



UNIVERSIDAD  
PRIVADA  
DEL NORTE

# FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

---

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“SÍNDROME DEL BURNOUT Y CALIDAD DE SUEÑO EN  
PERSONAL DE SALUD DE CLÍNICAS PRIVADAS DE LA  
CIUDAD DE TRUJILLO”

Tesis para optar el título profesional de:

**Licenciado en Psicología**

**Autor:**

Bach. José Luis Licham Seto

**Asesora:**

Dra. Karla Adriana Azabache Alvarado

Trujillo – Perú

2017

### **APROBACIÓN DE LA TESIS**

La asesora y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por el Bachiller **José Luis Licham Seto**, denominada:

## **“SÍNDROME DEL BURNOUT Y CALIDAD DE SUEÑO EN PERSONAL DE SALUD DE CLÍNICAS PRIVADAS DE LA CIUDAD DE TRUJILLO”**

---

Dra. Karla Adriana Azabache Alvarado  
**ASESORA**

---

**Lorena Frías Saavedra**  
**PRESIDENTE**

---

**Gipsy Tacure Ortiz**

---

**Tania Guadalupe Valdivia Morales**

## DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a Dios por ser mi guía y fortaleza en mi vida. A mis padres por ser fuente de apoyo incondicional para superar las dificultades y guiarme por el buen camino de la vida; a través de sus nobles enseñanzas y su confianza depositada en mí. Además este logro se lo dedico a mi amada Alejandra Mendoza; quien en todo momento depositó su confianza y me alentó para seguir adelante en este afán de superación y triunfo, acompañándome en todo momento, lo cual ha servido para demostrarles a mis seres queridos, que los amo con todo el alma, y les agradezco todo el respaldo brindado.

**José Luis Licham Seto**

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme prestado la vida, los conocimientos y la energía para seguir adelante en el sendero correcto de la vida e iluminándome con su sabiduría para seguir creciendo en mi vida personal y profesional.

A mis padres, quienes con su ejemplo y los valores que me han inculcado desde siempre; han sido, son y serán parte esencial de mi vida, y por ello mi anhelo es no defraudarlos nunca.

A mi enamorada Alejandra Mendoza, quien me acompañó y apoyó en cada decisión que tomo en mi vida, convirtiéndose en parte fundamental de mi autorrealización.

A mi hermano, quien siempre demostró interés en mi progreso y con cada una de sus felicitaciones y alegrías logró incentivar me a perseverar y no dudar de que todo es posible.

A mi docente asesora; por ser un respaldo importante en la elaboración y desarrollo de esta investigación; con sus exigencias y felicitaciones logró despertar el interés y el factor motivacional para dar lo mejor de mí en lo que corresponde a la investigación científica.

A mis maestros de inicial, primaria, secundaria y universidad por las enseñanzas que me brindaron a lo largo de mi formación académica, porque todo lo que sé y hago es el reflejo de su esfuerzo.

A mi “canelo”, por estar siempre presente en los momentos de tensión y hacerme recordar que siempre estará ahí para demostrarme su cariño, sin importarle recibir algo a cambio.

*Con todo mi cariño José Luis.*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA TESIS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE ANEXOS .....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT .....	ix
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN .....	10
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO .....	15
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	43
CAPÍTULO 4 RESULTADOS .....	55
CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN .....	66
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES .....	74
REFERENCIAS.....	77
ANEXOS .....	93

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.-</b> <i>Frecuencia de los datos sociodemográficos y laborales del personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.....</i>	47
<b>Tabla 2.-</b> <i>Análisis de la prueba de medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett de la variable síndrome de burnout.....</i>	55
<b>Tabla 3.-</b> <i>Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Burnout de Maslach en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo .....</i>	56
<b>Tabla 4.-</b> <i>Análisis de la prueba de medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett de la variable calidad de sueño.....</i>	57
<b>Tabla 5.-</b> <i>Análisis Factorial Exploratorio del Índice de Calidad de Sueño en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo .....</i>	58
<b>Tabla 6.-</b> <i>Prevalencia del Síndrome de Burnout en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo .....</i>	59
<b>Tabla 7.-</b> <i>Dimensiones del síndrome de burnout en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo .....</i>	60
<b>Tabla 8.-</b> <i>Prevalencia de la calidad del sueño de los participantes evaluados con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo.....</i>	61
<b>Tabla 9.-</b> <i>Niveles de las dimensiones de calidad de sueño en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo .....</i>	62
<b>Tabla 10.-</b> <i>Asociación entre Chi Cuadrado entre Síndrome del Burnout y Calidad de Sueño en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo .....</i>	63
<b>Tabla 11.-</b> <i>Correlaciones del Inventario de Burnout de Maslach con el Índice de Calidad de Sueño en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo.....</i>	65

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1.- Carta de consentimiento informado.....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo 2.- Cuestionario de característica sociodemográficas .....</b>	<b>94</b>
<b>Anexo 3.- Ficha Técnica del Inventario de Burnout de Maslach.....</b>	<b>95</b>
<b>Anexo 4.- Inventario de Burnout de Maslach .....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo 5.- Ficha Técnica del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo 6.- Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh .....</b>	<b>98</b>
<b>Anexo 7.- Normas del Inventario de Burnout de Maslach en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo .....</b>	<b>99</b>
<b>Anexo 8.- Normas del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.....</b>	<b>100</b>
<b>Anexo 9.- Pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las dimensiones de burnout en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo .....</b>	<b>101</b>
<b>Anexo 10.- Pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las dimensiones de calidad de sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo .....</b>	<b>102</b>

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación del síndrome de burnout y calidad de sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo, Perú. Se evaluó a 136 profesionales de salud (médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, técnicas de enfermería, biólogos, obstetras, estomatólogos, psicólogos, odontólogo, entre otros), de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 23 años y 61 años. Se utilizó los siguientes cuestionarios “Inventario de Burnout de Maslach – Human Suply Service” y el “Índice de calidad de sueño de Pittsburgh”; a partir de los resultados obtenidos se aprecia que existe relación altamente significativa ( $p < 0.01$ ) entre las variables de síndrome de burnout y calidad de sueño; confirmándose así la hipótesis general, además se logró confirmar las hipótesis específicas, dado que se encontraron correlaciones moderadas y baja altamente significativas entre cada una de las dimensiones del burnout y la escala global de variable calidad de sueño y sus dimensiones (anormalidades del sueño y vigilia, y calidad de sueño *per se*).

**Palabras Clave:** Síndrome de burnout, calidad de sueño, personal de salud.

## ABSTRACT

The current study had as objective to analyze the relationship between burnout and sleep quality in health personnel of private clinics from Trujillo, Peru. 136 health professionals were assessed (doctors, nurses, medical technologists, nursing technicians, biologists, midwives, stomatologist, psychologists, dentists, etc), of both sexes, whose ages fluctuated between 23 years old and 61 years old. The following inventories were used “Maslach Burnout Inventory – Human Supply Service” and “Pittsburgh Sleep Quality Index”. As the obtained results shown that there is highly significant relationship ( $p < 0.01$ ), between the variables of burnout syndrome and sleep quality; thus confirming the general hypothesis. Besides, there were confirmed the specific hypothesis, inasmuch as moderate correlations were found and highly significant declines among each of the dimensions of burnout and the global scale of sleep quality variable and its dimensions (abnormalities of sleep and wakefulness, and sleep quality per se).

**Key Words:** Burnout Syndrome, sleep quality, health personnel

## CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

### a) Realidad problemática

Dentro del ámbito laboral, en especial el que está asociado a la salud se reporta que la prevalencia del Síndrome del Burnout es marcada, y se tiene en cuenta que éste se trata de una respuesta prolongada frente a factores de riesgo crónicos en el plano emocional e interpersonal dentro del trabajo (Aranda, 2011).

Además de ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) sostiene que factores como la sobrecarga laboral que afecta al sector profesional llega a generar reacciones como el estrés laboral y más específicamente el burnout, el cual es considerado importante, en función que afecta a diversos profesionales que tienen contacto directo con sus beneficiarios, y que a su vez se espera de ellos un nivel alto de compromiso e implicación en su ejercicio como profesional.

Desde hace algún tiempo atrás se ha venido realizando una serie de revisiones para precisar la implicancia que tiene el término de burnout, éstas sostienen que dicho síndrome genera efectos nocivos en la salud física (Valdiviezo & López, 2016). Entre otros de sus efectos se relacionan con un incremento notorio de la posibilidad de padecer trastornos psicósomáticos y alteraciones del sueño (Velásquez, González & Contreras, 2010).

En algunos países de habla hispana, tales como: España y Chile se reportó un creciente interés para el desarrollo de investigaciones en el contexto relacionado a la salud y/o la docencia, en donde inicialmente se consideró que los síntomas del Burnout se presentaban en profesiones de servicio asistencial, en razón que el colaborador (médico, asistente social, personal, penitenciario, etc.) mantiene un contacto directo con el beneficiario de servicio, el cual no siempre es percibido como una sobrecarga laboral, sino que cuando la naturaleza de éste es monótono o subvalora las capacidades del profesional también existe la posibilidad de que aparezca dicho síndrome (Seguel & Valenzuela, 2014).

En la actualidad, el burnout tiende a ser investigado en diversos grupos de profesionales, desde directivos hasta amas de casa; desde trabajadores de ámbitos sociales hasta voluntarios; puesto que este síndrome es el resultante de un proceso; en el cual el trabajador está expuesto a una constante condición de estrés laboral y existe ineficacia en el empleo de estrategias de afrontamiento (Martínez, 2010).

Asimismo, se considera que el interés por el estudio de la variable del burnout aparece a partir de la producción de consecuencias en el plano físico e interpersonal de quien lo padece, y que

a su vez pueden generarse repercusiones negativas dentro del plano organizacional para la cual labora el colaborador afectado, en donde se destaca la disminución en relación al potencial y motivación para el quehacer de su profesión (Aranda, 2011).

En consiguiente, el aumento del interés del estudio de este fenómeno psicosocial que afecta a una gran cantidad de trabajadores en las diversas áreas del ámbito laboral, permite hacer mención que algunos estudios realizados en España de diversos sectores y niveles jerárquicos, en donde se halló que ante un mayor nivel de riesgo en el burnout y sus dimensiones, éstas se asocian a una peor calidad del sueño y afectaciones en el bienestar psicológico (Bautista, Tombe & Victoria, 2013; Meléndez, Huerta, Hernández, Lavoignet & Santes, 2016).

En el Perú, se han desarrollado investigaciones relacionadas con el síndrome del burnout; en donde Sotelo, Casildo y Mamani (2010) halló correlación en las dimensiones del burnout y la calidad de vida, así como con la calidad del sueño (Valdera, 2016). También, se determinó la existencia de una correlación bidireccional negativa entre el bienestar psicológico y el síndrome de burnout (Aliaga, 2012). Para Salazar y Pereda (2010) existe correlación entre el burnout y los patrones de comportamiento en un contexto de conductores.

Es importante resaltar que las consecuencias a nivel personal aún no han quedado claras, pese que la alteración del sueño puede ser considerada como una consecuencia obvia del síndrome del burnout, aún no se ha precisado cómo los mecanismos y la participación implícita de los cambios bruscos en el ritmo circadiano contribuyen en la aparición del burnout (Barahona, Vidaurre, Sevilla, Rodríguez & Monge, 2013).

Además, se ha considerado que las alteraciones en el ritmo circadiano y la modificación de la duración del sueño en los trabajadores del turno nocturno, producen una mayor tendencia al desarrollo de mayor ineficiencia en el trabajo (Barahona, et al., 2013).

A nivel local se ha desarrollado interés por la investigación del burnout y sus manifestaciones en poblaciones de salud asistencial en el sector de salud pública, demostrándose un nivel moderado de incidencia en alumnos de internado médico (Paz, 2014). De forma similar, se ha explorado en el ámbito de la docencia universitaria, reportándose que la escala que presenta una mayor incidencia es la dimensión de agotamiento emocional, indicando la aparición de sentimientos poco saludables, desgaste emocional y físico (Salazar, 2015).

Asimismo, a partir de la oportunidad y accesibilidad de tener experiencia directa frente a situaciones y/o eventualidades que reportan una disminución en la eficacia y calidad dentro del

proceso de atención al usuario, así como patrones comportamentales asociados a escasa tolerancia, empatía y una actitud indiferente frente a la preocupación del paciente por su dolencia en los profesionales de la salud que cumplen labores en el sector privado, es que surge el interés de investigar los factores que predisponen e influyen en el desarrollo del burnout. Teniendo en cuenta que, para algunos autores que han abordado esta problemática, coinciden en que se experimenta una disminución súbita de la capacidad para alcanzar un rendimiento sostenido en las actividades en las que se implica, además de la aparición de sintomatología que le expone al desarrollo de enfermedades que pueden afectar la vida del profesional (Quinceno & Stefano, 2007; Salas, 2010; Valenzuela, 2010).

Además, se percibe la necesidad de comprender el burnout desde un enfoque que permita dilucidar la interacción que posee con respecto a la calidad de sueño, a fin de comprender como el ajuste y desajuste del ritmo circadiano contribuye en la aparición de la sintomatología asociada al Síndrome del Burnout, por medio de un diseño de investigación descriptivo – correlacional, dado que no se han encontrado evidencias del desarrollo de una investigación en el ámbito local y con una población que comparta características similares a las asumidas en la presente.

**b) Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre el Síndrome del burnout y la Calidad de sueño en personal de salud de clínicas privadas en la ciudad de Trujillo?

**c) Justificación**

La realización de la presente investigación resulta fundamental por su valor teórico de modo que a partir de los resultados obtenidos, estos serán considerados como supuestos teóricos que permitan dar respuesta a la interrogante de “si existe o no relación bidireccional entre el Síndrome de Burnout y la calidad del sueño”, mediante un enfoque teórico orientado a resaltar la interacción e implicancia de los mecanismos del ritmo circadiano y sus efectos en el ajuste y desajuste de la actividad onírica.

Asimismo justifica su relevancia social, puesto que posibilita dar una explicación sobre el grado de asociación existente entre el desarrollo del Síndrome de Burnout y la calidad del sueño de los trabajadores que ejercen en el contexto de la salud, permitiendo así el desarrollo y futura implementación de programas preventivos de los riesgos psicosociales que promueven el bienestar psicosocial dentro del contexto laboral.

En referencia a las implicancias prácticas la investigación sustenta su justificación aplicativa, dado que a partir de la identificación de relación en las variables seleccionadas, puedan desarrollarse estrategias a nivel de prevención e intervención, con el objetivo de que el contexto organizacional que sólo se orienta a enfatizar la calidad, eficacia y eficiencia como requisitos indispensable para considerar un recurso activo a los trabajadores; se preocupe en generar y mantener condiciones laborales que contribuyan al desarrollo integral de la salud laboral.

Además, el desarrollo del estudio mantiene utilidad metodológica, dado que permite la validación de los instrumentos psicométricos empleados para la medición de las variables en el estudio, puesto que las características socio-demográficas de la población para las que fueron diseñados los instrumentos de medición difieren ante la población considerada en la presente.

#### **d) Limitaciones**

El desarrollo del presente estudio se encuentra condicionado por una serie de factores:

Se debe señalar que los resultados alcanzados en el presente solo pueden ser generalizados para futuras investigaciones, en las que la muestra sea considerada con criterios de inclusión y exclusión similares a los seleccionados en el desarrollo del presente estudio.

Asimismo, la investigación es de corte transversal, por lo cual los resultados alcanzados a partir de las evaluaciones empleando los instrumentos de medición corresponden a tiempo y espacio en la que fueron realizadas dichas evaluaciones.

#### **e) Objetivos**

##### **1.e.1. Objetivo General**

- Determinar la asociación entre el Síndrome del Burnout y la Calidad de Sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.

##### **1.e.2. Objetivos Específicos**

- Hallar las propiedades psicométricas del Inventario de Burnout de Maslach para personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.
- Hallar las propiedades psicométricas del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh para personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.

- Determinar el porcentaje de personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo que presenta Síndrome del Burnout.
- Determinar el nivel de calidad de sueño que presenta el personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.
- Identificar la relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y la calidad de sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.
- Identificar la relación entre las dimensiones del Síndrome del Burnout (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y los componentes (Calidad de sueño per se y anormalidad del sueño y vigilia) de Calidad de Sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.

## CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

### a) Antecedentes

#### Internacionales

Villarroel (2014) desarrolló una investigación de tipo descriptiva, a fin de determinar la calidad de sueño en los estudiantes universitarios de las carreras universitarias de medicina y enfermería de una universidad de Venezuela, en dicha investigación se contó con la participación de 560 estudiantes (434 de Medicina y 126 de Enfermería) de los tres periodos de la carrera (inicio, mediados y final), quienes fueron evaluados mediante la administración del cuestionario de índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP); permitiendo así demostrar que existía un mayor porcentaje de malos dormidores entre los estudiantes de enfermería (60.3% [n=76]) que entre los de medicina (24% [n=104]). Además se consiguió identificar que el 56.6% de los varones que solían realizar actividades extra-académicas (cuidar enfermos o trabajar en restauración) se agrupaban como malos dormidores e incluso hasta el 61.2% de las mujeres solían dormir mal cuando contaban con mayores responsabilidades familiares y/o trabajo en el hogar.

Para Barahona et al., (2013), quienes ejecutaron una investigación con el objetivo de determinar las implicancias del trabajo nocturno sobre la salud de médicos, enfermeras y oficiales de seguridad de los hospitales en Costa Rica, a partir de un estudio de carácter descriptivo, observacional y no intervencionista; en donde se contó con la participación de 65 colaboradores de la Caja Costarricense del Seguro Social (médicos, enfermeros(as) guardias y administrativos) que laboran durante la jornada nocturna; a quienes se les administró una encuesta, la cual incluye las principales manifestaciones de las enfermedades y síntomas relacionados con el trabajo nocturno. Los resultados demuestran que el personal que labora en turnos nocturnos presenta mayor prevalencia para desarrollar síntomas de trastornos orgánicos, tales como: Trastorno del sueño (93.02%), trastornos gastrointestinales (60.47%) y trastornos cardiovasculares (25.58%).

Díaz, Rubio, Luceño y Martín (2010), realizaron una investigación de diseño descriptivo - correlacional, con la finalidad de poder analizar las relaciones existentes entre los hábitos de sueño y riesgos psicosociales que perciben los trabajadores de distintas profesiones de la comunidad de Madrid, cuyas edades oscilaron entre 21 y 62 años (cuya media era de 43.31 años). La muestra estuvo conformada por 117 participantes, a quienes les aplicaron un Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales DECORE y el Cuestionario de hábitos de sueño (CHAS). Los resultados alcanzados demostraron que la calidad del sueño correlaciona significativamente con las dimensiones de apoyo organizacional, control e índice de desequilibrio demanda – recompensas, recompensas, índice desequilibrio demanda - control y con el índice global de riesgo.

## Nacionales

Valdera (2016), llevó a cabo un estudio descriptivo – correlacional, cuyo objetivo fue conocer la relación entre las dimensiones de burnout y la calidad de sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima – Metropolitana; la muestra estuvo compuesta por 118 licenciadas de enfermería y técnicas de enfermería, a quienes se les administró el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory y el Inventario de Calidad de Sueño de Pittsburgh, ambos instrumentos fueron validados anteriormente obteniendo una fiabilidad de 0.79 y 0.82 respectivamente. Los resultados demuestran que existe relación entre las dimensiones del burnout y la calidad de sueño, en función que se evidencia una correlación moderada entre la dimensión de cansancio emocional y la calidad de sueño ( $r = 0.527$ ), una correlación débil entre la dimensión de despersonalización y la calidad de sueño ( $r = 0.327$ ) y finalmente una relación débil entre la dimensión de realización personal y la calidad de sueño ( $r = 0.377$ ).

Ledesma (2015) realizó un trabajo de investigación con un diseño descriptivo – transversal, el cual contó con la participación de personal asistencial de una Clínica de un Hospital de la ciudad de Lima, la muestra estuvo compuesta por 47 trabajadores asistenciales; a quienes se les administró una encuesta conformada por 7 preguntas que corresponden a las variables sociodemográficas y el Maslach Burnout Inventory. Los resultados demostraron que el 40.4% presentan un alto nivel de agotamiento emocional y el 80.9% un bajo nivel de realización de personal; lo cual se traduce en presencia de indicadores de cansancio físico y emocional que establece una posibilidad al desarrollo de alteraciones en el sueño del personal asistencial.

Asimismo, Nakandakari et al. (2015), desarrollaron un estudio observacional, transversal y descriptivo en el que participaron una muestra de 158 estudiantes de medicina humana que pertenecen a 9 sociedades científicas del Perú, los cuales fueron seleccionados por un muestreo por conveniencia con una tasa de rechazo del 30%. Se les aplicó un cuestionario autoadministrado compuesto por una breve encuesta para obtener datos demográficos y el Inventario de Burnout de Maslach; los resultados reportaron que el 24.1% tiene un nivel severo de agotamiento emocional, el 45.6% un nivel severo de despersonalización y el 25,3% un nivel bajo de realización personal, llegando a determinarse que el 57.6% presentan por lo menos un componente de riesgo del síndrome de burnout, y el 30.4% presenta al menos dos componentes alterados.

Grimaldo y Reyes (2015) ejecutaron una investigación de tipo descriptivo-correlacional, a fin de poder determinar la relación que existe entre la calidad de vida profesional en un grupo de estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud, en donde la muestra fue probabilística y el muestreo fue la asignación proporcional, la cual se conformó por 198 profesionales de diferentes carreras profesionales (73.2% mujeres y el 26.8% varones), a quienes se les

administró una Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) y un cuestionario de sueño y reposo diseñado para los fines propios del estudio. Los resultados manifestaron que existe una moderada correlación entre la dimensión de Apoyo directivo y la dimensión de sueño y reposo del grupo de 31 – 40 años de edad ( $a = .31$ ;  $p < 0.01$ ) permitiendo afirmar que el dormir adecuadamente es fundamental para el mantenimiento de calidad de vida profesional según la valoración subjetiva del participante.

Por otro lado, Aliaga (2012) desarrolló una investigación cuyo objetivo era el de explorar las relaciones de las dimensiones del bienestar psicológico y síndrome de burnout en población muestral de 82 técnicas de enfermería de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, quienes mantenían una edad que oscilaba entre 23 y 65 años de edad. Para la medición de las variables se emplearon la Escala de Bienestar Psicológico de Riff y el Inventario de Burnout de Maslach, Los resultados descriptivos demuestran que el 30.5% de las participantes no presenta ningún síntoma, el 31.7% se mantiene en riesgo, y el 29.3% presenta una tendencia a desarrollar burnout, solo el 8.5% presenta burnout. Además, se identificó que existe correlación negativa entre las dimensiones de autoaceptación ( $r = -.24$ ), dominio del ambiente ( $r = -.33$ ), autonomía ( $r = -.26$ ) y bienestar psicológico total ( $r = -.25$ ) con la dimensión de agotamiento emocional; en tanto que no se hallaron correlaciones significativas entre la realización personal y las dimensiones de bienestar psicológico.

Mariños, Otero, Tomateo y Málaga (2011), realizaron una investigación para determinar la frecuencia de coexistencia de síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes de un hospital nacional de Lima, dicho estudio descriptivo transversal realizado con la participación de 84 médicos residentes, cuyas edades fluctúan entre 26 y 48 años de edad teniendo como media ( $31 \pm 4.4$  años), a quienes se les aplicó Inventario de Burnout de Maslach (MBI), la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20) y un cuestionario de recolección de datos demográficos. Entre los resultados se encontró una asociación entre la presencia de SBO y síntomas depresivo, en razón que el 54.9% presentaron burnout, y de estos el 60% presentaban síntomas depresivos que pueden afectar simultáneamente la calidad de sueño. De forma inversa el 87.1% de los participantes que presentaban síntomas depresivos a su vez presentaban el síndrome de burnout.

Calderón, Quiroz, Rosales y Rey de Castro (2010) desarrollaron una investigación cuyo diseño fue de tipo transversal y descriptivo, con el objetivo de describir la calidad de sueño en los pobladores andinos de Huaripampa, departamento de Ancash – Perú; en el que participaron 83 personas, a quienes se les aplicó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP). Los resultados demuestran que 63.8% de los pobladores son malos durmientes, quienes por lo general presentaron como síntoma más frecuente el insomnio que alteraba la duración de su

sueño. Además, los resultados consiguieron demostrar que tanto la latencia de sueño, los trastornos del sueño y la disfunción diurna (40%) son los componentes que afectaron con mayor incidencia en la puntuación de las personas clasificadas como malos durmientes.

## **b) Bases Teóricas**

### **1. Síndrome del Burnout**

#### **1.1. Delimitación conceptual**

En lo que refiere al concepto de salud laboral es importante asumir que éste implica no sólo el reconocimiento de los derechos del trabajador relacionados con el respeto a su integridad física, mental y social; sino que a través de los años ha sufrido una transformación conceptual, de tal modo que ya no es más una problemática individual, sino más bien un problema social, empresarial que precisamente se centra en la prevención de los factores de riesgo psicosocial asociados al trabajo que puedan afectar la calidad de vida y salud laboral (Gil-Monte, 2012; Moreno, 2011).

Existen investigaciones que señalan que los factores de riesgo laboral han incrementado con el paso de los años, como producto del efecto de los cambios económicos, políticos y de corte organizacional; y claro está que estos poseen un efecto significativo sobre la salud y actividad laboral, dado que afectan el bienestar y desarrollo personal del individuo (Benavides, Declos, Benach & Sierra, 2006; Gil-Monte; 2009, 2012; Moreno, 2011).

Dicho esto es indispensable establecer diferencias entre dos tipos de organizaciones, una de ella es denominada organización saludable, debido a los múltiples esfuerzos para planificar con proactividad y sistematización acciones que les encaminen a la mejora de la salud de sus empleados mediante las buenas prácticas laborales centrado en un ambiente de cooperación y distribución equitativa de las tareas (Salanova, 2009; Salanova & Schaufeli, 2009). Por otro lado, se encuentran las organizaciones tóxicas, las cuales se encuentran caracterizadas por la no realización de esfuerzos para reducir las repercusiones nocivas en la salud de los empleados y la organización (Salanova, 2009).

A partir de ello, resulta importante analizar el concepto del burnout en cuanto a su abordaje histórico; en donde se observa que el "Síndrome de Burnout" fue descrito originalmente durante la década de los años 70"; puesto que según Freudenberg (1974) lo consideró como un estado de fatiga o frustración producida por la constante dedicación a una causa, estilo de vida o relación en la que no se origina el refuerzo esperado. Posteriormente, algunos autores le asignaron a este síndrome diversas denominaciones, tales como: síndrome de quemarse por el trabajo, estar quemado profesionalmente y, desgaste psíquico y emocional (Extremera,

Duran & Rey, 2010; Figueiredo, Grau, Gil-Monte, García; 2012; Ríos, Godoy & Sánchez, 2011; Korczak, Huber & Kister, 2010).

El concepto de burnout fue analizado por diversos autores, entre los principales se reporta a Maslach (1982) quien sostuvo que este término puede analizarse a partir de un enfoque relacionado con aspectos psicosociales, dado que se trata de un proceso que requiere de interacción social y que reúne características de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el orden señalado. Además, engloba a un tipo de respuesta emocional ante factores laborales que pueden ejercer como un antecedente y/o condicionante que están relacionados con el rol laboral del profesional que tiene como beneficiario a las personas del servicio profesional ofrecido (Farfán, 2009).

De acuerdo con Gil-Monte y Zúñiga (2010) el burnout corresponde a una respuesta de orden psicológico frente al estrés laboral crónico de naturaleza interpersonal y emocional que aparece en los profesionales que atienden a personas; el cual se caracteriza por la presencia de una creencia de escasa eficacia profesional, experiencia de mantener un estado de agotamiento emocional y conductas actitudinales negativas frente a las personas con las que se trabaja; analizado desde una perspectiva psicosocial.

Por lo tanto, los sentimientos de culpa que desarrollan los profesionales producto de la conductas y actitudes negativas en el trabajo (Cabrera, Ruiz, González, Vega & López; 2009); deberían ser considerados con un síntoma que debe ser evaluado para determinar la presencia del burnout (Gil-Monte, 2005; Sánchez, 2012).

En relación a lo mencionado anteriormente, se puede señalar que el burnout se asocia a una respuesta específica frente al estrés laboral, y que se caracteriza a partir del desarrollo de síntomas somáticos, emocionales y conductuales que pueden afectar la eficacia y desempeño laboral de los profesionales que mantienen un contacto directo con sus clientes.

## **1.2. Evolución del término del Burnout**

La definición del término burnout se abordó desde diferentes enfoques, a fin de precisar una definición única; pero se reportaron que algunas investigaciones relacionadas con esa variable indican que no es posible establecer una definición precisa, en función que para algunos se asocia y mantiene similitud con el estrés, mientras que para otros mantiene una distinción clara frente al estrés (Fernández, 2010). A pesar que no se ha convenido una definición de forma unánime, teniendo en cuenta lo propuesto Gil-Monte y Peiró se establece que el burnout puede

ser estudiado a partir de dos perspectivas: psicosocial y clínica (García, Mendoza, Lizárraga & García; 2011).

En cuanto al enfoque clínico, el burnout se refiere a un estado que alcanza el individuo a partir del estrés laboral, y por otro lado la perspectiva psicosocial plantea que es un proceso que se desarrolla debido a la interacción de las características del contexto laboral y variables personales (López, 2013).

Al realizar el análisis que se ha desarrollado sobre las diferencias entre estas perspectivas encargadas del abordaje del burnout se determina que por lo general lo tienen en cuenta como un estado o proceso; siendo que en el ámbito clínico se lo considera como un conjunto de conductas y sentimientos que se asocian normalmente al estrés laboral; mientras que cuando se analiza por la perspectiva psicosocial se entiende como aquel proceso en el que existe una secuencia de fases en las que se presentan diversas sintomatologías producto del estrés laboral, y que suelen exacerbarse ante la escasa eficacia de las estrategias de afrontamiento funcionales que pueda emplear el profesional en cuestión (Gavilán, 2013; Toro, 2014).

Por lo tanto, ante la falta de consenso para el establecimiento de una sola definición que haya sido aceptada por todos los investigadores que se han encargado del estudio del burnout, es posible indicar que éste puede conceptualizarse como una prolongada respuesta frente a estresores crónicos existentes no sólo a nivel personal, sino también a nivel relacional en el trabajo y que se determinan por las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización e ineficacia profesional (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009).

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

Ante la dificultad de poder establecer una definición única del Síndrome del Burnout aparece la necesidad determinar las diferencias con conceptos similares, y con los cuales a menudo se les ha establecido cierta similitud.

Por lo tanto, cuando el síndrome de burnout se define como un estado según la perspectiva clínica, existe la tendencia a que éste pueda solaparse parcialmente con síntomas asociados a la depresión, ansiedad, insatisfacción laboral, tensión, conflicto, presión y/o tensión, nervios y/o aburrimiento (López, 2013).

#### **a. Diferencia entre burnout y alineación**

Con la finalidad de establecer una mayor diferencia entre los conceptos de alineación y el síndrome de burnout; algunos autores se basaron en lo planteado por Cherniss (1993), y

destacan que la alineación aparece cuando una persona tiene poca libertad para ejecutar determinadas actividades que son posible de realizar, mientras que el burnout puede aparecer cuando pese a que existe la libertad para realizar la tarea, ésta es imposible realizarla (Gómez & Estrella, 2015; Pacheco, 2016).

#### **b. Diferencia entre burnout y ansiedad**

En cuanto a la ansiedad, ésta no se debe confundir con el burnout; Leiter (1990) planteó que la ansiedad puede llegar a formar parte del burnout. Por otro lado; se ha identificado que la ansiedad puede producirse cuando el sujeto percibe no poseer las habilidades que requiere para el abordaje de la situación en la que se encuentra, mientras que el agotamiento emocional del burnout puede aparecer cuando las exigencias del entorno tienden a exceder la habilidad propia que el sujeto percibe poseer (Caballero, 2012; Palacio, Caballero, González, Gravini, & Contreras, 2012).

#### **c. Diferencia entre burnout y depresión**

Debe considerarse que la depresión puede formar parte de uno de los síntomas característicos del burnout, en función que existen algunas similitudes sintomatológicas entre ambos (López, 2013). Sin embargo, para algunos autores se trata de dos trastornos diferenciados, en razón que el burnout corresponde a un constructo social que tiene un origen específico y que es temporal entre las relaciones interpersonales y organizacionales (Marengo & Ávila, 2016; Zambrano, 2016); mientras que la depresión hace referencia a un decaimiento en el estado de ánimo general, cuya característica principal es la aparición de emociones y creencias limitantes y negativas que afectan las relaciones interpersonales de la persona afectada por los sentimientos de culpa que aparecen (Martínez, 2010).

#### **d. Diferencia entre burnout y estrés**

Es necesario plantear que no debe confundirse el estrés psicológico con el burnout; puesto que este último hace referencia a la inadecuada respuesta frente a los estresores emocionales crónicos o algún mecanismo de afrontamiento y autoprotección específico que suele activarse para evitar el estrés generado en la relación entre profesional y cliente o entre profesional y organización (Gómez, Guerrero & González, 2014); mientras que el estrés conlleva efectos positivos y negativos, además de tratarse de un proceso interactivo específico que se produce ante la disonancia entre las demandas del entorno y los recursos personales que posee el individuo para superarlas o afrontarlas (Martínez, 2010).

### **1.4. Modelos Etiológicos**

En los últimos años aparecieron un gran número de modelos con la intencionalidad de describir el síndrome (Chanduvi & Vega, 2015; Farfán, 2009; Zambrano, 2016) Entre las clasificaciones

más empleadas se encuentra la propuesta por Gil-Monte y Peiró; en donde categoriza cuatro tipo de modelos etiológicos según distintos enfoques teóricos (Martínez, 2010).

#### **1.4.1. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría sociocognitiva del Yo:**

Se trata de modelos que han sido desarrollados basándose en el enfoque teórico planteado por Bandura, en donde se estudia aquellos factores psicológicos que llegan a intervenir en el modelado de la conducta y en el que se indica que la mayor parte recae sobre la cognición (López, 2013).

Ante ello, Martínez (2010) realizó una revisión sobre aquellos factores etiológicos planteados en este modelo teórico; reportando que las cogniciones no sólo influyen en la forma en que es percibida la realidad, sino que también pueden llegar a modificarse a partir de los efectos y/o consecuencias que observan, lo cual demuestra que el empeño en conseguir ciertos objetivos y emociones derivan netamente del nivel autoconfianza que posee el sujeto en cuestión.

López (2013) enuncia algunos modelos teóricos que se basan en dicha teoría y que dan posibilidad de otorgar algunas explicaciones con respecto al burnout, en las cuales se encuentran:

##### **a. Modelo de Competencia Social Harrison (1983)**

Este tipo de modelo plantea que los sentimientos de competencia y eficacia percibida forman parte de factores que se asocian al síndrome del quemado, en función que si el sujeto encuentra obstáculos en el contexto laboral, estos le provocan una disminución sobre su eficacia percibida y la motivación para apoyar, condición que de mantenerse a través del tiempo puede instaurarse como una tendencia al desarrollo del burnout (López, 2013).

##### **b. Modelo de Pines (1993)**

Para López (2013), este planteamiento es similar al modelo propuesto por Harrison en 1983; sin embargo se debe considerar dos conceptos claves: el sentido existencia y la motivación.

En este modelo Pines, plantea que el burnout puede considerársele como aquel resultado que aparece por el proceso desilusión que afecta a los trabajadores que se encuentran altamente motivados en la búsqueda de encontrar un sentido existencial a la labor que realizan; lo cual puede representarse además como un estado de agotamiento mental, emocional y físico que es causado del afrontamiento a situaciones de estrés crónico cuando se tiene altas expectativas sobre algo (Martínez, 2010).

**c. Modelo Explicativo de Cherniss (1993)**

En el modelo explicativo de Cherniss se llega a establecer una relación entre la percepción de autoeficacia del sujeto y el desarrollo de las características del burnout; lo cual se traduce que cuando el sujeto percibe que los estresores mantiene un alto grado de influencia en aspectos asociados a sus estados emocionales, la personalidad y el entorno laboral (Mansilla, 2010).

Asimismo, se entiende que la sensación de éxito puede generar satisfacción laboral y compromiso con el trabajo, mientras que la cognición de fracaso desarrolla la tendencia a padecer de burnout (Farfán, 2009).

**d. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)**

Este modelo planteado por Thompson et al., (1993) indica que las causas del burnout se basan en cuatros variables, tales como: discrepancias entre demanda de la tarea y los recursos del sujeto, nivel de autoconciencia para regular los niveles de estrés, expectativa sobre el éxito y los sentimientos de autoconfianza (Durand, 2016; López, 2013).

Siguiendo con López (2013), los sujetos que presentan una alta autoconciencia suelen caracterizarse por una tendencia acusada para autoperibirse y concentrarse en su experiencia de estrés, percibiendo mayores niveles de estrés con aquellos sujetos con autoconciencia baja.

**1.4.2. Modelos etiológicos elaborados desde las teorías del intercambio social:**

En estos modelos se han basado en los postulados y/o sustentos teóricos relacionados con la equidad y la conversación de recursos, los cuales suponen que la etiología del burnout está vinculada al desarrollo de cogniciones referente a la ausencia de equidad como resultante del proceso de comparación social al momento de desarrollar relaciones interpersonales (Martínez, 2010; Alonso, 2014).

**a. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)**

Este modelo plantea que el síndrome de burnout posee una doble casuística donde se evidencian procesos de interacción con los pacientes, y procesos de interacción frente a los compañeros de trabajo, en cuanto al primero los profesionales de enfermería pueden presentar tres variables que les genera estrés: incertidumbre, escaso control y la cognición con respecto a la equidad (Mansilla, 2010).

#### **b. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)**

Procede de la teoría de conservación de recursos, en donde se indica que cuando la motivación básica del trabajador se afecta, le conllevará al desarrollo de estrés y próximamente a la producción del burnout (Martínez, 2010). Estos estresores pueden producir inseguridad en los trabajadores al poner en manifiesto una posible incapacidad sobre los recursos empleados para cumplir con los objetivos propuestos (Alonso, 2014).

Según dicha teoría, se puede deducir que los trabajadores suelen esforzarse por aumentar y obtener sus recursos que valoran, siendo que el burnout aparece en el momento en que dichos recursos son amenazados, perdidos, o invertidos sin generar la retribución esperada. Asimismo, se puede indicar la existencia de cuatro tipos de recursos básicos: condiciones, propósitos, capacidad física y características personales (Hatinen et al., 2009).

Existen factores de estrés laboral que tienden a afectar los recursos personales de los colaboradores, en función que desarrollan inseguridad frente a sus capacidades y posibilidades de alcanzar el éxito en su profesión. Además de la importancia que recae sobre las relaciones con los demás, y las consecuencias que acarrearán la situación de estrés producida en la percepción de ganar y perder en este tipo de situaciones sociales, por lo que se necesita disminuir los niveles de estrés percibido y por consecuencia el burnout (Chanduvi & Vega, 2015).

#### **1.4.3. Modelos elaborados desde la teoría organizacional:**

Se enfatiza la relevancia que recae sobre los estresores y su función dentro de la organización, así como las estrategias de afrontamiento asumidas por los colaboradores, con el objetivo de hacer frente a situaciones cotidianas que los expone al desgaste emocional y/o sensación de vacío. En estos modelos se vuelve a considerar que el burnout forma parte de una respuesta específica frente al estrés laboral (Martínez, 2010).

#### **a. Modelo de Fases Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)**

Algunos autores que han analizado este modelo plantean que el síndrome del burnout aparece mediante un proceso en el que el trabajador pierde el compromiso inicial que mantenía con su trabajo al encontrarse expuesto a una fuente de estrés laboral constante; luego aparece una tendencia al distanciamiento y una experiencia de baja realización personal que finalmente puede llegar a generar una sensación de agotamiento emocional (Campos, 2015; Martínez, 2010).

Según Mansilla (2012) el trabajador que se expone a situaciones que le saturan laboralmente y que presenten escasez en el rol laboral, puede experimentar una pérdida de control y autonomía, lo que le conllevará a sentir deterioro en su imagen personal, fatiga o agotamiento, y sentimientos de minusvalía personal.

#### **b. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)**

Algunas revisiones actuales de este modelo planteado por Cox, Kuk y Leiter coinciden en que el burnout aparece como respuesta frente al estrés laboral que puede llegar a surgir cuando las estrategias de afrontamiento no son efectivas para manejar adecuadamente el estrés (Campos, 2015; Leiter, 1989; Leiter & Maslach, 1988; Mansilla 2010).

Posteriormente, Sánchez (2012) considera que el agotamiento o cansancio emocional es la dimensión fundamental en el desarrollo de la patología, siendo que la despersonalización es una estrategia que le permite afrontar al agotamiento o cansancio; para que finalmente llegue a producirse una baja realización personal como resultado al estrés laboral.

#### **c. Modelo de Winnubst (1993)**

Según López (2013), este modelo se enfoca en la identificación de la relación entre factores tales como: estructura, cultura y clima organizacional, así como el apoyo social en el trabajo, como las variables que de no estar desarrolladas correctamente pueden provocar la aparición del burnout.

Asimismo, se ha indicado que el tipo de estructura organizacional puede determinar la cultura organizacional, por lo cual las variables que anteceden al burnout pueden variar de acuerdo a la estructura organizacional y por cómo se encuentra institucionalizado el apoyo social dentro del contexto laboral (Alonso, 2014; Campos, 2015; Winnubst, 1993).

#### **1.4.4. Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural**

Según Sánchez (2012), el modelo basado en la teoría estructural que plantearon Gil-Monte, Peiró y Valcárcel considera diferentes variables relacionadas con la organización, las personas y las estrategias de afrontamiento, motivo por el cual es considerado como un modelo que emplea diferentes teorías para describir el proceso de cómo se desarrolla esta patología.

En el presente modelo, el síndrome de burnout es entendido y conceptualizado como la respuesta frente al estrés laboral percibido a partir de un proceso en el que se desarrolla una reevaluación cognitiva cuando las estrategias de afrontamiento que han empleado los

profesionales no han resultado ser eficaces para reducir el estrés laboral percibido (Gil-Monte, 2011).

Para efectos de la presente investigación se tomará en cuenta la postura teórica planteada por Maslach, Jackson y Leiter quienes desarrollaron el instrumento de evaluación del burnout ampliamente empleado, en donde se tiene en cuenta las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; puesto que el objetivo de la presente se orienta en poder constatar la existencia de correlación entre el burnout y la calidad de sueño, teniendo en cuenta que el burnout puede conceptualizarse como una prolongada respuesta frente a estresores crónicos existentes no sólo a nivel personal, sino también a nivel relacional en el trabajo, que aparece cuando estos llegan a exceder a las estrategias empleadas para su afrontamiento.

### 1.5. Dimensiones

El burnout es considerada una problemática, por lo cual en su abordaje desde una perspectiva psicosocial, se han planteado tres dimensiones que lo caracterizan (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). En tal sentido, algunos investigadores concuerdan en que el burnout representa a aquel cuadro en el que existe presencia de agotamiento emocional, despersonalización y una baja realización personal en el contexto laboral y que mantiene una tendencia a originarse cuando el que brinda el servicio profesional debe interactuar con personas sin importar de qué tipo de actividad se trate (Campos, 2015; Gil-Monte, 2012; López, 2013).

A continuación se presentan las dimensiones del burnout planteadas:

**Agotamiento Emocional:** se ha precisado que cuando el trabajador se involucra en demasía en su trabajo y afronta situaciones conflictivas o problemáticas se generan sensaciones de sobrecarga y hastío emocional como una respuesta de agotamiento frente a la constante interacción que los profesionales mantienen con los pacientes (Villar, 2015).

En palabras de Maslach (2009), esta dimensión hace referencia a los sentimientos que se producen cuando uno percibe o se siente sumamente exigido, experimenta vacío con respecto a los recursos emocionales y físicos. Se entiende que en esta dimensión los principales estresores son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo (Díaz & Gómez, 2016; Maslach, 2001).

Asimismo, con respecto a esta dimensión se ha considerado que hace referencia al desgaste, disminución súbita de energía, estado de agotamiento y fatiga física, las cuales no sólo se

experimentan a nivel físico, sino también a nivel psicológico o una combinación entre ambos aspectos (Chanduvi & Vega, 2013; Martínez, 2010).

**Despersonalización:** Para Maslach (2009), la despersonalización puede entenderse con un tipo de respuesta caracterizada por una actitud negativa, insensibilidad o excesivamente apática frente a diversos aspectos del trabajo; conllevándole a una reducción de esfuerzo para la realización de sus actividades (Maslach, 2001).

En cuanto a la interacción con el beneficiario y/o cliente se aprecia que existe un marcado desapego afectivo por parte del profesional, dado que se muestra insensible y endurecido a nivel emocional, lo cual actúa como un mecanismo de defensa producto del cansancio emocional (Campos, 2015; Gavilán, 2013; Gil-Monte, 2008; López, 2013; Valdera, 2016).

**Baja Realización Personal:** En esta dimensión se hace referencia a aquellos sentimientos de ser incompetente, carecer de logros y no ser productivo en el trabajo, lo cual puede incrementarse ante la ausencia de recursos, falta de apoyo social y escasas oportunidades profesionales (Maslach, 2001; Maslach, 2009).

Asimismo, se entiende que la tendencia que el profesional mantiene a evaluarse negativamente sobre todo por la pérdida de la confianza en sí mismo puede afectar su satisfacción personal y generar una disminución en su habilidad para la realización de su trabajo (López, 2013). A modo de complementar la definición de esta dimensión de acuerdo a Chanduvi y Vega (2015) la realización personal mantiene relación con la autoeficacia y la indefensión aprendida.

En comparación con las otras dos dimensiones, la realización personal refiere algo opuesto, en función que se requiere un bajo nivel en esta dimensión para considerarla como un riesgo a presentar burnout (Chanduvi & Vega, 2015; Zambrano, 2016).

## **1.6. Factores Predisponentes**

Castro (2012), señala que existen factores causales que pueden favorecer el desarrollo del Síndrome del Burnout, cuya naturaleza puede ser situacional, intrapersonal e interpersonal.

### **a. Variables Sociodemográficas**

Por su parte, Farfán (2009) mencionó que existen variables demográficas, tales como: sexo; edad, estado marital y familiar, y experiencia de trabajo que contribuyen con la aparición de dicho síndrome.

Existen investigaciones que apoyan lo sustentado con respecto a que el sexo no posee una influencia clara; más bien el rol familiar – laboral resulta relevante haciendo que la mujer sea más vulnerable al desarrollo del burnout, sobre todo en la dimensión de agotamiento emocional; mientras que el varón puede presentar un mayor nivel de despersonalización (Campos, 2015; Purvanova & Muros, 2010; Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez & Pinzón, 2011).

Con respecto al factor de edad, se puede indicar que de acuerdo a lo manifestado por Guerrero y Romero (2013) existen hallazgos que indican cuanto menor sea el colaborador existe una mayor probabilidad de padecer el burnout; en función que se aprecia correspondencia entre la experiencia y madurez que adquiere el colaborador para afrontar las diversas presiones que afectan la calidad de vida del individuo (Arias & Castro, 2013; Rodríguez et al., 2011).

Asimismo, la condición civil suele influir en la aparición del burnout, puesto que existen estudios que indican que las personas que se encuentran solteras tienden a estar más propensas a padecer burnout que aquellos que están casado o con pareja estable (Rodríguez et al., 2011). Sin embargo, contrario a dicha aseveración, se reportó en un estudio realizado por García et al. (2016), en donde se indica que docentes casados presentaron mayores niveles de burnout.

#### **b. Variables del contexto organizacional**

Por otro lado, se han reportado estudios que plantean la existencia de variables relacionadas con el contexto organizacional, las cuales si no son manejadas adecuadamente generan una mayor predisposición al padecimiento del burnout, al citar algunas de ellas se reportan: una dinámica negativa del trabajo; inadecuación profesional, escasa realización en el trabajo, conflictos de rol y ambigüedad en el mismo, relaciones conflictivas, exigencia del trabajo, divergencia entre la realidad y las expectativas en el trabajo e insatisfacción laboral (Guerrero, & Romero, 2013; Martínez, 2010; Miret & Martínez, 2010; Rodríguez et al., 2011).

Es posible mencionar también que cuando se aprecia la existencia de una marcada jerarquización o un manejo inflexible y burocrático de reglas y recursos dentro de un ambiente laboral que llegue a generar coerción al trabajador en cuanto a sus oportunidades de promoción profesional, ello puede influir de forma significativa en el desarrollo del burnout (Arias & Castro, 2013). Además, se ha indicado que entre las posibles etiologías del burnout puede asociarse con la inadecuación frente al perfil del cargo y que pese a ello se tenga que continuar laborando en éste (Campos, 2015).

Por ende, cuando se aprecia sobreexigencia en el trabajo, es decir que se ha sobrepasado los límites habituales, ya sea porque le asignan tareas que resultan ser desagradables para el trabajador se llega a apreciar una mayor tendencia al desarrollo de burnout, y cuando éstas se acompañan del factor de escasez de tiempo se incrementa el riesgo de forma significativa (Allard, Hass & Hwang, 2011; Xionaming, Ma, Chang & Shieh, 2014).

Para Mansilla (2011), la ambigüedad y el conflicto de rol se relacionan con la ausencia de control del rol que desempeña el trabajador, al punto que se genera incertidumbre con respecto a cuales representan las funciones reales de su puesto de trabajo, por lo que cuando existe mayor conflicto de rol y ambigüedad se establece una cierta tendencia a la aparición del burnout.

En relación a las investigaciones que toman en cuenta lo planteado por Lee y Ashforth (1993) sobre como el nivel de satisfacción laboral puede contribuir en la prevención del burnout, se ha mencionado que ante la aparición de un grado óptimo de satisfacción laboral, la posibilidad de que se presente el burnout se reduce de forma significativa (Aranda, Aldrete & Pando, 2008; Jiménez, Jara & Miranda, 2012). Para analizar la satisfacción se ha tenido en cuenta que de acuerdo a lo propuesto por Herzberg en su teoría de los factores que plantea la existencia de algunos factores que producen satisfacción, y estos son los factores motivadores y de higiene; en cuanto a estos últimos se indica que cuando no se enfatiza en ellos puede llevar a la insatisfacción, sin que el buen manejo de los mismos asegure la aparición de la satisfacción (Correa, 2012).

### **c. Variables del Contexto Interpersonal**

Asimismo, de acuerdo con Ramírez y Zurita (2010) existen ciertas variables interpersonales que pueden predisponer al individuo hacia el desarrollo del burnout, y son las siguientes: apoyo social; relaciones interpersonales, comunicación, actitudes que desarrollan las amistades y familiares, y las exigencias vitales (Aranda & Pando, 2010; Rodríguez et al., 2011).

En cuanto al apoyo social, se ha observado que en algunas investigaciones se confirma lo señalado por Jackson y Schuler (1983), quienes sostienen que si se recibe un menor apoyo social se incrementa la posibilidad de padecer burnout, por lo que teniendo en cuenta lo señalado se asume que ante el establecimiento de relaciones familiares, amicales y/o de pareja, estos configuran como factores protectores que inmunizan al individuo ante el burnout (Campos, 2015; Martínez, 2010; Ramírez & Zurita, 2010; Smith, Birch & Marchant, 1984).

Ante ello, se ha considerado que las relaciones que la persona mantiene con sus familiares y/o amigos pueden condicionar el ambiente en el que interactúa, sea que éste se perciba como agradable o desagradable, sobre todo cuando aparecen problemas familiares que distorsionen la dinámica y funcionamiento del hogar puede incrementar la probabilidad de padecer burnout (García et al., 2016; Guerrero & Romero, 2013; Rodríguez et al., 2011). En base a ello se ha conseguido identificar que en el momento en que los canales de comunicación se encuentran deteriorados dentro del ámbito social del individuo, el burnout tiende a aparecer con mayor probabilidad (Barria, 2011).

Con respecto a las actitudes de los familiares y amigos, plantean que las actitudes pueden estar condicionadas por el grado de calidad de relación interpersonal que coexista entre las personas en interacción (Peinado & Garcés, 1998), sin embargo éstas suelen manifestar un sesgo favorable o desfavorable ante el tipo de situación que tenga que afrontar el individuo, por lo cual ante el desarrollo de una actitud de aversión frente a la exposición de estímulos desagradables en la dinámica relacional con los amigos y familiares existe una mayor probabilidad de presentar el síndrome del quemado (Romero, 2013).

#### **d. Variables Intrapersonales**

Existen ciertas variables intrapersonales que pueden influir o evitar la aparición del burnout, entre las cuales se encuentran: predominio del locus de control externo, personalidad resistente, demandas emocionales, autoeficacia, autoconcepto y las expectativas personales (Caballero, Hederich & Palacio, 2010; Gantiva, Jaimes & Villa, 2010; Maslach, 2009).

En relación al predominio del locus de control externo, es posible señalar que éste puede generar predisposición al desarrollo del burnout, lo cual se valida en diversas investigaciones que reportan correlaciones significativas entre el locus de control externo y el incremento del burnout (Chavarría, Colunga, Loria & Peláez, 2016; Ortega, Ortiz & Martínez, 2014). Con respecto al control situacional León (2011) plantea que cuando las personas perciben un menor control de una situación ambigua, difícil o novedosa, es que existen mayores probabilidades de que aparezca dicho síndrome.

Asimismo, algunos autores que señalaron que la personalidad del individuo influye, no sólo en la manifestación del Burnout, sino también en la predisposición a él (Cherniss, 1980; Freudenberger & Richelson, 1980; Aronson, Kafry & Pines 1981). En concordancia a ello Martínez (2010) indica que los sujetos más vulnerables a padecer de este síndrome son aquellos que presentan características de entusiasmo, dedicación al trabajo, idealismo, ansiedad e identificación excesiva con las personas que intentan ayudar. La importancia de la

personalidad asociada al burnout surge a partir de los hallazgos que sugieren que una personalidad resistente (Herrera, Viveros & Brizio, 2013) le puede permitir a la persona percibir las situaciones del entorno como una oportunidad, más no como una amenaza para protegerse de los síntomas de la salud inducidos por el estrés crónico (Gerber et al, 2013; Ortega & Ortiz, 2014).

Se ha demostrado que las demandas emocionales conforman un factor que antecede al burnout, puesto que ante una mayor presencia de ellas las personas tienen una mayor predisposición a padecer de este síndrome (Arquero & Donoso, 2013; Schaufeli & Bakker, 2004). Asimismo, se considera que dichas exigencias por lo general se encuentran asociadas a peticiones laborales excesivas y abrumadoras (Arquero & Donoso, 2013).

Otras variables intrapersonales asociadas al burnout están relacionadas con la autoeficacia personal, dado que cuando se presenta un mayor desarrollo de dicha variable se mantiene una tendencia a protegerse de la posibilidad de padecer esta condición y su sintomatología asociada, siempre y cuando el sujeto tenga la capacidad de modificar las condiciones que originan la tensión (Fernández, 2011; León, Cantero & León, 2011).

Con respecto al autoconcepto, algunos investigadores reportan que cuando el sujeto padece del burnout tiende a manifestar una valoración negativa de su competencia y valía personal (Oñate, Resett, Menghi & Iglesia, 2016), en tanto que Harter (2012) plantea que el autoconcepto mantiene gran relevancia para destrezas asociadas a la competencia laboral, motivación, organización personal y autorregulación de la conducta.

Asimismo, Rodríguez et al., (2011) plantea que existe una relación entre las expectativas personales y la aparición del burnout, en función que cuando se percibe que las expectativas de sucesos vitales no se cumplen, ello genera que exista un incremento del riesgo de presentar el síndrome de burnout.

Por lo tanto, Castro (2012) indicó que el indicador del desgaste profesional y el incremento en la posibilidad de desarrollar el burnout puede diferir entre cada persona, de acuerdo a sus características personales y los factores relacionados con su perfil profesional, así como las condiciones laborales que se presentan en su ejercicio profesional.

### **1.7. Manifestaciones del Síndrome de Burnout**

Es necesario recalcar que la enumeración y descripción sobre las consecuencias que presenta el síndrome de burnout puede resultar ser una tarea ardua y dificultosa. La dificultad se genera

ante las numerosas revisiones que existen para realizar una diferenciación entre el burnout y otras enfermedades, tales como: estrés e insatisfacción laboral, depresión e irritabilidad, etc (Esteras, 2015; Rodríguez & Rivas, 2011).

Autores como Burke, Richardsen y Schawb planteaban que algunos individuos que fueron afectados por el burnout mantienen un deterioro en cuanto a la salud y la calidad de otros ámbitos, tales como: personal y social – organizacional (Esteras, 2015; Rodríguez et al 2011; Valdera, 2016; Villar, 2015). Por ello, entre los efectos más notables se encuentran:

#### **a. Consecuencias físicas**

La persona que ha sido afectada por el burnout afronta un riesgo de desarrollar molestias y/o trastornos psicosomáticos (Esteras, 2015), en donde dichos cuadros primarios que se manifiestan pertenecen a una diversidad de anormalidades en la salud (Suñer et al., 2013), de las cuales no se distinguen síntomas físicos claros (Campos, 2015).

Diversos autores que se han encargado del análisis de las consecuencias físicas del burnout: dolores musculares, jaquecas, cefaleas, problemas gastrointestinales, disminución de peso, diarreas, tendencia al insomnio que afecta la calidad de sueño, alteraciones en el periodo menstrual, hipertensión arterial y cardiovascular, dolor en el pecho y sensación de ahogo (Gómez & Estrella, 2015; Martínez, 2010; Melamed, 2009; Werner, 2010).

#### **b. Consecuencias Psicológicas**

Las más resaltantes consecuencias psicológicas que aparecen en las personas que han desarrollado el síndrome de burnout se relacionan con una actitud negativa hacia sí mismo y los demás (Acuña & Bruschi, 2013; Esteras, 2015; Reyes, 2008). Asimismo, dichos autores coinciden en que algunas de las consecuencias a nivel psicológico que se asocian al burnout se relacionan con escasa tolerancia a la frustración, inestabilidad emocional y escaso control de impulsos, disminución en la motivación generalizada, indicadores de ansiedad y sentimientos de culpa.

Por otro lado, López et al. (2014) sostienen que aquellas personas que padecen de este trastorno suelen presentar tendencia a realizar un consumo abusivo de sustancias tóxicas, tales como: café, tabaco, alcohol y otras conductas asociadas a estilos de vida que afectan la salud. A criterio personal, se indica que incurrir en estas conductas de riesgo, no solo puede afectar a la persona desde el plano psicológico, sino que también se establecen efectos a nivel fisiológico, en donde se afecta la calidad del sueño propiamente dicha.

### c. Consecuencias organizacionales

Además de la producción de efectos psicológicos y sociales graves en el individuo, existen otro tipo de consecuencias que ejercen una enorme repercusión dentro de la organización para la que se desempeña el trabajador (Aguirre & Montedónico, 2009; Werner, 2010). Entre dichas consecuencias, se aprecia que el burnout puede provocar una disminución significativa en el rendimiento profesional del colaborador, y por ende verse afectada la calidad de atención hacia el cliente (Campos, 2015; Esteras, 2015; Fernández et al., 2012).

Existe evidencia de que la variable que predispone al ausentismo organizacional está directamente relacionada con cada una de las dimensiones del burnout, pero con mayor incidencia al agotamiento emocional (Esteras, 2015, Gil-Monte, 2008).

### 1.8. Fases o etapas

Los estudios relacionados con el burnout coinciden en que la aparición del burnout no surge de forma súbita, sino que ésta emerge de forma paulatina; es decir una sucesión de etapas y que suele incrementarse con severidad, por lo que puede ser considerada como un proceso continuo (Romero, 2013; Sebastián, 2015; Valdera, 2016).

Por ello, López (2013) indica que hacia la década de los 80, Edelwich y Brodsky, plantearon cuatro fases que explican el desarrollo del burnout:

- a. **Fase de entusiasmo o luna de miel:** periodo inicial en el que el individuo se muestra apasionado por su profesión, da lo mejor de sí mismo cada día, en función que considera que el trabajo es estupendo y que podrá satisfacer todas sus necesidades y problemas, manifestando un alto grado de satisfacción en sus relaciones laborales y con su posición en la empresa.
- b. **Fase de estancamiento:** etapa en la que trabajador se comienza a dar cuenta, que lo planteado inicialmente no corresponde a lo que experimenta en realidad; lo cual produce un sentido objetivo y las percepciones se ajustan a la realidad, en cuanto a recompensas personales, profesionales y materiales.
- c. **Fase de frustración:** aquí es donde existe una transformación de la energía y el optimismo, hacia una sensación de fatiga crónica y un patrón de irritabilidad, en donde suelen aparecer repercusiones en el plano psicológico y fisiológico, además la motivación y la determinación para dedicarse y esforzarse al trabajo disminuye de forma paulatina.

- d. **Apatía:** cuando la fase anterior no se interrumpe, la frustración tiende a convertirse en apatía, donde la desesperanza es el aspecto predominante en esta última etapa del síndrome de burnout; siendo que el profesional ya presenta alteraciones a nivel físico y mental (López, 2013).

Por otro lado, teniendo en cuenta lo señalado por Cherniss, quien considera que el burnout tiende a ser ocasionado por el estrés laboral (Valdera, 2016) dentro de todo un proceso de reacomodación psicológica entre una persona que padece estrés y un trabajo que propicia el desarrollo del estrés, por lo cual se debe realizar una distinción entre:

- a. **Fase de estrés:** se presentan características que permiten inferir disonancia entre los recursos que brinda el trabajo y la demandas laborales coexistentes (Mansilla, 2012).
- b. **Fase de agotamiento:** aquí se llega a producir respuestas de ansiedad, preocupación, fatiga y tensión a un nivel crónico (Mansilla, 2012).
- c. **Fase de agotamiento defensivo:** aquí se aprecian cambios en la conducta y en su actitud, de tal modo que es posible apreciar cinismo y la robotización (Mansilla, 2012).

## 2. Calidad de Sueño

### 2.1. Delimitación Conceptual

En el análisis acerca de las condiciones adecuadas o inadecuadas de la función vital del sueño, Calderón et al., (2010) establecieron que el sueño representa un estado fisiológico activo y rítmico que se alterna con otro estado de conciencia básica que es la vigilia, siendo que ejercen un gran impacto sobre la vida del ser humano. Además, representa a aquella necesidad humana básica que se caracteriza por la disminución del estado de conciencia, momento en el cual la percepción y la reacción al ambiente del individuo están disminuidos, llegando a ejercer efectos fisiológicos tanto en el sistema nervioso, como en las demás estructuras corporales, logrando restaurar la predisposición hacia la actividad y favoreciendo la síntesis proteica (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2010).

Asimismo, Carrillo, Ramírez y Magaña (2013) señalan que el sueño corresponde a un proceso fisiológico, en donde sus características difieren significativamente entre las diversas especies, debido que cada una mantiene diferentes aspectos conductuales asociados al sueño, tales como: disminución de la conciencia y reactividad a los estímulos externos; inmovilidad y relajación muscular, adquisición de posturas estereotipadas durante la actividad onírica.

Por otro lado, los efectos de la privación de la actividad del sueño, pueden llegar a ser negativos, en donde la principal sintomatología se asocia a la fatiga aguda, disminución en la activación y funcionamiento de procesos cognoscitivos y motores durante el día por la somnolencia, y una mayor tasa de accidentes laborales y de tránsito (Calderón et al., 2010).

Se ha planteado que la cantidad necesaria del sueño en el ser humano se encuentra regulada por factores que dependen del organismo, ambiente y comportamiento, de ese modo existen personas que duermen cinco horas o menos y otras que requieren más de nueve horas para sentir bienestar, pero la gran mayoría duerme un promedio de siete u ocho horas (Barrenechea et al., 2010).

En tanto que la calidad de sueño según Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer (1988) se define como aquel constructo que permite evaluar si la persona puede considerarse ya sea como un buen o mal dormidor, lo cual posibilita intervenir cuando se presenta un problema en la conducta de dormir y no permitir así que el individuo se afecte en su salud física y/o la calidad de vida (Salas, 2011).

Además, la calidad de sueño no solo hace referencia al hecho de poder conciliar el sueño adecuadamente durante la noche, sino que corresponde también a la condición del pleno funcionamiento durante la actividad diurna (Domínguez, Oliva & Rivera, 2007; Granados et al., 2013; Lezcano, Vieto, Moran, Donadío & Carbonó, 2014).

## **2.2. Importancia y Función**

Dávila (2010) plantea que se han propuesto numerosas teorías acerca de las funciones del sueño, en donde algunas indican que sirve para acumular energía que será empleada durante el día, mientras que otros sugieren que el sueño regula las emociones o fortalece el sistema inmune.

Según Pauta, Romero y Sinchi (2011), las etapas del sueño comprometen una serie de funciones, en razón que el sueño No REM se encarga de la síntesis de la hormona de crecimiento, regeneración y restauración orgánica; y el sueño REM está orientado hacia la regeneración de procesos cognitivos, tales como: atención, procesamiento de información y memoria a largo plazo.

Fontana, Raimondi y Rizzo (2014) consideran que a partir del planteamiento de la perspectiva conductual el sueño puede ser determinado a partir de cuatro dimensiones diferentes, entre las

cuales se tienen a: tiempo circadiano, factores internos del individuo (sexo, edad, necesidades fisiológicas, hábitos de sueño, etc.), y patrones de comportamiento que favorezcan o perjudiquen el sueño en su calidad y duración; y por el último factores ambientales.

Para los propósitos del presente estudio, se tomará en consideración la perspectiva que le atribuyen al sueño un factor como protector y/o regulador emocional, es decir que permite a los trabajadores cuyas expectativas y/o demandas en el trabajo son excesivas puedan afrontar de forma positiva o negativa la posibilidad de padecer un agotamiento emocional excesivo.

Entre las funciones más destacadas se pueden plantear las siguientes:

#### **a. Funciones Cardiovasculares:**

El sueño mantiene una función homeostática, la cual durante el sueño lento se caracteriza por la disminución de las cifras tensionales, producto del predominio de la actividad parasimpática por lo que es posible que la frecuencia cardíaca y la temperatura disminuya (Río, Saldaña & Martínez, 2013).

De forma similar, Contreras (2013) coincide en que la bradicardia es producida fundamentalmente por un aumento de la actividad parasimpática vagal, siendo que la disminución cardíaca puede ser atribuida a un ritmo circadiano independiente del sueño.

#### **b. Funciones Endocrinas**

Entre las hormonas que se segregan durante el ritmo que marca el ciclo sueño-vigilia, se encuentran la hormona encargada del crecimiento; la prolactina que es una hormona que interviene en la función sexual y en la lactancia (Martínez et al., 2014); y finalmente el eje hipotálamo-hipofisiario encargado de los procesos neuronales que regulan las emociones, instintos y la sexualidad (Alvarado et al., 2012; Banks & Dinges, 2007).

Asimismo, Andreu (2013) indicó que las funciones endocrinas suelen sufrir variaciones complejas, dado que algunas hormonas se liberan durante el sueño; mientras que otras sufren inhibición de su liberación como la adrenocorticotrópica (ACTH) y la tirotrópina.

#### **c. Otras funciones**

En este apartado se consideran las funciones renales, digestivas y sexuales; en cuanto a las renales durante el sueño se experimenta una disminución de excreción de sodio, potasio y calcio (Aguirre, 2013); mientras que en las digestivas algunos estudios demuestran que existe

un aumento de secreción ácida del estómago (Casanueva, 2016); y las de orden sexual, aparece la erección peneana en varones, y en mujeres se observan erecciones clitorianas e incluso lubricación (Corrales, Duque, Serrano, González & Alonso, 2014).

Asimismo, resulta necesario señalar que se ha conseguido determinar que el sueño posee además una función psicológica, en donde se considera que el sueño REM por lo general permite la consolidación de la memoria, facilitando así una recuperación de recuerdo de forma efectiva; se afirma que el sueño actúa sobre la memoria emocional, logrando activar los circuitos cerebrales que están asociados con la emoción y desactiva el control de la corteza frontal y partes del tronco cerebral (Moreno, 2012).

### **2.3. Etapas del Sueño**

Se debe tener en cuenta que si bien es cierto el sueño corresponde a un estado voluntario, en función que el sujeto puede incluso inhibir el deseo de realizar la acción de dormir (Crovetto, 2010). Para Torres y Monteghirfo (2011) por lo general, pese a que la conducta del individuo que se encuentra dormido puede ser similar durante la mayor parte del periodo del sueño, en el cerebro se gestan una serie importante de cambio.

Algunos hallazgos obtenidos a partir de estudios de polisomnografía, en donde se incluye la adquisición de información de actividad bioeléctrica cerebral y muscular, han demostrado que se trata de un proceso dinámico y cambiante en que se puede reconocer dos tipos de sueño: No Rem y Rem (Crovetto, 2010).

El sueño REM se componen como un estado fisiológico durante el cual el cerebro mantiene una activación eléctrica y metabólicamente, que con frecuencia suele ser similar a los de la vigilia (Torres & Monteghirfo, 2011).

A entenderse que Torres y Monteghirfo (2011) indican que el sueño NREM se divide en cuatro fases; en donde las primeras fases I y II aparece un sueño superficial que se caracteriza por una disminución paulatina del tono muscular, pero que aún se mantiene conservado. Asimismo, se indica que la fase III y IV se caracteriza ya por un sueño más profundo que se encuentra seguido por el sueño de movimientos oculares rápidos, en el que ocurren los sueños mayormente. Se calcula que la duración total del sueño puede variar individualmente, sin embargo se concuerda en un promedio de 7 horas, de forma que los adultos jóvenes duermen aproximadamente en un 50% en sueño lento ligero, 15 a 20% en un sueño lento y el 20 a 25% restante en lo que se refiere al sueño REM.

#### **2.4. Duración del Sueño**

Algunos investigadores plantean que la duración que tiene el ciclo de sueño/vigilia es de 24 horas de duración aproximadamente, puesto que se encuentran relacionados con los periodos de alternancia de luz-oscuridad ambiental, y los cambios en la temperatura corporal del individuo debido a su acción homeostática (Silva, 2010; Saavedra, Zúñiga, Navia & Vásquez, 2013).

Este ciclo de sueño – vigilia es considerado como el reloj circadiano el cual tiene su principal localización en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, el cual puede llegar a generar incluso ritmos endógenos que son ligeramente superiores a 24 horas, pero para alcanzar la regulación del mismo resulta fundamental la luz ambiental, que puede ejercer como un principal sincronizador del reloj biológico; asimismo existe otras señales ambientales que contribuyen a la regulación del reloj circadiano y estos son: horarios de acostarse y comidas, ejercicio físico y contactos sociales (Rodríguez & Madrid, 2015).

#### **2.5. Neuroanatomía y neuroquímica del Sueño**

Según Crovetto (2010), el sueño es un estado dinámico en el cual existe activación de unas regiones neuronales e inhibición de otras; por lo cual la vigilia normal se encuentra asociada con la activación de varios sistemas activos de despertar.

Asimismo, es posible identificar la existencia de unos relojes biológicos situados en el sistema nervioso central que controlan el ciclo sueño-vigilia, destacando el núcleo supraquiasmático del hipotálamo (Siegel, 2009; Torterolo & Vanini, 2010).

Se ha investigado recientemente que las neuronas del área preóptica que tienen un papel homeostático en la regulación del sueño REM y NoREM (Torterolo & Vanini, 2010).

#### **2.6. Beneficios y Consecuencias Adversas**

Los beneficios y consecuencias adversas producto de los estados de sueño y vigilia son relevantes para el buen funcionamiento del individuo, y suelen ejercer un importante efecto sobre la fisiología de la persona; por lo cual respetar los horarios para que se lleven a cabo dichos estados es primordial para obtener una calidad de sueño óptima.

Asimismo, se considera que el sueño contribuye con el aumento de producción de hormonas de crecimiento que contribuyen en la síntesis de proteínas para reparación celular (Qidwai, Ishaque, Shah & Rahim, 2010).

Sin embargo, cuando el sueño es insuficiente en su calidad y de escasa profundidad sobre todo en los trabajadores con turnos rotatorios tiene efectos cognitivos – comportamentales asociados con la disminución del nivel de alerta, apareciendo síntomas de somnolencia durante el día y una disminución significativa del rendimiento laboral (Rodrigo, 2011).

Por otro lado, la mala calidad del sueño es un cuadro sintomático que afecta la salud, la cual por lo general afecta la regulación de las funciones inmunológicas e inflamatorias, así como tiende a provocar alteraciones a nivel de la cognición y memoria, inestabilidad emocional e incremento del apetito (Halley, et al., 2014).

Para Wong, et al., (2013) sostiene que la cantidad y calidad del sueño mantiene un impacto significativo sobre el aspecto psicológico; en donde se indica que ante niveles adecuados del mismo tiende a incrementar el estado de ánimo, evita la depresión y la ansiedad; lo cual se convierte en un patrón intermedio que mantiene mejor salud física y un menor riesgo de mortalidad por desarrollar diabetes o episodios coronarios.

Asimismo, se demostró que la privación aguda del sueño puede provocar fatiga, alteraciones de rendimiento cognitivo en procesos tales como: percepción, capacidad discriminativa, atención, memoria, pensamiento y expresión del lenguaje; así como también se asocian las alteraciones de humor (Reynolds & Banks, 2010).

De forma similar, Miro, et al. (2007) plantearon que la falta de sueño o la presencia de alteraciones en el mismo perturban los procesos de recuperación de energía del organismo, llegando a generar fatiga, alteraciones del estado de ánimo, cambios físico-anatómicos e inmunosupresión.

## **2.7. Higiene del sueño**

Carrillo, et al., (2013), indicaron que las medidas de higiene del sueño son una serie de recomendaciones sobre las conductas y hábitos deseables; modificaciones de los factores ambientales; cuyo objetivo se centra en la mejora de calidad de sueño para evitar el padecimiento de trastorno de sueño, tales como: insomnio.

Asimismo, se ha considerado que se encarga de estudiar, entre otros aspectos, el efecto que ejercen determinados factores ambientales (luz, ruido, temperatura, etc.) y factores asociados a la salud (cambios en la nutrición, actividad física, y el consumo de sustancias) que beneficien la calidad de sueño (Achury-Saldaña & Achury, 2010).

Ante ello, en cuestiones de la higiene del sueño se ha reportado que de acuerdo con Carrillo, Ramírez y Magaña (2013), no existe un consenso mundial sobre las medidas que deben ser tomadas en cuenta para un desarrollo adecuado de la higiene del sueño, por lo que se asumió las siguientes recomendaciones: evitar realizar siestas prolongadas durante el día y realizar actividad física vigorosa antes de dormir; acostarse a dormir a una misma hora todos los días en una cama confortable y no realizar trabajo importante minutos antes de irse a dormir; trabajo, tareas y estudio.

Barrenechea et al., (2011) indicaron que el indicador de higiene de sueño hace referencia a ciertos hábitos que promueven el dormir bien, y algunos puntos son: levantarse siempre la misma hora, establecer una rutina para relajarse antes de dormir, hacer ejercicio regularmente pero no antes de dormir.

Por lo tanto, entre los aspectos que favorecen al alcance de una higiene del sueño adecuado, se encuentran los siguientes:

**a. Lugar**

Entre las características de la habitación, se considera que ésta debe ser cómoda, ventilada, oscura, en silencio, con temperatura adecuada, algunas recomendaciones temperatura promedio de 21°C a 24°C, pero eso debe individualizar en cada paciente (Manrique, 2011).

**b. Horario**

La creación de un horario para ir a dormir y despertarse, de forma que se realice un condicionamiento básico, el cual puede comenzar como una actividad repetitiva diaria pocos minutos antes de ir a la cama, ya sea como un baño, o cepillado de los dientes o lectura y una actividad en la mañana, como ejercicio o su actividad laboral diaria (Manrique, 2011).

**c. Ejercicio**

Se considera que la actividad física aeróbica debe ser evitada cuatro horas antes de irse a dormir, dado que el ejercicio mantiene propiedades estimulantes y puede llegar a producir dificultades para la conciliación del sueño (Manrique, 2011).

**d. Dieta**

Para Manrique (2011) una dieta ligera en la noche y que haya sido ingerida con un mínimo de dos horas de anticipación a la hora de acostarse facilita la conciliación del sueño, puesto que

se debe evitar la ingesta abundante de comidas que favorezcan el reflujo gastroesofágico; asimismo no es recomendable el consumo de bebidas estimulantes durante las noches, tales como: café, té, colas, cocoa y/o chocolate cuatro horas antes de acostarse.

#### **e. Manejo del estrés**

La evitación de verse implicado en actividades laborales, cuyo horario se encuentra muy cercano con la hora de acostarse es necesaria para la higiene del sueño, así como también se recomienda no tener objetos que emitan luces durante la noche en la habitación (Manrique, 2011).

### **2.8. Turnicidad laboral en profesionales de salud**

La turnicidad laboral es un tema que se viene ahondado en la actualidad, puesto que se trata de una demanda cada vez más necesaria en los trabajadores que se encargan de proporcionar servicios médicos; por ello es necesario entender que el trabajo por turnos es considerado como una forma de sistematización y organización del trabajo en equipo, en donde los trabajadores pueden ocupar sucesivamente puestos de trabajo similares en diversas horas dentro de un periodo de días o semanas determinadas (INSHT, 2011).

El trabajo a turnos puede llegar a ser organizado en las siguientes modalidades: sistema discontinuo, semi-continuo y continuo; estos suelen diferenciarse de acuerdo a ciertas características: números de turnos, dirección de rotación, duración del turno, horario en el que éste comienza y termina.

En relación a ello, Ramírez, Paravic y Valenzuela (2013), plantearon que los trastornos del sueño que son producidos por turnicidad laboral, son aquellos que conforman los desórdenes del ritmo circadiano y consisten en síntomas de insomnio y somnolencia; asimismo, estos pueden provocar trastornos digestivos, cardiovasculares, de sueño, y dificultades en la interacción a nivel social. (Pauta, Romero & Sinchi, 2011)

Del mismo modo, han mencionado que la turnicidad laboral puede generar dificultades en el plano social, familiar y laboral, en la medida que resulta sumamente difícil combinar el horario laboral con las actividades de relacionarse con la familia y amistades; llegando a producirse problemas de irritabilidad, trastornos psíquicos, crisis conyugales y trastornos sexuales.

### **c) Hipótesis**

#### **c.1. Hipótesis General**

H<sub>g</sub>: Existe asociación entre el Síndrome del Burnout y la Calidad de Sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.

#### **c.2. Hipótesis Específicas**

H<sub>1</sub>: Existe relación entre las dimensiones del Síndrome del Burnout (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y la Calidad de Sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.

H<sub>2</sub>: Existe relación entre las dimensiones del Síndrome del Burnout (Agotamiento emocional, despersonalización y realización Personal) y los componentes (Calidad de sueño per se y anormalidad del sueño y vigilia) de Calidad de Sueño en personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.

### CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ÍTEMS
Síndrome del burnout	Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. (Maslach & Jackson, 1981)	Presencia de puntuaciones altas en las dimensiones del burnout posterior a la evaluación por medio del Cuestionario MBI	Agotamiento Emocional	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo (1). Me siento casado al final de la jornada de trabajo (2). Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar (3). Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo (6). Me siento "quemado" por mi trabajo (8). Me siento frustrado en mi trabajo (13). Creo que estoy trabajando demasiado (14). Trabajar directamente con personas me produce estrés (16). Me siento acabado (20).
			Despersonalización	Creo que trato a alaguno de mis pacientes como si fueran objetos impersonales (5). Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión (10). Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente (11). Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes (15). Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problema (22).
			Realización Personal	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes (4). Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes (7). Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas (9). Me siento muy activo (12). Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes (17). Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes (18). He conseguido muchas útiles en mi profesión (19). En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma (21).

Aplicación de la escala de frecuencia con 0: nunca; 1: pocas veces al año o menos, 2: una vez al mes o menos; 3: varias veces al mes o menos 4: una vez a la semana, 5: pocas veces a la semana, 6: todos los días

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ÍTEMS
<b>Calidad de Sueño</b>	Hecho de dormir bien durante la noche para tener un buen funcionamiento en la actividad diurna (Domínguez, Oliva & Rivera, 2007)	Puntajes y niveles obtenidos luego de la aplicación del Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh	Calidad subjetiva del sueño	Durante el último mes ¿Cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir? (6)
			Latencia de sueño	Durante el último mes, ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? (2) No poder conciliar el sueño en la primera media hora: (5a)
			Duración del sueño	¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (4)
			Eficiencia habitual del sueño	Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse? (1) Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana? (3) ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (4)
			Perturbaciones del sueño	Despertarse durante la noche o de madrugada: (5b) Tener que levantarse para ir al sanitario: (5c) No poder respirar bien: (5d) Toser o roncar ruidosamente: (5e) Sentir frío: (5f) Sentir demasiado calor: (5g) Tener pesadillas o "malos sueños": (5h) Sufrir dolores: (5i) Otras razones (por favor descríbalas a continuación: (5j)
			Utilización de medicación para dormir	Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir? (7)
			Disfunción durante el día	Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad? (8) Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior? (9)

Aplicación de la escala de elección múltiple con 4 opciones de respuesta

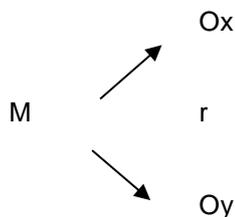
### 3.2. Diseño de Investigación

#### Según el propósito.

La investigación se clasificó en Descriptiva – Correlacional, la cual tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

#### Según el diseño de investigación.

Se empleó el diseño de investigación no experimental; la cual se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables (Hernández et al., 2014).



#### Leyenda:

**M:** Profesionales de salud de clínicas privadas de Trujillo

**Ox:** Síndrome del Burnout.

**Oy:** Calidad de sueño.

**r:** Relación

### 3.3. Unidad de estudio.

Un profesional de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.

### 3.4. Población.

La población fue compuesta por 209 profesionales (médicos; enfermeras y técnicas de enfermería, tecnólogos médicos, obstetras, psicólogos, y otros) del área de Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo.

### 3.5. Muestra.

**Tipo de Muestreo:** se utilizó el muestreo probabilístico, aleatorio simple: que permitió obtener estimaciones de alguna característica de la población, así como una medida de confianza y error de las estimaciones de alguna característica de la población. Se seleccionó una muestra

de tamaño (n), de una población de tamaño N elementos, de tal manera que cada elemento tuvo la misma probabilidad de pertenecer a la muestra (Elorza, 2008).

**Tamaño de la muestra:** La muestra se conformó por 136 trabajadores del área de salud. Para efectos de obtener la muestra se ha empleado la fórmula de población finita, considerando un 95% de confianza y un 0.05 de margen de error.

$$\text{Fórmula:} \quad N = \frac{Z^2 p \cdot q}{e^2}$$

$$\text{Reemplazando:} \quad \frac{(1.96)^2 * (0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$384.16 \approx 385$$

Para obtener muestra:

$$n = \frac{385}{1 + 209/385}$$

$$n = 136$$

**Criterios de Inclusión:**

Experiencia laboral de al menos 6 meses.

Profesionales de salud Colegiados (Médicos, Enfermeras y Técnicas de Enfermería, Tecnólogos Médicos, Obstetras y Psicólogos) de la Ciudad de Trujillo.

Mayores de edad.

Horario de trabajo de al menos 6 horas diarias

Mantener un contrato laboral vigente con la empresa

**Criterios de Exclusión:**

Que estén realizando práctica pre-profesionales.

Que no desea participar del estudio.

Personal de salud con tratamiento crónico con fármacos depresores del SNC.

Profesionales de otra profesión no relacionada a ciencias de la salud.

Tabla 1

*Frecuencia de los datos sociodemográficos y laborales del personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo*

Variables	Variables	Masculino		Femenino		Total	
Sociodemográficas y laborales	Categorizadas	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Edad	18 – 25 años	8	6	9	7	17	13
	26 – 34 años	28	21	30	22	58	43
	35 – 44 años	15	11	20	15	35	26
	45 – 54 años	18	13	3	2	21	15
	55 – 64 años	3	2	2	1	5	4
Turno Laboral	Diurno	53	39	52	38	105	77
	Nocturno	3	2	3	2	6	4
	Mixto	16	12	9	7	25	18
Experiencia Laboral	Menos de 2 años	20	15	19	14	34	29
	2 años – 5 años	15	11	17	13	32	24
	5 años – 8 años	11	8	13	10	24	18
	8 años – 10 meses	11	8	10	7	21	15
	Más de 10 años	15	11	5	4	20	15
Especialidad	Médico	39	29	27	20	66	29
	Enfermera	0	0	16	12	16	12
	Tecnólogo Médico	18	13	4	3	22	16
	Técnica de Enfermería	0	0	18	13	18	13
	Biólogo	4	3	1	1	5	4
	Obstetra	0	0	3	2	3	2
	Estomatólogo	2	1	1	1	3	2
	Psicólogo	4	3	2	1	6	4
	Odontólogo	2	1	0	0	2	1
	Otro	3	2	2	1	5	4

### **3.6. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos**

#### **Técnicas**

Evaluación Psicométrica procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables; reacciones de toda naturaleza en cuanto a su complejidad, duración, forma, expresión y significado (Tovar, 2007)

#### **Procedimiento**

Para recolectar la información se realizó los siguientes pasos:

Inicialmente, se llevó a cabo la coordinación con las instituciones de salud. Luego se elaboró la solicitud de permiso y participación en el presente estudio: dicha solicitud se entregó a los encargados que brindaron la aprobación para ejecutar las evaluaciones correspondientes.

Después, se procedió a explicar a los participantes los alcances u objetivos de la evaluación; en donde se detalló que la información que brinden será de carácter confidencial y se emplea solo con fines de investigación académica.

Además, se enfatizó que su participación es de carácter voluntaria y se salvaguardará la confidencialidad de sus resultados individuales, por lo cual se les entregó un documento de consentimiento informado (Anexo 1), en donde el participante colocó su firma como muestra de aprobación de la finalidad de la investigación y de comprometerse con su participación para la evaluación.

Para efectos de la evaluación, se brindaron los cuestionarios (anexos 2 ,3 y 4) de forma individual o colectiva según sea la conveniencia de las instituciones participantes; además se indicó que no es necesario que consignen sus nombres y apellidos; sino sus iniciales en el caso que deseen conocer sus resultados de forma individual.

Se brindó los resultados generales e individuales si son solicitados por las personas que participan en la investigación.

### **Instrumento 1: Inventario de Burnout de Maslach (MBI)**

El Inventario de Burnout de Maslach fue desarrollado por Maslach y Jackson (1986), el cual estaba orientado a profesionales de la salud que ejercían labores asistenciales. Dicho instrumento consta de 22 ítems que representan afirmaciones sobre sentimientos personales y actitudes del profesional de salud frente a su entorno laboral y la relación que mantiene con sus pacientes. La aplicación de dicho instrumento puede realizarse en la modalidad de autoadministración, individual y colectiva, cuya realización no tiene un límite de tiempo para su aplicación, pero se estima que pueda ser resuelto entre 10 a 15 minutos. La escala de puntuación del instrumento es de frecuencia, con 6 opciones de respuesta que van desde nunca (0) hasta todos los días (6).

En este instrumento se mide 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Para poder precisar la aparición del burnout se plantea que deben alcanzar un puntaje alto en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y un puntaje bajo en realización personal.

Para fines de la presente investigación se hallaron las propiedades psicométricas de dicho test, a fin de poder analizar los resultados empleando las normas de puntuación relacionada con la población a investigar en el presente estudio.

#### **Validez**

En cuanto a la validez del Maslach Burnout Inventory (MBI); se han reportado estudios que precisaban hallar la validez convergente, en los cuales se ha conseguido confirmar que en cierta medida que las escalas del MBI miden el mismo constructo como lo hacen otros instrumentos de burnout como el BM, PBI, SBS-HP y MBA; dichas medidas comparten aproximadamente el 25% de su varianza, en donde la dimensión mejor validada del síndrome del burnout es el agotamiento emocional (Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993).

Maslach y Jackson (1986), indicaron que los coeficientes de correlación obtenidos entre los pares y las calificaciones de los expertos en las puntuaciones de cada una de las escalas del MBI oscilan entre 0.20 a 0.56 en diversas muestras de trabajadores sociales de servicios (N = 91), médicos (N = 43), enfermeras y trabajadores de servicios sociales (N = 180), y los agentes de policía y de sus cónyuges (N = 142).

Dicho instrumento fue adaptado originándose así la versión en castellano del Inventario de Burnout de Maslach, sobre el cual Gil-Monte y Peiró (1999) realizaron un estudio con el objetivo

de explorar su estructura factorial; en donde participaron 559 profesionales de diversas ocupaciones profesionales de la ciudad de Tenerife, empleando el método de componentes principales a través de rotación Varimax, obteniéndose 4 factores que explican un 48.9% de la varianza total de la variable.

Mientras que, en lo que respecta a la validez factorial de dicho instrumento; García, Herrero y León (2007) realizaron una investigación sobre la estructura factorial de una adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS); dicho estudio fue llevado a cabo con la participación de 136 trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, en donde el análisis exploratorio con rotación Varimax permitió que reportar la existencia de cinco factores que explicaban un 65.61% de la varianza total. Entre los tres primeros factores, se agrupaban ítems que correspondían a cada una de las tres dimensiones de la variable del burnout.

De forma similar, Gil-Monte (2002) se encargó de explorar la estructura factorial en una muestra de 149 participantes de la localidad de Tenerife, España; se utilizó el método de componentes principales con rotación Varimax; obteniéndose cuatro factores, que explicaron 65.4% de la varianza total; en donde la dimensión de eficacia profesional se relacionó con la realización personal; el segundo y cuarto factor se asocian a la despersonalización y el tercer factor está asociado con el agotamiento emocional.

En el contexto peruano, Cárdenas (2013) llevo a cabo un estudio; en donde se exploró la estructura factorial del inventario del burnout en una muestra de 226 participantes de la ciudad de Lima, cuyas edades oscilan entre 21 y 55 años; para efectos de la exploración se utilizó el método de componentes principales con rotación Varimax; en donde se obtuvieron los tres componentes que explican un 46.93% de la varianza total, y los primeros dos factores corresponden a las dimensiones de agotamiento emocional y baja realización personal de forma respectiva mientras que el tercer factor se agrupan la mayoría de los ítems que corresponden al componente de despersonalización.

Con respecto a la validez convergente, Moreno, Gálvez, Garrosa y Mingote (2006), buscaron correlacionar los resultados obtenidos mediante el Inventario de Burnout de Maslach y el Cuestionario de Desgaste Profesional Medico (CDPM), los cuales se obtuvieron por medio de la evaluación de 100 profesionales médicos de centros de salud de atención primaria de la Comunidad de Madrid; llegando a identificar correlaciones positivas significativas entre las tres dimensiones del CDPM y la puntuación global del MBI ( $r = 0,63$  para agotamiento emocional;  $r = 0,53$  para pérdida de expectativas y  $r = 0,52$  para distanciamiento).

En cuanto a la validez de contenido del instrumento de medición fue sometida al opinión de expertos, en donde participaron nueve jueces; llegando a cuantificarse los hallazgos a través del coeficiente V de Aiken; que permite señalar que todos los ítems alcanzan niveles adecuados entre 0.89 y 1.00 de significación estadística, por lo cual resulta posible trabajar con el instrumento sin tener que realizar mayores modificaciones en razón que presenta validez de contenido (Fernández, 2002).

### **Confiabilidad**

Maslach y Jackson (1986), construyeron el Inventario de Burnout de Maslach, el cual fue aplicado a un aproximado de 11000 sujetos, de diferentes profesiones (profesionales de salud mental, profesores, asistentes sociales, entre otros); se logró obtener valores de fiabilidad aceptables mediante la fórmula estadística de Alpha de Cronbach, los cuales corresponden a un coeficiente de consistencia interna de 0.80. Al realizar el análisis factorial se reportaron coeficientes de 0.90 para la dimensión de agotamiento emocional, 0.79 para la despersonalización y 0.71 en la baja realización personal.

Del mismo modo, Meier (1984) refirió que Maslach y Jackson en el 1981 informaron coeficientes de consistencia interna 0.76 en la frecuencia, mientras que un índice de 0.81 en la intensidad y al emplear el método test – retest obtuvieron un índice cuyos valores oscilan entre 0.53 y 0.82 de periodos de dos a cuatro semanas.

Por otro lado, en lo que respecta al análisis de fiabilidad de la adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory, Gil-Monte y Peiró (1999); indicaron que a través de los resultados obtenidos del análisis de consistencia realizado en 559 profesionales que se distribuyeron en diferentes estratos ocupacionales de la ciudad de Tenerife; se obtienen índices de confiabilidad a través del estadístico de Alpha de Cronbach en las 3 subdimensiones que componen el burnout; en donde alcanzan valores de 0.71, 0.90 y 0.79 para las dimensiones de realización personal, agotamiento emocional y despersonalización respectivamente.

De forma similar García, Herrera y León (2007), realizaron un estudio en una población de 136 trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, con el objetivo de identificar los niveles de fiabilidad de las dimensiones del burnout mediante el estadístico de Alpha de Cronbach, demostrándose que existe un coeficiente de consistencia interna de 0.815 para realización personal, 0.885 para el agotamiento Emocional, y de 0.79 para despersonalización; la escala es confiable y los resultados que se obtengan a través de su aplicación reflejan fielmente la variable que se pretende medir.

Asimismo, Buzzetti (2005) identificó que el índice de confiabilidad de la prueba global era de 0,89; dado que es considerado como muy satisfactorio; permitiendo la realización de una evaluación de 136 profesores de un colegio de Chile.

### **Instrumento 2: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh**

La escala de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh fue elaborada inicialmente por Buysse et al., (1988), con el objetivo de investigar la variable de la calidad del sueño y algunos aspectos que afectan la actividad de dormir. Este instrumento fue posteriormente validado en una versión española por Macías y Royuela (1997) quienes sostienen que representa 7 dimensiones (Calidad subjetiva del sueño, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, utilización de medicación para dormir y disfunción durante el día)

La aplicación de dicho instrumento puede realizarse en la modalidad de autoadministración, individual y colectiva, cuya realización no tiene un límite de tiempo para su aplicación, pero se estima que pueda ser resuelto entre 10 a 15 minutos.

Para fines de la presente investigación se hallaron las propiedades psicométricas de dicho test, a fin de poder analizar los resultados empleando las normas de puntuación relacionada con la población a investigar en el presente estudio.

### **Validez**

Buysse et al., (1988) analizaron los resultados alcanzados en su investigación que tuvo una duración de 18 meses, en el que participaron 148 evaluados que se dividieron en grupos; se empleó el análisis de la covarianza con respecto a la variable de sexo y edad; llegando a determinarse que existen diferencias significativas entre los puntajes totales de grupos de sujetos evaluados con el PSQI. Asimismo, los índices de correlación Item – test reportaron coeficientes que oscilan entre 0.07 a 0.83.

Asimismo, plantean que los datos de validez predictiva arrojan los siguientes resultados: con respecto a un punto de corte de 5 (en donde los puntajes > 5 se consideran malos dormidores) la sensibilidad era del 89.6% y su especificidad del 86.5%. La tasa de mal dormidores fue del 11.5% en la muestra total; 15.6% en el grupo de pacientes con Trastorno en iniciar o mantener el sueño (TIMS), el 12% de los pacientes con Trastorno de Somnolencia Excesiva (TSE) y 3% de los pacientes que padecen depresión mayor (Buysse, et al., 1988).

En cuanto al análisis sobre la estructura factorial, Jiménez, Monteverde, Nenclares, Esquivel y Vega (2008) ejecutaron una investigación en la que participaron 135 personas del instituto nacional de psiquiatría de México; cuyas puntuaciones fueron sometidas al análisis factorial con rotación Varimax, el cual reportó dos factores que explican hasta el 63.2% de la varianza; en cuanto al primer factor fue denominado como calidad del sueño per se, y el segundo se asocia a la duración del dormir.

### **Confiabilidad**

En cuanto al análisis de homogeneidad interna del instrumento original se puede hacer mención que en el trabajo propuesto por Buysse, et al. (1988), consiguieron identificar que las siete puntuaciones de los componentes del PSQI obtenidas al evaluar a 148 participantes de Pittsburgh; los cuales estaban divididos en cuatro grupos compuestos por 52 individuos “buenos dormidores”; 34 con diagnóstico de depresión mayor, 45 pacientes con diagnóstico del trastorno de iniciación y mantenimiento del sueño y 17 cuyo diagnóstico era el trastornos de somnolencia excesiva, quienes obtuvieron puntuaciones que al ser sometidas al análisis de fiabilidad reportaron un coeficiente global de fiabilidad de 0.83 según el análisis de Alpha de Cronbach; mientras que el coeficiente medio-componente total de correlación fue de 0.58.

Con respecto a los datos psicométrico del PSQI en muestras españolas aportados por Royuela y Macías (1997); en donde indican que los resultados son satisfactorios, puesto que el índice de consistencia interna oscila entre 0.67 obtenida en muestra de estudiantes universitarios y 0.81 cuando es obtenida por una muestra clínica; asimismo el grado de fiabilidad al emplear el método test – retest luego de tres meses indica coeficientes entre 0.27 y 0.55 respectivamente.

De forma similar, Jiménez, et al. (2008); realizaron un estudio con 135 sujetos, entre los que se encuentran 48 participantes del grupo control y 87 pacientes psiquiátricos; logrando reportarse que un coeficiente de homogeneidad interna fue de 0.78 al emplear la formula estadística de Alpha de Cronbach, mientras que los índices de correlaciones entre los componentes de la escala oscilaron entre 0.06 y 0.77; y en lo que respecta la correlación entre componentes y los puntajes totales oscilaron entre 0.53 a 0.77.

### **3.7. Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos**

Para la fase de procesamiento de información se procedió con la aplicación del paquete estadístico SPSS versión 21 para hallar los estadísticos descriptivos e inferenciales.

Con respecto a los instrumentos, se buscó precisar el grado de validez de constructo, por lo cual se analizaron las puntuaciones mediante las pruebas Kaiser-Meyer-Olkin y la de

esfericidad de Bartlett; demostrando así la pertinencia o no de emplear el análisis factorial exploratorio.

Luego, se comprobó la agrupación de factores para ambas variables por medio del análisis factorial con rotación Varimax, los cuales se sometieron a un análisis de fiabilidad mediante la fórmula estadística de Alpha de Cronbach, y de ese modo se hallaron los coeficientes de consistencia interna en cada una de las variables del estudio y en sus dimensiones según correspondió.

En cuanto a la baremación de los instrumentos, se empleó los percentiles que permitirán transformar los puntajes directos que se han obtenido al responder cada uno de los ítems de las evaluaciones, de modo que se pudo atribuir una categoría a cada una de las subescalas o dimensiones de las variables medidas por medio de los instrumentos de medición empleados.

Para la comprobación de la hipótesis general se optó por la utilización de la prueba de Chi-cuadrado, dado que ambas escalas de medición son nominales, cuyo objetivo fue analizar el grado de asociación existente entre las variables.

Con la finalidad de reconocer el grado de distribución de los puntajes de la muestra, se empleó la fórmula de Bondad de Ajuste de Kolmogorov – Smirnov; determinándose así cuando era necesario emplear la fórmula producto-momento de Pearson y la fórmula estadística de Coeficientes de Rangos de Spearman Brown para la comprobación de las hipótesis específicas; teniendo en consideración si la distribución en la muestra sea normal o asimétrica respectivamente.

#### CAPÍTULO 4. RESULTADOS

En función al análisis psicométrico de los instrumentos de medición empleados en el presente estudio, a fin de precisar las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad

Se precisó identificar la factibilidad de llevar a cabo el análisis factorial, haciendo uso de la fórmula estadística de Kaiser Meyer Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett

Tabla 2

*Análisis de la prueba de medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett de la variable síndrome de burnout*

Síndrome de Burnout		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.927
	Chi-cuadrado aproximado	4243.119
Prueba de esfericidad de Bartlett	GI	231
	P	.000

En la tabla 2 se observa que de acuerdo al estadístico de Kaiser Meyer Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, el Inventario de Burnout de Maslach de 0.93, y un  $p < 0.05$ , lo cual indica que es posible realizar el análisis de la estructura factorial de la prueba, coincidiendo así lo demostrado por estudios de la prueba original e investigaciones posteriores.

Al desarrollar el análisis de fiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach, mediante el empleo de la fórmula estadística de Alpha de Cronbach; se reportaron coeficientes de 0.90, 0.79 y 0.92 para la dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal).

Tabla 3

*Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Burnout de Maslach en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo*

	Componentes		
	RP <sup>a</sup>	AE <sup>b</sup>	DP <sup>c</sup>
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	-	.815	-
2. Me siento cansando al final de la jornada de trabajo.	-	.787	-
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	-	.767	-
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.	.811	-	-
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	-	-	.530
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	-	.651	-
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.	.753	-	-
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.	-	.575	-
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.	.742	-	-
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	-	-	.835
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.	-	-	.636
12. Me siento muy activo.	.802	-	-
13. Me siento frustrado en mi trabajo.	-	.666	-
14. Creo que estoy trabajando demasiado.	-	.657	-
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.	-	-	.521
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.	-	.698	-
17. Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes.	.774	-	-
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.	.716	-	-
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	.800	-	-
20. Me siento acabado.	-	.572	-
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	.708	-	-
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.	-	-	.526
Varianza Explicada(%) = 61.79	44.29	11.95	5.54

**Nota:** <sup>a</sup> Componente Realización Personal, <sup>b</sup> Componente Agotamiento Emocional y <sup>c</sup> Componente Despersonalización

En la tabla 3 se analiza la convergencia de los 22 ítems de la prueba original, en donde se aprecia que estos se agrupan según la estructura original de la prueba en tres componentes, los cuales en su conjunto representan el 61.79% de la varianza explicada, resultado que es similar al de estudios preliminares.

Por otro lado, se inició el análisis psicométrico de la Escala del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, mediante el empleo de la fórmula estadística de Kaiser Meyer Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett

Tabla 4

*Análisis de la prueba de medida de adecuación muestral de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett de la variable calidad de sueño*

Calidad de Sueño		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.760
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	228.751
	GI	21
	P	.000

La tabla 4 se aprecia que el análisis del KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett manifiesta un coeficiente de 0.76, y un  $p < 0.05$ , lo cual señala la pertinencia de poder realizar el análisis factorial; esto además coincide con los las investigaciones preliminares realizadas para comprobar la estructura factorial de la prueba original y posteriores estudios.

Tabla 5

*Análisis Factorial Exploratorio del Índice de Calidad de Sueño en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo*

Variable: Calidad de Sueño	Componentes	
	ASV <sup>a</sup>	CSP <sup>b</sup>
Calidad Subjetiva de Sueño	-	.514
Latencia de Sueño	.639	-
Duración del Sueño	-	.725
Eficiencia habitual de Sueño	-	.709
Perturbaciones del sueño	.780	-
Utilización de medicación para dormir	-	.723
Disfunción durante el día	.749	-
Varianza Explicada(%)	41.99	16.66

**Nota:** <sup>a</sup> Componente de Anormalidades del Sueño y Vigilia, <sup>b</sup> Componente de Calidad de Sueño per se

En la tabla 5 se encuentran los resultados del análisis factorial exploratorio del Índice de la Calidad de Sueño de Pittsburgh, la cual es evaluada a través de 19 ítems agrupados en 7 dimensiones según los autores originales); se aprecia que dichas dimensiones se agrupan en 2 componentes que representan el 58.65% de la varianza según se indica en la tabla 5.

En cuanto al análisis de fiabilidad del Índice de la Calidad de Sueño se obtuvo coeficientes de correlación de Alpha de Cronbach de 0.75 para la escala total y en el análisis ítem – test reporta coeficientes que oscilan entre 0.24 y 0.59

Asimismo, a partir del análisis factorial exploratorio realizado en la investigación se reportaron dos dimensiones que han sido denominadas Calidad de sueño per se (Calidad Subjetiva de Sueño, Duración del Sueño, Eficiencia habitual de Sueño y Utilización de medicación para dormir), y Anormalidades del sueño y vigilia (Latencia del sueño, Perturbaciones del sueño y Disfunción durante el día) que han reportado coeficientes de Alpha de Cronbach de 0.69 y 0.63 respectivamente.

En función al análisis descriptivo de las variables en estudio se presentan los resultados a continuación:

Tabla 6

*Prevalencia del Síndrome de Burnout en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo*

Síndrome de Burnout	<i>f</i>	%
Presencia	28	20.59
Ausencia	108	79.41
Total	136	100.0

En la tabla 6, se manifiesta que la prevalencia de la variable burnout en la muestra participante del presente estudio, en donde se identifica que alrededor del 20.59% presenta las manifestaciones clínicas del síndrome de burnout, mientras que el 79.41% de los participantes que no presentan los niveles necesarios de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal para desarrollar el síndrome de burnout.

Tabla 7

*Dimensiones del síndrome de burnout en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo*

Dimensiones	Síndrome de Burnout		
	Niveles	<i>f</i>	%
Agotamiento Emocional	Alto	34	25.00
	Medio	72	52.94
	Bajo	30	22.06
Despersonalización	Alto	44	32.35
	Medio	64	47.06
	Bajo	28	20.59
Realización Personal	Alto	29	21.33
	Medio	74	54.41
	Bajo	33	24.26

En la tabla 7 se muestran la distribución de los niveles en cada una de las dimensiones de burnout, en donde se aprecia que en el agotamiento emocional, el 25% de mantiene un nivel alto, el 52.94% en un nivel medio y el 22.06% un nivel bajo. Con respecto a la dimensión de despersonalización se aprecia que el 32.35% presenta un nivel alto, 47.06% un nivel medio, 20.59% un nivel bajo. Finalmente, en la dimensión de realización personal, el 21.33% presenta un nivel alto, el 54.41% un nivel medio, y el 24.26% un nivel bajo.

Tabla 8

*Prevalencia de la calidad del sueño de los participantes evaluados con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo*

Calidad de sueño	<i>f</i>	%
Buena calidad	96	70.59
Mala calidad	40	29.41
Total	136	100.0

En la tabla 8 se manifiestan la prevalencia de la calidad de sueño se aprecia que el 70.59% se ubican una categoría de buena calidad, y el 29.41% restante presenta una mala calidad del sueño.

Tabla 9

*Niveles de las dimensiones de calidad de sueño en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo*

Dimensiones	Calidad de Sueño		
	Niveles	<i>f</i>	%
Anormalidades de Sueño y Vigilia	Alto	62	45.59
	Medio	54	39.71
	Bajo	20	14.70
Calidad de sueño per se <sup>a</sup>	Alto	80	58.82
	Medio	42	30.89
	Bajo	14	10.29

*Nota:* <sup>a</sup> La dimensión de Calidad de sueño per se según el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh se encuentran invertida, por lo que una mayor puntuación se traduce en una peor Calidad de sueño.

En la tabla 9 se muestra la distribución de las dimensiones de calidad de sueño, en donde se aprecia que en la dimensión de Anormalidades de Sueño y Vigilia el 45.59% presenta un nivel alto, un 39.71% en nivel medio y el 14.7% restante se ubica en un nivel bajo. Por otro lado, en función de la dimensión de Calidad del sueño per se, el 10.29% de los participantes mantiene un nivel bajo, el 30.89% un nivel medio y el 58.82% un nivel alto.

Con respecto al análisis de los resultados a nivel correlacional se procedió a analizar la existencia o no de asociación entre las variables estudiadas en la investigación, teniendo en cuenta que el instrumento empleado para la medir la variable de burnout no brinda una puntuación general que asigne categorías o niveles de burnout

Tabla 10

*Asociación entre Chi Cuadrado entre Síndrome del Burnout y Calidad de Sueño en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo*

Calidad de Sueño	Síndrome de Burnout				Prueba
	Presencia		Ausencia		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Buena Calidad de Sueño	7	25	89	82	$\chi^2 = 35.30$ $p = 0.000$
Mala Calidad de Sueño	21	75	19	18	
Total	28	100	108	100	

En la tabla 10 se aprecian los resultados de la fórmula estadística de Chi-Cuadrado para el análisis de las asociaciones que corresponden a ambas variables, cuyos resultados señalan un  $\chi^2 = 35.30$  y un nivel de significancia  $p < 0.05$ , lo cual indica que existe asociación altamente significativa..

Después de haber realizado el análisis acerca de las asociaciones entre las variables en estudio, se puede determinar la confirmación de la hipótesis general ( $H_0$ ), la cual plantea que existe relación entre la variable de síndrome de burnout y calidad de sueño.

Posterior a ello, se realizó el análisis del grado de correlación que existe entre las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de la variable de burnout, las dimensiones de calidad de sueño y su escala total.

Para efecto de dicha medición, se realizó un análisis estadístico a los puntajes obtenidos en cada de una de las dimensiones de las variables, con el objetivo de comprobar si la distribución de la muestra es normal o asimétrica. Los resultados obtenidos al emplear la prueba estadística de Bondad de ajuste de Kolmogorov Smirnov, dado que la muestra tiene un tamaño mayor a 50 participantes, indican que las dimensiones del síndrome de burnout tiene una distribución asimétrica ( $p < 0.05$ ), por lo que se empleó la prueba de Spearman-Brown para la determinar de las correlaciones tal como se muestra en la anexo 10.

Asimismo, la variable de Calidad de Sueño que se pretende correlacionar con las dimensiones del síndrome de burnout ser analizado con la prueba estadística de Bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov se reporta que la distribución de la muestra es asimétrica ( $p < 0.05$ ), y por ende se debe emplear la prueba de Spearman-Brown según se informa en la anexo 11.

Finalmente al comprobar que la distribución de la muestra es asimétrica en las dimensiones de ambas variables, y en la escala total de la calidad de sueño, se optó por el empleo de la fórmula estadística de Spearman – Brown para el análisis correlacional entre las dimensiones del burnout y la calidad del sueño y sus dimensiones.

Tabla 11

*Correlaciones del Inventario de Burnout de Maslach con el Índice de Calidad de Sueño en Personal de Salud de Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo*

	Dimensiones del Síndrome de Burnout		
	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Anormalidades del sueño y vigilia	$r_s = 0.68^{**}$	$r_s = 0.47^{**}$	$r_s = -0.27^{**}$
Calidad de sueño <i>per se</i> <sup>a</sup>	$r_s = 0.51^{**}$	$r_s = 0.29^{**}$	$r_s = -0.27^{**}$
Calidad de Sueño <sup>b</sup>	$r_s = 0.69^{**}$	$r_s = 0.43^{**}$	$r_s = -0.28^{**}$

**\*\*** $p < 0.01$

**Nota:** <sup>a</sup> La dimensión de Calidad de sueño *per se* según el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh se encuentran invertida, por lo que una mayor puntuación se traduce en una peor Calidad de sueño; <sup>b</sup> La escala total (calidad de sueño) según el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh se encuentran invertida, por lo que una mayor puntuación se traduce en una peor Calidad de sueño.

En la tabla 11 se manifiestan los coeficientes de correlación entre las dimensiones del burnout y calidad del sueño y sus dimensiones; en donde se reporta coeficientes de 0.68, 0.51 y 0.69 entre el Agotamiento Emocional y las dimensiones (Anormalidad del sueño y vigilia, y Calidad de sueño *per se*), y la escala total de la variable de calidad de sueño, lo cual indica que correlación moderada altamente significativa.

Con respecto al análisis de la correlación entre la despersonalización y las dimensiones de la calidad de sueño y la escala total, se logró identificar coeficientes de 0.48, 0.29 y 0.43 respectivamente, lo cual demuestra que existen una moderada correlaciones altamente significativas ( $p < 0.01$ ) para la dimensión anormalidad del sueño y vigilia y la escala total de calidad de sueño; mientras que se identificó una baja correlación altamente significativa ( $p < 0.01$ ) en la dimensión de calidad de sueño *per se*.

Por último, se analizó las correlaciones entre la dimensión de realización personal, las dimensiones y la escala total de calidad de sueño; demostrándose coeficientes negativos de -0.27, -0.27 y -0.28 demostrando así existencia de una baja correlación negativa altamente significativa ( $p < 0.01$ ).

## CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

El síndrome de burnout ha sido ampliamente estudiado, por lo cual ha surgido una serie de aproximaciones teóricas que buscan explicar la relación entre este cuadro sintomatológico y las manifestaciones clínicas en el plano físico, emocional, actitudinal y conductuales que presentan los profesionales de salud (Aranda, 2011; Cherniss, 1980; Díaz & Gómez, 2016; Korczak, Huber & Kister, 2010), producto de factores relacionados a la interacción profesional – cliente, condiciones organizacionales y mecanismos de afrontamiento propios del individuo (Fernández, 2010; García et al., 2016, Gil-Monte & Peiró, 1999; Gil-Monte, 2005, Gil-Monte, 2012; Mansilla, 2012).

En la presente investigación se analizaron las propiedades psicométricas de ambos instrumentos de medición empleados. De acuerdo con el análisis factorial del instrumento Inventario de Burnout de Malsach, los 22 ítems manifiestan una convergencia en 3 componentes, manteniéndose la estructura trifactorial de la prueba original (Maslach & Jackson, 1986), así como la de un estudio posterior realizado en el Perú que plantea un resultado similar sobre la teoría trifactorial de dicho constructo (Cárdenas, 2013). Sin embargo, se ha reportado que en otros estudios posteriores el análisis factorial sugiere la aparición de 4 y 5 componentes, pero se ha optado por considerar solo 3 dimensiones, puesto que dichos componentes solo se encuentran conformados por 1 o 2 ítems, los cuales mantenían una carga factorial con otro componente que guardaba relación con la estructura de la prueba original (García, Herrero & León, 2007; Gil-Monte & Peiró, 1999; Gil-Monte, 2002).

En lo relacionado al análisis de fiabilidad en las dimensiones de burnout se ha reportado que mantiene un mayor grado de consistencia en por lo menos alguna de las dimensiones con respecto a lo reportado en los diversos estudios que se han venido realizando en contextos de salud y educación (Buzzetti, 2005; García, Herrera & León, 2007; Gil-Monte & Peiró, 1999; Maslach & Jackson, 1986); dichas diferencias pueden verse influenciadas por las posibles diferencias entre las características socio-demográficas de la población sometida en el presente estudio, tales como: edad, profesión, experiencia laboral; y las que han sido consideradas en los estudios preliminares para la estimación de la consistencia interna del Inventario de Burnout de Maslach en la presente investigación.

En cuanto, al análisis de la calidad de sueño los resultados permiten indicar que la estructura factorial demuestra convergencia de los ítems de la prueba en dos componentes, dicho hallazgo concuerda con lo reportado por una investigación posterior a la publicación de la prueba original realizada en un instituto de psiquiatría (Jiménez et al., 2008); sin

embargo en dichos hallazgos se identifica que no existe una similitud en la agrupación de ítems a los componentes en la estructura factorial, lo cual puede deberse a que la población considerada en dicho estudio mantenía la condición de consumir fármacos que podrían afectar su función y la calidad del sueño y vigilia, llegando a crear un sesgo en los resultados. Asimismo, es posible afirmar que en el análisis de la consistencia interna del instrumento se reportó un grado de fiabilidad similar a los indicados en el estudio de la prueba original y los estudios posteriores (Buysee, et al., 1988; Royuela & Macías, 1997).

En cuanto a la prevalencia de la variable del burnout, se identificó que el 20% de los 136 participantes presenta dicho síndrome, lo cual pese a no ser un porcentaje elevado es mayor a los hallazgos reportados por Aliaga (2012) quienes señalaron que en la investigación desarrollada en una muestra de 82 técnicas de enfermería, en donde solo se reportó que solo el 8.5% de ellas presenta dicho síndrome y sus manifestaciones clínicas asociadas. Sin embargo, coincide con lo reportado en otras investigaciones que indican índices de prevalencia mayores en cuanto a la presencia o tendencia al desarrollo del burnout en profesionales de la salud (Nakandakari et al., 2015; Ledesma, 2015). A partir de ello se puede indicar que en el ámbito de la salud; al experimentar exigencias laborales que pueden resultar estresantes (Díaz & Gómez, 2016), las cuales suelen influir y conformarse como un factor de riesgo que predispone al profesional al desarrollo del burnout, teniendo como consecuencia algunas manifestaciones clínicas (Martínez, 2010), entre ellas la somnolencia excesiva que puede afectar de forma significativa en el desempeño del profesional (Barrenechea et al., 2011).

Entre los resultados descriptivos para la variable de calidad de sueño, en donde se ha reportado que un porcentaje moderado (29%) de la muestra presentan una mala calidad del sueño, lo cual guarda relación con lo señalado en otros estudios realizados para estimar la prevalencia de la mala calidad de sueño, en donde más de la mitad presentaron alteraciones relacionadas con anomalías en la latencia, trastornos del sueño o disfunción diurna (Calderón et al., 2010; Villarroel, 2014). Entre las causas que se sospecha influyen en el hallazgo de una tendencia hacia el desarrollo de una mala calidad del sueño en la muestra se encuentran la turnicidad laboral (Barahona et al., 2013; Ramírez et al., 2013). Otro aspecto importante a considerar en la calidad del sueño es que ante la ausencia de una condición homogénea para la generación de un hábito adecuado de la conciliación del sueño puede conllevar al desarrollo de una higiene del sueño inadecuada de forma no intencionada (Manrique, 2011).

Asimismo, la tendencia a verse afectado por una baja calidad de sueño es mayor en profesiones de salud (Villarroel, 2014), puesto que en ciertos casos la turnicidad laboral

afecta su descanso (Ramírez et al., 2013), y por lo tanto pueden influir de forma significativa en el estado emocional y en la calidad del sueño (Moreno, 2012). Asimismo, para Barahona et al., (2013) quienes sostienen que el trabajo en turno nocturno puede ser considerado un factor de riesgo que desencadena múltiples trastornos orgánicos. Por lo tanto, la calidad del sueño puede beneficiar o perjudicar la percepción que el individuo mantiene sobre su calidad de vida profesional (Grimaldo & Reyes, 2015).

A partir del análisis de resultados correlacionales se pone en manifiesto la existencia de asociación entre las variables de burnout y calidad de sueño, lo cual confirma lo reportado por Valdera (2016), quien plantea que existe relación entre dichas variables en una población de licenciados y técnicos de enfermería en una clínica, dicha relación puede explicarse porque ante una menor prevalencia del burnout se relacionaría con una mayor calidad de sueño, esta última actúa como factor protector ante la aparición de otros tipos de trastornos psicósomáticos que afecten la salud mental. Por otro lado, Aliaga (2012) reportó que existe una correlación negativa entre el burnout y el bienestar psicológico al realizarse un estudio en profesionales de salud del sector de salud pública, lo cual se traduce que ante un mayor desarrollo de habilidades para autoaceptarse y adaptarse al contexto en el que se encuentran existe un menor desarrollo de síntomas de agotamiento físico y emocional, así como la escasa prevalencia de una actitud de indiferencia frente al beneficiario que recibe el servicio. Para Mariño et al., (2011) existe una asociación entre el síndrome de burnout y la presencia de síntomas depresivos, los cuales pueden afectar la calidad de sueño producto del desgaste emocional.

En lo referente al grado de calidad de sueño reportado por los participantes de la investigación fue posible indicar que en ocasiones ésta puede asociarse con aspectos, tales como: duración, latencia, dificultades en la eficiencia, calidad, perturbaciones del sueño y la fatiga durante la vigilia (Royuela & Macías, 1997). Esto permitió enriquecer el análisis, en la medida que no solo se trate de una medición nominal de categorías en buena o mala calidad de sueño, sino más bien se hizo posible identificar correlaciones entre las dimensiones de las variables en estudio.

La correlación entre las anomalías del sueño y vigilia, calidad de sueño per se y la escala total de la variable de calidad de sueño con la dimensión de agotamiento emocional de burnout concuerdan con lo planteado por Valdera (2016), quienes sostienen que existe una relación entre la somnolencia y el agotamiento emocional; esto puede deberse a la saturación que experimentan los profesionales de la salud al intentar mantenerse en actividad, sin importar que se traten de horas en las que corresponde a la actividad de dormir (Barahona et al., 2013). Esto con el paso del tiempo genera no sólo un desgaste a nivel

fisiológico, sino también psicológico (Acuña & Bruschi, 2013; Esteras, 2015; Reyes, 2008). Sin embargo, aún no puede afirmarse que se trate de una condición determinante, puesto que cada profesional puede mantener diferencias en el nivel de desarrollo y maduración de las competencias personales para la organización y planificación para afrontar las exigencias laborales propias de cada profesión de la salud, lo cual genera que la instauración de un desgaste emocional se relacione con la sobrecarga o el manejo inadecuado del resto de actividades personales que disminuye el descanso durante su rutina diaria (Esteras, 2015; Gil-Monte, 2008).

Dicha asociación puede estar vinculado a lo señalado por algunos teóricos que indican que una calidad de sueño inadecuada y los trastornos asociados (insomnio, somnolencia diurna) son por lo general una consecuencia que padece el profesional de salud, dado que se encuentra expuesto a algunos factores de riesgo psicosocial (demanda laboral, horarios inflexibles, exigencias del cliente, relaciones laborales conflictivas, falta de equidad) que producen estrés laboral (López, 2013). De forma similar Díaz et al., (2010) plantearon que tanto la buena o mala calidad de sueño se relaciona con la existencia o no de riesgos psicosociales que pueden generar la aparición del burnout, ansiedad y depresión. Se debe tener en cuenta también que según Mariños, et al., (2011) que es posible la coexistencia entre la depresión y el síndrome de burnout, en función que en un estudio realizado en el contexto de salud, se reportó que los participantes presentaban ambos trastornos.

A partir de lo mencionado se reitera que la buena calidad de sueño mantiene una importancia sobre el aspecto socio-emocional, dado que el sueño mantiene una función reguladora de las emociones, producto de la interacción existente en el eje hipotálamo-hipofisario; el cual a la larga suele convertirse en factor protector ante el agotamiento emocional. (Dávila, 2010; Moreno, 2012).

Con respecto a la dimensión de despersonalización, cabe asumir que por lo general está representada por sentimientos negativos o de desinterés hacia el bienestar de las demás personas (Maslach, 2001, 2009); por lo que algunos profesionales de la salud que participaron de la investigación reportan una tendencia al desarrollo de un endurecimiento o anormalidades del estado de ánimo, lo cual mantiene concordancia con lo señalado sobre la privación del sueño afecta de forma significativa y de ese modo provocar alteraciones en los estados afectivos, como la irritabilidad y depresión; y desajustes en el comportamiento (Calderón et al., 2010).

La correlación encontrada entre la dimensión de despersonalización y las dimensiones y escala total de calidad de sueño están entre moderadas y bajas, lo cual indica que los

sentimientos de desinterés por el bienestar de los demás no mantiene una alta correlación con la calidad del sueño, y que esta puede estar influenciada por las condiciones socio-laborales del sector privado que les posibilita obtener recompensas económicas ante la prestación de un servicio de calidad orientado al cliente. Sin embargo se reporta que los resultados coinciden con los obtenidos en un estudio desarrollado por Valdera (2016); ello supone que cuando aparecen problemas en la calidad de sueño llegan a generarse una serie de consecuencias individuales (bajo rendimiento, escaso bienestar y burnout) y organizacionales (baja calidad del servicio, accidentes, absentismo, etc.) (Calderón et al., 2010).

Es necesario reiterar que uno de los factores que no se ha controlado en el desarrollo del presente estudio son los efectos que pueden causar la existencia de algún protocolo asistencial de servicio al paciente, proceso de inducción y adaptación a la cultura organizacional de la institución, capacitación para el desarrollo de destrezas, habilidades y estrategias de afrontamiento, y las condiciones favorables dentro del contexto organizacional que disminuyan la aparición de actitudes negativas y desinterés por el paciente (Aranda et al., 2008; Jiménez et al., 2012). Además, tener en cuenta que la responsabilidad de fidelización del cliente en el sector privado recae predominantemente sobre la calidad del servicio, en tal sentido pueden existir diferencias significativas entre la percepción de calidad del servicio brindado en el seguro de salud social y las instituciones de salud privada.

En el presente estudio al analizar la existencia de relación entre la dimensión de realización personal y la calidad de sueño; es necesario tomar en consideración que el burnout puede aparecer cuando existe un bajo nivel en esta dimensión, lo cual se traduce en sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo, que puede verse exacerbado por la carencia de recursos de trabajo, así como falta de apoyo social y oportunidades profesionales (Maslach, 2001, 2009)

A la luz de los resultados, se puede destacar que el grado de relación es bajo, por lo cual solo existe una posibilidad leve de que la calidad de sueño mantenga relación frente a la percepción de logros, beneficios sociales y remuneraciones salariales que buscan cubrir lo profesional de salud (Díaz et al., 2010); ello coincide con lo identificado en el estudio desarrollado por Valdera (2016) quien identificó una relación débil entre la dimensión de realización personal y la calidad de sueño.

Al tener en cuenta dichos resultados se identifica que las recompensas y/o reconocimiento que reciben los participantes actúa como agente protector que benefician al mantenimiento

del equilibrio emocional, y que por lo tanto no favorecen al desarrollo del burnout, lo cual concuerda con lo planteado por Correa (2012), las remuneraciones son fundamentales para la motivación, tomando como base teórica la teoría motivacional propuesta por Herzberg, la cual indica que cuando al trabajador recibe algunos factores higiénicos, tales como: salarios y beneficios equitativos, evita la generación de insatisfacción, pero no asegura el desarrollo de la satisfacción.

A nivel general, la presente investigación ha permitido ahondar el abordaje científico de la relación entre la variable de calidad de sueño y el síndrome de burnout. Además, se identificó que estas variables pueden ser influenciadas por aspectos asociados a las demandas y exigencias laborales, recompensas, reconocimiento personal y carga laboral, aunque no han sido materia de estudio principal en la investigación pueden formar parte de una base teórica que sirva de aporte teórico-científico para estudios posteriores; en los que se precise como objeto de estudio a los indicadores mencionados previamente.

Por lo tanto, se percibe como necesario profundizar un análisis comparativo entre el sector público y privado, con la finalidad de determinar si existen o no diferencias significativas entre personal de salud que cumple con actividades similares en diferentes sectores laborales.

Además, resulta necesario mencionar que los resultados de la calidad de sueño solo hace referencia a una estimación de la percepción temporal que el colaborador manifestó sobre la calidad de su actividad onírica con un mes de antigüedad como máximo, es decir no se trata de una estimación producto de estudio longitudinal que permita precisar con mayor especificidad los resultados sobre la calidad de sueño de cada uno de los participantes de la presente investigación.

Finalmente, con los resultados obtenidos surge la necesidad de desarrollar una investigación de corte longitudinal para comprender el comportamiento del burnout a través del tiempo, y si en caso de que las condiciones para la conciliación, mantenimiento y la calidad del sueño se modifican puede formar parte de una estrategia válida de prevención para disminuir la incidencia y prevalencia del síndrome de burnout en los sectores profesionales de salud.

## CONCLUSIONES

En la investigación se consiguió confirmar la hipótesis general; de tal modo que es posible señalar que existe asociación entre las variables de síndrome del burnout y la calidad de sueño en el personal de salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo.

En el análisis de la estructura factorial de la escala de burnout se agruparon los ítems en 3 dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) que explicaron el 61.79% de la varianza de forma similar a los estudios de la prueba original y posteriores.

Los niveles de fiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach mantiene coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.90, 0,79 y 0.92 para las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

La estructura factorial de la variable de calidad de sueño, agrupó los siete ítems de la prueba original (calidad subjetiva de sueño, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia habitual de sueño, perturbaciones del sueño, utilización de medicación para dormir, disfunción durante el día) en dos dimensiones (anormalidades de sueño y vigilia y calidad de sueño *per se*) que explican 58.65 de la varianza.

La fiabilidad de la variable de calidad de sueño a través del índice de calidad de sueño de Pittsburgh mantiene un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.75 para la escala total y de 0.69 y 0.63 en las dimensiones de anormalidades de sueño y vigilia, y calidad de sueño *per se* respectivamente.

En cuanto a la prevalencia del burnout, la quinta parte (20,59%) de los profesionales de salud participantes en el estudio (independientemente de su profesión y turnicidad laboral), presentan dicho síndrome.

En cuanto a los niveles de calidad de sueño, se reportó que el 29.4% de los participantes del estudio presenta una mala calidad de sueño, lo cual indica que mantienen dificultades en alguna o algunas de las siguientes dimensiones (anormalidades del sueño y vigilia, y calidad del sueño *per se*).

Se identificó una correlación moderada altamente significativa entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome del burnout y la calidad de sueño a nivel de la escala total y sus dimensiones de calidad de sueño *per se* y anormalidades del sueño y vigilia.

Existe una correlación moderada altamente significativa entre la dimensión de despersonalización del síndrome del burnout y la calidad de sueño a nivel de la escala total y su dimensión de anormalidades del sueño y vigilia.

Por otro lado, existe una correlación baja altamente significativa entre la dimensión de despersonalización del síndrome del burnout y la dimensión de calidad de sueño *per se*.

Se aprecia, una correlación negativa baja y altamente significativa entre la dimensión de realización personal del síndrome del burnout y la calidad de sueño a nivel de la escala total y sus dimensiones de calidad del sueño *per se* y anormalidades del sueño y vigilia.

## RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos obtenidos en el presente estudio se debe tener en consideración que pese a la identificación de la prevalencia de los niveles de calidad de sueño y burnout es menor a la tercera parte de los participantes; es necesario realizar un estudio longitudinal para su contrastación, dado los resultados obtenidos solo representan los niveles de calidad de sueño mantenidos durante 1 mes de anticipación.

Se recomienda a futuros investigadores que mantengan interés en enriquecer el análisis de las variables de burnout y calidad en profesionales de contexto de salud, desarrollar un estudio comparativo que permita contrastar si existe o no diferencias significativas entre algunas de las características socio-demográficas, tales como: turnicidad laboral, experiencia laboral, edad, género y profesión; que fueron tomadas en consideración para la composición de la muestra de participantes.

Se sugiere fomentar el desarrollo de programas de capacitación en habilidades socio-emocionales y de afrontamiento ante la presencia del burnout, a través de técnicas de entrenamiento en solución de problemas y habilidades sociales, y reestructuración cognitiva basada en un enfoque cognitivo-conductual.

Asimismo, es indispensable promover el desarrollo de programas de intervención a nivel organizacional del síndrome de burnout, a través del reconocimiento e instauración de factores protectores (Claridad en los objetivos y roles del profesional, apoyo social de los equipos profesionales, comunicación interna, organización y gestión del tiempo) para reducir la aparición de riesgos psicosociales, tales como: ambigüedad en el rol, conflictos laborales, sobrecarga laboral, falta de equidad y escaso reconocimiento laboral.

Brindar pautas psicoeducativas centradas en las buenas prácticas de la higiene del sueño, a fin de concientizar a los colaboradores sobre su importancia, y reducir de la prevalencia de colaboradores que cuenten con indicadores de mala calidad de sueño.

Se recomienda a nivel organizacional la implementación de un programa centrado en técnicas de relajación y respiración que favorezcan la disminución de las tensiones laborales, a fin de mejorar la percepción de satisfacción y salud laboral de los colaboradores.

## REFERENCIAS

- Achury-Saldaña, D. & Achury, L. (2010). Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 25 – 42.
- Acuña, S. & Bruschi, M. (2013). *Relación entre síndrome de burnout, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Mar de Plata. La Plata – Argentina.
- Aguirre, R. (2013). Cambios fisiológicos en el sueño. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 22(1-3), 60 – 67.
- Aguirre, M & Montedónico P. (2009). Síndrome de Burnout en Profesionales que realizan evaluaciones psicológicas especializadas a niños, niñas y/o adolescentes. *Delitos Sexuales: Reflexiones acerca de las intervenciones psicológicas*. Santiago: LOM - Universidad de Chile.
- Aliaga, D. (2012) *Burnout y Bienestar Psicológico en Técnicas de Enfermería de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Allard, K., Haas, L., & Hwang, C. (2011). Family – Supportive organizational culture and fathers' experiences of work-family conflict in Sweden. *Gender, Work & Organization*, 18(2), 141 – 157.
- Alonso, E. (2014). *El síndrome de burnout en trabajo social*. (Trabajo de grado). Universidad de Valladolid. Valladolid – Perú.
- Alvarado, V., Arroyo, G., Castro, G., Fuentes, F., Marín, J., Soto, G. & Zumbado, M. (2012). Impacto que tiene la falta de sueño sobre las habilidades cognitivas de una población de estudiantes de medicina. *Medicina Legal de Costa Rica*, 29(2), 19 – 38.
- Álvarez, G., & Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 11, 257-265.

- Andreu, A. (2013). *Estudio comparativo de la aceptación y adherencia al tratamiento con CPAP mediante diagnóstico y atención domiciliaria, frente a diagnóstico y atención hospitalaria, en pacientes con síndrome de apnea de sueño*. (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández. Alicante – España.
- Aranda, C. (2011). El síndrome de burnout o de quemarse en el trabajo: Un conflicto en la salud de los profesionales. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 47 – 56.
- Aranda, C. & Pando, M. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 510 – 522.
- Aranda, C., Aldrete, M. & Pando, M. (2008). Las redes sociales de apoyo como factor protector a la salud frente al síndrome de burnout en agentes de viabilidad. *Factores psicosociales, Estrés y Salud*, 11(5), 19 – 26.
- Arce, G., Masgo, L. & Vásquez, J. (2006). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la unidad de cuidados críticos del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2006. *Revista de Ciencias de la Salud*, 1(1), 28 – 33.
- Arias, P. & Castro, M. (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*. (Tesis de grado). Universidad de Costa Rica. San José – Costa Rica.
- Aronson, E., Kafry, D. & Pines, A. (1981). Burnout: From tedium to personal growth En Cherniss, C. (Ed). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: Free Press.
- Arquero, J. & Donoso, J. (2013). Docencia, investigación y burnout: el síndrome del quemado en profesores universitarios de Contabilidad. *Revista de Contabilidad*, 16(2), 94 – 105.
- Banks, S. & Dinges, D. (2007). Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *Journal of Clinical Sleep Medicina*, 3, 519 – 527.
- Barahona, A., Monge S., Rodríguez J., Sevilla F. & Vidaurre, E. (2013). El trabajo nocturno y sus implicaciones en la salud de médicos, enfermeras y oficiales de seguridad de los

- hospitales de la caja costarricense del seguro social en Costa Rica. *Asociación Costarricense de Medicina Forense-ASOCOMEFO*, 30(1), 17 – 36.
- Barrenechea, M., Gómez C., Huaira, A., Pregúntegui, I., Aguirre, M. & Rey de Castro J. (2010). Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de medicina. *Cimel*, 15(2), 54 – 58.
- Bautista, O., Tombe, P. & Victoria, M. (2014). Síndrome de burnout y su relación con el estado de salud mental en un grupo de trabajadores de seguridad privada. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(4), 20 – 24.
- Benavides, F., Delclos, J., Benach, J. & Serra, C. (2006). Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 553 – 565.
- Blasco, E., García, I., Llor, E., Navarro, S., & Sánchez, M. (2002). Relación entre calidad de sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre Medicina*, 13, 258 – 267.
- Buunk, H. & Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.
- Buysse, D., Reynolds III, C., Monk, T., Berman, S. & Kupfer, D. (1988) The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28, 193 – 213.
- Buzzetti, M. (2005). Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile. (Tesis de Licenciatura), Universidad de Chile, Chile.
- Caballero, C., Hederich, C. & Palacio, J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *RISC*, 42(16), 131 – 146.
- Caballero, C. (2012). *El burnout académico: Prevalencia y factores asociados en estudiantes universitarios del área de la salud de la ciudad de Barranquilla*. Doctoral dissertation. Universidad del Norte, Barranquilla – Colombia.

- Cabrera, C., Ruiz, L., González, J., Vega, M. & Valadez, I. (2009). Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el síndrome de burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad. *Salud Mental*, 31, 215 – 221.
- Calderón, R., Quiroz, A., Rosales, E. & Rey de Castro, J. (2010). Calidad de sueño en pobladores de una comunidad andina a 3200 msnm en Perú. *Rev. Med Hered* 21, 65 – 69.
- Campos, A. (2015). *Burnout en amas de casa: el cuidado de familiares enfermos de alzheimer*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla. Sevilla – España.
- Cárdenas, S. (2013). *Las aspiraciones laborales y el burnout laboral en un grupo de personas que estudian y trabajan en Lima*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú.
- Carrillo, P., Ramírez, J. & Magaña, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56(4), 5 – 15.
- Casanueva, M., (2016). *Alteraciones del sueño, obesidad y resistencia a la insulina*. (Tesis de grado). Universidad de Cantabria. Santander, España.
- Castro, L. (2012). *Influencia del Clima Laboral en el Síndrome del Burnout: Estudio realizado en una empresa de producción de la ciudad de Quetzaltenango*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, México.
- Chanduvi, G. & Vega, L. (2015). *Síndrome de burnout entre personal técnico de enfermería de dos centros hospitalarios estatales, de las entidades Minsa y Essalud en Chiclayo, 2013*. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo – Perú.
- Chavarri, R., Colunga, F., Loria, J. & Peláez, K. (2016). Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2º nivel en México. *Educación Médica*, 109, 1 – 8.
- Cherniss, C., (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.

- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, T. Moret, y C. Maslach (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Hemisphere.
- Contreras, A. (2013). Sueño a lo largo de la vida y sus implicaciones en salud. *Rev. Med. Clin. Condes*. 24(3), 341 – 349.
- Corrales, A Duque, Y., Serrano, D., González, M. & Alonso, A. (2014). La sugestión en una etapa del sueño para el tratamiento de hábitos bucales deformantes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(6), 997 – 1007.
- Correa, F. (2012). Los factores higiénicos de Frederick Herzberg no son suficientes para motivar. El caso del personal del sector de salud privado en Tandil. (Tesis de licenciatura). Universidad Fasta, Rosario – Argentina.
- Crovetto, R. (2010). *Estudio de la eficacia y seguridad de un dispositivo intraoral de avance mandibular en pacientes roncadores habituales con síndrome de apnea – hipopnea de carácter leve – moderado*. (Tesis Doctoral). Universidad del País Vasco, España.
- Dávila, J. (2010) Sobre el sueño (y su necesidad). *Encuentro en la biología*, 3(131), 67 – 69.
- Díaz, E., Rubio, S. Luceño, L. & Martín, J., (2010). Relaciones entre Percepción de Riesgos Psicosociales y Hábitos de Sueño. *Revista Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 249 –258.
- Díaz, F. & Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el caribe. Universidad del Norte*, 33(1), 113 – 131.
- Domínguez, P., Oliva, M. & Rivera, N. (2007). Prevalencia de deterioro del patrón del sueño en estudiantes de enfermería en Huelva. *Revista electrónica comercial de enfermería*, 11, 1 – 10.
- Durand, J. (2016). *Nivel del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de la UCIP, del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – 2015*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.

- Elorza, H. (2008), *Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento de la salud*. (3a ed.). México: CENCAGE Learning.
- Esteras. J. (2015). *Estudio psicopatológico sobre el síndrome de burnout en los docentes*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid – España.
- Extremera, N., Duran, A. & Rey, L. (2010). Recursos personales, síndrome de estar quemado por el trabajo y sintomatología asociada al estrés en docentes de enseñanza primaria y secundaria. *Ansiedad y estrés*, 16(1), 47 – 60.
- Farfán, M. (2009). *Relación del Clima Laboral y Síndrome de Burnout en docentes de educación secundaria en centros educativos estatales y particulares, Lima*. (Tesis de Maestría). Universidad Mayor de San Marcos – UNMSM. Lima, Perú.
- Fernández, B. (2011). *Un análisis multidimensional del síndrome de burnout en profesorado de conservatorios y enseñanza secundaria*. (Tesis doctoral). Unversitat de València. Valencia – España.
- Fernández, M., Zárate, R., Bautista, L., Domínguez, P., Ortega, C., Cruz, M. & Montesinos, G. (2012). Síndrome de burnout y enfermería. Evidencia para la práctica. *Revista de Enfermería Institucional de México del Seguro Social*, 20(1), 45 – 53.
- Fernández, R. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo*. España: Editorial Club Universitario.
- Figueiredo, H., Grau, E., Gil-Monte, P., García, J. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24(2), 271 – 276.
- Freudenberger, H., (1974). Staff Burnout. *J Soc Issues*, 30, 159 – 166.
- Freudenberger, H. & Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press.
- Fontana, S., Raimondi, W. & Rizzo, M. (2014). Calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitarios: estudio descriptivo transversal. *Medwave*, 14(8), 1 – 15.

- Gantiva, C., Jaimes, S. & Villa, M. (2010). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de primaria y bachillerato. *Psicología desde el Caribe*, 26, 36 – 50.
- García, J., Herrero, S. & León, J. (2007). Validez Factorial de Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrica Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25(2), 157 – 174.
- García, P., Gatica, M., Cruz, E., Luis, K., Vargas, R., Hernández, J., Ramos, V. & Macías, D. (2016). Factores que detonan el síndrome de burn-out. *Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración*, 5(9), 105 – 128.
- García, R., Mendoza, I., Lizárraga, R. & García, A. (2011). Estudio exploratorio del Síndrome de Burnout en una institución de Educación Superior Mexicana usando la Escala de Maslach. *Revista Internacional Administración & Finanzas*, 4(2), 67 – 81.
- Gavilán, M. (2013). *Riesgos psicosociales. Síndrome de burnout y autoestima*. (Trabajo de grado). Universidad de Almería. Almería – España.
- Gerber, M., Kalak, N., Lemola, S., Clough, P. Perry, J. Püshe, U., Elliot, C., Holsboer, E. & Brand, S. (2013). Are adolescents with high mental toughness levels more resilient against stress? *Strees and Health*, 29, 164 – 171.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 2(15), 261-268.
- Gil-Monte, P. (2002). Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública Mex*, 44, 33 – 40.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una Enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2008). *Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales*. Unidad de Investigación Psicosocial de la conducta organizacional. Universidad de Valencia, Valencia – España.

- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de salud pública*, 83(2), 169 – 173.
- Gil-Monte, P. (2011). Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo. *Proceso de Desarrollo del SQT*. Madrid: Editorial TEA Ediciones.
- Gil-Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Perú Med Exp Salud Publica*, 29(2), 237 – 241.
- Gil-Monte, P. & Zúñiga, L. (2010). Validez factorial del Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 32(3), 205 – 214.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461 – 481.
- Gómez, L. & Estrella, D., (2015). Síndrome de burnout: una revisión breve. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 2(3), 116 – 122.
- Gómez, R., Guerrero, E. & González, P. (2014). Síndrome de burnout docente: Fuentes de estrés y actitudes cognitivas disfuncionales. *Boletín de Psicología*, 112, 83 – 99.
- Granados, Z., Bartra, A., Bendezú, D., Huamanchumo, J., Hurtado, E., Jiménez, J., León, F. & Chang, D. (2013). Calidad del sueño en una facultad de medicina de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(4), 311 – 314.
- Grimaldo, M. & Reyes, M. (2015). Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 50 – 57.
- Halley, A., Williams, L., Kennedy, G., Berk, M., Brennan, S. & Pasco, J. (2014). Prevalence of excessive daytime sleepiness in a sample of the Australian adult population. *Sleep Med.*, 15, 348 – 354.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and Sociocultural Foundations*. Nueva York: The Guilford Press.

- Hatinen, M., Kinnunen, U., Makikangas, A., Kalimo, R., Tolvanen, A. & Pekkonen, M. (2009). Burnout during long term rehabilitation comparing low burnout, high burnout – benefited, and high burnout – not benefited trajectories. *Anxiety. Stress and Coping* 22(3), 341 – 360.
- Hernández R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México D.F.: Mc Graw Hill.
- Herrera, M., Viveros, G. & Brizio, P. (2013). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y salud*, 17(1), 5 – 16.
- Hobfoll, S. & Fredy, J. (1993) Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli y T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2010). Cuidados para propiciar el reposo y el sueño del enfermo. *Comunidad de Madrid*, 2, 1 – 7.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2011). Estudio comparativo de puestos de trabajo con turnicidad: condiciones de trabajo y efectos. Recuperado el 29 de Mayo de 2013, de Fundación Prevent: <http://www.fundacionprevent.com/app/webroot/news/infoprevencion/n108/Docs/pdf/ESTUDIOCOMPARATIVOdepuestosdetrabajonTURNICIDAD.pdf>
- Jackson, S. & Schuler, R. (1983). Preventing employee burnout. *Personnel*, March/April, 58 – 68.
- Jaime, C. (2014). *Síndrome de burnout en internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo 2013 – 2014*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos– UNMSM, Lima – Perú.
- Korczak, D., Huber, B. & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*, 6.
- Jiménez, A., Jara, M. & Miranda, E. (2012). Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Revista semestral de Associacao Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 125 – 134.

- Jiménez, A., Monteverde, E., Nenclares A., Esquivel, G. & Vega, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Méd Mex*, 144(6), 491 – 496.
- Ledesma, C. (2015). *Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán" – Marzo 2015*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Ricardo Palma, Lima.
- Lee, R. & Ashforth, B. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of organizational behavior*, 14(1), 3 – 20
- Leiter, M. (1989). Conceptual implications of two models of burnout. *Group and Organization Studies*, 14(1), 15 – 22.
- Leiter, M. (1990). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human relations*, 43(11), 1067-1083.
- Leiter, M. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment o burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297 – 308.
- León, G. (2011). Los profesionales de secundaria, como factores de riesgo en el síndrome de burnout. *Revista Electrónica Educare*, 15(1), 177 – 191.
- León, J., Cantero, F. & León, J. (2011). Diferencias del rol desempeñado por la autoeficacia en el burnout percibido por el personal universitario en función de las condiciones de trabajo. *Anales de Psicología*, 27(2), 518 – 526.
- Lezcano, H., Vieto, Y., Moran, J., Donadío, F. & Carbonó, A. (2014). Características del sueño y su calidad en estudiantes de medicina de la Universidad de Panamá. *Revista Medicina Científica*, 27(1), 3 – 11.
- López, H., Pedrosa, I., Vicente, M., Suárez, J., Galindo, M. & García, E. (2014). Multivariate analysis of burnout síndrome in Latin-Americana priests. *Psicothema*, 26(2), 227 – 234.

- López, V. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout*. (Tesis Doctoral), Universidad Complutense de Madrid, España.
- Mansilla, F. (2011). Consecuencias del estrés de rol. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(225), 361 – 370.
- Mansilla, F. (2012). Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. *El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo*. Psicología Online.
- Manrique, J. (2011). Higiene del sueño. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*, 39(3), 49 – 51.
- Marengo, A., Ávila, J. (2016). Burnout y problemas de salud mental en docentes: diferencias según características demográficas y sociolaborales. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(1), 91 – 100.
- Mariños, A., Otero, M., Tomateo, J & Málaga G. (2011). Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Rev Med Hered*, 22(4), 162 – 168.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista Vivat Académica*, 112, 1-40.
- Martínez, M., Martorell, A., Nagore, E., Valero, I., Selma, M. & Chiner, S. (2014). Association between sleep disordered breathing and aggressiveness markers of malignant cutaneous melanoma. *Eur Respir J*, 43, 1661 – 1668.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood. Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 37 – 43.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Manual. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C., Jackson S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2a ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, S. & Leiter, M. (2001). Job Burnout: New directions in research and intervention. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Melamed, S. (2009). Burnout and risk of regional musculoskeletal pain: A prospective study of apparently healthy employed adults. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(4), 313 – 321.
- Meléndez, S., Huerta, S., Hernández, E., Lavoignet, B. & Santes, M., (2016). Síndrome de burnout y salud mental en enfermeras de un hospital. *Nure Inv*, 13(82), 1 – 6.
- Meier, S. (1984). The Construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 37, 211 – 219.
- Miret, C. & Martínez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33, 193 – 201
- Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E. & Mingote, J. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria*, 38(10), 544 – 549.
- Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad en el trabajo (Internet)*, 1, 4 – 19.
- Moreno, M. (2012). *Calidad del sueño y salud mental en estudiantes de farmacia de la Universidad de los Andes, Mérida – Venezuela*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid - España
- Nakandakari, M., De la Rosa, D., Failoc, V., Huahuachampi, K., Nieto, W., Gutiérrez, A., Ruiz, F., Raza, L., Salirrosas, S. Arpasi, L., La Serna, P. y Aceituno P. (2015). Síndrome de burnout en estudiantes de medicina pertenecientes a sociedades científicas peruanas: Un estudio multicéntrico. *Revista de Neuropsiquiatría*, 78(4), 203 – 210.
- Oñate, M., Resett, S., Menghi, M. & Iglesia, M. (2016). Burnout y autoconcepto en psicólogos clínicos. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 215 – 229.

Organización Mundial de Salud (OMS, 2016). La organización del trabajo y el estrés. Salud Ocupacional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ortega, M., Ortiz, G. & Martínez, A. (2014). Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia Psicológica*, 32(3), 235 – 242.

Pauta, M., Romero, J. & Sinchi, J. (2011). *Prevalencia de Trastornos del Sueño y Factores Asociados en niños de 5 escuelas urbanas de la ciudad de Cuenca*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Palacio, J., Caballero, C., González, O., Gravini, M., & Contreras, K. (2012). Relación del burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 11(2), 535-544.

Paz, M. (2014). *Comparación de la prevalencia del síndrome de burnout en los estudiantes del internado médicos de los Hospitales nivel III de Trujillo; 2013*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú.

Peinado, A. & Garcés, E. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14(1), 83 -93.

Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*, 33 – 51.

Purvanova, R. & Muros, J. (2010). Gender differences in burnout: A metaanalysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168 – 185.

Qidwai, W., Ishaque, S., Shah, S. & Rahim, M. (2010). Adolescent Lifestyle and Behaviour: A survey from a Developing Country. *Plos One* 5, 1 – 6.

Quinceno, J. & Stefano, V. (2007). Burnout: “Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)” *Acta Colombiana de Psiquiatría*, 10(2), 117-125.

- Ramírez, M. & Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Polis*, 25, 1 – 18.
- Ramírez, N., Paravic, T. & Valenzuela, S. (2013). Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Risk of night shifts in the overall health of professionals nursing. *Index Enferm*, 22(3), 152 – 155.
- Reyes Ortega, C. (2008). Burnout y engagement en la organización y su aplicación en la empresa Wal-Mart de México.
- Reynolds, A. & Banks, S. (2010). Total sleep deprivation chronic sleep restriction and sleep disruption. En: Kerkhof GA, & Van Dongen HPA. *Human Sleep and Cognition, Prog Brain Res*, 185, 91 – 104.
- Ríos, M., Godoy, C. & Sánchez, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27(1), 71 – 79.
- Rodrigo, S. (2011). Calidad del sueño en personal de enfermería. *Reduca Enfermería, Fisioterapia y Podología*, 3(2), 1 – 24.
- Rodríguez, B. & Madrid, C. (2016). ¿Cuándo, cuánto y cómodo dormir? *Revista Eubacteria. Especial de Cronobiología*, 33, 29 – 39.
- Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M. & Pinzón, J. (2011). *Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en Diciembre de 2010*. (Trabajo de investigación). Universidad del Rosario, Bogotá – Colombia.
- Rodríguez, R. & Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina, Seguridad y Trabajo*, 57(1), 72 – 88.
- Romero, J. (2013). “Diseño de un programa para disminuir los síntomas del burnout en los profesionales sanitarios”. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Almería. Almería – España.

- Royuela, A. & Macías, J. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburg. *Vigilia-Sueño*, 9, 81-94.
- Saavedra, J., Zúñiga, L., Navia, C. & Vásquez, J. (2013). Ritmo circadiano: el reloj maestro. Alteraciones que comprometen el estado de sueño y vigilia en el área de la salud. *Morfolia*, 5(3), 16 – 35.
- Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión práctica de riesgos laborales*, 58, 18 – 23.
- Salanova, M. & Schaufeli, W. (2009). *El engagement en el trabajo: cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salas, J. (2010). *Bienestar psicológico y síndrome de Burnout en docentes de la UGEL N° 7*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos – UNMSM, Lima, Perú.
- 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.
- Salazar, S. & Pereda, E. (2010) Síndrome de burnout y patrones de comportamiento ante tráfico en conductores. *Rev Psicol*, 12, 141 – 169.
- Salazar, A, (2015). *Síndrome de Burnout en docentes de la escuela de Estomatología – Upao 2014*. (Tesis de licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo – Perú.
- Sánchez, H. (2012). *Síndrome de Burnout en docentes de una institución de educación de nivel medio superior*. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
- Sánchez, J. (2012). Frecuencia del burnout en policías de la ciudad de México. *Liberabit, Revista de Psicología*, 18(1), 69 – 74.
- Schaufeli, W. & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293 – 315.

- Schaufeli, W., Enzmann, D. & Girault, N. (1993) Measurement of burnout: a review In: W.B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 199 – 215.
- Schaufeli, W., Leiter, M. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204-220.
- 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.
- Seguel, F. & Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 119 – 127.
- Siegel, J. (2009). The neurobiology of sleep. *Semin Neurol*, 29(4), 277 – 296.
- Silva, F. (2010). Trastornos del Ritmo Circadiano del Sueño: Fisiopatología, Clasificación y tratamientos. *Revista memoriza*, 7, 1 -13.
- Smith, N., Birch, N. & Marchant, M. (1984). Stress, distress, and burnout: A survey of public reference librarians. *Public Libraries*, 83 – 85.
- Sotelo, M., Casildo, D. & Mamani, F. (2010). Relación entre el síndrome de burnout y calidad de vida de enfermería de la Clínica Good Hope, Julio 2009. *Revista Científica de la salud*, 3(3), 5 – 9.
- Suñer, R., Grau, A., Font, S., Gras, M., Bertran, C. & Sullman, M. (2013). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 305 – 313.
- Thompson, M., Cooper, C. & Page, S. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221 -235.
- Torres, V. & Monteghirfo, D. (2011). Trastornos del sueño. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 29 – 46.

- Toro, D. (2014). *Nivel de burnout en profesionales de enfermería en una institución prestadora de servicios de tercer nivel de la ciudad de Manizales*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Manizales – Colombia.
- Tortorelo, P., Vanini, G. (2010), Nuevos conceptos sobre la generación y el mantenimiento de la vigilia. *Rev Neurol*, 50(12), 747 – 758.
- Tovar, J. (2007). Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez. *Psicología: Tópicos de Actualidad*, 85-108.
- Valdera, L. (2016). *Relación entre dimensiones del burnout y calidad de sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima – Perú.
- Valdiviezo, A. & López, M. (2016). Estrés y Burnout en médicos familiares. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 6(4), 30 – 32.
- Valenzuela, A. (2010). *Síndrome de Burnout de identificación de los factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco*. (Tesis de licenciatura). Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú.
- Velásquez, P., González, G. & Contreras, G. (2010). Síntomas Depresivos y Agotamiento en Personal Trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(2), 60 – 67.
- Villarreal, V. (2014). *Calidad de Sueño en Estudiantes de las carreras de medicina y enfermería*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Villar, R. (2015). *Síndrome de burnout en trabajadores sociales*. (Trabajo de grado). Universidad de La Rioja. La Rioja – España.
- Xionaming, Y., Ma, B., Chang, C. & Shieh, C. (2014). Effects of workload on burnout and turnover intention of medical staff: A study. *Studies On Ethno – Medicine*, 8(3), 229 – 237.

Werner, D. (2010). *Percepción del burnout y autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Chile. Santiago de Chile – Chile.

Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Hemisphere.

Wong, M., Lau, E., Wan, J., Cheung, S., Hui, C., & Mok, D. (2013). The interplay between sleep and mood in predicting academic functioning physical health and psychological health. A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(4), 271 – 277.

Zambrano, J. (2016). *El síndrome del quemado o burnout en la labor de los docentes de educación inicial de la ciudad de Guayaquil distrito N° 5 de la zona Tarqui, Periodo Lectivo 2016 – 2017*. (Tesis de licenciatura). Universidad Casa Grande. Guayaquil – Ecuador.

## ANEXO N° 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento manifiesto que se me ha brindado información acerca de mi participación en la investigación científica titulada “Actitudes frente al trabajo y Calidad de Sueño en Personal de Salud en Clínicas Privadas de la ciudad de Trujillo, la misma que está registrada en la Universidad Privada del Norte.

Además, mediante la presente afirmo que se me ha explicado que:

El objetivo del estudio es conocer mis actitudes frente al trabajo y mi capacidad para conciliar el sueño y mantener la calidad del mismo.

Se me informó que el procedimiento consiste en contestar a los cuestionarios que me serán entregados; y que mis respuestas sean analizadas para conocer el grado en el que se encuentra mi capacidad de conciliar el sueño y mantener la calidad del mismo, asimismo analizar el nivel de actitud que tengo frente al trabajo.

Además, sé que puedo recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración; y soy libre de rehusarme en participar en cualquier momento y dejar de participar en la investigación, sin que ello me perjudique.

También se me ha indicado que mi identidad y cualquier información que yo proporcione se mantendrá en estricta confidencialidad.

Se me ha informado que los resultados agrupados de manera conjunta con los demás participantes serán publicados en el repositorio de tesis digitales de la Universidad Privada del Norte sin que mi nombre se revele. Sólo será revelada la información que proporcione cuando haya un riesgo o peligro potencial para mi persona o para los demás o en caso de mandato judicial.

El investigador asume el compromiso de proporcionarme cualquier tipo de información obtenida durante el desarrollo del estudio, si es que esta puede afectar mi deseo de permanecer en el mismo.

Puedo contactarme con el investigador mediante el medio de correo electrónico (luisolicham@hotmail.com) y telefónico (980788993), para presentar mis preguntas y recibir respuestas.

---

**FIRMA**

**DNI:**

**FECHA:**

## ANEXO N° 2 CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

A continuación se plantean enunciados con sus respectivas alternativas de respuestas, deberá seleccionar la alternativa que refleje sus datos personales, grado académico, y condición laboral. Recuerde que puede responderlas de forma anónima, y en caso de que necesite conocer sus resultados de forma individual consigne sus iniciales o nombre.

Nombre (Iniciales): \_\_\_\_\_

### Edad:

- a) 18 – 25
- b) 26 – 34
- c) 35 – 44
- d) 45 – 54
- e) 55 – 64
- f) 65 a +

### Experiencia Laboral:

- a) 6 meses a 2 años
- b) 2 años a 5 años
- c) 5 años a 8 años
- d) 8 años a 10 años
- e) Más de 10 años

### Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

### Turnicidad Laboral:

- a) Diurno
- b) Nocturno
- c) Mixto (Rotatorio)

### Especialidad:

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) Tecnólogo Médico
- d) Técnica de Enfermería
- e) Biólogo
- f) Obstetra
- g) Estomatólogo
- h) Psicólogo
- i) Odontólogo
- j) Otro

### ANEXO N° 3 FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

#### I. Ficha Técnica:

1. Nombre Original : Maslach Burnout Inventory Manual
2. Nombre de la Adaptación : Inventario Burnout de Maslach (MBI)
3. Autores : Maslach y Jackson (1986).
4. Procedencia : Consulting Psychologists Press, Inc  
Palo Alto, California, USA.
5. Adaptación : Española. Primera adaptación del Inventario con  
muestras españolas. En la presente se empleó la  
adaptación de Licham (2014)
6. Material : Individual y colectiva. Adultos en profesiones de  
servicios humanos.
7. Tipificación : Baremos de tipo general (reunión de varias sub-  
muestras) y discriminado por género en  
puntuaciones centiles, con escalas que va desde 1  
a 99; y la escala típica S cuya media vale 50 y su  
desviación típica es de 20 unidades.
8. Tiempo : No tiene límite, pero la mayoría de los sujetos tarda  
entre 10 y 15 minutos en completarlo.

#### ANEXO N° 4 INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

A continuación se le presentarán frases, a las cuales deberá responder, de forma que exprese la frecuencia con que la que suele tener el sentimiento que se señala. Las alternativas que tiene para consignar sus respuestas, son de la siguiente forma:

Nunca:..... 0                      Pocas veces al año o menos        :..... 1  
 Una vez al mes o menos:..... 2                      Varias veces al mes o menos        :.....3  
 Una vez a la semana:..... 4                      Pocas veces a la semana        : .....5  
 Todos los días: .....6

Por favor, señale el número que considere más adecuado

ITEMS		0	1	2	3	4	5	6
1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2.	Me siento cansando al final de la jornada de trabajo.							
3.	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.							
4.	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.							
5.	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7.	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
8.	Me siento “quemado” por mi trabajo.							
9.	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12.	Me siento muy activo.							
13.	Me siento frustrado en mi trabajo.							
14.	Creo que estoy trabajando demasiado.							
15.	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.							
16.	Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17.	Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes.							
18.	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.							
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20.	Me siento acabado.							
21.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22.	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.							

## ANEXO N° 5 FICHA TÉCNICA DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

### Ficha Técnica

1. Nombre Original : Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI  
Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, (1988)
  
2. Nombre de la Adaptación : Versión Española del Cuestionario del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, Macías y Royuela, 1997. En la presente investigación se hizo uso de la adaptación de Licham (2014)
  
3. Autores : Royuela y Macías, (1997)
  
4. Material : Autoaplicada
  
5. Tiempo : No tiene tiempo limitado, pero la mayoría de los sujetos tarda entre 10 y 15 minutos en completarlo.

### ANEXO N° 6 ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?  
**(Apunte el tiempo en minutos)**
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana?
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) **(Apunte las horas que cree haber dormido)**

**Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.**

Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p>5. Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:</p> <p>a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>b) Despertarse durante la noche o de madrugada:<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>c) Tener que levantarse para ir al sanitario:<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>d) No poder respirar bien:<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>e) Toser o roncar ruidosamente:<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>f) Sentir frío:<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> | <p>g) Sentir demasiado calor:<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>h) Tener pesadillas o “malos sueños”:<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>i) Sufrir dolores:<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>j) Otras razones (por favor descríbalas a continuación): _____<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> | <p>7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?<br/> <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes<br/> <input type="checkbox"/> Una a tres veces al mes<br/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana<br/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana</p> <p>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?<br/> <input type="checkbox"/> Ningún problema<br/> <input type="checkbox"/> Un problema muy ligero<br/> <input type="checkbox"/> Algo de problema<br/> <input type="checkbox"/> Un gran problema</p> |
|---|--|--|
6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?  
 Bastante buena  
 Buena  
 Mala  
 Bastante mala

**ANEXO N° 7 NORMAS DEL INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH EN PERSONAL DE  
SALUD DE CLÍNICAS PRIVADAS DE LA CIUDAD DE TRUJILLO**

<b>Agotamiento Emocional</b>		<b>Despersonalización</b>		<b>Realización Personal</b>			
<b>Pc</b>	<b>PD</b>	<b>Categoría</b>	<b>PD</b>	<b>Categoría</b>	<b>PD</b>	<b>Categoría</b>	<b>Pc</b>
<b>75 – 100</b>	27 - +	Alto	11 - +	Alto	44 - +	Alto	<b>75 - 100</b>
<b>25 – 74</b>	8 – 26	Promedio	2 – 10	Promedio	32 - 43	Promedio	<b>25 - 74</b>
<b>1 – 24</b>	0 – 7	Bajo	0 – 2	Bajo	0 – 31	Bajo	<b>1 - 24</b>

**ANEXO N° 8 NORMAS DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH EN  
PERSONAL DE SALUD DE CLÍNICAS PRIVADAS DE LA CIUDAD DE TRUJILLO**

Anormalidades de sueño y vigilia			Calidad de sueño per se		Escala Total		
Pc	PD	Categoría	PD	Categoría	PD	Categoría	Pc
<b>75 – 100</b>	4 - +	Alto	5 - +	Bajo	9 - +	Bajo	<b>75 – 100</b>
<b>25 – 74</b>	2 – 3	Promedio	3 – 5	Promedio	4 – 8	Promedio	<b>25 – 74</b>
<b>1 – 24</b>	0 – 1	Bajo	0 – 2	Alto	0 – 3	Alto	<b>1 – 24</b>

**ANEXO N° 9 PRUEBA DE NORMALIDAD DE KOLMOGOROV-SMIRNOV DE LAS  
DIMENSIONES DEL BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DE CLÍNICAS PRIVADAS DE LA  
CIUDAD DE TRUJILLO**

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	<i>g/l</i>	<i>p</i>
Agotamiento Emocional	.113	136	.000*
Despersonalización	.198	136	.000*
Realización Personal	.213	136	.000*

\* $p < 0.05$

**ANEXO N° 10 PRUEBA DE NORMALIDAD DE KOLMOGOROV-SMIRNOV DE LAS  
DIMENSIONES DE CALIDAD DE SUEÑO EN PERSONAL DE SALUD DE CLÍNICAS  
PRIVADAS DE LA CIUDAD DE TRUJILLO.**

		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	gl	<i>P</i>
Anormalidades del Sueño y Vigilia		.218	136	.000*
Calidad de Sueño per se		.249	136	.000*
Calidad de Sueño		.178	136	.000*

\*p<0.05