos del sueño. Al reducirse las horas de sueño, esta carencia de horas se va acumulando, generando en la persona un déficit de sueño y causando estados de somnolencia excesiva diurna. Es así que para valorar una adecuada calidad de sueño, no solo es necesario dormir un número adecuado de horas por las noches sino ser capaz de mantener un adecuado estado de alerta y vigilia durante la mañana y realizar nuestras actividades para un desarrollo integral como personas.

Al estudiar al sueño, se manifiestan sus patologías las que son importantes debido a su repercusión en la salud del individuo y la salud pública, existen patologías tales como el insomnio, hipersomnia o patologías relacionadas por no tener un sueño reparador como lo es la fibromialgia. Los problemas de sueño se encuentran asociados con la calidad de vida, con la búsqueda de atención médica, e incluso con accidentes de tránsito, accidentes laborales, desempeño laboral, entre otros, por lo que representa un importante problema de salud pública.

1.2.1.5.1. RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y ATENCIÓN

Resultados sobre la investigación de la privación parcial de sueño o su mala calidad, generan estados de somnolencia; además de efectos negativos sobre el rendimiento motor y cognitivo, sobre el humor o estado de ánimo (produciendo irritabilidad, agresividad, impaciencia, ansiedad, depresión) así como también sobre el metabolismo y el funcionamiento hormonal. “Es importante destacar que la somnolencia diurna afecta el funcionamiento psicosocial del individuo de la

misma manera que lo hace el consumo de alcohol” (23). Además de tener efectos negativos en el rendimiento académico, ya que afecta y altera la atención.

“La Duración del sueño requerida para que una persona joven se sienta despierta y alerta durante el día es en promedio 7 a 8 horas, en un periodo de 24 horas” (15). La disminución del tiempo de sueño puede generar una privación parcial o inclusive la ausencia de este. La ausencia total del sueño se debe cuando una persona no ha dormido, y generalmente ocurre en episodios agudos. Por otro lado una disminución parcial está enfocada al sueño nocturno reducido o interrumpido, como es el caso del horario de trabajo de los médicos, enfermeras entre otro personal asistencial de salud.

Es por ello que la relación entre una calidad de sueño adecuado afecta en la atención que tendrá una persona en sus actividades.

“La sociedad actual que funciona 24 horas al día, obliga a las organizaciones y en consecuencia a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida” (24).

La forma de trabajo por turno y las guardias, además de las horas de labor durante la mañana generan un llamado de atención, debido a los efectos que desencadenan en la salud física, mental y emocional. En el caso de personal asistencial de salud presentan una privación del sueño parcial, el sueño se ve alterado por las guardias nocturnas generando en este personal una menor atención al realizar sus actividades con los pacientes.

Así mismo al privarse de una adecuada calidad de sueño se desencadena una acumulación de agotamiento que en un inicio es físico, y con el pasar de los días, meses o incluso años; y con cada turno y guardia que se añade se genera el agotamiento mental y emocional; provocando un acumulo de estrés multifactorial dañando a la persona que los padece, este daño no solo es físico sino emocional, afectando de forma global del personal de salud.

1.2.1.6. TRASTORNOS DEL SUEÑO SEGÚN LA DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002): Trastornos del sueño	DSM-5 (APA, 2013): Trastornos del sueño-vigilia	CIE-10 (OMS, 1992)
<p>1. Trastornos primarios del sueño</p> <p>A) Disomnias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio primario - Hipersomnias primaria - Narcolepsia - Trastorno del sueño relacionado con la respiración - Trastorno del ritmo circadiano - Disomnias no especificada <p>B) Parasomnias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesadillas - Terrores nocturnos - Sonambulismo - Parasomnias no especificada <p>2. Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental</p> <p>3. Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica</p> <p>4. Trastorno del sueño inducido por sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por insomnio - Trastorno de hipersomnolencia - Narcolepsia <p>A) Trastornos del sueño relacionados con la respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apnea-hipopnea obstructiva del sueño - Apnea central del sueño - Hipoventilación relacionada con el sueño <p>B) Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo fase del sueño retrasada - Tipo fase del sueño avanzada - Tipo sueño-vigilia irregular - Tipo sueño-vigilia no equivalente a 24 horas - Tipo cambios turno de trabajo <p>C) Parasomnias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño-despertar sin movimientos oculares rápidos - Trastorno por pesadilla - Trastorno comportamental del sueño en fase REM - Síndrome de las piernas inquietas - Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicación - Otro trastorno por insomnio especificado - Trastorno por insomnio no especificado - Otro trastorno de hipersomnolencia especificado - Trastorno de hipersomnolencia no especificado - Otro trastorno del sueño-vigilia especificado - Trastorno del sueño-vigilia no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio no orgánico - Hipersomnias no orgánica - Trastorno no orgánico del ciclo v-s - Sonambulismo - Terrores nocturnos - Pesadillas - Otros trastornos no orgánicos del sueño - Trastorno no orgánico del sueño sin especificación

1.2.1.6.1. TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO SUEÑO- VIGILIA

Ocurre cuando se da una alteración del sueño debido a que el patrón de sueño de forma recurrente genera una desincronización del ciclo circadiano (sueño-vigilia) endógeno propio de cada persona y del estímulo exógeno de espaciamiento y durabilidad del sueño debido al entorno físico, social o profesional de cada individuo.

Al generarse este problema de sueño, desencadenara una excesiva somnolencia o insomnio, y además provocara un malestar clínicamente significativo o menoscabo en las esferas social, profesional u otras que sean importantes en el desarrollo de la persona.

1.2.1.6.1.1. ALTERACION POR TURNOS DE TRABAJO (TRABAJADOR NOCTURNO)

Este Trastorno del ritmo circadiano muestra que “los síntomas de insomnio o hipersomnía son secundarios a jornadas o turnos laborales que se solapan con el periodo normal del sueño” (25), quedando el empleado en estado de alerta ante la necesidad de realizar su trabajo de forma adecuada, interrumpiendo el ciclo normal de sueño-vigilia.

La alteración por turnos de trabajo se da en profesionales que laboran en turnos nocturnos o de madrugada, así también en personal que rota turnos, ya que al rotar turnos necesitan un tiempo adecuado para que pueda acoplarse su ciclo de sueño-vigilia al nuevo cambio de turno. En ambos casos se reducen las horas de sueño afectándose el ciclo circadiano y provocando una alteración en el ciclo Sueño-vigilia.

1.2.1.7. ÍNDICE DE LA CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (ICSP)

Para poder valorar La Calidad del Sueño, encontramos que es complicado determinar el buen dormir, ya que es un área inmensa y complicada, comprendiendo no solo las horas de sueño sino de su eficiencia e inclusive de la actividad durante el día.

“Como una forma de aproximarse a su medición, en 1989 Buysse y colaboradores presentaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), un cuestionario auto aplicable” (26).

El Índice de la Calidad de Sueño de Pittsburg , “fue desarrollado por (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, y Kuppfer) en la Universidad de Western Psychiatric Institute de Pittsburgh y de la Clínica a finales de 1980, surgió de la observación de que la mayoría de los pacientes con desordenes psiquiátricos también tienen trastornos del sueño” (15); este instrumento es un cuestionario que al aplicarlo no da una sumatoria general y esta valora la Calidad del Sueño, muchos trabajos de investigación lo han tomado como instrumento, así mismo se realizó traducciones a otras lenguas, “desde 1997 se encuentra disponible una traducción al español” (15).

Este instrumento valora características cualitativas y cuantitativas de la Calidad del sueño de las personas a las que se les aplica, esta valoración la realiza analizando de cómo fue su sueño durante el último mes; en su estructura está conformado por 24 interrogantes, dentro de ellas 19 serán para la persona encuestada y si es que durmiera acompañado en su habitación, las otras 5 interrogantes serian para su compañero.

Al analizar las preguntas para su calificación, estas se agruparan en 7 componentes, los cuales determinan características del sueño, estos son: “La calidad subjetiva, la latencia (entendiéndose como el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse), la duración, la eficiencia habitual (que valora el porcentaje de tiempo que el paciente cree que está dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado), las perturbaciones (aquellas alteraciones como dolor, frío, nicturia, tos, etc.), el uso de hipnóticos, y la disfunción diurna (presentándose como la facilidad de quedarse dormido mientras se realiza alguna actividad o como un mayor cansancio diurno)” (27). Cada una de las 7 áreas valoradas tendrá una puntuación de 0 al 3, siendo 0 que

no hay problema en esa área y 3 que hay un problema grave; para obtener el coeficiente de valoración de Calidad de sueño de Pittsburgh, se deben sumar los 7 componentes donde se obtendrá una puntuación máxima de 21 y una mínima de 0; siendo el punto de corte para la interpretación de este coeficiente 5, calificando como buenos dormidores a quienes tengan una puntuación menor o igual a 5 y como malos dormidores a los que tengan más de 5.

“Con respecto a la versión castellana del Cuestionario de Pittsburg (Royuela y Macías 1997) concluyen que, es un instrumento adecuado para la investigación epidemiológica y clínica de las alteraciones de sueño” (15). El instrumento tiene una adecuada estructura, así mismo posee un óptimo grado de fiabilidad y validez, similar a la versión original en inglés. “La versión validada al castellano del PSQI demostró tener, en la población general, una consistencia interna (Coeficiente de Crombach) de 0,81, con una sensibilidad de 88,63%, una especificidad del 74,99% y un valor predictivo positivo de 80,66%” (27). Este cuestionario que tiene validez en lengua Castellana tuvo dos adaptaciones, una versión en España y otra Colombia.

1.2.1.8. SUEÑO INSUFICIENTE

En la población actual con el desarrollo global, el ritmo de vida ha desencadenado en las personas trastornos severos en su Calidad de sueño, y volviéndolo insuficiente. El déficit de sueño o su insuficiencia se da cuando, el sueño no permite “el estado de alerta, el rendimiento y la salud adecuados, ya sea por la reducción del tiempo total de sueño (disminución de la cantidad) o la fragmentación del sueño por breves despertares (disminución de la calidad)” (28).

La restricción aguda del sueño indica su ausencia o una disminución significativa de las horas de sueño que generalmente tiene una persona, y que aproximadamente dura entre uno o dos días. En su contraparte la restricción crónica, conocida también como restricción del sueño, se instaura cuando el individuo de forma rutinaria ha dormido “menos de la cantidad requerida para un funcionamiento óptimo” (28). No se debe confundir a la restricción crónica con insomnio. Aunque ambas se pueden caracterizar por la disminución de la cantidad de sueño y la función diurna

deteriorada, la insuficiencia crónica del sueño se debe a la pérdida volitiva del sueño parcial o la insuficiente oportunidad de dormir. Las personas privadas de sueño se duermen rápidamente si se les da la oportunidad, mientras que las personas con insomnio no pueden quedarse dormidas, aunque se sientan fatigadas durante el día.

1.2.1.8.1. FACTORES DE SUEÑO INSUFICIENTE

1.2.1.8.1.1. CANTIDAD INSUFICIENTE DE SUEÑO

Un déficit de sueño puede generarse de forma aguda (si se pasan noches enteras sin dormir) o puede acumularse más gradualmente si el sueño está parcialmente restringido en múltiples noches. La privación parcial acumulativa del sueño puede ser equivalente a la privación total del sueño aguda, pero puede ser mucho más difícil de reconocer para el paciente y el médico.

Una reducción nocturna del sueño por debajo de la cantidad normal de sueño para un individuo puede no tener efectos claros sobre el rendimiento o la somnolencia subjetiva si el sueño total no es de seis horas o menos. Los instrumentos sensibles, como la prueba de vigilancia psicomotora, pueden detectar decrementos, pero los individuos pueden parecer adaptarse a la pérdida de sueño siempre que la duración del sueño nocturno permanezca en el rango de seis a nueve horas. Las siestas cortas pueden restaurar el estado de alerta completo. Un regreso a las cuotas normales de sueño después de un período de privación de sueño resulta en un sueño de rebote. Esto significa que el sueño profundo y el movimiento ocular rápido (REM) aparecerán en cantidades más altas de lo esperado durante varias noches después de que se haya reanudado la duración normal del sueño si estas etapas del sueño se hubieran reducido por debajo de sus cantidades habituales durante la privación del sueño. Parece que el sueño profundo se recuperará primero y el segundo REM, pero esto puede ser un artefacto de métodos experimentales que no permitieron suficiente tiempo en la cama.

1.2.1.8.1.2. SUEÑO DE MALA CALIDAD

Es posible que una persona duerma ocho o más horas y aun así se vea privado de sueño. En tales casos, la falta de sueño generalmente se debe a alteraciones en la calidad del sueño. La calidad del sueño se determina por el número de despertares del sueño durante la noche, así como el porcentaje, la duración y el tipo de etapas de sueño. “Tan solo cinco despertares por hora de sueño pueden provocar somnolencia diurna y / o déficits de rendimiento, incluso después de una sola noche de interrupción” (28).

La salud debería de ser “un estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad” según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por ello así como el sueño es un componente importante para la salud en el ser humano, también lo es no estar sometida constantemente a estrés laboral, generando un agotamiento y desencadenando una patología, como lo es el Síndrome de agotamiento profesional.

1.2.2. SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL

La asociación de estrés y estado emocional en las personas es inmensa, ya que un factor estresante no solo puede causar problemas de salud física sino que también problemas psicológicos entre otros; para que se pueda identificar el estrés en una persona, esta tiene que evidenciar un conocimiento de que es lo que le causa estrés y que provoca en ella.

Por ejemplo, el estrés laboral “es el desequilibrio entre las aspiraciones de un individuo y la realidad de sus condiciones de trabajo, es decir, la diferencia percibida entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo” (29). Lo que puede generar el estrés laboral es rabia, sentirse indefenso, estar decepcionado, tener miedo, angustia, sentimiento de culpa, sensación de fracaso, estar triste, sentirse avergonzado, volverse aislado, ser insensible y tener desánimo. Este tipo de estrés tiene varias características, de ellas resalta la diversidad de condiciones organizacionales y factores del ambiente que generaran estrés, además de la variedad de réplicas frente a las mismas condiciones, el conflicto de determinar la severidad y el tipo de estrés en cada persona y las consecuencias que este trae en su conducta que desencadenara un periodo

prolongado de estrés como “ausentismo, enfermedad crónica y disminución de la productividad” (29).

Las consecuencias más comunes que indican la presencia de estrés laboral son: ansiedad, violencia y agresión, apatía, desgano, aburrimiento, falta de interés, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad y vergüenza, mal humor, estados de ánimo variables, poca estima de la persona, amenaza, tensión, presión, nerviosismo y aislamiento. “La excitabilidad, conducta impulsiva, lenguaje y habla afectada, risa nerviosa, intranquilidad y temblores son también efectos conductuales comunes relacionados con el fenómeno del estrés” (29). Ser incompetente al determinar una decisión y “tener un nivel adecuado de concentración en el trabajo, los olvidos frecuentes y fallas en la memoria a corto plazo en general, problemas de aprendizaje, hipersensibilidad a la crítica, y bloqueos mentales son algunos de los efectos cognoscitivos más comunes” (29). Son llamadas de atención los problemas en el aprendizaje y memoria a causa del estrés laboral por tener una influencia en el rendimiento del profesional, muchas veces este problema en el aprendizaje se debe al conglomerado de información que tiene que procesar el trabajador y a esto se le agrega que los ambientes no son los indicados para generar concentración y poder captar dicha información.

“En cuanto a los efectos fisiológicos encontramos un aumento de catecolaminas y corticoesteroides, específicamente de cortisol, adrenalina y noradrenalina en la sangre y en la orina, elevación de niveles de glucosa sanguínea, incrementos del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea y enfermedades circulatorias en general; resequedad de la boca, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar y trastornos en vías respiratorias frecuentes; exudación excesiva, escalofríos, sensaciones de nudos en la garganta, entumecimiento de extremidades y escozor en la piel” (29).

1.2.2.1. DEFINICIÓN

“El término "Burnout" tiene su origen en el lenguaje de los deportistas anglosajones, cuya traducción al castellano significa "estar quemado". Fuera de este ámbito, la primera vez que se utilizó este término fue en la década de los 70 para referirse a los problemas de fatiga y cansancio profesional de los empleados de los servicios socio-

sanitarios (trabajadores del área de salud mental, servicios sociales, profesionales educativos, etc.). Sin embargo se ha constatado que todos los profesionales, sea cual sea su ocupación, son susceptibles de desanimarse y perder su entusiasmo por su trabajo.” (30)

El Síndrome de Burnout que por su interpretación indicaría el hecho de consumirse o agotarse por el trabajo, “consiste en la evolución del estrés laboral hacia un estado de estrés crónico, se caracteriza por un progresivo agotamiento físico y mental, una falta de motivación absoluta por las tareas realizadas, y en especial, por importantes cambios de comportamiento en quienes lo padecen” (7). El cambio de actitud, se reflejara con malos tratos a las demás personas, este podría ser un indicador para detectar este síndrome.

Este es un síndrome de desgaste laboral o profesional, se debe a que la persona está sometida prolongadamente a un estrés multifactorial, desencadenando estrés emocional e interpersonal que se da en el centro de trabajo, generando fatiga crónica, además de ineficacia en el trabajo y negación de lo que ocurre; por lo que es vital detectarlo, debido a que se generan problemas laborales, un mal servicio de las instituciones, y pérdida de puestos laborales.

“Este síndrome suele darse con mayor frecuencia en aquellos puestos de trabajo relacionados con atención a terceros, como docentes, personal sanitario o personas que trabajan en atención al cliente y puede llegar a ser motivo de baja laboral, ya que llega un momento en que el empleado se encuentra física y mentalmente incapacitado para desarrollar su trabajo” (7). El personal sanitario como lo son: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadoras de servicio social, terapeutas en problemas familiares y consejeros, también puede darse en personal administrativo como en secretarias, así mismo lo encontraremos en docentes, tele operadoras, deportistas, ingenieros, integrantes de las fuerzas armadas y policiales. Además se refiere que hay mayor incidencia de síndrome de agotamiento profesional en mujeres más que en varones.

El Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP) es la “reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana como consecuencia de

usar toda nuestra energía, aún la de reserva, sin conservar la necesaria para nosotros/as mismos/as. Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no la reacción a una crisis ocasional.” (31)

El síndrome de agotamiento profesional no se está en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), aunque sí es mencionado brevemente en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) asignándole el código (Z 73.0), pero implicado a “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida”.

1.2.2.2. CAUSAS DEL "BURNOUT"

Se han estudiado las posibles causas de Burnout, tales como: “aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento, bajas expectativas de esfuerzo y altas expectativas de castigo, así como bajas expectativas para controlar los modos de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional” (30).

Una de las profesiones más afectadas por este síndrome son las profesiones asistenciales, ya que estas “presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo” (30). Esto se debe a que estas profesiones sufren un gran golpe emocional, al evidenciar un sistema deshumanizado y despersonalizado y deben insertarse allí, esta sería una de las principales causas, ya que “prevalencia y expectativas no realistas acerca de los servicios humanos profesionales y la diferencia entre expectativas y realidad” (30) esto genera en gran medida al estrés en estas profesiones.

“Por otro lado, cabe destacar, tal y como explican Maslach y Jackson (1981) que a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación, la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de "deseccación" emocional, que deja al profesional vacío” (30).

1.2.2.3. FACTORES QUE GENERAN SINDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL:

Hay dos factores que pueden desencadenar síndrome de desgaste profesional y pueden ser gatillantes para generar este síndrome.

- “El estrés como resultado de una responsabilidad, que con frecuencia supera las capacidades del individuo para resolverlas, y si a esto le agregamos la incertidumbre del futuro, los problemas económicos y las relaciones familiares con poca tolerancia, son fuertes detonantes” (32).
- “La privación del sueño y el efecto que causa en el desempeño laboral y académico ha sido estudiado y recientemente sujeto a regulaciones, está comprobado que la privación crónica del sueño modifica la concentración y altera la capacidad de decisiones que como resultado se incrementan los errores con consecuencias fatales” (32).

1.2.2.3.1. FACTORES INTRÍNSECOS AL PROPIO TRABAJO

Dentro de este es importante notar la sobrecarga de trabajo, notándose dos clases en ella:

- Sobrecarga cuantitativa: demasiado trabajo y poco tiempo para resolverlo.
- Sobrecarga cualitativa: se debe a la dificultad excesiva del trabajo, cuando el profesional no tiene las habilidades o competencias para ejecutarlo.

“La carga demasiado pequeña (poco trabajo o tareas demasiado sencillas) ocasiona a veces tanto estrés como la sobrecarga, pudiendo además deteriorar la salud” (30). Ya que al igual que la sobrecarga excesiva de trabajo, la escases de este es perjudicial, debido a que la persona esta aburrída y considera su vida monótona, por lo que la ausencia de estrés tampoco en indicador de salud.

1.2.2.3.2. FACTORES PROCEDENTES DEL DESEMPEÑO DE ROLES EN LA ORGANIZACIÓN

El conflicto de rol se da cuando:

- El trabajador no identifica realmente su función en la organización (cambiando sus labores, no reconoce sus las atribuciones de su puesto).
- “Se encuentra entre dos grupos cuyas expectativas sobre su rol implican funciones diferentes e incluso contrapuestas (los mandos intermedios están especialmente presionados por la inseguridad, falta de autoridad real y por un sentimiento de constricción entre los mandos superiores y los subordinados.)” (30).
- Cuando expresan una pobre satisfacción en el trabajo, mayor tensión inclusive generando riesgo de enfermedades cardiovasculares.

1.2.2.3.3. FACTORES PROCEDENTES DE LAS RELACIONES INTER-RELACIONALES

Estos factores se dan en la relación que se establece con los compañeros de labores, con los superiores o jefes y con los empleados o subordinados:

- “Relaciones pobres incluyen: poca confianza, poco apoyo emocional y poco interés en escuchar al otro y en resolver los problemas que se le plantean, conducen a comunicaciones insuficientes e inadecuadas y producen tensiones psicológicas y sentimientos de insatisfacción en el trabajo” (30).
- Se ocasiona por el trato desconsiderado y las preferencias de los jefes, con los llamados “engreídos o ahijados”.
- La interacción con los demás empleados puede generar: “rivalidad entre compañeros para conseguir las condiciones más ventajosas, falta de apoyo emocional en situaciones difíciles” (30).

1.2.2.3.4. FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN

Notamos dos tipos de factores estresantes:

- “La falta de seguridad en el trabajo: la falta de congruencia entre la posición ocupada y el nivel de preparación puede conducir a una neurosis por la tensión constante para ocultar su falta de preparación” (30).

- “Un estado de frustración provocado por una promoción insuficiente o un estado de incongruencia por una promoción excesiva o por ser conciente de que se ha alcanzado el propio techo” (30).

1.2.2.3.5. FACTORES PROCEDENTES DE LA ESTRUCTURA Y EL CLIMA ORGANIZACIONAL

Se manifiestan debido a:

- La falta de participación en los procesos de toma de decisiones
- Por sentirse extraño en la propia organización.
- Por restricciones de la conducta
- La política de la Dirección

La poca participación es generador de tensión y el estrés relacionado con el trabajo, está significativamente relacionado con los siguientes factores de riesgo para la salud: “consumo de alcohol como forma de escape, ánimo deprimido, baja autoestima, insatisfacción general, nula motivación para trabajar, intención de abandonar el trabajo y ausentismo” (30).

1.2.2.3.6. FACTORES PERSONALES: SU INFLUENCIA EN EL ESTRÉS

Los factores individuales y los factores de personalidad tienen un rol importante sobre el tipo de respuestas que una persona realiza ante una situación que percibe como estresante. Un individuo puede sentirse incentivado ante una situación competitiva sin embargo otro sentirse preocupado por esto. “El estrés ocurre cuando las habilidades de la persona son incongruentes con las demandas del entorno laboral y de las tareas, o cuando existen impedimentos fuertes para que el trabajo consiga satisfacer sus necesidades más fuertes” (30).

Por ejemplo un trabajador ante un problema puede organizarse mejor en el empleo o puede pedir ayuda para lograr resolver dicho problema; pero otro trabajador puede estresarse al punto de afectar su salud.

1.2.2.4. FASES O ESTADOS SUCESIVOS DEL "BURNOUT"

El Agotamiento Profesional es un proceso continuo, su comienzo es insidioso, paulatino e incluso larvado. (30)

Fase 1. Al inicio, los requerimientos laborales sobrepasan el capital material y humano (capacidades profesionales) generando estrés.

Fase 2. Debido al requerimiento el trabajador hace un sobreesfuerzo, generando fatiga y ansiedad.

Fase 3. Hay una variación de actitudes y conductas buscando librarse de tensiones. Al ser una situación insostenible, esta fase sería la del síndrome de agotamiento profesional instaurado.

1.2.2.5. ETAPAS DEL BURNOUT

El síndrome se da poco a poco y tiene tres etapas:

- a. “Agotamiento emocional: Presenta desgaste emocional, agotamiento, fatiga, irritabilidad, pérdida de energía y del disfrute de las tareas, insatisfacción laboral” (31).
- b. “Despersonalización o deshumanización: Presenta impotencia, indefensión y desesperanza emocional, la persona se distancia afectivamente, se deprime, tiene actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferente hacia los/las demás” (31).
- c. “Abandono de la realización personal: La persona autoevalúa negativamente su propio trabajo, pierde el significado y valor; aparecen sentimientos de fracaso, inadecuación e insatisfacción, se aparta de actividades familiares, sociales y recreativas” (31).

1.2.2.6. SINTOMAS

Se han establecido en cuatro grupos:

- Síntomas psicossomáticos: dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, insomnio.
- Síntomas conductuales: problemas de interacción con los demás, absentismo laboral.
- Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo, ansiedad y disminución del rendimiento laboral.
- Síntomas defensivos: negar los síntomas anteriores y desplazamiento de los sentimientos hacia otros ámbitos.

1.2.2.7. CONSECUENCIAS

- En la salud integral: causa “trastornos del sueño, depresión, constantes dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, alteraciones respiratorias, mareos, disfunciones sexuales, alteraciones menstruales, consumo de alcohol y sustancias tóxicas. Provoca que el sistema inmunológico se deprima, es decir, “bajan las defensas” de la persona que lo padece y por lo tanto, su vulnerabilidad biológica se incrementa y su predisposición a la enfermedad es mayor, lo que conlleva a que cualquier enfermedad que tenga pueda agravarse (asma, diabetes, coronariopatías, colon irritable, úlceras, etc), o adquiera una nueva” (31).
- En el desempeño laboral: causa “insatisfacción personal y laboral, lo que a su vez llevará fácilmente al ausentismo, bajo rendimiento y riesgo de sufrir accidentes en el trabajo” (31).
- En las relaciones interpersonales: provoca “cambios conductuales, caracterizados por la irritabilidad, impaciencia, poca tolerancia a la frustración, que trae como consecuencia el deterioro y hostilidad en sus relaciones personales con compañeros/as de trabajo y familiares. En la calidad de atención: El trato a usuarios/as se torna hostil, indiferente, distante, insensible, hasta irritable, con actitudes negativas o impacientes; no se logra la empatía y las respuestas son poco asertivas. Puede que no se brinde la orientación debida, la referencia o el apoyo requerido” (31).

1.2.2.8. PREVENCIÓN

- “Desde la institución se puede prevenir con cuidado de trabajadores o equipos que atienden a víctimas de violencia de género, el cual constituye una responsabilidad de los niveles directivos o institucionales, en términos de generar condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo de sus equipos. Entre las acciones que pueden efectuar las instituciones figuran:
 - Generar espacios colectivos de intercambio: trabajar en equipo.
 - Promover una mejor administración del tiempo.
 - Incorporar actividades recreativas y de celebración.
 - Incorporar el tema en el proceso de inducción.
 - Brindar capacitación continua sobre el tema.
 - De ser necesario, brindar apoyo profesional especializado.” (31)
- “La persona afectada puede prevenir el SAP con la práctica del autocuidado. Aunque cada operador/a no es responsable de desarrollar el SAP, debe contribuir con su propio cuidado y una forma efectiva de hacerlo es implementando un Plan personal de autocuidado. Para ello deberá:
 - Identificar las fuentes de tensión que tiene durante el desempeño de sus funciones.
 - Reconocer cómo los estados de tensión afectan:
 - Su adecuado desempeño laboral.
 - Diferentes esferas de su vida (física, emocional, relaciones de pareja, sexualidad, relaciones familiares, relaciones sociales, la propia historia de violencia, aspecto laboral, económico, espiritual, entre otros).
 - Identificar acciones individuales y/o colectivas adecuadas para recuperar su bienestar.
 - Elaborar un primer Plan personal de autocuidado teniendo en cuenta la factibilidad de su realización.
 - Revisar periódicamente el plan personal de autocuidado, para:
 - Evaluar si se realizaron las acciones propuestas.
 - Registrar los logros obtenidos.
 - Registrar retrocesos o aspectos a mejorar.
 - Re-estructurar el plan de autocuidado, de ser necesario.” (31)

1.2.2.9. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Maslach Burnout Inventory actualmente es un cuestionario que consta de 22 ítems, que buscan determinar el Agotamiento Profesional (nivel de Burnout). Las creadoras de este inventario fueron Christina Maslach y Susan Jackson en 1981, crearon un instrumento de “47 ítems aplicado a una muestra de 605 personas de organizaciones de servicio. Las respuestas obtenidas fueron sometidas a un análisis factorial, del cual se obtuvieron 10 factores compuestos por 25 ítems. Estos a su vez fueron nuevamente sometidos a prueba en una muestra confirmatoria de 420 personas, en la que reaparecieron 4 factores. Finalmente, de ellos quedaron 3 factores, que por su alta contribución a la explicación de la varianza, constituyeron las tres dimensiones del BO, con 22 ítems finales” (33). Luego surgieron versiones diferentes para adaptarse a los entrevistados.

Este cuestionario determina tres dimensiones del agotamiento profesional: agotamiento emocional, despersonalización y logro o realización personal. Su duración es entre 10 y 15 minutos, dependiendo del encuestado.

“Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno” (34).



CAPITULO II

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. LUGAR Y ÁMBITO

El presente estudio se realizó en el Perú en la ciudad de Arequipa, en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el año 2017.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

2.2.1. UNIVERSO

Personal Asistencial de Salud que laboran en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el 2017 (dato obtenido de la Oficina de Personal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza) (35), siendo:

N° de médicos: 224

N° de enfermeras: 318

N° de internos de medicina: 144

N° de residentes: 141

N° total de personal asistencial: 827

2.2.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se escogió por medio de la técnica de sujetos voluntarios. El único criterio para incluirlos en el estudio fue que trabajen como personal asistencial en salud, que laboren en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, además dentro los cargos que se seleccionaron (médicos asistentes, enfermeras, residentes e internos de medicina) y que mostraron disposición para participar del estudio.

La muestra fue aleatoria simple a conveniencia en base a los criterios de inclusión.

2.2.3. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 221 personas, que son personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del año 2017, entre ellos: 72 médicos asistentes, 41 enfermeras, 57 residentes y 51 internos de medicina.

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas que trabajan como Personal Asistencial de Salud.
- Personas que laboren en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el año 2017.
- Personas que tienen los cargos de médicos asistentes, enfermeras, residentes o internos de medicina en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.
- Personal Asistencial de Salud que mostraron disposición para participar del estudio, previo consentimiento informado.

2.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que no trabajan como Personal Asistencial de Salud.
- Personas que no laboren en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el año 2017.
- Personas que no tienen los cargos de médicos asistentes, enfermeras, residentes o internos de medicina en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.
- Personal Asistencial de Salud que no mostraron disposición para participar del estudio.
- No llenaron adecuadamente los instrumentos.

2.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

2.4.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue una investigación observacional de diseño Descriptivo debido a que no se realizó ninguna intervención y no se manipuló las variables de estudio (Calidad de Sueño y Agotamiento Profesional), es de Corte Transversal ya que se realizó con los datos obtenidos en un momento puntual y Prospectivo ya que es un estudio que se analizó en el presente, pero con datos del pasado.

2.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:** son los atributos que se utilizaron para especificar a la población de estudio.

- Edad: número de años cumplidos según lo que el participante consignó en su encuesta.
 - Sexo o Género: varón o mujer según lo que el participante consignó en su encuesta.
 - Cargo que Desempeña: corresponde al puesto que ocupa en el Hospital, siendo Médico Asistente, Residente, Interno de Medicina o Enfermera, según lo que el participante consignó en su encuesta.
 - Horas Laborables a la Semana: corresponde al número de horas que trabajadas y cuantificadas en la semana, según lo que el participante consignó en su encuesta.
- **CALIDAD DE SUEÑO:** Se operacionalizó de acuerdo a la calificación del instrumento del Índice de Calidad de Pittsburg versión española (36). La Calidad del sueño se estructura por 7 componentes: Calidad Subjetiva del Sueño, Latencia del Sueño, Duración del Sueño, Eficiencia Habitual del Sueño, Perturbación del Sueño, Utilización de medicación hipnótica, y Disfunción Diurna.
- Se categoriza de acuerdo al puntaje obtenido, en:
- Buena calidad de sueño: ≤ 5
 - Mala calidad de sueño > 5
- Además con el resultado de Calidad de Sueño se valoraron los Niveles de Perturbación del sueño según la “Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una Muestra Peruana” (37).
- Sin problema de sueño (< 5)
 - Merece atención médica (5-7)
 - Merece atención y tratamiento médico (8 -14)
 - Se trata de un problema de sueño grave (>15)
- **AGOTAMIENTO PROFESIONAL:** Se operacionalizó según la puntuación de Maslach Burnout Inventory (34) (38).

Dentro de las subescalas de Agotamiento profesional tenemos: El cansancio o Agotamiento Emocional, La Despersonalización, y La Realización Personal.

Esta variable se categorizó en:

- Ausencia de Síndrome o Normal (Si las 3 subescalas de Agotamiento Profesional son Normales)
- Indicio de Burnout (Si una o dos de las 3 subescalas de Agotamiento Profesional tiene Indicio de Burnout)
- Síndrome de Burnout (Si las 3 subescalas de Agotamiento Profesional tienen Indicio de Burnout)

VARIABLE	TIPO VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA
CALIDAD DE SUEÑO	Cualitativa	Escala de Calidad de sueño de Pittsburg	Calidad Subjetiva de Sueño
	Ordinal		Latencia del Sueño
	VARIABLE INDEPENDIENTE		Duración del Sueño
			Eficiencia Habitual del Sueño
			Perturbación del Sueño
			Usa de Medicación Hipnótica
			Disfunción durante el día
SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNOUT)	Cualitativa	Escala de Maslach Burnout Inventory	Agotamiento Emocional
	Ordinal		Despersonalización
	VARIABLE DEPENDIENTE		Realización Personal

VARIABLE	VALOR FINAL	CRITERIOS	PROCEDIMIENTOS	ESCALA
CARACTERÍSTICAS PERSONALES	Sexo	Femenino Masculino	Ficha de Recolección de datos	Nominal
	Edad	Años		Razón
	Cargo que Desempeña	Médico Asistente Residente Interno de Medicina Enfermera		Nominal
	Horas Laborables a la Semana	N° Horas a la semana		Razón
CALIDAD DEL SUEÑO	Buena	≤ 5	Aplicación de la Encuesta de forma supervisada	Nominal
	Mala	>5		
	Sin problema de sueño	< 5	Aplicación de la Encuesta de forma supervisada	Nominal
	Merece atención médica	5 -7		
Merece atención y tratamiento médico	8 -14			
Problema de sueño grave	>15			
AGOTAMIENTO PROFESIONAL	Ausencia de Síndrome o Normal	Si las 3 subescalas de Agotamiento Profesional son Normales	Aplicación de la Encuesta de forma supervisada	Nominal
	Indicio de Burnout	Si una o dos de las 3 subescalas de Agotamiento Profesional tiene Indicio de Burnout		
	Síndrome de Burnout	Si las 3 subescalas de Agotamiento Profesional tienen Indicio de Burnout		

2.4.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este trabajo de investigación aplicó un instrumento que es una encuesta estructurada (ANEXO N°1) el que está compuesto de cuatro partes:

- La primera parte es el Consentimiento informado, que explica la participación del encuestado, el procedimiento, los beneficios, la confidencialidad, los datos del investigador y la declaración de autorización del participante.
- La segunda parte evalúa características Personales como son edad, sexo, cargo que desempeña, horas laborables a la semana.
- La tercera parte compuesta por La Escala de Maslach Burnout Inventory que nos permite evaluar el nivel de estrés y Burnout del encuestado.
- La cuarta parte compuesta por el Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño que nos permite valorar como es el sueño del encuestado

➤ ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY:

La escala está compuesta por 22 ítems y los cuales deben ser respondidos de acuerdo a la frecuencia con la que ocurren, las alternativas que la escala nos propone para cada ítem son:

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

Luego de estos 22 ítems se agrupan en tres subescalas: agotamiento, eficacia profesional y despersonalización. (34) (38)

- ✓ SUBESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL. “Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20” (34).
- ✓ SUBESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN. “Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno

reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos” (34).

- ✓ **SUBESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL.** “Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos.” (34).

“En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. En la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro”. (39)

NIVEL	ALTO	MEDIO	BAJO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	27-54	19-26	0-18
DESPERSONALIZACIÓN BAJA	10-30	6-9	0-5
REALIZACIÓN PERSONAL	>40	34-39	0-30

“Puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome” (34)

➤ **ESCALA DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG:**

Está compuesto por 19 interrogantes que componen 10 preguntas, siendo 3 interrogantes abiertas y 16 cerradas politómicas (varias alternativas) con opción a marcar la respuesta.

Cada interrogante cerrada tendrá un puntaje en un rango de 0 a 3 puntos, donde el valor de 0 indica que no hay problema mientras que 3 indica una dificultad severa.

Estas 19 interrogantes se agrupan y forman siete dimensiones: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción durante el día.

“La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación total que varía entre 0 y 21 puntos, siendo una puntuación menor de 5, denominada “Sin problemas de sueño”, entre 5 a 7 como “Merece atención médica”, entre 8 y 14 como “Merece atención y tratamiento médico” y cuando la puntuación es de 15 a más, “se trata de un problema de sueño grave”. Por tanto, a mayor puntuación menor calidad de sueño.” (37)

Además esta suma total o PSQI (Pittsburg Sleep Quality Index) que se cuantificó al sumar los puntajes de cada dimensión, si es: ≤ 5 determina una Buena calidad de sueño y si es > 5 define una Mala calidad de sueño, analizando la calidad de sueño con el fin de identificar si el entrevistado es “buen” o “mal” dormidor.

Este cuestionario nos ayudara a valorar los diversos factores que influyen en la Calidad del Sueño del Personal Asistencial de Salud.

2.4.4. PROCESO DE RECOLECCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

Se solicitaron permisos y autorizaciones, en primer lugar al Director del Hospital y luego al departamento de Capacitación del Hospital, el que evaluó el proyecto de la investigación enviándolo al Servicio relacionado con el Área de estudio, en este caso fue evaluado por el Servicio de Medicina y luego el Departamento de Psiquiatría, quien aprobó la aplicación de encuestas en el Personal Asistencial de Salud. Así mismo se solicitó permiso a los Jefes de Servicios y Jefatura de Enfermeras.

El proceso de recolección de la información se realizó en las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en horarios previos a las visitas médicas antes de las 8 de la mañana y antes de las 2 de la tarde, y luego de las visitas médicas dependiendo de cada servicio que se visitó; se buscó en los diferentes servicios de este Hospital a la población de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión; los datos recabados fueron a través de nuestro recurso (ANEXO N°1) que contiene el Índice de la

Calidad de Sueño de Pittsburgh y la Escala De Maslach Burnout, esta encuesta fue anónima, del tipo auto-administrada con supervisión del autor de esta investigación, fue realizada en tiempo real, con una media de cinco a diez minutos por encuesta. Antes de realizar cada encuesta se explicó detalladamente sobre el contenido de esta y se aplicó el consentimiento informado tanto verbal como de forma escrita, decidiendo el personal asistencial de salud si deseaba o no participar.

2.4.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de la recolección de los datos se realizó la revisión de los instrumentos para determinar el adecuado llenado de datos, después se registró cada dato introduciéndolos en una base de datos en Microsoft Excel 2010, cada columna era una variable, se realizaron en este programa los cálculos, por medio de fórmulas para determinar los valores de cada subescala y componente, y luego se hallaron los valores globales de cada Escala tanto para Calidad de sueño como para Agotamiento profesional

En las tablas de base de datos se consignó:

- **NÚMERO DE LA ENCUESTA:** del 0 a la 221
- **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:**
 - Edad: número de años.
 - Sexo o Género: varón o mujer.
 - Cargo que Desempeña: Médico Asistente, Residente, Interno de Medicina o Enfermera.
 - Horas Laborables a la Semana: número de horas.
- **CALIDAD DE SUEÑO:**
 - Componente 1: Calidad Subjetiva del Sueño, examina la interrogante 6, asignándole un valor dependiendo de la respuesta:
 - Muy buena 0
 - Bastante Buena 1
 - Bastante Mala 2
 - Muy Mala 3

El puntaje total del componente 1 es el valor de la interrogante 6.

- Componente 2: Latencia del Sueño, examina la interrogante 2 asignándole un valor dependiendo de la respuesta:
 - ≤ 15 min. 0
 - 16 a 30 min. 1
 - 31 a 60 min. 2
 - ≥ 60 min. 3

Además examina la interrogante 5A asignándole un valor según de la respuesta:

- 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

El puntaje total del componente 2 es el valor de la suma de las interrogantes 2 y 5A.

- Componente 3: Duración del Sueño, examina la interrogante 4 asignándole un valor dependiendo de la respuesta:
 - Más de 7 horas 0
 - Entre 6 y 7 horas 1
 - Entre 5 y 6 horas 2
 - Menos de 5 horas 3

El puntaje total del componente 3 es el valor de la interrogantes 4.

- Componente 4: Eficiencia Habitual del Sueño
 - Calcula el Número de Horas de Sueño: su valor es la interrogante 4.
 - Calcula en Número de Horas en la Cama: su valor se da al restar loa Hora de levantarse (interrogante 3) y la Hora de Acostarse (interrogante 1).
 - Calcula la Eficiencia Habitual del Sueño: su valor se da al dividir el Número de Horas de Sueño entre el Número de Horas en la Cama, y el resultado obtenido multiplicado por 100.

$$(N^{\circ} \text{ de Horas de sueño} / N^{\circ} \text{ de Horas en la Cama}) * 100 = __\%$$
 - Eficiencia Habitual del Sueño: Examina el porcentaje obtenido, asignándole un valor:
 - Más de 85% 0

- Entre 75% y 84% 1
- Entre 65% y 74% 2
- Menos de 65% 3

El puntaje total del componente 4 es el valor asignado a la Eficiencia Habitual del Sueño.

- Componente 5: Perturbación del Sueño, examina las interrogantes 5B a 5J asignándoles un valor dependiendo de la respuesta:

- 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

Se suma las puntuaciones de las interrogantes 5B a 5J.

Se suma los valores de las interrogantes 5B a 5J, asignándole un valor:

- 0 0
- 1 a 9 1
- 10 a 18 2
- 19 a 27 3

El puntaje total del componente 5 es el valor asignado a la sumas de las interrogantes 5B a 5J.

- Componente 6: Utilización de medicación hipnótica, examina la interrogante 7 asignándole un valor dependiendo de la respuesta:

- 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

El puntaje total del componente 6 es el valor de la interrogante 7.

- Componente 7: Disfunción Diurna, examina las interrogantes 8 y 9 asignándoles un valor dependiendo de la respuesta:

- 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

Se suma las puntuaciones de las interrogantes 8 y 9.

Se suma los valores de las interrogantes 8 y 9, asignándole un valor:

- 0 0
- 1 a 2 1
- 3 a 4 2
- 5 a 6 3

El puntaje total del componente 7 es el valor de la suma de las interrogantes 8 y 9.

La puntuación PSQI Total, es la suma de las puntuaciones de los 7 componentes.

- $PSQI > 5$ Hay una mala Calidad de Sueño (mal dormidor)
- $PSQI \leq 5$ Hay una buena Calidad de Sueño (buen dormidor)

Además podemos Interpretar el Nivel de Perturbación del Sueño, si el PSQI es:

- < 5 Sin Problemas de Sueño
- 5 a 7 Merece atención Medica
- 8 a 14 Merece atención y tratamiento Medico
- > 15 Es un problema grave de sueño

- **AGOTAMIENTO PROFESIONAL:**

Valora las respuestas de los 22 ítems asignándoles un valor dependiendo de la respuesta:

- Nunca 0
 - Pocas veces al año o menos 1
 - Una vez al mes o menos 2
 - Unas pocas veces al mes o menos 3
 - Una vez a la semana 4
 - Pocas veces a la semana 5
 - Todos los días 6
- **SUBESCALA 1: Cansancio o Agotamiento Emocional**, examina los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20; sumando los valores asignados a los 9 ítems pudiendo obtener una puntuación máxima de 54.

- SUBESCALA 2: Despersonalización, examina los ítems 5, 10, 11,15 y 22; sumando los valores asignados a los 5 ítems pudiendo obtener una puntuación máxima de 30.
- SUBESCALA 3: Realización Personal, examina los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21; sumando los valores asignados a los 8 ítems pudiendo obtener una puntuación máxima de 48.

Se determina el indicio de Burnout, si las Subescalas son:

- Cansancio Emocional > 26
- Despersonalización > 9
- Realización Personal < 34

Además podemos considerar el nivel de Burnout, como Alto, Medio o Bajo según el valor de cada Subescala:

NIVEL	ALTO	MEDIO	BAJO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	27-54	19-26	0-18
DESPERSONALIZACIÓN BAJA	10-30	6-9	0-5
REALIZACIÓN PERSONAL	>40	34-39	0-30

A si mismo determinaremos la presencia del Síndrome de Burnout, si valoramos las 3 Subescalas, evidenciando:

- Ausencia de Síndrome o Normal (Si las 3 subescalas de Agotamiento Profesional son Normales)
- Indicio de Burnout (Si una o dos de las 3 subescalas de Agotamiento Profesional tiene Indicio de Burnout)
- Síndrome de Burnout (Si las 3 subescalas de Agotamiento Profesional tienen Indicio de Burnout)

2.4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posteriormente los datos recabados que se ingresaron a una tabla de cálculo de Excel y que generaron nuestra base de datos fueron procesados en el programa IBM SPSS

versión 24 que es un paquete estadístico (Statistical Pakhage for Social Science), donde se pasaron los datos generando tablas dinámica, donde se determinó cada variable y se hizo la descripción de sus características; y aplicando medidas estadísticas a cada variable, se establecieron pruebas estadísticas para relacionar variables y estos resultados se representaron mediante cuadros y gráficas para su mejor interpretación.

Para detallar las variables se utilizaron frecuencias, porcentajes, y medias. Para el análisis de variables y su relación se usó un nivel de significancia $p < 0.05$.

Se expresaron los resultados mediante estadística descriptiva y se analizaron las asociaciones entre variables mediante prueba estadísticas, para Variables categóricas se usaron tablas de contingencia y se usó la prueba de Chi cuadrado. Así mismo a las variables se les aplicaron pruebas de Normalidad como son Las Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y la de Shapiro-Wilk, cuando estas pruebas determinaban anormalidad de las variables se usaron las pruebas No Paramétrica, dentro de ellas se usó La Prueba de Kruskal-Wallis y La Prueba de U de Mann-Whitney, determinando así el nivel de significancia de las variables y sus relaciones.

2.4.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de realizar cada cuestionario a los entrevistados se realizó un consentimiento informado, explicándoles el tipo de participación que tendrán, el procedimiento que se realizara, explicándoles que no existe ningún riesgo al participar, que no existirán costos para el participante, los beneficios que nos proporciona al llenar la encuesta, explicándole la confidencialidad de los datos recabados y detallando una declaración de autorización para el estudio. Finalmente al dar su consentimiento los participantes firmaron su autorización para participar.

CAPITULO III

3. RESULTADOS

“CALIDAD DE SUEÑO ASOCIADO A SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNOUT) EN PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2017”

TABLA 1.

PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN SEXO

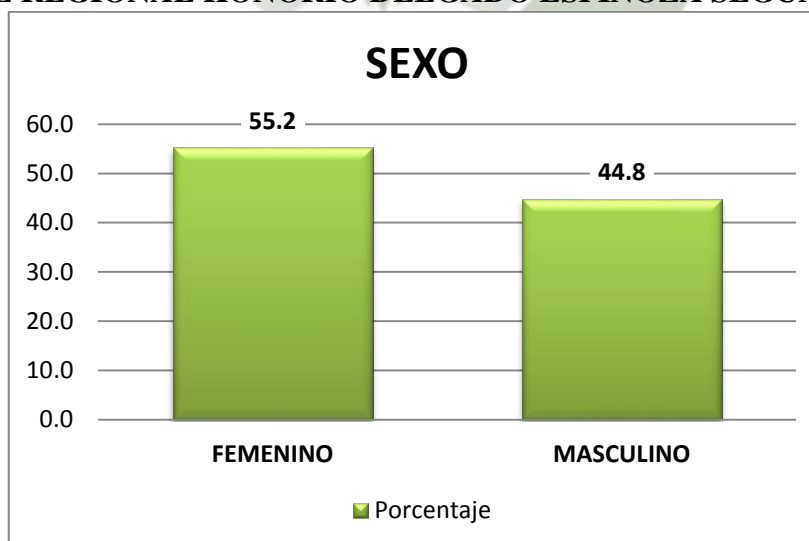
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
FEMENINO	122	55.2	55.2
MASCULINO	99	44.8	100.0
TOTAL	221	100.0	100.0

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 1. Se aprecia que El Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en estudio fue en su mayoría de sexo Femenino (55.2%); lo que se representa en la Gráfica 1.

GRÁFICA 1.

GRÁFICO DE BARRAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN SEXO



Fuente: Tabla 1.

TABLA 2.

**PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN CARGO QUE DESEMPEÑAN**

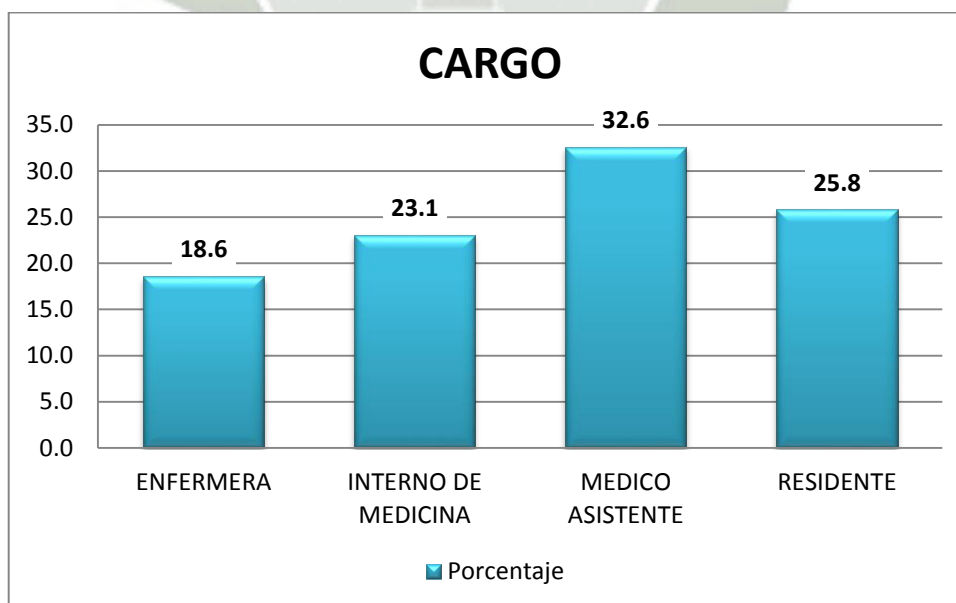
CARGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
ENFERMERA	41	18.6	18.6
INTERNO DE MEDICINA	51	23.1	41.6
MEDICO ASISTENTE	72	32.6	74.2
RESIDENTE	57	25.8	100.0
TOTAL	221	100.0	100.0

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 2. Se aprecia que El Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en estudio fue en mayor porcentaje del Cargo de Médico Asistente (32.6%), seguido de Residente (25.8%), Interno de Medicina (23.1%), y con menor porcentaje de Enfermera (18.1%). Esto se aprecia en la Gráfica 2.

GRÁFICA 2.

**GRÁFICO DE BARRAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN CARGO**



Fuente: Tabla 2.

TABLA 3.

PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN EDAD Y HORAS LABORABLES A LA SEMANA

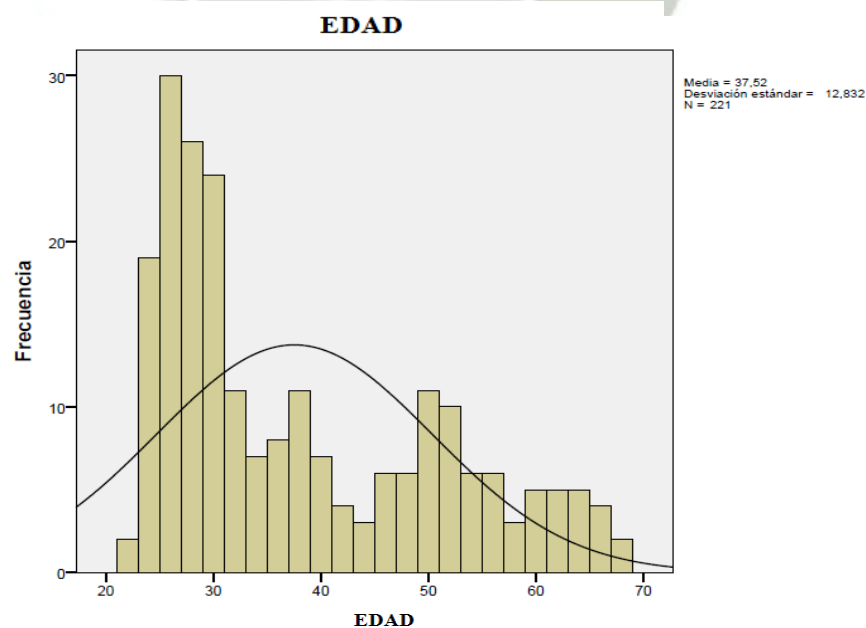
	EDAD	HORAS LABORABLES A LA SEMANA
N° Datos	221	221
Media	37.52	62.12
Mediana	32.00	55.00
Moda	25	36
Desviación estándar	12.832	24.433
Mínimo	22	28
Máximo	68	130

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 3. Se aprecia que la edad promedio del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es 37.5 años, las edades oscilan entre 22 y 68 años; además el promedio de Horas Laborables a la semana en dicho personal es de 62.12 horas, con un máximo de 130 horas laborables y un mínimo de 28 horas. Todos estos datos se representan en la Gráfica 3 y 4.

GRÁFICA 3.

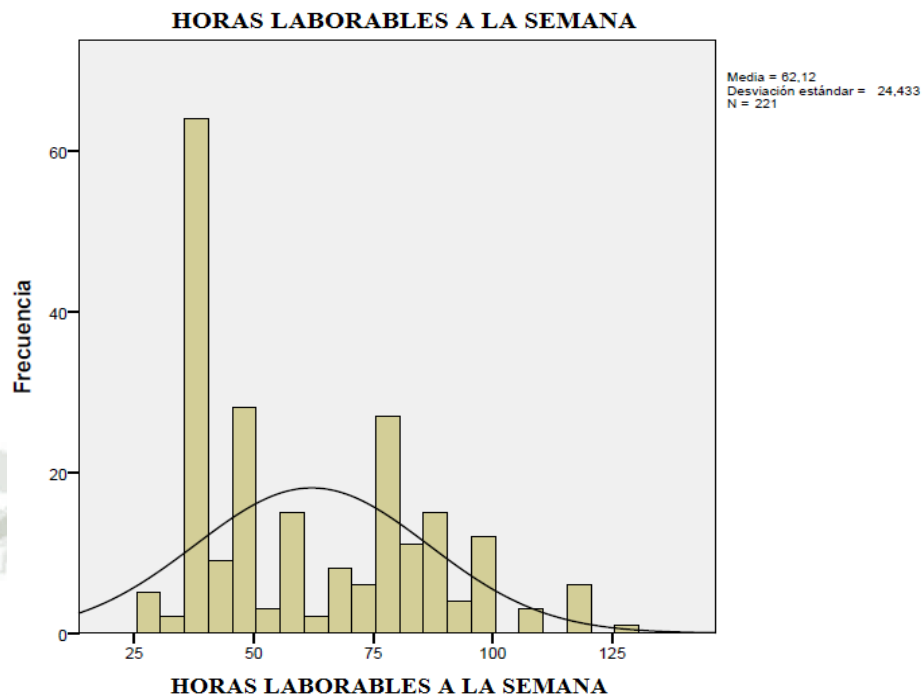
HISTOGRAMA DE LA EDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL ENCUESTADO



Fuente: Tabla 3.

GRÁFICA 4.

HISTOGRAMA DE LAS HORAS LABORABLES A LA SEMANA DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: Tabla 3.

TABLA 4.

PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN CALIDAD DE SUEÑO

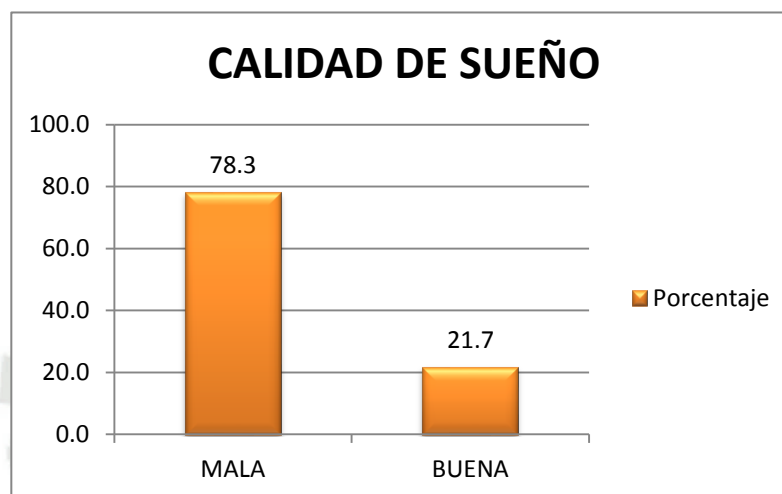
CALIDAD DE SUEÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
MALA	173	78.3	78.3
BUENA	48	21.7	100.0
TOTAL	221	100.0	100.0

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 4. Se observa que El Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en estudio tuvo a predominio una Mala Calidad del Sueño (78.3%) con respecto a una Buena Calidad del Sueño (21.7%); esto se representa en el Gráfica 5.

GRÁFICA 5.

GRÁFICO DE BARRAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL SEGÚN CALIDAD DE SUEÑO



Fuente: Tabla 4.

TABLA 5.

PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN PSQI: NIVEL DE PERTURBACIÓN DEL SUEÑO

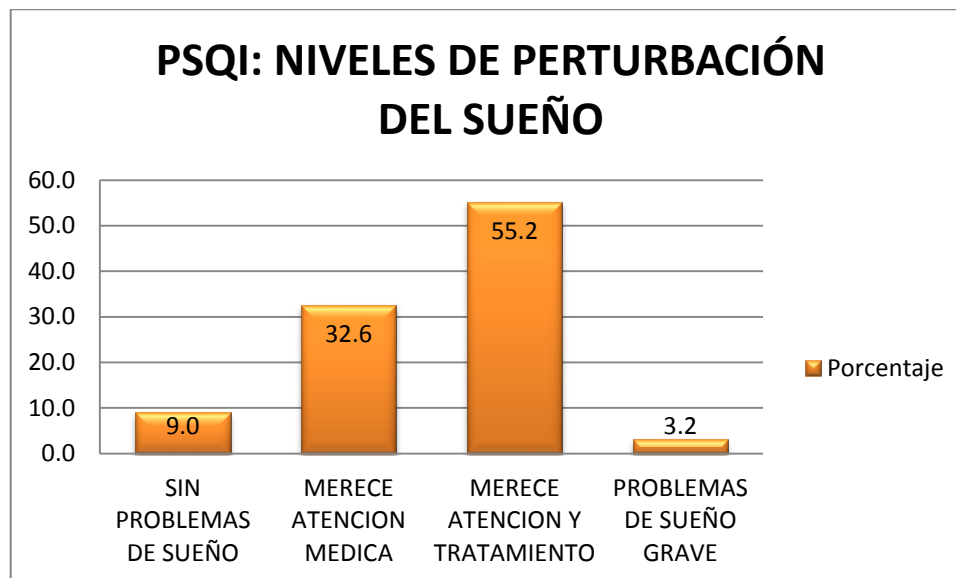
PSQI	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
SIN PROBLEMAS DE SUEÑO	20	9.0	9.0
MERECE ATENCION MEDICA	72	32.6	41.6
MERECE ATENCION Y TRATAMIENTO MEDICO	122	55.2	96.8
PROBLEMAS DE SUEÑO GRAVE	7	3.2	100.0
TOTAL	221	100.0	100.0

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 5. Se nota que El Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tiene un Nivel de Perturbación del Sueño requiriendo, Atención y Tratamiento Médico (55.2%), seguido de un (32.6%) que Merece Atención Medica. Además el (3.2%) tiene un Problema de Sueño Grave; el porcentaje se representa en la Gráfica 6.

GRÁFICA 6.

GRÁFICO DE BARRAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN PSQI: NIVEL DE PERTURBACIÓN DEL SUEÑO



Fuente: Tabla 5.

TABLA 6.

PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN MASLACH BURNOUT

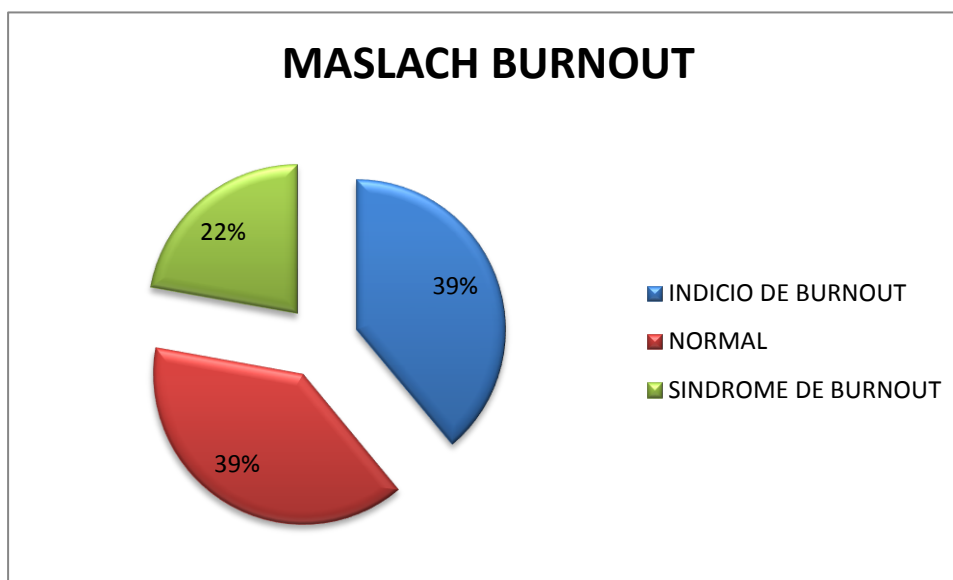
MASLACH BURNOUT	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
INDICIO DE BURNOUT	86	38.9	38.9
NORMAL	86	38.9	77.8
SINDROME DE BURNOUT	49	22.2	100.0
TOTAL	221	100.0	100.0

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 6. Al observarla se ve que El Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tiene un Indicio de Burnout (38.9%), padeciendo el Síndrome de Burnout (22.2%). Los porcentajes se plasman en la Gráfica 7.

GRÁFICA 7.

GRÁFICO CIRCULAR DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN MASLACH BURNOUT



Fuente: Tabla 6.

TABLA 7.

PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN LA SUBESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL (BURNOUT)

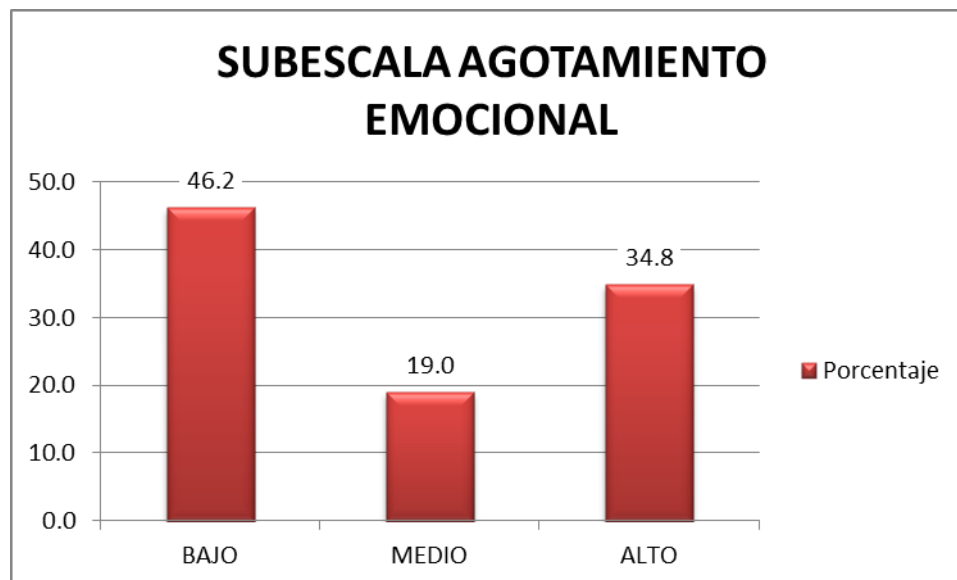
SUBESCALA AGOTAMIENTO EMOCIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
BAJO	102	46.2	46.2
MEDIO	42	19.0	65.2
ALTO	77	34.8	100.0
TOTAL	221	100.0	100.0

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 7. Se evidencia que El Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en la Subescala de Agotamiento Emocional (de la Escala de MASLACH BURNOUT) tiene un nivel Bajo (46.6%), y un nivel Alto (34.8%). Los porcentajes se plasman en la Gráfica 8.

GRÁFICA 8.

GRÁFICO DE BARRAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN LA SUBESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL (BURNOUT)



Fuente: Tabla 7.

TABLA 8.

PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN LA SUBESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN (BURNOUT)

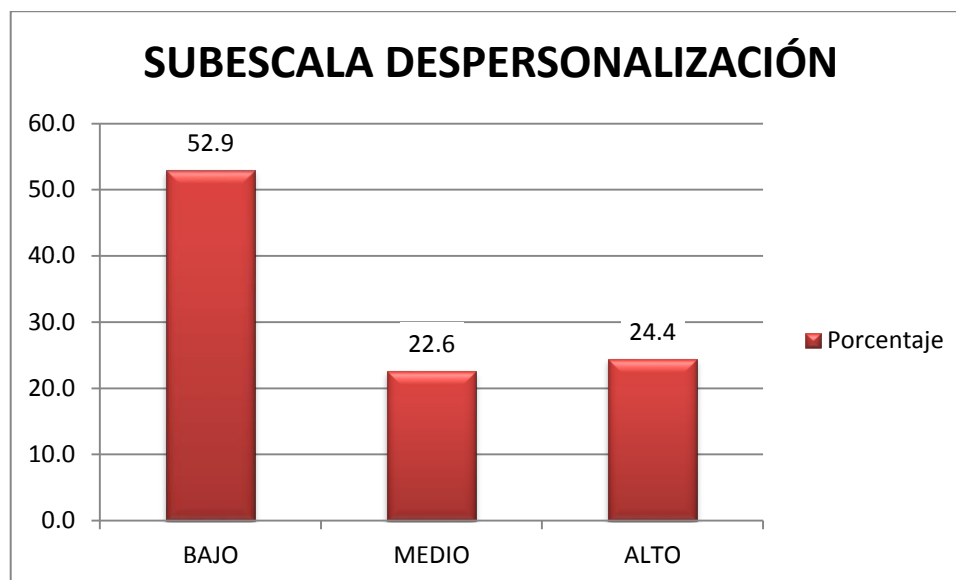
SUBESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
BAJO	117	52.9	52.9
MEDIO	50	22.6	75.6
ALTO	54	24.4	100.0
TOTAL	221	100.0	100.0

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 8. Se observa que El Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en la Subescala de Despersonalización (de la Escala de MASLACH BURNOUT) tiene un nivel Bajo (52.9%) y un Nivel Alto (24.4%). Los porcentajes se plasman en la Gráfica 9.

GRÁFICA 9.

GRÁFICO DE BARRAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN LA SUBESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN (BURNOUT)



Fuente: Tabla 8.

TABLA 9.

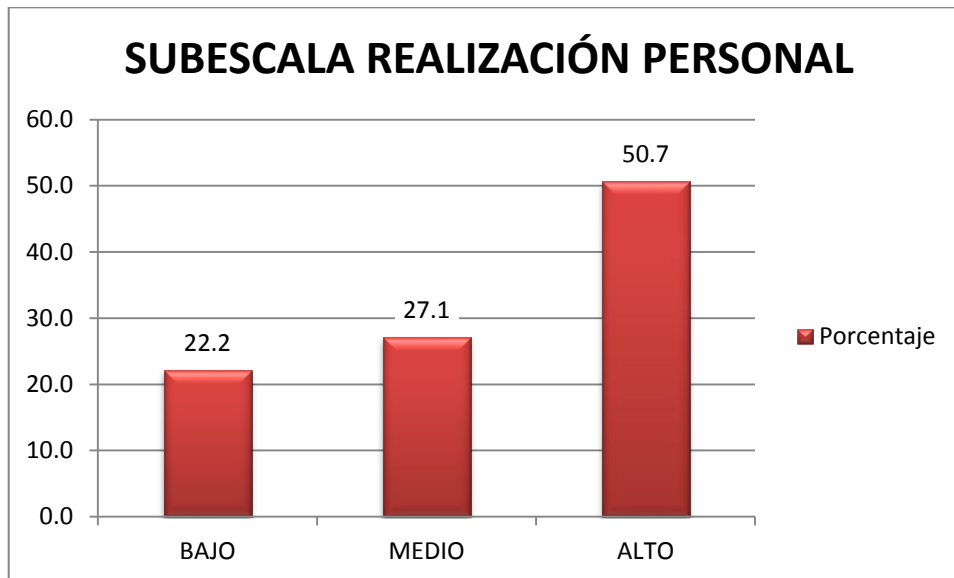
PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN LA SUBESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL (BURNOUT)

SUBESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
BAJO	49	22.2	22.2
MEDIO	60	27.1	49.3
ALTO	112	50.7	100.0
TOTAL	221	100.0	100.0

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 9. Se evidencia que El Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en la Subescala de Realización Personal (de la Escala de MASLACH BURNOUT) tiene un nivel Alto (50.7%) y un nivel Bajo (22.2%). Los porcentajes se plasman en la Gráfica 10.

GRÁFICA 10. GRÁFICO DE BARRAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA SEGÚN LA SUBESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL (BURNOUT)



Fuente: Tabla 9.

TABLA 10.

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD SEGÚN CARGO QUE DESEMPEÑAN Y SEXO

CARGO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
ENFERMERA	40	97.6	1	2.4	41	100.0
INTERNO DE MEDICINA	33	64.7	18	35.3	51	100.0
MEDICO ASISTENTE	25	34.7	47	65.3	72	100.0
RESIDENTE	24	42.1	33	57.9	57	100.0
TOTAL	122	55.2	99	44.8	221	100.0

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 10. Se observa la relación entre el cargo que desempeña y sexo del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se encontró que el (97.6%) de Enfermeras son del sexo femenino, mientras el (64.7%) de Internos de

Medicina son del sexo femenino, así mismo que el (65.3%) de Médicos Asistentes es del sexo masculino, y del grupo de Residentes el (57.9%) son del sexo masculino.

TABLA 11.

RELACIÓN DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL Y EDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

AGOTAMIENTO PROFESIONAL		Estadístico	
EDAD	BAJO	Media	42.26
		Mediana	39.50
		Desviación estándar	12.894
		Mínimo	23
		Máximo	67
	MEDIO	Media	36.64
		Mediana	30.00
		Desviación estándar	13.998
		Mínimo	22
		Máximo	68
	ALTO	Media	31.73
		Mediana	28.00
		Desviación estándar	9.238
		Mínimo	22
		Máximo	64

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 11. Se observa la relación entre el Agotamiento Profesional y la Edad del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Se encontró que la edad media en el nivel de Agotamiento bajo es (42.26) años, mientras que en el nivel de Agotamiento medio es (36.64) años, y que en el nivel de Agotamiento alto es (31.73) años, para comparar estas variables se realizó las pruebas estadísticas de Normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov y además la prueba de Shapiro-Wilk) y luego al determinar que ambas variables no son normales (no son Homogéneas) se aplica una prueba No Paramétrica (Prueba de Kruskal-Wallis) (TABLA 12.).

TABLA 12.

PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS A LA RELACIÓN DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL Y EDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

		Pruebas de Normalidad						Prueba No Paramétrica
AGOTAMIENTO PROFESIONAL		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Prueba de Kruskal-Wallis
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	Sig.
EDAD	BAJO	.110	102	.004	.934	102	.000	.000
	MEDIO	.254	42	.000	.852	42	.000	.000
	ALTO	.249	77	.000	.782	77	.000	.000

Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPS de la Base de Datos del Autor

En la Tabla 12. Se evidencia que las pruebas estadísticas para valorar la relación entre el Agotamiento Profesional y la Edad del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

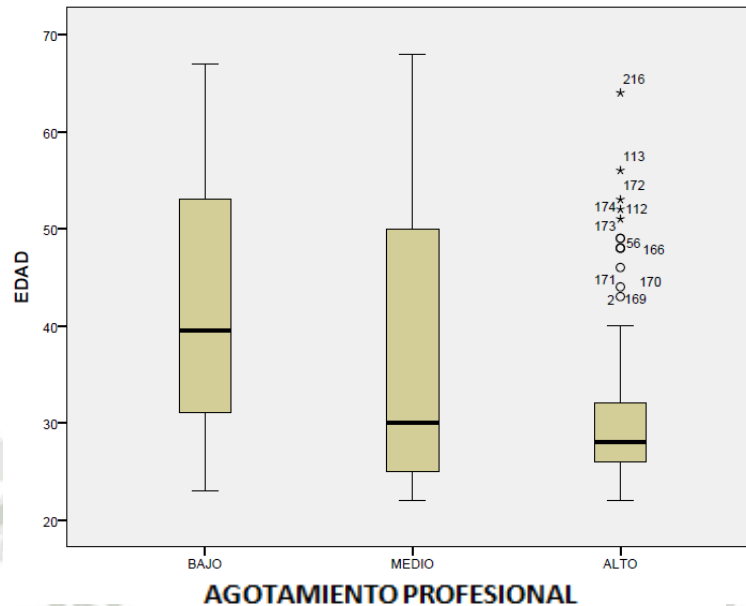
En la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, se encontró que las variables no son homogéneas, son anormales (con un Valor de p de 0.004, 0.000, 0.000 para los niveles bajo, medio y alto respectivamente); por lo que se realizó además la prueba de Shapiro-Wilk donde también se encontró que las variables son anormales (con un Valor de p de 0.000, 0.000, 0.000 para los niveles bajo, medio y alto respectivamente); finalmente al ser variables anormales se aplica una Prueba no Paramétrica, la Prueba de Kruskal-Wallis que encuentra (Valor de p es de 0.000) determinó que las variables son Diferentes.

Lo que concluye que se presenta mayor nivel de Agotamiento profesional mientras menor es la edad. Es decir a menor edad habrá mayor nivel de Agotamiento Profesional.

Ambas variables se representan en la Gráfica 11.

GRÁFICA 11.

GRÁFICO DE CAJAS DE LA RELACIÓN DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL Y EDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD



Fuente: Gráfica generada en IBM SPSS con la Base de Datos del Autor

TABLA 13.

RELACIÓN DE LA CALIDAD DE SUEÑO Y EDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

CALIDAD SUEÑO			Estadístico
EDAD	MALA	Media	36.08
		Mediana	30.00
		Desviación estándar	12.706
		Mínimo	22
		Máximo	68
	BUENA	Media	42.73
		Mediana	42.50
		Desviación estándar	12.024
		Mínimo	24
		Máximo	65

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 13. Se observa la relación entre La Calidad del Sueño y la Edad del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Se encontró que la edad media en la Mala Calidad de Sueño es (36.08) años, mientras que en la Buena Calidad de Sueño es (42.73) años, para comparar estas variables se realizó las pruebas estadísticas de Normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov y además la prueba de Shapiro-Wilk) y luego al determinar que ambas variables no son normales (no son Homogéneas) se aplica una prueba No Paramétrica (Prueba de Mann-Whitney) (TABLA 14.).

TABLA 14.

PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS A LA RELACIÓN DE CALIDAD DE SUEÑO Y EDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

CALIDAD SUEÑO		Pruebas de normalidad						Prueba No Paramétrica
		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Prueba de Mann-Whitney
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	
EDAD	MALA	.204	173	.000	.846	173	.000	.001
	BUENA	.116	48	.121	.953	48	.055	.001

Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPS de la Base de Datos del Autor

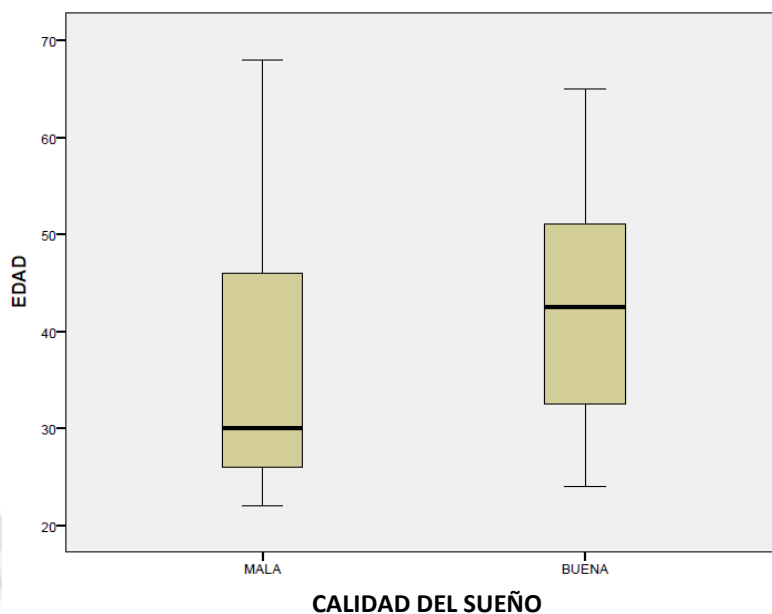
En la Tabla 14. Se evidencia que las pruebas estadísticas para valorar la relación entre el Calidad del Sueño y la Edad del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

En la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, se encontró que las variables no son homogéneas, son anormales (con un Valor de p de 0.000 para la mala calidad de sueño); por lo que se realizó además la prueba de Shapiro-Wilk donde también se encontró que las variables son anormales (con un Valor de p de 0.000 para la mala calidad de sueño); finalmente al ser variables anormales se aplica una Prueba no Paramétrica, la Prueba de Mann-Whitney que encuentra (Valor de p es de 0.001) determinó que las variables son Diferentes. Lo que concluye que se presenta Buena Calidad del sueño a mayor edad, esto quiere decir que a más jóvenes peor es la Calidad del sueño.

Estas variables se representan en el Gráfica 12.

GRÁFICA 12.

**GRÁFICO DE CAJAS DE LA RELACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y
EDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD**



Fuente: Gráfica generada en IBM SPSS con la Base de Datos del Autor

TABLA 15.

**RELACIÓN DE LAS HORAS LABORABLES A LA SEMANA Y EL CARGO
DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD**

CARGO		Estadístico	
HORAS LABORABLES A LA SEMANA	ENFERMERA	Media	40.37
		Mediana	40.00
		Desviación estándar	7.084
		Mínimo	28
		Máximo	60
	INTERNO DE MEDICINA	Media	86.98
		Mediana	84.00
		Desviación estándar	13.801
		Mínimo	60
		Máximo	120
	MEDICO ASISTENTE	Media	45.74
		Mediana	40.00
		Desviación estándar	14.576
		Mínimo	35
		Máximo	100

	RESIDENTE	Media	76.21
		Mediana	80.00
		Desviación estándar	20.332
		Mínimo	36
		Máximo	130

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 15. Se observa la relación entre las Horas Laborables a la Semana y el Cargo del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Se encontró que la media de Horas Laborables a la Semana en el cargo de Enfermera es (40.37) horas, mientras que en el cargo de Interno de Medicina es (86.98) horas, así mismo en el cargo de Medico Asistente es (45.74) horas, y en el cargo de Residente es (76.21) horas; para comparar estas variables se realizó las pruebas estadísticas de Normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov y además la prueba de Shapiro-Wilk) y luego al determinar que ambas variables no son normales (no son Homogéneas) se aplica una prueba No Paramétrica (Prueba de Kruskal-Wallis) (TABLA 16.).

TABLA 16.

PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS A LA RELACIÓN DE HORAS LABORABLES A LA SEMANA Y EL CARGO DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

Pruebas de normalidad								Prueba No Paramétrica
CARGO		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Prueba de Kruskal-Wallis
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	Sig.
HORAS LABORABLES A LA SEMANA	ENFERMERA	.179	41	.002	.934	41	.020	.000
	INTERNO DE MEDICINA	.178	51	.000	.866	51	.000	.000
	MEDICO ASISTENTE	.246	72	.000	.668	72	.000	.000
	RESIDENTE	.103	57	.200*	.980	57	.483	.000

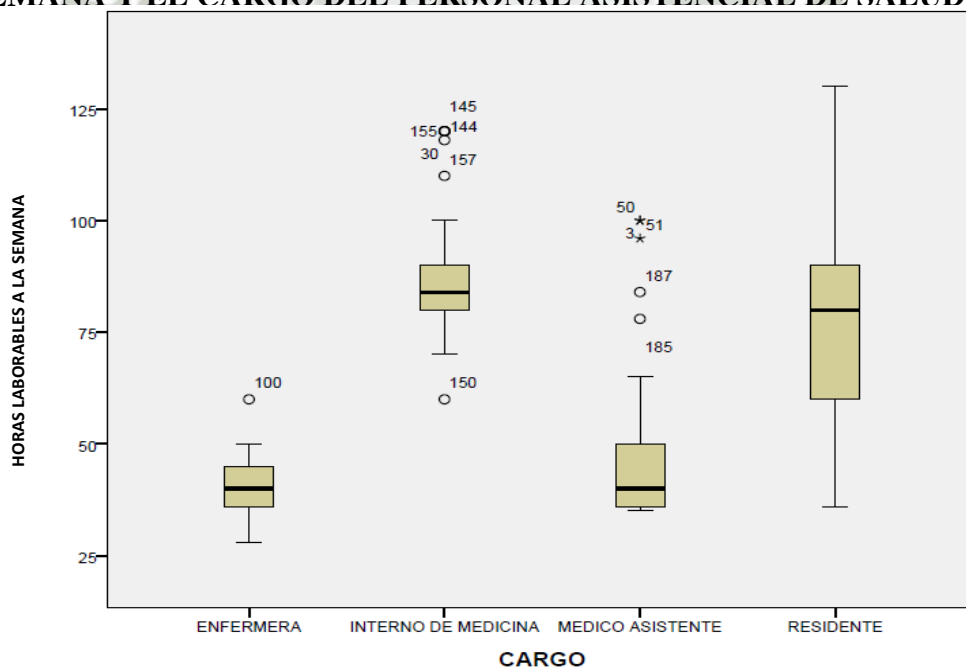
Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPS de la Base de Datos del Autor

En la Tabla 16. Se evidencia que las pruebas estadísticas para valorar la relación entre las Horas Laborables a la Semana y el Cargo del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

En la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, se encontró que las variables no son homogéneas, son anormales (con un Valores de p de 0.002, 0.000 , 0.000 para los cargos de Enfermera, Interno de Medicina, y Medico Asistente respectivamente); por lo que se realizó además la prueba de Shapiro-Wilk donde también se encontró que las variables son anormales (con un Valores de p de 0.020, 0.000 , 0.000 para los cargos de Enfermera, Interno de Medicina, y Medico Asistente respectivamente); finalmente al ser variables anormales se aplica una Prueba no Paramétrica, la Prueba de Kruskal-Wallis que encuentra (Valor de p es de 0.000) determinó que las variables son Diferentes. Lo que concluye que mientras mayor es el cargo, menos son las horas laborables a la semana. Estas variables se representan en el Gráfica 13.

GRÁFICA 13.

GRÁFICO DE CAJAS DE LA RELACIÓN DE LAS HORAS LABORABLES A LA SEMANA Y EL CARGO DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD



Fuente: Gráfica generada en IBM SPSS con la Base de Datos del Autor

TABLA 17.

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD SEGÚN EL COMPONENTE 4 (EFICIENCIA DEL SUEÑO) Y EL CARGO QUE DESEMPEÑAN

COMPONENTE 4: EFICIENCIA DEL SUEÑO	CARGO								TOTAL	
	ENFERMERA		INTERNO DE MEDICINA		MEDICO ASISTENTE		RESIDENTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 : (≥85) : MUY BUENA	33	23.4	25	17.7	56	39.7	27	19.1	141	100.0
1 : (75 – 84) : BASTANTE BUENA	5	13.2	11	28.9	9	23.7	13	34.2	38	100.0
2: (65 – 74): BASTANTE MALA	1	5.9	4	23.5	4	23.5	8	47.1	17	100.0
3: (<65) MUY MALA	2	8.0	11	44.0	3	12.0	9	36.0	25	100.0
TOTAL	41	18.6	51	23.1	72	32.6	57	25.8	221	100.0

Chi-cuadrado de Pearson = 26.667 g.l. = 9 Sig. = 0.002

Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPSS de la Base de Datos del Autor

En la Tabla 17. Se observa la relación entre El Componente 4 (Eficiencia del Sueño) y el Cargo que Desempeña el Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se encontró que el (39.7%) de los que tienen Muy Buena eficiencia del Sueño son Médicos Asistentes, seguido de un (23.4%) de los que tienen Muy Buena eficiencia del Sueño son Enfermeras. Así también el (44.0%) de quienes poseen muy Mala Eficiencia del sueño son Internos de Medicina, seguido de un (36.0%) de los que tienen Muy Mala eficiencia del Sueño son Residentes. Mediante la prueba de Chi cuadrado, se ha encontrado que existe la asociación estadísticamente significativa ($p = 0.002$). Lo que concluye que a mayor cargo, mayor es la eficiencia del sueño.

TABLA 18.

RELACIÓN DE LAS HORAS LABORABLES A LA SEMANA Y CALIDAD DEL SUEÑO DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

CALIDAD SUEÑO			Estadístico
HORAS LABORABLES A LA SEMANA	MALA	Media	65.49
		Mediana	62.00
		Desviación estándar	24.832
		Mínimo	28
		Máximo	130
	BUENA	Media	49.98
		Mediana	40.00
		Desviación estándar	18.586
		Mínimo	30
		Máximo	118

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 18. Se observa la relación entre las Horas Laborables a la Semana y La Calidad del Sueño del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se encontró que la media de Horas Laborables a la Semana en una Mala Calidad de Sueño es (65.49) horas, mientras que la media de Horas Laborables a la Semana en una Buena Calidad de Sueño es (49.98) horas; para comparar estas variables se realizó las pruebas estadísticas de Normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov y además la prueba de Shapiro-Wilk) y luego al determinar que ambas variables no son normales (no son Homogéneas) se aplica una prueba No Paramétrica (Prueba de Mann-Whitney) (TABLA 19.).

TABLA 19.

RELACIÓN DE LAS HORAS LABORABLES A LA SEMANA Y CALIDAD DEL SUEÑO DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

Pruebas de normalidad							Prueba No Paramétrica	
CALIDAD SUEÑO		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Prueba de Mann-Whitney
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	Sig.
HORAS LABORABLES A LA SEMANA	MALA	.156	173	.000	.925	173	.000	.000
	BUENA	.229	48	.000	.795	48	.000	.000

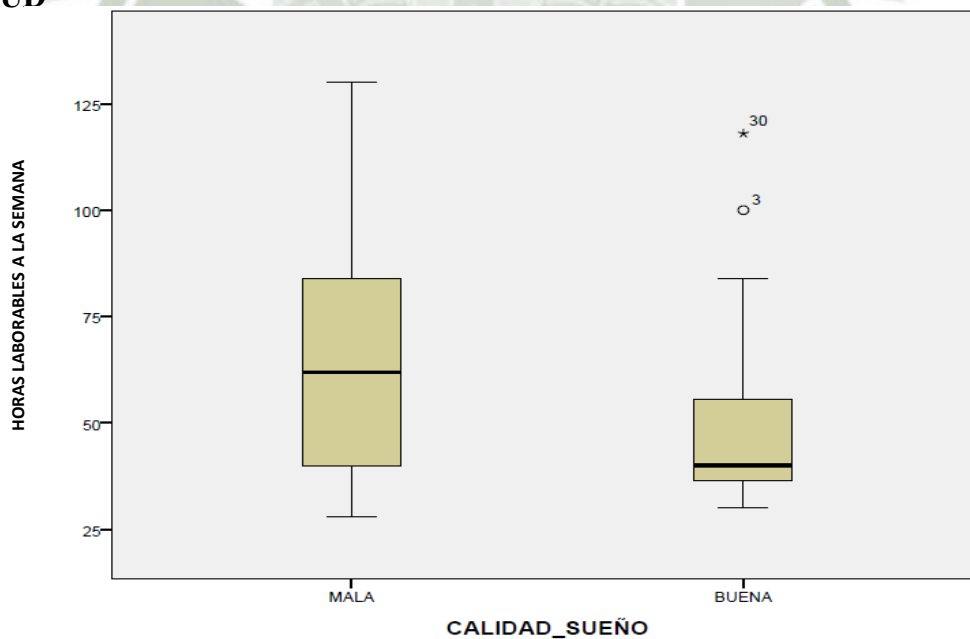
Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPS de la Base de Datos del Autor

En la Tabla 19. Se evidencia que las pruebas estadísticas para valorar la relación entre las Horas Laborables a la Semana y La Calidad del Sueño del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

En la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, se encontró que las variables no son homogéneas, son anormales (con un Valores de p de 0.000 , 0.000 para una Mala Calidad del Sueño y una Buena Calidad del Sueño respectivamente); por lo que se realizó además la prueba de Shapiro-Wilk donde también se encontró que las variables son anormales (con un Valores de p de 0.000 , 0.000 para una Mala Calidad del Sueño y una Buena Calidad del Sueño respectivamente); finalmente al ser variables anormales se aplica una Prueba no Paramétrica, la Prueba de Mann-Whitney que encuentra (Valor de p es de 0.000) determinó que las variables son Diferentes. Lo que concluye que mientras más horas laborables a la semana tengan se tendrá una Mala Calidad del Sueño. Ambas variables se representan en la Gráfica 14.

GRÁFICA 14.

GRÁFICO DE CAJAS DE LA RELACIÓN DE LAS HORAS LABORABLES A LA SEMANA Y CALIDAD DEL SUEÑO DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD



Fuente: Gráfica generada en IBM SPSS con la Base de Datos del Autor

TABLA 20.

RELACIÓN DE LAS HORAS LABORABLES A LA SEMANA Y MASLACH BURNOUT DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

MASLACH BURNOUT			Estadístico
HORAS LABORABLES A LA SEMANA	NORMAL	Media	53.20
		Mediana	40.00
		Desviación estándar	22.313
		Mínimo	28
		Máximo	120
	INDICIO DE BURNOUT	Media	63.03
		Mediana	60.00
		Desviación estándar	23.439
		Mínimo	30
		Máximo	130
	SINDROME DE BURNOUT	Media	76.16
		Mediana	80.00
		Desviación estándar	23.154
		Mínimo	36
		Máximo	120

Fuente: Base de Datos del Autor

En la Tabla 20. Se observa la relación entre las Horas Laborables a la Semana y MASLACH BURNOUT del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Se encontró que la media de Horas Laborables a la Semana en una Síndrome de Burnout es (76.16) horas, mientras que la media de Horas Laborables a la Semana en un Indicio de Burnout es (63.03) horas, y la media de Horas Laborables a la Semana en una persona Normal es (53.20) horas; para comparar estas variables se realizó las pruebas estadísticas de Normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov y además la prueba de Shapiro-Wilk) y luego al determinar que ambas variables no son normales (no son Homogéneas) se aplica una prueba No Paramétrica (Prueba de Kruskal-Wallis) (TABLA 21.).

TABLA 21.

RELACIÓN DE LAS HORAS LABORABLES A LA SEMANA Y MASLACH BURNOUT DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

Pruebas de normalidad							Prueba No Paramétrica	
MASLACH BURNOUT		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Prueba de Kruskal-Wallis
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	Sig.
HORAS LABORABLES A LA SEMANA	NORMAL	.258	86	.000	.817	86	.000	.000
	INDICIO DE BURNOUT	.153	86	.000	.919	86	.000	.000
	SINDROME DE BURNOUT	.158	49	.004	.927	49	.005	.000

Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPSS de la Base de Datos del Autor

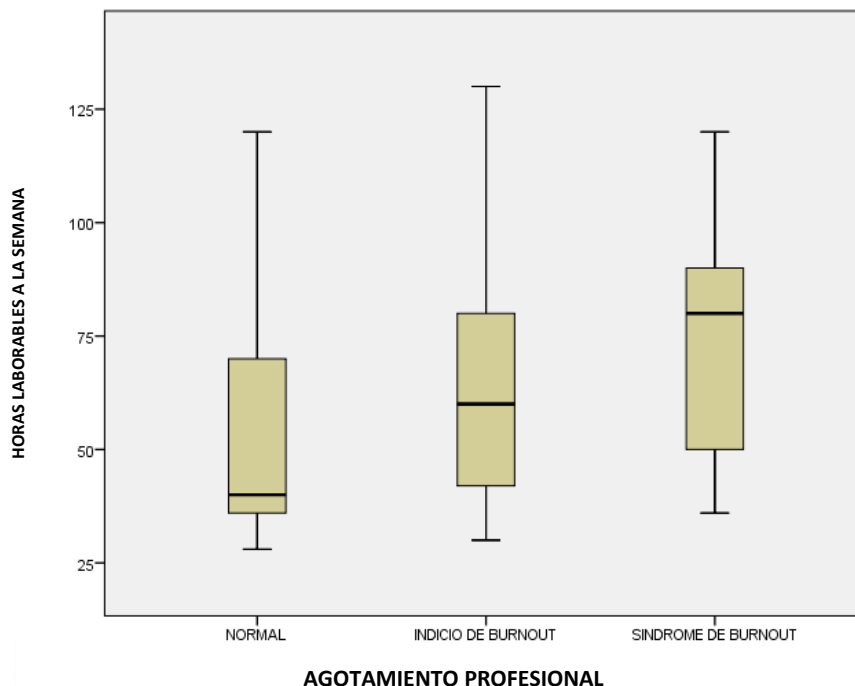
En la Tabla 21. Se evidencia que las pruebas estadísticas para valorar la relación entre las Horas Laborables a la Semana y MASLACH BURNOUT del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

En la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, se encontró que las variables no son homogéneas, son anormales (con un Valores de p de 0.000 , 0.000, 0.004 para una Personal Normal, Personal con Indicio de Burnout y Personal con Síndrome de Burnout respectivamente); por lo que se realizó además la prueba de Shapiro-Wilk donde también se encontró que las variables son anormales (con un Valores de p de 0.000 , 0.000, 0.005 para una Personal Normal, Personal con Indicio de Burnout y Personal con Síndrome de Burnout respectivamente); finalmente al ser variables anormales se aplica una Prueba no Paramétrica, la Prueba de Kruskal-Wallis que encuentra (Valor de p es de 0.000) determinó que las variables son Diferentes. Lo que concluye que mientras más horas laborables a la semana tengan se puede desarrollar Síndrome de Burnout.

Las variables se plasman en la Gráfica 15.

GRÁFICA 15.

GRÁFICO DE CAJAS DE LA RELACIÓN DE LAS HORAS LABORABLES A LA SEMANA Y EL AGOTAMIENTO PROFESIONAL



Fuente: Gráfica generada en IBM SPSS con la Base de Datos del Autor

TABLA 22.

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD SEGÚN AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNOUT) Y SEXO

AGOTAMIENTO PROFESIONAL (MASLACH BURNOUT)	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	54	62.8	32	37.2	86	100.0
INDICIO DE BURNOUT	35	40.7	51	59.3	86	100.0
SINDROME DE BURNOUT	33	67.3	16	32.7	49	100.0
TOTAL	122	55.2	99	44.8	221	100.0

Chi-cuadrado de Pearson = 12.242 g.l. = 2 Sig. = 0.002

Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPSS de la Base de Datos del Autor

En la Tabla 22. Se observa la relación entre Agotamiento Profesional (BURNOUT) Y Sexo del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Se encontró que el (62.8%) de quienes no padecen de Burnout (Normales) son de sexo femenino, el (59.3%) de los que padecen Indicio de Burnout son del sexo Masculino y así mismo que el (67.3%) de los que tienen Síndrome de Burnout son de sexo femenino. Mediante la prueba de Chi cuadrado, se ha encontrado que existe la asociación estadísticamente significativa ($p = 0.002$). Lo que concluye que hay un predominio del Síndrome de Burnout con el sexo femenino.

TABLA 23.

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD SEGÚN CALIDAD DEL SUEÑO Y SEXO

CALIDAD DEL SUEÑO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
MALA	100	57.8	73	42.2	173	100.0
BUENA	22	45.8	26	54.2	48	100.0
TOTAL	122	55.2	99	44.8	221	100.0

Chi-cuadrado de Pearson = 2.177 g.l. = 1 Sig. = 0.140

Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPS de la Base de Datos del Autor

En la Tabla 23. Se observa la relación entre Calidad de Sueño y Sexo del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Se encontró que el (57.8%) de los que tienen Mala Calidad del Sueño son de sexo femenino, mientras que el (54.2%) de los que tienen Buena Calidad del Sueño son de sexo masculino. Mediante la prueba de Chi cuadrado, se ha encontrado que no existe una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.140$). Lo que concluye que el sexo no influye en la Calidad del sueño.

TABLA 24.

**RELACIÓN DE CALIDAD DEL SUEÑO Y CARGO QUE DESEMPEÑA EL
PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD**

CARGO	CALIDAD DEL SUEÑO				TOTAL	
	MALA		BUENA			
	N°	%	N°	%	N°	%
ENFERMERA	28	68.3	13	31.7	41	100.0
INTERNO DE MEDICINA	45	88.2	6	11.8	51	100.0
MEDICO ASISTENTE	47	65.3	25	34.7	72	100.0
RESIDENTE	53	93.0	4	7.0	57	100.0
TOTAL	173	78.3	48	21.7	221	100.0

Chi-cuadrado de Pearson = 19.784 g.l. = 3 Sig. = 0.000

Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPSS de la Base de Datos del Autor

En la Tabla 24. Se observa la relación entre Calidad del Sueño y Cargo que desempeña el Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Se encontró que el (68.3%) de las enfermeras tienen Mala Calidad del Sueño, el (88.2%) de los Internos de Medicina tienen Mala Calidad del Sueño, el (93.0%) de los Residentes tienen Mala Calidad del Sueño y así mismo que el (65.3%) de los Médicos Asistentes tienen Mala Calidad del Sueño. Mediante la prueba de Chi cuadrado, se ha encontrado que existe la asociación estadísticamente significativa ($p = 0.000$). Lo que concluye que el Cargo que desempeña el Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza si influye en la Calidad del Sueño.

TABLA 25.

RELACIÓN DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL (MASLACH BURNOUT) Y CARGO QUE DESEMPEÑA EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD

CARGO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL (MASLACH BURNOUT)						TOTAL	
	NORMAL		INDICIO DE BURNOUT		SINDROME DE BURNOUT			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ENFERMERA	25	61.0	6	14.6	10	24.4	41	100.0
INTERNO DE MEDICINA	13	25.5	20	39.2	18	35.3	51	100.0
MEDICO ASISTENTE	36	50.0	34	47.2	2	2.8	72	100.0
RESIDENTE	12	21.1	26	45.6	19	33.3	57	100.0
TOTAL	86	38.9	86	38.9	49	22.2	221	100.0

Chi-cuadrado de Pearson = 42.052 g.l. = 6 Sig. =0.000

Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPS de la Base de Datos del Autor

En la Tabla 25. Se observa la relación entre Agotamiento Profesional (BURNOUT) Y Cargo del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Se encontró que el (2.8%) de los Médicos Asistentes tienen Síndrome de Burnout, el (24.4%) de Enfermeras tienen Síndrome de Burnout, el (33.3%) de los Residentes tienen Síndrome de Burnout, el (35.3%) de los Internos de Medicina tienen Síndrome de Burnout. Mediante la prueba de Chi cuadrado, se ha encontrado que existe la asociación estadísticamente significativa ($p = 0.000$). Lo que concluye que a menor cargo existe un mayor posibilidad de Desarrollar Síndrome de Burnout.

TABLA 26.

**RELACIÓN DE CALIDAD DEL SUEÑO Y AGOTAMIENTO PROFESIONAL
(MASLACH BURNOUT) DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD**

CALIDAD DEL SUEÑO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL (MASLACH BURNOUT)						TOTAL	
	NORMAL		INDICIO DE BURNOUT		SINDROME DE BURNOUT			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MALA	60	34.7	67	38.7	46	26.6	173	100.0
BUENA	26	54.2	19	39.6	3	6.3	48	100.0
TOTAL	86	38.9	86	38.9	49	22.2	221	100.0

Chi-cuadrado de Pearson = 10.684 g.l. = 2 Sig. = 0.005

Fuente: Datos estadísticos generados por IBM SPS de la Base de Datos del Autor

En la Tabla 26. Se observa la relación entre Calidad del Sueño y Agotamiento Profesional (Maslach Burnout) del Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Se encontró que el (6.3%) de quienes tiene Buena Calidad del Sueño desarrollaron Síndrome de Burnout, mientras que el (26.6%) de los que tienen Mala Calidad del Sueño desarrollaron Síndrome de Burnout. Mediante la prueba de Chi cuadrado, se ha encontrado que existe la asociación estadísticamente significativa ($p = 0.005$). Lo que concluye que una variable influye en la otra, es decir la Calidad del Sueño influye en el Agotamiento Profesional; si se tiene una buena Calidad del Sueño hay menor riesgo de desarrollar Síndrome de Burnout.

CAPITULO IV

4. DISCUSIÓN

La Sociedad actual presenta problemas de salud que van en aumento debido a la Calidad y Ritmo de Vida, uno de estos problemas son las alteraciones del sueño.

El Sueño es una actividad básica y fundamental en nuestras vidas, es la forma restauradora de energías y con el sueño en cada persona se desarrollan miles de cambios en el organismo, aproximadamente dedicamos en dormir un tercio de nuestra existencia. El no poseer una adecuada Calidad del Sueño causara estragos importantes en nuestras vidas y nuestra salud integral. Por ejemplo una investigación en Profesionales en Lima “encontró correlación entre calidad de vida profesional y sueño en el grupo de edad de 31 a 40 años (0.26).” (11), este grupo valoró el sueño como importante para su desempeño laboral.

“La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno” (14), poder realizar actividades básicas de la vida diaria. “Hay tres aspectos básicos para determinar si una persona tiene una buena calidad de sueño: la duración, la continuidad y la profundidad” (4).

Estudios previos demuestran que la Calidad del Sueño se ve afectada principalmente en personal de Salud ya que debido a los turnos que realizan, su sueño se altera. Por ejemplo: En un estudio en Internos de Medicina del Hospital Goyeneche “Se encontró que el 73.8% tiene mala calidad de sueño y el 26.3% buena.” (5), además se determinó que la Mala Calidad del Sueño y la Somnolencia excesiva Diurna son altas en internos de medicina y que estas se asocian al Rendimiento Académico.

“Investigaciones respecto a la calidad de sueño y su relación con la calidad de vida, indican que desviaciones del dormir menos de siete a ocho horas de sueño, se asocian a mala calidad de vida con alteraciones en la salud física y psicológica” (22), una disminución de las horas de sueño debido a los turnos de trabajo no solo alteran físicamente a la persona sino también en su componente emocional pudiendo

desarrollar un estrés o agotamiento, generando Síndrome de Agotamiento Profesional.

El Síndrome de Burnout que por su interpretación indicaría el hecho de consumirse o agotarse por el trabajo, “consiste en la evolución del estrés laboral hacia un estado de estrés crónico, se caracteriza por un progresivo agotamiento físico y mental, una falta de motivación absoluta por las tareas realizadas, y en especial, por importantes cambios de comportamiento en quienes lo padecen” (7). Este síndrome principalmente se desarrolla en ocupaciones que se encuentran al servicio de los demás, principalmente en Personal asistencial de Salud como médicos asistentes, residentes, internos de medicina y enfermeras. Un estudio en la Ciudad de Lima reveló que la “prevalencia del síndrome de *burnout* en los médicos y enfermeras del Perú en el año 2014 es de 2,8% (IC95%: 2,19-3,45); y que la prevalencia es mayor en médicos que en enfermeras” (9).

Debido a la importancia del La Calidad del Sueño y El Agotamiento profesional, se buscó, Establecer la relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud (médicos, residentes, internos de medicina y enfermeras) del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017, usando como instrumento las Escalas de Calidad de sueño de Pittsburg y La Escala de Maslach Burnout Inventory. Se expresaron los resultados mediante estadística descriptiva y se analizaron las asociaciones entre variables mediante prueba estadísticas, para Variables categóricas se usaron tablas de contingencia y se usó la prueba de Chi cuadrado. Así mismo a las variables se les aplicaron pruebas de Normalidad como son Las Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y la de Shapiro-Wilk, cuando estas pruebas determinaban anormalidad de las variables se usaron las pruebas No Paramétrica, dentro de ellas se usó La Prueba de Kruskal-Wallis y La Prueba de U de Mann-Whitney, determinando así el nivel de significancia de las variables y sus relaciones.

El trabajo de investigación evaluó 221 encuestados, que eran Personal Asistencial de Salud (médicos, residentes, internos de medicina y enfermeras) del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en la (TABLA 1) se apreció que el Personal Asistencial de Salud en su mayoría era de sexo Femenino (55.2%). Del Personal que se estudió, (32.6%) era Médico Asistente, (25.8%) Residentes, (23.1%) Internos

de Medicina, y (18.1%) Enfermeras (TABLA 2). La edad promedio del personal es 37.5 años, y las edades oscilan entre 22 y 68 años; además el promedio de Horas Laborables a la semana en dicho personal es de 62.12 horas, con un máximo de 130 horas laborables y un mínimo de 28 horas (TABLA 3).

En la (TABLA 4), se observa que El Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en estudio tuvo a predominio una Mala Calidad del Sueño (78.3%) con respecto a una Buena Calidad del Sueño (21.7%). Al interpretar los resultados de Calidad del sueño, se valoraron los Niveles de Perturbación del sueño según la “Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una Muestra Peruana” (37), encontrando que el Personal Asistencial requiere Atención y Tratamiento Médico en un (55.2%), seguido de un (32.6%) que Merece Atención Medica y que el (3.2%) tiene un Problema de Sueño Grave, a diferencia del (9.0%) que no tiene problemas de sueño (TABLA 5). Un estudio en Barcelona realizado a enfermeras determinó que “el 64,8% presentó una mala calidad del sueño” (16) notando un alto porcentaje de mala Calidad del Sueño en personal de salud, al igual que el presente estudio.

También se evidenció que los encuestados tienen un Indicio de Burnout de (38.9%), padeciendo el Síndrome de Burnout un (22.2%) y no padeciéndolo un (38.9%) (TABLA 6). En las (TABLAS 7,8 y 9) Se evidencia que el Personal Asistencial en la Subescala de Agotamiento Emocional (de la Escala de MASLACH BURNOUT) tiene un nivel Bajo (46.6%), y un nivel Alto (34.8%); en la Subescala de Despersonalización tiene un nivel Bajo (52.9%) y un Nivel Alto (24.4%); y en la Subescala de Realización Personal tiene un nivel Alto (50.7%) y un nivel Bajo (22.2%). Una publicación en Quito sobre un estudio francés en estudiantes de medicina revela que “el 42,2% de los estudiantes experimentaron agotamiento emocional; 25,8 por ciento sufrieron despersonalización y solo 21,2 por ciento tuvieron un sentido de logro personal (40)”.

En la (TABLA 10) se encontró que el (97.6%) de Enfermeras son del sexo femenino, mientras el (64.7%) de Internos de Medicina son del sexo femenino, así mismo que el (65.3%) de Médicos Asistentes es del sexo masculino, y del grupo de Residentes el (57.9%) son del sexo masculino; aquí notamos que en el cargo de Enfermería en su mayoría son mujeres; así mismo que los futuros médicos que son

los internos son en su predominio mujeres, a diferencia de los actuales médicos asistentes que en su mayor porcentaje son del sexo masculino.

En la (TABLA 11) evidenció la relación entre el Agotamiento Profesional y Edad del Personal, siendo la edad media en el nivel de Agotamiento bajo de (42.26) años, y en el nivel de Agotamiento alto es (31.73) años. Al realizar las pruebas estadísticas (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk y Kruskal-Wallis (TABLA 12)), se estableció que a menor edad habrá mayor nivel de Agotamiento Profesional; esto puede deberse a que el profesional con los años va adquiriendo entrenamiento y practica en su labor.

Al observar la relación entre Calidad del Sueño y Edad (TABLA 13), se encontró que la edad media en la Mala Calidad de Sueño es (36.08) años, mientras que en la Buena Calidad de Sueño es (42.73) años, de lo que al realizar las pruebas estadística (TABLA 14) se concluye que se presenta Buena Calidad del sueño a mayor edad del personal, esto quiere decir que a más joven el personal de salud peor es su Calidad del sueño; es decir cuando un empleado esta recién iniciando o en formación académica tendrá que dedicar algunas de las horas que dedicaba en dormir a trabajar y aprender nuevos conocimientos, tal es el caso de los internos de medicina. Otro estudio realizado a estudiantes universitarios “encontró que el 30% tiene una mala calidad del sueño, la dificultad para iniciar el sueño se da en jóvenes y en mayores ocurren los despertares nocturnos y el despertar precoz” (14).

En la (TABLA 15) que relaciona las Horas Laborables a la Semana y el Cargo del Personal encontrando que la media de Horas Laborables a la Semana en el cargo de Enfermera es (40.37) horas, mientras que en el cargo de Interno de Medicina es (86.98) horas, así mismo en el cargo de Medico Asistente es (45.74) horas, y en el cargo de Residente es (76.21) horas, lo que concluye por pruebas estadísticas que mientras mayor es el cargo, menos son las horas laborables a la semana (TABLA 16); esto indicaría que el personal que está en formación como lo son internos de medicina y residentes con el fin de aprender más en el apasionante mundo de la salud trabajan más horas a la semana, incluso permaneciendo luego de sus turnos para realizar pendientes o ingresos de pacientes nuevos.

Para la (TABLA 17) se observa la relación entre El Componente 4 (Eficiencia del Sueño) y el Cargo que Desempeña el Personal, Lo que infiere luego de pruebas estadísticas que a mayor cargo es mayor la eficiencia del sueño, esto mostraría que los médicos asistentes por poseer un mayor cargo respecto a los internos y residentes poseen una mejor eficiencia del sueño.

Al relacionar las Horas Laborables a la Semana y Calidad del Sueño (TABLA 18) se encontró que la media de Horas Laborables a la Semana en una Mala Calidad de Sueño es (65.49) horas, mientras que la media de Horas Laborables a la Semana en una Buena Calidad de Sueño es (49.98) horas, de lo que se puede concluir por estadística (TABLA 19) que mientras más horas laborables a la semana tengan se tendrá una Mala Calidad del Sueño, aquí vemos que al dedicar más horas de trabajo se disminuyen las horas de sueño afectando la Calidad de este.

En la (TABLA 20) se valora la relación entre las Horas Laborables a la Semana y MASLACH BURNOUT del Personal, y se encontró que la media de Horas Laborables a la Semana en un Síndrome de Burnout es (76.16) horas, mientras que la media de Horas Laborables a la Semana en un Indicio de Burnout es (63.03) horas, y la media de Horas Laborables a la Semana en una persona Normal es (53.20) horas. Lo que concluye (TABLA 21) que mientras más horas laborables a la semana tengan se puede desarrollar Síndrome de Burnout, es por ello que los grupos más afectados por Burnout son los de residentes e internos de medicina, ya que por su formación laboran más horas a la semana. Para la (TABLA 22) que analiza el Agotamiento Profesional (BURNOUT) y su Sexo, el (67.3%) de los que tienen Síndrome de Burnout son de sexo femenino, concluye que hay un predominio del Síndrome de Burnout con el sexo femenino, esto puede deberse a que las mujeres no solo desempeñan labores profesionales sino algunas veces son madres y por lo que realizan muchas actividades, generando un estrés extra.

La (TABLA 23), relaciona la Calidad de Sueño y Sexo del Personal, notando que el (57.8%) de los que tienen Mala Calidad del Sueño son de sexo femenino, mientras que el (54.2%) de los que tienen Buena Calidad del Sueño son de sexo masculino. Mediante la prueba de Chi cuadrado, se encontró que no existe una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.140$). Lo que concluye que el sexo no influye en la Calidad del sueño. Aquí notamos una diferencia respecto a otros estudios los

que indican que si hay una influencia del sexo en la Calidad del sueño; por ejemplo Un estudio realizado en Perú, a ocho facultados de medicina humana encontró “asociación significativa ($p < 0,05$) entre la mala calidad de sueño y el sexo femenino” (10). En cambio otro estudio concluye con la misma premisa que el presente estudio; un estudio en Venezuela realizado a estudiantes de medicina y enfermería encontró que “el 70,4% eran buenos, y 47,5% eran malos dormidores, además que no hubo diferencias significativas de género” (15) .

En la (TABLA 24) se observa la relación entre Calidad del Sueño y Cargo que desempeña el Personal, notando que el (68.3%) de las enfermeras tienen Mala Calidad del Sueño, el (88.2%) de los Internos de Medicina tienen Mala Calidad del Sueño, el (93.0%) de los Residentes tienen Mala Calidad del Sueño y así mismo que el (65.3%) de los Médicos Asistentes tienen Mala Calidad del Sueño; concluyendo que el Cargo que desempeña el Personal Asistencial si influye en la Calidad del Sueño.

Al relacionar Agotamiento Profesional (BURNOUT) y Cargo del Personal (TABLA 25), hallando que el (2.8%) de los Médicos Asistentes tienen Síndrome de Burnout, el (24.4%) de Enfermeras tienen Síndrome de Burnout, el (33.3%) de los Residentes tienen Síndrome de Burnout, el (35.3%) de los Internos de Medicina tienen Síndrome de Burnout. Lo que concluye que a menor cargo existe una mayor posibilidad de Desarrollar Síndrome de Burnout; esto ya que son personal que recién inicia en el trabajo y está en formación teniendo que poner más dedicación y atención con la finalidad de adquirir nuevas experiencias profesionales, generando un agotamiento no solo físico sino emocional. Un estudio en enfermeras para determinar Burnout encontró, “La población estudiada manifestaba un alto grado de este Síndrome en especial las que laboran más tiempo en el servicio” (8). Otro estudio realizado a Médicos Asistentes y Residentes buscando burnout se encontró que “los médicos residentes son los más afectados, con altos puntajes en Agotamiento Emocional y Despersonalización, y bajo en Realización Personal. La edad más afectada es entre los 30-35 años, el sexo femenino fue el más afectado en las primeras subescalas” (13).

Finalmente en la (TABLA 26), que detalla el objetivo principal de este estudio que es Establecer la relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento

Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017; Se encontró que el (6.3%) de quienes tiene Buena Calidad del Sueño desarrollaron Síndrome de Burnout, mientras que el (26.6%) de los que tienen Mala Calidad del Sueño desarrollaron Síndrome de Burnout. Por lo que mediante la prueba estadística de Chi cuadrado, se ha encontrado que existe la asociación estadísticamente significativa ($p = 0.005$). Lo que concluye que una variable influye en la otra, es decir la Calidad del Sueño influye en el Agotamiento Profesional; si se tiene una buena Calidad del Sueño hay menor riesgo de desarrollar Síndrome de Burnout, demostrando la importancia del sueño en nuestras vidas, principalmente en profesiones de Salud donde se realizan turnos y guardias, convirtiéndose la Mala Calidad del Sueño en un factor estresor para desarrollar Agotamiento Profesional (Síndrome de Burnout).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El diseño metodológico del estudio no determinara los factores que causan estas asociación, sino que nos dará probables factores relacionados con las variables.

Para que sea viable el proyecto se tomó más tiempo del programado para recabar la información (toma de encuestas) ya que los permisos solicitados al Hospital por ser trámites administrativos tomaron más días de los previstos, ya que pasaron de despacho a despacho y siendo finales del año 2017 e inicios del 2018 personal administrativo estaba muy ocupado, demorando los permisos y autorizaciones. Así mismo los horarios complicados del Personal de Salud limitaban la accesibilidad para con ellos, además de las labores arduas que se realizan día a día en cada servicio como son visitas médicas, salidas a tópico, curaciones, programación de cirugías entre otros complicaban la toma de encuestas. Pese a ello fue necesario esperar dado que las encuestas debieron tomarse en tiempo real y con la supervisión de la autora de este trabajo para resolver dudas de los encuestados. A pesar de las limitaciones, consideramos que esta es una aproximación de la realidad que contribuye a un mayor conocimiento acerca de la calidad del sueño, y agotamiento profesional en personal Asistencial de Salud.

CONCLUSIONES

1. Existe relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017; ya que el (26.6%) de los que tienen mala Calidad del Sueño desarrollaron Síndrome de Burnout. Con un Chi cuadrado de ($p = 0.005$).
2. El Síndrome de Agotamiento Profesional en el personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017 está presente en un (22.2%), además un (38.9%) tiene Indicio de Burnout.
3. El personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el 2017 tiene una mala Calidad del Sueño en un (78.3%), encontrándose que requiere Atención y Tratamiento Médico un (55.2%).
4. El grupo del personal asistencial de salud más afectado por el Síndrome de Burnout del Honorio Delgado Espinoza 2017, son los Internos de Medicina con un (35.3%). Seguido de los Residentes con un (33.3%).
5. El grupo del personal asistencial de salud que tiene más afectada su Calidad de Sueño del Honorio Delgado Espinoza 2017, son los Residentes con un (93.0%). Seguido de los Internos de Medicina con un (88.2%).
6. La subescala de agotamiento laboral con más afectación del Personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es Despersonalización con un nivel bajo de (52.9%). Seguida de Agotamiento Emocional con un nivel bajo de (46.6%).

RECOMENDACIONES

1. Establecer una investigación periódica en base al presente trabajo, para actualizar la información que se tiene en cuanto a las variables de Calidad de Sueño y Agotamiento Profesional del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza; buscando la detección temprana de estos problemas.
2. Instaurar con ayuda de los departamentos de Salud Ocupacional y Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza programas de orientación, apoyo psicosocial e información al personal asistencial de salud para prevenir, disminuir los casos e indicio de síndrome.
3. Ejecutar con ayuda de los departamentos de Salud Ocupacional y Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza charlas sobre higiene y calidad del sueño en el personal asistencial de salud buscando prevenir la mala calidad de sueño y disminuir sus índices.
4. Es esencial crear estrategias de atención para el personal que padece este síndrome y aquellos que pudieran tener factores de riesgo para el desarrollo de este, realizando actividades y técnica para eliminar el estrés laboral; así como la búsqueda y modificación de factores estresores.
5. Generar un plan continuo de capacitación sobre higiene y medidas saludables para una adecuada Calidad del sueño en el personal asistencial de salud. Además se recomienda que la dirección general de la institución regule los horarios laborales, turnos y guardias del personal asistencial de salud.
6. Se recomienda crear con ayuda del Servicio de Psiquiatría técnicas y actividades para incentivar e incrementar el nivel de realización personal y disminuir los niveles de agotamiento emocional y despersonalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Talero , Durán , Pérez. Sueño: características generales.Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. Revista Ciencias de la Salud. 2013; 11(3): p. 333-348.
2. Hall JE, Guyton AC. TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA. 13th ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
3. PAICO LIÑAN EJ. “CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL DOS DE MAYO PERIODO SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2015”. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre]. Available from: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/461/Paico_e.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. Redaccion MUNDIARIO PPGdAyO. ¿Qué significa tener una buena calidad de sueño? [Online].; 2016 [cited 2017 Noviembre 30]. Available from: <https://www.mundiario.com/articulo/sociedad/significa-tener-buena-calidad-sueno/20160318211845056429.html>.
5. COAQUIRA VILLALTA AL. CALIDAD DE SUEÑO, SOMNOLENCIA EXCESIVA DIURNA Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS INTERNOS DE MEDICINA AL FINALIZAR LA PRIMERA ROTACIÓN EN EL HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA – 2016. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1842/MDcovial.pdf?sequence=1>.
6. GIL-MONTE PR. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2003; 19(2): p. 181-197.
7. estreslaboral.info Ed. SÍNDROME DE BURNOUT. [Online].; 2018 [cited 2018 Enero]. Available from: <http://www.estreslaboral.info/sindrome-de-burnout.html>.

8. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016 Diciembre; 42(4).
9. Maticorena-Quevedo , Beas , Anduaga-Beramendi , Mayta-Tristán. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016 Abril; 33(2).
10. Vilchez-Cornejo , Quiñones-Laveriano , Failoc-Rojas V, Acevedo-Villar , Larico-Calla , Mucching-Toscano , et al. Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2016 Agosto; 54(4).
11. Grimaldo M, Reyes Bossio M. Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2015; 47(1): p. 50-57.
12. Ayala Cárdenas. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2011. [Online].; 2013 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf.
13. González Viera YL, Rivera López KL. PRESENCIA DEL SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL ENTRELOS MEDICOS AGREGADOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONALDE SONSONATE MAYO-AGOSTO 2011. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=486&Itemid=76.
14. Sierra JC, Jiménez Navarro C, Martín Ortiz JD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Revista de Salud Mental*. 2002 Diciembre; 25(6): p. 35-43.
15. VILLARROEL PRIETO VM. CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA EN LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDE MERIDA-VENEZUELA 2013. [Online]. Madrid-España; 2014 [cited 2017 DICIEMBRE. Available from:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/663392/villarroel_prieto_vanessa_maribel.pdf?sequence=1.

16. Rodríguez Murillo JA, Flores Fernández B, López Quiroga , Argilés Miró , Buj Pascual , Prats Castellví N. Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Revista Metas de Enfermería*. 2016 Mayo; 19(4).
17. Lezcano H, Vieto Y, Morán J, Donadío F, Carbonó A. CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO Y SU CALIDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ. *REVISTA MÉDICO CIENTÍFICA*. 2014 Julio; 27(1): p. 3-11.
18. Miró , Cano-Lozano MdC, Buela-Casal G. SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA. *Revista Colombiana de Psicología*. 2005;(14): p. 11-27.
19. Grossman S, Mattson Porth C. PORTH. *FISIOPATOLOGÍA: ALTERACIONES DE LA SALUD CONCEPTOS BÁSICOS*. 9th ed. España: Lippincott; 2014.
20. Hernandez JFT. *FISIOLOGIA HUMANA*. 4th ed. España: MCGRAW-HILL; 2010.
21. Velayos JL, Moleres FJ, Irujo AM, Ylla D. Bases anatómicas del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007; 30(1): p. 7-17.
22. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Privación de sueño y rendimiento clínico. [Online].; 2002 [cited 2017 Diciembre 15. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/194668?redirect=true>.
23. Silvia Alicia Fontana WRMLR. Calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitarios: estudio descriptivo transversal. [Online].; 2014 [cited 2017 Diciembre 15. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6015>.
24. Deschamps Perdomo A, Olivares Román SB, De la Rosa Zabala KL, Asunsolo del Barco Á. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del*

- Trabajo. 2011; 57(224): p. 224-241.
25. GALLEGO PEREZ-LARRAYA , TOLEDO J, URRESTARAZ E. Clasificación de los trastornos del sueño. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007; 30(1): p. 19-36.
 26. Jiménez-Genchi , Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G, de la Vega-Pacheco. Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. [Online].; 2008 [cited 2017 Noviembre 30. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Alejandro_Jimenez-Genchi/publication/23709931_Reliability_and_factorial_analysis_of_the_Spanish_version_of_the_Pittsburg_Sleep_Quality_Index_among_psychiatric_patients/links/0c960521623a6a6cd1000000/Reliability-and-fac.
 27. Carralero García P, Hoyos Mirand FR, Deblas Sandoval Á, López García. Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. Elsevier - Medicina Paliativa. 2012 Junio; 25(2).
 28. Cirelli C. Sueño insuficiente: definición, epidemiología y resultados adversos. [Online].; 2017 [cited 2017 Diciembre. Available from: https://www.uptodate.com/contents/insufficient-sleep-definition-epidemiology-and-adverse-outcomes?search=calidad%20del%20sue%C3%B1o&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
 29. González Viera YL, Rivera López KL. MEDICOS AGREGADOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE MAYO-AGOSTO 2011. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=486&Itemid=76.
 30. Castillo Ramírez. El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. Revista de Medicina Legal de Costa Rica. San José. 2001 Marzo; 17(2).
 31. Vulnerables MdIMyP. CONOCIENDO EL SINDROME DE AGOTAMIENTO

- PROFESIONAL. [Online].; 2014 [cited 2017 Noviembre. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4026.pdf>.
32. Graue Wiechers E, Álvarez Cordero , Sánchez Mendiola. El Síndrome de “Burnout”:La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. [Online].; 2007 [cited 2017 Noviembre. Available from: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html.
33. Buzzetti Bravo MdlA. VALIDACIÓN DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), EN DIRIGENTES DEL COLEGIO DE PROFESORES A.G. DE CHILE. [Online].; 2005 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf.
34. Miravalles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre 15. Available from: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>.
35. Ministerio de Salud: Direccion General de Infrestructura EyM. FICHA TECNICA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. [Online]. [cited 2017 Noviembre. Available from: https://www.saludarequipa.gob.pe/oei/archivos/10.%20Infraestructura%20Sanitaria/2014/Fichas Tecnicas EESS Arequipa/hosp_honoriodelgado.pdf.
36. Macias Fernandez JA, Royuelo Rico A. La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. [Online].; 1997 [cited 2017 Noviembre. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Angel_Royuela/publication/258513992_La_version_espanola_del_Indice_de_Calidad_de_Sueno_de_Pittsburgh/links/0c96052876d26b1b3b000000/La-version-espanola-del-Indice-de-Calidad-de-Sueno-de-Pittsburgh.pdf.
37. Luna-Solis Y, Robles-Arana Y, Agüero-Palacios Y. Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una Muestra Peruana. Anales de Salud Mental 2015. 2015; 31(2).

38. Rodríguez S. CUESTIONARIO - BURNOUT. [Online].; 2017 [cited 2017 Noviembre. Available from: https://www.ecestaticos.com/file/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf/1515665476-cuestionario_burnout.pdf.
39. fpsomc. MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH). [Online].; 2017 [cited 2017 Diciembre. Available from: <http://www.fpsomc.es/sites/default/files/maslach.pdf>.
40. Médica EdR. Alarmante tasa de síndrome de burnout en estudiantes de Medicina. [Online].; 2018 [cited 2018 Marzo 19. Available from: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/alarmante-tasa-de-sindrome-de-burnout-en-estudiantes-de-medicina-91902>.
41. F. Escobar-Córdoba JES. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Revista de Neurología. 2005; 40(3).
42. Hederich-Martínez , Caballero-Domínguez CC. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBISS) en contexto académico colombiano. Revista CES Psicología. 2016 Junio; 9(1): p. 1-15.



ANEXO N°1: INSTRUMENTO APLICADO (ENCUESTA)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer: La relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

PROCEDIMIENTOS

1. Se tomarán una encuesta con preguntas sobre Calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional.
2. Se elegirá al azar a Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
3. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta.

RIESGOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS

No existen riesgos en esta investigación.

COSTOS

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

BENEFICIOS

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a determinar si existe una relación entre Calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional y buscar alternativas que mejoren el Sistema de Salud.

CONFIDENCIALIDAD

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

CONTACTO

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

DNI:	
------	--

Firma del participante que da su autorización:	
--	--

Nombre del Investigador:	VALERIE INGRIND NEIRA DIAZ
Documento de identidad:	72192106

Fecha:

CUESTIONARIO

Edad:.....Sexo:.....Cargo que desempeña:.....

Horas laborales a la semana:.....

PARTE 1: CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO.

Instrucciones:

Las siguientes preguntas tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste las preguntas.

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? (Marque con una X la casilla correspondiente)

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. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

- a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

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

- b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

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
- c) Tener que levantarse para ir al servicio:
- 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
- d) No poder respirar bien:
- 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
- e) Toser o roncar ruidosamente:
- 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
- f) Sentir frío:
- 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
- g) Sentir demasiado calor:
- 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

- h) Tener pesadillas o malos sueños:
- 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
- i) Sufrir dolores:
- 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
- j) Otras razones. Por favor descríbalas:
- 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
 - Bastante buena
 - Bastante 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 mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la Pregunta anterior?

Ningún problema

Sólo un leve problema

Un problema

Un grave problema

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

Solo

Con alguien en otra habitación

En la misma habitación, pero en otra cama

En la misma cama

PARTE 2: CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:
0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

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

ANEXO N°2: PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE TESIS



**“CALIDAD DE SUEÑO ASOCIADO A SÍNDROME DE AGOTAMIENTO
PROFESIONAL (BURNOUT) EN PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2017”**

AUTOR: VALERIE INGRIND NEIRA DIAZ

ASESORA: DRA. GLORIA LLAZA LOAYZA

AREQUIPA -PERÚ

I. PREAMBULO

Debido a las crecientes cifras de insatisfacción de los usuarios en salud con la atención brindada por el personal asistencial en este campo, es que se elabora el presente trabajo para analizar la situación laboral de los trabajadores en salud, valorando como sus niveles de estrés laboral además del estrés físico afectan en su desempeño laboral.

Parte de ese estrés físico se debe muchas veces a los turnos y guardias asignadas a este personal. Ya que las características del sistema de salud exige a médicos, enfermeras y demás profesionales del área el prestar sus servicios de manera ininterrumpida, con el fin de satisfacer la demanda constante del sector y haciendo necesaria la organización del trabajo mediante turnos, situación que puede causar en los trabajadores trastornos a nivel biológico, laboral y socio-familiar.

Estos turnos algunas veces son nocturnos y afectan en la calidad del sueño de estos profesionales; el trabajo por turnos fuera de las horas normales del día, es un tema que cobra importancia, ya que son muchas las implicaciones en la salud física y mental de quienes lo realizan, lo cual se define como el Trastorno del sueño del trabajador a turnos (TSTT). Crean en ellos una inadecuada calidad de sueño generando así estados de somnolencia, estrés y una inadecuada ejecución de sus responsabilidades.

Así mismo al agotamiento y estado de somnolencia, se le agrega el estrés diario o Síndrome Burnout que se le toma como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales en salud. Esto sugiere la posibilidad de que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral que presentan estos profesionales.

Es por consiguiente que se elabora este trabajo para valorar la relación que hay entre calidad de sueño y somnolencia con el síndrome de agotamiento profesional (burnout) en personal Asistencial de Salud, en la ciudad de Arequipa, que alberga a gran porcentaje de los pacientes del sur de nuestro país, siendo un centro de referencia el Hospital Regional Honorio Delgado, donde llegan día a día pacientes de muchas regiones del País.

II. PLANEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cómo se relaciona la calidad de sueño con el Agotamiento Profesional en Personal asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017?

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

- A. Área del conocimiento general: Ciencias de la Salud: Medicina Humana
 Área Específica: Psiquiatría
 Especialidad: Trastornos del Sueño y Síndrome de Burnout
- B. Análisis u operalización de Variables e indicadores:

VARIABLE	TIPO VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA
CALIDAD DE SUEÑO	Cualitativa	Escala de Calidad de sueño de Pittsburg	Calidad Subjetiva de Sueño
	Ordinal		Latencia del Sueño
	VARIABLE INDEPENDIENTE		Duración del Sueño
			Eficiencia Habitual del Sueño
			Perturbación del Sueño
			Usa de Medicación Hipnótica
			Disfunción durante el día
SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNOUT)	Cualitativa	Escala de Maslach Burnout Inventory	Agotamiento Emocional
	Ordinal		Despersonalización
	VARIABLE DEPENDIENTE		Realización Personal

C. Interrogantes Básicas:

- ¿Existirá relación entre la calidad de sueño y el Agotamiento Profesional en Personal asistencial de Salud?
- ¿Estará alterada la calidad de sueño en Personal asistencial de Salud?
- ¿El personal asistencial de salud padecerá de Síndrome de Agotamiento Laboral?

D. Tipo de Investigación: Estudio de Corte Transversal, Prospectivo

E. Nivel de Investigación: Estudio descriptivo

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:

En el presente trabajo se realizara un estudio Descriptivo Transversal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, con el objetivo de determinar la presencia del Síndrome de Agotamiento Profesional asociado a calidad de sueño y somnolencia en el personal que laboran en las distintas áreas del Hospital, en el periodo del año 2017. Utilizando la Escala de Maslach Burnout Inventory y Calidad de sueño de Pittsburg, agregando en datos generales del evaluador género, edad, horas laborales a la semana y cargo en el Hospital.

Este estudio está buscando determinar si el Síndrome de Burnout está presente en personal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y si se encuentra asociado a la calidad de sueño de su personal.

La conveniencia de este trabajo es que al demostrar la relación entre la calidad se sueño y el Agotamiento Profesional en el Personal asistencial de Salud en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, notemos de la importancia del sueño y que este afecta en el desempeño laboral diario, siendo este muchas veces cuestionado por el usuario de salud.

Debido a que es importante la relación médico paciente en el ejercicio diario de la Medicina, y para establecer dicha relación, he observado en mi práctica diaria como interna de Medicina y por interés personal que hay muchos factores que influyen respecto al desempeño laboral del Personal de Salud. Dichos factores son la calidad de sueño en el personal de salud que muchas veces se ve afectado por los tipos de horarios que manejamos, guardias por turnos, que incluyen guardias nocturnas los cuales al

alterar la calidad de sueño crean estados de somnolencia siendo un factor en contra para un adecuado desempeño laboral, así mismo el estrés mismo de trabajar con personas usuarias de servicios de salud, que día a día buscan solucionar sus males y dolencias, así como el relacionarnos y poder trabajar en equipo para lograr nuestro más valioso objetivo que es la salud de nuestros pacientes.

En el hospital que realizare mi investigación es uno de los hospitales que acoge a gran población de usuaria de la salud de la macro región sur, siendo lugar de referencia de muchos puestos y centros de salud del Sur del Perú, por lo cual nuestro personal en salud debe ser el más competente y debe desarrollar actitudes para una adecuado accionar.

Por lo que al desarrollar este trabajo en el Hospital Honorio Delgado Espinoza hacemos notar la relevancia social de los resultados.

Es por ello que considero de vital importancia analizar estos factores que influyen en el actuar diario del personal de salud, para mejorar condiciones y actitudes en el personal asistencial de salud con el único fin de dar una adecuada atención y así un sistema integral de salud, teniendo como único beneficiario a nuestros pacientes. Al mejorar nuestro sistema de salud y la calidad de atención se beneficiara nuestra población de la Ciudad de Arequipa y de la Macro Región Sur.

Con los resultados de este trabajo, al valorar la calidad de sueño del personal asistencial de salud se pueden realizar propuestas para mejorar su calidad, y que esta no afecte y genere Síndrome de Agotamiento Laboral, tales como dinámicas o actividades para evitar el estrés físico y desgaste laboral, evitando que esto afecte al desempeño diario y la relación que se entabla con los pacientes en uno de los principales Hospitales de nuestra Localidad.

Así mismo este tema tomo mi interés personal, ya que durante el periodo que voy realizando mi internado medico he notado que muchas veces las guardias que realizamos los internos, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería genera un desgaste no solo físico, mental sino en nuestro comportamiento y en nuestro desempeño laboral, motivando muchas veces a que nuestro carácter cambie, y que nuestro rendimiento laboral no sea el adecuado, estas guardias muchas veces son de más de 36 horas en el caso de internos; tal es así que luego de una guardia agotadora no tenemos las energías suficientes para continuar el siguiente turno por la mañana, no tenemos los cinco sentidos puestos en ejecutar nuestro trabajo, inclusive generando asperezas con nuestros

compañeros de trabajo o con los propios pacientes que muchas veces a causa de sus males están alterados o de sus familiares que por la angustia y desesperación reaccionan de forma aprensiva.

1. MARCO CONCEPTUAL:

1.1. SUEÑO

1.1.1. DEFINICIÓN:

La definición de sueño es un “estado de inconsciencia del que puede ser despertada una persona mediante estímulos sensitivos o de otro tipo” (2). Diferenciándolo del coma que es no poder despertar de la inconsciencia. Este estado es un conjunto de fases, las cuales van desde un sueño ligero hasta un sueño profundo.

El sueño muchas veces se confunde como una falta total de actividad pero es un estado biológico propio del ser humano. El sueño necesita de características tales como un ambiente y posturas adecuados, por ejemplo nosotros para optar por un sueño adecuado adoptamos una posición decúbito dorsal o sus variantes, a diferencia de algunos animales que toman una postura de pie o de cabeza, así mismo el ambiente es fundamental ya que un ambiente con mucho ruido no permitirá que lleguemos a un sueño de calidad.

El sueño es una función biológica y básica que realiza el ser humano, buscando recuperar energías perdidas durante las actividades diarias de cada persona, gran parte de nuestras vidas realizamos esta función, esta es restauradora de energía y fundamental ya que genera “estabilidad afectiva, la disposición hacia las actividades de la vida diaria, el rendimiento académico y las actividades sociales” (1). Gran parte de nuestras vidas realizamos esta función esencial, se estima que pasamos en ella alrededor de un tercio de nuestra existencia, aunque este tiempo puede variar de acuerdo a cada persona y de las actividades que realiza.

El sueño es un proceso que va desde grados leves a un estado profundo, esto dependerá de los componentes fisiológicos que varían durante las etapas del sueño, un instrumento para registrar características del sueño es el electroencefalograma,

dentro de las características que toma para este estudio encontramos los movimientos oculares y el tono muscular del individuo.

El sueño es primordial, es un proceso que constituye parte esencial de nuestras vidas y es de vital significancia para que esta se mantenga, “no sólo por la cantidad de tiempo que dedicamos a dormir sino también por la significación que atribuimos a una noche de descanso y el efecto que el sueño tiene en nuestra salud” (18). Los procesos investigativos indican que se muestra una íntima relación entre el sueño y el nivel de salud física, mental y emocional en las personas.

La población contemporánea tiene conciencia de lo fundamental que es el sueño en nuestras vidas y los efectos que este genera, este resultado no solo se suscribe “al propio organismo de ser una necesidad de restauración neurológica, sino que afectan el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad” (14), como lo es su desempeño laboral, profesional o académico, relaciones que entablamos con otras personas, estado de alerta para evitar accidentes de tránsito, entre muchas actividades diarias. Es por ello de la relevancia del sueño y que se manifieste con una Calidad del Sueño óptima.

El sueño está estructurado de una serie de procesos o etapas que ocurren en el organismo, así como la regulación neurológica (consolidación de la memoria y función de algunos neurotransmisores, e interconexiones neuronales); un proceso endocrino-metabólico (regulación de la temperatura corporal y producción hormonal); inmunológica y cambios cardiorrespiratoria.

El sueño forma parte del ciclo sueño-vigilia. En contraposición al sueño que es un período de inactividad y restauración de la función física y mental; la vigilia es un tiempo de actividad mental y gasto de energía, es un estado de alerta, de estar en constante atención y uso máximo de nuestros sentidos.

La importancia del sueño no solo es de ser un periodo reparador, sino que es un tiempo en el que se procesa e ingresa en la memoria la información que se ha recabado durante el periodo de vigilia, además en el cerebro se restauran las comunicaciones entre cada espacio de este. Así también el sueño es un momento en el que los otros sistemas corporales restablecen su energía y rehabilitan sus tejidos. Por ejemplo “La actividad muscular y la digestión disminuyen, y la actividad del

sistema nervioso simpático disminuye.” (19) Además, “Muchas hormonas, como la de crecimiento, se producen en una manera cíclica en correlación con el ciclo de sueño-vigilia, lo que sugiere que el crecimiento y reparación tisular se presentan durante el sueño.” (19)

1.1.2. CICLO DE VIGILIA-SUEÑO

El ciclo sueño vigilia está gobernado por dos sistemas neurobiológicos principales: uno que genera activamente el sueño y los procesos relacionados con él, y otro que programa el momento del sueño dentro del ciclo diario de 24 horas.

El sueño es un fenómeno activo, inevitable, periódico, variado y complejo que está sustentado en una extensa y complicada red neuronal en la que participa de forma directa o indirecta todo el sistema nervioso.

El fenómeno del sueño en el hombre es circadiano. El sueño está conformado por dos estados diferentes, como lo es “el sueño lento (SL y sus etapas) y el sueño paradójico (SP o REM), que alternan en una noche de sueño varias veces, constituyendo un ritmo intrínseco ultradiano” (20).

Es así que, “cerebro basal anterior será quien proporcione el marco para el SL, en tanto que el tegmento pontino dorsolateral será responsable de las características expresiones del SP” (20). Siendo el sueño una cascada que propicia variaciones fisiológicos, rítmicos, en el que intervienen diversos sistemas del organismo y serán dirigidos por el sistema nervioso central.

1.1.3. ESTRUCTURAS Y VÍAS NEURONALES

El ciclo de sueño y vigilia con respecto a su anatomía, está compuesto por estructuras con “el tálamo, áreas relacionadas de la corteza cerebral e interneuronas en la formación reticular del mesencéfalo, puente de Varolio y tronco cerebral” (19). “La formación reticular del mesencéfalo, el puente de Varolio y el tronco cerebral vigila y modula la actividad de varios circuitos que controlan la vigilia” (19). El tálamo y la corteza cerebral se relacionan de manera cómplice y procesan toda la información transmitida, esta complicidad entre el tálamo que posee las áreas sensitivas y la

corteza cerebral que tiene las áreas complementarias se encuentra estructurada y ordenada por un sistema neuronal complejo.

1.1.4. TIPOS DE SUEÑO:

Fundamentalmente existen dos tipos de sueño: uno de ondas lentas y otro de movimientos oculares rápidos (REM), cada noche mientras una persona está dormida ocurre una alternancia de estas dos fases. El tipo de Ondas lentas es el que tiene el mayor porcentaje del sueño durante la noche, este es el llamado “sueño profundo y reparador que la persona experimenta durante la primera hora dormido después de haber estado despierto muchas horas” (2). En contraposición el sueño REM tiene un porcentaje del 25% del sueño, principalmente en las personas jóvenes; “estos episodios normalmente se repiten más o menos cada 90 minutos. Es un tipo de sueño no tan reparador y suele ir asociado a sueños de gran viveza” (2).

1.1.4.1. SUEÑO DE ONDAS LENTAS

Su nombre proviene ya que en este sueño las ondas cerebrales son muy potentes y su frecuencia muy lenta. Podemos comprender este tipo de sueño, “si recordamos la última vez que estuvimos despiertos más de 24h seguidas y a continuación el sueño profundo en el que caímos durante la primera hora después de irnos a dormir” (2). El tipo de sueño de ondas lentas es vitalmente reparador así mismo se acompaña de un descenso de tono vascular periférico y diversas funciones vegetativas en el organismo. Tal es así que, “se produce una disminución del 10 al 30% en la presión arterial, la frecuencia respiratoria y el índice metabólico basal” (2). Muchos denominan a este tipo de sueño como “sueño sin sueño”, pero si encontramos sueños en este tipo, inclusive habría pesadillas. Lo que diferenciaría a los sueños del tipo de ondas lentas, con los dos de tipo REM, es que en los primeros “no suelen recordarse porque no tiene lugar la consolidación de los sueños en la memoria” (2) y en los de tipo REM hay una respuesta mayor de sistema muscular.

El sueño de ondas lentas o también llamado no REM (NREM), está compuesto de cuatro etapas. “Las etapas I a IV se denominan en su conjunto sueño no REM” (21)

- La etapa I: somnolencia o adormecimiento, en esta desaparece el ritmo alfa del electroencefalograma, este ritmo se encuentra en el estado de vigilia, además esta etapa no hay movimientos oculares pero si los hubiera son muy lentos, así mismo en la Etapa I hay tono muscular.
- La etapa II – III: sueño ligero, hay una disminución del ritmo en el electroencefalograma, aparecen los husos de sueño y los complejos K, lo que es consecuencia de la actividad del núcleo reticular del tálamo; en esta etapa aún hay tono muscular, y no encontramos movimientos oculares.
- La etapa IV: sueño profundo, el ritmo en el electroencefalograma es aún menor, no hay movimientos oculares y el tono muscular puede mantenerse o estar muy disminuido, esta fase se da por la actividad de la corteza Prefrontal y el núcleo dorsomedial del tálamo. Esta fase es la más reparadora. “Hay movimientos organizados del dorso; el individuo da vueltas en la cama, cambia de postura” (21). La duración de esta fase es 25% del sueño.

1.1.4.2. SUEÑO DE MOVIMIENTOS OCULARES RÁPIDOS

También conocido como sueño REM, (por su denominación en inglés rapid eye movement), esto debido a que hay un movimiento rápido en los ojos pese a que el individuo está dormido. Durante la noche se evidencian “episodios de sueño REM que duran de 5 a 30 minutos como promedio cada 90 minutos” (2). Si un individuo está demasiado somnoliento, los espacios de sueño REM son cortos o inclusive puede no existir, pero cuando este se encuentra más descansado al pasar la noche, los espacios de sueño REM son más largos.

“El sueño REM posee varias características importantes:” (2)

1. Es la forma activa del sueño, comúnmente se encuentran sueños y movimientos musculares activos.
2. El tono muscular de esta demasiado disminuido, existe una atonía, existiendo una abolición de áreas de control muscular en la médula, de lo que es responsable la formación reticular bulbar, el locus coeruleus.
3. Hay un ritmo irregular de la frecuencia cardiaca y la respiratoria, caracterizando a la ensoñación.
4. El periodo de vigilia aumenta con respecto a la edad, el sueño disminuye, y el sueño es más corto REM; caso contrario ocurre en bebés donde tiene un sueño REM del 50%.
5. “A pesar de la extrema inhibición de los músculos periféricos, existen movimientos musculares irregulares. Se producen aparte de los movimientos rápidos de los ojos” (2).
6. “El encéfalo se encuentra muy activo en el sueño REM y el metabolismo cerebral global puede aumentar hasta un 20%” (2). El trazo electroencefalográfico refleja una gráfica parecida a la del estado de vigilia. Esta etapa es conocida también como sueño paradójico, debido a que a pesar de que el individuo está dormido hay actividad en el encéfalo.

Las fases de sueño de Onda Lenta y REM se intercalan cuatro a cinco veces por la noche. “El sueño NREM dura unas 6 horas y sueño REM dos horas” (21). Es más fácil despertar del sueño REM que NREM. Fármacos antidepresivos disminuyen la fase REM y benzodiacepinas recortan o inhiben las fases III y IV.

1.1.5. CALIDAD DEL SUEÑO:

Uno de los principales problemas de salud en el mundo son las alteraciones del sueño. La Calidad del Sueño no solo nos muestra salud sino que es un indicador de Buena Calidad de vida. “La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno” (14), poder realizar actividades básicas de la vida diaria.

“Hay tres aspectos básicos para determinar si una persona tiene una buena calidad de sueño: la duración, la continuidad y la profundidad” (4). Por ejemplo, No tendremos una adecuada Calidad de sueño si no tomamos el tiempo suficiente para dormir cada noche, o si existen pausas que interrumpan las etapas del sueño, o si nuestro sueño no es lo demasiado profundo para reponer energías,

El periodo de sueño está determinado por factores propios del organismo, ambiente o entorno y de la conducta. “Investigaciones respecto a la calidad de sueño y su relación con la calidad de vida, indican que desviaciones del dormir menos de siete a ocho horas de sueño, se asocian a mala calidad de vida con alteraciones en la salud física y psicológica” (22). Al reducir el número de horas que una persona duerme cada noche puede provocar una abolición total o parcial del sueño, generando trastornos del sueño.

Al reducirse las horas de sueño, esta carencia de horas se va acumulando, generando en la persona un déficit de sueño y causando estados de somnolencia excesiva diurna. Es así que para valorar una adecuada calidad de sueño, no solo es necesario dormir un número adecuado de horas por las noches sino ser capaz de mantener un adecuado estado de alerta y vigilia durante la mañana y realizar nuestras actividades para un desarrollo integral como personas.

Al estudiar al sueño, se manifiestan sus patologías las que son importantes debido a su repercusión en la salud del individuo y la salud pública, existen patologías tales como el insomnio, hipersomnia o patologías relacionadas por no tener un sueño reparador como lo es la fibromialgia. Los problemas de sueño se encuentran asociados con la calidad de vida, con la búsqueda de atención médica, e incluso con accidentes de tránsito, accidentes laborales, desempeño laboral, entre otros, por lo que representa un importante problema de salud pública.

1.1.5.1. RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y ATENCIÓN

Resultados sobre la investigación de la privación parcial de sueño o su mala calidad, generan estados de somnolencia; además de efectos negativos sobre el rendimiento motor y cognitivo, sobre el humor o estado de ánimo (produciendo irritabilidad, agresividad, impaciencia, ansiedad, depresión) así como también sobre el metabolismo y el funcionamiento hormonal. “Es importante destacar que

la somnolencia diurna afecta el funcionamiento psicosocial del individuo de la misma manera que lo hace el consumo de alcohol” (23). Además de tener efectos negativos en el rendimiento académico, ya que afecta y altera la atención.

“La Duración del sueño requerida para que una persona joven se sienta despierta y alerta durante el día es en promedio 7 a 8 horas, en un periodo de 24 horas” (15). La disminución del tiempo de sueño puede generar una privación parcial o inclusive la ausencia de este. La ausencia total del sueño se debe cuando una persona no ha dormido, y generalmente ocurre en episodios agudos. Por otro lado una disminución parcial está enfocada al sueño nocturno reducido o interrumpido, como es el caso del horario de trabajo de los médicos, enfermeras entre otro personal asistencial de salud.

Es por ello que la relación entre una calidad de sueño adecuado afecta en la atención que tendrá una persona en sus actividades.

“La sociedad actual que funciona 24 horas al día, obliga a las organizaciones y en consecuencia a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida” (24).

La forma de trabajo por turno y las guardias, además de las horas de labor durante la mañana generan un llamado de atención, debido a los efectos que desencadenan en la salud física, mental y emocional.

En el caso de personal asistencial de salud presentan una privación del sueño parcial, el sueño se ve alterado por las guardias nocturnas generando en este personal una menor atención al realizar sus actividades con los pacientes.

Así mismo al privarse de una adecuada calidad de sueño se desencadena una acumulación de agotamiento que en un inicio es físico, y con el pasar de los días, meses o incluso años; y con cada turno y guardia que se añade se genera el agotamiento mental y emocional; provocando un acumulo de estrés multifactorial dañando a la persona que los padece, este daño no solo es físico sino emocional, afectando de forma global del personal de salud.

1.1.6. TRASTORNOS DEL SUEÑO SEGÚN LA DSM

DSM-IV-TR (APA, 2002): Trastornos del sueño	DSM-5 (APA, 2013): Trastornos del sueño-vigilia	CIE-10 (OMS, 1992)
<p>1. Trastornos primarios del sueño</p> <p>A) Disomnias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio primario - Hipersomnia primaria - Narcolepsia - Trastorno del sueño relacionado con la respiración - Trastorno del ritmo circadiano - Disomnias no especificadas <p>B) Parasomnias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesadillas - Terrores nocturnos - Sonambulismo - Parasomnia no especificada <p>2. Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental</p> <p>3. Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica</p> <p>4. Trastorno del sueño inducido por sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por insomnio - Trastorno de hipersomnolencia - Narcolepsia <p>A) Trastornos del sueño relacionados con la respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apnea-hipopnea obstructiva del sueño - Apnea central del sueño - Hipoventilación relacionada con el sueño <p>B) Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo fase del sueño retrasada - Tipo fase del sueño avanzada - Tipo sueño-vigilia irregular - Tipo sueño-vigilia no equivalente a 24 horas - Tipo cambios turno de trabajo <p>C) Parasomnias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño-despertar sin movimientos oculares rápidos - Trastorno por pesadilla - Trastorno comportamental del sueño en fase REM - Síndrome de las piernas inquietas - Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicación - Otro trastorno por insomnio especificado - Trastorno por insomnio no especificado - Otro trastorno de hipersomnolencia especificado - Trastorno de hipersomnolencia no especificado - Otro trastorno del sueño-vigilia especificado - Trastorno del sueño-vigilia no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio no orgánico - Hipersomnia no orgánica - Trastorno no orgánico del ciclo v-s - Sonambulismo - Terrores nocturnos - Pesadillas - Otros trastornos no orgánicos del sueño - Trastorno no orgánico del sueño sin especificación

1.1.6.1. TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO SUEÑO-VIGILIA

Ocurre cuando se da una alteración del sueño debido a que el patrón de sueño de forma recurrente genera una desincronización del ciclo circadiano (sueño-vigilia) endógeno propio de cada persona y del estímulo exógeno de espaciamiento y durabilidad del sueño debido al entorno físico, social o profesional de cada individuo.

Al generarse este problema de sueño, desencadenara una excesiva somnolencia o insomnio, y además provocara un malestar clínicamente significativo o menoscabo en las esferas social, profesional u otras que sean importantes en el desarrollo de la persona.

1.1.6.1.1. ALTERACION POR TURNOS DE TRABAJO (TRABAJADOR NOCTURNO)

Este Trastorno del ritmo circadiano muestra que “los síntomas de insomnio o hipersomnias son secundarios a jornadas o turnos laborales que se solapan con el periodo normal del sueño” (25), quedando el empleado en estado de alerta ante la necesidad de realizar su trabajo de forma adecuada, interrumpiendo el ciclo normal de sueño-vigilia.

La alteración por turnos de trabajo se da en profesionales que laboran en turnos nocturnos o de madrugada, así también en personal que rota turnos, ya que al rotar turnos necesitan un tiempo adecuado para que pueda acoplarse su ciclo de sueño-vigilia al nuevo cambio de turno. En ambos casos se reducen las horas de sueño afectándose el ciclo circadiano y provocando una alteración en el ciclo Sueño-vigilia.

1.1.7. ÍNDICE DE LA CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (ICSP)

Para poder valorar La Calidad del Sueño, encontramos que es complicado determinar el buen dormir, ya que es un área inmensa y complicada, comprendiendo no solo las horas de sueño sino de su eficiencia e inclusive de la actividad durante el día.

“Como una forma de aproximarse a su medición, en 1989 Buysse y colaboradores presentaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), un cuestionario auto aplicable” (26).

El Índice de la Calidad de Sueño de Pittsburg , “fue desarrollado por (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, y Kuppfer) en la Universidad de Western Psychiatric Institute de Pittsburgh y de la Clínica a finales de 1980, surgió de la observación de que la mayoría de los pacientes con desordenes psiquiátricos también tienen trastornos del sueño” (15); este instrumento es un cuestionario que al aplicarlo no da una sumatoria general y esta valora la Calidad del Sueño, muchos trabajos de investigación lo han tomado como instrumento, así mismo se realizó traducciones a otras lenguas, “desde 1997 se encuentra disponible una traducción al español” (15).

Este instrumento valora características cualitativas y cuantitativas de la Calidad del sueño de las personas a las que se les aplica, esta valoración la realiza analizando de cómo fue su sueño durante el último mes; en su estructura está conformado por 24 interrogantes, dentro de ellas 19 serán para la persona encuestada y si es que durmiera acompañado en su habitación, las otras 5 interrogantes serian para su compañero.

Al analizar las preguntas para su calificación, estas se agruparan en 7 componentes, los cuales determinan características del sueño, estos son: “La calidad subjetiva, la latencia (entendiéndose como el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse), la duración, la eficiencia habitual (que valora el porcentaje de tiempo que el paciente cree que está dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado), las perturbaciones (aquellas alteraciones como dolor, frío, nicturia, tos, etc.), el uso de hipnóticos, y la disfunción diurna (presentándose como la facilidad de quedarse dormido mientras se realiza alguna actividad o como un mayor cansancio diurno)” (27). Cada una de las 7 áreas valoradas tendrá una puntuación de 0 al 3, siendo 0 que no hay problema en esa área y 3 que hay un problema grave; para obtener el coeficiente de valoración de Calidad de sueño de Pittsburgh, se deben sumar los 7 componentes donde se obtendrá una puntuación máxima de 21 y una mínima de 0; siendo el punto de corte para la interpretación de este coeficiente 5, calificando como buenos dormidores a quienes tengan una puntuación menor o igual a 5 y como malos dormidores a los que tengan más de 5.

“Con respecto a la versión castellana del Cuestionario de Pittsburg (Royuela y Macías 1997) concluyen que, es un instrumento adecuado para la investigación

epidemiológica y clínica de las alteraciones de sueño” (15). El instrumento tiene una adecuada estructura, así mismo posee un óptimo grado de fiabilidad y validez, similar a la versión original en inglés. “La versión validada al castellano del PSQI demostró tener, en la población general, una consistencia interna (Coeficiente de Crombach) de 0,81, con una sensibilidad de 88,63%, una especificidad del 74,99% y un valor predictivo positivo de 80,66%” (27). Este cuestionario que tiene validez en lengua Castellana tuvo dos adaptaciones, una versión en España y otra Colombia.

1.1.8. SUEÑO INSUFICIENTE

En la población actual con el desarrollo global, el ritmo de vida ha desencadenado en las personas trastornos severos en su Calidad de sueño, y volviéndolo insuficiente. El déficit de sueño o su insuficiencia se da cuando, el sueño no permite “el estado de alerta, el rendimiento y la salud adecuados, ya sea por la reducción del tiempo total de sueño (disminución de la cantidad) o la fragmentación del sueño por breves despertares (disminución de la calidad)” (28).

La restricción aguda del sueño indica su ausencia o una disminución significativa de las horas de sueño que generalmente tiene una persona, y que aproximadamente dura entre uno o dos días. En su contraparte la restricción crónica, conocida también como restricción del sueño, se instaura cuando el individuo de forma rutinaria ha dormido “menos de la cantidad requerida para un funcionamiento óptimo” (28). No se debe confundir a la restricción crónica con insomnio. Aunque ambas se pueden caracterizar por la disminución de la cantidad de sueño y la función diurna deteriorada, la insuficiencia crónica del sueño se debe a la pérdida volitiva del sueño parcial o la insuficiente oportunidad de dormir. Las personas privadas de sueño se duermen rápidamente si se les da la oportunidad, mientras que las personas con insomnio no pueden quedarse dormidas, aunque se sientan fatigadas durante el día.

1.1.8.1. FACTORES DE SUEÑO INSUFICIENTE

1.1.8.1.1. CANTIDAD INSUFICIENTE DE SUEÑO

Un déficit de sueño puede generarse de forma aguda (si se pasan noches enteras sin dormir) o puede acumularse más gradualmente si el sueño está parcialmente restringido en múltiples noches. La

privación parcial acumulativa del sueño puede ser equivalente a la privación total del sueño aguda, pero puede ser mucho más difícil de reconocer para el paciente y el médico.

Una reducción nocturna del sueño por debajo de la cantidad normal de sueño para un individuo puede no tener efectos claros sobre el rendimiento o la somnolencia subjetiva si el sueño total no es de seis horas o menos. Los instrumentos sensibles, como la prueba de vigilancia psicomotora, pueden detectar decrementos, pero los individuos pueden parecer adaptarse a la pérdida de sueño siempre que la duración del sueño nocturno permanezca en el rango de seis a nueve horas. Las siestas cortas pueden restaurar el estado de alerta completo. Un regreso a las cuotas normales de sueño después de un período de privación de sueño resulta en un sueño de rebote. Esto significa que el sueño profundo y el movimiento ocular rápido (REM) aparecerán en cantidades más altas de lo esperado durante varias noches después de que se haya reanudado la duración normal del sueño si estas etapas del sueño se hubieran reducido por debajo de sus cantidades habituales durante la privación del sueño. Parece que el sueño profundo se recuperará primero y el segundo REM, pero esto puede ser un artefacto de métodos experimentales que no permitieron suficiente tiempo en la cama.

1.1.8.1.2. SUEÑO DE MALA CALIDAD

Es posible que una persona duerma ocho o más horas y aun así se vea privado de sueño. En tales casos, la falta de sueño generalmente se debe a alteraciones en la calidad del sueño. La calidad del sueño se determina por el número de despertares del sueño durante la noche, así como el porcentaje, la duración y el tipo de etapas de sueño. “Tan solo cinco despertares por hora de sueño pueden provocar somnolencia diurna y / o déficits de rendimiento, incluso después de una sola noche de interrupción” (28).

La salud debería de ser “un estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad” según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por ello así como el sueño es un componente importante para la salud en el ser humano, también lo es no estar sometida constantemente a estrés laboral, generando un agotamiento y desencadenando una patología, como lo es el Síndrome de agotamiento profesional.

1.2. SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL

La asociación de estrés y estado emocional en las personas es inmensa, ya que un factor estresante no solo puede causar problemas de salud física sino que también problemas psicológicos entre otros; para que se pueda identificar el estrés en una persona, esta tiene que evidenciar un conocimiento de que es lo que le causa estrés y que provoca en ella.

Por ejemplo, el estrés laboral “es el desequilibrio entre las aspiraciones de un individuo y la realidad de sus condiciones de trabajo, es decir, la diferencia percibida entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo” (29). Lo que puede generar el estrés laboral es rabia, sentirse indefenso, estar decepcionado, tener miedo, angustia, sentimiento de culpa, sensación de fracaso, estar triste, sentirse avergonzado, volverse aislado, ser insensible y tener desánimo. Este tipo de estrés tiene varias características, de ellas resalta la diversidad de condiciones organizacionales y factores del ambiente que generaran estrés, además de la variedad de réplicas frente a las mismas condiciones, el conflicto de determinar la severidad y el tipo de estrés en cada persona y las consecuencias que este trae en su conducta que desencadenara un periodo prolongado de estrés como “ausentismo, enfermedad crónica y disminución de la productividad” (29).

Las consecuencias más comunes que indican la presencia de estrés laboral son: ansiedad, violencia y agresión, apatía, desgano, aburrimiento, falta de interés, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad y vergüenza, mal humor, estados de ánimo variables, poca estima de la persona, amenaza, tensión, presión, nerviosismo y aislamiento. “La excitabilidad, conducta impulsiva, lenguaje y habla afectada, risa nerviosa, intranquilidad y temblores son también efectos conductuales comunes relacionados con el fenómeno del estrés” (29). Ser incompetente al determinar una

decisión y “tener un nivel adecuado de concentración en el trabajo, los olvidos frecuentes y fallas en la memoria a corto plazo en general, problemas de aprendizaje, hipersensibilidad a la crítica, y bloqueos mentales son algunos de los efectos cognoscitivos más comunes” (29). Son llamadas de atención los problemas en el aprendizaje y memoria a causa del estrés laboral por tener una influencia en el rendimiento del profesional, muchas veces este problema en el aprendizaje se debe al conglomerado de información que tiene que procesar el trabajador y a esto se le agrega que los ambientes no son los indicados para generar concentración y poder captar dicha información.

“En cuanto a los efectos fisiológicos encontramos un aumento de catecolaminas y corticoesteroides, específicamente de cortisol, adrenalina y noradrenalina en la sangre y en la orina, elevación de niveles de glucosa sanguínea, incrementos del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea y enfermedades circulatorias en general; resequedad de la boca, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar y trastornos en vías respiratorias frecuentes; exudación excesiva, escalofríos, sensaciones de nudos en la garganta, entumecimiento de extremidades y escozor en la piel” (29).

1.2.1. DEFINICION

“El término "Burnout" tiene su origen en el lenguaje de los deportistas anglosajones, cuya traducción al castellano significa "estar quemado". Fuera de este ámbito, la primera vez que se utilizó este término fue en la década de los 70 para referirse a los problemas de fatiga y cansancio profesional de los empleados de los servicios socio-sanitarios (trabajadores del área de salud mental, servicios sociales, profesionales educativos, etc.). Sin embargo se ha constatado que todos los profesionales, sea cual sea su ocupación, son susceptibles de desanimarse y perder su entusiasmo por su trabajo.” (30)

El Síndrome de Burnout que por su interpretación indicaría el hecho de consumirse o agotarse por el trabajo, “consiste en la evolución del estrés laboral hacia un estado de estrés crónico, se caracteriza por un progresivo agotamiento físico y mental, una falta de motivación absoluta por las tareas realizadas, y en especial, por importantes cambios de comportamiento en quienes lo padecen” (7). El cambio de actitud, se

reflejara con malos tratos a las demás personas, este podría ser un indicador para detectar este síndrome.

Este es un síndrome de desgaste laboral o profesional, se debe a que la persona está sometida prolongadamente a un estrés multifactorial, desencadenando estrés emocional e interpersonal que se da en el centro de trabajo, generando fatiga crónica, además de ineficacia en el trabajo y negación de lo que ocurre; por lo que es vital detectarlo, debido a que se generan problemas laborales, un mal servicio de las instituciones, y pérdida de puestos laborales.

“Este síndrome suele darse con mayor frecuencia en aquellos puestos de trabajo relacionados con atención a terceros, como docentes, personal sanitario o personas que trabajan en atención al cliente y puede llegar a ser motivo de baja laboral, ya que llega un momento en que el empleado se encuentra física y mentalmente incapacitado para desarrollar su trabajo” (7).

El personal sanitario como lo son: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadoras de servicio social, terapeutas en problemas familiares y consejeros, también puede darse en personal administrativo como en secretarias, así mismo lo encontraremos en docentes, tele operadoras, deportistas, ingenieros, integrantes de las fuerzas armadas y policiales. Además se refiere que hay mayor incidencia de síndrome de agotamiento profesional en mujeres más que en varones.

El Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP) es la “reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana como consecuencia de usar toda nuestra energía, aún la de reserva, sin conservar la necesaria para nosotros/as mismos/as. Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no la reacción a una crisis ocasional.” (31)

El síndrome de agotamiento profesional no se está en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), aunque sí es mencionado brevemente en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) asignándole el código (Z 73.0), pero implicado a “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida”.

1.2.2. CAUSAS DEL "BURNOUT"

Se han estudiado las posibles causas de Burnout, tales como: “aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento, bajas expectativas de esfuerzo y altas expectativas de castigo, así como bajas expectativas para controlar los modos de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional” (30).

Una de las profesiones más afectadas por este síndrome son las profesiones asistenciales, ya que estas “presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo” (30). Esto se debe a que estas profesiones sufren un gran golpe emocional, al evidenciar un sistema deshumanizado y despersonalizado y deben insertarse allí, esta sería una de las principales causas, ya que “prevalencia y expectativas no realistas acerca de los servicios humanos profesionales y la diferencia entre expectativas y realidad” (30) esto genera en gran medida al estrés en estas profesiones.

“Por otro lado, cabe destacar, tal y como explican Maslach y Jackson (1981) que a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación, la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de "desección" emocional, que deja al profesional vacío” (30).

1.2.3. FACTORES QUE GENERAN SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL:

Hay dos factores que pueden desencadenar síndrome de desgaste profesional y pueden ser gatillantes para generar este síndrome.

- “El estrés como resultado de una responsabilidad, que con frecuencia supera las capacidades del individuo para resolverlas, y si a esto le agregamos la incertidumbre del futuro, los problemas económicos y las relaciones familiares con poca tolerancia, son fuertes detonantes” (32).

- “La privación del sueño y el efecto que causa en el desempeño laboral y académico ha sido estudiado y recientemente sujeto a regulaciones, está comprobado que la privación crónica del sueño modifica la concentración y altera la capacidad de decisiones que como resultado se incrementan los errores con consecuencias fatales” (32).

1.2.3.1. FACTORES INTRÍNSECOS AL PROPIO TRABAJO

Dentro de este es importante notar la sobrecarga de trabajo, notándose dos clases en ella:

- Sobrecarga cuantitativa: demasiado trabajo y poco tiempo para resolverlo.
- Sobrecarga cualitativa: se debe a la dificultad excesiva del trabajo, cuando el profesional no tiene las habilidades o competencias para ejecutarlo.

“La carga demasiado pequeña (poco trabajo o tareas demasiado sencillas) ocasiona a veces tanto estrés como la sobrecarga, pudiendo además deteriorar la salud” (30). Ya que al igual que la sobrecarga excesiva de trabajo, la escasez de este es perjudicial, debido a que la persona está aburrida y considera su vida monótona, por lo que la ausencia de estrés tampoco es un indicador de salud.

1.2.3.2. FACTORES PROCEDENTES DEL DESEMPEÑO DE ROLES EN LA ORGANIZACIÓN

El conflicto de rol se da cuando:

- El trabajador no identifica realmente su función en la organización (cambiando sus labores, no reconoce sus atribuciones de su puesto).
- “Se encuentra entre dos grupos cuyas expectativas sobre su rol implican funciones diferentes e incluso contrapuestas (los mandos intermedios están especialmente presionados por la inseguridad, falta de autoridad real y por un sentimiento de constricción entre los mandos superiores y los subordinados.)” (30).
- Cuando expresan una pobre satisfacción en el trabajo, mayor tensión inclusive generando riesgo de enfermedades cardiovasculares.

1.2.3.3. FACTORES PROCEDENTES DE LAS RELACIONES INTER-RELACIONALES

Estos factores se dan en la relación que se establece con los compañeros de labores, con los superiores o jefes y con los empleados o subordinados:

- “Relaciones pobres incluyen: poca confianza, poco apoyo emocional y poco interés en escuchar al otro y en resolver los problemas que se le plantean, conducen a comunicaciones insuficientes e inadecuadas y producen tensiones psicológicas y sentimientos de insatisfacción en el trabajo” (30).
- Se ocasiona por el trato desconsiderado y las preferencias de los jefes, con los llamados “engreídos o ahijados”.
- La interacción con los demás empleados puede generar: “rivalidad entre compañeros para conseguir las condiciones más ventajosas, falta de apoyo emocional en situaciones difíciles” (30).

1.2.3.4. FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN

Notamos dos tipos de factores estresantes:

- “La falta de seguridad en el trabajo: la falta de congruencia entre la posición ocupada y el nivel de preparación puede conducir a una neurosis por la tensión constante para ocultar su falta de preparación” (30).
- “Un estado de frustración provocado por una promoción insuficiente o un estado de incongruencia por una promoción excesiva o por ser conciente de que se ha alcanzado el propio techo” (30).

1.2.3.5. FACTORES PROCEDENTES DE LA ESTRUCTURA Y EL CLIMA ORGANIZACIONAL

Se manifiestan debido a:

- La falta de participación en los procesos de toma de decisiones
- Por sentirse extraño en la propia organización.
- Por restricciones de la conducta

– La política de la Dirección

La poca participación es generador de tensión y el estrés relacionado con el trabajo, está significativamente relacionado con los siguientes factores de riesgo para la salud: “consumo de alcohol como forma de escape, ánimo deprimido, baja autoestima, insatisfacción general, nula motivación para trabajar, intención de abandonar el trabajo y ausentismo” (30).

1.2.3.6. FACTORES PERSONALES: SU INFLUENCIA EN EL ESTRÉS

Los factores individuales y los factores de personalidad tienen un rol importante sobre el tipo de respuestas que una persona realiza ante una situación que percibe como estresante. Un individuo puede sentirse incentivado ante una situación competitiva sin embargo otro sentirse preocupado por esto. “El estrés ocurre cuando las habilidades de la persona son incongruentes con las demandas del entorno laboral y de las tareas, o cuando existen impedimentos fuertes para que el trabajo consiga satisfacer sus necesidades más fuertes” (30).

Por ejemplo un trabajador ante un problema puede organizarse mejor en el empleo o puede pedir ayuda para lograr resolver dicho problema; pero otro trabajador puede estresarse al punto de afectar su salud.

1.2.4. FASES O ESTADOS SUCESIVOS DEL "BURNOUT"

El Agotamiento Profesional es un proceso continuo, su comienzo es insidioso, paulatino e incluso larvado. (30)

Fase 1. Al inicio, los requerimientos laborales sobrepasan el capital material y humano (capacidades profesionales) generando estrés.

Fase 2. Debido al requerimiento el trabajador hace un sobreesfuerzo, generando fatiga y ansiedad.

Fase 3. Hay una variación de actitudes y conductas buscando librarse de tensiones. Al ser una situación insostenible, esta fase sería la del síndrome de agotamiento profesional instaurado.

1.2.5. ETAPAS DEL BURNOUT

El síndrome se da poco a poco y tiene tres etapas:

- d. “Agotamiento emocional: Presenta desgaste emocional, agotamiento, fatiga, irritabilidad, pérdida de energía y del disfrute de las tareas, insatisfacción laboral” (31).
- e. “Despersonalización o deshumanización: Presenta impotencia, indefensión y desesperanza emocional, la persona se distancia afectivamente, se deprime, tiene actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferente hacia los/las demás” (31).
- f. “Abandono de la realización personal: La persona autoevalúa negativamente su propio trabajo, pierde el significado y valor; aparecen sentimientos de fracaso, inadecuación e insatisfacción, se aparta de actividades familiares, sociales y recreativas” (31).

1.2.6. SINTOMAS:

Se han establecido en cuatro grupos:

- Síntomas psicósomáticos: dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, insomnio.
- Síntomas conductuales: problemas de interacción con los demás, absentismo laboral.
- Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo, ansiedad y disminución del rendimiento laboral.
- Síntomas defensivos: negar los síntomas anteriores y desplazamiento de los sentimientos hacia otros ámbitos.

1.2.7. CONSECUENCIAS:

- En la salud integral: causa “trastornos del sueño, depresión, constantes dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, alteraciones respiratorias,

mareos, disfunciones sexuales, alteraciones menstruales, consumo de alcohol y sustancias tóxicas. Provoca que el sistema inmunológico se deprima, es decir, “bajan las defensas” de la persona que lo padece y por lo tanto, su vulnerabilidad biológica se incrementa y su predisposición a la enfermedad es mayor, lo que conlleva a que cualquier enfermedad que tenga pueda agravarse (asma, diabetes, coronariopatías, colon irritable, úlceras, etc), o adquiriera una nueva” (31).

- En el desempeño laboral: causa “insatisfacción personal y laboral, lo que a su vez llevará fácilmente al ausentismo, bajo rendimiento y riesgo de sufrir accidentes en el trabajo” (31).
- En las relaciones interpersonales: provoca “cambios conductuales, caracterizados por la irritabilidad, impaciencia, poca tolerancia a la frustración, que trae como consecuencia el deterioro y hostilidad en sus relaciones personales con compañeros/as de trabajo y familiares. En la calidad de atención: El trato a usuarios/as se torna hostil, indiferente, distante, insensible, hasta irritable, con actitudes negativas o impacientes; no se logra la empatía y las respuestas son poco asertivas. Puede que no se brinde la orientación debida, la referencia o el apoyo requerido” (31).

1.2.8. PREVENCIÓN:

- “Desde la institución se puede prevenir con cuidado de trabajadores o equipos que atienden a víctimas de violencia de género, el cual constituye una responsabilidad de los niveles directivos o institucionales, en términos de generar condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo de sus equipos. Entre las acciones que pueden efectuar las instituciones figuran:
 - Generar espacios colectivos de intercambio: trabajar en equipo.
 - Promover una mejor administración del tiempo.
 - Incorporar actividades recreativas y de celebración.
 - Incorporar el tema en el proceso de inducción.
 - Brindar capacitación continua sobre el tema.
 - De ser necesario, brindar apoyo profesional especializado.” (31)
- “La persona afectada puede prevenir el SAP con la práctica del autocuidado. Aunque cada operador/a no es responsable de desarrollar el SAP, debe

contribuir con su propio cuidado y una forma efectiva de hacerlo es implementando un Plan personal de autocuidado. Para ello deberá:

- Identificar las fuentes de tensión que tiene durante el desempeño de sus funciones.
- Reconocer cómo los estados de tensión afectan:
 - Su adecuado desempeño laboral.
 - Diferentes esferas de su vida (física, emocional, relaciones de pareja, sexualidad, relaciones familiares, relaciones sociales, la propia historia de violencia, aspecto laboral, económico, espiritual, entre otros).
- Identificar acciones individuales y/o colectivas adecuadas para recuperar su bienestar.
- Elaborar un primer Plan personal de autocuidado teniendo en cuenta la factibilidad de su realización.
- Revisar periódicamente el plan personal de autocuidado, para:
 - Evaluar si se realizaron las acciones propuestas.
 - Registrar los logros obtenidos.
 - Registrar retrocesos o aspectos a mejorar.
- Re-estructurar el plan de autocuidado, de ser necesario.” (31)

1.2.9. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Maslach Burnout Inventory actualmente es un cuestionario que consta de 22 ítems, que buscan determinar el Agotamiento Profesional (nivel de Burnout). Las creadoras de este inventario fueron Christina Maslach y Susan Jackson en 1981, crearon un instrumento de “47 ítems aplicado a una muestra de 605 personas de organizaciones de servicio. Las respuestas obtenidas fueron sometidas a un análisis factorial, del cual se obtuvieron 10 factores compuestos por 25 ítems. Estos a su vez fueron nuevamente sometidos a prueba en una muestra confirmatoria de 420 personas, en la que reaparecieron 4 factores. Finalmente, de ellos quedaron 3 factores, que por su alta contribución a la explicación de la varianza, constituyeron las tres dimensiones del BO, con 22 ítems finales” (33). Luego surgieron versiones diferentes para adaptarse a los entrevistados.

Este cuestionario determina tres dimensiones del agotamiento profesional: agotamiento emocional, despersonalización y logro o realización personal. Su duración es entre 10 y 15 minutos, dependiendo del encuestado.

“Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno” (34).

2. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

2.1. A NIVEL LOCAL

2.1.1. TÍTULO: “Calidad de Sueño, Somnolencia excesiva diurna y Rendimiento Académico en los Internos de Medicina al finalizar la primera rotación en el hospital III Goyeneche, Arequipa – 2016” (5).

AUTOR: Ada Liz Coaquira Villalta

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: AREQUIPA- PERÚ 2016, Tesis para optar el Título de Médico Cirujano en la Universidad Nacional de San Agustín.

RESUMEN: Realizo un estudio que tuvo como Objetivo: “Describir las características sociodemográficas, determinar la calidad del sueño, la presencia y la severidad de la somnolencia excesiva diurna y conocer el rendimiento académico de los internos de Medicina al finalizar la primera rotación en el Hospital III Goyeneche, Arequipa – 2016” (5). Para lo que realizó el uso de encuestas para determinar la calidad de sueño mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y la somnolencia con la Escala de Somnolencia de Epworth y el Rendimiento Académico a través de la nota final de rotación. Participaron 80 internos, donde “edad predominante de 24 años (28.7%); la mayoría de sexo masculino (52.5%), con distribución equitativa en los cuatro servicios. Se encontró que el 73.8% tiene mala calidad de sueño y el 26.3% buena. Presentan somnolencia excesiva diurna el 45.0%, de nivel bajo el 72.0 %, moderada 25.0% y grave en 3.0%. El rendimiento académico fue bueno el 45.0%, regular 41.3%, insuficiente 11.3% y excelente 2.5%.” (5), Determino que

la mala Calidad del Sueño y la Somnolencia excesiva Diurna es alta en internos de medicina y que esta asocia al Rendimiento Académico.

CITA EN VANCOUVER: Coaquira Villalta Al. Calidad De Sueño, Somnolencia Excesiva Diurna Y Rendimiento Académico En Los Internos De Medicina Al Finalizar La Primera Rotación En El Hospital III Goyeneche, Arequipa – 2016. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1842/MDcivial.pdf?sequence=1>. (5)

2.1.2. TÍTULO: “Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de Arequipa” (8)

AUTOR: Walter Lizandro Arias Gallegos, Agueda Muñoz del Carpio Toia.

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Arequipa - Perú, Diciembre 2016

RESUMEN: El objetivo de este trabajo fue: “Analizar las manifestaciones del síndrome de burnout en enfermeras.” (8), Este estudio tuvo como muestra 47 enfermeras, encontrando “21,3 % de enfermeras presentó niveles severos de agotamiento emocional y baja realización personal, y que el 29,8 % tuvo altos niveles de despersonalización. Las correlaciones indicaron que el síndrome de burnout, el agotamiento emocional y la despersonalización se relacionan positivamente ($p < 0,01$).” (8) La población estudiada manifestaba un alto grado de este Síndrome en especial las que laboran más tiempo en el servicio.

CITA EN VANCOUVER: Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. Revista Cubana de Salud Pública. 2016 Diciembre; 42(4). (8)

2.2. A NIVEL NACIONAL

2.2.1. TÍTULO: “Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014” (9)

AUTOR: Jesús Maticorena-Quevedo, Renato Beas, Alexander Anduaga-Beramendi, Percy Mayta-Tristán

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Lima Perú - 2014

RESUMEN: El Objetivo de este trabajo fue: “Estimar la prevalencia del síndrome de *burnout* en los médicos y enfermeras del Perú en el año 2014” (9), Se estudiaron: “5062 profesionales de salud, 62,3% eran mujeres, 44,0% eran médicos, Se obtuvo una prevalencia global del SB de 2,8% (IC95%: 2,19-3,45) usando valores predeterminados; La prevalencia es mayor en médicos que en enfermeras, independientemente del punto de corte usado.” (9)

CITA EN VANCOUVER: Maticorena-Quevedo , Beas , Anduaga-Beramendi , Mayta-Tristán. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016 Abril; 33(2). (9)

2.2.2. TÍTULO: “Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú” (10)

AUTOR: Vilchez-Cornejo, Quiñones-Laveriano, Failoc-Rojas V, Acevedo-Villar, Larico-Calla, Mucching-Toscano

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Perú, publicado en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2016 Agosto

RESUMEN: “La calidad de sueño nos hace referencia al hecho de dormir bien durante la noche y el rendimiento diurno. De esa forma, influye en salud y la buena calidad de vida. La pérdida de sueño es uno de los problemas de la sociedad moderna más llamativos especialmente en estudiantes de medicina humana. Esto se relaciona a la constante y creciente exigencia académica ocasionando problemas de salud mental y altos niveles de estrés.” (10) Se analizaron 1.040 estudiantes de medicina equitativamente de 8 universidades del Perú, de ellos se usaron 892 encuestas. “Se encontró que 693 (77,69%) alumnos fueron malos dormidores. Con respecto a la salud mental se halló que 290 (32,51%) sufrían de depresión, 472 (52,91%) de ansiedad y 309 (34,64%) de estrés. Se halló asociación significativa ($p < 0,05$) entre la mala calidad de sueño y el sexo femenino; depresión; ansiedad; y estrés.” (10)

CITA EN VANCOUVER: Vilchez-Cornejo , Quiñones-Laveriano , Failoc-Rojas V, Acevedo-Villar , Larico-Calla , Mucching-Toscano , et al. Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de

medicina humana del Perú. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2016 Agosto; 54(4). (10)

2.2.3. TÍTULO: “Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima” (11)

AUTOR: Mirian Grimaldo; Mario Alexander Reyes Bossio

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Lima 2015

RESUMEN: Tuvo como objetivo “determinar la relación que existe entre calidad de vida profesional y sueño en un grupo de estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud” (11), teniendo a 198 participantes, “Se encontró correlación entre calidad de vida profesional y sueño en el grupo de edad de 31 a 40 años (0.26).” (11), este grupo valoró el sueño como importante para su desempeño laboral.

CITA EN VANCOUVER: Grimaldo M, Reyes Bossio M. Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. Revista Latinoamericana de Psicología. 2015; 47(1): p. 50-57. (11)

2.2.4. TÍTULO: “Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de los Servicios Críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2011” (12)

AUTOR: Elizabeth Ayala Cárdenas

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: LIMA – PERÚ 2013

RESUMEN: Aquí se tuvo que, “Determinar el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú 2011” (12). Tuvo como muestra 93, de los cuales “53 enfermeras (os) y 39 técnicas (os) en enfermería. Burnout, 13% tiene alto, 68% medio y 19% bajo. En agotamiento emocional, los técnicos tienen 21% alto, y las enfermeras 19% alto. En la despersonalización, el personal técnico 18% alto y las enfermeras 15% alto. En realización personal, el técnico en enfermería 31% alto y en las enfermeras 22% alto. Acerca de los servicios críticos en Sala de Operaciones 9% alto, en la Unidad de Terapia Intensiva 19% alto, y en Emergencia 21% alto.” (12)

El Síndrome de Burnout del personal de servicios críticos es medio a alto, el agotamiento emocional y despersonalización es alto, así mismo la realización personal es medio a bajo.

CITA EN VANCOUVER: Ayala Cárdenas. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2011. [Online].; 2013 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf. (12)

2.3. A NIVEL INTERNACIONAL

2.3.1. TÍTULO: “PRESENCIA DEL SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL ENTRE LOS MEDICOS AGREGADOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE MAYO- AGOSTO 2011” (13)

AUTOR: Dra. Yenny Liseth González Viera; Dra. Katia Lizzeth Rivera López

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: San Salvador, El Salvador. Enero de 2012

RESUMEN: Cuyo objetivo fue “Determinar la presencia del Síndrome de Agotamiento Profesional entre los médicos agregados y residentes que laboran en las áreas de emergencia y hospitalización, en el periodo de Mayo – Agosto 2011”. (13) Teniendo una muestra de 49 médicos, El Síndrome de Burnout está presente, siendo los médicos residentes los más afectados, con altos puntajes en Agotamiento Emocional y Despersonalización, y bajo en Realización Personal. La edad más afectada es entre los 30-35 años, el sexo femenino fue el más afectado en las primeras subescalas.

CITA EN VANCOUVER: González Viera YL, Rivera López KL. PRESENCIA DEL SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL ENTRELOS MEDICOS AGREGADOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONALDE SONSONATE MAYO- AGOSTO 2011. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre. Available from:

http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=486&Itemid=76. (13)

2.3.2. TÍTULO: “Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño” (14)

AUTOR: Juan Carlos Sierra, Carmen Jiménez-Navarro, Juan Domingo Martín-Ortiz

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Distrito Federal, México, 2002
Diciembre

RESUMEN: “Se analiza la calidad subjetiva del sueño en una muestra de 716 estudiantes universitarios (584 mujeres y 132 varones) por medio del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg, y se evalúan los efectos del consumo de alcohol, cafeína y tabaco sobre la calidad del sueño” (14). Se encontró que el 30% tiene una mala calidad del sueño, la dificultad para iniciar el sueño se da en jóvenes y en mayores ocurren los despertares nocturnos y el despertar precoz. El 60.33% son malos dormidores. El exceso de alcohol, cafeína y nicotina generan aumento de la latencia, despertares nocturnos, reducción del sueño de ondas lentas, reducción del tiempo total de sueño y pobre calidad auto informada del sueño.

CITA EN VANCOUVER: Sierra JC, Jiménez Navarro C, Martín Ortiz JD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Revista de Salud Mental. 2002 Diciembre; 25(6): p. 35-43. (14)

2.3.3. TÍTULO: “Calidad de Sueño en estudiantes de las carreras de Medicina y Enfermería en la Universidad de los Andes Merida- Venezuela 2013” (15)

AUTOR: Vanessa Maribel Villarroel Prieto

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Madrid-España, Septiembre 2014

RESUMEN: Tuvo como objetivo “Conocer la CS de los estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela durante el año 2013.” (15) Hubo una muestra de 560 estudiantes: 434 de Medicina, y 126 de Enfermería, el 70,4% eran buenos, y 47,5% eran malos dormidores, siendo los malos dormidores los de Enfermería. No hubo diferencias significativas de género.

CITA EN VANCOUVER: Villarroel Prieto Vm. CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA EN LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDE MERIDA-VENEZUELA 2013. [Online]. Madrid-España; 2014 [cited 2017 Diciembre. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/663392/villarroel_prieto_vanessa_maribel.pdf?sequence=1. (15)

2.3.4. TÍTULO: “Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel” (16)

AUTOR: José Antonio Rodríguez Murillo, Beatriz Flores Fernández, Montserrat López Quiroga, Neus Argilés Miró, Laura Buj Pascual, Neus Prats Castellví

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Barcelona, Mayo 2016

RESUMEN: Los objetivos fueron: “conocer la calidad del sueño en el personal del turno de noche de salas de hospitalización de un hospital de tercer nivel y analizar otras variables que puedan influir en la calidad del sueño” (16) Se tuvo como población 108 profesionales asistenciales de Enfermería, con promedio de 42,24 años, 64,8% presentó una mala calidad del sueño, y una escasa relación con la antigüedad.

CITA EN VANCOUVER: Rodríguez Murillo JA, Flores Fernández B, López Quiroga , Argilés Miró , Buj Pascual , Prats Castellví N. Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. Revista Metas de Enfermería. 2016 Mayo; 19(4). (16)

2.3.5. TÍTULO: “Características del Sueño y su Calidad en estudiantes de medicina de la Universidad de Panamá.” (17)

AUTOR: Lezcano, Héctor; Vieto, Yiriana; Morán, José; Donadío, Francisca; Carbonó, Alberto.

LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN: Universidad de Panamá, Julio 2014

RESUMEN: El Objetivo de este trabajo era “Determinar las características y calidad del sueño en los estudiantes de medicina de la Universidad de Panamá, durante el mes de noviembre del año 2013.” Una

muestra de 290 estudiantes, la calidad subjetiva del fue mala en 51,3%. La latencia del sueño tardaba 15 minutos.

CITA EN VANCOUVER: Lezcano H, Vieto Y, Morán J, Donadío F, Carbonó A. CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO Y SU CALIDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ. REVISTA MÉDICO CIENTÍFICA. 2014 Julio; 27(1): p. 3-11. (17)

Para lo que en el presente trabajo se decide interrelacionar estas dos variable que son calidad de sueño y síndrome de Agotamiento Laboral para valorarlas y determinar cómo estas influyen en el personal asistencial de salud, en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, ya que es uno de los Hospitales con mayor capacidad resolutive en el Sur del País.

3. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Establecer la relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la presencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en el personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza según los componentes del síndrome en base a la escala de Maslach: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo; en el 2017.
- Establecer la calidad de sueño en el personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el 2017
- Identificar el grupo del personal asistencial de salud más afectado por el Síndrome de Burnout del Honorio Delgado Espinoza 2017
- Reconocer el grupo del personal asistencial de salud que tiene más afectada su Calidad de Sueño del Honorio Delgado Espinoza 2017
- Establecer la subescala de agotamiento laboral con más afectación del Personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

4. HIPOTESIS:

Dado que la calidad de sueño se encuentra afectada en el personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza entonces genera mayor síndrome de agotamiento profesional.

HIPOTESIS NULA

No existe relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017

HIPOTESIS ALTERNA

Existe relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017

III. PLANEAMIENTO OPERACIONAL:

1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION:

VARIABLES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	MATERIALES
SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNOUT)	Escala de Maslach Burnout Inventory	Encuesta	papel, lapiceros
CALIDAD DE SUEÑO	Calidad de sueño de Pittsburg	Encuesta	papel, lapiceros

2. CAMPO DE VERIFICACION:

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

La investigación se realizara en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa – Perú.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

En el año 2017 comprendido el personal que labora en los meses de enero a diciembre de ese año.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

UNIVERSO:

Personal Asistencial de salud que laboran en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el 2017 (Dato obtenido de la oficina de Personal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza), siendo:

N° de médicos: 224

N° de Enfermeras: 318

N° de Internos de Medicina: 144

N° de Residentes: 141

N° total de personal asistencial: 827

MUESTRA:

La muestra se escogerá por medio de la técnica de sujetos voluntarios. El único criterio para incluirlos en el estudio será que trabajen como personal asistencial en salud, que laboren en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, además dentro los cargos que se seleccionaran (médicos, enfermeras, residentes e internos de medicina) y que muestren disposición para participar del estudio. La muestra será aleatoria simple a conveniencia en base a los criterios de inclusión.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS:

3.1. ORGANIZACIÓN:

Se hará un plan de trabajo para toma de datos, se acudirá al Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el tiempo establecido, se seleccionara la muestra al azar y se aplicara los cuestionarios establecidos a la muestra determinada, luego se vaciaran datos y se calcularan los índices de acuerdo a cada escala, se procesará, se realizaran tablas y gráficos que expliquen los resultados.

3.2. RECURSOS:

- Encuestas Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.
- Computadora
- Calculadora
- Sistema estadístico IBM SPSS Statistics Base 24.0
- Paquete de Microsoft office 2010 (EXCEL, WORD)
- Material de escritorio (papel bond A4, lapiceros, reglas, corrector, resaltador, etc.)

3.3. VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS:

- “Muchos estudios establecen una frecuencia elevada de alteraciones del sueño. La prevalencia durante la vida es del 35%. Esta situación ha conducido a desarrollar un gran número de instrumentos con la intención de evaluar mejor estas alteraciones. Sin embargo, la mayoría carecen de una validación adecuada y nacional. Buysse et al diseñaron el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP), considerado el instrumento más capaz para establecer la calidad del sueño. Éste ha sido ampliamente usado y validado” (41)

En Colombia realizaron un Trabajo Titulado: Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh, realizado por: F. Escobar-Córdoba, J. Eslava-Schmalbach, en este trabajo tuvieron como objetivo: “Validar en Colombia el ICSP (ICSP-VC). Sujetos y métodos. Se emplearon consensos de expertos para la validación facial y estudios pilotos para evaluar la comprensión, mediante doble entrevista. Se evaluó la consistencia interna y se realizó una validación concurrente y discriminante. Resultados. La consistencia interna α de Cronbach fue 0,78. Hubo puntuaciones diferentes clínica y estadísticamente para los sujetos con alguna alteración del sueño (U de Mann Whitney: $z = -5,635$, $p = 0,000$), con ‘muy mala’ calidad de sueño o no (U de Mann Whitney: $z = -2,90$, $p = 0,0037$), con uso de hipnóticos o no (U de Mann Whitney: $z = -4,289$, $p = 0,0000$) y con insomnio de conciliación o no (U

de Mann Whitney: $z = -4,769$, $p = 0,0000$). Se encontraron diferencias clínicas en las puntuaciones de ancianos comparados con jóvenes (U de Mann Whitney: $z = -1,926$, $p = 0,0542$). No hubo diferencias por sexo. Los sujetos con puntuaciones extremas tuvieron características clínicas diferentes, al compararlos con los que no se encontraban en estos valores. Conclusiones. El ICSP-VC es una versión válida del ICSP útil para estudiar trastornos del sueño” (41)

- Cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

El Cuestionario Maslach fue validado en un trabajo Colombiano titulado: “Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBISS) en contexto académico colombiano” y que tuvo como autores “Christian Hederich-Martínez, Carmen Cecilia Caballero-Domínguez” y tuvo como objetivo “La evaluación del síndrome del burnout académico se ha hecho, tradicionalmente, a partir de la adaptación del MBI-General Survey (MBI-GS) al contexto académico colombiano, lo que se denomina MBI-Student Survey (MBI-SS). En ausencia de datos normativos propios, la mayoría de las investigaciones toman los datos normativos del MBI-GS para la interpretación de los resultados. El artículo examina la validez factorial del MBI-SS, la consistencia de las escalas planteadas y contrasta los resultados obtenidos en su aplicación a una muestra de 820 estudiantes de carreras del área de la salud en universidades de la costa Caribe colombiana con los planteados en la nota técnica que presenta los datos normativos. Los resultados indican un

buen ajuste del instrumento a lo esperado, pero cuestionan los datos normativos utilizados para la interpretación de los resultados. Específicamente, los resultados muestran que la muestra presenta mayores niveles de agotamiento, menores niveles de cinismo y similares niveles de autoeficacia que la muestra de trabajadores españoles. Se elaboran varias interpretaciones de los hallazgos.” (42)

3.4. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS:

Se aplicara dos encuestas; una que es para evaluar el nivel de estrés y Burnout se empleara el Maslach Burnout Inventory que permite evaluar el síndrome en cualquier tipo de trabajador; y la otra encuesta que es el Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

- Se realizará una entrevista estructurada con preguntas cerradas que corresponde al test de ESCALA DE MASLACH la cual será dirigida a personal asistencial de salud del Hospital Honorio Delgado Espinoza. La escala de sus 22 ítems utiliza tres subescalas: agotamiento, eficacia profesional y despersonalización.
- ✓ SUBESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL. “Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto” (34).

- ✓ SUBESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN. “Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta sub escala mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto” (34).
- ✓ SUBESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL. “Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19

y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta sub escala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto” (34).

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome. Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. En la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro.

Para cada ítem, el sujeto debe dar una respuesta en una escala de Likert que va de 0 a 6 en función de la frecuencia con la que experimentan la situación descrita en el ítem particular, siendo 0 nunca y 6 cada día.

✓ PREGUNTAS CORRESPONDIENTES A CADA ESCALA:

Agotamiento emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

✓ OPCIÓN EN CADA PREGUNTA

Valor Nunca 0

Pocas veces al año o menos 1

Una vez al mes o menos 2

Pocas veces al mes 3

Una vez a la semana 4

Pocas veces a la semana 5

Todos los días 6

✓ ASIGNACIÓN DE NIVEL DE AFECCIÓN EN CADA DIMENSIÓN EN BASE AL PUNTAJE OBTENIDO

NIVEL	ALTO	MEDIO	BAJO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	27-54	19-26	0-18
DESPERSONALIZACIÓN BAJA	10-30	6-9	0-5
REALIZACIÓN PERSONAL	>40	34-39	0-30

- Además se realizará un Cuestionario que cuenta con 19 preguntas de autoevaluación y 5 preguntas dirigidas al compañero de habitación o de cama; nosotros solo usaremos las 19 primeras, siendo solo las primeras 19, las utilizadas para la obtención de la puntuación global. Estas preguntas se organizan en 7 componentes, como son: calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna. “La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación total que varía entre 0 y 21 puntos, siendo una puntuación menor de 5, denominada “Sin problemas de sueño”, entre 5 a 7 como “Merece atención médica”, entre 8 y 14 como “Merece atención y tratamiento médico” y cuando la puntuación es de 15 a más, “se trata de un problema de sueño grave”. Por tanto, a mayor puntuación menor calidad de sueño.” (37)

- Análisis: El procesamiento de la información se realizó haciendo uso de una computadora I Core 5, utilizando Windows 7, con los siguientes software: - Procesador de texto Microsoft Word 2010 - Microsoft Excel 2010 - Paquete estadístico IBM SPSS versión 24. El análisis de los datos se realizó a través de la descripción cuantitativa de las variables utilizándose para ellos distribuciones de frecuencias o medidas de tendencia central y dispersión, según la naturaleza escalar de las variables.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

SEMANAS Y/O FECHA	1	2	3	4 - 6	Febrero 2018	Marzo 2018
ACTIVIDADES						
Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Presentación del Proyecto	X					
Experimentación – Toma de Cuestionarios		X	X	X		
Elaboración de Tesis				X		
Estadísticos				X		
Presentación de borrador de Tesis					X	X
Exposición – Sustentación de Tesis						X

V. BIBLIOGRAFIA BASICA

1. Talero , Durán , Pérez. Sueño: características generales.Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. Revista Ciencias de la Salud. 2013; 11(3): p. 333-348.
2. Hall JE, Guyton AC. TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA. 13th ed. Barcelona: Elsevier; 2016.

3. PAICO LIÑAN EJ. “CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL DOS DE MAYO PERIODO SETIEMBRE – NOVIEMBRE 2015”. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/461/Paico_e.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. Redaccion MUNDIARIO PPGdAyO. ¿Qué significa tener una buena calidad de sueño? [Online].; 2016 [cited 2017 Noviembre 30. Available from: <https://www.mundiario.com/articulo/sociedad/significa-tener-buena-calidad-sueno/20160318211845056429.html>.
5. COAQUIRA VILLALTA AL. CALIDAD DE SUEÑO, SOMNOLENCIA EXCESIVA DIURNA Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS INTERNOS DE MEDICINA AL FINALIZAR LA PRIMERA ROTACIÓN EN EL HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA – 2016. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1842/MDCovial.pdf?sequence=1>.
6. GIL-MONTE PR. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2003; 19(2): p. 181-197.
7. estreslaboral.info Ed. SÍNDROME DE BURNOUT. [Online].; 2018 [cited 2018 Enero. Available from: <http://www.estreslaboral.info/sindrome-de-burnout.html>.
8. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. Revista Cubana de Salud Pública. 2016 Diciembre; 42(4).
9. Maticorena-Quevedo , Beas , Anduaga-Beramendi , Mayta-Tristán. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016 Abril; 33(2).
10. Vilchez-Cornejo , Quiñones-Laveriano , Failoc-Rojas V, Acevedo-Villar , Larico-Calla , Mucching-Toscano , et al. Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de

- ocho facultades de medicina humana del Perú. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2016 Agosto; 54(4).
11. Grimaldo M, Reyes Bossio M. Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. Revista Latinoamericana de Psicología. 2015; 47(1): p. 50-57.
 12. Ayala Cárdenas. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios críticos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, 2011. [Online].; 2013 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf.
 13. González Viera YL, Rivera López KL. PRESENCIA DEL SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL ENTRELOS MEDICOS AGREGADOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONALDE SONSONATE MAYO-AGOSTO 2011. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=486&Itemid=76.
 14. Sierra JC, Jiménez Navarro C, Martín Ortiz JD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Revista de Salud Mental. 2002 Diciembre; 25(6): p. 35-43.
 15. VILLARROEL PRIETO VM. CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA EN LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDE MERIDA-VENEZUELA 2013. [Online]. Madrid-España; 2014 [cited 2017 DICIEMBRE. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/663392/villarroel_prieto_vanessa_maribel.pdf?sequence=1.
 16. Rodríguez Murillo JA, Flores Fernández B, López Quiroga , Argilés Miró , Buj Pascual , Prats Castellví N. Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. Revista Metas de Enfermería. 2016 Mayo; 19(4).
 17. Lezcano H, Vieto Y, Morán J, Donadío F, Carbonó A. CARACTERÍSTICAS DEL

- SUEÑO Y SU CALIDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ. REVISTA MÉDICO CIENTÍFICA. 2014 Julio; 27(1): p. 3-11.
18. Miró , Cano-Lozano MdC, Buela-Casal G. SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA. Revista Colombiana de Psicología. 2005;(14): p. 11-27.
 19. Grossman S, Mattson Porth C. PORTH. FISIOPATOLOGÍA: ALTERACIONES DE LA SALUD CONCEPTOS BÁSICOS. 9th ed. España: Lippincott; 2014.
 20. Hernandez JFT. FISIOLOGIA HUMANA. 4th ed. España: MCGRAW-HILL; 2010.
 21. Velayos JL, Molerés FJ, Irujo AM, Ylla D. Bases anatómicas del sueño. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007; 30(1): p. 7-17.
 22. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Privación de sueño y rendimiento clínico. [Online].; 2002 [cited 2017 Diciembre 15. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/194668?redirect=true>.
 23. Silvia Alicia Fontana WRMLR. Calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitarios: estudio descriptivo transversal. [Online].; 2014 [cited 2017 Diciembre 15. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6015>.
 24. Deschamps Perdomo A, Olivares Román SB, De la Rosa Zabala KL, Asunsolo del Barco Á. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2011; 57(224): p. 224-241.
 25. GALLEGO PEREZ-LARRAYA , TOLEDO J, URRESTARAZ E. Clasificación de los trastornos del sueño. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007; 30(1): p. 19-36.
 26. Jiménez-Genchi , Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G, de la Vega-Pacheco. Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. [Online].; 2008 [cited 2017 Noviembre 30. Available

- from: https://www.researchgate.net/profile/Alejandro_Jimenez-Genchi/publication/23709931_Reliability_and_factorial_analysis_of_the_Spanish_version_of_the_Pittsburg_Sleep_Quality_Index_among_psychiatric_patients/links/0c960521623a6a6cd1000000/Reliability-and-fac.
27. Carralero García P, Hoyos Mirand FR, Deblas Sandoval Á, López García. Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. Elsevier - Medicina Paliativa. 2012 Junio; 25(2).
 28. Cirelli C. Sueño insuficiente: definición, epidemiología y resultados adversos. [Online].; 2017 [cited 2017 Diciembre. Available from: https://www.uptodate.com/contents/insufficient-sleep-definition-epidemiology-and-adverse-outcomes?search=calidad%20de%20sue%C3%B1o&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
 29. González Viera YL, Rivera López KL. MEDICOS AGREGADOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE MAYO-AGOSTO 2011. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=486&Itemid=76.
 30. Castillo Ramírez. El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. Revista de Medicina Legal de Costa Rica. San José. 2001 Marzo; 17(2).
 31. Vulnerables MdIMyP. CONOCIENDO EL SINDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL. [Online].; 2014 [cited 2017 Noviembre. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4026.pdf>.
 32. Graue Wiechers E, Álvarez Cordero , Sánchez Mendiola. El Síndrome de "Burnout": La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. [Online].; 2007 [cited 2017 Noviembre. Available from: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html.

33. Buzzetti Bravo MdlA. VALIDACIÓN DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), EN DIRIGENTES DEL COLEGIO DE PROFESORES A.G. DE CHILE. [Online].; 2005 [cited 2017 Diciembre. Available from: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf.
34. Miravalles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre 15. Available from: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>.
35. Ministerio de Salud: Direccion General de Infraestructura EyM. FICHA TECNICA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. [Online]. [cited 2017 Noviembre. Available from: https://www.saludarequipa.gob.pe/oei/archivos/10.%20Infraestructura%20Sanitaria/2014/Fichas_Tecnicas_EESS_Arequipa/hosp_honoriodelgado.pdf.
36. Macias Fernandez JA, Royuelo Rico A. La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. [Online].; 1997 [cited 2017 Noviembre. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Angel_Royuela/publication/258513992_La_version_espanola_del_Indice_de_Calidad_de_Sueno_de_Pittsburgh/links/0c96052876d26b1b3b000000/La-version-espanola-del-Indice-de-Calidad-de-Sueno-de-Pittsburgh.pdf.
37. Luna-Solis Y, Robles-Arana Y, Agüero-Palacios Y. Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una Muestra Peruana. Anales de Salud Mental 2015. 2015; 31(2).
38. Rodríguez S. CUESTIONARIO - BURNOUT. [Online].; 2017 [cited 2017 Noviembre. Available from: https://www.ecestaticos.com/file/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf/1515665476-cuestionario_burnout.pdf.
39. fpsomc. MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH). [Online].; 2017 [cited 2017 Diciembre. Available from: <http://www.fpsomc.es/sites/default/files/maslach.pdf>.

40. Médica EdR. Alarmante tasa de síndrome de burnout en estudiantes de Medicina. [Online].; 2018 [cited 2018 Marzo 19. Available from: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/alarmante-tasa-de-sindrome-de-burnout-en-estudiantes-de-medicina-91902>.
41. F. Escobar-Córdoba JES. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Revista de Neurología. 2005; 40(3).
42. Hederich-Martínez , Caballero-Domínguez CC. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBISS) en contexto académico colombiano. Revista CES Psicología. 2016 Junio; 9(1): p. 1-15.



ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer: La relación entre calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

PROCEDIMIENTOS

4. Se tomarán una encuesta con preguntas sobre Calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional.
5. Se elegirá al azar a Personal Asistencial de Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
6. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta.

RIESGOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS

No existen riesgos en esta investigación.

COSTOS

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

BENEFICIOS

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a determinar si existe una relación entre Calidad de sueño y Síndrome de Agotamiento Profesional y buscar alternativas que mejoren el Sistema de Salud.

CONFIDENCIALIDAD

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

CONTACTO

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

DNI:	
------	--

Firma del participante que da su autorización:	
--	--

Nombre del Investigador:	VALERIE INGRIND NEIRA DIAZ
Documento de identidad:	72192106

Fecha:

ANEXO1

CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO.

Edad:.....Sexo:.....Cargo que desempeña:.....

Horas laborales a la semana:.....

Instrucciones:

Las siguientes preguntas tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste las preguntas.

11. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

12. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

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

13. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

14. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

15. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

k) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

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



l) Despertarse durante la noche o de madrugada:

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
- m) Tener que levantarse para ir al servicio:
- 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
- n) No poder respirar bien:
- 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
- o) Toser o roncar ruidosamente:
- 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
- p) Sentir frío:
- 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
- q) Sentir demasiado calor:
- 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

- r) Tener pesadillas o malos sueños:
- 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
- s) Sufrir dolores:
- 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
- t) Otras razones. Por favor descríbalas:
- 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
16. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?
- Muy buena
 - Bastante buena
 - Bastante mala
 - Muy mala
17. 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

18. 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



19. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la Pregunta anterior?

Ningún problema



Sólo un leve problema



Un problema



Un grave problema



20. ¿Duerme usted solo o acompañado?

Solo



Con alguien en otra habitación



En la misma habitación, pero en otra cama



En la misma cama



ANEXO 2

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados: **0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.**

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

ANEXO N°3: BASE DE DATOS

NRO ENCU E.	EDAD	SEXO	CARGO	HORAS LABOR A A LA SEMAN A	COMP. 1 CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	COMP. 2 LATENCIA DE SUEÑO	COMP. 3 DURACION DEL SUEÑO	COMP. 4 EFICIENCIA DE SUEÑO HABITUAL	COMP. 5 PERTURBACIONES DEL SUEÑO	COMP. 6 USO DE MEDICACION HIPNOTICA	COMP.7 DISFUNCION DIURNA	PUNTUA CION GLOBA L DEL PSQI
1	48	F	MEDICO AS.	38	3	1	2	1	1	0	1	9
2	33	F	MEDICO AS.	50	0	1	2	0	1	0	2	6
3	45	M	MEDICO AS.	78	3	3	3	0	2	3	1	15
4	35	F	MEDICO AS.	43	3	1	3	1	1	0	1	10
5	30	F	MEDICO AS.	36	1	0	2	0	1	0	1	5
6	31	M	MEDICO AS.	60	1	1	2	2	2	0	2	10
7	40	M	MEDICO AS.	38	1	1	1	0	1	0	1	5
8	44	M	MEDICO AS.	65	0	1	1	0	1	0	1	4
9	37	F	MEDICO AS.	37	1	1	0	0	1	0	1	4
10	29	F	MEDICO AS.	42	1	2	2	1	1	0	0	7
11	45	F	MEDICO AS.	100	0	0	2	0	1	0	1	4
12	68	M	MEDICO AS.	36	1	1	1	0	2	2	2	9
13	61	F	MEDICO AS.	36	1	1	2	0	1	1	1	7
14	62	M	MEDICO AS.	35	0	1	2	0	2	0	1	6
15	54	M	MEDICO AS.	100	1	2	2	0	1	1	2	9
16	40	F	MEDICO AS.	96	1	1	2	3	2	3	2	14

17	30	F	MEDICO AS.	84	3	0	2	0	1	0	1	7
18	67	M	MEDICO AS.	44	2	3	2	2	1	0	1	11
19	32	M	MEDICO AS.	40	0	1	2	0	1	0	1	5
20	53	M	MEDICO AS.	50	0	1	2	1	1	0	1	6
21	32	M	MEDICO AS.	48	1	1	2	0	1	0	1	6
22	55	M	MEDICO AS.	36	0	1	1	0	1	0	1	4
23	50	M	MEDICO AS.	50	0	0	2	0	1	0	1	4
24	51	M	MEDICO AS.	50	0	1	2	0	1	0	1	5
25	50	M	MEDICO AS.	40	0	1	2	0	1	0	1	5
26	34	M	MEDICO AS.	36	3	2	2	0	1	0	1	9
27	51	M	MEDICO AS.	40	0	2	1	0	1	0	1	5
28	65	M	MEDICO AS.	36	2	2	2	1	2	1	2	12
29	62	M	MEDICO AS.	48	3	2	1	0	1	0	1	8
30	42	F	MEDICO AS.	50	0	0	1	0	1	0	1	3
31	33	M	MEDICO AS.	50	1	0	2	0	1	0	1	5
32	38	M	MEDICO AS.	50	0	1	2	0	1	0	1	5
33	57	M	MEDICO AS.	36	1	2	3	2	2	0	1	11
34	52	F	MEDICO AS.	54	3	1	1	1	1	0	2	10
35	33	M	MEDICO AS.	42	0	3	2	0	1	0	1	7
36	47	F	MEDICO AS.	40	3	1	2	0	1	0	1	8
37	54	M	MEDICO AS.	48	0	0	0	0	1	0	1	2

38	63	M	MEDICO AS.	38	0	1	2	1	1	0	1	6
39	61	M	MEDICO AS.	36	3	1	2	0	1	1	1	9
40	64	M	MEDICO AS.	38	3	2	2	0	1	2	1	11
41	37	M	MEDICO AS.	36	1	0	1	0	1	0	1	4
42	38	F	MEDICO AS.	40	0	0	2	0	1	0	1	4
43	39	F	MEDICO AS.	54	3	1	2	0	1	0	2	9
44	49	F	MEDICO AS.	36	2	3	0	0	1	3	2	11
45	37	M	MEDICO AS.	50	2	3	2	0	2	0	0	9
46	48	M	MEDICO AS.	40	1	2	3	3	2	0	2	13
47	60	M	MEDICO AS.	36	1	1	2	0	1	0	0	5
48	50	M	MEDICO AS.	60	1	1	2	0	1	0	1	6
49	46	M	MEDICO AS.	40	1	1	1	0	1	0	1	5
50	51	F	MEDICO AS.	50	3	1	2	0	1	0	2	9
51	55	F	MEDICO AS.	40	3	1	1	0	1	0	1	7
52	60	F	MEDICO AS.	36	3	1	0	0	1	1	2	8
53	37	F	MEDICO AS.	38	3	1	2	0	1	0	2	9
54	63	F	MEDICO AS.	36	3	1	1	0	1	2	1	9
55	60	M	MEDICO AS.	40	1	1	0	0	1	0	0	5
56	53	M	MEDICO AS.	36	3	1	2	0	2	1	1	10
57	39	M	MEDICO AS.	40	1	1	1	0	1	0	1	5
58	38	M	MEDICO AS.	45	3	1	2	0	1	0	1	8

59	29	M	MEDICO AS.	36	2	2	3	3	2	0	3	15
60	49	M	MEDICO AS.	48	0	1	1	0	1	0	1	4
61	59	M	MEDICO AS.	36	1	2	3	2	2	0	2	12
62	65	F	MEDICO AS.	40	2	3	1	0	2	3	2	13
63	40	M	MEDICO AS.	36	0	1	2	0	1	0	1	5
64	52	M	MEDICO AS.	36	1	1	2	1	1	0	0	6
65	65	M	MEDICO AS.	36	2	1	1	0	2	1	2	9
66	55	F	MEDICO AS.	50	1	0	2	0	1	0	1	5
67	52	M	MEDICO AS.	50	3	1	2	0	1	0	1	8
68	45	F	MEDICO AS.	36	3	1	2	0	1	0	1	8
69	42	M	MEDICO AS.	36	0	1	2	1	1	0	1	6
70	40	M	MEDICO AS.	50	3	1	2	0	1	0	1	8
71	38	F	MEDICO AS.	40	2	2	1	0	1	3	1	10
72	65	M	MEDICO AS.	36	0	1	2	0	1	0	1	5
73	33	F	RESIDENTE	70	1	3	2	1	1	0	1	9
74	32	F	RESIDENTE	60	2	1	3	3	2	0	2	13
75	28	F	RESIDENTE	80	2	0	2	1	1	0	2	8
76	27	M	RESIDENTE	60	1	1	2	0	1	0	2	7
77	27	F	RESIDENTE	70	1	1	2	0	1	0	2	7
78	30	M	RESIDENTE	70	0	2	2	0	1	0	1	6
79	30	F	RESIDENTE	100	1	1	2	0	1	0	1	6
80	29	M	RESIDENTE	36	2	1	3	0	1	0	2	9
81	27	M	RESIDENTE	70	1	0	2	2	1	0	1	7
82	35	M	RESIDENTE	82	1	1	2	0	1	0	1	6

83	31	F	RESIDENTE	110	2	2	2	2	2	0	3	13
84	28	M	RESIDENTE	100	3	1	2	0	2	0	2	10
85	30	M	RESIDENTE	56	0	1	0	0	1	0	1	3
86	35	F	RESIDENTE	80	1	2	1	0	2	0	1	7
87	27	F	RESIDENTE	90	2	2	3	2	2	0	3	14
88	30	M	RESIDENTE	60	1	0	2	0	1	0	1	5
89	32	M	RESIDENTE	48	1	0	2	1	1	0	1	6
90	32	M	RESIDENTE	130	2	1	2	1	1	0	3	10
91	29	F	RESIDENTE	80	2	1	3	3	2	0	1	12
92	35	F	RESIDENTE	80	1	2	2	0	1	0	1	7
93	38	M	RESIDENTE	50	0	1	2	1	1	0	2	7
94	27	M	RESIDENTE	60	1	0	2	0	1	0	1	5
95	27	F	RESIDENTE	55	0	1	2	0	1	0	1	5
96	28	F	RESIDENTE	68	0	2	2	1	1	0	2	8
97	32	M	RESIDENTE	80	0	2	2	1	1	1	1	8
98	30	F	RESIDENTE	48	2	2	2	1	1	1	2	11
99	27	M	RESIDENTE	86	2	0	2	1	1	0	2	8
100	31	M	RESIDENTE	62	1	1	2	1	1	0	1	7
101	31	M	RESIDENTE	80	1	1	3	0	2	0	2	9
102	29	F	RESIDENTE	75	2	1	3	3	2	0	3	14
103	36	M	RESIDENTE	56	0	0	3	2	2	0	3	10
104	28	M	RESIDENTE	100	2	1	3	1	1	0	2	10
105	28	M	RESIDENTE	90	2	0	2	0	1	0	3	8
106	36	M	RESIDENTE	100	1	1	1	0	1	0	2	6
107	27	M	RESIDENTE	60	2	0	2	2	1	1	3	11
108	25	M	RESIDENTE	80	1	1	3	3	1	0	1	10
109	37	M	RESIDENTE	60	2	3	2	0	1	0	2	10
110	33	M	RESIDENTE	36	1	3	3	0	1	0	1	9
111	29	M	RESIDENTE	100	2	0	0	0	1	0	3	6

112	28	M	RESIDENTE	80	2	0	3	2	1	0	2	10
113	27	F	RESIDENTE	40	3	0	2	2	2	0	3	12
114	35	M	RESIDENTE	60	2	0	2	0	2	0	1	7
115	27	F	RESIDENTE	60	2	3	2	0	1	0	2	10
116	30	F	RESIDENTE	90	1	1	2	0	1	1	1	7
117	30	F	RESIDENTE	72	0	0	2	3	1	0	2	8
118	30	M	RESIDENTE	110	2	0	2	1	0	0	2	7
119	29	M	RESIDENTE	120	2	1	3	2	2	0	2	12
120	27	M	RESIDENTE	84	1	1	2	0	1	0	1	6
121	29	F	RESIDENTE	78	2	2	2	1	1	0	2	10
122	29	F	RESIDENTE	70	3	1	2	3	2	0	3	14
123	28	M	RESIDENTE	60	3	0	2	0	1	0	1	7
124	26	F	INTERNO	70	1	0	2	0	1	0	2	6
125	23	M	INTERNO	86	1	1	2	1	1	0	1	7
126	22	F	INTERNO	82	1	0	2	2	1	0	3	9
127	26	F	INTERNO	84	1	1	2	1	1	0	1	7
128	26	M	INTERNO	118	0	0	3	1	1	0	0	5
129	26	F	INTERNO	120	2	2	2	0	0	0	1	7
130	22	F	INTERNO	90	1	1	2	1	1	0	0	6
131	25	F	INTERNO	120	2	0	2	0	1	0	2	7
132	26	F	INTERNO	95	0	0	2	1	1	0	3	7
133	26	M	INTERNO	90	3	0	2	1	1	0	3	10
134	24	M	INTERNO	84	1	1	3	3	1	0	1	10
135	24	F	INTERNO	80	1	1	2	3	1	1	0	9

136	25	M	INTERNO	90	2	1	2	0	1	0	2	8
137	24	F	INTERNO	92	3	2	3	3	3	0	3	17
138	25	M	INTERNO	80	1	0	3	1	1	0	3	9
139	23	F	INTERNO	70	1	2	2	2	2	3	3	15
140	23	F	INTERNO	80	2	1	3	0	1	1	3	11
141	23	F	INTERNO	84	2	0	3	1	1	0	1	8
142	24	F	INTERNO	78	1	0	3	0	1	0	2	7
143	26	M	INTERNO	80	1	1	3	3	1	0	2	11
144	25	M	INTERNO	80	1	1	1	0	1	1	0	5
145	24	F	INTERNO	80	0	1	1	0	1	0	2	5
146	24	M	INTERNO	80	2	2	1	0	1	0	2	8
147	25	F	INTERNO	60	2	1	2	0	2	1	1	9
148	25	F	INTERNO	80	1	0	1	0	1	0	2	5
149	23	M	INTERNO	80	2	0	3	3	0	0	0	8
150	23	F	INTERNO	80	3	2	2	0	1	1	3	12
151	24	F	INTERNO	72	0	0	2	0	0	0	1	3
152	25	M	INTERNO	84	0	0	2	0	1	0	1	4
153	26	F	INTERNO	100	2	0	3	0	1	0	2	8
154	25	M	INTERNO	80	1	2	3	3	1	0	1	11
155	25	F	INTERNO	72	2	2	2	0	1	0	2	9
156	24	M	INTERNO	72	2	1	3	0	1	0	2	9

157	26	F	INTERNO	86	0	1	3	3	1	0	1	9
158	24	F	INTERNO	120	2	0	2	1	2	0	1	8
159	25	F	INTERNO	90	2	1	3	3	3	0	2	14
160	26	M	INTERNO	120	1	0	2	0	1	0	2	6
161	25	F	INTERNO	110	2	0	3	0	1	1	3	10
162	25	M	INTERNO	80	2	0	3	2	2	0	2	11
163	30	F	INTERNO	95	2	2	2	0	2	2	2	12
164	24	M	INTERNO	98	2	0	2	2	1	0	3	10
165	25	F	INTERNO	80	2	1	1	0	1	0	1	6
166	28	F	ENFERMER.	40	3	1	1	0	1	0	1	7
167	27	F	ENFERMER.	40	1	1	2	3	1	0	2	10
168	50	F	ENFERMER.	30	1	0	2	0	1	0	1	5
169	39	M	ENFERMER.	36	0	1	0	0	1	0	1	3
170	34	F	ENFERMER.	60	1	1	0	0	1	0	1	4
171	35	F	ENFERMER.	30	1	1	2	0	1	0	1	6
172	63	F	ENFERMER.	36	0	0	1	0	1	0	1	3
173	58	F	ENFERMER.	48	0	0	0	0	2	0	1	3
174	51	F	ENFERMER.	38	1	1	0	0	2	0	2	8
175	43	F	ENFERMER.	30	1	1	1	0	1	0	1	5
176	25	F	ENFERMER.	35	1	3	3	1	1	0	1	10
177	54	F	ENFERMER.	36	3	1	2	0	1	1	1	9

178	28	F	ENFERMER.	28	2	2	2	0	1	0	2	9
179	58	F	ENFERMER.	40	2	3	1	0	2	3	2	13
180	27	F	ENFERMER.	45	2	2	2	0	2	1	1	10
181	56	F	ENFERMER.	50	2	1	2	0	2	1	2	10
182	62	F	ENFERMER.	40	0	0	0	0	1	0	1	2
183	30	F	ENFERMER.	50	1	2	2	0	1	0	2	8
184	48	F	ENFERMER.	48	2	3	3	1	2	0	2	13
185	30	F	ENFERMER.	36	1	2	2	0	1	0	1	7
186	37	F	ENFERMER.	36	1	1	2	0	1	0	0	5
187	41	F	ENFERMER.	36	1	1	2	0	1	2	2	9
188	51	F	ENFERMER.	36	2	3	3	3	1	3	1	16
189	50	F	ENFERMER.	36	1	1	2	0	2	0	2	8
190	45	F	ENFERMER.	38	2	3	1	0	2	3	2	13
191	48	F	ENFERMER.	45	2	2	3	1	2	1	1	12
192	42	F	ENFERMER.	38	3	1	2	0	1	1	1	9
193	43	F	ENFERMER.	36	2	2	2	0	2	1	1	10
194	48	F	ENFERMER.	30	3	1	2	0	1	1	1	9
195	50	F	ENFERMER.	36	0	0	0	0	1	0	1	3
196	49	F	ENFERMER.	40	1	0	2	0	1	0	1	5
197	46	F	ENFERMER.	48	2	3	2	0	2	3	2	14
198	55	F	ENFERMER.	36	1	2	2	0	2	1	1	9

199	52	F	ENFERMER.	50	1	0	2	0	1	0	1	5
200	60	F	ENFERMER.	40	0	1	0	0	1	0	1	3
201	64	F	ENFERMER.	45	3	1	2	0	1	0	1	8
202	53	F	ENFERMER.	50	2	2	1	0	1	3	1	10
203	50	F	ENFERMER.	40	0	1	2	0	1	0	1	5
204	56	F	ENFERMER.	45	1	3	2	1	1	0	1	9
205	49	F	ENFERMER.	50	2	3	3	2	1	3	1	15
206	51	F	ENFERMER.	48	2	2	2	1	1	3	1	12
207	24	F	INTERNO	90	2	2	2	0	1	0	2	9
208	26	F	INTERNO	75	2	1	3	0	1	0	2	9
209	26	M	INTERNO	80	3	2	3	3	3	0	3	17
210	25	F	INTERNO	90	2	1	3	0	1	1	3	11
211	25	F	INTERNO	85	2	0	3	1	1	0	1	8
212	24	F	INTERNO	90	3	2	3	3	3	0	3	17
213	28	F	INTERNO	96	2	1	2	0	1	1	3	10
214	23	F	INTERNO	78	2	0	3	1	1	0	1	8
215	25	M	INTERNO	80	3	2	3	3	3	0	2	16
216	29	F	RESIDENTE	100	2	0	3	0	1	0	2	8
217	28	F	RESIDENTE	90	1	2	3	3	1	0	1	11
218	28	F	RESIDENTE	95	2	2	2	0	1	0	2	9
219	32	F	RESIDENTE	85	2	1	3	0	1	0	2	9
220	28	M	RESIDENTE	82	3	2	3	3	3	0	2	16
221	30	M	RESIDENTE	90	3	2	3	3	3	0	2	16

NRO ENC.	SUBESC. 1 AGOT. EMOCIONAL	NIVEL AFECTACION SUB. 1	SUBESC. 1 (MAS DE 26)	SUBESC. 2 DESPERSO.	NIVEL AFECTACION SUB. 2	SUBESC. 2 (MAS DE 9)	SUBESC. 3 REAL. PERSONAL	NIVEL AFECTACION SUB. 3	SUBESC. 3 (MENOS 34)	MASLACH BURNOUT
1	2	BAJO	NORMAL	0	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
2	2	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
3	12	BAJO	NORMAL	16	ALTO	IND. DE BURNOUT	40	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
4	2	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
5	2	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
6	38	ALTO	IND. DE BURNOUT	10	MEDIO	IND. DE BURNOUT	37	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
7	10	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
8	28	ALTO	IND. DE BURNOUT	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	38	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
9	4	BAJO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	44	ALTO	NORMAL	NORMAL
10	15	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
11	21	MEDIO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	36	MEDIO	NORMAL	NORMAL
12	21	MEDIO	NORMAL	11	MEDIO	IND. DE BURNOUT	39	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
13	14	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	30	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
14	16	BAJO	NORMAL	5	BAJO	NORMAL	43	ALTO	NORMAL	NORMAL
15	21	MEDIO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	44	ALTO	NORMAL	NORMAL
16	35	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
17	18	MEDIO	NORMAL	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	23	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
18	12	BAJO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
19	13	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
20	10	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL

21	9	BAJO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	44	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
22	10	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
23	10	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
24	6	BAJO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	41	ALTO	NORMAL	NORMAL
25	6	BAJO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	41	ALTO	NORMAL	NORMAL
26	6	BAJO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	41	ALTO	NORMAL	NORMAL
27	9	BAJO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	44	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
28	7	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
29	7	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
30	8	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	39	ALTO	NORMAL	NORMAL
31	13	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
32	13	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
33	8	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	39	ALTO	NORMAL	NORMAL
34	8	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	39	ALTO	NORMAL	NORMAL
35	13	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
36	8	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
37	0	BAJO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	48	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
38	0	BAJO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	48	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
39	0	BAJO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	48	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
40	10	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
41	0	BAJO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	48	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
42	16	BAJO	NORMAL	6	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
43	16	BAJO	NORMAL	6	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL

44	0	BAJO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	48	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
45	6	BAJO	NORMAL	0	BAJO	NORMAL	47	ALTO	NORMAL	NORMAL
46	28	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	21	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
47	10	BAJO	NORMAL	8	BAJO	NORMAL	34	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
48	19	MEDIO	NORMAL	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	37	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
49	3	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	43	ALTO	NORMAL	NORMAL
50	16	BAJO	NORMAL	6	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
51	16	BAJO	NORMAL	6	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
52	8	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	39	ALTO	NORMAL	NORMAL
53	2	BAJO	NORMAL	0	BAJO	NORMAL	40	ALTO	NORMAL	NORMAL
54	8	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	39	ALTO	NORMAL	NORMAL
55	9	BAJO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	44	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
56	7	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
57	13	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
58	7	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
59	24	MEDIO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	38	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
60	24	MEDIO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	38	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
61	10	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	44	ALTO	NORMAL	NORMAL
62	26	MEDIO	IND. DE BURNOUT	2	BAJO	NORMAL	39	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
63	10	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	44	ALTO	NORMAL	NORMAL
64	6	BAJO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
65	6	BAJO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
66	12	BAJO	NORMAL	7	BAJO	NORMAL	24	BAJO	IND. DE	IND. DE

									BURNOUT	BURNOUT
67	12	BAJO	NORMAL	7	BAJO	NORMAL	24	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
68	7	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
69	10	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	44	ALTO	NORMAL	NORMAL
70	8	BAJO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	38	ALTO	NORMAL	NORMAL
71	8	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
72	9	BAJO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	44	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
73	13	BAJO	NORMAL	7	BAJO	NORMAL	36	MEDIO	NORMAL	NORMAL
74	16	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	36	MEDIO	NORMAL	NORMAL
75	40	ALTO	IND. DE BURNOUT	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	36	MEDIO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
76	9	BAJO	NORMAL	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	38	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
77	29	ALTO	IND. DE BURNOUT	16	ALTO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
78	18	MEDIO	NORMAL	5	BAJO	NORMAL	37	ALTO	NORMAL	NORMAL
79	14	BAJO	NORMAL	5	BAJO	NORMAL	40	ALTO	NORMAL	NORMAL
80	34	ALTO	IND. DE BURNOUT	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
81	7	BAJO	NORMAL	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
82	16	BAJO	NORMAL	7	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
83	38	ALTO	IND. DE BURNOUT	18	ALTO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
84	13	BAJO	NORMAL	5	BAJO	NORMAL	45	ALTO	NORMAL	NORMAL
85	32	ALTO	IND. DE BURNOUT	23	ALTO	IND. DE BURNOUT	36	MEDIO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
86	33	ALTO	IND. DE BURNOUT	16	ALTO	IND. DE BURNOUT	41	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
87	39	ALTO	IND. DE BURNOUT	23	ALTO	IND. DE BURNOUT	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT

88	28	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	46	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
89	13	BAJO	NORMAL	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	34	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
90	29	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	36	MEDIO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
91	31	ALTO	IND. DE BURNOUT	11	MEDIO	IND. DE BURNOUT	37	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
92	29	ALTO	IND. DE BURNOUT	10	MEDIO	IND. DE BURNOUT	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
93	25	MEDIO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	42	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
94	11	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	47	ALTO	NORMAL	NORMAL
95	31	ALTO	IND. DE BURNOUT	2	BAJO	NORMAL	46	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
96	31	ALTO	IND. DE BURNOUT	2	BAJO	NORMAL	46	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
97	43	ALTO	IND. DE BURNOUT	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
98	22	MEDIO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	19	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
99	32	ALTO	IND. DE BURNOUT	23	ALTO	IND. DE BURNOUT	36	MEDIO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
100	28	ALTO	IND. DE BURNOUT	22	ALTO	IND. DE BURNOUT	41	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
101	10	BAJO	NORMAL	8	BAJO	NORMAL	37	ALTO	NORMAL	NORMAL
102	33	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
103	31	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	37	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
104	17	MEDIO	NORMAL	11	MEDIO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
105	34	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	27	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
106	31	ALTO	IND. DE BURNOUT	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	40	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
107	32	ALTO	IND. DE	16	ALTO	IND. DE	23	BAJO	IND. DE	SIND. DE

			BURNOUT			BURNOUT			BURNOUT	BURNOUT
108	8	BAJO	NORMAL	5	BAJO	NORMAL	30	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
109	45	ALTO	IND. DE BURNOUT	21	ALTO	IND. DE BURNOUT	24	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
110	9	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	43	ALTO	NORMAL	NORMAL
111	42	ALTO	IND. DE BURNOUT	16	ALTO	IND. DE BURNOUT	27	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
112	22	MEDIO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
113	39	ALTO	IND. DE BURNOUT	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
114	17	MEDIO	NORMAL	10	MEDIO	IND. DE BURNOUT	42	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
115	16	BAJO	NORMAL	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	39	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
116	3	BAJO	NORMAL	6	BAJO	NORMAL	37	ALTO	NORMAL	NORMAL
117	33	ALTO	IND. DE BURNOUT	6	BAJO	NORMAL	40	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
118	18	MEDIO	NORMAL	19	ALTO	IND. DE BURNOUT	34	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
119	35	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	28	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
120	6	BAJO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	43	ALTO	NORMAL	NORMAL
121	20	MEDIO	NORMAL	10	MEDIO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
122	43	ALTO	IND. DE BURNOUT	14	ALTO	IND. DE BURNOUT	36	MEDIO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
123	11	BAJO	NORMAL	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	25	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
124	12	BAJO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	37	ALTO	NORMAL	NORMAL
125	39	ALTO	IND. DE BURNOUT	20	ALTO	IND. DE BURNOUT	42	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
126	21	MEDIO	NORMAL	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	39	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
127	8	BAJO	NORMAL	6	BAJO	NORMAL	28	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT

128	29	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
129	36	ALTO	IND. DE BURNOUT	7	BAJO	NORMAL	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
130	43	ALTO	IND. DE BURNOUT	19	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
131	49	ALTO	IND. DE BURNOUT	8	BAJO	NORMAL	39	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
132	43	ALTO	IND. DE BURNOUT	14	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
133	44	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	22	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
134	7	BAJO	NORMAL	0	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
135	25	MEDIO	NORMAL	5	BAJO	NORMAL	24	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
136	41	ALTO	IND. DE BURNOUT	18	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
137	48	ALTO	IND. DE BURNOUT	24	ALTO	IND. DE BURNOUT	25	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
138	54	ALTO	IND. DE BURNOUT	30	ALTO	IND. DE BURNOUT	48	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
139	22	MEDIO	NORMAL	16	ALTO	IND. DE BURNOUT	38	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
140	49	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	ALTO	IND. DE BURNOUT	42	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
141	9	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
142	22	MEDIO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	40	ALTO	NORMAL	NORMAL
143	7	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
144	13	BAJO	NORMAL	11	MEDIO	IND. DE BURNOUT	15	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
145	19	MEDIO	NORMAL	8	BAJO	NORMAL	40	ALTO	NORMAL	NORMAL
146	14	BAJO	NORMAL	6	BAJO	NORMAL	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
147	35	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	25	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT

148	19	MEDIO	NORMAL	6	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
149	18	MEDIO	NORMAL	8	BAJO	NORMAL	17	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
150	22	MEDIO	NORMAL	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	27	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
151	13	BAJO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	46	ALTO	NORMAL	NORMAL
152	22	MEDIO	NORMAL	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	31	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
153	18	MEDIO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	44	ALTO	NORMAL	NORMAL
154	37	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
155	34	ALTO	IND. DE BURNOUT	11	MEDIO	IND. DE BURNOUT	42	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
156	36	ALTO	IND. DE BURNOUT	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	38	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
157	24	MEDIO	NORMAL	12	MEDIO	IND. DE BURNOUT	37	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
158	26	MEDIO	IND. DE BURNOUT	10	MEDIO	IND. DE BURNOUT	39	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
159	46	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	36	MEDIO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
160	11	BAJO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	43	ALTO	NORMAL	NORMAL
161	32	ALTO	IND. DE BURNOUT	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
162	24	MEDIO	NORMAL	7	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
163	10	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
164	25	MEDIO	NORMAL	21	ALTO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
165	25	MEDIO	NORMAL	5	BAJO	NORMAL	45	ALTO	NORMAL	NORMAL
166	27	ALTO	IND. DE BURNOUT	3	BAJO	NORMAL	36	MEDIO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
167	23	MEDIO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	44	ALTO	NORMAL	NORMAL
168	23	MEDIO	NORMAL	10	MEDIO	IND. DE BURNOUT	25	BAJO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
169	22	MEDIO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL

170	4	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	37	ALTO	NORMAL	NORMAL
171	0	BAJO	NORMAL	0	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
172	17	MEDIO	NORMAL	8	BAJO	NORMAL	39	ALTO	NORMAL	NORMAL
173	12	BAJO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
174	8	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	41	ALTO	NORMAL	NORMAL
175	2	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
176	6	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	45	ALTO	NORMAL	NORMAL
177	4	BAJO	NORMAL	0	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
178	16	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	35	MEDIO	NORMAL	NORMAL
179	18	MEDIO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	45	ALTO	NORMAL	NORMAL
180	40	ALTO	IND. DE BURNOUT	21	ALTO	IND. DE BURNOUT	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
181	0	BAJO	NORMAL	0	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
182	12	BAJO	NORMAL	1	BAJO	NORMAL	41	ALTO	NORMAL	NORMAL
183	45	ALTO	IND. DE BURNOUT	25	ALTO	IND. DE BURNOUT	42	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
184	32	ALTO	IND. DE BURNOUT	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	45	ALTO	NORMAL	IND. DE BURNOUT
185	14	BAJO	NORMAL	6	BAJO	NORMAL	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
186	10	BAJO	NORMAL	5	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
187	21	MEDIO	NORMAL	3	BAJO	NORMAL	43	ALTO	NORMAL	NORMAL
188	8	BAJO	NORMAL	2	BAJO	NORMAL	45	ALTO	NORMAL	NORMAL
189	12	BAJO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	43	ALTO	NORMAL	NORMAL
190	18	MEDIO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	45	ALTO	NORMAL	NORMAL
191	40	ALTO	IND. DE BURNOUT	21	ALTO	IND. DE BURNOUT	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
192	4	BAJO	NORMAL	0	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
193	40	ALTO	IND. DE BURNOUT	21	ALTO	IND. DE BURNOUT	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
194	4	BAJO	NORMAL	0	BAJO	NORMAL	48	ALTO	NORMAL	NORMAL
195	17	MEDIO	NORMAL	8	BAJO	NORMAL	39	ALTO	NORMAL	NORMAL

196	32	ALTO	IND. DE BURNOUT	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
197	31	ALTO	IND. DE BURNOUT	7	BAJO	NORMAL	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	IND. DE BURNOUT
198	24	MEDIO	NORMAL	7	BAJO	NORMAL	42	ALTO	NORMAL	NORMAL
199	31	ALTO	IND. DE BURNOUT	10	MEDIO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
200	18	MEDIO	NORMAL	4	BAJO	NORMAL	45	ALTO	NORMAL	NORMAL
201	32	ALTO	IND. DE BURNOUT	10	MEDIO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
202	35	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	25	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
203	17	MEDIO	NORMAL	8	BAJO	NORMAL	38	ALTO	NORMAL	NORMAL
204	32	ALTO	IND. DE BURNOUT	9	MEDIO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
205	32	ALTO	IND. DE BURNOUT	10	MEDIO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
206	35	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	25	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
207	37	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
208	35	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
209	40	ALTO	IND. DE BURNOUT	21	ALTO	IND. DE BURNOUT	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
210	43	ALTO	IND. DE BURNOUT	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
211	35	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	25	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
212	44	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	28	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
213	33	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
214	43	ALTO	IND. DE BURNOUT	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
215	35	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT

216	40	ALTO	IND. DE BURNOUT	21	ALTO	IND. DE BURNOUT	32	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
217	41	ALTO	IND. DE BURNOUT	13	MEDIO	IND. DE BURNOUT	29	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
218	44	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	28	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
219	33	ALTO	IND. DE BURNOUT	17	ALTO	IND. DE BURNOUT	33	MEDIO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
220	39	ALTO	IND. DE BURNOUT	18	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT
221	35	ALTO	IND. DE BURNOUT	15	ALTO	IND. DE BURNOUT	26	BAJO	IND. DE BURNOUT	SIND. DE BURNOUT

