

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LEOPOLDO CHIAPPO GALLI



**RELACIÓN ENTRE DIMENSIONES DEL BURNOUT Y
CALIDAD DE SUEÑO EN LICENCIADOS Y TÉCNICOS DE
ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA DE LIMA
METROPOLITANA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Luis César Antonio Valdera Urday

**LIMA – PERÚ
2016**

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado
Presidente

Lic. Edgar Valencia Tapia
Vocal

Lic. Esther Yaya Castañeda
Secretaria

ASESOR DE TESIS

Mg. Geraldine Salazar Vargas

DEDICATORIA
A mi madre, siempre.

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores y amigos

Índice

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1. Identificación del Problema	12
2. Justificación e Importancia del Problema	15
3. Limitaciones de la Investigación.....	17
4. Objetivo de la Investigación	17
4.1. Objetivo General.	17
4.2. Objetivos Específicos	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	19
1. Aspectos Conceptuales Pertinentes.....	19
1.1. Estrés Laboral Crónico.....	19
1.2. Síndrome del Burnout	20
1.3. Diferencia con otras variables psicológicas.....	21
1.4. Dimensiones del Burnout	22
1.5. Etapas del Síndrome de Burnout	24
1.6. Factores de Riesgo.....	27
1.7. Consecuencias del Burnout	29
1.7.1. Área Emocional	29
1.7.2. Área Cognitiva	31
1.7.3. Área física.....	31
1.7.4. Área Conductual.....	31
1.7.5. Consecuencias para la Organización.....	32
1.8. Modelos Teóricos del Burnout.....	32
1.9. Sueño.....	36

1.1.	Calidad de Sueño.....	41
1.2.	Calidad de Sueño y Dimensiones del Burnout.....	42
2.	Investigaciones.....	44
2.1.	Investigaciones nacionales.....	44
2.2.	Investigaciones Internacionales.....	51
3.	Definiciones Conceptuales y Operacionales de Variables.....	57
3.1.	Definición Conceptual de Variables.....	57
3.2.	Definición Operacional de Variables.....	58
4.	Hipótesis de la Investigación.....	59
4.1.	Hipótesis General.....	59
4.2.	Hipótesis Específica.....	59
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....		61
1.	Nivel y Tipo de Investigación.....	61
2.	Diseño de la Investigación.....	61
3.	Naturaleza de la muestra.....	61
3.1.	Población.....	61
3.1.1.	Descripción de la Población.....	61
3.2.	Muestra y Método de Muestreo.....	62
3.3.	Criterios de Inclusión.....	62
3.4.	Criterios de Exclusión.....	62
4.	Instrumentos.....	62
4.1.	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).....	62
4.2.	Cuestionario de Calidad de Sueño de Pistburgh (1988).....	65
4.3.	Ficha Sociodemográfica.....	67
5.	Procedimiento.....	67
6.	Plan de Análisis.....	67
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....		69

CAPITULO V DISCUSIÓN	91
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

RESUMEN

El presente estudio tiene como finalidad conocer la relación entre las dimensiones del síndrome de burnout y la calidad de sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana. La investigación es de nivel básico y diseño descriptivo – correlacional. Se utilizaron el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory y el Cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Estos instrumentos fueron validados con anterioridad, obteniendo un puntaje de 0.791 y 0.82 respectivamente. Como parte de los procesos de recursos humanos de la clínica de salud se aplicaron los instrumentos a 118 licenciadas de enfermería y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana. Los resultados indican una relación moderada (0.527) entre la dimensión de cansancio emocional y la calidad de sueño, una relación débil (0.327) entre la dimensión de despersonalización y la calidad de sueño y una relación débil (0.377) entre la dimensión realización personal y la calidad de sueño.

Palabras claves: Burnout, calidad de sueño, técnicos de enfermería, licenciados de enfermería, Pittsburgh, Maslach.

SUMMARY

This study aims to understand the relationship between dimensions of burnout syndrome and sleep quality graduates and technicians in nursing clinic Lima. The research is basic and has a descriptive design - correlational. They questionnaire and Maslach Burnout Inventory Questionnaire Sleep Quality Pittsburgh were used. These instruments were validated previously, obtaining a score of 0.791 and 0.82 respectively. As part of the HR processes of the health clinic instruments they were applied to 118 licensed nurses and nursing techniques of a clinic in Lima. The results indicate a moderate relationship (0.527) between the dimension of emotional exhaustion and sleep quality, a weak correlation (0.327) between the dimension of depersonalization and quality of sleep and a weak relationship (0.377) between the personal accomplishment dimension and sleep quality.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de burnout (SBO) o Quemarse en el trabajo es el estado de fatiga emocional y física, acompañado de sentimientos de tristeza, cólera e insuficiencia profesional, producto de la exposición prolongada del sujeto a factores estresantes (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Entre los profesionales con mayor vulnerabilidad a padecer de este síndrome se encuentran los expertos de salud; en especial enfermeras y técnicas de enfermería puesto que son los profesionales responsables de los cuidados diarios del paciente (Maslach y Leiter, 2005).

Al ser el síndrome de burnout una afección que afecta la productividad de la institución y la calidad de servicio que reciben los pacientes; las investigaciones actuales se encuentran dirigidas a analizar las condiciones organizacionales que predisponen su aparición. Sin embargo, debe recordarse que existen consecuencias nocivas para la salud de los trabajadores entre las cuales se encuentra el impacto negativo en la calidad de sueño de los profesionales víctimas del síndrome (Quiroz y Saco, 2003).

Se entiende por calidad de sueño al constructo que evalúa si el sujeto mantuvo un sueño reparador que le permita un desempeño óptimo durante el día o si, en su defecto, presenta una mala calidad de sueño. La calidad de sueño afecta de manera directa la capacidad cognitiva, física y emocional de la persona. Además, los sujetos con una calidad de sueño deficiente presentan mayores probabilidades de sufrir problemas de salud (Buysse, 1989).

La interacción entre el burnout y la calidad del sueño es importante. Un sujeto que se encuentra padeciendo del síndrome de burnout manifiesta alteraciones del sueño a causa del estrés padecido (Paredes y Sanabria, 2008). Así mismo, la mala calidad de sueño puede

ser un predictor en la aparición del burnout puesto que el sujeto insomne verá afectado su rendimiento profesional y presentará desgaste físico y emocional (Paredes, 2013).

Mediante la investigación se profundizará en el estudio de la calidad de sueño y el síndrome de burnout en enfermeras y técnicas de enfermería lo cual permitirá entender la correlación entre ambos constructos en el contexto hospitalario peruano. Así mismo, la información obtenida creará nuevas bases teóricas que podrán ser utilizadas para desarrollar y promover factores protectores y programas de prevención en grupos de profesionales de la salud.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Identificación del Problema

La Organización Mundial de la Salud (citada por la Organización Internacional del Trabajo, 2011) señala un incremento del síndrome de burnout (SBO) desde 1989 y la importancia del análisis de las consecuencias en trabajadores (Organización del Trabajo y Estrés, 1990). Como parte de una investigación realizada en personal de salud de un hospital limeño, Quispe Ninantay (2005) analizó el comportamiento y quejas frecuentes de pacientes que acudían a servicios hospitalarios. En dicha investigación, Quispe Ninantay (2005) menciona que las enfermeras calificadas como deficientes por los pacientes poseen una actitud grosera e indiferente hacia su sufrimiento, mal humor al ejercer sus funciones y apatía en las atenciones, conductas que son concebidas como síntomas del síndrome del Burnout.

En una investigación realizada por Azapa, Mendoza, Zegarra y Yoshimoto (2009) se encontró que un 75 % del personal de salud peruano presenta niveles intermedios y altos del síndrome de burnout. Es importante resaltar que, dentro de la gama de profesiones que cumplen labores asistenciales, son los profesionales de salud los que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad en padecer del síndrome de burnout (Maslach y Jackson, 1996). Estos profesionales, al lidiar constantemente con el sufrimiento físico y/o mental del paciente, se ven expuestos a un mayor número de situaciones de alto nivel emocional (López – Soriano y Bernal, 2002).

Las enfermeras y técnicas de enfermería, de acuerdo a una investigación realizada por Chacón y Grau (2004), representan el grupo de trabajadores de salud más susceptible a

desarrollar el síndrome de burnout a causa de su exposición cotidiana a situaciones de estrés lo cual hace necesario se continúe la investigación en esta población.

Según Maslach y Jackson (1996), existen tres factores responsables de la aparición del síndrome de burnout: Factores institucionales, Factores profesionales y Factores personales. Las alteraciones del sueño son frecuentes en sujetos que presentan el síndrome de Burnout (Maslach y Leiter, 2005).

La calidad de sueño es definida como una gama de dimensiones de carácter cualitativo y cuantitativo (Krystal y Edinger, 2008 citados por Villarroel, 2014). Buysse (1989) sostiene la importancia en determinar si un sujeto es clasificado como buen o mal dormidor como parte del proceso de intervención individual e investigación académica. Así mismo, el autor menciona siete dimensiones que conceptualizan la calidad del sueño: Calidad subjetiva del sueño, Latencia de sueño, Duración del sueño, Eficiencia de sueño habitual, Alteración del sueño, Uso de medicación hipnótica y Disfunción diurna.

Miró, Solanos y Rodríguez (2014) indican que trabajadores con altos puntajes en las dimensiones de burnout pueden presentar pobre calidad de sueño así como un incremento en la pérdida del mismo. En consecuencia, se muestran intolerables en el trabajo y presentan apatía en algunas de sus funciones. Según Eksted (2005), los sujetos con un alto índice de burnout evidencian más despertares y un sueño menos profundo. Para Moya- Albiol y Serrano (2005) los sujetos víctimas de burnout sufren alteraciones a nivel endocrino lo cual produce un estado de hiperactividad fisiológica y alteraciones en los ritmos del sueño.

En nuestro país no existen investigaciones que exploren la relación entre el síndrome de burnout y la calidad de sueño en personal de salud. Se han encontrado investigaciones en profesionales de otras áreas que han demostrado la relación entre ambas variables, siendo la calidad de sueño influenciada de manera negativa por el síndrome de

burnout (Villarroel, 2014). Para McVicar (2003) la calidad de sueño puede ser un predictor de la aparición del síndrome de burnout, sin embargo, Ekstedt (2005) indica que es necesario continuar la investigación para hallar una relación significativa. Es importante resaltar que la Organización Mundial de la Salud predice un incremento de enfermedades relacionadas al burnout en licenciados y técnicos de enfermería en años venideros (Grazziano, 2010). Los trabajadores víctimas del burnout presentan alteraciones en la calidad del sueño lo cual conlleva consecuencias negativas en su sistema cardiovascular, inmunológico y endocrino así como alteración de su capacidad cognitiva (Moreno – Jiménez, 2008). Por consiguiente, la presente investigación plantea la pregunta: ¿Existe relación entre la Calidad del Sueño y el Síndrome de Burnout en enfermeras y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana?

2. Justificación e Importancia del Problema

La prevalencia del síndrome de Burnout en enfermeras y técnicas de enfermería se mantiene vigente en nuestro país. Aliaga Blanco (2012) encontró que el 31.7 % de personal de enfermería en hospitales nacionales se encontraban en riesgo de sufrir del síndrome de burnout. Vilela Alemán (2013) señala una prevalencia del 34.5 % en enfermeras de un hospital militar de Lima Metropolitana. Así mismo, Cáceres Paredes (2013) encuentra que el 39.4 % de enfermeras y técnicas de enfermería pertenecientes a una unidad de cuidados neonatales de un hospital de Lima manifiesta un nivel intermedio del síndrome de Burnout.

Las consecuencias de padecer del síndrome de Burnout han sido analizadas por Schaufeli y Buunk (1996), quienes concluyen que el burnout repercute negativamente en el área emocional, afectiva, social y cognitiva de los profesionales que lo padecen. A su vez, el síndrome afecta el desempeño laboral de los mismos, haciéndolos dudar de sus decisiones y produciendo una conducta apática en el trato de los pacientes (Mercado y Salas, 2006). Cáceres Bermejo (2006) indica que se han encontrado en personas que padecen de burnout trastornos ansiosos y/o depresivos así como predisposición a enfermedades cardiovasculares. Los autores coinciden que las alteraciones en la calidad de sueño son frecuentes en el burnout; profundizando los efectos negativos en las personas a nivel psicológico, social y físico (Mercado y Salas, 2006).

El síndrome de Burnout no es de aparición inmediata; es la exposición en el tiempo de condiciones que producen cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (Maslach, 1982). Un sujeto expuesto a un ambiente estresante por un periodo de tiempo prolongado puede manifestar dimensiones del síndrome de burnout. Por consiguiente, el burnout es un constructo derivado del estrés (Lazarus, 2000).

Para Del Río Portilla (2006) la calidad de sueño puede ser afectada por las condiciones y acontecimientos suscitados en el periodo de vigilia. El autor sostiene que ambos constructos, el estrés y la calidad de sueño, se retroalimentan puesto que la privación del sueño ocasiona en el ser humano desde irritabilidad, hasta dificultades cognitivas. En viceversa, episodios de estrés tienen influencia en la pérdida y calidad del sueño.

Morales, Cano y Vuela (2009) señalan que la relación entre el síndrome de burnout y la calidad de sueño se debe a que la aparición del burnout altera el ritmo de descanso. Coincide con esta afirmación Mingote (1998), quien indica que las condiciones laborales desfavorables que propician el síndrome de burnout también predisponen alteraciones en la calidad de sueño junto a otras alteraciones biológicas. Rodríguez y Alarcón (2010) mencionan a las alteraciones en el sueño como una consecuencia observada en sujetos diagnosticados con burnout.

Analizar la relación entre las dimensiones del burnout y la calidad de sueño en enfermeras y técnicas de enfermería en nuestro contexto no solo ofrecerá información nueva de la interacción de las variables sino que además generará información de utilidad para proponer estrategias y planes de acción que desarrollen, en el personal de salud, factores protectores de prevención de la aparición del síndrome de burnout y preservación de una óptima calidad de sueño; condición necesaria para un buen desarrollo personal, óptimo desempeño laboral y adecuado funcionamiento cognitivo.

3. Limitaciones de la Investigación

Las limitaciones o dificultades presentes en la investigación son las siguientes:

- Debido a que las fuentes de información para los datos de los participantes son entregadas por la institución, no se tiene control alguno sobre las variables a investigar.
- La sensación de agotamiento del personal de enfermería en el proceso de desarrollo de las pruebas.
- Debido a que la muestra no será probabilística existen limitaciones para generalizar los resultados a la población.

4. Objetivo de la Investigación

4.1. Objetivo General. Determinar si existe relación entre las dimensiones del burnout, Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Profesional, con la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana.

4.2. Objetivos Específicos

- Conocer si existe relación entre la dimensión Cansancio Emocional y la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la edad.
- Conocer si existe relación entre la dimensión Despersonalización y la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la edad.

- Conocer si existe relación entre la dimensión Realización Profesional y la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la edad.
- Conocer si existe relación entre la dimensión Cansancio Emocional y la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la experiencia laboral.
- Conocer si existe relación entre la dimensión Despersonalización y la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la experiencia laboral.
- Conocer si existe relación entre la dimensión Realización Profesional y la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la experiencia laboral.
- Conocer si existe relación entre la dimensión Cansancio Emocional y la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la tenencia de hijos.
- Conocer si existe relación entre la dimensión Despersonalización y la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la tenencia de hijos.
- Conocer si existe relación entre la dimensión Realización Profesional y la Calidad de Sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la tenencia de hijos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Aspectos Conceptuales Pertinentes

1.1. Estrés Laboral Crónico

El estrés (termino derivado de la palabra en ingles stress y acuñado por Hans Seyle, 1906, citado por Rosch, 2000) es la reacción que presentan los organismos vivos frente a una exigencia superior a la normal y que activa respuestas fisiológicas y psicológicas (Galán, 2012). A nivel biológico, el estrés activa los sistemas endocrinos, nerviosos, cardiovasculares e inmunológicos (Galán, 2012). El deseo natural del organismo es volver a su estado de equilibrio a fin de lograr su máximo rendimiento mental y conductual (Lazarus, 2000). Para que un evento sea evaluado de estresor existen cinco características que deben manifestarse: a) el evento debe poner en riesgo la integridad del organismo si sobrepasara su capacidad de adaptación b) el evento implica una amenaza o demanda c) si no es resultado de manera efectiva producirá algún daño en el organismo d) ser consciente de los posibles efectos negativos del elemento estresor no disminuye necesariamente su impacto en el organismo e) un elemento puede ser estresor por producir una sobredemanda en el organismo o lo contrario (Lazarus, 2000).

La exposición continua a factores estresantes en un ambiente laboral es lo que origina el estrés laboral crónico (López y Campos, 2002). Este tipo de estrés es uno de los riesgos psicosociales más frecuentes en profesiones que prestan servicios asistenciales y puede guiar a que profesionales sanitarios desarrollen el síndrome de burnout (Gil – Monte, 2008). En un inicio ambos conceptos, síndrome de burnout y estrés laboral, pueden

parecer cercanos o prestarse a confusiones; sin embargo, Moreno y Peñacoba (citados por Quinceno, 2007) señalan la diferencia entre ambos al puntualizar que el cuadro clínico del burnout es acompañado por tres dimensiones específicas mientras que el estrés laboral crónico presenta síntomas diferentes que pueden variar entre sujetos. Pines (1993, citado por Torrado y Gómez, 2003) plantea que si bien todas las personas se encuentran proclives a experimentar estrés laboral crónico sólo las orientadas a obtener de su labor una validación de su existencia se encuentran predispuestas a padecer de burnout. Maslach y Schaufeli (1993) señalan que si bien el síndrome del burnout mantiene cercanía con el estrés laboral crónico en la dimensión de cansancio emocional; sus otras dos dimensiones (despersonalización y realización profesional) lo acercan a los constructos psicológicos como autoestima y relaciones interpersonales. Kyriacou y Sutcliffe (1978) explican el síndrome de burnout como un fenómeno psicosocial producto de una exposición de larga duración al estrés laboral.

1.2. Síndrome del Burnout

Conocido también como Síndrome del quemado o Síndrome del desgaste profesional, Maslach (1982) define al burnout (SBO) como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro profesional que se produce en personas que trabajan prodigando cuidados de algún tipo. Freudenberg (1974, citado por Carlin y Fayos, 2010) fue el primero en descubrir el síndrome de burnout mientras trabajaba en un centro de rehabilitación de toxicómanos. El psiquiatra observó cómo jóvenes profesionales de salud, en un inicio optimistas en sus labores, al cabo de dos o tres años empezaban a presentar una actitud desganada ante sus obligaciones y una actitud agresiva e insensible hacia sus pacientes (Carlin y Fayos, 2010).

Maslach (1982) esclarece que las investigaciones en la época de los ochenta se enfocaron en observar y reducir el síntoma en los trabajadores más no en incrementar las bases conceptuales del burnout. Es en esta década en la que los diversos investigadores empiezan a generar los primeros modelos teóricos (Torrado y Gómez, 2003).

1.3. Diferencia con otras variables psicológicas

En una revisión teórica de los distintos modelos del burnout, Carlotto y Gobbi (2001) enfatizan la necesidad de diferenciar el síndrome de burnout de otros constructos psicológicos. Gil Monte (1997) coincide en resaltar la importancia esta diferenciación puesto que el burnout presenta una compleja interacción de síntomas que pueden confundirse con otros síndromes psicológicos. Los constructos más comunes de confundir con el burnout son el estrés, la depresión y la insatisfacción laboral (Maslach, 2003).

- **Estrés:** Toron (2003, citado por Sandín, 2003) sostiene que la diferencia más clara entre ambos constructos es que el estrés produce efectos negativos y positivos y surge en diferentes contextos de vida mientras que el síndrome de burnout trae consigo consecuencias negativas y se origina exclusivamente en el ámbito laboral; repercutiendo en la percepción de desarrollo profesional del sujeto (Maslach, 2003). Para Cordes y Dougherty (1993, citados por Buzetti, 2005) la dimensión de despersonalización es lo que diferencia al constructo al burnout puesto que este síntoma no se evidencia en el cuadro clínico del estrés.
- **Depresión:** Diferentes autores han encontrado relación entre la depresión y el síndrome de burnout. Brunstein (1999, citado por citados por Buzetti, 2005) señala que ambos constructos comparten síntomas parecidos como la pérdida de vitalidad y motivación por lo cual el autor definiría al síndrome del burnout como especie de depresión laboral. Leiter y Maslach (2005) señalan que el SBO es exclusivo del

ámbito laboral y que la etiología de ambos trastornos es diferente aun cuando comparten algunos síntomas. Freudenberger (1974, citado por Carlin y Fayos, 2010) menciona que la depresión se sostiene en la culpa mientras que la emoción vinculada al burnout es la cólera. Para Brenninkemeijer (2001) cuando el sujeto se encuentra dentro del cuadro clínico del burnout efectúa intentos para conseguir prestigio profesional y sólo se da por vencido en las últimas fases del síndrome en las que aparece la depresión. Con esto coinciden Hobfoll y Shirom (2000) los cuales consideran a la depresión como uno de los últimos síntomas en el proceso de desarrollo del síndrome de burnout. Farber (citado por Carlotto y Gobi, 2005) señala que aunque algunos síntomas del burnout coinciden con la depresión; una persona que padece de burnout puede funcionar óptimamente fuera del trabajo mientras que una persona deprimida presenta una disminución de rendimiento en otras áreas de su vida.

- ***Insatisfacción laboral:*** Acorde a Buzetti (2005), se ha encontrado una relación estrecha entre ambos constructos aunque se han hallado sujetos que presentan insatisfacción laboral y no han desarrollado el síndrome del burnout. Maslach (2003) señala que los investigadores siguen cuestionando cual constructo aparece primero y si es la insatisfacción en el trabajo lo que desencadena el burnout o viceversa.

1.4. Dimensiones del Burnout

Se le otorga al síndrome de burnout la denominación de síndrome puesto que posee un conjunto de síntomas específicos para su diagnóstico y se han teorizado diferentes modelos explicativos de desarrollo (Maslach y Schaufeli, 1993). Para un mejor estudio de las dimensiones del burnout, Maslach y colaboradores señalan las siguientes dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y sentido de ineficacia o falta de realización profesional (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

- **Cansancio emocional:** Es la primera dimensión del SBO que aparece como producto de las demandas estresantes en el trabajo y refleja una falta de energía por parte del sujeto; una percepción de extenuación de los recursos emocionales (Maslach, 2003). Es frecuente para el sujeto con un nivel alto de cansancio emocional manifiesta angustia por sus tareas, disminución de interés, insatisfacción laboral y un sentimiento de escasez de recursos para afrontar sus actividades laborales y frustración al haber intentado cambiar su situación sin éxito (Quinceno y Vinaccia, 2007). A estos síntomas Maslach, Jackson y Leiter (1996) incluyen el agotamiento físico en el horario de trabajo. Para protegerse de los efectos negativos del cansancio emocional, las personas realizan conductas de distanciamiento emocional y cognitivo a modo de lidiar con el efecto del estrés (Gil-Monte y Peiró, 1999). Es importante resaltar la diferencia entre el cansancio como producto del trabajo cotidiano y el cansancio emocional como dimensión del burnout es que este último se encuentra acompañado de sentimientos de cólera y ansiedad y no se alivia con el descanso (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).
- **Despersonalización:** También llamada deshumanización o cinismo; es la conducta que evidencia una falta de interés, pérdida de la empatía e irritabilidad generando respuestas negativas, frías e impersonales hacia los pacientes y clientes; adjudicándoles la responsabilidad del malestar que siente en el trabajo (Gil – Monte, 2008). Esta dimensión surge como mecanismo de defensa derivado del cansancio emocional (Quinceno y Vinaccia, 2007) y no solo se direcciona hacia los clientes sino que el sujeto también se distancia afectivamente de sus compañeros de trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Algunas conductas características son el uso cotidiano de un lenguaje descalificador con clientes y colaboradores, adoptar

conductas rígidas o seguir las reglas de manera inflexible para evitar solucionar problemas de los clientes (Maslach, 2003).

- **La falta de Realización Personal:** Es la percepción negativa del desempeño laboral y tiene como consecuencia sentimientos de insatisfacción que perjudican aún más el clima de la institución y la relación con los clientes (Gil – Monte, 2008). Es importante resaltar que la productividad de la empresa también se ve perjudicada puesto que las personas que se sienten insatisfechas con su desarrollo profesional experimentan un declive en su competitividad (Carlotto y Gobi, 2001). Las características de esta dimensión son los sentimientos de insuficiente y baja autoestima (Bakker, 2002).

Las dimensiones presentadas se han conceptualizado de acuerdo a la teoría de Maslach (1982) la cual ha sido la más utilizada en investigaciones recientes por su gran utilidad diagnóstica. La dimensión de cansancio emocional constituye la dimensión básica del síndrome; la dimensión de despersonalización representa el contexto interpersonal; es decir la manera en la cual el sujeto interactúa con sus compañeros de trabajo y clientes. Finalmente, la dimensión de realización profesional representa la auto evaluación que realiza el individuo de su performance profesional por lo que es una dimensión que actúa en el campo intrapersonal (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001)

1.5. Etapas del Síndrome de Burnout

La sintomatología del síndrome es clara; sin embargo, la aparición de los síntomas difiere entre sujetos. Por consiguiente, existen discrepantes entre los autores en relación a la aparición de las dimensiones del síndrome (Martínez, 2010).

- Edelwich y Brodsky (1890): Para estos autores el desarrollo del síndrome del burnout se realiza en cuatro etapas: La etapa inicial de entusiasmo en la que el trabajador

presenta altas expectativas, percibe su trabajo como estimulante y encuentra solución a los problemas cotidianos. A continuación se presenta la etapa de estancamiento en la cual, a consecuencia de las expectativas incumplidas, los objetivos empiezan a ser percibidos como difíciles de alcanzar. Le sigue la etapa de frustración en la cual afloran la desilusión, problemas emocionales y cognitivos en los trabajadores. Como resultado de la frustración, el sujeto pasa a la etapa final de apatía que tiene como característica la desilusión a causa de no registrar en sí los recursos personales necesarios para cambiar su situación laboral. En esta última etapa el individuo adopta una actitud de distanciamiento cognitivo y emocional con sus labores y personas a su cuidado.

- Cherniss (1982): El síndrome de Burnout se desarrolla en tres fases: La fase de estrés, producto del desequilibrio entre los recursos del trabajador y las demandas del empleo a la cual le sigue la fase del agotamiento; en la que el sujeto desarrolla respuestas emocionales negativas como ansiedad, tensión, fatiga física y emocional; y finalmente la fase de afrontamiento en la cual, como mecanismo de defensa ante el estrés, el trabajador adopta una conducta impersonal y cínica con los clientes.
- Farber (1991): Para este autor el desarrollo del burnout se da en los siguientes seis estadios: Fase de entusiasmo y dedicación, respuestas de ira y sentimientos de frustración frente a elementos estresores, percepción de desequilibrio entre la inversión profesional del trabajador y las recompensas de la institución, desmotivación y disminución del compromiso, Aparición de síntomas físicos, cognitivos y emocional y agotamiento físico.
- Leiter (1988): Según este autor, el síndrome del Burnout se origina al percibir un desequilibrio entre las demandas de la empresa y recursos personales del sujeto. A raíz de este hecho, el trabajador experimentaría agotamiento emocional y ejerce, como

estrategia de afrontamiento, las conductas cotidianas de la dimensión de despersonalización. La última fase del modelo es la insatisfacción profesional como resultado de infructuosos intentos de cambiar las variables estresantes en el ambiente de trabajo.

- Gil – Monte (Gil Monte; Schaufeli, 1991): Acorde a este autor, la primera fase en aparecer es la falta de realización personal que deriva en un cansancio emocional y el uso de la despersonalización como estrategia de afrontamiento. Gil – Monte explica esta perspectiva del desarrollo del síndrome al explicar que el autoconcepto determina el esfuerzo del trabajador para lograr sus objetivos y producir un clima emocionalmente favorecedor.
- Sebastián (2015): La aparición del síndrome es progresiva y puede describirse en cuatro etapas: La fase de entusiasmo, que se da en los primeros años de trabajo y en la que se produce la ruptura entre las expectativas iniciales y la realidad laboral en el sujeto; la fase de estancamiento, producto de un desequilibrio entre los esfuerzos del trabajador y la recompensa de la organización; la fase de frustración; núcleo central de síndrome y caracterizada por cuestionar la utilidad del trabajo. La fase final es la de apatía, en la cual el sujeto se distancia emocionalmente para adoptar una actitud cínica y apática ante los clientes.
- Schaufeli (2002): Al igual que Sebastián, Schaufeli coincide con las mismas fases del desarrollo del síndrome, diferenciándose en que identifica tres tipos de variables cuya interacción desemboca en la aparición del síndrome. Las variables individuales pueden determinar un patrón de conducta que influye en la aparición del síndrome. Las variables sociables determinan que factores protectores se manifiestan contra la aparición del síndrome. Mientras que para Sebastián las variables anteriores pueden

afectar la aparición del síndrome, las variables organizacionales son las desencadenantes de su aparición.

1.6. Factores de Riesgo

Existen tres grupos de factores de riesgo que se deben tomar en cuenta en la aparición del síndrome del burnout: Factores profesionales, factores organizacionales y factores individuales (Maslach, 2003).

1.6.1. Factores Profesionales

Se refiere a variables relacionadas a las características del cargo, el rol que se desempeña y las exigencias de la tarea diaria. Las ocupaciones en las que se tiene una interacción más larga con los clientes se encuentran asociadas a padecer mayores niveles de burnout (Cordes y Dougherty, 1993, citado por Buzzetti, 2005). Gil – Monte (2008) señala que al ser los profesionales de salud la población en riesgo las investigaciones del síndrome de burnout se realizan con mayor frecuencia en enfermeros, técnicos, médicos. Otras variables de carácter profesional que influyen en la aparición del burnout son la disonancia entre las exigencias del rol o cargo y las habilidades del sujeto para responder a las exigencias de su trabajo (Gil – Monte, 2008). Así mismo, la poca claridad en las funciones a desempeñar y la sobrecarga de las responsabilidades laborales son factores relacionados con las dimensiones de cansancio emocional y realización profesional (Gil - Monte y Peiró, 1999).

1.6.2. Factores Organizacionales

Martínez (2010) distingue dos tipos de factores organizacionales: Los cuantitativos, relacionadas con la cantidad de labores, y los cualitativos, relacionados a la naturaleza y complejidad de las actividades. Para el investigador, el burnout puede producirse ya sea

por una sobrecarga laboral como por una carga de trabajo mediocre o muy baja. En ambos casos el sujeto experimenta una disminución en su rendimiento cognitivo (Martínez, 2010). Las tareas monótonas y repetitivas, variables de carácter cualitativo, son asociadas a la insatisfacción profesional y síntomas ansiosos (Cordes, 1993). Por otro lado, las políticas de una organización también influyen en la aparición del síndrome; si la gerencia no incentiva el esfuerzo del trabajador y se centran en el castigo como regulador conductual es común la aparición del síndrome de burnout en algunos trabajadores (Cordes, 1993).

1.6.3. Factores Personales

Edelwich y Brodsky (1980) han investigado variables personales de carácter sociodemográfico y su influencia en la aparición del síndrome.

- Edad: Aria y Castro (2013) encontraron gran incidencia del SBO y sus dimensiones en personas jóvenes. López y Bernal (2002, citados por Aria y Castro, 2013) señalan que los sujetos entre las edades de veinte a treinta años puntúan alto en las dimensión de despersonalización. Similar observación realizan Álvarez y Río (1991, citado por Aria y Castro, 2013) quienes señalan que la etapa de mayor vulnerabilidad para la dimensión de despersonalización se encuentra entre las edades de 25 años a 35 años. Otros investigadores mencionan que son los profesionales mayores de 40 años quienes presentan menor puntaje en la dimensión de cansancio emocional y mayor puntaje en la dimensión de realización profesional (Atance, Manzano y Ramos, 1997).
- Experiencia laboral: Yslado, Nuñez y Norabuena (2009) llevaron a cabo una investigación con docentes peruanos y SBO. Los autores encontraron que la prevalencia del SBO fue menor en profesores con una experiencia laboral superior a 20 años.

- Antigüedad en el puesto: Sagripanti y colaboradores (2012) encontraron una correlación directamente significativa entre la antigüedad en el puesto y la dimensión de realización profesional. Gil Monte y Peiró (1997, citados por Acosta, 2008) establecen que a mayor antigüedad laboral se incrementan los niveles del SBO.
- Estado civil: Los estudios señalan que los sujetos casados experimentan menores índices de burnout (Gil Monte, 1999). Acosta (2008) coincide con este hallazgo y añade que personas casadas presentan bajos puntajes en las dimensiones de despersonalización y cansancio emocional.
- Número de hijos: En estudios sobre la presencia del síndrome de burnout en personal de enfermería se indica que la existencia de hijos ofrece cierta protección frente al síndrome (Gil Monte, 1999). Por otro lado García y Herrero (2008) encuentran que las personas con hijos presentan puntajes altos en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización. Para Martínez (2010) los trabajadores con hijos parecen poseer mayor resistencia y mayores estrategias de afrontamiento frente al burnout.

1.7. Consecuencias del Burnout

Las consecuencias del burnout en el sujeto se evidencian entre el área cognitiva, emocional, conductual y físico (Maslach, Jackson y Leiter, 1986).

1.7.1. Área Emocional

Para Maslach (1982), el síndrome de burnout afecta el área emocional; por consiguiente, las personas con burnout manifiestan sentimientos de tristeza, fracaso, pérdida de autoestima y cólera. A estos síntomas Mansilla (2005) agrega la disforia, episodios de ansiedad, sentimientos de culpa y el uso del distanciamiento emocional como estrategia de afrontamiento. Es importante añadir que los conflictos emocionales se

relacionan usualmente con la dimensión cansancio emocional (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

1.7.2. Área Cognitiva

En el síndrome de burnout el deterioro cognitivo se produce cuando existe una disconformidad entre las expectativas iniciales del sujeto y la realidad del trabajo (Fidalgo, 2001). Esta discordancia entre las expectativas y realidad ocasiona en el sujeto sentimientos de tristeza que afectan su capacidad cognitiva (Maslach y Leiter, 2005). Son frecuentes los frecuentes, la distracción y cansancio intelectual (Fidalgo, 2001).

1.7.3. Área física

Para Mansilla (2005) los síntomas físicos del burnout pueden ser los siguientes: cefaleas, problemas de sueño, desordenes gastrointestinales, cardiopatías, problemas bronquiales, dolores musculares y en mujeres irregularidades en el ciclo menstrual. El autor sostiene que los síntomas y su intensidad varían de acuerdo al sujeto. Para Fidalgo (2001) y Fernández (2006) las consecuencias físicas en la salud del trabajador se encuentran relacionadas a las condiciones laborales; si bien el investigador agrega que los recursos personales pueden atenuar su aparición.

1.7.4. Área Conductual

Los síntomas conductuales son consecuencia de la influencia del burnout en el área emocional y cognitiva. Las conductas pueden ir desde absentismo laboral, cambios de humor, incremento de conductas agresivas, respuestas irónicas y agresivas a los clientes, conducta apática hacia los problemas de los clientes, aislamiento o conductas de riesgo como consumo de sustancias, etc. (Mansilla, 2005). Debe añadirse que en ocasiones el trabajador afectado por burnout expresa ansiedad, depresión y problemas de ira con sus seres cercanos lo cual altera de manera negativa sus vínculos familiares (Maslach, 1982).

También las interacciones sociales con amigos dentro y fuera del trabajo se ven alteradas puesto que los sujetos alterados por el burnout pueden querer aislarse del resto (Mansilla, 2005).

1.7.5. Consecuencias para la Organización

En organizaciones en las cuales existe gran número de colaboradores aquejados del síndrome de burnout es frecuente encontrar deterioro en la comunicación y relaciones interpersonales así como una disminución en la productividad, rendimiento y calidad en el trabajo en los colaboradores (Mansilla, 2005). Fidalgo (2001) agrega que el ausentismo, la desmotivación, la alta rotación en trabajadores son evidencias de que la organización debe intervenir con el objetivo de que sus exigencias correspondan a la capacidad de respuesta de sus colaboradores.

1.8. Modelos Teóricos del Burnout

1.8.1. Modelos desde la Teoría Sociocognitiva del Yo

Basados en las enseñanzas de Albert Bandura, los modelos socio cognitivos consideran que las cogniciones de las personas influyen en el cómo perciben los elementos y fenómenos a su alrededor; por consiguiente, el síndrome de Burnout nace de la retroalimentación entre acción y consecuencias (Gil – Monte, 1999).

- Modelo de competencia social de Harrison (1983): Según este modelo un inicio los trabajadores asistenciales se encuentran altamente motivados hacia sus labores movilizados por un sentimiento de altruismo. En su interacción con el medio laboral, estos colaboradores encuentran factores de ayuda y factores barrera; si en el trabajo existen mayor cantidad de factores barrera se produce una disminución del sentimiento

de eficacia, la motivación para ayudar y la búsqueda del logro de las metas profesionales (Mansilla, 2010).

- Modelo de Cherris (1993, citado por Mansilla): El logro exitoso de las metas, la libertad de acción, la percepción de un alto nivel de desafío y el soporte emocional de la organización producen en el trabajador sentimientos positivos de autoeficacia. En contraste, el fracaso en el logro de las metas disminuye la autoeficacia y desemboca en el síndrome del burnout (Martínez, 2010). Es así que Mansilla (2010) señala que el modelo de Chernis establece una relación entre la percepción de autoeficacia del sujeto y el desarrollo del síndrome de burnout.
- Modelo de Pines (1978): Según el autor, el síndrome del Burnout se suscita cuando el sujeto fracasa en su búsqueda de sentido existencial mediante el trabajo. Es importante añadir que el modelo de Pines se enfoca en trabajadores que se desempeñan en contextos humanitarios y plantea que el síndrome de burnout surge exclusivamente en personas con alta motivación laboral y altas expectativas de generar un cambio en la sociedad (Martínez, 2010).
- Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993): Según este modelo la aparición del síndrome de burnout se encuentra vinculada a cuatro variables: La diferencia entre la exigencia de la tarea y los recursos del trabajador, las expectativas del éxito, el grado de autoconciencia de la persona y los sentimientos de autoconfianza. Según Mansilla (2010) el modelo de autocontrol refiere que los trabajadores con un nivel alto de autoconciencia tienden a tener mayores niveles de estrés que sus pares. Así mismo, el modelo agrega que el conocimiento de que existe diferencia entre las exigencias del trabajo y los recursos personales afecta negativamente el estado emocional del sujeto (Mansilla, 2010).

1.8.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

Los modelos creados bajo esta teoría sugieren que el síndrome de burnout nace de la percepción de inequidad que perciben los trabajadores por parte de la organización. Es decir, si durante la actividad laboral los sujetos observan que su inversión profesional no obtiene un reconocimiento justo en un periodo prolongado de tiempo; empiezan a desarrollar síntomas de burnout (Gil – Monte, 1999).

- Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993, citado por Gil Monte, 2008): Los autores señalan tres variables que se dan en la relación empresa – trabajador y promueven un ambiente estresante: La incertidumbre en relación a los propios pensamientos y acciones; la inequidad entre la inversión profesional y la percepción de poco control sobre las acciones laborales (Martínez, 2010).
- Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Fredy (1993, citado por Gil Monte, 2008): Esta teoría se basa en la creencia de que el síndrome de burnout se produce cuando la motivación del trabajador se ve vulnerada. Los autores sostienen que si se incrementan los recursos de afrontamientos de los trabajadores y se modifican las cogniciones y percepciones causales del estrés se pueden crear factores de protección contra el síndrome de burnout. Por consiguiente, las estrategias de afrontamientos ideales para disminuir la probabilidad de indefensión frente al síndrome son las estrategias de afrontamiento activo y directo, centradas en la solución del conflicto (Martínez, 2010).

1.8.3. Modelos elaborados desde la Teoría Organizacional

Los modelos de teoría organizacional se encuentran centrados en el estudio de los factores estresores que se generan en el contexto de trabajo y las estrategias de afrontamiento empleadas por los trabajadores; por consiguiente, definen el síndrome de

burnout como producto de la exposición prolongada al estrés laboral crónico (Mansilla, 2010).

- Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983): Los autores definen el síndrome de burnout como el resultado de la sobrecarga laboral y una escasa motivación del trabajador, el cual posee sentimientos de pérdida de la independencia en sus funciones (Mansilla, 2010).
- Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993, citado por Mansilla, 2010): Según este modelo, el síndrome de burnout es exclusivo de profesiones humanitarias y es producto de una carencia de estrategias de afrontamiento del profesional que se encuentra expuesto de manera constante al estrés laboral. Los autores señalan al cansancio emocional como la dimensión central del síndrome y a la despersonalización como estrategia de afrontamiento a consecuencia.
- Modelo de Winnubst (1993, citado por Mansilla, 2010) A diferencia del modelo de Cox, Kuk y Leiter, Winnubst considera al burnout como una afectación para todo tipo de profesionales. Para este autor, la interacción entre el estrés, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el contexto laboral influye en la aparición del burnout. Cada organización posee una estructura y cultura diferentes así como un tipo de apoyo social particular el cual influye en la visión que el trabajador posee de la organización. El apoyo social óptimo contribuye a generar sentimientos de eficacia profesional, por lo que es importante considerarlo como un factor protector en la aparición del síndrome.

1.8.4. Modelos elaborados desde la Teoría Estructural

Los modelos de la teoría estructural valoran los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales en el estudio de la causa de origen del síndrome del burnout (Martínez, 2010).

- Modelo de Gil-Monte (1999): Acorde a estos autores, el síndrome de burnout es consecuencia de la exposición prolongada al estrés laboral. Frente a escenario laboral estresante el sujeto realiza una evaluación cognitiva de la situación y concluye que sus estrategias de afrontamiento no son efectivas para enfrentar el problema. Gil – Monte (1999) menciona que el ausentismo laboral, la falta de motivación y el decaimiento en la salud de los trabajadores se debe a la aparición del síndrome de burnout.

Las investigaciones actuales se basan en el modelo teórico de Gil – Monte (1999) quien se basó en las investigaciones de Maslach y realizó investigaciones utilizando el instrumento de Maslach Burnout Inventory (MBI). Así mismo, los investigadores coinciden en utilizar como base teórica el modelo de Gil – Monte puesto que discrimina de manera clara la aparición del síndrome de burnout y permite diferenciarlo de otras variables (Buzzetti, 2005).

1.9. Sueño

Acorde a Borquez (2014) la palabra sueño es derivada del latín somnun y se refiere al acto y deseo de dormir. Salguero del Valle y Molinero (2012) definen el sueño como un estado biológico y comportamental del organismo. Para Villarroel (2014) el sueño es una función fisiológica necesaria para la vida orgánica y para que el organismo se desempeñe de manera óptima en su entorno. Los investigadores señalan que para los seres humanos el sueño es una necesidad básica; un estado de alteración de la conciencia en el cual la

capacidad de percepción y reacción del sujeto se encuentran disminuidas (Rodrigo, 2011). Por consiguiente, el sueño es descrito como un fenómeno cíclico, con intervalos de sueño – vigilia, caracterizado por disminución de la actividad física y de la respuesta a estímulos externos originado de la interacción del sistema nervioso central, periférico, cardiovascular, respiratorio, endocrino y muscular (Santamaría, 2003). Es importante resaltar que si bien en el sueño las capacidades cognitivas (ubicación de espacio, memoria) se encuentran disminuidas, existe registro de actividad cerebral e incluso se observa actividad en áreas cerebrales relacionadas a sentimientos como ira, alegría, tristeza, etc. (Salguero del Valle y Molinero (2012). Gracias a la interacción de sistemas neuroquímicos en el cerebro, el ser humano posee un reloj biológico que le avisa el inicio de un ciclo de sueño (Rodrigo, 2011). Téllez agrega (2006, citado por Gallego, 2013) que la diferencia entre los términos dormir y soñar es confusa ya que a veces el termino sueño es asignado a la percepción de imágenes que ocurren al realizar el acto de dormir.

1.9.1. Fases del Sueño

Medina, Sánchez y Conejo (2007) indican que las fases del sueño se han establecido mediante tres medidas electrofisiológicas: El electroencefalograma, electromiograma y electrooculograma. Gracias a estas mediciones, se ha dividido el sueño en dos categorías:

- MOR (Movimientos oculares rápidos): Conocido como sueño paradójico, es la fase del sueño en la cual se presentan movimientos oculares rápidos. Este sueño es considerado el más ligero y profundo y en el cual se dan los cambios en el sistema cerebral subcortical más pronunciados. Además, esta fase se caracteriza por la disminución del tono muscular, pérdida de la capacidad de regular la temperatura e irregularidades en la respiración y frecuencia cardíaca (Carrillo y Mora, 2013). En el sueño MOR la

actividad en la corteza cerebral se asemeja al estado de vigilia y se producen la mayoría de ensoñaciones, coloquialmente denominados sueños (Medina, Sánchez y Conejo, 2007). Es importante añadir que cuando el sujeto despierta en sueño MOR tiene mayores probabilidades de recordar la ensoñación de manera nítida. Finalmente, cabe resaltar que es frecuente que durante la noche las personas presentan entre 4 a 6 ciclos de sueño MOR con una duración de 5 a 30 minutos (Carrillo y Mora, 2013).

- noMOR: Conocido como el sueño sin movimientos oculares rápidos; en esta fase del sueño se lleva a cabo recuperación física y se divide en el inicio del sueño ligero (somnolencia) y un sueño profundo en el cual disminuye el tono muscular (Medina, Sánchez y Conejo, 2007). Entre las características de esta fase se observa estremecimientos musculares y ensoñaciones relacionadas a la sensación de caída (Carrillo y Mora, 2013).
 - o Fase 1: Correspondiente a la fase de sueño ligero y se encuentra caracterizada por una actividad de bajo voltaje similar al estado de vigilia con presencia de ondas alfas discontinuas (Salguero y Molinero, 2007). Este estadio del sueño es considerado como una etapa de transición de la vigilia al sueño y dura entre 5 a 30 minutos aproximadamente, correspondiente a un 5% del sueño (Medina, Sánchez y Conejo, 2007).
 - o Fase 2: Esta fase corresponde casi al 50% del sueño y es el cual se produce el bloqueo del sistema nervioso así como la desaparición de los movimientos oculares (Medina, Sánchez y Conejo, 2007). Debe añadirse que las ondas cerebrales características de esta etapa son delta y theta y que tal profundidad del sueño es tal que si un sujeto despierta durante esta etapa presentará confusión y aturdimiento (Salguero del Valle y Molinero, 2012).

- Fase 3: En esta fase del sueño se encuentran ondas cerebrales de alto voltaje (ondas delta, se produce el sueño de mayor profundidad y la actividad cerebral es lenta (Medina, Sánchez y Conejo, 2007). Para obtener un descanso reparador es necesario no despertar a la persona en esta etapa puesto que la relajación muscular es absoluta (Salguero del Valle y Molinero, 2012).
- Fase 4: en esta etapa el sueño oscila entre MOR Y noMOR. Las ensoñaciones pueden aparecer como historias y la actividad muscular es nula (Salguero del Valle y Molinero, 2012).

Rodrigo (2011) menciona que cada fase noMOR es continuada por un periodo de sueño MOR. Carrillo y Mora (2013) señalan que un adulto joven oscila entre 70 a 100 minutos de sueño noMOR.

1.9.2. Funciones del Sueño

Montero, Ochoa y Segarra (2014) señalan las siguientes funciones del sueño:

- Sueño NoMOR: Es un sueño reparador física y mentalmente. En este sueño se sintetiza hormonas del crecimiento, se lleva a cabo una restauración orgánica y se estimula el sistema inmunológico.
- Sueño MOR: Este sueño es necesario para la regeneración de procesos mentales, el aprendizaje y almacenamiento de memoria de trabajo. Así mismo, es en esta etapa en la que se da la maduración cerebral.

La función del sueño es actuar como mecanismo de reajuste de los sistemas fisiológicos, promover la producción de proteínas y regresar al organismo al estado de homeostasis. Si la calidad de sueño es deficiente las personas afectadas pueden presentar tendencia a la irritabilidad, dificultades cognitivas en la resolución de problemas, concentración y análisis (Rodríguez y Alarcón, 2010). Para finalizar Spiegel (1999, citado

por Gallego, 2013) resume las funciones del sueño de la siguiente manera: conservación de energía, termorregulación cerebral, detoxificación cerebral, restauración tisular, memoria y aprendizaje.

1.9.3. Patrones de Sueño

La regulación del sueño puede variar según la hora del día. Una persona con un horario diurno presenta máxima necesidad de dormir alrededor de las 2 am mientras que un sujeto con horario nocturno registra la necesidad entre las 3 o 4 de la madrugada (Gallego, 2013).

Martín, J (1989, citado por Sierra, Jiménez, Martín-Ortiz, 2002) sugiere que en la relación sueño – vigilia es más importante la calidad en el sueño antes que la cantidad de horas dormidas. Tanto la cantidad como calidad de sueño varía de acuerdo a los grupos de edades (Rodrigo, 2011).

- Adultos jóvenes: requieren un tiempo de sueño entre 6 a 8 horas.
- Adultos: El tiempo de sueño oscila entre 7 a 8 horas. Son frecuentes las alteraciones de sueño a causa de ritmo de vida y factores estresantes.

Para Horne (1976, citado por Gallego, 2013) el horario de sueño se relaciona con los hábitos personales en el ciclo sueño – vigilia. Existen los madrugadores (cuya actividad se realiza en primeras horas y se acuestan temprano) y los trasnochadores (personas que consideran que su pico de actividad máxima se da durante las primeras horas de la madrugada).

1.9.4. Clasificación de Trastornos del Sueño

Los trastornos del sueño son definidos como dificultades que impiden los patrones normales en este proceso biológico (Gallego, 2013). Si bien todas las enfermedades alteran de alguna manera el proceso de sueño, la Academy Sleep of Medicine, en la Clasificación

Internacional de Trastornos del Sueño (1999, citado por Gallego, 2013), realiza una diferenciación de las enfermedades propias que afectan el sueño (Gallego, 2013).

- **Insomnio:** Consiste en presentar dificultad para conciliar el sueño en las cantidades necesarias. El sueño en personas que padecen este trastorno no suele ser reparador y el sujeto manifiesta cansancio al despertar (Gallegos, 2013).
 - **Insomnio agudo:** Puede tener una causa psicológica o social. Se encuentra vinculado a efectos vitales y/o cambios en el entorno.
 - **Insomnio psicofisiológico:** El sujeto se caracteriza por presentar dificultad para dormir y/o extrema facilidad para despertarse. Para ser diagnosticado debe presentarse en un intervalo de tiempo mayor a un mes.
 - **Insomnio idiopático:** trastorno del sueño ocurrido en los primeros años de infancia.
- **Hipersomnia:** este trastorno se distingue por la necesidad de dormir más de nueve horas. Es importante destacar que la hipersomnia puede ser un fenómeno que las personas experimenten uno o dos días. Sin embargo, si se diera por tiempo prolongado podría indicar una enfermedad más grave (Montero, Ochoa, Segarra, 2014)
- **Narcolepsia:** De origen neurológico, este trastorno tiene como rasgo característico una excesiva somnolencia en vigilia (Villarreal, 2014).
- **Apnea de sueño:** el movimiento respiratorio se encuentra disminuido o ausente. Cuando es congénita es denominada maldición de Ondina (Villarreal, 2014).

1.1. Calidad de Sueño

Buysee (1989, citado por Salas, 2011) define la calidad de sueño como el constructo que permite evaluar si el sujeto es un buen o mal dormidor y de esta manera intervenir en caso existiera un problema en el dormir que pueda afectar la salud física y/o

la calidad de vida de la persona. Asimismo, la calidad de sueño permite analizar si el trastorno que impide un buen dormir se encuentra relacionado a una patología (Salas 2011). Para Miró, Solanos y Rodríguez. (2014) la calidad de sueño es un proceso que presenta aspectos cuantitativos y cualitativos y permite clasificar a los sujetos en personas con un patrón de sueño eficiente y patrón de sueño no eficiente.

La calidad de sueño, por consiguiente, es el constructo que abarca las dimensiones de latencia de sueño, duración de sueño, eficiencia de sueño y número de despertares (Kletman, 1957, citado por Montero, Ochoa, Segarra, 2014).

Agregan Chamorro, Durán y Reyes (2011), según hallazgos encontrados en una investigación entre calidad de sueño y obesidad, que la calidad del sueño es más importante que la cantidad de horas dormidas. Tal es así que sujetos con un sueño prolongado pero superficial muestran menor rendimiento físico en comparación a sujetos con un sueño menos prolongado pero profundo y sin interrupciones.

Buysse (1989) y Rosa y Bonnet (2000) añaden que la calidad de sueño es un fenómeno difícil de medir de manera objetiva por lo cual el Índice de calidad de sueño de Pittsburg (Buysse, 1989) es una herramienta de gran confiabilidad en la medición de este constructo. Es necesario añadir que el instrumento consta de siete componentes: Calidad subjetiva del sueño, Latencia de sueño, Duración del sueño, Eficiencia de sueño habitual, Alteración del sueño, Uso de medicación hipnótica y Disfunción diurna (Sierra, Jiménez y Martín, 2002)

1.2. Calidad de Sueño y Dimensiones del Burnout

Miró, Solanos y Rodríguez (2014) analizaron la relación entre la calidad de sueño y el síndrome de burnout en profesionales que prestan servicio de atención. En su investigación encontraron correlación entre la dimensión del burnout cansancio emocional

y la calidad de sueño. Los autores sostienen que esta correlación es superior a la relación entre factores laborales y el síndrome de burnout. Más aún, los investigadores encontraron una relación significativa entre las dimensiones de la calidad de sueño; latencia de sueño, horas de sueño; y la dimensión despersonalización del síndrome de burnout.

Para Moreno - Jiménez (2008) la relación entre la calidad de sueño y el síndrome de burnout se debe a que los factores estresantes que guían al desarrollo del burnout influyen en la calidad de sueño. Coinciden con este hallazgo García e Izquierdo (1997, citado por Villarroel, 2014) quienes mencionan que entre las consecuencias del síndrome de burnout se encuentren los insomnios, despertares nocturnos y en general una baja calidad del sueño. Así mismo Eksetd (2005, citado por Miró, Solanos y Rodríguez, 2014), señala que en sujetos con presencia de estrés laboral crónico y síndrome del burnout se encuentran problemas a la hora de dormir y una deficiente calidad de sueño.

Profundizando aún más en la relación entre las variables; Ruiz, Pando, Aranda, Beltrán (2014) sostienen que la calidad del sueño puede ser un predictor potente en el diagnóstico temprano del burnout. Maslach (2003) coincide al mencionar que el sueño, o la falta de la misma, puede tener relación con la dimensión del burnout cansancio emocional así como los episodios de mal humor propios característicos de esta dimensión. Finalmente, en una investigación realizada por la Universidad de Murcia se encontró que de 401 estudiantes de enfermería un 45% era clasificado como malos dormidores (Gallego, 2013). En nuestro país, en el ambiente hospitalario y en la población de enfermeras y técnicas de enfermería no se han encontrado numerosos estudios que investiguen la correlación entre burnout y calidad de sueño.

2. Investigaciones

2.1. Investigaciones nacionales

Burnout y Bienestar Psicológico en técnicas de enfermería de un hospital nacional de Lima Metropolitano. Autor: Aliaga Blanco. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2012.

Resumen: En la presente investigación se exploran las relaciones de las seis dimensiones del bienestar psicológico con los tres componentes del síndrome de burnout en un grupo de 82 técnicas de enfermería de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, cuyas edades fluctúan entre 23 y 67 años. Para ello, se empleó la Escala de Bienestar Psicológico de Riff y el Inventario de Burnout de Maslash. Se obtuvo diversas correlaciones negativas entre las dimensiones del bienestar psicológico y los componentes de burnout. Se encontró que las dimensiones de autoaceptación, dominio del entorno y autonomía correlacionaban inversamente con los componentes negativos del burnout: agotamiento emocional y despersonalización, mientras que las dimensiones de relaciones positivas con otros y propósito de vida se relacionaron indirectamente sólo con el agotamiento emocional. Asimismo, no se obtuvo ninguna correlación con la realización personal y la dimensión de crecimiento personal. Por otro lado, la dimensión de dominio del ambiente es la que mantiene la mayor relación con el agotamiento emocional y la dimensión de autonomía con el componente de despersonalización. Además, se pudo concluir que es probable que el trabajo no sea el elemento más importante en la vida de las participantes.

Burnout y Condiciones Laborales en enfermeras y técnicas de cuidados intensivos neonatales. Autor: Cáceres Paredes. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013.

Resumen: En el presente estudio se tuvo como objetivo explorar la existencia del síndrome de Burnout materializado en tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; así como explorar las condiciones laborales en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Nacional Materno Infantil. La muestra no probabilística se conformó de 17 enfermeras y 11 técnicas de enfermería (N=28), en su mayoría casadas con hijos laborando un promedio de 10 años en el hospital. La medición de las dimensiones del síndrome se realizó utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI); y para la indagación de las condiciones laborales se construyó una ficha sociodemográfica y un cuestionario laboral. Los resultados revelaron la existencia de cansancio emocional medio y baja realización personal. La escala de despersonalización no se analiza debido a su baja confiabilidad. En adición se encontró una correlación negativa significativa entre edad y cansancio emocional; así como la existencia de cinco variables vinculadas a las dificultades laborales en la unidad: ambiente, organización, labor, relaciones interpersonales y factores personales. El ambiente y la organización fueron las variables a las que se hizo alusión con mayor frecuencia señalándolas como fuentes de dificultad.

El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. Autores: Gomera Cuadra; Palomino Baldeón; Ruiz Gutierrez; Llap Yesán. Revista Médica Herediana. 2005.

Resumen: Se atribuye al Síndrome de Burnout o de Agotamiento Profesional, como el responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios. En nuestra realidad, poco se ha investigado y escrito sobre el Síndrome de Burnout, sin embargo,

creemos que su presencia en el personal sanitario está presente y en incremento. Objetivo: El presente estudio pretende identificar los trabajadores sanitarios con Síndrome de Burnout en nuestro centro de labor y aportar las características epidemiológicas que permitan una aproximación del perfil de riesgo en el personal sanitario. Materiales y métodos: Se entregó el Maslach Burnout Inventory al personal sanitario de los hospitales de una empresa minera del sur de Perú, previa explicación del estudio. Resultados: Se recibieron 82 (63%) cuestionarios debidamente llenados de los 130 entregados, de los cuales 26 fueron médico(a)s, 35 enfermero(a)s y 21 auxiliares de enfermería. Solo un médico presentó puntaje alto para cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y bajo para baja realización personal (BRP). Conclusiones: En la población estudiada encontramos un médico con diagnóstico de Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del síndrome y no asociado a la realización de turnos. Además concluimos en la necesidad de repetir el estudio en instituciones de salud públicas.

Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. Autores: Estella-Villa; Jiménez-Román; Landeo-Gutiérrez¹; Tomateo-Torvisco; Vega. Rev Neuropsiquiatr (2010)

Resumen: El síndrome de burnout (SBO) se ha descrito como una entidad patológica común entre los médicos y que podría originarse durante su formación académica. Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados al SBO en alumnos de medicina del séptimo año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal con los estudiantes de medicina del séptimo año de la UPCH (n=117) durante diciembre del 2010. Se empleó dos encuestas autoadministradas anónimas, una sobre características sociodemográficas y laborales y otra, la escala Maslach Burnout Inventory en su versión Human Services

Survey validada en español. Resultados: Se encontró una prevalencia de SBO de 57,2% (n=59). Más de la mitad de la población presentó niveles medio o alto en despersonalización (DP) (68,9% [n=71]) y agotamiento emocional (AE) (67% [n =69]) y aproximadamente un tercio de los estudiantes tuvieron baja realización personal (RP) (35% [n=36]). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y laborales estudiadas y la presencia de SBO. La presencia de enfermedad mental se asoció a niveles altos de DP y AE, mientras la ausencia de actividades extracurriculares se asoció a elevados puntajes en AE. Conclusiones: El SBO estuvo presente en más de la mitad de los internos de medicina de la UPCH. La presencia de enfermedad mental y ausencia de actividades extracurriculares se asociaron a las dimensiones del SBO.

Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano. Autores: Vásquez-Manrique; Maruy-Saito; Verne-Martin. Lima, Perú. 2014

Resumen: El personal de salud que atiende población pediátrica está en continuo riesgo de presentar Síndrome de Burnout (SBO). Objetivos: Determinar la frecuencia del SBO y los niveles de sus dimensiones en los trabajadores del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en todos los trabajadores del Servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los meses de febrero y marzo del año 2014. Se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory-HS traducido y validado al español. Resultados: Participaron 54 trabajadores entre médicos (25), enfermeras (16) y técnicos de enfermería (13). La frecuencia de SBO fue de 3,76% (n = 2), el 12,97% (n = 7) de los participantes presentó un nivel alto de cansancio emocional, el

11,12% (n = 6) presentó un nivel alto de despersonalización, y el 14,81% (n = 8) presentó un bajo nivel de realización personal. Conclusiones: La falta de trabajo de la cónyuge, sexo, condición laboral y tiempo de trabajo tuvieron relación estadísticamente significativa con las dimensiones de este síndrome.

Calidad de sueño y estilo de aprendizaje en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Autor: Del Pielago Meoño. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2011

Resumen: Según estudios previos la frecuencia de calidad de sueño en estudiantes de Medicina es elevada y los estilos de aprendizaje más frecuentes son el teórico y el reflexivo (asimilador según el modelo de Kolb). Estudios previos hechos en Lima encontraron frecuencias de 64% y 58% de mala calidad de sueño. Asimismo otros estudios en el exterior encontraron que los estilos de aprendizaje predominante son reflexivo y teórico. Objetivo: Determinar la asociación entre la calidad de sueño y estilos de aprendizaje en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (UNPRG). Material y Método: Tipo de estudio: analítico, transversal. La población de estudio fueron los estudiantes de Medicina de la UNPRG, muestra de 174 alumnos. Se midió la calidad de sueño mediante el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh y los estilos de aprendizaje con el cuestionario de estilos de aprendizaje de Honey-Alonso, convirtiéndolos luego al modelo de Kolb. Análisis estadístico: Medias, frecuencias, chi-cuadrado y T-student, además del cálculo de la Razón de Prevalencia. Resultados: La frecuencia de mala calidad del sueño fue de 79,9%. El estilo de aprendizaje predominante fue el asimilador con una frecuencia del 54,5% (95) ($p > 0,05$). Discusión: No se encontró asociación entre calidad de sueño y estilos de aprendizaje. Existió asociación entre calidad

de sueño y realizar actividades deportivas o actividades académicas extracurriculares, encontrando 32% menos probabilidad de tener mala calidad de sueño.

Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. Autor: Rosales, E. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2007.

Resumen: Determinar el grado de somnolencia diurna y calidad del sueño en estudiantes de medicina. Diseño: Estudio transversal. Lugar: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Participantes: Estudiantes de medicina. Intervenciones: Muestra no probabilística de estudiantes de medicina del sexto (76 externos) y séptimo (74 internos) años de estudios. Cuestionarios: datos demográficos, escala de somnolencia de Epworth e índice de calidad del sueño Pittsburgh. Principales medidas de resultados: Somnolencia diurna y calidad del sueño. Resultados: No hubo diferencia con respecto a la somnolencia y calidad del sueño entre externos e internos. De todos los encuestados, 58% tenía mala calidad del sueño y 34% excesiva somnolencia diurna. La latencia subjetiva del sueño mayor de 30 minutos, dormir 6 horas o menos, eficiencia subjetiva del sueño menor de 85% y el uso de medicación hipnótica estuvieron asociados con mala calidad del sueño. Asimismo, dormir 5 horas o menos, consumo de cafeína y tabaquismo estuvieron asociados a mala calidad del sueño y excesiva somnolencia diurna. La correlación entre calidad del sueño y somnolencia diurna fue $R=0,426$ $p<0,001$. Conclusiones: Encontramos alta frecuencia de pobre calidad del sueño y excesiva somnolencia diurna en los estudiantes de medicina encuestados. Ambas estuvieron asociadas a consumo de cafeína y tabaco, latencia subjetiva del sueño prolongada, corta duración del sueño, eficiencia subjetiva del sueño menor de 85% y uso de medicación hipnótica. Hubo correlación entre calidad del sueño y somnolencia diurna.

Factores psicosociales y su relación con la calidad de sueño en estudiantes de enfermería de la Tacna-2012. Autores: Guevara; Y. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.

Resumen: Los estudiantes subestiman la importancia del sueño en su vida diaria. Ellos renuncian a dormir durante los períodos de estrés, sin darse cuenta que están saboteando su salud física y mental. Entre los riesgos de salud asociados a la falta de sueño están las deficiencias del sistema inmunológico y cardiovascular, así como el aumento de peso. En el estudio se analiza la calidad del sueño con un total de 143 estudiantes de enfermería (124 mujeres y 9 varones) por medio del Índice de la Calidad de sueño de Pittsburgh el cual consta de siete dimensiones: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Las preguntas hacen referencia al último mes. Además se evaluó la relación con los factores psicosociales. Se encontró que la mayoría de los estudiantes de la escuela de enfermería son malos dormidores con un 86,7% lo que indican que sufren de algún trastorno de sueño, con respecto a la duración de sueño se observa que un 31,47 % tienden a dormir menos de 5 horas, La latencia subjetiva del sueño menor a 15 minutos con un 56,6% y 21 % consume alguna de medicación hipnótica. En cuanto a la relación de los factores psicológicos que es el estrés encontramos que si existe correlación entre ambas variables con $0,028 < \alpha < 0,05$.

2.2. Investigaciones Internacionales

Calidad del dormir, insomnio y rendimiento académico en estudiantes de medicina. Autores: Monterrosa; Ulloque; Carriazo. Departamento de Investigaciones. Líder del Grupo de investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena, Colombia, 2014.

Resumen: Es alta la prevalencia de mala calidad del sueño en estudiantes universitarios, especialmente de medicina. Los disturbios del dormir repercuten de manera negativa en la salud mental, física y en la calidad de vida. El objetivo es evaluar la calidad del dormir e insomnio y su asociación con el rendimiento académico, en estudiantes de medicina de una universidad pública del Caribe Colombiano. Estudio transversal, realizado en estudiantes de primero a décimo semestre de medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia. Se aplicó formulario de datos socio demográfico y académico, así como la Escala de Insomnio de Atenas y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Puntuación de Atenas > 5 indica insomnio y Pittsburgh >5: malos dormidores. Participación voluntaria, estratificada por sexo y semestre. Los datos fueron analizados con Epi-Info 7. Valor de $p < 0.05$ estadísticamente significativo. Participaron 210 estudiantes. Edad: 19.7 ± 2.0 . Varones: 49.0%, procedentes de Cartagena: 69%. Promedio académico: 3.8 ± 0.2 . Rendimiento académico alto: 31.4%. Se estimaron como malos dormidores el 88.1%. No se observaron diferencias significativas entre buenos dormidores y malos dormidores en cuanto a rendimiento académico. El 46.6% presentaban insomnio. Los estudiantes con rendimiento académico alto, tuvieron significativamente menor presencia de insomnio. Los estudiantes con insomnio y malos dormidores tuvieron presencia significativamente mayor de somnolencia diurna. Se concluye que en estudiantes de medicina de una universidad colombiana fue elevada la presencia de malos dormidores, pero ello no se asoció con el

rendimiento académico. El insomnio también fue elevadamente prevalente y si tuvo asociación significativa con el rendimiento académico.

Frecuencia y factores de riesgo al síndrome de Burnout en un hospital de segundo nivel. Autor: Alcaraz Ramos. Universidad Colima, México. 2006.

Resumen: Nuestro objetivo fue determinar la frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome Burnout en el personal de enfermería y médico del H.G.Z. N°1 del IMSS, Colima. Material y métodos: Se realizó un estudio trasversal analítico. Por medio del cuestionario de Maslach Inventory Burnout se encuestaron 178 trabajadores de la salud. Análisis estadístico. Se utilizaron promedios, desviación estándar y porcentajes. La comparación de promedios se realizó con la pruebas t de Student o U de Man-Whitney. Resultados: 178 profesionales, n=38 médicos (21.3%) y n=140 enfermeras (78.7%), n=133 del sexo femenino y n=45 hombres. El promedio de edad fue de 36.8 ± 8.2 años. Un 7.3% presentaron el síndrome de Burnout, 14% cansancio emocional, 13.5% despersonalización y 9.6% falta de realización personal. El sexo, profesión, estado civil y el tener más de otro trabajo fuera de la institución, fueron considerados como factores de riesgo para el síndrome de Burnout, a estas variables se les determinó razón de momios o razón de ventajas.

Calidad de sueño en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería. Autor: Villarroel, P. Universidad: Universidad Autónoma de Madrid. 2014

Resumen: Los estudiantes universitarios son vulnerables a sufrir alteraciones en su Calidad de Sueño (CS) debido a sus múltiples obligaciones académicas y socio-laborales. Por esta razón nos propusimos conocer la CS de los estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela durante el año 2013. Se estudió una

población de 560 estudiantes: 434 de Medicina, con edad promedio de 20.40 ± 3.39 años y 126 de Enfermería, con edad promedio de 21.74 ± 4.34 años. Fueron entrevistados en tres (3) periodos de la carrera al inicio, a mediados y al final. Para la recolección de los datos, se utilizó el cuestionario Índice Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP) el cual valora la CS tanto cuantitativa como cualitativamente. Del total de estudiantes encuestados el 70,4% (n=216 18- 20 años) eran buenos, y 47,5% (n=19 > 26 años) eran malos dormidores. Se encontró un mayor porcentaje de malos dormidores entre los estudiantes de Enfermería (60,3% [n=76]) que entre los de Medicina (un 24,0% [n=104]). No hubo diferencias significativas de género. Sin embargo el 56,6% de los hombres que realizaban actividades extra-académicas tales como cuidar enfermos o trabajar en restauración, eran malos dormidores; mientras que el 61,2% de las mujeres que dormían mal tenían más trabajo en el hogar y más responsabilidades familiares.

Calidad del sueño en personal de enfermería. Autor: Rodrigo Heredia, S. Universidad Complutense de Madrid. 2011.

Resumen: dormir es una necesidad humana de primer orden, aunque no fuera medido más que en términos de tiempo, habría que considerar al sueño como una actividad vital importante ya que las personas pasan por término medio de un tercio a un cuarto del tiempo de sus vidas durmiendo. La enfermería es una profesión que en un alto porcentaje de casos desarrolla su jornada laboral en turnos rotatorios, turnos que en ocasiones provocan trastornos en los hábitos de vida de los profesionales incluido el sueño. Con este trabajo se pretende analizar e intentar poner de manifiesto como los turnos laborales en enfermería afectan a la calidad de sueño de los profesionales.

Síndrome de Burnout y agresividad en policías mexicanos: Resultados preliminares de un estudio de casos exploratorio. Autores: Blasco; Llor; García; Sáez; Sánchez. 2002. Universidad Autónoma de México.

En México la investigación sobre policías se sigue relacionando con aspectos críticos y negativos como la corrupción omitiendo la detección de necesidades psicológicas en los policías como el burnout y sus posibles consecuencias negativas como la agresividad. Por ello este trabajo explora la existencia de estas dos variables en policías ministeriales mexicanos con el objetivo de coadyuvar en el conocimiento de este colectivo en el país. Método: Investigación exploratoria, descriptiva y transversal basada en el estudio de casos de tres policías ministeriales mexicanos que contestaron el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1981) y el Cuestionario de Agresividad (Buss y Perry, 1992). Resultados: De acuerdo a los análisis descriptivos realizados se hallaron niveles medios-altos de burnout y algunos resultados contradictorios en los niveles de agresividad. Se interpretan los resultados a la luz de los antecedentes teóricos disponibles sobre burnout en policías. Conclusiones: Al tratarse de un estudio exploratorio y no concluyente se sugiere que, desde una perspectiva de la psicología policial, se continúe investigando con el estudio del burnout en el sector policial para poder prevenir sus consecuencias indeseables como la agresividad.

Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. Revista Latinoamericana de Psicología. Autor: Grimaldo. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2013.

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación que existe entre calidad de vida profesional y sueño en un grupo de estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud, mediante un diseño correlacional, en una muestra conformada por 198

participantes. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Calidad de Vida Profesional CVP-35 de Cabezas (1998) y un cuestionario de sueño y reposo diseñado para el presente estudio. Se encontró correlación entre calidad de vida profesional y sueño en el grupo de edad de 31 a 40 años (0.26). Es probable que este grupo valore el sueño como aspecto importante para su calidad de vida profesional, lo cual podría estar influyendo en su desempeño laboral

Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Setiembre 2012. Universidad de Costa Rica. Autores: Arias; Castro.

Resumen: En el Hospital Nacional Psiquiátrico ya se han realizado estudios en residentes de psiquiatría y en el personal de enfermería; en el caso de estos últimos, aún no se han publicado los resultados. Similar al caso anterior, el Hospital Nacional de Niños trabaja con población que implica un alto grado de involucramiento, como lo es la población infantil de Costa Rica; por lo que se podría hipotetizar que los trabajadores de este centro podrían presentar una prevalencia elevada del síndrome de Burnout. En particular ha llamado nuestra atención el personal de enfermería, que finalmente es el que se encuentra al lado del paciente y por lo general permanece por periodos más prolongados en los servicios. Se han llevado a cabo múltiples estudios de investigación sobre el síndrome de Burnout a nivel mundial, la mayoría ha intentado establecer la prevalencia del mismo; algunos otros autores han recopilado toda la información disponible para plantear distintas teorías explicativas de su aparición. Para realizar la presente investigación nos dimos a la tarea de revisar la información disponible en el tema tanto de metanálisis como de estudios descriptivos, la metodología de selección de estos estudios será discutida más adelante en lo referente al diseño metodológico. Resultados: Podemos observar que en

cuanto a la edad, en el grupo de bajo riesgo el 21,8 % de las (os) enfermeros tienen entre 30 y 34 años de edad, seguido por el grupo entre los 35 y 39 años de edad y posteriormente el grupo entre los 25 y 29 años de edad con 14,9% y 12,9% respectivamente. Que el 9% son del sexo masculino y por lo tanto el 91% son mujeres, que el 80,2% de ellos no consume alcohol y el 27,7% son portadoras (es) de enfermedad crónica. En el grupo de mediano riesgo la distribución de rangos de edad es más variada, entre los más frecuentes el rango de edad comprendido entre los 30 y 34 años y el de 50-54 años. Entre ellos el 14% son hombres y el 86% son mujeres. El 95,2% no consume alcohol el 76,2% no son portadoras (es) de enfermedad crónica.

Estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria. Universidad de Valladolid. Autor: De La Cruz de Paz. 2013.

Resumen: Hoy en día la sociedad vive de manera acelerada enfrentándose cada día a la escasez de puestos de trabajo y la presión laboral que se respira en estos. En el ámbito de la salud, el profesional de enfermería está sometido en líneas generales a estresores que propician el desarrollo de diversos niveles de estrés, que cuando no se atiende a tiempo se puede convertir en un síndrome, incapacitando a la persona en su vida productiva, social y afectiva. Objetivos: Explicar las características que definen y determinan el síndrome de Burnout, así como evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout y de sus tres componentes (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales sanitarios de la unidad de urgencias del Hospital Universitario del Río Hortega (en adelante HURH) de Valladolid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, para conocer la existencia del síndrome de burnout que se padece entre los profesionales sanitarios de dicho hospital. Conclusiones: Podemos deducir

de este estudio que el perfil del sujeto afecto de Burnout se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral de más de 10 años, que manifiesta una baja realización personal (RP) en su trabajo, por encima del resto de dimensiones del Síndrome de Burnout (SB), estando el agotamiento personal (AP) y la despersonalización (D) en niveles medios, con una prevalencia del 14% de profesionales afectados (con las tres dimensiones en niveles altos), y con un alto riesgo de padecer el síndrome en un 24% (con dos dimensiones en niveles elevados y la tercera en nivel medio).

3. Definiciones Conceptuales y Operacionales de Variables

3.1. Definición Conceptual de Variables

- **Cansancio Emocional:** Es definido como la dimensión que conceptualiza la disminución de recursos emocionales (Mansilla, 2010). Entre las características de este constructo se encuentran una disminución de interés por la actividad laboral y frustración ante una jornada de trabajo acompañado de agotamiento físico (Maslach, 2003).
- **Despersonalización:** Comportamiento que evidencia pérdida de interés y empatía hacia clientes o pacientes (Gil-Monte; Carretero; Roldán, 2005) y compañeros de trabajo (Maslach; Wilmar; Schaufeli; Leiter, 2001). Se caracteriza por el uso de un lenguaje descalificador para clientes y compañeros de trabajo así como la poca predisposición para solucionar problemas laborales (Maslach, 2003).
- **Realización Profesional:** Percepción del desempeño profesional relacionado con sentimientos de satisfacción e insatisfacción que influyen en la relación cliente – cuidador (Maslach, 2003). Un nivel insuficiente de realización profesional se caracteriza por sentimientos de insuficiencia (Bakker, 2002).

- **Calidad de Sueño:** Proceso en el que se integran variables cuantitativas (duración del sueño, latencia del sueño y número de despertares) y variables subjetivas (reparabilidad y profundidad) (Pietro, 2014, citado por Montero, Ochoa y Segarra, 2014).
- **Experiencia Laboral:** Hernández (2012) la define como la práctica prolongada de la profesión que nutre los conocimientos y habilidades para su desempeño u oficio. Así mismo, en la contabilización del tiempo de la experiencia laboral no se toma en cuenta el periodo de prácticas pre-profesionales puesto que en este periodo el sujeto se encuentra aún en tiempo de formación académica (Jiménez, 2007).

3.2. Definición Operacional de Variables

Síndrome del Burnout – CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Ítems
Síndrome del Burnout	Cansancio Emocional	-Irritabilidad -Abatimiento -Insensibilidad	Cuantitativa de Intervalo	1-2-3-6-8-13-14-16-20
	Despersonalización	-Actitud cínica -Aislamiento -Distanciamiento	Cuantitativa de Intervalo	5-10-11-15-22
	Realización Personal	-Percepción de desaparición de posibilidad de logro -Vivencias de fracaso -Sentimientos de baja autoestima	Cuantitativa de Intervalo	4-7-9-12-17-18-19-21

Calidad de sueño – CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO

Variable	Dimensiones	Escala de Medición	Ítems
Calidad de sueño	Calidad subjetiva del sueño	Cuantitativa de Intervalo	6
	Latencia del sueño	Cuantitativa de Intervalo	2-5
	Duración del sueño	Cuantitativa de Intervalo	4
	Eficiencia del sueño habitual	Cuantitativa de Intervalo	1-3-4
	Alteraciones del sueño	Cuantitativa de Intervalo	5b-5j
	Uso de medicación hipnótica	Cuantitativa de Intervalo	7
	Disfunción diurna	Cuantitativa de Intervalo	7-8-9

4. Hipótesis de la Investigación

4.1. Hipótesis General

- Existe relación entre las dimensiones de burnout Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Profesional con la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana.

4.2. Hipótesis Específica

- Existe relación entre la dimensión Cansancio Emocional y la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la edad.
- Existe relación entre la dimensión Despersonalización y la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la edad.

- Existe relación entre la dimensión Realización Profesional y la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la edad.
- Existe relación entre la dimensión Cansancio Emocional y la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la experiencia profesional.
- Existe relación entre la dimensión Despersonalización y la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la experiencia profesional.
- Existe relación entre la dimensión Realización Profesional y la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la experiencia profesional.
- Existe relación entre la dimensión Cansancio Emocional y la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la tenencia de hijos.
- Existe relación entre la dimensión Despersonalización y la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la tenencia de hijos.
- Existe relación entre la dimensión Realización Profesional y la Calidad de Sueño en licenciadas y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana en función a la tenencia de hijos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Nivel y Tipo de Investigación

El nivel de la investigación es básico puesto que busca incrementar los conocimientos científicos y teóricos sin modificar directamente la realidad. El tipo de investigación descriptiva ya que se recoge información de la realidad sin manipular variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2002).

2. Diseño de la Investigación

El diseño de la presente investigación es descriptivo-correlacional puesto que busca medir el grado de relación entre dos variables en un contexto particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2002).

3. Naturaleza de la muestra

3.1. Población

3.1.1. Descripción de la Población

La población se encuentra constituida por 118 licenciadas y técnicas de enfermería cuya información fue proporcionada por la clínica de salud. Sus edades se encuentran entre los 18 a 54 años. Se realizará la investigación con la totalidad de la población.

3.2. Muestra y Método de Muestreo

No se usará método de muestreo puesto que se realizará la investigación con la población total. La muestra será censal.

3.3. Criterios de Inclusión

- Enfermeras y técnicas de enfermería que se encuentren laborando en la clínica en cualquier modalidad de contrato

3.4. Criterios de Exclusión

- Enfermeras o técnicas de enfermería que presenten alguna perturbación psicológica o se encuentren en actual tratamiento psicológico

4. Instrumentos

4.1. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach y Jackson (adaptación peruana por Ilaja v; Sarriá c. Y García p.)

Inicialmente elaborado por Maslach y Jackson (1986), se encontraba orientado a profesionales de la salud para luego ser utilizados en otras carreras en diferentes países. El instrumento consta de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su entorno laboral y en la relación que establece con sus pacientes. La calificación del instrumento se realiza mediante una escala Likert; de esta manera el participante expresa la frecuencia con la que ha experimentado cualquiera de las afirmaciones de acuerdo a su realidad. Los polos de la escala van desde nunca (0), hasta siempre o todos los días (6).

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

La puntuación se obtiene de la suma de los puntos anotados en los elementos correspondientes a cada una de las escalas:

- Dimensión *Cansancio Emocional* le corresponde los ítems 1-2-3-6-8-13-14-16-20 y tiene un PDM de 54.
- Dimensión *Despersonalización* le corresponde los ítems 5-10-11-15-22 y tiene un PDM de 30.
- Dimensión *Realización Profesional* le corresponde los ítems 4-7-9-12-17-18-19-21 y tiene un PDM de 48.

Puntajes altos en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización y bajas en la dimensión de Realización Personal concluyen la aparición del Síndrome de Burnout. Puntuaciones medias en las tres dimensiones reflejan un grado medio del síndrome. Bajas puntuaciones en Cansancio Emocional y Despersonalización acompañas de un alto puntaje en Realización Personal indican un grado bajo o nulo del síndrome (Gil Monte; Peiró, 1999).

Adaptación española

Llaja, Sarriá y García (2007) realizaron la adaptación de esta prueba con una muestra experimental de 156 profesionales médicos de varios centros hospitalarios. El instrumento ha mostrado una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9

(Valdivia 2011, citando a Capilla, 2008 citado en Llaja, Sarriá y García, 2007). La dimensión Cansancio Emocional obtuvo un coeficiente de 0.9, la dimensión de Despersonalización; 0.79 y la dimensión Realización Personal; 0.71.

Adaptación Peruana

Llaja, Sarriá y García (2007) realizaron la adaptación en nuestro país con una muestra de 313 participantes, entre médicos y enfermeras del Departamento de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Padomi, Neurología y Epidemiología de un hospital de Lima. Se realizó la confiabilidad del instrumento a través del método de consistencia interna y se aplicó el coeficiente de alfa de Cronbach. La dimensión Cansancio Emocional obtuvo una correlación de 0.80, la dimensión de Despersonalización; 0.47 y la dimensión Realización Profesional; 0.73. Llaja (2007) decidió crear niveles adicionales. La aparición de un síntoma significaría Riesgo, dos síntomas corresponden a Tendencia y tres síntomas diagnosticarían el síndrome (Llaja V; Sarriá C. y García P, 2007). El instrumento fue utilizado por la licenciada Zoila Carolina Valdivia Chávarry (2011) en una población de enfermeras de un instituto oncológico de Lima.

Para fines de la investigación se realizó la confiabilidad de las dimensiones del instrumento mediante el alfa de Cronbach. La dimensión Cansancio Emocional obtuvo una correlación de 0.828, la dimensión Despersonalización obtuvo una correlación de 0.48 y la dimensión Realización Profesional una correlación de 0.607. En totalidad, el instrumento obtuvo una confiabilidad de 0.791. El cuestionario de Maslach Burnout Inventory ha sido utilizado en ocasiones anteriores en la misma institución como parte de investigaciones previas y procesos anteriores del área de recursos humanos. Así mismo, investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia ha utilizado el instrumento en la versión de Llaja y Sarriá en investigaciones posteriores (Valdivia, 2011).

4.2. Cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh (1988)

Calidad de Sueño de Pittsburgh: En 1988 Daniel J. Buysse diseñó el Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh con la intención de disponer de un instrumento que analizase la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos, enseguida fue ampliamente utilizado y adoptado. El PSQI es un cuestionario autoadministrado. Consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y 5 cuestiones evaluadas por el compañero/a de cama. Las cinco últimas cuestiones son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del PSQI. Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Buysse propone un punto de corte de 5 (≥ 5 malos dormidores).

Se trata de un cuestionario breve, sencillo y bien aceptado por los pacientes. En población general, se puede utilizar como elemento de screening para detectar “buenos” y “malos” dormidores. En población psiquiátrica, puede identificar pacientes que presentan un trastorno del sueño concomitante con su proceso mental. Es capaz de orientar al clínico sobre los componentes del sueño más deteriorados. Permite la monitorización de los pacientes para: seguir la historia natural del trastorno del sueño que presentan; la influencia de la alteración del sueño sobre el curso de los procesos psiquiátricos; la respuesta a los tratamientos específicos, etc.

Como instrumento autoadministrado puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural. El PSQI ofrece una medida estandarizada y cuantitativa de la calidad del sueño que rápidamente identifica a “buenos” y “malos” dormidores, pero no proporciona un diagnóstico, aunque orienta al clínico hacia las áreas del sueño más deterioradas.

Confiabilidad: En el trabajo original de Buysse se administró el cuestionario a 148 sujetos, divididos en 3 grupos: el primero lo formaban 52 individuos “buenos dormidores”; el segundo constaba de 34 pacientes con diagnóstico de depresión mayor; el tercero, estaba formado por 45 pacientes diagnosticados de trastorno de iniciación y/o mantenimiento del sueño (TIMS) y 17 con diagnóstico de trastorno de somnolencia excesiva (TSE). La fiabilidad medida como consistencia interna —alfa de Cronbach—, fue elevada tanto para los 19 items como para los 7 componentes, las puntuaciones de los items, los componentes y la global se mantuvieron estables a lo largo del tiempo —test-retest—. En el trabajo de Royuela y Macías la fiabilidad expresada como consistencia interna fue elevada (alfa de Cronbach de 0.81).

Validez: En el trabajo de Buysse, los datos de validez predictiva arrojan los siguientes resultados: para un punto de corte de 5 (≥ 5 malos dormidores) la sensibilidad era del 89.6% y la especificidad del 86.5%. La tasa de mal clasificados fue del 11.5% para el conjunto de la muestra, del 15.6% para el grupo de pacientes con TIMS, el 12% de los pacientes con TSE y 3% de los pacientes con depresión mayor. En el trabajo de Royuela y Macías, para un punto de corte de 5, se obtuvo una sensibilidad del 88.63%, una especificidad del 74.99% y un VPP del 80.66.

En Perú, en un estudio realizado por Calderón, Quiroz y Gonzales (2010) en pobladores andinos se encontró una validez del cuestionario de 82 por ciento y una fiabilidad de 0.79 por ciento. Rosales (2010) realizó una investigación de calidad de sueño

en pobladores de la sierra peruana y encontraron que el Cuestionario de Pistburg tiene una confiabilidad de 86,5 %. Así mismo, encontraron una alta confiabilidad interna (superior al 0.50). Del Pielago (2013) encuentra una validez de 0.78. Para fines de la investigación se realizó una validez de contenido por medio del estadístico Aiken para lo cual se solicitó la asistencia de diez especialistas. Los reactivos del instrumento tuvieron puntajes de 1.00 a 0.82, tomándose como válidos.

4.3. Ficha Sociodemográfica

Se elaboró una ficha sociodemográfica con el objetivo de recolectar datos importantes para la investigación (Anexo 4).

5. Procedimiento

1. Se recibió la petición de la institución para realizar un estudio con su personal de enfermería y técnicas de enfermería como parte de los procedimientos del área de recursos humanos de la clínica.
2. Se solicitó utilizar la base de datos a fin de presentar los resultados de la investigación en el presente estudio.
3. Se procedió a importar los datos en el programa estadístico SPSS a fin de realizar el análisis estadístico.

6. Plan de Análisis

Se realizará un análisis de normalidad para establecer el uso de pruebas paramétricas como el coeficiente de correlación de Pearson para identificar la correlación entre variables no paramétricas como la rho de Spearman o la tau de Kendall. Los índices de correlación se interpretarán, según Hernández, Fernández y Baptista (2002), de la siguiente manera:

- $-1,00$ = Correlación negativa perfecta
- $-0,90$ = Correlación negativa fuerte
- $-0,75$ = Correlación negativa considerable
- $-0,50$ = Correlación negativa media
- $-0,10$ = Correlación negativa débil
- $0,00$ = Correlación nula
- $+0,10$ = Correlación positiva débil
- $+0,50$ = Correlación positiva media
- $+0,75$ = Correlación positiva considerable
- $+0,90$ = Correlación positiva muy fuerte
- $+1,00$ = Correlación positiva perfecta

Los datos obtenidos serán analizados por medio del paquete estadístico computarizado “SPSS”, se creará la matriz de datos y mediante el programa se realizarán las pruebas estadísticas necesarias en dicha base de datos, para posteriormente interpretar los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación, se presentará los resultados obtenidos en la investigación alineados en función a los objetivos. En la Tabla N° 1 se muestra los resultados señalados por el estadístico coeficiente ETA que asocia las variables calidad de sueño y cansancio emocional; despersonalización y realización profesional:

- El valor de Eta para la relación entre calidad de sueño y cansancio emocional es 0.527, lo cual nos da una correlación moderada.
- El valor de Eta para la relación entre calidad de sueño y es 0.327, lo cual nos da una correlación débil.
- El valor de Eta para la relación entre calidad de sueño y realización profesional es 0.377, lo cual nos da una correlación débil.

Tabla N°1: *Coficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y las dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Profesional.*

	Calidad de Sueño
Cansancio Emocional	0.527
Despersonalización	0,327
Realización Profesional	0,377

Mediante un análisis de la relación de variables se observó una relación no lineal entre las variables. Por consiguiente, se decidió utilizar el estadístico Eta, el cual analiza con mayor precisión relaciones no lineales (Garret, 1971).

Figura N°1 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de sueño y Cansancio Emocional

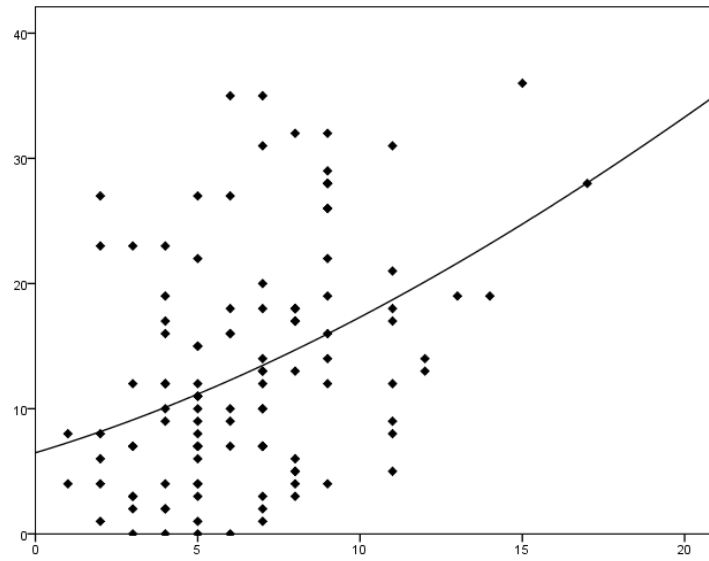


Figura N°2 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Despersonalización

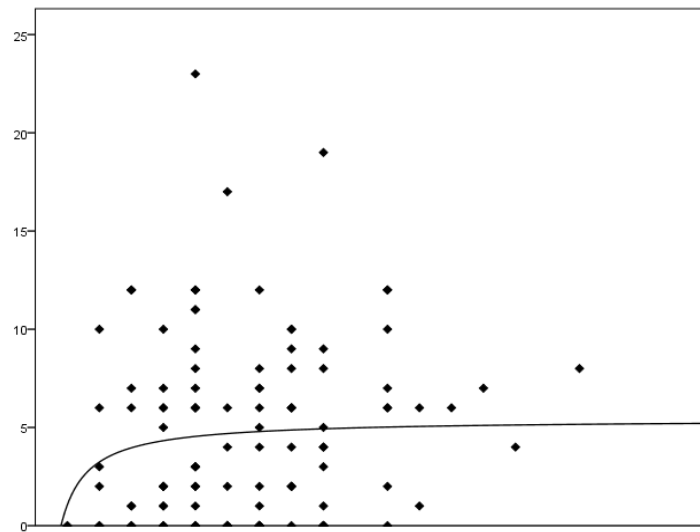
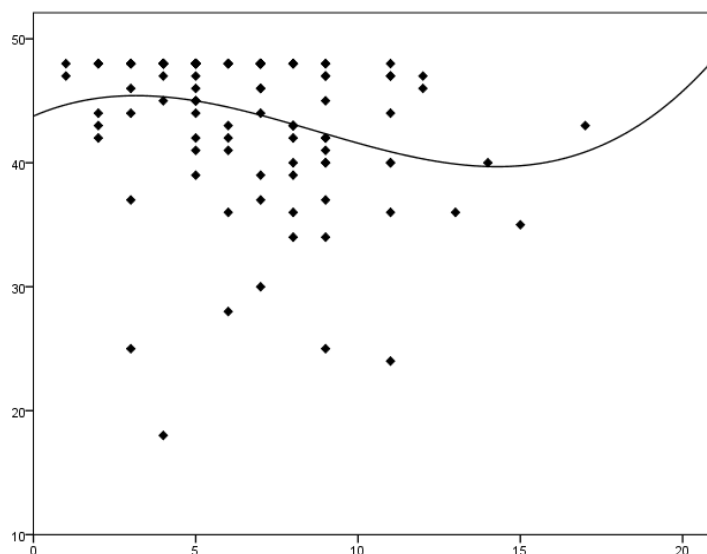


Figura N°3 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Realización Profesional



En relación al objetivo específico conocer la relación entre calidad de sueño y cansancio emocional según a la edad, la Tabla N°2 muestra los resultados señalados por el estadístico coeficiente ETA:

- En el rango de 25 a 34 años se obtiene un valor de 0.491 lo cual nos una correlación débil.
- En el rango de 35 a 44 años se obtiene un valor de 0.741 lo cual señala una correlación moderada.
- En el rango de 45 años a más se obtiene una correlación de 0.967 lo cual señala una correlación fuerte.

Tabla N°2: *Coeficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y Cansancio Emocional según rangos de edad*

Rangos de edad	Coeficiente ETA
25 a 34 años	0,527
35 a 44 años	0,327
45 años a más	0,377

Figura N°4 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Cansancio Emocional y en participantes de 25 a 34 años

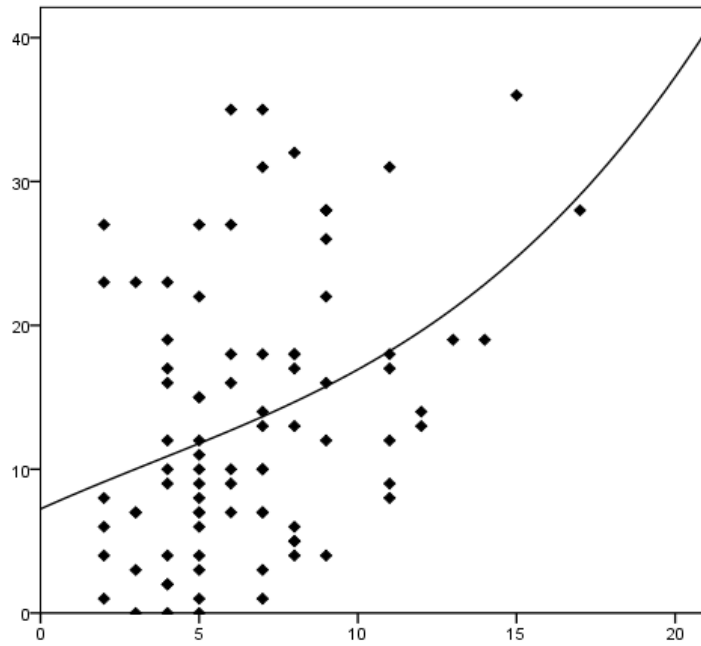


Figura N°5 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Cansancio Emocional en participantes de 35 a 44 años

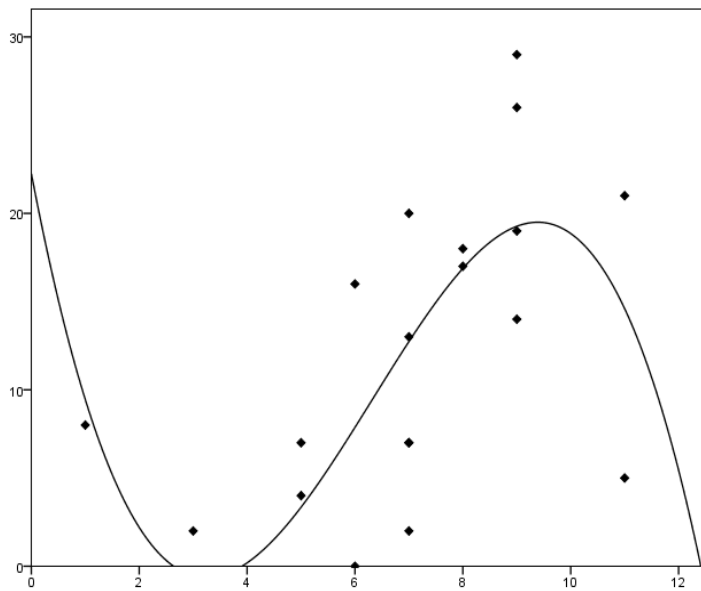
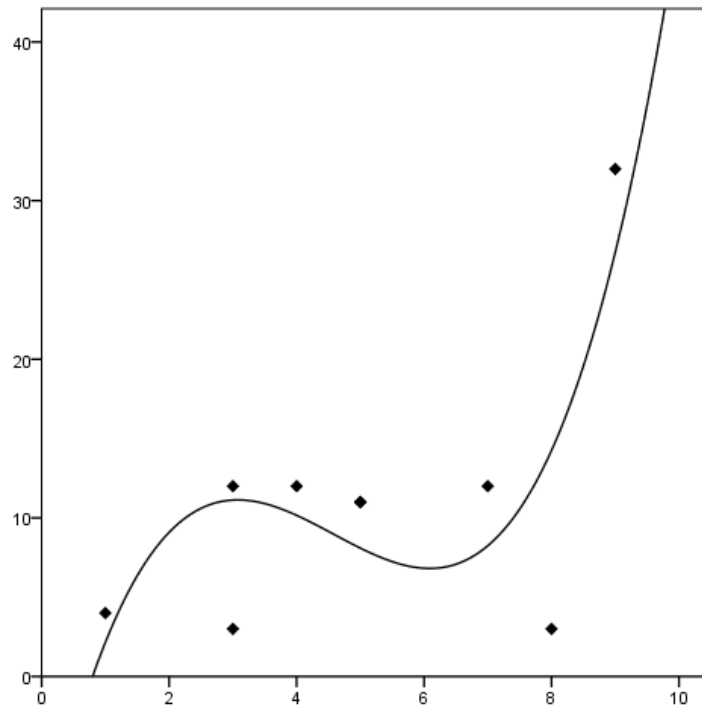


Figura N°6 Dispersión de las puntuaciones de Cansancio Emocional y Calidad de sueño en participantes de 45 años a más



En relación al objetivo específico conocer la relación entre calidad de sueño y despersonalización según la edad; la Tabla 3 muestra los resultados señalados por el coeficiente ETA:

- En el rango de 25 a 34 años se obtiene un valor de 0.358 lo cual nos una correlación débil.
- En el rango de 35 a 44 años se obtiene un valor de 0.818 lo cual señala una correlación fuerte.
- En el rango de 45 años a más se obtiene una correlación de 0.862 lo cual señala una correlación fuerte.

Tabla N°3: *Coefficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y Despersonalización según rangos de edad*

Rangos de edad	Coefficiente ETA
25 a 34 años	0.358
35 a 44 años	0,818
45 años a más	0,862

Figura N°7 *Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Despersonalización en participantes de 25 a 34 años*

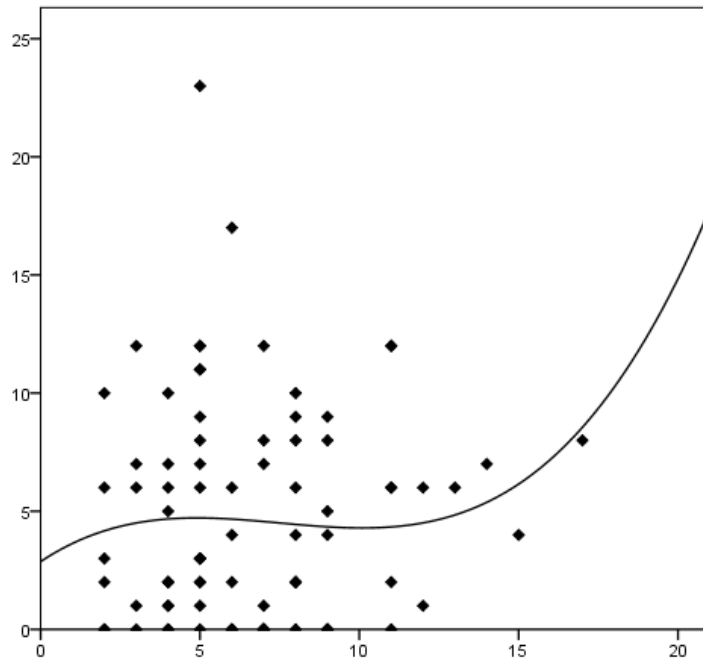


Figura N°8 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Despersonalización en participantes de 35 a 44 años

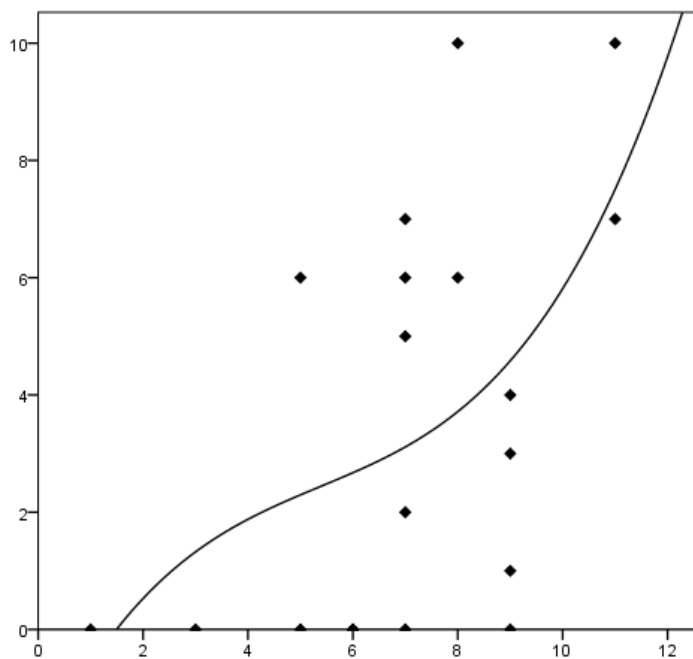
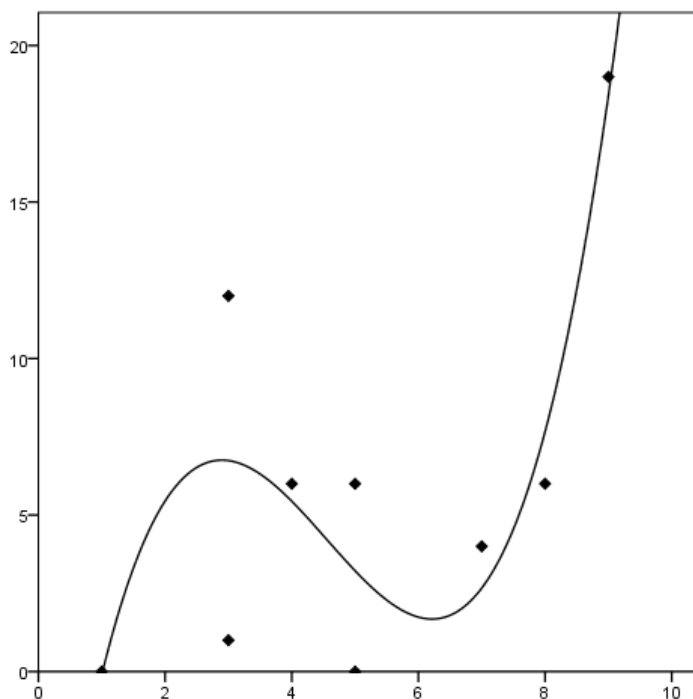


Figura N°9 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Despersonalización en participantes de 45 años a más



En relación al objetivo específico conocer la relación entre calidad de sueño y realización profesional según la edad; en la Tabla N°4 se muestra los resultados señalados por el estadístico coeficiente ETA:

- En el rango de 25 a 34 años se obtiene un valor de 0.357 lo cual nos una correlación débil.
- En el rango de 35 a 44 años se obtiene un valor de 0.674 lo cual señala una correlación moderada.
- En el rango de 45 años a más se obtiene una correlación de 0.978 lo cual señala una correlación fuerte.

Tabla N°4: *Coeficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y Realización Profesional según rangos de edad*

Rangos de edad	Coeficiente ETA
25 a 34 años	0.357
35 a 44 años	0,674
45 años a más	0,978

Figura N°10 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Realización Profesional en participantes de 25 a 34 años

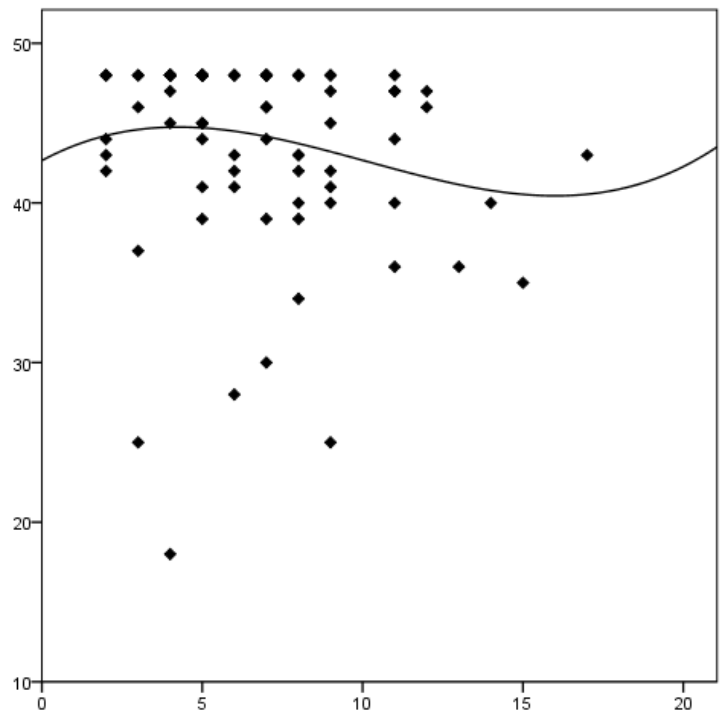


Figura N°11 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Realización Profesional en participantes de 35 a 44 años

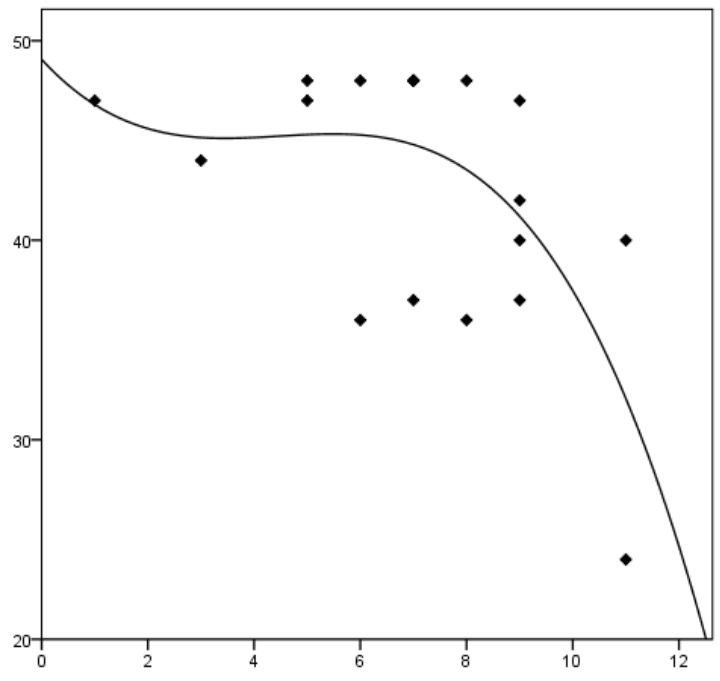
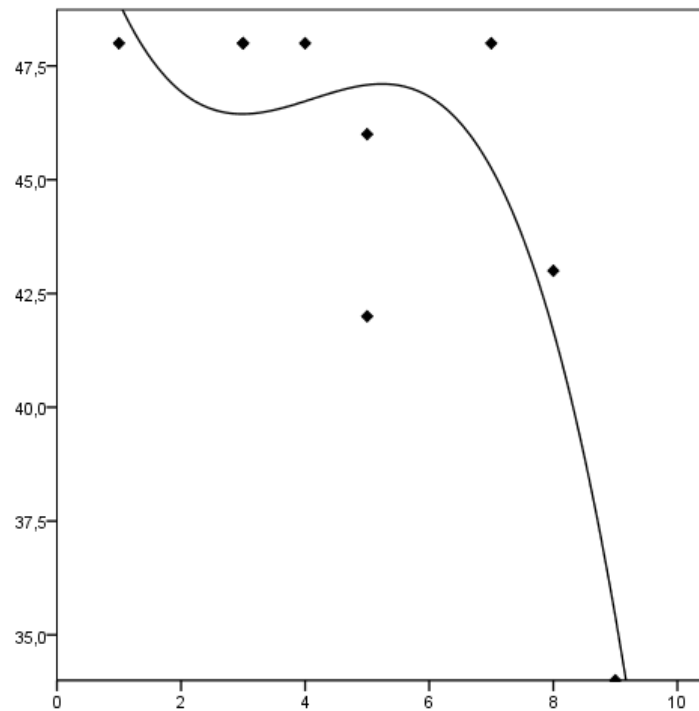


Figura N°12 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Realización Profesional en participantes de 45 a más años



En relación al objetivo específico conocer la relación entre la calidad de sueño y cansancio emocional según la experiencia laboral; la Tabla N° 5 muestra los resultados señalados por el estadístico coeficiente ETA:

- En el rango de 0 a 5 años de experiencia laboral se obtiene un valor de 0.496 lo cual nos una correlación débil.
- En el rango de 6 a 10 años de experiencia laboral se obtiene un valor de 0.748 lo cual señala una correlación moderada.
- En el rango de 11 años a más se obtiene una correlación de 0.774 lo cual señala una correlación moderada.

Tabla N°5: Coeficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y Cansancio Emocional según experiencia laboral.

Experiencia Laboral	Coeficiente ETA
0 a 5 años	0,496
6 a 10 años	0,748
11 años a más	0,774

Figura N°13 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Cansancio Emocional en experiencia laboral de 0 a 5 años

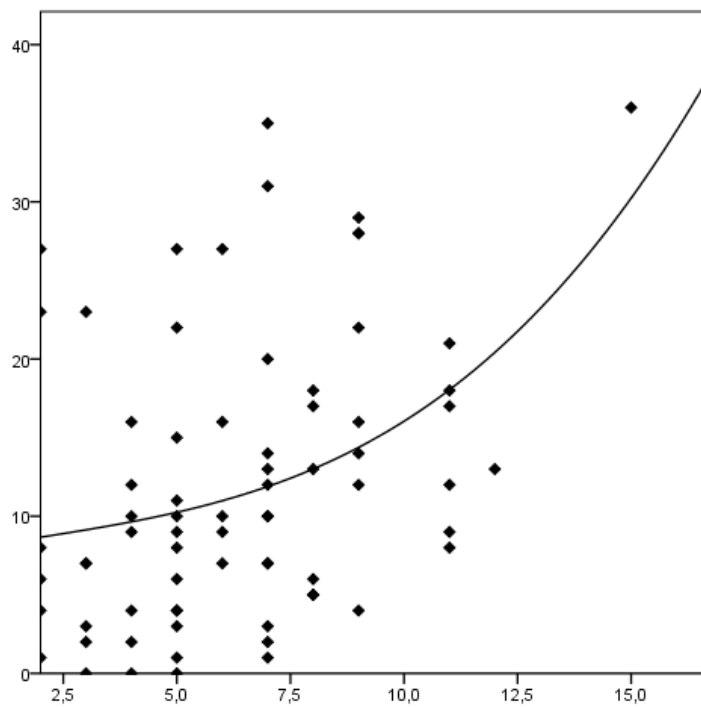


Figura N°14 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Cansancio Emocional en experiencia laboral de 6 a 10 años

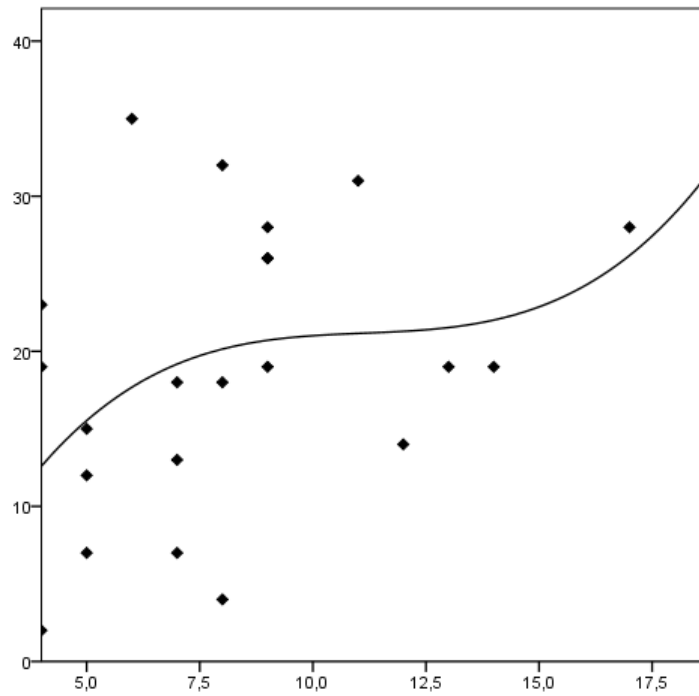
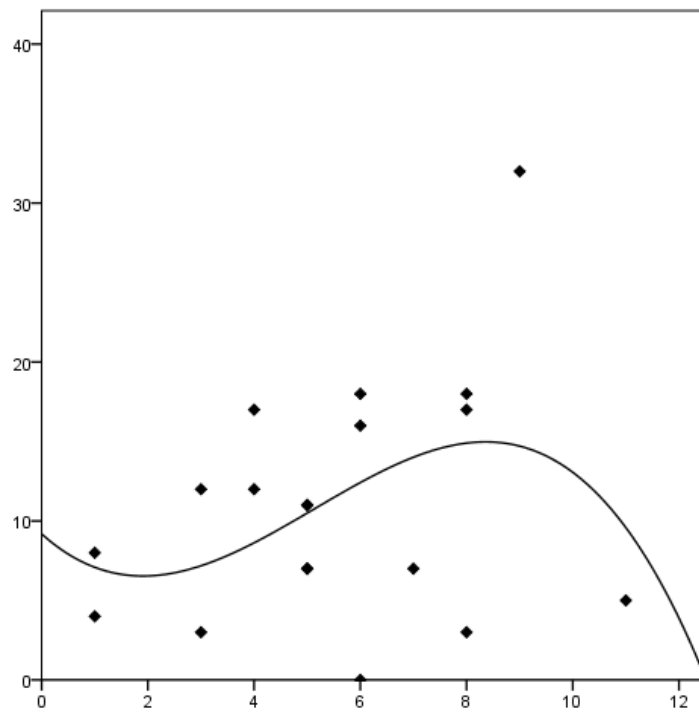


Figura N°15 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Cansancio Emocional en experiencia laboral de 11 años a más



En relación al objetivo específico conocer la relación entre calidad de sueño y despersonalización según experiencia laboral; la Tabla N°6 muestra los resultados señalados por el estadístico coeficiente ETA:

- En el rango de 0 a 5 años de experiencia laboral se obtiene un valor de 0.326 lo cual señala una correlación débil.
- En el rango de 6 a 10 años de experiencia laboral se obtiene un valor de 0.805 lo cual señala una correlación fuerte.
- En el rango de 11 años a más, se obtiene una correlación de 0.867 lo cual señala una correlación fuerte.

Tabla N°6: *Coeficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y Despersonalización según experiencia laboral.*

Experiencia Laboral	Coeficiente ETA
0 a 5 años	0.326
6 a 10 años	0,805
11 años a más	0,867

Figura N°16 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Despersonalización y en experiencia laboral de 0 a 5 años

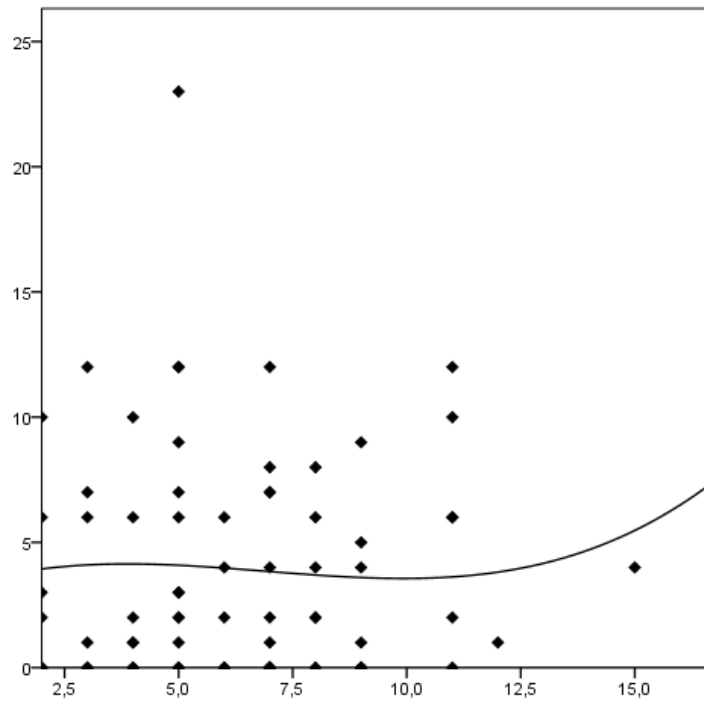


Figura N°17 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Despersonalización en experiencia laboral de 6 a 10 años

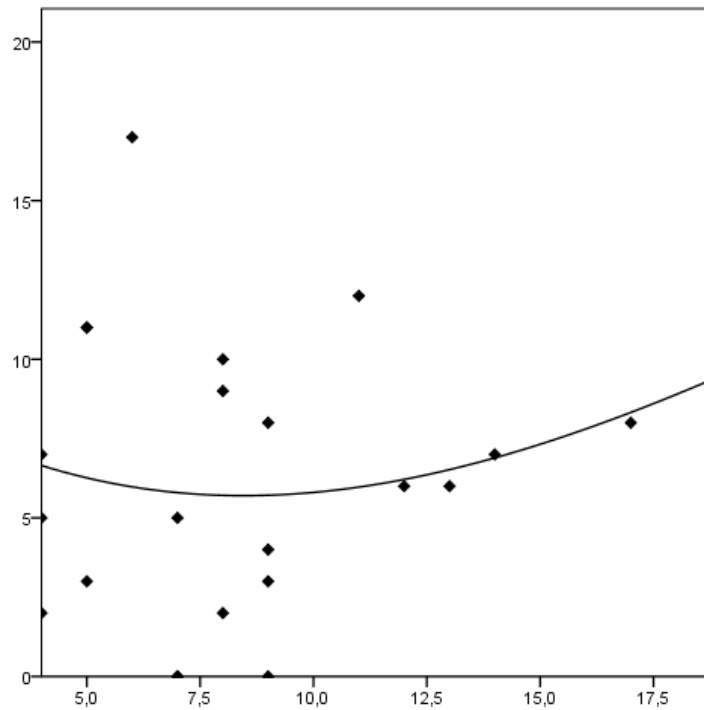
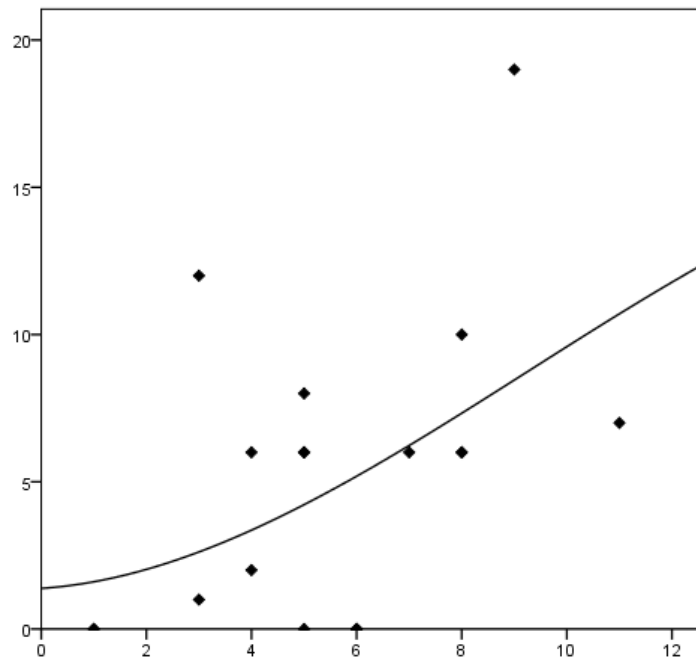


Figura N°18 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Despersonalización en experiencia laboral de 11 años a más



En relación al objetivo específico conocer la relación entre la calidad de sueño y realización profesional según experiencia laboral; la Tabla N°7 muestra los resultados señalados por el estadístico coeficiente ETA:

- En el rango de 0 a 5 años de experiencia laboral se obtiene un valor de 0.425 lo cual señala una correlación débil.
- En el rango de 6 a 10 años de experiencia laboral se obtiene un valor de 0.539 lo cual señala una correlación moderada.
- Finalmente, en el rango de 11 años a más, se obtiene una correlación de 0.761 lo cual señala una correlación fuerte.

Tabla N°7: *Coefficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y Realización Profesional según experiencia laboral.*

Experiencia Laboral	Coefficiente ETA
0 a 5 años	0,425
6 a 10 años	0,539
11 años a más	0,761

Figura N°19 *Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Realización Profesional en experiencia laboral de 0 a 5 años*

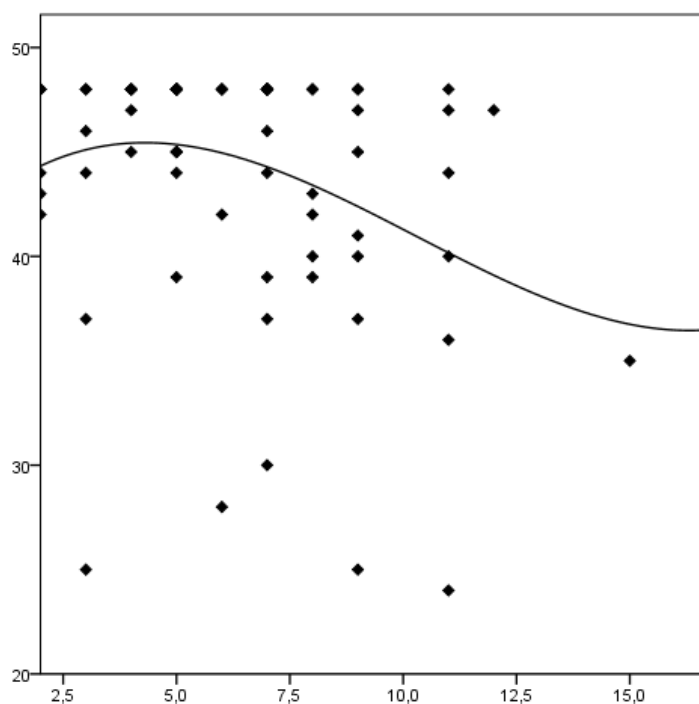


Figura N°20 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Realización Profesional en experiencia laboral de 6 a 10 años

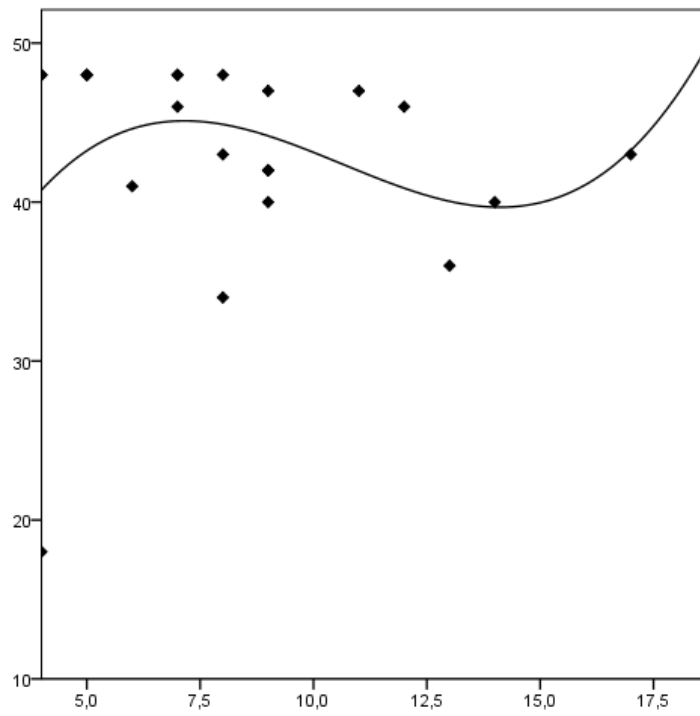
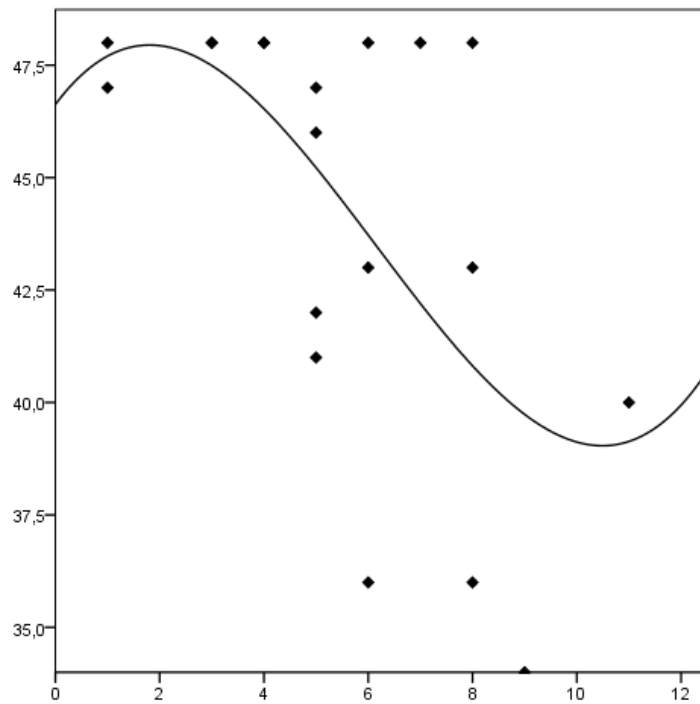


Figura N°21 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Realización Profesional en experiencia laboral de 10 años a más



En relación al objetivo específico conocer la relación entre calidad de sueño y cansancio emocional según tenencia de hijos; en la Tabla N°8 se muestra los resultados señalados por el estadístico coeficiente ETA.

- En los participantes con hijos se obtiene un valor de 0.646 lo cual señala una correlación moderada.
- En participantes sin hijos se obtiene un valor de 0.589 lo cual señala una correlación moderada.

Tabla N°8: *Coeficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y Cansancio Emocional según Tenencia de hijos.*

Tenencia De hijos	Coeficiente ETA
Con hijos	0.646
Sin hijos	0,589

Figura N°22 *Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Cansancio Emocional en participantes con hijos*

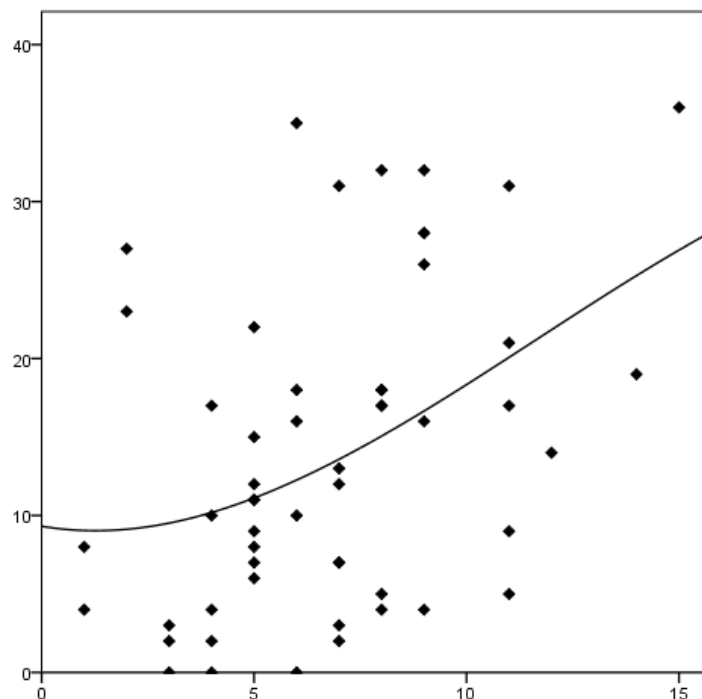
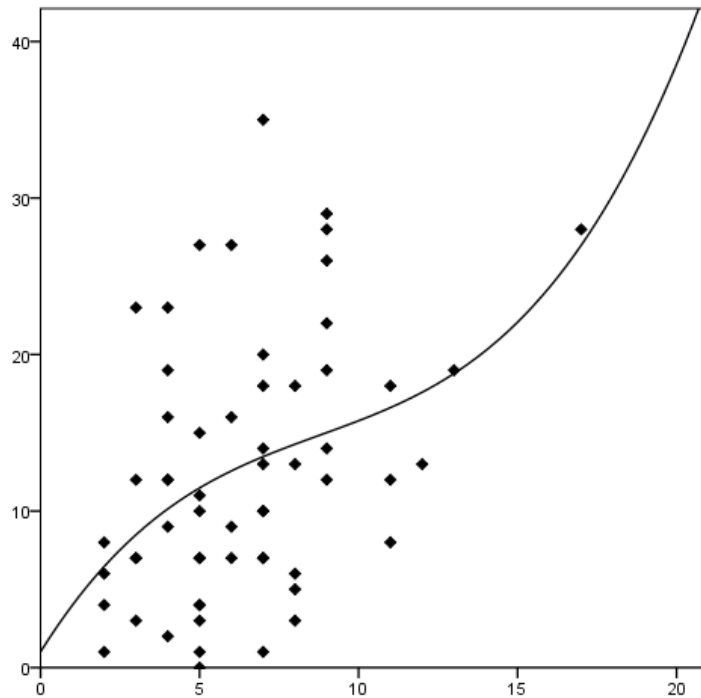


Figura N°23 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Cansancio Emocional en participantes sin hijos



En relación al objetivo específico conocer la relación entre la calidad de sueño y despersonalización según la tenencia de hijos, la Tabla N°9 muestra los resultados señalados por el estadístico coeficiente ETA:

- En los participantes con hijos se obtiene un valor de 0.488 lo cual señala una correlación débil.
- En participantes sin hijos se obtiene un valor de 0.406 lo cual señala una correlación débil.

Tabla N°9: *Coficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y Despersonalización según Tenencia de hijos.*

Tenencia De hijos	Coficiente ETA
Con hijos	0.488
Sin hijos	0,406

Figura N°24 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Despersonalización en participantes con hijos

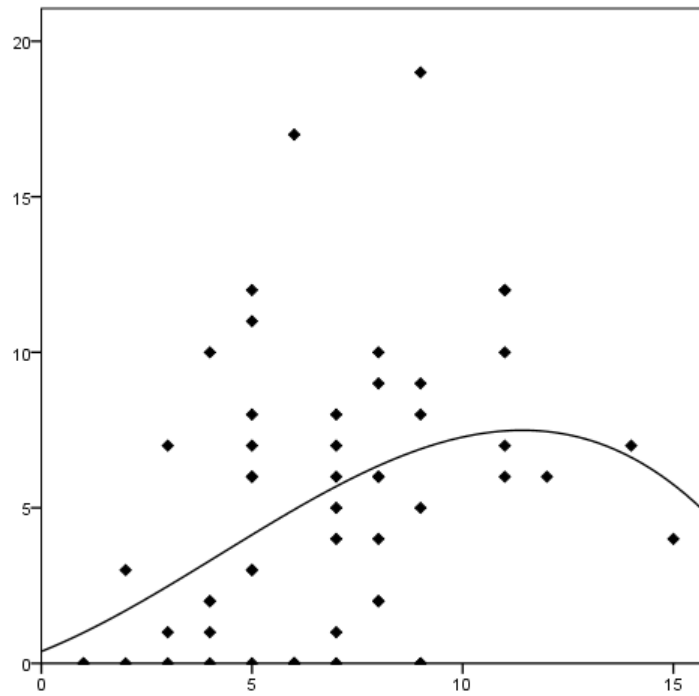
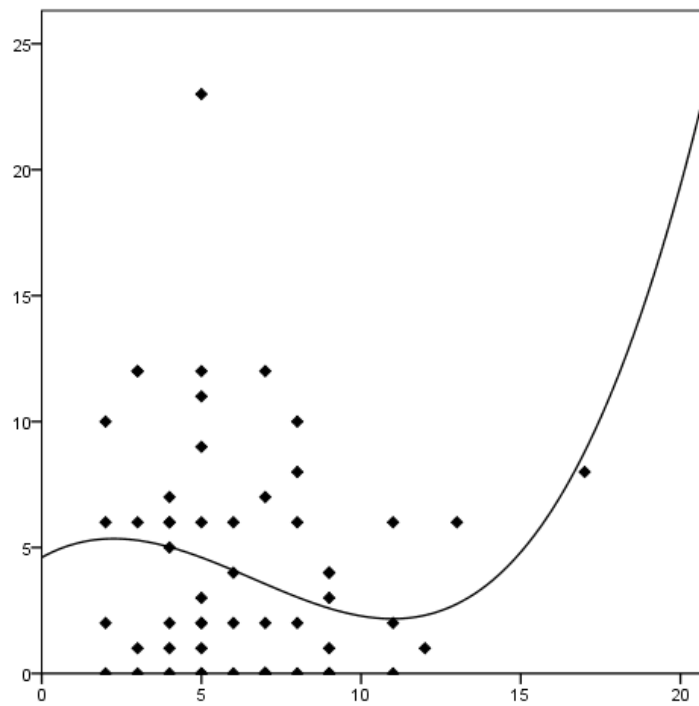


Figura N°25 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Despersonalización en participantes sin hijos



En relación al objetivo específico conocer la relación la calidad de sueño y realización profesional según tenencia de hijos; en la Tabla N°10 se muestra los resultados señalados por el estadístico coeficiente ETA:

- En los participantes con hijos se obtiene un valor de 0.497 lo cual señala una correlación débil.
- En participantes sin hijos se obtiene un valor de 0.381 lo cual señala una correlación débil.

Tabla N°10: *Coeficiente ETA de asociación entre Calidad de Sueño y Realización Profesional según Tenencia de hijos*

Tenencia De hijos	Coeficiente ETA
Con hijos	0.497
Sin hijos	0,381

Figura N°26 *Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Realización Profesional en participantes con hijos*

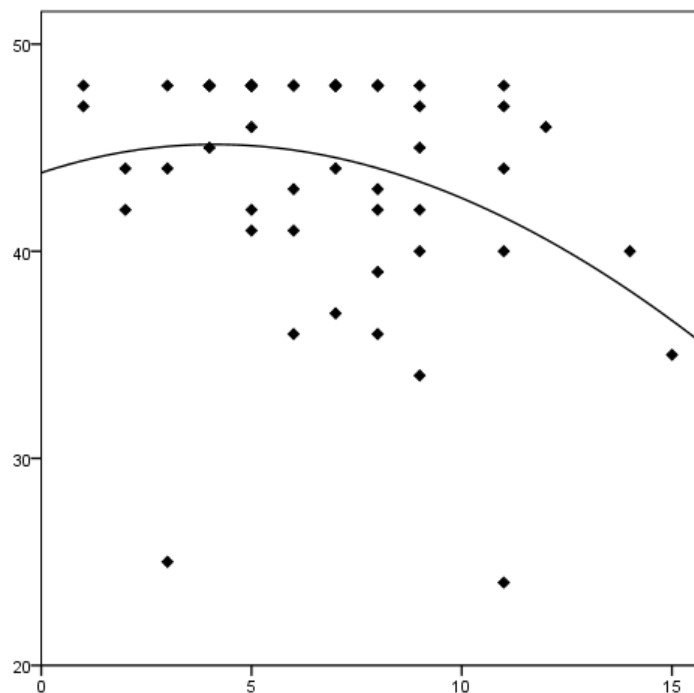
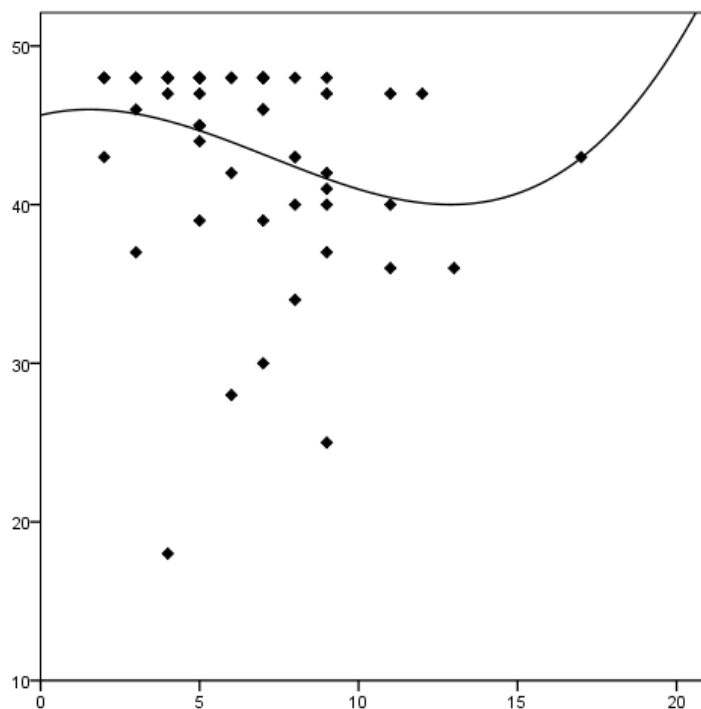


Figura N°27 Dispersión de las puntuaciones de Calidad de Sueño y Realización Profesional en participantes sin hijos



CAPITULO V

DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo principal sobre conocer la relación entre el cansancio emocional y la calidad de sueño se encontró una correlación moderada entre las variables. Con relación a este hallazgo Blasco, Llor, García, Sáez y Sánchez (2002) señalan que el cansancio emocional es la dimensión del burnout que presenta alteraciones emocionales (sentimientos de ira, frustración) y biológicas como alteraciones en la calidad de sueño. En cuanto a la relación entre la despersonalización y calidad de sueño se encontró una relación débil entre ambas variables. En este punto Blasco, Llor, García, Sáez y Sánchez (2002) sostienen que al ser la despersonalización un mecanismo utilizado para tomar distancia emocional esto impide que el sujeto se vea afectado en otras áreas como la calidad de sueño. Dicho argumento que coincide con lo dicho por Maslach (2003) el cual menciona que la despersonalización es un mecanismo que aparece a consecuencia del cansancio emocional para preservar la estabilidad del sujeto. Finalmente, en cuanto a la relación entre realización profesional y calidad de sueño se encontró una correlación débil entre ambas variables. Sobre este punto Grimaldo (2013) encuentra que profesionales con alto nivel de realización profesional no reportan mala calidad de sueño u otras alteraciones biológicas y presentan mejores estrategias de afrontamiento frente al estrés. Este hallazgo coincide con lo mencionado por Gil Monte (2008) quien señala que un alto nivel de realización profesional significaría que el sujeto posee los recursos personales para lidiar con situaciones de estrés y no ver alterado otros procesos biológicos como la calidad de sueño.

En relación al objetivo específico sobre conocer la relación entre el cansancio emocional y calidad de sueño según la edad, se encontró lo siguiente: En el rango de edad de 25 a 35

años se observa una correlación débil entre las variables; sin embargo, en los rangos de edad de 25 a 44 años y 45 años a más la correlación encontrada es moderada y fuerte, respectivamente. Con relación al objetivo específico sobre conocer la relación entre despersonalización y calidad de sueño según la edad; los hallazgos encontrados son parecidos: se observa que en el rango de edades de 25 a 34 años la correlación es débil mientras que en los rangos de edades de 35 a 44 años y 45 años a más se encuentra una correlación fuerte entre variables. Finalmente, en relación al objetivo específico sobre conocer la relación entre la realización profesional y calidad de sueño en función de la edad se observa lo siguiente: En el rango de edad de 25 a 34 años se obtiene una correlación débil mientras que los rangos de edades de 35 a 44 años y 45 años a más obtienen una correlación moderada y fuerte. Nótese que un incremento de la edad cronológica es acompañado de una correlación moderada y/o fuerte entre las variables. Sobre este punto Arias y Castro (2013) sostienen, basándose en hallazgos encontrados en un estudio sobre prevalencia y consecuencias del burnout en personal médico, que a mayor edad cronológica se experimenta un incremento de las responsabilidades lo cual repercute no solo en la aparición de las dimensiones del síndrome de burnout sino en alteraciones en funciones fisiológicas como el sueño.

En relación al objetivo específico sobre conocer la relación entre cansancio emocional y calidad de sueño según la experiencia laboral; se encuentran los siguiente resultados: Los participantes con 0 a 5 años de experiencia profesional presentan una correlación débil, en contraste, en los participantes con experiencia laboral de 6 a 10 años y 11 años a más se obtiene una correlación fuerte entre las variables. Así mismo, en relación al objetivo específico de conocer la relación entre despersonalización y calidad de sueño según la experiencia laboral, se encuentra lo siguiente: En el rango de 0 a 5 años de experiencia laboral la correlación es débil y en los rangos de 6 a 10 años y 11 años a más de

experiencia laboral la correlación obtenida entre variables es fuerte. Finalmente, en relación al objetivo específico de conocer la relación entre la realización profesional y calidad de sueño según la experiencia laboral, se encuentra que los participantes con experiencia de 0 a 5 años obtienen una correlación débil entre variables; en contraste, los participantes de 6 a 10 años y 11 años a más de experiencia laboral obtuvieron correlaciones moderadas y fuertes respectivamente. Por consiguiente, se observa que a mayor cantidad de años de experiencia laboral se presentan correlaciones moderadas y/o fuertes entre variables. En relación a este hallazgo, Grimaldo (2013) señala que a mayor experiencia profesional se observa un incremento de responsabilidades laborales por lo cual el sujeto se encuentra en una situación vulnerable a padecer las dimensiones del burnout y ver afectada su calidad de sueño. Concuenda De la Cruz Paz (2013) quien señala, según su investigación en profesionales de enfermería, que en profesionales con mayor experiencia laboral presentan mayor estrés lo que desemboca a presentar niveles altos en las dimensiones del burnout y alteraciones fisiológicas como la calidad de sueño.

Con relación al objetivo específico sobre la relación entre cansancio emocional y calidad de sueño según tenencia de hijos, se encontró una correlación débil en ambos grupos; participantes con hijos y sin hijos. Así mismo, en relación al objetivo específico de conocer la relación entre despersonalización y calidad de sueño según la tenencia de hijos los resultados en ambos grupos; participantes con hijos y sin hijos, obtienen una correlación débil. Finalmente, en cuanto al objetivo específico sobre la relación entre realización profesional y calidad de sueño los resultados muestran una correlación débil en grupos de participantes con hijos y sin hijos. En relación a este punto, Paredes y Sanabria (2008) señalan que encuentran los mismos niveles de dimensiones del burnout y alteraciones en la calidad de sueño en grupos de profesionales de salud con hijos y sin hijos; por consiguiente, al parecer no existe una relación significativa entre ambas variables.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación, culminada la recopilación de datos y el análisis estadístico para la presentación de resultados mediante cuadros estadísticos; se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Con respecto a la relación entre la dimensión del SBO (Síndrome de burnout) cansancio emocional y la calidad de sueño, se determina que existe una asociación moderada. Esto coincide con conclusiones de anteriores
- En cuanto a la relación entre la dimensión del SBO despersonalización y la calidad de sueño, se determina que existe una correlación escasa o nula entre ambas variables.
- En la relación entre la dimensión del SBO realización profesional y la calidad de sueño, se determina que existe una correlación débil. Podrían existir otras variables en la población de enfermeras y técnicas de enfermería más relevantes a influir en la calidad de sueño.
- Con respecto a la relación del cansancio emocional y calidad de sueño según la edad, las enfermeras y técnicas de enfermería entre los rangos de edades de 35 a 44 años y 45 a más presentan una correlación moderada y fuerte.

- En cuanto a la relación de despersonalización y calidad de sueño según la edad, las enfermeras y técnicas de enfermería entre los rangos de edades de 35 a 44 años y 45 a más presentan una correlación fuerte.
- En relación a la relación entre realización profesional y calidad de sueño según la edad, las enfermeras y técnicas de enfermería entre los rangos de edades de 35 a 44 años y 45 a más presentan una correlación moderada y fuerte.
- En cuanto a la relación entre cansancio emocional y calidad de sueño según la experiencia profesional, los participantes en rangos de edades de 6 a 10 años y 11 en adelante obtuvieron una correlación moderada.
- En el análisis de a la relación entre despersonalización y calidad de sueño según la experiencia profesional, los participantes en rangos de edades de 6 a 10 años y 11 en adelante obtuvieron una correlación fuerte.
- Con respecto a la relación entre relación profesional y calidad de sueño según la experiencia profesional, los participantes en rangos de edades de 6 a 10 años y 11 en adelante obtuvieron correlaciones moderadas y fuertes respectivamente.
- Puede observarse que en los grupos de mayor rango de edad y experiencia profesional se presenta una correlación de moderada a fuerte entre calidad de sueño y las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Esto puede deberse al incremento de responsabilidades a mayor edad y

experiencia, sin embargo, es necesario realizar investigaciones y explorar otras variables.

- En relación a calidad de sueño y las dimensiones del SBO; cansancio emocional, despersonalización y realización profesional, según la tenencia de hijos se encontraron correlaciones débiles en participantes con hijos y sin hijos.

RECOMENDACIONES

- En la presente investigación se utilizó bases de datos proporcionadas por la institución. Sería útil mantener un mayor control de las variables en investigaciones futuras.
- Sería importante replicar la investigación entre la dimensión cansancio emocional y calidad de sueño en grupos con las mismas características y observar si el nivel de correlación moderado se mantiene.
- Sería valioso analizar variables externas a las estudiadas en otros grupos de mayor edad cronológica y experiencia profesional superior a los seis años que permitan observar si tales participantes presentan características distintivas que indican la razón de obtener correlaciones moderadas y fuertes en el análisis de las dimensiones del SBO y calidad de sueño.
- Se observa una gran cantidad de participantes con mala calidad de sueño, por ende, realizar una investigación entre la calidad de sueño y variables organizacionales puede ofrecer información valiosa en la creación de programas de mantenimiento de calidad de sueño en organizaciones de salud.
- Sería beneficioso realizar una investigación que analice consecuencias en funcionamiento cognitivo y funcional de una deficiente calidad de sueño y alto nivel en dimensiones del síndrome del burnout y analizar las consecuencias negativas en área personal y laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta. (2008). Burnout y su relación con variables sociodemográficas, sociolaborales y organizacionales en profesores universitarios chilenos. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología Castellón de la Plana, España.
- Alcaraz, C. (2006). Frecuencia y factores de riesgo al síndrome de Burnout en un hospital de segundo nivel. Universidad Colima. México.
- Aliaga Blanco, Desire Sofía. (2012). Burnout y Bienestar Psicológico en técnicas de enfermería de un hospital nacional de Lima Metropolitana. Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú, Lima.
- American Academy of Sleep Medicine. (1999). Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño.
- Arias; Castro. (2013). Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de setiembre 2012. Biblioteca nacional de salud y seguridad social caja costarricense de seguro social.
- Atance, Manzano, Ramos. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Revista Epistemológica de Salud Pública. México.
- Azapa, Mendoza, Zegarra y Yoshimoto. (2009). Prevalencia y características sociodemográficas relacionadas al síndrome en médicos psiquiatras en un hospital de salud mental. Revista de Psiquiatría y Salud Hospital Hermilio Valdizan. 2011.
- Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. Journal of Happiness Studies.

- Blasco; Llor; García; Sáez; Sanchez. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. MAPFRE MEDICINA, 2002; vol. 13, n.º 4. Universidad de Murcia. España.
- Borquez, Pía. (2014). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. Universidad Nacional de Asunción. CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología".
- Brennkemeijer. (2001). Causa el estrés dolor abdominal obesidad abdominal? Librería de Medicina de los Estados Unidos.
- Buysse, D. (1989). El instrumento de calidad de sueño de Pittsburg: Un nuevo instrumento para la práctica psiquiátrica y la investigación. Revista de Psiquiatría. Universidad de Berkeley.
- Buzzetti, M. (2005). Validación del Maslach Burnout Inventory (mbi), en dirigentes del colegio de profesores de Chile. Universidad de Chile. Chile, Santiago de Chile.
- Cáceres Bermejo, Gloria Gema (2006). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar. Universidad Complutense de Madrid. España, Madrid.
- Cáceres Paredes, Cristina (2013). Burnout y Condiciones Laborales en enfermeras y técnicas de cuidados intensivos neonatales. Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú, Lima.
- Carlin; Fayos. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de Psicología. Universidad de Murcia. España.
- Carlotto, M; Gobbi, M. (2001). Desempleo y Síndrome del Burnout. Revista de Psicología V. Universidad de Chile. Chile, Santiago de Chile.
- Carrillo; Mora. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. México.

- Chacón, M; Grau, J. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Veracruz. México, Veracruz.
- Chamorro, Durán, Reyes. (2011). La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad. Rev. méd. Chile vol.139 no.7.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. Professional burnout: Recent developments in theory and research. Londres, Inglaterra.
- Cordes, C. (1993). "A review and an integretion of research on job burnout". The Academy of Managment Review.
- De la Cruz Paz. (2013). Estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería.
- Del Pielago, A. (2013). Calidad de sueño y estilo de aprendizaje en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Acta médica peruana vol.30 no.4. Perú, Lima.
- Del Río Portilla. (2006). Estrés y sueño: Artículo de revisión. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn061d.pdf>.
- Edelwich y Brodsky. (1890). Burnout: Etapas del syndrome en profesionales que prestan servicios: Asociación Americana de Psicología.
- Ekset. (2005). Experiencias vitales que preceden el síndrome de burnout. Diario de Enfermería Avanzada.
- Estella-Villa; Jiménez-Román; Jeremy, S; Landeo-Gutiérrez1, J; D. Tomateo-Torvisco; Vega. (2010). Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina

- de una universidad privada de Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr 73 (4), 2010 147.
Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Farber, B. (1991). Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher. American Psychology Association.
- Fernández. (2006). Estrés y Salud: Investigación básica y aplicada. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Fidalgo, M. (2001). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.
- Galán Cuevas, Sergio (2012). Estrés y salud: investigación básica y aplicada. Biblioteca UPOCH – Recursos Electrónicos. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Gallego, Juana. (2013). Calidad del sueño y somnolencia diurna en estudiantes de Enfermería: estudio de prevalencia. Universidad Católica de San Antonio, Facultad de Enfermería. Murcia. España.
- García, J; Herrero, S. (2008). Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Universidad de Sevilla, España. España, Sevilla.
- Gil – Monte; Schaufeli. (1991). Burnout en enfermería: Un estudio comparativo España: Holanda. Área de psicología social. Universidad de Valencia. España, Valencia.
- Gil Monte. (1997). Síndrome de Burnout: ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral? Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones - 2003 Volumen 19, n.º 2 - Págs. 181-197.
- Gil- Monte. (2008). Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. Unidad de Investigación Psicosocial de la

Conducta Organizacional. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España, Valencia.

Gil Monte; Peiró. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Universidad de Murcia. España.

Gil-Monte; Carretero; Roldán. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional. España.

Golembiewski, R. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in od research an parxis. The Journal of Applied Behavioral Sciencie. NTL Institute.

Gomero Cuadra Raúl; Palomino Baldeón Juan, Ruíz Gutierrez Fermín, Llap Yesán Carlos (2005). Revista Médica Herediana. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú, Lima.

Grazziano, E. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Revista Enfermería Global.

Grimaldo. (2013). Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. Revista Latinoamericana de Psicología. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

Guevara, Y. (2012). Factores psicosociales y su relación con la calidad de sueño en estudiantes de enfermería de Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Perú.

Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout: Stress and burnout. Anales de psicología. New York.

- Hernández, Fernández y Baptista (2002). Metodología de la Investigación. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú, Lima.
- Hernández, G. (2012). Cómo entender la experiencia profesional en psicología. Cuadernos hispanoamericanos de psicología. Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2000). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. Handbook of organization behavior. New York. Estados Unidos.
- Jiménez, E. (2007). La subjetivación de la experiencia laboral en trabajadores mexicanos. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Kyriacou, C; Sutcliffe, J. (1978). Teacher stress: prevalence, sources, and symptoms. British Journal of Educational Psychology. Department of Education, University of Cambridge.
- Lazarus, R (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. España, Bilbao.
- Leiter, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behavior, Volume 9.
- Leiter, M; Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. In Antoniou, A. S., & Cooper, C. L. (Eds.), Research companion to organizational health psychology.
- Llaja; Sarria; García. (2007). Síndrome de Burnout en Educadores. Universidad Mayor de San Marcos. Perú, Lima.
- López Soriano, F. y Bernal, L. (2002). Revista de Calidad Asistencial. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria. España, Murcia.
- López, L; Campos, J (2002). Evaluación de factores presentes en el estrés laboral. Revista Psicológica XI. Universidad de Chile. Chile, Santiago de Chile.

- Mansilla, F. (2010). Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. *Psicología Online*.
- Martinez. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*.
- Maslach, C. (1982). Burnout in organizationl settings. *Applied Social Psychology Annual*. Estados Unidos.
- Maslach, C. y Jackson, S.E., Leiter, M. P. (1986). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, C.A.
- Maslach, C. y Schaufeli, W. B. (1993). Historical and Conceptual Development of Burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. *Professional burnout: recent Developments in Theory and research*. London: Taylor and Francis.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Prensa Especializada en Psicología; 3era edición
- Maslach. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*.
- Maslach; Leiter (2005). *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. San Francisco, CA: Jossey – Bass.
- Maslach; Schaufeli; Leiter. (2001) *Annual Review of Psychology*. Job Burnout. Universidad de California. Estados Unidos, California.
- McVicar, A. (2003) Workplace Stress in Nursing: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 633-642.
- Medina, Sánchez, Conejo. (2007). Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Asociación Colombiana de Psiquiatría.

- Mercado Adriana; Salas Verónica (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo en Educación Básica. México, Aguascalientes.
- Mingote, Adán. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. Medline. Formación médica continuada.
- Miró, Solanos y Rodríguez. (2014). Relación entre el burnout, la tensión laboral y las características del sueño. Psicothema. Universidad de Granada. Granada, España.
- Montero, Ochoa, Segarra. (2014). Alteraciones de la calidad de sueño y factores de riesgo asociados en una hidrúlica de la ciudad de Cuenca. Universidad de Cuenca, Facultad de Enfermería. Cuenca. Ecuador.
- Monterrosa; Ulloque; Carriazo. (2014). Calidad del dormir, insomnio y rendimiento académico en estudiantes de medicina. Departamento de Investigaciones. Líder del Grupo de investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena, Colombia.
- Morales, Cano, Vuela. (2009). Sueño y Calidad de Vida. Universidad de Granada. Recursos Electrónicos. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Moreno-Jiménez. (2008). La evaluación del desgaste profesional (burnout) en el ámbito médico. *Jano: Medicina y humanidades*, 1717, 46. Departamento de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Moya – Albiol, L; Serrano, M. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. Universidad de Valencia.
- Organización del Trabajo y Estrés. (1999). Organización Mundial de la Salud. Serie Protección de la Salud de los Trabajadores.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2011). Abstract presentado en el XI Encuentro de trabajadores sociales y I Congreso Internacional de Bienestar Social. Uruguay, Montevideo.

- Paredes, O; Sanabria, P. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia.
- Paredes, M. (2013). Burnout y condiciones laborales en enfermeras y técnicas de cuidados intensivos neonatales. Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú, Lima.
- Pines, D. (1978). Coping with burnout. Annual Convention of the American Psychology Association. Toronto. Canadá.
- Quinceno; Vinaccia. (2007). Burnout “El síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. Red Acta Colombiana de Psicología. Colombia.
- Quiroz, V; Saco Méndez, S. (2003). Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional de Essalud del Cusco. Revista semestral de la Facultad de Medicina Humana. San Antonio Abad de Cuzco. Perú, Cuzco.
- Quispe Ninantay (2005). Opinión que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de las enfermeras en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Universidad Mayor de San Marcos. Perú, Lima.
- Rodrigo, S. (2011). Calidad de sueño en personal de enfermería. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- Rodríguez y Alarcón. (2010). Relación entre riesgos psicosociales y hábitos del sueño. Universidad Complutense de Madrid.
- Rosa, R; Bonnet, M. (2000). Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalography. US National Libray of Medicine.
- Rosales, Egoavil. (2010). Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. Anales de la Facultad de Medicina. Perú, Lima.

- Rosch, P. (2000). EMINISCENCES OF HANS SELYE, AND THE BIRTH OF "STRESS".
The American Institute of Stress.
- Ruiz, Pando, Aranda, Beltrán. (2014). Burnout y Work Engagement en Docentes Universitarios de Zacatecas. Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas, México.
- Sagripanti; Gonzalez; Messi; Romero; Khlie Khlie. (2012). El efecto del burnout en la antigüedad en el puesto de trabajo: análisis mediacional de la ansiedad. Universidad de Granada. España.
- Salas, J. (2011). Calidad de sueño y su relación con las estrategias de afrontamiento y cronotipo en estudiantes de odontología. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Salguero del Valle; Molinero. (2012). Efectos del ejercicio sobre el sueño. Actividad Física y Salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Sandín. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): desarrollo y validación preliminar. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Revista de Psicología y Psicopatología.
- Santamaría. (2003). Calidad del sueño y somnolencia diurna en estudiantes de enfermería. Universidad Católica San Antonio de Murcia.
- Schaufeli. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. Journal of Happiness studies.
- Schaufeli; Buunk. (1996). Burnout and Inequity among human service professionals: A longitudinal study. Journal of Occupational Health Psychology.
- Sebastián, T. (2015). Estudio exploratorio del estrés laboral y trauma social en los empleados bancarios durante el "corralito". Universidad de Ciencias Empresariales. Buenos Aires. Argentina.

- Sierra, Jiménez, Martín-Ortiz. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México. México.
- Thompson, M. S; Page, S. L; Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Revista Stress and health*. Volumen 9.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.2460090401/abstract>.
- Torrado; Gómez. (2003). Estrés laboral y estado de salud entre psicólogos y psiquiatras, *Clínica y Salud* 1996. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Valdivia; Z. (2011). Síndrome de Burnout y personalidad en un grupo de profesionales de enfermería de un instituto oncológico de Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú, Lima.
- Vásquez Manrique, Jim F; Maruy Saito, Aldo; Verne Martín, Eduardo. (2014). *Revista de Neuropsiquiatría* 77 (3). Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú, Lima.
- Vásquez-Manrique; Maruy-Saito; Verne-Martin. (2014). Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. *Rev Neuropsiquiatr* 77 (3), 2014. Lima, Perú.
- Vilela Alemán, Yuliana Patty (2013). Burnout y Personalidad en enfermeras de un hospital militar. Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú, Lima.
- Villarroel, P. (2014). Calidad de sueño en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

Yslado; Nuñez; Norabuena. (2009). Diagnóstico y programa de intervención para el síndrome de burnout en profesores de educación primaria de distritos de Huaraz e independencia. Revista IIPSI. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

Anexo 1: CALENDARIO

ENERO 2016	Aprobación ética y metodológica del proyecto de investigación.
FEBRERO 2015	Aplicación del proyecto de investigación.
MARZO - ABRIL 2015	Presentación de resultados.

Anexo 2: PRESUPUESTO

Materiales	Costo
Impresión de cuestionarios	75 soles
Movilidad	50 soles
Impresión de proyecto de tesis	20 soles
Encuadernamiento de tesis culminada	15 soles
TOTAL	160 Soles

Anexo 3

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

- ADULTOS -

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia - UPCH, Otras Instituciones, si fuera necesario

Investigadores : Luis César Antonio Valdera Urday

Título: Relación entre el burnout y la calidad de sueño en enfermeras y técnicas de enfermería de una clínica de Lima metropolitana.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: "Relación entre el burnout y calidad de sueño en enfermeras y técnicas de enfermería de una clínica de Lima metropolitana.". Este es un estudio desarrollado por un investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia a fin de obtener el grado de licenciado de psicología clínica. Estamos realizando este estudio para evaluar la relación entre el síndrome de burnout y el locus de control en enfermeras y técnicas de enfermería.

El síndrome de Burnout es un mal psicológico que produce en los profesionales cansancio emocional, distanciamiento de sus labores e insatisfacción profesional. Afecta en mayor medida a profesionales de la salud y tiene consecuencias nocivas para su bienestar físico, emocional y sus relaciones interpersonales. La calidad de sueño permite evaluar el descanso de la persona. Analizar la relación entre ambos permitirá obtener información para crear programas de prevención.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se aplicarán los siguientes cuestionarios:

1. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach y Jackson (adaptación peruana por Llaja V; Sarriá C. y García P.)
2. Calidad de Sueño de Pittsburg: Daniel J. Buysse (1989)

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio. La evaluación será programada en un horario que no afecte el trabajo de los participantes. Si se presentara algún malestar emocional por las preguntas de los instrumentos, el participante podrá retirarse sin problemas y será asesorado por el investigador para preservar su bienestar mental.

Beneficios:

Posterior a su participación en la investigación se programará un taller sobre manejo del estrés para todos los participantes en el cual se enseñará estrategias eficaces para la prevención y manejo de la ansiedad y estrés laboral. Así mismo, se resolverá dudas de los participantes.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar la investigación.

Confidencialidad:

Se guardará su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

La información obtenida será sometida a un análisis estadístico para determinar la relación entre el burnout y el locus de control a fin de generar conocimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al investigador. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante
Nombre:

DNI:

Fecha

Testigo
Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador
Nombre:

DNI:

Fecha

Anexo 4

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

CÓDIGO:

SECCION O DEPARTAMENTO:

AREA:

PUESTO:

Esta encuesta hace parte de la investigación para medir la relación entre Burnout y Clima Laboral. A continuación se le pide encerrar en un círculo la opción que más se adecue a su perfil sociodemográfico.

1) EDAD	2) ESTADO CIVIL	3) HIJOS	4) EXPERIENCIA LABORAL	5) ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO
a) 25 – 34 años	a) Soltero (a)	a) Si	a) 1 – 5 años	a) 1 – 5 años
b) 35 – 44 años	b) Casado (a)	b) No	b) 6 – 10 años	b) 6 – 10 años
c) 45 – 54 años	c) Conviviente		c) 11 a más años	c) 11 a más años

Anexo 5

CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY (MBI)

CÓDIGO: BL001

Indicaciones: Las siguientes oraciones están relacionadas con el modo cómo se percibe usted en relación a su trabajo. Por favor lea cada oración cuidadosamente y decida con qué frecuencia se siente de esa manera. Si usted nunca ha sentido lo descrito, escriba un cero antes de la oración (0). Si usted sí ha sentido lo descrito, escriba el número entre 1 al 6 que indique la frecuencia.

(0 = Nunca) (1 = Una vez al año) (2 = Pocas veces al año) (3 = una vez al mes) (4 = Pocas veces al mes) (5 = Una vez a la semana) (6 = Todos los días)

Oraciones:

1. () Me siento emocionalmente absorbido por mi trabajo
2. () Me siento agobiado al terminar el día de trabajo.
3. () Me siento fatigado cuando me levanto en la mañana y tengo que enfrentar otro día de trabajo
4. () Me siento preparado para entender cómo se sienten mis pacientes ante sus problemas.
5. () Siento que trato a algunos pacientes cómo si no fueran personas
6. () Trabajar atendiendo personas todo el día me produce tensión
7. () Me considero competente para lograr buenos resultados en el trabajo con mis pacientes
8. () Me siento consumido por mi trabajo
9. () Siento que mediante mi trabajo estoy influenciando positivamente en la vida de mis pacientes
10. () Desde que estoy en este trabajo me he vuelto una persona más insensible hacia las otras personas
11. () Me preocupa que al atender tantos problemas de mis pacientes, me esté haciendo indiferente
12. () Me siento con muchas energías para atender a mis pacientes
13. () Me siento frustrado por mi trabajo
14. () Siento que tengo exceso de trabajo en mi centro laboral
15. () Realmente no me importa lo que les suceda a mis pacientes
16. () Trabajar directamente con las personas me pone muy tenso
17. () Con facilidad puedo crear una atmósfera relajada para mis pacientes
18. () Me siento animado luego de trabajar con mis pacientes
19. () Estoy satisfecho con mi cumplimiento en este trabajo
20. () Siento que estoy a punto de no continuar con mis actividades laborales
21. () En mi trabajo manejo los problemas emocionales muy calmadamente
22. () Me siento distante de los problemas de mis pacientes

CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO.

CODIGO: Fecha: Edad:

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo 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 a todas las cuestiones.

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	<input type="checkbox"/>	Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	Tres o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:			
Ninguna vez en el último mes	<input type="checkbox"/>	Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	Tres o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>

c) Tener que levantarse para ir al servicio:			
Ninguna vez en el último mes	<input type="checkbox"/>	Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	Tres o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>

d) No poder respirar bien:			
Ninguna vez en el último mes	<input type="checkbox"/>	Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	Tres o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>

e) Toser o roncar ruidosamente:			
Ninguna vez en el último mes	<input type="checkbox"/>	Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>	Tres o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>

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