



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE SUEÑO CON EL SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DEL ÁREA DE SALUD EN EL HCMM JULIACA-2022.

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MADELEINE JULIETA GALLEGOS SUCASAIRE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2023



NOMBRE DEL TRABAJO

**ASOCIACION DEL NIVEL DE ANSIEDAD,
DEPRESION Y CALIDAD DE SUEÑO CON
EL SINDROME DE BURNOUT EN INTERN
OS DEL ÁREA DE SALUD EN EL HCMM J
ULIACA - 2022**

AUTOR

**MADELEINE JULIETA GALLEGOS SUCAS
AIRE**

RECuento DE PALABRAS

20448 Words

RECuento DE CARACTERES

106777 Characters

RECuento DE PÁGINAS

101 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.9MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 12, 2023 5:49 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 12, 2023 5:51 PM GMT-5

● **18% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos:

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 10% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)


DDC. JUAN CRUZ DE LA CRUZ
E.M.H. EPHU



DEDICATORIA

A mi madre, Julieta por ser la mujer más valiente, luchadora, cariñosa y sobre todo invencible ante la vida, a mi padre, Lucio por enseñarme a ser perseverante, por su comprensión, cariño y confianza sobre mí; a ambos por ser el pilar de mi vida, mi apoyo incondicional y sobre todo por su gran amor y sacrificio.

A mi hermano Frank por todos los días de alegrías y sobre todo la confianza depositada en mí.

A Maya por cuidar cada uno de mis días desde donde el cielo y el viento se juntan, a Sassy por ronronearme bajito cada día y susurrarme que todo estará bien.

A mis amigos que estuvieron en cada paso, con los que pasamos muchos momentos buenos y malos durante la carrera.

Madeleine Julieta Gallegos Sucasaire.



AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fortaleza y guiarme en el camino que elegí.

A mi querida Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano y a toda la plana docente por haberme formado durante toda la carrera y que con su enseñanza me guiaron.

A mi asesor Dr. Juan Carlos Cruz de la Cruz y a los miembros del jurado calificador conformado por: Dr. Edy Mercado Portal, Dr. Enrique Alfredo Carpio Carpio, y el Dr. Luis Deciderio Apaza Sullca, por su tiempo y guía para la elaboración de esta investigación.

Al Hospital Carlos Monge Medrano por brindarme su autorización y abrir sus puertas para la ejecución de la presente investigación.

Madeleine Julieta Gallegos Sucasaire



INDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN 13

ABSTRACT..... 14

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 15

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... 16

1.2.1. Problema General..... 16

1.2.2. Problemas Específicos 16

1.3. HIPÓTESIS..... 17

1.3.1. Hipótesis Nula (H_0) 17

1.3.2. Hipótesis De Investigación (H_1) 17

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 17

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 19

1.5.1. Objetivo General..... 19

1.5.2. Objetivo Específico..... 19

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 20



2.1.1. Internacionales	20
2.1.2. Nacional	21
2.1.3. Local	25
2.2. REFERENCIAS TEORICAS.....	26
2.2.1. Síndrome de burnout (SBO)	26
2.2.2. Ansiedad	35
2.2.3. Depresión	39
2.2.4. Sueño y calidad de sueño	42
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
3.1.1. Tipo de Investigación.....	47
3.1.2. Diseño de la Investigación:.....	47
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	47
3.2.1. Población.....	47
3.2.2. Tamaño de la muestra	48
3.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	48
3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	49
3.5. UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	49
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.6.1. Técnica de recolección de datos	49
3.6.2. Validación de instrumentos.....	50
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	53
3.9. ASPECTOS ÉTICOS.....	53



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS	55
4.1.1. Análisis e interpretación de datos	55
4.1.2. Correlaciones del estudio	77
4.2. DISCUSIÓN	80
V. CONCLUSIONES	85
VI. RECOMENDACIONES	87
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	95

Área: Ciencias Biomédicas

Línea de Investigación: Ciencias Médicas Clínicas

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 14 de abril 2023



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Estimación del síndrome de burnout.....	33
Tabla 2:	Valoración de burnout según subescalas	33
Tabla 3:	Datos generales de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022	55
Tabla 4:	Ansiedad de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022.....	57
Tabla 5:	Ansiedad de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios	58
Tabla 6:	Depresión de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022....	60
Tabla 7:	Depresión de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios	61
Tabla 8:	Calidad de sueño de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022	62
Tabla 9:	Calidad de sueño de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios.....	63
Tabla 10:	Síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022.....	64
Tabla 11:	Dimensiones de síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022.....	65
Tabla 12:	Síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022, según su carrera de estudios.....	66
Tabla 13:	Dimensiones de síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022, según su carrera de estudios.....	67
Tabla 14:	Nivel de ansiedad con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.....	69



Tabla 15: Nivel de depresión con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.....	70
Tabla 16: Nivel de calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.....	71
Tabla 17: Nivel de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca, que estudiaron la carrera de Medicina.....	72
Tabla 18: Nivel de Ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca, que estudiaron la carrera de Obstetricia	73
Tabla 19: Nivel de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca, que estudiaron la carrera de Enfermería.....	75
Tabla 20: Correlación entre el nivel de Ansiedad y SBO	77
Tabla 21: Correlación entre el nivel de Depresión y SBO.....	78
Tabla 22: Correlación entre la calidad de sueño y SBO	79



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5.....	42
Figura 2.	Clasificación trastornos del sueño	45
Figura 3.	Datos generales de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022..	56
Figura 4.	Ansiedad de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022.....	57
Figura 5.	Ansiedad de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios	58
Figura 6.	Depresión de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022....	60
Figura 7.	Depresión de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios	61
Figura 8.	Calidad de sueño de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022	62
Figura 9.	Calidad de sueño de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios.....	63
Figura 10.	Síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022.....	64
Figura 11.	Dimensiones de síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022.....	65
Figura 12.	Síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022, según su carrera de estudios.....	66
Figura 13.	Nivel de ansiedad con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.....	69
Figura 14.	Nivel de depresión con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.....	70



Figura 15. Nivel de calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.....	71
Figura 16. Gráfico de dispersión nivel de Ansiedad y SBO	77
Figura 17. Gráfico de dispersión nivel de Depresión y SBO	78
Figura 18. Gráfico de dispersión calidad de sueño y SBO.....	79



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS:	Organización Mundial de la Salud
SBO:	Síndrome de Burnout
HCMM:	Hospital Carlos Monge Medrano
DSM – 5:	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición.
REM:	Sueño de movimientos oculares rápidos o sueño sincronizado
NREM:	Sueño de ondas lentas
5-HTT:	Transportador de serotonina
MBI:	Maslach Burnout Inventory
MINSA:	Ministerio de Salud
TA:	Trastorno de ansiedad
PFC:	Corteza Pre Frontal
BDI:	Inventario de Depresión de Beck
PANSI:	Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa
BDI:	Inventario de depresión de Beck



RESUMEN

Durante su transición hacia futuros profesionales, los internos del área de la salud se ven expuestos a diversos factores estresantes, que llegan a generar cuadros de ansiedad, depresión, mala calidad de sueño y estrés crónico. La respuesta negativa a este último se manifiesta con el Síndrome de Burnout (SBO), el cual afecta aproximadamente a la mitad de los profesionales sanitarios de todo el mundo y se expresa forma tridimensional con síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y la disminución de la sensación de autoeficacia. **Objetivo:** Determinar la asociación del nivel de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de burnout en Internos del área de salud que laboran en el HCMM de la ciudad de Juliaca-2022. **Metodología:** Tipo descriptiva, observacional, transversal y asociativa; la muestra estudiada se conformó por internos del HCMM de las carreras de: medicina, enfermería y obstetricia. Como instrumentos investigativos se aplicaron: Ficha de recolección de datos, la escala de ansiedad de Hamilton, el inventario de depresión de Beck-II, la escala de calidad de sueño de Pittsburgh y el Inventario de Maslach Burnout (MBI). Los datos fueron analizados por el sistema SPSS v26; se utilizaron Chi² y Pearson para establecer asociaciones entre las variables con un rango de confianza del 95%. **Resultados:** De los 93 internos el 19,4% presentó SBO; la dimensión con mayor afectación fue el agotamiento emocional (43%); seguida de despersonalización (40,9%) y bajos niveles de realización personal (49,5%). Al relacionar las variables se encontró una asociación significativa entre los niveles de: ansiedad leve (64,5%) a moderada (21,5%); depresión escasa (58,1%) a Leve (21,5%) e inadecuada calidad de sueño (82,8%) con el SBO. **Conclusiones:** Existe asociación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad, depresión y calidad de sueño inadecuada con el SBO en los internos del HCMM.

Palabras clave: Burnout, Ansiedad, Depresión, Sueño, Internos.



ABSTRACT

During their transition to future professionals, healthcare interns are exposed to various stressors, which can lead to anxiety, depression, poor sleep quality and chronic stress. The negative response to the latter is manifested in Burnout Syndrome (BOS), which affects approximately half of all healthcare professionals worldwide and is expressed in a three-dimensional form with symptoms of emotional exhaustion, depersonalisation and a diminished sense of self-efficacy. **Objective:** To determine the association of the level of anxiety, depression and sleep quality with burnout syndrome in health interns working at the HCMM in the city of Juliaca-2022. **Methodology:** Descriptive, observational, cross-sectional and associative type; the sample studied consisted of HCMM interns from the careers of: medicine, nursing and obstetrics. The following research instruments were used: data collection form, the Hamilton anxiety scale, the Beck-II depression inventory, the Pittsburgh sleep quality scale and the Maslach Burnout Inventory (MBI). Data were analysed using SPSS v26; Chi2 and Pearson were used to establish associations between variables with a confidence interval of 95%. **Results:** Of the 93 inmates, 19.4% presented SBO; the dimension most affected was emotional exhaustion (43%), followed by depersonalisation (40.9%) and low levels of personal fulfilment (49.5%). When relating the variables, a significant association was found between levels of: mild (64.5%) to moderate (21.5%) anxiety; low (58.1%) to Mild (21.5%) depression and inadequate sleep quality (82.8%) with SBO. **Conclusions:** There is statistically significant association between levels of anxiety, depression and inadequate sleep quality with SBO in HCMM interns.

Key words: Burnout, Anxiety, Depression, Sleep, Interns.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se sabe empíricamente que la salud laboral es más relevante que nunca, en particular debido a la pandemia COVID-19 que ha supuesto una considerable tensión psicológica sobre los profesionales de la salud. En los últimos años el agotamiento en el personal de salud ha alcanzado niveles alarmantes, convirtiéndose en uno de los riesgos laborales psicosociales más importantes de la sociedad; generando impactos en la vida laboral y personal; afectando también a la economía y la salud pública. Tales riesgos en los internos de la salud que, pasan de la vida universitaria al entorno laboral experimentan situaciones que demandan responsabilidad y compromiso, no solo con los pacientes con los que tienen contacto directo en su atención, sino con su formación como profesionales de salud y para ello deben estar completamente enfocados y sentirse completamente enérgicos y capaces de brindar atención de buena calidad.

Revisiones sistemáticas y metaanálisis determinaron que la prevalencia del agotamiento en profesionales de salud en países de ingresos bajos a medios genera consecuencias sustanciales sobre la calidad y seguridad en la atención de los pacientes; más aún se asocia al impacto negativo sobre la salud física y mental de los que la padecen; estudios sugieren que la prevalencia de agotamiento pueda estar influenciado a diferentes factores estresantes adicionales. Dentro de los cuales en este estudio se consideró que los niveles elevados de ansiedad y depresión acompañados de una calidad de sueño deficiente son factores con gran implicación en el burnout en los internos de ciencias de la salud durante esta etapa formativa.(1)



Por ende, es relevante contar con una estimación de la prevalencia del Síndrome de Burnout (SBO) y su asociación con los niveles de ansiedad, depresión y calidad de sueño en los internos del área de la salud; para así identificar de forma precoz niveles sintomáticos significantes; y de esta forma gestionar medidas preventivas para mitigar el impacto del burnout sobre los mismos, teniendo en cuenta que la no detección podría contribuir en tener dificultades futuras en los planos de éxito académico y profesional, además de las consecuencias en la calidad de atención hacia los pacientes. Al mismo tiempo el presente estudio pretende constituir como base informativa debido a la escases de información en nuestra región.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la asociación del nivel de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022?
- ¿El nivel de ansiedad tiene relación con el síndrome de burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022?
- ¿El nivel de depresión tiene relación con el síndrome de burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022?
- ¿La calidad de sueño tiene relación con el síndrome de burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022?



1.3. HIPÓTESIS

1.3.1. Hipótesis Nula (H0)

- No existe asociación entre el nivel de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de burnout en los Internos del área de salud del HCMM de Juliaca-2022.

1.3.2. Hipótesis De Investigación (HI)

- Existe asociación y relevancia significativa entre el nivel de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de burnout en los Internos del área de salud del HCMM de Juliaca-2022.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El internado es uno de los periodos más determinantes durante la formación como profesionales de salud, es una etapa de cambio entre la vida universitaria y el ambiente laboral hospitalario donde logran tener relación directa con los pacientes, la dolencia y la muerte; además los internos de ciencias de la salud se encuentran expuestos a diversos factores estresores como: el clima laboral, la carga de trabajo, la presión académica, la privación del sueño y de ocio; la falta de adaptación ante estos en el entorno laboral provoca que en algunos casos desarrollen SBO como síntomas depresivos y ansiosos a manera de respuesta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) que entró en vigor el 1 de enero de 2022 “incluye el síndrome de desgaste profesional en el capítulo 24: Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud” y se categoriza como QD85: Síndrome de desgaste (burnout) ocupacional.(2)



El SBO valora tres dimensiones como son: el desgaste o agotamiento emocional, la despersonalización, y la falta de realización personal; padecido frecuentemente en individuos con ocupaciones que tienen íntimo contacto con seres humanos y que están sometidos a estrés laboral crónico, como lo es el personal de salud.(2,3) Las asociaciones entre el burnout y síntomas individuales de depresión y ansiedad son relevantes en diferentes estudios; dentro de ellos los internos del área de salud son muy propensos al padecer tanto el Burnout como los síntomas en mención, los cuales disminuyen su rendimiento académico, laboral y en la calidad de atención con sus pacientes.

Además la mayor parte de internos de ciencias de la salud suelen tener horas extensas de trabajo, con guardias nocturnas y una buena calidad de sueño es imprescindible, siendo el sueño una de las funciones biológicas esenciales e imprescindibles al restaurar la energía vital y estabilizar los procesos cognitivos (consolidación y codificación de información); perturbaciones en la calidad de sueño en los internos no se limitan a la falta de recuperación física o neurológica, más aún, afectan en el desarrollo de las funciones como individuos de sociedad (desempeño académico, laboral, relaciones interpersonales, confianza, seguridad, etc.) y los riesgos que puedan ocurrir. Teniendo ello en cuenta es de necesidad valorar la calidad de sueño en los internos ya que están sometidos a mayores responsabilidades laborales y académicas, que si existe una buena calidad de sueño se mejora la calidad de atención al mejorar el rendimiento y productividad de los internos, evitando accidentes de trabajo.

En razón de lo antes expuesto resulta relevante conocer la existencia del SBO y su asociación con síntomas de ansiedad, depresión y calidad de sueño en los internos del área de salud que laboran en el HCMM de Juliaca; de esta forma poder implementar sistemas de apoyo y coadyuvar a mejorar la calidad de vida de los internos, futuros profesionales de la salud; y con ello también optimizar la calidad de cuidado al paciente.



1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo General

- Establecer la asociación del nivel de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022.

1.5.2. Objetivo Específico

- Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022
- Identificar la relación entre el nivel de Ansiedad con el Síndrome de Burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca - 2022.
- Demostrar la relación entre el nivel de Depresión con el Síndrome de Burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022.
- Establecer la relación de la calidad de Sueño con el Síndrome de Burnout en Internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Internacionales

Ochoa M. y colaboradores (2021) realizaron un estudio: “FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ESTUDIANTES DE MEDICINA EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS”, este estudio tubo por objetivo determinar la frecuencia del burnout y su relación con síntomas de ansiedad, depresión y calidad del sueño en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuyo, San Luis, para tal estudio se reunieron a todos los estudiantes facultativos de la facultad de medicina durante los meses de mayo y junio; sin embargo, el autor trabajo con una muestra final de 87 estudiantes; para tal medición se aplicaron lo siguientes instrumentos: “escala unidimensional de burnout e inventario de burnout de Maslach, inventario de depresión de Beck-II, escala de ansiedad de Hamilton y escala de calidad de sueño de Pittsburgh”. Además, se utilizó una ficha de datos considerando las siguientes variables: edad, sexo, género, carga horaria, horas de estudio semanales, responsabilidades laborales, número de hijos, número de convivientes y movilidad; una vez recolectado los datos se procedió con el análisis estadístico se encontró que la relación entre las escalas empleadas fue positiva moderada. Además, el autor manifiesta que según el estudio realizado el 55,55% de alumnos del 2do año tienen burnout leve y moderado en un 44.44%, a diferencia de los de 4to año que presentan burnout leve, moderado y severo en un 50%, 40,90% y 9,09% respectivamente. En el último año que cursa la carrera se encontró que el 89% de los individuos estudiados tenían burnout moderado, esto sugiere un aumento gradual en los niveles del síndrome de burnout con la progresión de la carrera, principalmente en los últimos años. En cuanto al



resto de variables, el autor nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el síndrome de burnout y la mala calidad del sueño, así como con los rasgos depresivos.(4)

2.1.2. Nacional

Machicado E. (2022) Elaboro un estudio denominado “PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE, ABRIL 2022”. El objetivo fue valorar la asociación entre la prevalencia de burnout y el grado de depresión; la naturaleza del estudio fue descriptiva, observacional, transversal y prospectivo, utilizando una muestra de 109 médicos en formación, como instrumentos de investigación se aplicó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory y el Inventario de Depresión de Beck II como herramientas de investigación. Una vez concluida la recolección de datos y el análisis estadístico concluyó que había una asociación significativa en el contexto estadístico entre el Burnout y algún grado de depresión “obteniéndose un $X^2=39,1$ $p<0.05$, OR: 20.5, con IC: 95%: 5.99-86.22”, además sostiene que si padecen burnout existe 20.5 veces más probabilidad de tener depresión.(5)

Rodríguez C. (2020) Ejecuto un “ESTUDIO MULTICÉNTRICO RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN y SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA HUMANA EN SEDES HOSPITALARIAS DE LIMA, 2018” cuyo propósito fue evidenciar la relación que existe entre la depresión con el Burnout en los médicos internos que trabajan en hospitales de los distritos de Puente Piedra, Ventanilla, Callao y Collique durante el año 2018; la investigación fue de naturaleza no experimental, observacional, descriptivo y correlativo. Trabajando con una muestra de 170 médicos internos, la investigadora uso tres instrumentos: una ficha de recolección de datos, dos



encuestas: en inventario de Maslach Burnout y la escala abreviada para la depresión de Zung. Recopilados los datos y procedido el análisis estadístico se revelaron una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el Síndrome de Burnout, obteniendo un chi cuadrado de $p < 0,05$ (0,000). Además, su estudio afirma que la prevalencia de Burnout fue de 59.4% y de depresión fue del 54,7%, ambas altas en los hospitales con nivel III-1.(6)

Loaiza K. (2019) Realizo un estudio sobre las “CARACTERÍSTICAS GENERALES, NIVEL DE SINDROME DE BURNOUT Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA 2019”. El objetivo de tal estudio fue determinar características generales, niveles de burnout y asociaciones con niveles de ansiedad, depresión y funcionamiento familiar en médicos internos del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el año 2019; la naturaleza del estudio fue transversal, observacional, descriptiva y asociativa. El investigador encuestó una muestra de 80 médicos internos utilizando formularios de recopilación de datos, los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, el cuestionario de APGAR familiar y el inventario de Maslach Burnout como herramientas de encuesta. Luego de concluida la compilación de datos y el análisis estadístico, se concluyó que la tasa de incidencia de burnout es del 35%, que se acompaña de: un 30% con algún grado de ansiedad, un 17,5% con algún grado de depresión y el solo un 22,5% con disfunción familiar. Dicho ello el autor señala que existen asociaciones estadísticamente significativas entre el síndrome de Burnout y la ansiedad, la depresión y el funcionamiento familiar.(7)

Poma, C. (2020) Realizo un estudio denominado “FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, 2019” de carácter



analítico, observacional - transversal trabajo con una muestra de 57 internos de obstetricia a su vez utilizó como instrumentos de investigación el cuestionario de Maslach Burnout Inventory y una ficha de factores asociados donde incluyo el Apgar Familiar donde los principales factores sociopersonales analizados fueron si tiene carga familiar, hijos, trabajo adicional remunerado, mala relación con el entorno laboral, grado de satisfacción con la profesión y factores académicos; al analizar cada uno de estos datos la autora concluye que el grado de burnout es de un 43.9% siendo los factores más asociados la funcionalidad familiar, las horas hospitalarias y la satisfacción por la profesión.(8)

Moncca A. (2020) Elaboro un estudio sobre la “RELACIÓN DEL GRADO DE SOMNOLENCIA, CALIDAD DE SUEÑO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA QUE INGRESAN Y EGRESAN AL INTERNADO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ 2019-2020. AREQUIPA”, el propósito del estudio fue “Determinar la relación del grado de somnolencia y calidad de sueño con síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado del Hospital Goyeneche 2019-2020”, para esta investigación se trabajó con una muestra de 133, de los cuales 70 internos de medicina que egresaron el 2019 y 63 que ingresaron el 2020. La recolección de información y la exploración estadística se realizaron mediante formularios de recolección de datos, el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, la escala de sueño de Epworth y el inventario de Maslach Burnout. Luego de la recolección de datos y análisis estadístico se determinó que el 62.86% de la población que culminaron su internado y el 57.14% de los que inician su internado tuvieron una calidad de sueño mala ($p > 0.05$).

De los egresados un 34.29% tiene un grado de somnolencia moderada y solo un 11.43% el grado severo, comparativamente con los estudiantes ingresantes al internado con porcentajes de 41.27% de somnolencia moderada y 3.17% de un grado severo de



somnolencia. En lo referente a las subescalas del Burnout en la población que culmina el internado se obtuvo al agotamiento emocional y la despersonalización con porcentajes de 41.43% y 45.71% respectivamente, acompañado de una baja realización personal (30%); en cuanto a los ingresantes los porcentajes fueron de 28.57% y 39.68% con respecto al agotamiento emocional y despenalización, la realización personal fue alta (66.67%); dicho ello la autora revela que la presencia de burnout en los egresados es de 17.14% y de los ingresantes de 4.76%, teniendo en cuenta que el porcentaje es mayor en aquellos con mala calidad de sueño; de esta forma la autora concluye que los médicos internos tenían mala calidad del sueño y somnolencia diurna, pero solo la mala calidad del sueño se asoció con la presencia de burnout.(9)

Campos E. (2020) Ejecuto un estudio denominado “CALIDAD DE SUEÑO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2020” la finalidad del estudio fue identificar la relación entre la calidad del sueño y el burnout en médicos internos en Trujillo, la naturaleza del estudio fue descriptivo y correlativo; se realizó en el hospital Belén con una muestra final de 30 médicos internos. Como herramientas de investigación, el autor utilizó un formulario de recolección de datos y aplicó el inventario de Maslach Burnout y el cuestionario de Pittsburgh para valorar la calidad de sueño. El análisis de los datos recopilados encontró que los médicos internos tenían una mala calidad del sueño y una prevalencia moderada de Burnout. Además, el autor señala que no se halla ninguna asociación significativa entre la calidad del sueño y el Burnout.(10)

Pomasunco, G. (2022) Elaboro un estudio denominado “SÍNDROME DE BURNOUT Y RESILIENCIA EN INTERNOS DEL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 - TARMA, 2022” de naturaleza descriptiva, transversal – correlacional, el grupo de estudio fueron los internos de las



carreras de medicina, obstetricia y enfermería conformado por un total de 73 internos; como instrumento de investigación la autora utilizó el Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young; una vez recolectados y analizados los datos se halló que el 74.19%, 22.58% y 3.23% tienen una ausencia, riesgo y presencia de síndrome de Burnout respectivamente; en cuanto a la resiliencia el 51.61 de la población estudiada mostro un nivel Alto; con ello la autora concluye que la relación entre la resiliencia y el síndrome de burnout tienen una asociación muy fuerte y negativa.(11)

2.1.3. Local

Tito S. (2021) Realizo un estudio sobre “FACTORES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD DURANTE LA PANDEMIA DEL SARS COV-2 EN LOS INTERNOS VOLUNTARIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNA – PUNO”; 2020 – 2021 con una muestra de 298 internos de diferentes áreas de la salud como son: medicina humana, odontología, enfermería, nutrición y biología; el tipo de investigación fue observacional, transversal y asociativa. Como instrumento para su investigación se tomaron encuestas que fueron llenadas y enviadas de forma virtual, se utilizó la encuesta diagnostica del GAD-7. Luego de terminada la recolección de datos se pasó al análisis estadístico; procesado los datos el autor concluye que la prevalencia de ansiedad en los internos voluntarios es de 44%, teniendo en cuenta que de este grupo la mayor parte presenta ansiedad leve a moderada, el autor también sostiene que esto está condicionado por las condiciones de vida, haberse contagiado de COVID-19 y el miedo al contagio, muerte de algún familiar, distanciamiento social, tener la condición de estudiantes-trabajadores, la falta de conocimiento con respecto al tratamiento del COVID y ser del sexo femenino.(12)



Villalva, L. (2022) Ejecuto un estudio denominado “SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO – 2020”, de naturaleza descriptiva y de corte transversal; la autora tuvo como objetivo determinar el grado de Burnout en sus diferentes escalas para lo cual trabajó con una muestra de 38 internos de la carrera de enfermería, para tal fin la investigadora aplico la encuesta “Test de Maslach”; todos los datos recolectados fueron procesados y analizados obteniéndose que según las tres dimensiones el 42.1%, 50% y 60.5% representan a un nivel de agotamiento alto, despersonalización alta, y nivel bajo de realización personal respectivamente; a su vez afirma que el 55.3% y 21% de la población estudiada representa un nivel medio y alto de Burnout. Concluyendo que de forma global el nivel de burnout de la población estudiada es medio.(13)

2.2. REFERENCIAS TEORICAS

2.2.1. Síndrome de burnout (SBO)

El SBO es una expresión individual al estrés crónico en el trabajo que se desarrolla de forma insidiosa y que, con el tiempo, puede cronificarse y provocar alteraciones en la salud. Desde el enfoque psicológico, este síndrome induce daños cognitivos, emocionales y actitudinales que agotan totalmente a la persona que lo sufre, conduciendo a comportamientos negativos en torno a su propio rol y entorno laboral. (2)

El término "burnout" es una expresión anglosajona que se remonta a 1974, usado por el psiquiatra Herbert Freudenberg, que trabajó en un sanatorio que hacía frente a los adictos (toxicómanos) en la ciudad de Nueva York, donde observo que los voluntarios de dicho sanatorio presentaban una pérdida “progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de trabajo”.(14)



En 1961 Graham Green se convirtió en el primero en aplicar este término en una publicación denominada "A burnout case" en el que nos cuenta la vida de un arquitecto espiritualmente atormentado que toma la decisión de renunciar a su carrera y retirarse en la selva africana. En 1976 Cristina Maslach hizo público el término "burnout" dentro del "congreso anual de la Asociación de Psicología (APA)", aludiéndolo como un estado cada vez más común entre los empleados de servicios humanos. Sin embargo, no es hasta 1981 cuando las investigadoras Cristina Maslach y Susan Jackson lo describen como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en profesiones de atención a personas de forma directa, prolongada e intensa. Es en 1982 cuando el término "burnout" se delimita y prevalece en la comunidad científica casi en su totalidad describiéndola como una respuesta de estrés crónico a partir de tres dimensiones: "cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo"; estos tres valores se miden en el Inventario de Burnout de Maslach creado ese mismo año por las mismas investigadoras.(14)

La OMS menciona que el SBO es "un síndrome conceptualizado como el resultado de un estrés laboral crónico que no ha sido gestionado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) Sentimientos de agotamiento o falta de energía, 2) Distanciamiento mental del propio trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el propio trabajo; y 3) Disminución de la eficacia profesional. El Burnout se refiere específicamente a fenómenos en el contexto ocupacional y no debe aplicarse para describir experiencias en otros ámbitos de la vida".(15)



EPIDEMIOLOGIA

Se han elaborado varios estudios sobre la prevalencia del SBO, cuyos resultados son en su mayoría inconsistentes, por lo que podemos estimar que su prevalencia depende del entorno del individuo y de sus propias características.

Algunos autores argumentan que el agotamiento de los médicos inicia en la etapa universitaria.

En Colombia, en un Hospital Universitario del Norte se presentó una incidencia de 9,1% entre los internos de medicina, otro estudio realizado por Dyrbye et al (2010) en JAMA, menciona que un 49,6% de estudiantes de medicina pueden padecer burnout.(16)

En los médicos en formación de Perú se encontró una prevalencia del SBO que va de 11.49% a 57.2%. (17)

Los estudios en Costa Rica señalan una incidencia del 20% de burnout entre los médicos, siendo el sexo masculino y los jóvenes más trabajadores (entre 25-34 años) los más afectados. En Holanda, alrededor del 15% de la población trabajadora padece del SBO.(16)

ETIOLOGÍA

La etiología del burnout es multifactorial, se han propuesto varias teorías sobre las causas del agotamiento, incluida la teoría cognitiva social, la teoría del intercambio social, la teoría organizativa, la teoría estructural, la teoría de la demanda y los recursos laborales y la teoría del contagio emocional. Estas teorías sugieren que el agotamiento puede ser causado por factores individuales, laborales y organizacionales.(2,16)

- **Factores individuales:** como rasgos de personalidad (el perfeccionismo, la autoexigencia), la edad (las personas a medida que envejecen advierten niveles más bajos de agotamiento), el género (el cansancio emocional se desarrolla más



en mujeres, mientras que la despersonalización es más común entre los hombres.), estado civil (aquellos que tienen una relación en pareja estable tienen un factor protector), escasa formación profesional (demasiado conocimiento teórico, poco adiestramiento en la práctica), la falta de destrezas para sobrellevar el estrés y factores estresantes no laborales, como problemas familiares y financieros.

- **Factores laborales:** como la sobrecarga de responsabilidades, falta de regulación sobre el trabajo, el deterioro de recursos, ambiente laboral tóxico y falta de reconocimiento y recompensas por el trabajo realizado.
- **Factores organizacionales:** pueden incluir la cultura de la empresa, la falta de políticas y prácticas que promuevan el bienestar de los empleados, un salario bajo, la necesidad de convertirse en un profesional respetado con un alto estatus social.(16)

DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

Se reconocen 3 dimensiones:

- **Agotamiento o Cansancio Emocional (AE):** se define por la sensación de estar emocionalmente exhausto y sin energía debido al trabajo; pueden sentirse abrumados, cansados y desmotivados, lo que dificulta el afrontamiento de situaciones estresante y la adaptación al entorno laboral
- **Despersonalización (DP):** se refiere a la actitud negativa y deshumanizante hacia los demás; pudiendo además sentirse distantes, indiferentes y cínicos especialmente hacia las personas que los reciben
- **Falta de realización personal (RPD):** se describe como la disminución de la eficacia y el rendimiento en el trabajo, con autoevaluaciones negativas sobre su desempeño y menores habilidades de afrontamiento; lo que a su vez conlleva a



una mayor dificultad a la hora de tomar decisiones, completar tareas y ser productivos.

Sin embargo, debe considerar qué dimensión es la primera cuando se enfrenta al estrés laboral. Estudios longitudinales han demostrado que prevalece una relación causal entre las dimensiones del SBO, siendo el agotamiento emocional la primera manifestación, los agudos niveles de agotamiento emocional conducen también a altos niveles de despersonalización, mientras que la falta de realización personal es estimada como un precedente o incluso un efecto del burnout. Considerado un requisito previo para el agotamiento. Por lo tanto, los estudios empíricos indican que tanto el agotamiento como la despersonalización representan aspectos centrales o importantes del SBO.(4,18)

FASES DEL BURNOUT:

El SBO al ser un trastorno crónico y adaptativo genera un proceso que se forma de la siguiente manera.(17,18)

- PRIMERA FASE: Se reconoce el desequilibrio entre los requerimientos laborales y los recursos materiales y humanos, donde el trabajador tiene un gran entusiasmo, se siente capaz de transformar el mundo, de ser el profesional ideal (querer curar a todos los enfermos); superando los primeros a los segundos, lo que genera situaciones de estrés severo.
- SEGUNDA FASE: El individuo realiza esfuerzos adicionales para adaptarse a los requerimientos. Sin embargo, esto solo funciona temporalmente (hasta este punto, el cuadro puede ser reversible), es ahí donde el profesional manifiesta con mayor frecuencia irritabilidad y frustración, seguido de mayor agotamiento mental y físico.



- TERCERA FASE: En esta etapa se manifiesta el SBO con los componentes descritos (AE, DP y RPD). El individuo se distancia en un afán desesperado por rebasar la situación en la que se encuentra.
- CUARTA FASE: Las personas con toda la discapacidad psicofísica se vuelven una amenaza y ponen en peligro en lugar de ayudar a los usuarios o pacientes.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El burnout se asocia con una diversidad de síntomas físicos, emocionales y conductuales que pueden perjudicar la salud y el bienestar de una persona.

- **Síntomas físicos:** pueden incluir fatiga, cefalea, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares, dolores musculares, modificaciones menstruales y trastornos del sueño.
- **Síntomas emocionales:** pueden incluir irritabilidad, ansiedad, depresión y falta de motivación, dificultad para concentrarse.
- **Síntomas conductuales:** pueden incluir al ausentismo laboral, aislamiento social, abuso de sustancias, disminución del rendimiento laboral, actitudes violentas y de comportamiento que sitúan en peligro la vida, la integridad propia y de quienes le rodean.

Es transcendental tener a consideración que estos síntomas pueden variar de persona a persona y no todos aquellos que sufren de SBO experimentarán todos estos síntomas.

DIAGNOSTICO

Se han instaurado varias escalas y cuestionarios para evaluar el SBO, desde instrumentos genéricos que solo se enfocan en evaluar el síndrome como tal, sin



distinción de ocupaciones, hasta instrumentos específicos destinados a evaluar el desgaste profesional en ocupaciones específicas como médicos, enfermeras, psicólogos etc. Sin embargo, el principal instrumento para la identificación y medición del SBO es el “Maslach Burnout Inventory (MBI)” (**VER ANEXO 2**), que valora las 3 dimensiones y consta de 22 afirmaciones y preguntas sobre sus sentimientos y pensamientos sobre su trabajo, puntuados en una escala de Likert de 6 pts., que van desde "nunca" hasta "todos los días”.(2,19)

Respecto al sistema de puntuación, se consideran de acuerdo a cada subescala:

- Subescala de “Agotamiento Emocional”: considera las siguientes preguntas (uno, dos, tres, seis, ocho, trece, catorce, dieciséis y veinte), valora la pérdida progresiva de energía vital y que tan emocionalmente consumido se encuentra. Puntaje más alto: 54.
- Subescala de “Despersonalización”: Considera las preguntas (cinco, diez, once, quince y veintidós), valora el distanciamiento afectivo y las actitudes de frialdad. Puntaje más alto: 30.
- Subescala de “Realización Personal”: considera las preguntas (cuatro, siete, nueve, doce, diecisiete, dieciocho, diecinueve y veintiuno), valora sentimientos de fracaso y autoeficacia. Puntaje más alto: 48.

Teniendo en cuenta que las puntuaciones del cuestionario van de la siguiente forma: 1 a 33 (bajo), de 34 a 66 (medio) y de 67 a 99 (alto). Establecen el síndrome calificaciones altas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, y baja en realización personal. (19)

Tabla 1: Estimación del síndrome de burnout

Subescala	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54*
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30*
Realización personal	De 0 a 33*	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) 3 valores altos indican presencia de burnout

FUENTE: Elaboración propia

Además, según el puntaje obtenido en cada una de las subescalas se puede asignar el nivel de afección de la siguiente manera:

Tabla 2: Valoración de burnout según subescalas

Subescala	Código	Ítems	Numero de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por escala	Indicios de burnout
Agotamiento emocional	AE	1,2,3,6,8,13,14,16,20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Mas de 26
Despersonalización	DP	5,10,11,15,22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Mas de 9
Realización personal	RP	4,7,9,12,17,18,19,21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

FUENTE: Elaboración propia

PREVENCION Y TRATAMIENTO:

El SBO altera significativamente la vida de un profesional, desde la propia vida personal hasta incluso llegar a afectar la calidad de la atención brindada; por ello es imperativo efectuar medidas que prevengan, identifiquen y traten el SBO. (16)

Las estrategias para controlar este fenómeno van desde la necesidad de aumentar la capacidad psicológica personal para hacer frente al estrés laboral y de implementar cambios positivos en el lugar de trabajo, entre ellas:

- Reducción del estrés laboral y fomento de un ambiente de trabajo justo y equitativo.
- Fomento de vacaciones periódicas para minimizar la acumulación de fatiga emocional y cognitiva.



- Estrategias de afrontamiento como la terapia cognitivo-conductual, la atención plena, actividades de manejo del estrés y el florecimiento de habilidades comunicativas, gestión del tiempo y habilidades profesionales.
- Es importante que el lugar de trabajo sea agradable y cómodo, con lugares reservados para relajarse y socializar, pero que aún permitan la privacidad cuando sea necesario
- reducir las expectativas con respecto al producto final de los esfuerzos de uno, o reducir el grado de energía utilizada para actividades dirigidas a objetivos de baja prioridad
- Evitación consciente y desvinculación de algunos factores de estrés laboral como estrategia de afrontamiento pasivo.
- Implementación de cambios organizacionales y estructurales en el lugar de trabajo para reducir la sobrecarga laboral y el estrés laboral.
- Fortalecimiento de factores personales intrínsecos como el manejo del estrés, las aptitudes de afrontamiento psicológico y la capacidad de resiliencia, así como las habilidades de comunicación y labores en equipo.
- Intervenciones personales y organizacionales simultáneas para lograr los mejores resultados clínicos.

“Para identificar el SBO se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario Burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año como control con el fin de detectarlo y buscar sus causas”(17). Para prevenir el burnout, es importante establecer límites claros entre el trabajo y la vida personal, practicar técnicas de relajación y meditación o algún deporte, y buscar apoyo emocional y social, que incluye terapia, medicamentos y cambios en el ambiente de trabajo para reducir el estrés.(18)



2.2.2. Ansiedad

El vocablo ansiedad resulta del latín “anxietas”, que simboliza un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (Real Academia Española, 2014). (20)

A comienzos del siglo XIX, el francés Landré-Beauvais precisó a la ansiedad como “cierto malestar, desasosiego, agitación excesiva” y utilizó la expresión “angoisse”. En 1858, Littré y Robin definieron “angoisse” como “sensación de constricción o de presión en la región epigástrica, acompañada de una gran dificultad para respirar y de inmensa tristeza; éste es el grado más avanzado de la ansiedad”. No obstante, debido al avance de la psicología y al surgimiento de heterogéneas teorías; el psicoanálisis y el humanismo utilizaron la palabra angustia, mientras que la psicología científica antepuso el término ansiedad. (12,20)

Es Clark y Beck en 2012 que conceptualiza a la ansiedad como una red compleja de respuesta cognitiva, fisiológica, conductual y emotiva, que se estimula ante sucesos o escenarios considerados como aversivos. (20)

En 2013 el DSM-5 condensa a los trastornos de ansiedad (TA) en cinco grandes epígrafes: “a) TA por separación, b) mutismo selectivo, c) fobias específicas, d) TA social, e) Trastorno de angustia, f) agorafobia, y g) TA generalizada”. (21)

En ese contexto definimos a la ansiedad como una situación humana desarrollada evolutivamente que se activa ante situaciones aversivas. Ostenta una función esencialmente adaptativa cuyo propósito es pilotar la conducta del individuo para enfrentarse a escenarios considerados amenazantes o dificultosos. En intensidad moderada promueve y mejora las aptitudes físicas e intelectuales, en la resolución de conflictos y beneficia el proceso adaptativo de situaciones novedosas o de aversión.



PREVALENCIA:

La comorbilidad de por vida, en todo el mundo, se ha estimado en un 81,9 por ciento, que a lo largo de la vida representan un 63%, y es aproximadamente dos veces más común en mujeres que en hombres. (22,23)

Mejía, C. y colaboradores (2022) en su estudio multicéntrico realizado en 16 ciudades de Perú sobre ansiedad, depresión y estrés nos señalan que la ansiedad fue la patología más frecuente entre los estudiantes universitarios de Perú, durante la pandemia por COVID-19, con una prevalencia de 17%; que a su vez se manifiestan en un “4% de forma extrema a severa, 3% de forma severa y 10% de forma moderada”. Además, se encontró que las mujeres tuvieron más ansiedad que los hombres y que los estudiantes de carreras de salud tuvieron menos ansiedad que los de otras carreras.(24)

FACTORES DE RIESGO

- **Factores de desarrollo:** Personas que durante su infancia se los describió como "conductualmente inhibidos" y generaron reacciones aprensivas, vacilantes o angustiadas ante lo novedoso tienen más probabilidades de desarrollar algún trastorno de ansiedad.(25)
- **Factores cognitivos y de aprendizaje:** Conceptualizado sobre la base del aprendizaje y el condicionamiento las personas con mayor riesgo de padecer algún trastorno de ansiedad tienen un sesgo en distinguir contextos amenazantes de aquellos que indican seguridad, tienden a tener un índice mayor de negatividad relacionada con el error, ser hiper-vigilantes y a sobre interpretar estímulos, ello por conductas aprendidas.(26)
- **Factores neurobiológicos y genéticos:** Tanto el circuito cortico-amigdalario como el hipocampo y la corteza prefrontal (PFC) tiene una labor trascendental en el



aprendizaje y condicionado/estímulo del miedo; por lo que un desequilibrio en la red amígdala-PFC, específicamente una actividad elevada de la amígdala y una actividad disminuida de PFC, puede ser un sello neurobiológico de los trastornos de ansiedad en el sentido de que se correlaciona con un aprendizaje de extinción deficiente. En la parte genética se han encontrado variantes del gen transportador de serotonina (5-HTT) y la catecol-O-metiltransferasa que tienen efectos genéticos en la respuesta del cerebro a estímulos estresantes o que provocan ansiedad.(27)

- **Factores sociales y ambientales:** Entornos que generen preocupación excesiva, un intento preocupante por resolver problemas, someterse a situaciones que generen incertidumbre o ambigüedad, una deficiente capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes laborales o de sociedad.

PRESENTACION CLINICA:

La respuesta de ansiedad es un proceso múltiple que implica diferentes aspectos interrelacionados, como los procesos cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos.
(20,27)

- Las manifestaciones cognitivas se refieren a los mecanismos que intervienen en el procesamiento de la información relevante de la situación y de forma personal, circunscriben aprensión, temor, autopercepción de abandono, limitada atención y retención, entorpecimiento en el razonamiento, impresión de irrealidad y despersonalización, entre otras.
- Las manifestaciones fisiológicas son generadas involuntariamente por la activación sinérgica de la rama simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo, y tienen como propósito coordinar al organismo para actuar en



circunstancias consideradas amenazantes o inseguras. Estas expresiones incluyen “taquicardia, tensión muscular, sudoración, hiperventilación, opresión torácica y parestesias, entre otras”.

- Las manifestaciones conductuales se refieren a las intervenciones generadas con el propósito de evitar, dirigir, combatir o evadir el peligro, y pueden incluir respuestas de inmovilización, discreción, evitación y/o búsqueda de seguridad. Estas manifestaciones pueden afectar, limitar o deteriorar la actividad diaria del sujeto en áreas importantes de su vida.
- Por último, las manifestaciones afectivas aluden a la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa, y se establecen por afectos negativos displacenteros de nerviosismo, tensión, aprehensión, depresión, entre otros, que revelan el malestar subjetivo vivenciado.

ANSIEDAD COMO SÍNTOMA MEDIBLE:

Si bien la ansiedad es una respuesta normal al estrés, eventualmente se torna en un síntoma que podemos cuantificar con distintas escalas, entre ellas la escala de ansiedad de Hamilton (“HAMILTON ANXIETY RATING SCALE” (HARS)), adecuada para el uso investigativo clínico (**VER ANEXO 3**), dividiendo al grupo de estudio en 4 grupos según las puntuaciones, el primer grupo son aquellos que no tienen ansiedad y los siguientes 3 grupos se detallan de la siguiente forma:

- Ansiedad leve: se caracteriza por una sensación de preocupación o inquietud leve, que puede ser manejada con estrategias de afrontamiento simples, como la relajación o la distracción, como evitar factores agravantes (uso de drogas, estimulantes o alcohol). Sus manifestaciones no afectan significativamente en el funcionamiento diario del individuo.



- Ansiedad moderada: se caracteriza por una sensación de preocupación o inquietud más intensa, que puede ser difícil de controlar con estrategias de afrontamiento simples, se recomienda la terapia cognitivo-conductual, farmacoterapia o ambas, ya que sus manifestaciones comienzan a intervenir en el funcionamiento diario del individuo.
- Ansiedad severa: se caracteriza por que el individuo presenta limitaciones significativamente intensas y abrumadoras al confrontar estímulos, fobias o aún peores situaciones amenazantes, esta requiere tratamiento profesional para su manejo.

2.2.3. Depresión

Es imperativo reconocer la conceptualización de término "depresión", puede referirse a:(28)

- El estado de ánimo como una respuesta normal y, a veces, adaptativa ante la muerte, el desengaño, la desesperanza o la frustración percibida.
- Como síndrome, con signos y síntomas psicopatológicos (p. ej., depresión mayor o depresión menor)
- Trastorno mental que identifica una condición clínica distinta (p. ej., depresión mayor unipolar)

PREVALENCIA

La depresión es un trastorno endémico y en nuestros días la OMS la considera como la principal causa de discapacidad a nivel mundial, con un 25% anual que padece depresión en la población mundial, representando una mayor afección al sexo femenino sobre el masculino.(29)



Mejía, C. y colaboradores (2022), en su estudio refieren que la depresión es la segunda condición más común entre los estudiantes universitarios peruanos durante la pandemia por COVID-19, con un 3% de forma extremadamente severa, 2% de forma severa y 8% de forma moderada. Con una prevalencia global del 13%.(24)

SÍNTOMAS

- **Estado de ánimo deprimido:** Disforia, toma muchas formas como sentirse triste, sin esperanza, desanimado o que no tienen sentimientos hasta sentimientos de enfado, frustración e irritabilidad.
- **Pérdida de interés o placer:** Anhedonia, se manifiesta en la ausencia del placer ante eventos o pasatiempos en actividades que anteriormente eran placenteras, e incluso llegan a afirmar que "ya no les importa". la libido también puede disminuir.
- **Cambio en el apetito o el peso:** estos pueden aumentar (antojos alimenticios específicos) o disminuir (llegar a obligarse a sí mismos a comer).
- **Alteración del sueño:** ocurre frecuentemente en la depresión mayor unipolar, estos se manifiestan con insomnio o hipersomnia; además la calidad de sueño es deficiente y no reparadora.
- **Fatiga o pérdida de energía:** Se sienten agotados, apáticos, desganados; con pesadez corporal y dificultad para completar actividades diarias.
- **Disfunción neurocognitiva:** presentan una disminución en la capacidad y velocidad para el razonamiento, concentrarse (se distraen con facilidad), tomar decisiones, dificultad en la resolución de problemas y fluidez verbal aminorada. Esta disfunción neurocognitiva es mayor en pacientes con menor instrucción y de mayor edad.



- **Agitación o retraso psicomotor:** va desde una actividad motora excesiva hasta una ralentización de los movimientos corporales; ambos son perjudiciales e improductivos y denotan que el paciente está gravemente enfermo.
- **Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva:** presentan un sentimiento genuino de insuficiencia, mediocridad, frustración, ineptitud y culpa.
- **Ideación y comportamiento suicida:** pueden advertir pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio y, además, pretender hacerlo; en esta etapa generan pensamientos como: "no vale la pena vivir, la vida de otros estaría mejor sin mí". La tendencia al suicidio incrementa debido a las expectativas negativas de su futuro tomando como única opción de escape la muerte.

La presentación clínica varía en varones y mujeres, se dice que las mujeres son más propensas a presentar síntomas neurovegetativos y otros síntomas físicos como emocionales; en contraste con los varones estos suelen presentar ataques de ira/violencia, comportamientos de riesgo y abuso de sustancias.(28)

DIAGNOSTICO

Para determinar el diagnóstico de depresión es esencial tener en cuenta ciertas características durante un periodo mínimo de 2 semanas; tomando en cuenta los criterios que toma el DSM-5 (2013).

Figura 1. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>

Fuente: DSM-5 (28)

2.2.4. Sueño y calidad de sueño

SUEÑO:

El sueño viene a ser un proceso transformable cuyo propósito parece influir en la restauración, conservación de energía y consolidación de la memoria. se puede segmentar en dos etapas fisiológicas; el sueño con movimientos oculares no rápidos (NREM) y el sueño con movimientos oculares rápidos (REM). (30)

- **Sueño NREM:** los individuos entran en el sueño desde la somnolencia a través del sueño NREM; la cual actualmente se divide en 3 subetapas (N1,N2,N3)



- **Etapa N1:** esta es la etapa de transición de la vigilia al sueño, los movimientos de los ojos suelen ser lentos y ondulantes, es la etapa más ligera del sueño.
 - **Etapa N2:** Comprende gran porcentaje del tiempo total del sueño, representa un 45-55% de la noche; es aquí donde las benzodiazepinas prolongan la etapa de sueño.
 - **Etapa N3:** esta etapa se la conoce como "sueño profundo" o de ondas lentas. representa un 10 a 20% total del sueño en un adulto joven y de edad media. Es más difícil despertar durante esta etapa y es donde ocurren las parasomnias.
- **Sueño REM:** También denominado etapa R; se asocia a los sueños vividos y al periodo de consolidación de la memoria (se retienen recuerdos importantes y se descartan conexiones menos relevantes); representa menos de la cuarta parte total del sueño (18-23%) y está compuesto por dos fases; fásica y tónica. El sueño REM fásico comprende ráfagas de movimientos oculares rápidos, inestabilidad respiratoria, y durante el sueño REM tónico se produce una actividad motora más limitada, con pocos movimientos oculares.

Varios trastornos del sueño pueden estar conectados con anomalías en el sueño REM dentro de las cuales se destaca: Narcolepsia, Apnea obstructiva del sueño, etc.(30)

ARQUITECTURA Y REGULACION DEL SUEÑO

El sueño al ser un proceso homogéneo que pasa por múltiples ciclos (cuatro a cinco) con duraciones de 90-120 min durante una noche determinada.



La regulación del sueño la comanda el tronco encefálico a través de neurotransmisores como la serotonina, la acetilcolina y la melatonina como estimulantes de la latencia del sueño, en contraste se encuentran: la noradrenalina, la dopamina y los fármacos que incrementan su descarga aumentando el periodo de vigilia.

FUNCIONES DEL SUEÑO

- **Función restauradora:** Durante el sueño el cuerpo se repara y revitaliza, ello quizá influenciado por la secreción de la hormona de crecimiento quien contribuye a la regeneración celular e hipertrofia muscular; además podría influir en mitigar las consecuencias adversas del estrés inhibiendo el factor liberador de corticotropina.(31)
- **Función de depuración:** depuración de desechos neurotóxicos y sustancias como la adenosina, a través del sistema denominado glinfatico por su dependencia de células gliales.(32)
- **Plasticidad cerebral y aprendizaje:** el sueño ejerce un papel trascendente en la neuro plasticidad al promover la formación y mantenimiento de sinapsis, generando gran impacto en la función cognitiva y la memoria.(33)

EFFECTOS PRIVACION DE SUEÑO

La pérdida de sueño, en su forma aguda dificulta la realización de tareas que precisan una atención selectiva, dividida y sostenida. Sin embargo, la privación de sueño de forma acumulativa (2 a 3 horas por noche) genera déficit en el rendimiento.

Figura 2. Clasificación trastornos del sueño

El DSM-5 enumera en 11 trastornos del sueño-vigilia

- Trastorno de insomnio
- Trastorno de hipersomnia
- Narcolepsia
- Trastornos del sueño relacionados con la respiración:
 - Apnea e hipopnea obstructiva del sueño
 - Apnea central del sueño
- Apnea central del sueño idiopática
- Respiración de Cheyne-Stokes
- Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos
- Hipoventilación relacionada con el sueño
- Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia:
 - Tipo de fases de sueño retrasadas
 - Tipo de fases de sueño avanzadas
 - Tipo de sueño-vigilia irregular
 - Tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 h
 - Tipo asociado con turnos laborales Tipo no especificado
- Parasomnias
- Trastornos del despertar del sueño no REM:
 - Tipo con sonambulismo
 - Tipo con terrores nocturnos
- Trastorno de pesadillas
- Trastorno del comportamiento del sueño REM
- Síndrome de las piernas inquietas
- Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos

Fuente: DSM-5 (28)



CALIDAD DE SUEÑO

La calidad del sueño se podría interpretar de manera subjetiva e individual con respecto a si el sueño es reparador y satisfactorio para el individuo.

La calidad se puede evaluar mediante la duración del sueño, la eficiencia del sueño, la latencia del sueño, la cantidad de despertares nocturnos y la percepción subjetiva del sueño. (9)

Una buena calidad del sueño se asocia con una mejor salud física y mental, mientras que una mala calidad del sueño se ha relacionado con una amplia gama de problemas de salud, como: obesidad, diabetes, hipertensión, depresión y ansiedad, además de generar dificultades en la retención de la memoria., la concentración, la dificultad para realizar tareas cotidianas e incrementar el riesgo de accidentes.(9,30)



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de Investigación

La investigación realizada es de tipo descriptiva ya que se describen los hechos tal y como se presentaron, tomando en cuenta elementos cualitativos.

3.1.2. Diseño de la Investigación:

- Diseño no experimental: debido a que no se manipulan las variables
- Corte transversal: Los datos se tomaron en una sola medición a través de encuestas.
- Observacional: No se manipuló ninguna variable
- Correlativo: El estudio determina la asociación entre las variables propuestas con el síndrome de burnout

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

En el presente estudio la población a estudiar fueron aquellos internos del área de salud de las carreras de Medicina Humana, Enfermería y Obstetricia que laboran en el HCMM, considerando estas 3 carreras específicas debido a la demanda laboral y el contacto cercano con los pacientes; siendo un total de 104 distribuidos de la siguiente forma:

- Internos de Medicina Humana: 24
- Internos de Enfermería: 54



- Internos de Obstetricia: 26

3.2.2. Tamaño de la muestra

Se determino el tamaño de la muestra según una estimación aleatoria simple utilizando la fórmula de variables cualitativas finitas considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error de un 5%; la cual se plasma de la siguiente manera:

Formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n: tamaño de muestra

N: tamaño de la población

z: nivel de confianza de 95% = 1.96

p: probabilidad de que ocurra el evento estudiado 50% = 0.5

q: probabilidad de que no ocurra el evento estudiado 50% = 0.5

e: error de estimación máximo aceptado: 5%

Con lo que se determinó que el número necesario para que los datos obtenidos en la presente investigación sean representativos corresponde a una muestra de 83 participantes, teniendo una población de 104 internos de la salud.

3.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para obtener la matriz de sistematización de datos Durante la ejecución del proyecto se consideró a todos los internos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que además decidieron participar de forma voluntaria en el estudio; por lo



que en total se encuestó a 93 internos del área de la salud de una población total de 104 correspondientes a las carreras de medicina, enfermería y obstetricia.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. Criterios de Inclusión:

- Internos del área de salud que se encuentren realizando su internado en el HCMM durante el año 2022.
- Internos del área de salud que acepten participar voluntariamente en el estudio.

3.4.2. Criterios de Exclusión:

- Internos del área de salud que no deseen participar en el estudio
- Internos que no hayan llenado correctamente las encuestas (falta de datos).
- Internos del área de salud que optaron por retirarse durante el internado

3.5. UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La presente investigación se realizó en el Hospital Carlos Monge Medrano localizado en la ciudad de Juliaca correspondiente al departamento de Puno; con categoría II-1 y centro de referencia de la zona Norte de nuestra región, cuenta con una infraestructura con capacidad para atender las necesidades de salud de las personas a través de atención ambulatoria, emergencias, hospitalización y cuidados críticos.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. Técnica de recolección de datos

Para la recopilación de datos se emplearon encuestas para validar cada variable y a su vez se empleó el consentimiento informado donde se hace de conocimiento el tipo de estudio, su finalidad y toda la información necesaria para que los internos del área de



salud voluntarios den conformidad en su participación. Para asegurar la confidencialidad de los participantes se respondió de forma anónima cada uno de los instrumentos utilizados.

3.6.2. Validación de instrumentos

3.6.2.1. Maslach Burnout Inventory (MBI)

En el presente estudio se utilizó el Inventario de agotamiento de Maslach, que es la encuesta de servicios humanos para personal médico reconocida como principal medida para el Burnout; en el año 2016 fue validada en el idioma español por Aranda y colaboradores. Además, en estudios previos fue mayoritariamente utilizado por médicos e internos, lo que nos permite una directa comparación; este cuestionario se realiza de 10 a 15 min, consta de 22 ítems, y aborda tres escalas: el agotamiento físico y/o emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Para cada Ítem, los participantes del estudio darán una respuesta en una escala que va de 0 a 6 con un sistema de tipo Likert.(34)

3.6.2.2. Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)

Cuestionario destinado a estimar la magnitud de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes (mayores de 13 años). Se compone de 21 ítems donde el encuestado elige entre cuatro alternativas, para cada ítem ordenado de menor a mayor gravedad, según como se siente o describe durante las últimas dos semanas incluyendo el día de la encuesta. En cuanto a las puntuaciones es posible obtener 63 puntos como máximo y 0 como mínimo, teniendo en cuenta que en cada ítem tiene una puntuación de 0 a 3. En caso que el encuestado marque más de dos alternativas se considera la de mayor gravedad.



- Sanz J. y colaboradores (2003) realizaron un estudio cuya finalidad fue la adaptación española del BDI-II y sus propiedades psicométricas en población general; el estudio contó con una población de 470 adultos (223 varones y 247 mujeres) que durante un seminario voluntario colaboraron a participar en el llenado del cuestionario; durante el procesamiento y análisis de los datos obtenidos, se observó que por vez primera se dan a conocer datos normativos sobre la confiabilidad y legitimidad factorial de la versión española del BDI-II; concluyendo que este es superior en términos de fiabilidad interna y validez factorial, por ende, se considera la mejor herramienta para valorar síntomas depresivos.(35)
- Maldonado y colaboradores (2021) realizaron un estudio en Colombia cuyo objetivo fue encontrar evidencias de confiabilidad y validez a partir de la estructura interna del BDI-II y su relación con distintas variables. El estudio trabajo con 409 estudiantes universitarios entre varones y mujeres seleccionados por conveniencia de diferentes carreras (Psicología, Medicina, Biología, Estadística y Matemáticas). Para identificar las propiedades psicométricas de esta población se usaron 2 instrumentos: el BDI-II y el PANSI. Analizado los datos el estudio concluye que el BDI-II tiene una confiabilidad que garantiza su uso, siendo apropiado para fin investigativo como para identificar síntomas depresivos. Además, los autores afirman que este resultado es consistente con otras investigaciones realizadas en Latinoamérica.(36)

3.6.2.3. Escala de Ansiedad de Hamilton

“Está compuesta de 14 ítems, con síntomas específicos valorados en una escala de 0 (sin síntomas) a 4 (síntomas graves, extremadamente incapacitantes). Las áreas cubiertas son quejas somáticas (cardiovasculares, respiratorias, digestivas,



genitourinarias y musculares), síntomas cognitivos, temor, insomnio, estado de ánimo ansioso y conducta durante la entrevista”.(37). La gravedad de los síntomas se estima mediante una jerarquía de 5 puntos (0 sin síntomas y 4 con síntomas muy graves). Respecto al sistema de puntuación oscila en un rango de 0 puntos a 56, donde 0 nos indica carencia de ansiedad y 56 máxima ansiedad.(38)

- Lobo A. y colaboradores (2002) diseñaron un estudio de cohorte, observacional, prospectivo y multicéntrico para evaluar la validez, fiabilidad, sensibilidad y estructura factorial de las “escalas de depresión de Montgomery Asberg y la Escala de Ansiedad de Hamilton”; se incluyó a 214 individuos con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, procesado los datos el estudio sustenta que las dos escalas presentaron una adecuada validez discriminante y convergente, una apta sensibilidad al cambio además de una idónea fiabilidad y consistencia interna. Por tanto, los autores plantean que las versiones en español de las escalas estudiadas resultan ser adecuadas para su uso investigativo como clínico.(38)

3.6.2.4. Escala de calidad de sueño de Pittsburgh

Está compuesta de 19 escalas que estudian diversas características sobre la calidad del sueño, están estructurados en 7 elementos: calidad, retraso, duración, efectividad y alteraciones del sueño, administración de somníferos y alteraciones diurnas; cada uno de estos se califica de 0 a 3, donde 0 representa ninguna dificultad y 3 una severa dificultad. Esta escala se considera una herramienta adecuada para determinar la calidad del sueño, con un coeficiente de consistencia interna de 0,78 a 0,81 (α de Cronbach), y sensibilidad de 88,63%, especificidad de 74,99% y VPP del 80,66%, lo que representa una buena confiabilidad.(39)



- Córdoba, F. & Schmalbach, J. (2005) en su estudio denominado “Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh”(40). Con el estudio los autores validan que el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh es una herramienta útil en estudios epidemiológicos y clínicos.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recopilación de datos se utilizaron en la investigación se coordinó y solicitó al director del HCMM la autorización; y con el proveído favorable se procedió con la aplicación del estudio; por otra parte, se solicitó la lista de los internos de ciencias de la salud, sus respectivas áreas y servicios de rotación para mejor manejo y recolección; previo al acopio de datos se informó a cada participante sobre la finalidad del estudio y la forma del llenado de cada instrumento.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Con todos los datos recolectados a través de las encuestas se creó una base de datos en Excel, donde se categorizo las variables y determino la prevalencia de cada variable, consecutivamente los datos fueron ingresados al programa SPSS v26 para determinar la asociación entre las variables, considerando un intervalo de confianza (IC 95%) y un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

Se empleó la prueba de chi-cuadrado y el test de Pearson para asociar y correlacionar las variables; posteriormente todos los resultados obtenidos fueron plasmados en tablas y gráficos.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio fue evaluado y aprobado por la unidad de Docencia e investigación del HCMM; así mismo según el código de ética se cumplió con los



principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; además se cumplió con el principio de confidencialidad ya que los datos recaudados se tomaron de forma anónima a cada uno de los participantes garantizando la privacidad de la información obtenida.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

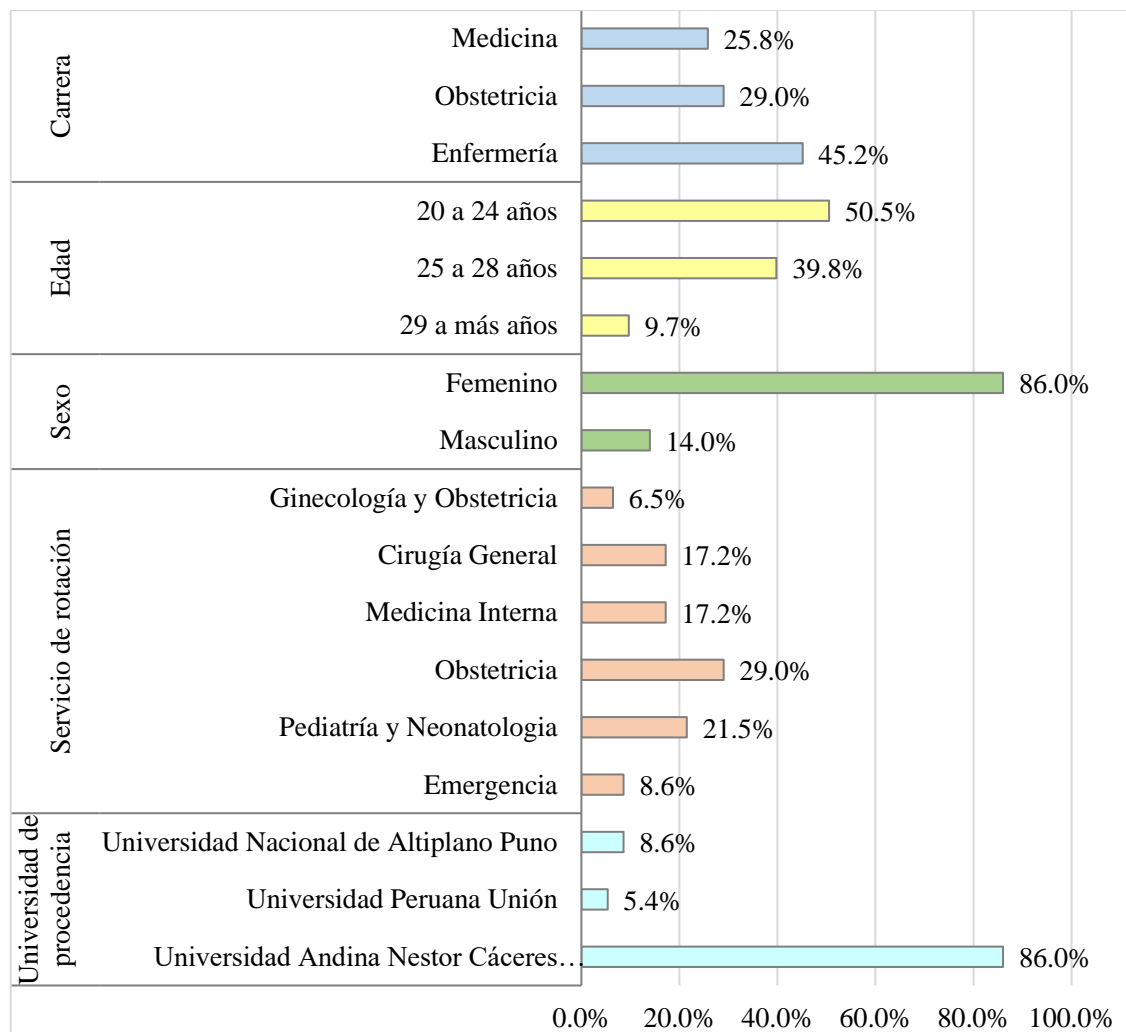
4.1.1. Análisis e interpretación de datos

Tabla 3: Datos generales de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022

Datos generales		N°	%
Carrera de estudios	Medicina	24	25,8%
	Obstetricia	27	29,0%
	Enfermería	42	45,2%
	Total	93	100,0%
Edad	20 a 24 años	47	50,5%
	25 a 28 años	37	39,8%
	29 a más años	9	9,7%
	Total	93	100,0%
Sexo	Femenino	80	86,0%
	Masculino	13	14,0%
	Total	93	100,0%
Servicio de rotación	Ginecología y Obstetricia	6	6,5%
	Cirugía General	16	17,2%
	Medicina Interna	16	17,2%
	Obstetricia	27	29,0%
	Pediatría y Neonatología	20	21,5%
	Emergencia	8	8,6%
Total	93	100,0%	
Universidad de procedencia	Universidad Nacional de Altiplano Puno	8	8,6%
	Universidad Peruana Unión	5	5,4%
	Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	80	86,0%
	Total	93	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 3. Datos generales de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

Según se observa en la tabla 3 y su gráfico, de los 93 internos, el 45,2% (n=42) corresponde a la carrera de Enfermería; el 29,0% (n=27) a Obstetricia; y el 25,8% (n=24) a Medicina Humana. Por otro lado, con referencia a la edad de los internos, el 50,5% (n=47) tuvo entre 20 a 24 años; el 39,8% (n=37) entre 25 a 28 años; y el 9,7% (n=9) más de 29 años. En lo referente al sexo de los internos, el 86,0% (n=80) fue de sexo femenino; mientras que el restante 14,0% (n=13) correspondió al sexo masculino. En lo que respecta al servicio de rotación se observó que el 29,0% (n=27) estuvo en el servicio de obstetricia; el 21,5% (n=20) en el servicio de Pediatría y Neonatología; el 17,2% (n=16) en el servicio

de Medicina Interna; el otro 17,2% (n=16) en el servicio de Cirugía General; el 8,6% (n=8) en el servicio de Emergencia; y el restante 6,5% (n=6) en el servicio de Ginecología y Obstetricia. Finalmente, en cuanto a la universidad de procedencia de la población estudiada, el 86,0% (n=80) es de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; el 8,6% (n=8) de la Universidad Nacional del Altiplano Puno; y el 5,4% (n=5) de la Universidad Peruana Unión.

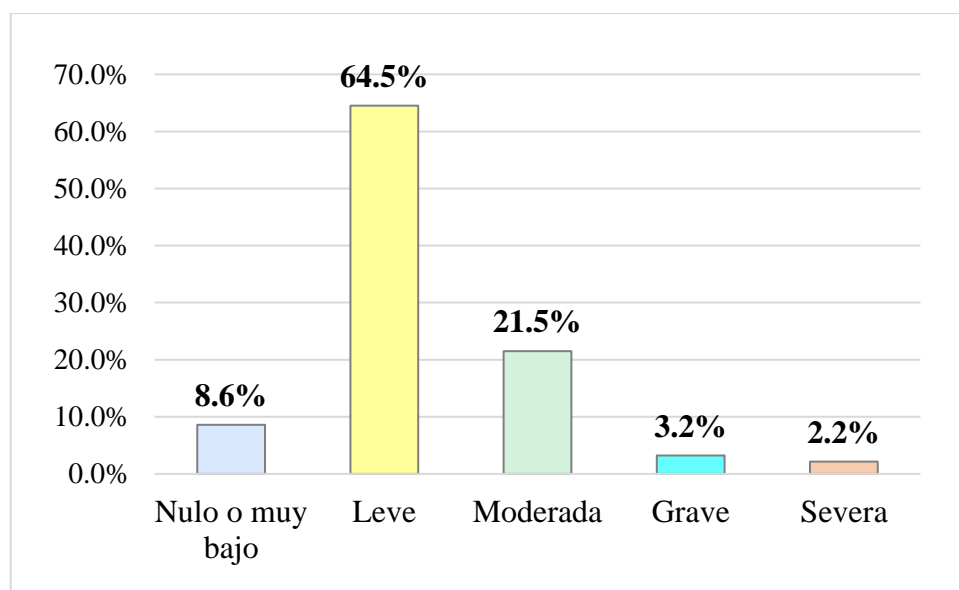
NIVEL DE ANSIEDAD EN INTERNOS DEL AREA DE LA SALUD DEL HCMM-JULIACA 2022

Tabla 4: Ansiedad de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022

Nivel	N°	%
Nulo o muy bajo	8	8,6%
Leve	60	64,5%
Moderada	20	21,5%
Grave	3	3,2%
Severa	2	2,2%
Total	93	100,0%

FUENTE: *Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS*

Figura 4. Ansiedad de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022



FUENTE: *Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS*

Interpretación:

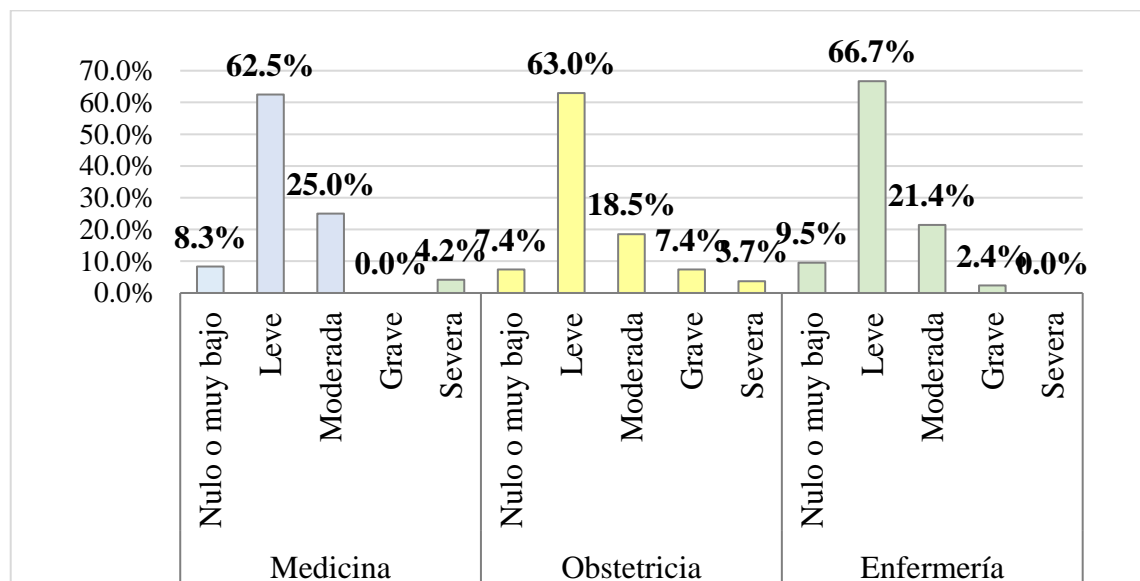
Tal como se muestra en la tabla 4 y gráfico correspondiente, el nivel de ansiedad presente en los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca corresponden a un 64,5% (n=60) con ansiedad leve, seguido de un 21,5% (n=20) que presentó ansiedad moderada; por otro lado, el 8,6% (n=8) correspondieron a un nivel nulo o muy bajo de ansiedad; el 3,2% (n=3) mostró ansiedad grave; y el restante 2,2% (n=2) ansiedad severa.

Tabla 5: Ansiedad de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios

Nivel de ansiedad	Carrera					
	Medicina		Obstetricia		Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nulo o muy bajo	2	8,3%	2	7,4%	4	9,5%
Leve	15	62,5%	17	63,0%	28	66,7%
Moderada	6	25,0%	5	18,5%	9	21,4%
Grave	0	0,0%	2	7,4%	1	2,4%
Severa	1	4,2%	1	3,7%	0	0,0%
Total	24	100,0%	27	100,0%	42	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 5. Ansiedad de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS



Interpretación:

La tabla 5 y su gráfico, nos presentan una comparación por carreras sobre los niveles de ansiedad encontrados; así, en la carrera de Medicina los internos presentaron un 62,5% (n= 15) de ansiedad leve; un 25,0% (n= 6) de ansiedad moderada; el 8,3% (n=2) obtuvo un nivel nulo o muy bajo de ansiedad; y el restante 4,2% tuvo ansiedad severa. Así mismo de los internos de la carrera de Obstetricia se encontró que el 63,0% (n=17) presentó ansiedad leve; el 18,5% (n=5) ansiedad moderada; el 7,4% (n=2) mostró un nivel nulo muy bajo de ansiedad; el otro 7,4% (n=2) ansiedad grave; y únicamente el 3,7 (n=1) tuvo ansiedad severa. Por su parte, los niveles en los internos de Enfermería correspondieron a un 66,7% (n=28) para la ansiedad leve; un 21,4% (n=9) para la moderada; el 9,5% (n=4) tuvo nivel nulo o muy bajo de ansiedad; y solamente el 2,4% (n=1) presento ansiedad grave.

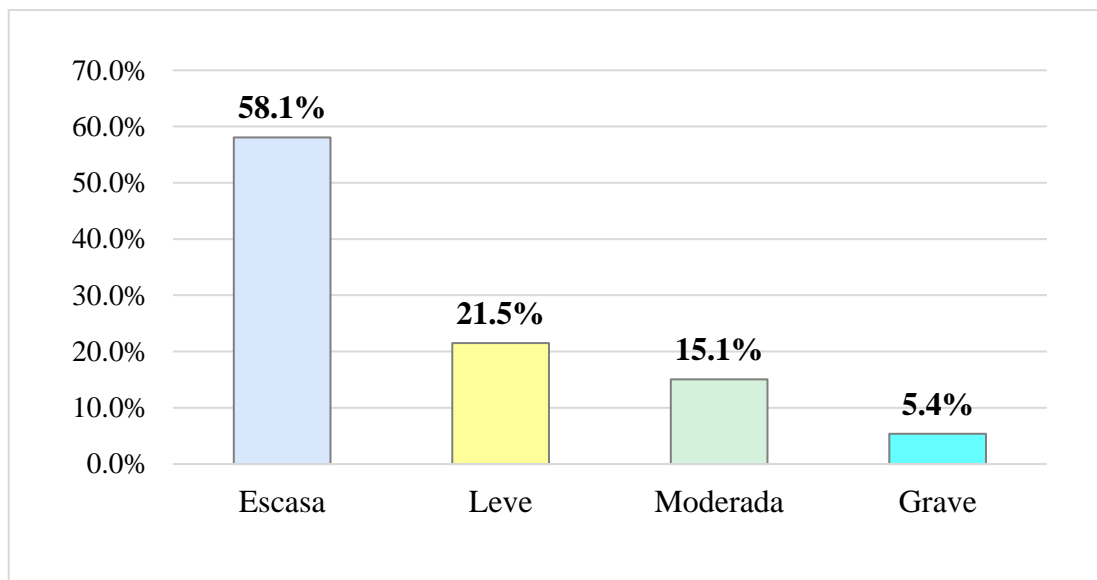
NIVEL DE DEPRESION EN INTERNOS DEL AREA DE SALUD DEL HCMM- JULIACA 2022

Tabla 6: Depresión de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022

Nivel	N°	%
Escasa	54	58,1%
Leve	20	21,5%
Moderada	14	15,1%
Grave	5	5,4%
Total	93	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 6. Depresión de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación

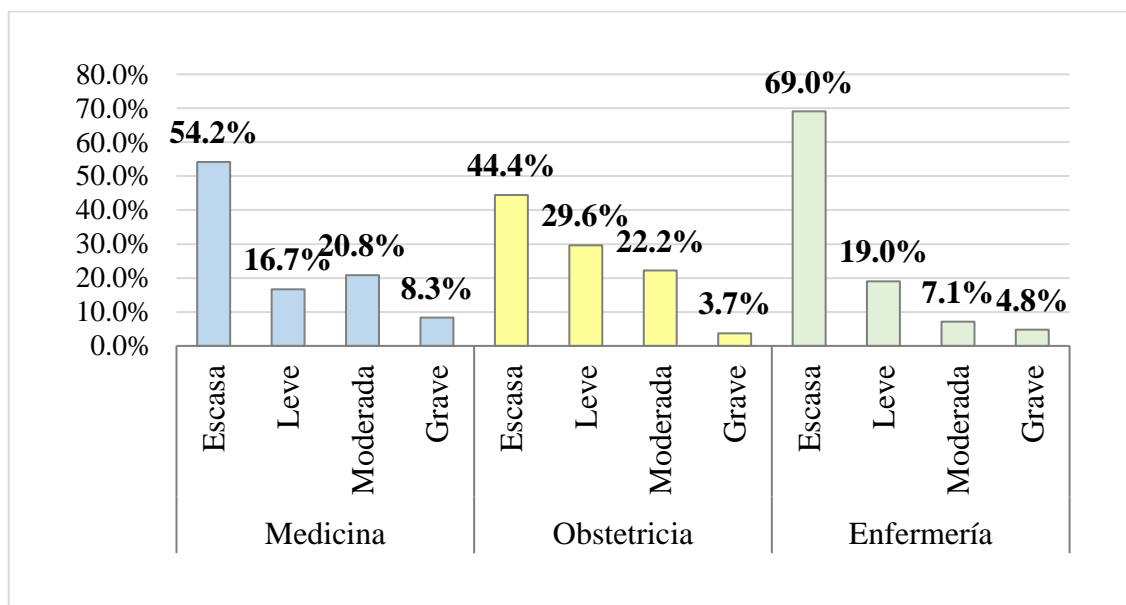
La tabla 6 y su gráfico correspondiente nos muestran los resultados obtenidos del nivel de depresión presentes en los 93 internos del Área de Salud del HCMM Juliaca, encontrado así que el 58,1% (n=54) presentó depresión escasa; el 21,5% (n=20) depresión leve; el 15,1% (n=14) depresión moderada; y el restante 5,4% (n=5) depresión grave.

Tabla 7: Depresión de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios

Nivel de depresión	Carrera					
	Medicina		Obstetricia		Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escasa	13	54,2%	12	44,4%	29	69,0%
Leve	4	16,7%	8	29,6%	8	19,0%
Moderada	5	20,8%	6	22,2%	3	7,1%
Grave	2	8,3%	1	3,7%	2	4,8%
Total	24	100,0%	27	100,0%	42	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 7. Depresión de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

Según se aprecia en la tabla 7 y gráfico, el nivel de depresión por carreras encontrado en los internos fue: Los internos de Medicina presentaron un 54,2% (n=13) de depresión escasa; un 20,8% (n=5) depresión moderada; el 16,7% (n=4) mostró depresión leve; y el 8,3% (n=2) depresión grave. A su vez, en relación a los internos de la carrera de Obstetricia, hallamos que el 44,4% (n=12) presentó depresión escasa; el 29,6% (n=8) depresión leve; el 22,2% (n=6) depresión moderada; y únicamente el 3,7%

(n=1) mostró depresión grave. Por su parte, en lo concerniente a los internos de la carrera de Enfermería, el 69,0% (n=29) presentó depresión escasa; el 19,0% (n=8) un nivel leve; el 7,1% (n=3) nivel moderado; y solo el 4,8% (n=2) depresión grave.

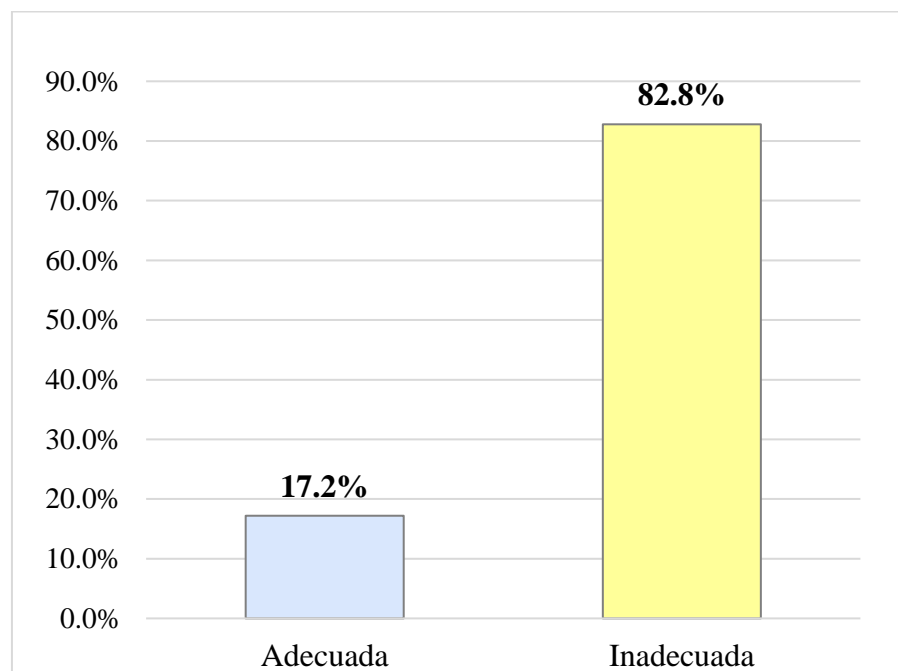
CALIDAD DE SUEÑO EN INTERNOS DEL AREA DE SALUD DEL HCMM- JULIACA 2022

Tabla 8: Calidad de sueño de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022

Nivel	N°	%
Adecuada	16	17,2%
Inadecuada	77	82,8%
Total	93	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 8. Calidad de sueño de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

En cuanto a la valoración de la calidad del sueño, la tabla 8 nos muestra que en los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca, el 82,8% (n=77) presentó una calidad

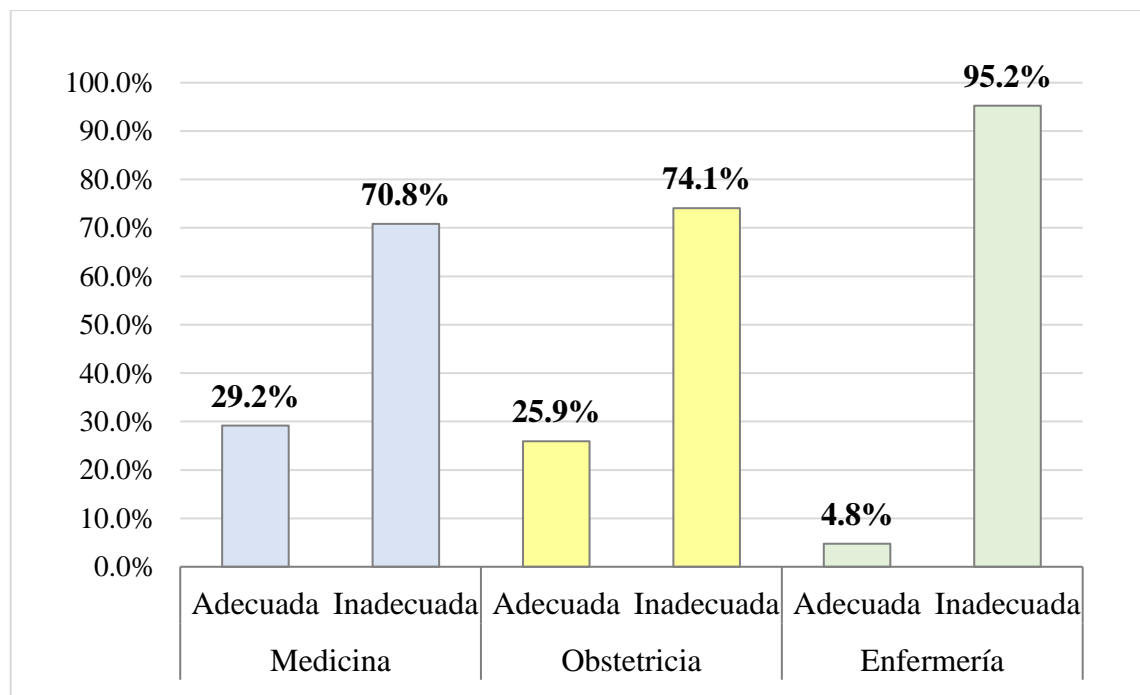
de sueño inadecuada, en contraste con el 17,2% (16) que mostró una calidad de sueño adecuada.

Tabla 9: Calidad de sueño de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios

Nivel de calidad de sueño	Carrera					
	Medicina		Obstetricia		Enfermería	
	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuada	7	29,2%	7	25,9%	2	4,8%
Inadecuada	17	70,8%	20	74,1%	40	95,2%
Total	24	100,0%	27	100,0%	42	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 9. Calidad de sueño de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022 según su carrera de estudios



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

En lo concerniente a la calidad de sueño según carreras la tabla 9 y su gráfico correspondiente nos señalan que, en los internos de la carrera de Medicina, el 70,8% (n=17) presentó una calidad de sueño inadecuada; en contraste del 29,2% (n=7) que tuvo

una adecuada calidad de sueño. A su vez, en los internos de Obstetricia, el 74,1% (n=20) sostuvo una calidad de sueño inadecuada; y el 25,9% (n=7) gozó de una calidad de sueño adecuada. Así mismo, en los internos de la carrera de Enfermería el 95,2% (n=40) presentó una calidad de sueño inadecuada; y el restante 4,8% (n=2) una adecuada calidad de sueño.

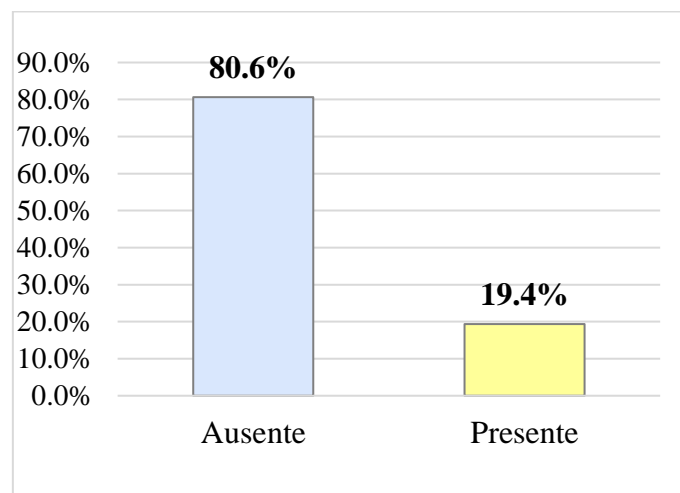
SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DEL AREA DE SALUD DEL HCMM-JULIACA 2022

Tabla 10: Síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022

Nivel	N°	%
Ausente	75	80,6%
Presente	18	19,4%
Total	93	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 10. Síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

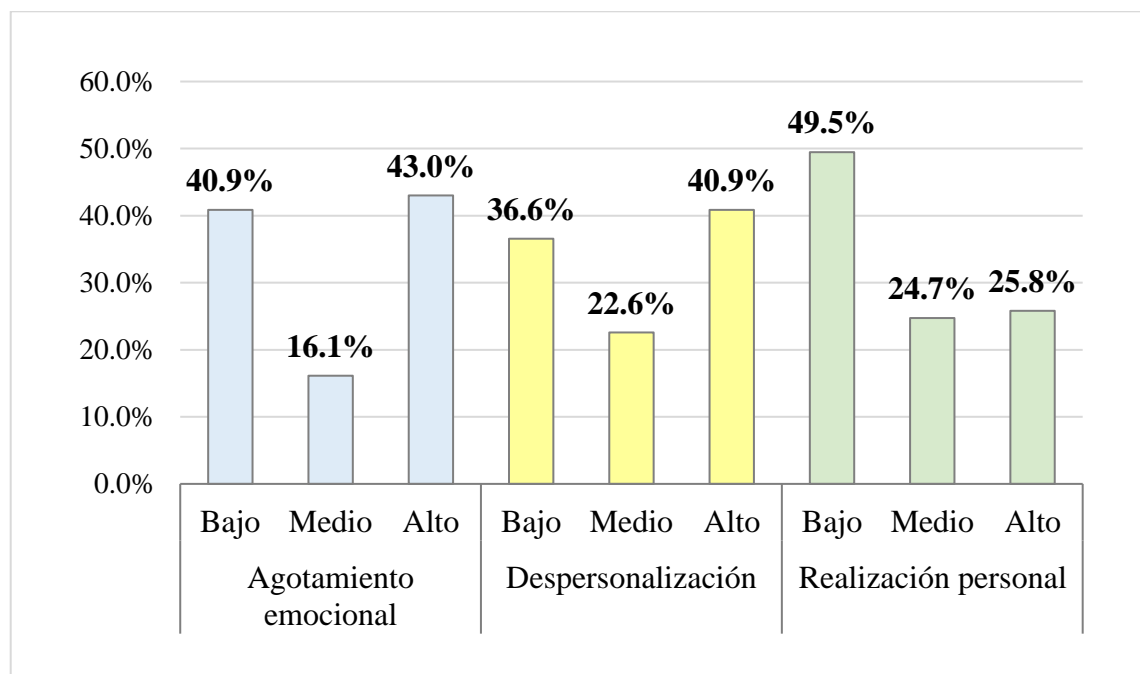
La tabla 10, nos muestra que en relación a la presencia del SBO del total de los 93 internos del Área de Salud del HCMM Juliaca, el 19,4% (n=18) presento SBO en contraste con el 80,6% (n=75) de internos en los que el burnout estuvo ausente.

Tabla 11: Dimensiones de síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022

Nivel	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	38	40,9%	34	36,6%	46	49,5%
Medio	15	16,1%	21	22,6%	23	24,7%
Alto	40	43,0%	38	40,9%	24	25,8%
Total	93	100,0%	93	100,0%	93	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 11. Dimensiones de síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

Según la valoración por dimensiones del SBO, en la tabla 11 y su grafico podemos apreciar que, en la dimensión de Agotamiento Emocional el 43,0% (n=40) manifestaron niveles altos; el 40,9% (n=38) niveles bajos; y el 16,1% (n=15) tuvieron un nivel medio. En lo que respecta a la Despersonalización vemos que el 40,9% (n=38) presentó un nivel alto; el 36,6% (n=34) tuvo nivel bajo; y el 22,6% (n=21) obtuvo un nivel medio. Por otro

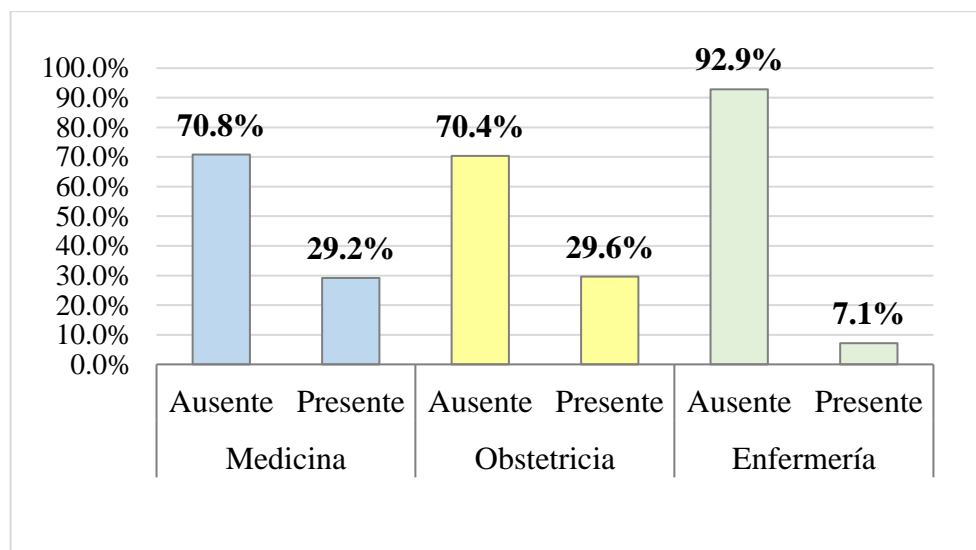
lado, en lo que respecta a la Realización Personal se aprecia que, el 49,5% (n=46) presento un nivel bajo; el 25.8% (n=24) un nivel alto; y el 24,7% (n=23) un nivel medio de realización personal.

Tabla 12: Síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022, según su carrera de estudios

Nivel de síndrome de Burnout	Carrera					
	Medicina		Obstetricia		Enfermería	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ausente	17	70,8%	19	70,4%	39	92,9%
Presente	7	29,2%	8	29,6%	3	7,1%
Total	24	100,0%	27	100,0%	42	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 12. Síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022, según su carrera de estudios



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

Tal como se muestra en la tabla 12, la presencia del SBO en los internos de Medicina es de 29,2% (n=7), frente a un 70,8%(n=17) ausente; de forma similar en la carrera de Obstetricia, se encontró una prevalencia de burnout de 29,6% (n=8) en contraste con el 70,4% (n=19) que manifestó ausencia de Burnout. Por su parte, los

resultados obtenidos en los internos de Enfermería, manifiestan una ausencia del 92,9% (n=39) de burnout; y solo un 7,1% (n=3) con SBO presente.

Tabla 13: Dimensiones de síndrome de Burnout de los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca – 2022, según su carrera de estudios

Dimensiones de Síndrome de Burnout	Nivel	Carrera					
		Medicina		Obstetricia		Enfermería	
		N°	%	N°	%	N°	%
Agotamiento emocional	Bajo	7	29,2%	12	44,4%	19	45,2%
	Medio	4	16,7%	2	7,4%	9	21,4%
	Alto	13	54,2%	13	48,1%	14	33,3%
	Total	24	100,0%	27	100,0%	42	100,0%
Despersonalización	Bajo	5	20,8%	10	37,0%	19	45,2%
	Medio	4	16,7%	2	7,4%	15	35,7%
	Alto	15	62,5%	15	55,6%	8	19,0%
	Total	24	100,0%	27	100,0%	42	100,0%
Realización personal	Bajo	12	50,0%	16	59,3%	18	42,9%
	Medio	4	16,7%	6	22,2%	13	31,0%
	Alto	8	33,3%	5	18,5%	11	26,2%
	Total	24	100,0%	27	100,0%	42	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

La tabla 13 nos muestra los niveles presentes en las 3 dimensiones del SBO por cada carrera profesional; al valorar el agotamiento emocional encontramos que; los internos de Medicina, obtuvieron: 54,2% (n=13) un nivel alto; el 29,2% (n=7) un nivel bajo; y el 16,7% (n=4) un nivel medio. De forma similar en los internos de Obstetricia se presentó: 48,1% (n=13) con nivel alto; 44,4% (n=12) con nivel bajo; y un 7,4% (n=2) con nivel medio. Por el contrario, en los internos de Enfermería, el 45,2% (n=19) presentó un nivel bajo; el 33,3% (n=14) un nivel alto; y el 21,4% (n=9) un nivel medio.

En cuanto a la despersonalización, los internos de Medicina el 62,5% (n=15) presento un nivel alto; en el 20,8% (n=5) un nivel bajo; y el restante 16,7% (n=4) un nivel medio. A gran similitud le siguen los internos de Obstetricia con; un 55,6% (n=15) con nivel alto; un 37,0% (n=10) con nivel bajo; y el otro 7,4% (n=2) con nivel medio. A diferencia de los anteriores en los internos de Enfermería se encontró que, el 45,2%



(n=19) exhibió un nivel bajo de despersonalización; el 35,7% (n=15) un nivel medio; y el 19,0% (n=8) un nivel alto.

Finalmente, en lo que respecta a la realización personal, los internos de Medicina demostraron que, el 50,0% (n=12) presentó un nivel bajo; el 33,3% (n=8) un nivel alto; y el 16,7% (n=4) un nivel medio. A su vez, en los internos de Obstetricia se obtuvo que, el 59,3% (n=16) presentó un nivel bajo; el 22,2% (n=6) un nivel medio; y el 18,5% (n=5) un nivel alto. Asimismo, en los internos de enfermería, el 42,9% (n=18) manifestó un nivel bajo; el 31,0% (n=13) un nivel medio; y el restante 26,2% (n=11) un nivel alto.

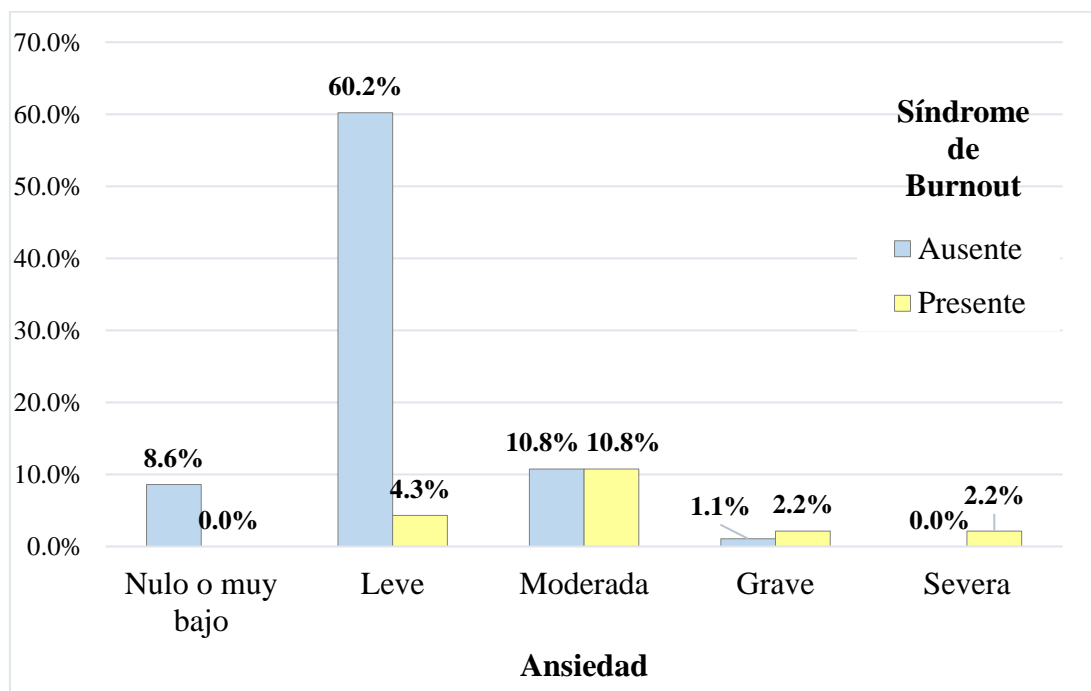
ASOCIACION ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD CON EL SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DEL AREA DE SALUD DEL HCMM-JULIACA 2022

Tabla 14: Nivel de ansiedad con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022

Ansiedad	Síndrome de Burnout				Total		Chi ²	p
	Ausente		Presente		N°	%		
Nulo o muy bajo	8	8,6%	0	0,0%	8	8,6%	32,777	0,000
Leve	56	60,2%	4	4,3%	60	64,5%		
Moderada	10	10,8%	10	10,8%	20	21,5%		
Grave	1	1,1%	2	2,2%	3	3,2%		
Severa	0	0,0%	2	2,2%	2	2,2%		
Total	75	80,6%	18	19,4%	93	100,0%		

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 13. Nivel de ansiedad con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

De acuerdo a la tabla 14, reparamos que, de los 93 internos, el 60,2% (n=56) manifestó ansiedad leve y síndrome de Burnout ausente. Le continúa el 10,8% (n=10) que mostró ansiedad moderada y síndrome de Burnout ausente. Asimismo, el otro 10,8%

(n=10) reveló ansiedad moderada y SBO presente. Por lo que de acuerdo a la prueba de χ^2 se aprecia un valor p de 0,000 ($p < 0,05$). De manera que se permite indicar que existe asociación estadística significativa entre el nivel de ansiedad con el SBO en los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.

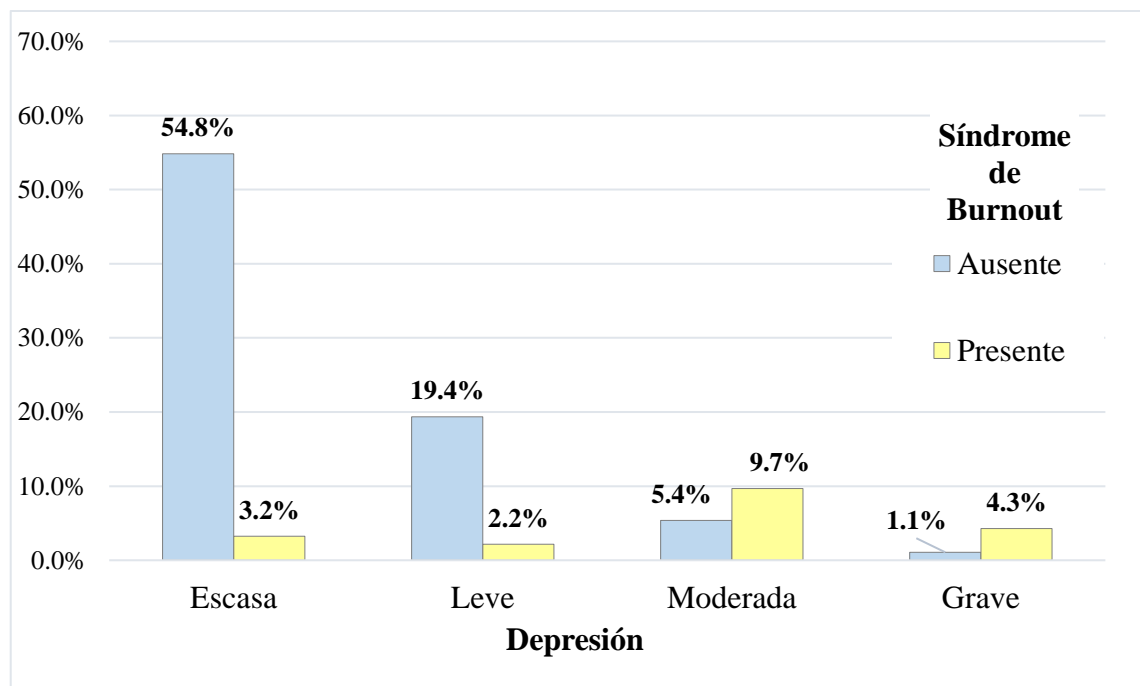
ASOCIACION ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN CON EL SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DEL AREA DE SALUD DEL HCMM-JULIACA 2022

Tabla 15: Nivel de depresión con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.

Depresión	Síndrome de Burnout				Total		Chi ²	p
	Ausente		Presente		N°	%		
Escasa	51	54,8%	3	3,2%	54	58,1%	37,598	0,000
Leve	18	19,4%	2	2,2%	20	21,5%		
Moderada	5	5,4%	9	9,7%	14	15,1%		
Grave	1	1,1%	4	4,3%	5	5,4%		
Total	75	80,6%	18	19,4%	93	100,0%		

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Figura 14. Nivel de depresión con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

Con respecto a la relación entre los niveles de depresión y el SBO la tabla 14 nos muestra que, de los 93 internos, el 54,8% (n=51) tuvo depresión escasa y SBO ausente. Le continúa el 19,4% (n=18) tuvo depresión leve y SBO ausente. Mas, sin embargo, el 9,7% (n=9) tuvo depresión moderada y SBO presente. Y mediante la prueba de Chi² se muestra que existe asociación estadística significativa con un valor de probabilidad de 0,000 (p<0,05). De manera que se afirmar que existe dicha relación entre estas dos variables en los internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.

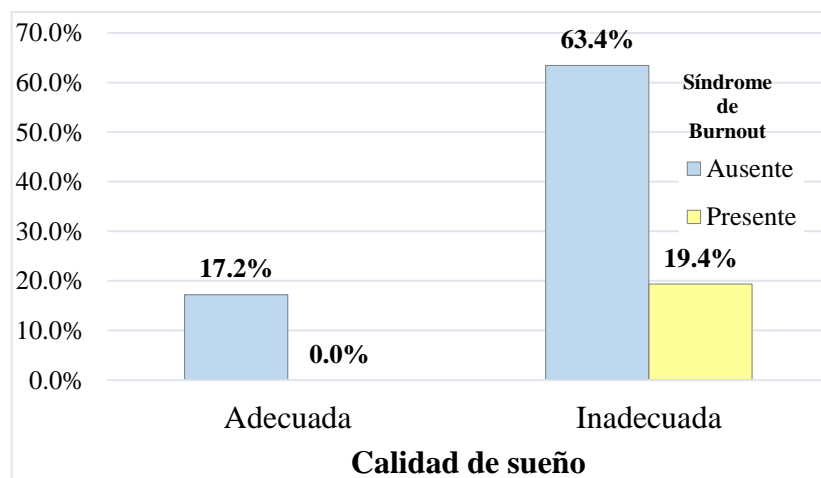
ASOCIACION ENTRE LA CALIDAD DE SUEÑO CON EL SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DEL AREA DE SALUD DEL HCMM-JULIACA 2022

Tabla 16: Nivel de calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.

Calidad de sueño	Síndrome de Burnout				Total		Chi ²	p
	Ausente		Presente		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Adecuada	16	17,2%	0	0,0%	16	17,2%	4,638	0,031
Inadecuada	59	63,4%	18	19,4%	77	82,8%		
Total	75	80,6%	18	19,4%	93	100,0%		

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de datos en SPSS

Figura 15. Nivel de calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022.



FUENTE: Elaboración propia, Análisis de datos en SPSS

Interpretación:

En la tabla 15 nos muestra la relación entre la calidad de sueño y el SBO en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca - 2022, de los 93 internos, el 63,4% (n=59) presentó calidad de sueño inadecuada y SBO ausente. Le sigue el 19,4% (18) con calidad de sueño inadecuado y SBO presente. Mientras que el 17,2% (16) exhibió calidad de sueño adecuada y SBO ausente. Por lo que la prueba de χ^2 nos reveló un valor p de 0,031 ($p < 0,05$). Lo que nos reconoce que existe asociación entre ambas variables.

ASOCIACION ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESION Y CALIDAD DE SUEÑO POR CARRERAS DE LOS INTERNOS DEL HCMM-JULIACA 2022

Tabla 17: Nivel de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca, que estudiaron la carrera de Medicina

	Nivel	Síndrome de Burnout				Total		Chi ²	p
		Ausente		Presente		N°	%		
		N°	%	N°	%				
Ansiedad	Nulo o muy bajo	2	8,3%	0	0,0%	2	8,3%	9,156	0,027
	Leve	13	54,2%	2	8,3%	15	62,5%		
	Moderada	2	8,3%	4	16,7%	6	25,0%		
	Grave	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Severa	0	0,0%	1	4,2%	1	4,2%		
	Total	17	70,8%	7	29,2%	24	100,0%		
Depresión	Escasa	11	45,8%	2	8,3%	13	54,2%	10,000	0,019
	Leve	4	16,7%	0	0,0%	4	16,7%		
	Moderada	2	8,3%	3	12,5%	5	20,8%		
	Grave	0	0,0%	2	8,3%	2	8,3%		
	Total	17	70,8%	7	29,2%	24	100,0%		
Calidad de sueño	Adecuada	7	29,2%	0	0,0%	7	29,2%	4,069	0,044
	Inadecuada	10	41,7%	7	29,2%	17	70,8%		
	Total	17	70,8%	7	29,2%	24	100,0%		

FUENTE: Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS

Interpretación:

La tabla 16 nos reporta la asociación entre los niveles de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el SBO obtenidos en los internos de Medicina; así de los 24 internos, en la asociación de ansiedad y SBO se obtuvo que el 54,2% (n=13) mostró ansiedad moderada y SBO ausente. Le continúa el 16,7% (n=4) con ansiedad moderada y SBO

presente. Tras la prueba de χ^2 se obtuvo un valor p de 0,027 ($p < 0,05$) lo que avala la afirmación de que la ansiedad es un factor asociado al SBO en los internos de Medicina.

En cuanto a la asociación con la depresión vemos que, el 45,8% ($n=11$) tuvo depresión escasa y SBO ausente. A su vez el 16,7% ($n=4$) exhibió depresión leve y SBO presente. Lo que de acuerdo a la prueba de χ^2 con un valor p de 0,019 ($p < 0,05$) se afirma una asociación significativa entre la depresión y el SBO en los internos de medicina.

Por otra parte, al determinar la asociación entre la calidad de sueño y el SBO, la prueba de χ^2 ofreció un valor p de 0,044 ($p < 0,05$), demostrando estadísticamente tal asociación, al estimar que un 29,2% ($n=7$) tuvo calidad de sueño inadecuada y SBO presente, seguido de un 41,7% ($n=10$) con calidad de sueño inadecuada y SBO ausente.

Tabla 18: Nivel de Ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca, que estudiaron la carrera de Obstetricia

	Nivel	Síndrome de Burnout						Chi ²	p
		Ausente		Presente		Total			
		N°	%	N°	%	N°	%		
Ansiedad	Nulo o muy bajo	2	7,4%	0	0,0%	2	7,4%	18,649	0,010
	Leve	16	59,3%	1	3,7%	17	63,0%		
	Moderada	1	3,7%	4	14,8%	5	18,5%		
	Grave	0	0,0%	2	7,4%	2	7,4%		
	Severa	0	0,0%	1	3,7%	1	3,7%		
	Total	19	70,4%	8	29,6%	27	100,0%		
Depresión	Escasa	12	44,4%	0	0,0%	12	44,4%	15,809	0,001
	Leve	6	22,2%	2	7,4%	8	29,6%		
	Moderada	1	3,7%	5	18,5%	6	22,2%		
	Grave	0	0,0%	1	3,7%	1	3,7%		
	Total	19	70,4%	8	29,6%	27	100,0%		
Calidad de sueño	Adecuada	7	25,9%	0	0,0%	7	25,9%	3,979	0,046
	Inadecuada	12	44,4%	8	29,6%	20	74,1%		
	Total	19	70,4%	8	29,6%	27	100,0%		

FUENTE: *Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS*



Interpretación:

La tabla 17 nos confiere la asociación entre los niveles de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el SBO obtenidos en los internos Obstetricia.

La asociación entre los niveles de ansiedad y SBO se demuestran según la prueba de Chi² con un valor p de 0,010 ($p < 0,05$). Representado por el 59,3% (n=16) con ansiedad leve y SBO ausente. seguido del 14,8% (4) con ansiedad moderada y SBO presente. Sosteniendo así una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en los internos de Obstetricia.

La asociación entre los niveles de depresión y SBO se exponen según lo hallado por la prueba de Chi² indicando un valor p de 0,01 ($p < 0,05$). Representado por el 44,4% (n=12) con depresión escasa y SBO ausente; el 22,2% (n=6) con depresión leve y SBO presente, en contraste del 18,5% (n=5) que manifestó depresión moderada y SBO presente. Sosteniendo así una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en los internos de Obstetricia.

Por su parte, en la asociación entre la calidad de sueño y el SBO en los internos de Obstetricia, se aprecia que el 44,4% (n=12) con calidad de sueño inadecuada no presento SBO; el 25,9% (n=7) con calidad de sueño adecuado y ausencia de SBO. Por otra parte, el 29,6% (n=8) con calidad de sueño inadecuada si presentó SBO. Por lo que según lo expresado por la prueba de Chi² con un valor p de 0,046 ($p < 0,05$) se afirma una relación estadística significativa entre estas dos variables.

Tabla 19: Nivel de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos del Área de Salud del HCMM Juliaca, que estudiaron la carrera de Enfermería

	Nivel	Síndrome de Burnout						Chi ²	p
		Bajo		Medio		Total			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Ansiedad	Nulo o muy bajo	4	9,5%	0	0,0%	4	9,5%	4,009	0,261
	Leve	27	64,3%	1	2,4%	28	66,7%		
	Moderada	7	16,7%	2	4,8%	9	21,4%		
	Grave	1	2,4%	0	0,0%	1	2,4%		
	Severa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Total	39	92,9%	3	7,1%	42	100,0%		
Depresión	Escasa	28	66,7%	1	2,4%	29	69,0%	9,853	0,020
	Leve	8	19,0%	0	0,0%	8	19,0%		
	Moderada	2	4,8%	1	2,4%	3	7,1%		
	Grave	1	2,4%	1	2,4%	2	4,8%		
	Total	39	92,9%	3	7,1%	42	100,0%		
Calidad de sueño	Adecuada	2	4,8%	0	0,0%	2	4,8%	0,162	0,688
	Inadecuada	37	88,1%	3	7,1%	40	95,2%		
	Total	39	92,9%	3	7,1%	42	100,0%		

FUENTE: *Elaboración propia, Análisis de Datos en SPSS*

Interpretación:

La tabla 18 nos muestra la asociación existente entre los niveles de ansiedad, depresión y calidad de sueño con el SBO en los internos de Enfermería.

En asociación entre el nivel de ansiedad y SBO se demuestran que no existe relación entre ambas variables al obtener un valor de p 0,261 ($p < 0,05$) a través de la prueba de Chi². Representado por el 64,3% (n=27) con ansiedad leve y SBO ausente; seguido del 16,7% (n=7) con ansiedad moderada y SBO ausente. A su vez, el 9,5% (n=4) con una nula o muy baja ansiedad y síndrome de Burnout ausente.

La asociación entre los niveles de depresión y SBO se exponen según lo hallado por la prueba de Chi² indicando un valor p de 0,020 ($p < 0,05$). Representado por el 66,7% (n=28) con depresión escasa y SBO ausente; el 19,0% (n=8) con depresión leve y SBO ausente; un 4,8% (n=2) que manifestó depresión moderada y SBO ausente. Sosteniendo



así una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en los internos de Obstetricia.

Por su parte, en la asociación entre la calidad de sueño y el SBO en los internos de Enfermería, se determina que el 88,1% (n=37) con calidad de sueño inadecuada no presento SBO; el 4,8% (n=2) con calidad de sueño adecuado y ausencia de SBO. Por otra parte, el 7,1% (n=3) con calidad de sueño inadecuada mostró SBO. Por lo que según lo expresado por la prueba de Chi2 con un valor p de 0,688 ($p < 0,05$) se niega una relación significativa entre ambas variables.

4.1.2. Correlaciones del estudio

Tabla 20: Correlación entre el nivel de Ansiedad y SBO

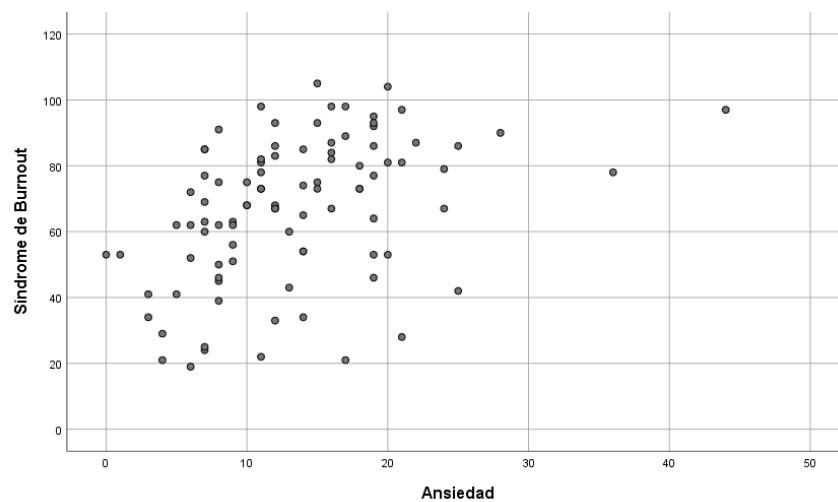
		Ansiedad	Síndrome de Burnout
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	,560**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	93	93
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	,560**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	93	93

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

De manera cruzada observamos que la correlación entre el nivel de ansiedad y el SBO es de 0,560, lo que implica una correlación alta y nivel de significancia de 0,000 demostrando que los resultados son consistentes.

Figura 16. Gráfico de dispersión nivel de Ansiedad y SBO



Interpretación:

Como se observa en el gráfico vemos una dirección directa o positiva de izquierda a derecha. Según la magnitud vemos que la presencia de SBO aumenta a medida que los niveles de ansiedad se incrementan.

Tabla 21: Correlación entre el nivel de Depresión y SBO

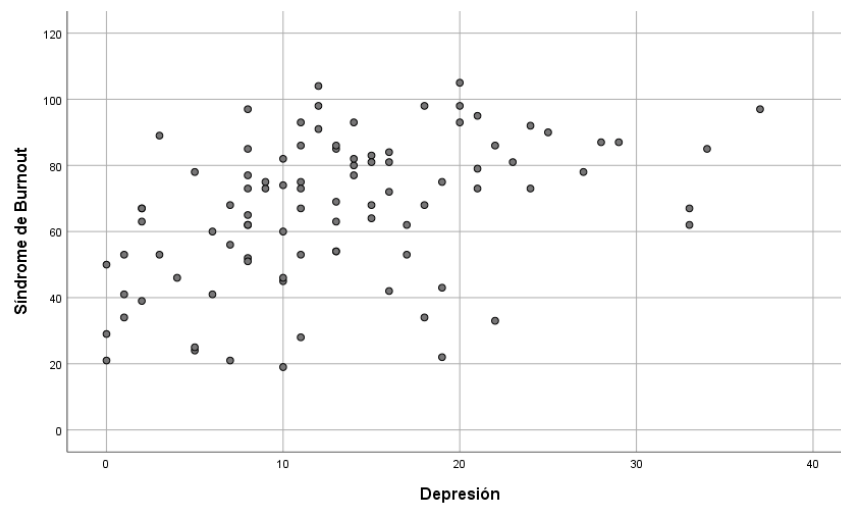
		Depresión	Síndrome de Burnout
Depresión	Correlación de Pearson	1	,587**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	93	93
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	,587**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	93	93

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

De manera cruzada observamos que la correlación entre el nivel de depresión y el SBO es de 0,587, lo que implica una correlación alta y nivel de significancia de 0,000 demostrando gran correlación significativa.

Figura 17. Gráfico de dispersión nivel de Depresión y SBO



Interpretación:

Como se observa en el grafico vemos una dirección directa o positiva de izquierda a derecha. Según la magnitud vemos que la presencia de SBO aumenta a medida que los niveles de depresión acrecientan.

Tabla 22: Correlación entre la calidad de sueño y SBO

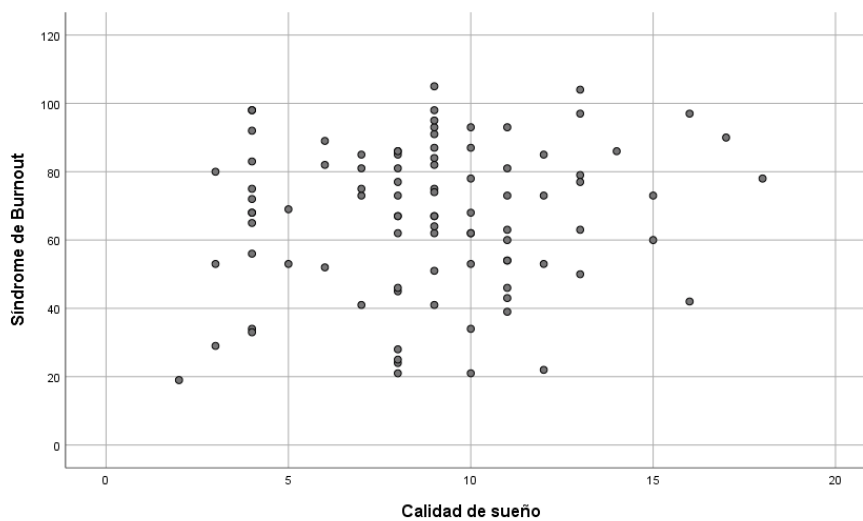
		Calidad de sueño	Síndrome de Burnout
Calidad de sueño	Correlación de Pearson	1	,223*
	Sig. (bilateral)		,031
	N	93	93
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	,223*	1
	Sig. (bilateral)	,031	
	N	93	93

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación:

De manera cruzada observamos que la correlación entre la calidad de sueño y el SBO es de 0,223; lo que implica una correlación moderada a baja, con un nivel de significancia bilateral de 0,031.

Figura 18. Gráfico de dispersión calidad de sueño y SBO



Interpretación:

Como se observa en el gráfico vemos una baja correlación positiva de izquierda a derecha; que según la magnitud nos indica que la prevalencia de SBO está influenciada de manera reducida cuando la calidad de sueño es inadecuada.



4.2. DISCUSIÓN

Los internos de la salud se encuentran expuestos a diversas situaciones estresantes y con la subsecuente llegada de la pandemia COVID-19, se ha observado un aumento en los niveles de ansiedad y depresión en esta población durante esta etapa formativa; sumado a ello la posible mala calidad de sueño es un factor influyente desfavorable ante el desarrollo del síndrome de Burnout (SBO).

Este estudio investigo las asociaciones entre el SBO con los niveles de ansiedad, depresión y calidad de sueño, teniendo en cuenta que la prevalencia del SBO en el personal de salud es variable. En el presente estudio se determinó que el 19,4% de los internos encuestados presentaron SBO; resultados que difieren de Pomasunco, G. (2022) en Tarma que evidencio solo un 3,23% de internos presentan SBO (11).

Al ser analizados de manera independiente por carreras se evidenció que el 29,2% de internos de medicina del HCMM presentaron SBO; resultados parecidos a lo que encontró Loaiza K. (2019) en Arequipa, con una prevalencia de SBO del 35% (7), así mismo Machicado E. (2022) en Arequipa encontró una prevalencia global de 11,9% de SBO (5), por otro lado, Rodríguez C. (2020) en Lima encontró un mayor porcentaje en la prevalencia del SBO con un valor de 59.4% (6).

En relación a los internos de Obstetricia del HCMM se encontró que la prevalencia del SBO fue de 29.6%; a diferencia del estudio realizado por Poma, C. (2020) en Lima, donde se encontró un 43,9% de SBO, así mismo Cuevas. I., Cusi S. (2017) en Cusco determinaron una prevalencia de 76% (41).

Con respecto a las internas de Enfermería del HCMM el 7.1% presentaron SBO lo que difiere en relación al estudio realizado por Villalva, L. (2022) en Puno, donde nos señala que su mayor incidencia corresponde a un 55,3% de SBO.(13)



Por otro lado, referente a las dimensiones del SBO se hallaron altos niveles de agotamiento emocional (43,0%) y despersonalización (40,9%) y bajos niveles de realización personal (49,5%), análogo a diversos estudios (4,9,11) lo que nos indica que los internos sufren de agotamiento tanto mental como físico, lo que afecta negativamente su calidad de vida, su aprendizaje y su capacidad para realizar sus funciones como profesionales de la salud. Además, debemos señalar que del 80,6% con burnout ausente, precisan un gran riesgo de manifestarlo debido al alto porcentaje con nivel medio en las 3 dimensiones.

En cuanto a los niveles de ansiedad se encontró que los internos del HCMM presentaron ansiedad nula (8,6%), leve (64,5%), moderada (21,5%), grave (3,2%) y severa (2,2%); y según el análisis por carreras, en su mayoría predominó la ansiedad leve seguida de la moderada; Medicina (Leve: 62,5%: Moderada: 25,0%), Obstetricia (Leve: 63,0%: Moderada: 18,5%) y enfermería (Leve: 66,7%: Moderada: 21,4%); resultados similares al estudio realizado por Tito, S. (2021) en Puno, afirmando encontrar a un 44% de los internos con ansiedad, donde los internos de enfermería presentaron con un “52% ansiedad leve y 41% ansiedad moderada”, y los internos de medicina humana presentaron “75% ansiedad leve y 25% ansiedad moderada”(12) ; con respecto a los de Obstetricia.

En cuanto a su relación con el SBO, se obtuvo que los niveles de ansiedad de los internos del área de salud tuvieron una asociación estadísticamente significativa con un valor p de 0,000 ($p < 0,05$); estos resultados coinciden con lo expuesto por Loaiza K. (2019) en Arequipa, donde nos muestra que la relación entre ambas variables es altamente significativa ($p < 0,01$) (7).

En lo que respecta al análisis independiente por carreras no se aprecia de forma homogénea la relación significativa obteniendo que en los internos de medicina y obstetricia si



existe relación significativa con valores de $p = 0,027$ ($p < 0,05$) y $p = 0,010$ ($p < 0,05$) respectivamente, y en los internos de enfermería no se encontró relación obteniendo un valor de $p = 0,261$ ($p > 0,05$); ello difiere en relación al estudio realizado por Cari, C. (2021) en Puno, donde determino que la existencia de una correlación significativa con un valor de $\alpha = 0.05$, además señala que dicha correlación es muy baja, en cada uno de los resultados de las dimensiones de su estudio (42); ello nos podría suponer que en las internas de enfermería el riesgo de burnout no estaría influenciado por los niveles de ansiedad en nuestra región.

En cuanto a la variable depresión se encontró los internos del área de salud presentaron niveles de depresión distribuidos de la siguiente forma: Escaso (58,1%), Leve (21,5%) Moderado (15,1%) y grave (5,4%). Visto desde un punto independiente por carreras se encontró que predominó el nivel escaso y leve de depresión, hallando que la carrera de Medicina presentó un nivel de depresión escaso (54,2%) y leve: (16,7%). A diferencia del estudio realizado por Machicado E. (2022) los encuestados mostraron “depresión mínima en un 78.9%, depresión leve 1.8%, depresión moderada en el 15.6% y depresión severa en el 3.7%”(5); por su parte Loaiza K. (2019) en Arequipa coincide con nuestros resultados señalando que el 81.25% presenta depresión mínima o escasa y un 15% depresión leve(7). Consecutivamente los internos de Obstetricia del HCMM presentaron (depresión escasa: 44,4%: depresión leve: 29,6%) y los de enfermería (depresión escasa: 69,0%: depresión leve: 19,0%).

En cuanto a la asociación entre el nivel de depresión con el SBO en los internos del área de salud se aprecia que existe una asociación estadísticamente significativa con un valor p de 0,000 ($p < 0,05$); lo que también se aprecia de forma homogénea al analizarlos por carreras; obteniendo valores de asociación de: $p = 0,019$ ($p < 0,05$), $p = 0,01$ ($p < 0,05$) y $p = 0,020$ ($p < 0,05$) correspondientes a las carreras de Medicina, Obstetricia y



Enfermería respectivamente. Estos resultados coinciden con los reportes dados por Rodríguez C. (2020) en Lima, donde manifiesto encontrar “relación entre la depresión y el síndrome de burnout con un valor $p < 0,05$ ” considerando tal asociación con gran significancia estadística(6). Por su parte Loaiza K. (2019) y Machicado E. (2022) en Arequipa, en sus investigaciones coinciden que existe relación significativa entre ambas variables, obteniendo valores de significancia estadística de $p < 0.01$ y de $p < 0.05$ respectivamente (5,7).

En lo referente a la calidad de sueño se determinó que el 82,8% presento una inadecuada calidad de sueño la cual predomina en los internos de las 3 carreras con los siguientes porcentajes: Medicina (70,8%), Obstetricia (74,1%) y Enfermería (95,2%). Los resultados coinciden con Moncca A. (2020) en Arequipa que reportó a un 62.86% de internos egresados y 57.14% de ingresantes con una calidad de sueño inadecuada.(9) Por su parte Campos E. (2020) en Trujillo, en su trabajo señala que el 73.3% presentó una calidad del sueño inadecuada, con respecto al 26.7% que presentó una calidad de sueño adecuada (10).

Al analizar la relación de estas dos variables. de la calidad de sueño y SBO, el presente estudio determinó una asociación significativa con un valor de p de 0,031 ($p < 0,05$); no obstante, esta no resulta ser homogénea al analizarla por carreras; en los internos de medicina y obstetricia si existe relación significativa con valores de 0,044 ($p < 0,05$) y 0,046 ($p < 0,05$) respectivamente, sin embargo, en la carrera de enfermería no se encontró relación obteniendo un valor de p 0,688 ($p > 0,05$). A su vez Moncca A. (2020) en Arequipa, determino que la influencia de la mala calidad se asocia a un riesgo 2.94 veces mayor de desarrollar síndrome de Burnout(9). En contraste con Campos E. (2020) de Trujillo, en su estudio apreció que existe una significancia exacta de 0.643 concluyendo que no existe relación significativa entre estas dos variables(10), lo que



concuerta con los resultados de nuestro estudio en el grupo de internos de enfermería en el que no encontramos asociación directa.



V. CONCLUSIONES

PRIMERO: En el presente estudio se concluye que en los internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022 existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad moderado (10,8%), depresión moderada (9,7%) e inadecuada calidad de sueño (63,4%) con el síndrome de Burnout; por lo que se acepta la hipótesis de la investigación

SEGUNDO: Con respecto al SBO en los internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022 se estableció que existe un 19,4% de internos que presentaron SBO, frente a un 80,6% en los que está ausente; además dentro de las dimensiones del SBO se hallaron altos niveles de agotamiento emocional (43,0%) y despersonalización (40,9%) y bajos niveles de realización personal (49,5%).

TERCERO: Referente a los niveles de ansiedad y su relación con el SBO en los internos del área de salud del HCMM Juliaca – 2022 se observó que existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$ ($p<0,05$)); sin embargo, en el análisis por carreras no se percibe de forma homogénea esta significancia, donde podemos observar que existe relación significativa en los internos de medicina y obstetricia con valores de p 0,027 ($p<0,05$) y p 0,010 ($p<0,05$) respectivamente, en contraste a los internos de enfermería en los que no se encontró relación obteniendo un valor de p 0,261 ($p>0,05$).

CUARTO: En relación a la asociación entre el nivel de depresión con el SBO en los internos del área de salud del HCMM se evidenció una asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$ ($p<0,05$)); lo que además se aprecia de forma homogénea al analizarlos por carreras, con valores de



$p=0,019$ ($p<0,05$), $p=0,01$ ($p<0,05$) y $p=0,020$ ($p<0,05$) correspondientes a las carreras de Medicina, Obstetricia y Enfermería.

QUINTO: Se estableció que la mala calidad de sueño está relacionada con el SBO con una asociación significativa de $p=0,031$ ($p<0,05$); a pesar de que esta no resulta ser homogénea al ser analizarla individualmente por carreras debido a que no se encontró relación significativa en los internos de enfermería con $p=0,688$ ($p>0,05$); a diferencia de los internos de medicina y obstetricia donde si existe relación significativa con valores de $0,044$ ($p<0,05$) y $0,046$ ($p<0,05$) respectivamente.



VI. RECOMENDACIONES

- Contemplar la viabilidad de evaluar periódicamente a los internos mediante test o escalas para detectar precozmente signos de Burnout, depresión y ansiedad. De esta manera, proporcionar el apoyo necesario y oportuno, especialmente en las carreras de medicina y obstetricia, donde los niveles de estrés son altos. Esto permitiría prevenir la aparición de problemas de salud mental y mejorar la calidad de vida de los internos.
- Se sugiere instaurar e implementar programas que brinden acceso y recursos para el cuidado de la salud mental de los internos. Estos programas pueden incluir terapia cognitivo-conductual, autocuidado y programas de coaching multimodal de psicología positiva. El objetivo es enseñar y orientar a los internos en el desarrollo de habilidades sociales, mejorar la comunicación, manejar adecuadamente la autoestima y aprender técnicas de relajación (meditación); mejorando así la salud mental de los internos y prevenir la aparición de estos y otros problemas de salud mental en el futuro.
- Se sugiere que las universidades trabajen en colaboración con la unidad de capacitación del HCMM para crear programas de inteligencia emocional y medidas de afrontamiento que ayuden a mejorar los niveles de realización personal. Además, se recomienda fortalecer la parte académica con programas educativos que permitan adquirir tanto conocimientos teóricos como prácticos adecuados aumentando la seguridad académica en los internos.
- En coordinación entre las universidades y las diferentes sedes hospitalarias informar a los internos del área de salud sobre el síndrome de Burnout y otros problemas de salud mental antes del inicio del internado que se les informe sobre



los riesgos que conlleva el padecimiento de estos trastornos, así como las impresiones a largo plazo en su desarrollo profesional y calidad de vida.

- Se sugiere que los tutores realicen un seguimiento de las horas estipuladas por el Ministerio de Salud y planteen días de descanso dentro del año del internado, además, es imperativo no exceder el límite de horas por guardia establecida en cada servicio o área de rotación del hospital, de esta forma prevenir el desgaste laboral. Esto permitiría generar un entorno de condiciones favorables para el desarrollo del interno y mejorar la relación con el equipo de salud.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wright T, Mughal F, Babatunde O, Dikomitis L, Mallen C, Helliwell T. Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 1 de junio de 2022;100(06):385-401A.
2. Edú-valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. Vol. 19, *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022.
3. Ernst J, Jordan KD, Weilenmann S, Sazpinar O, Gehrke S, Paolercio F, et al. Burnout, depression and anxiety among Swiss medical students – A network analysis. *J Psychiatr Res.* 1 de noviembre de 2021;143:196-201.
4. Ochoa M, Reyes F, Arenas P, McMichael M, Latini F. Frecuencia de síndrome de burnout en estudiantes de medicina en la provincia de San Luis. *Neurología Argentina.* 1 de abril de 2022;14(2):92-9.
5. Machicado Durand EB. Prevalencia del síndrome de burnout y su asociación con el nivel de depresión en internos de medicina del hospital Goyeneche, abril 2022. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022.
6. Rodríguez Cruz CN. Estudio multicéntrico relación entre la depresión y síndrome de Burnout en internos de medicina humana en sedes hospitalarias de Lima, 2018. Universidad Privada San Juan Bautista; 2020.
7. Loaiza Anco KB. “Características generales, nivel de síndrome de burnout y su asociación con el nivel de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en internos



- de medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa 2019”. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019.
8. Poma Salinas CK. Factores asociados al síndrome de Burnout en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2019. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020.
 9. Moncca Rodriguez AM. Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y Síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado del Hospital Goyeneche 2019-2020. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020.
 10. Campos Prieto EF. Calidad de sueño y Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Belén de Trujillo, 2020. Universidad César Vallejo; 2020.
 11. Pomasunco Lozano GN. Síndrome de burnout y resiliencia en internos del Hospital Félix Mayorca Soto durante la pandemia COVID 19 - Tarma, 2022. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2022.
 12. Tito Cruz SA. Factores asociados a la ansiedad durante la pandemia del Sars Cov-2 en los internos voluntarios de ciencias de la salud de la UNA - Puno; 2020 - 2021. Universidad Nacional del Altiplano; 2021.
 13. Villalva Mamani LR. Síndrome de Burnout en los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno - 2020. Universidad Privada San Carlos;
 14. Margarita Quiceno J. Burnout: «síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)» [Internet]. Acta Colombiana de Psicología; 2009. 10 p. Disponible en:



- <https://elibro-net.bibliotecavirtualunap.remotexs.co/es/lc/unapuno-biblioteca/titulos/26601>
15. World Health Organization. WHO. Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. 2019.
 16. Saborío Morales L, Fernando Hidalgo Murillo L. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SÍNDROME DE BURNOUT. Medicina Legal de Costa Rica -Edición Virtual. 2015;32(1).
 17. SUTTA ABARCA BA. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN MEDICOS ASISTENTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2021. 2021.
 18. Khammissa RAG, Nemitandani S, Feller G, Lemmer J, Feller L. Burnout phenomenon: neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management. Journal of International Medical Research. 13 de septiembre de 2022;50(9):030006052211064.
 19. Miravalles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Gabinete Psicologico. 1986;
 20. Díaz I, De la Iglesia G. Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. Summa Psicológica UST, . 2019;16(1).
 21. Tortella-Feliu M. Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. Iberoamericana de psicomática. 2014;110.



22. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(5).
23. Wittchen HU. DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de mayo de 1994;51(5):355.
24. Mejia CR, Ccasa-Valero L, Quispe-Sancho A, Charri JC, Benites-Ibarra CA, Flores-Lovon K, et al. Prevalencia y asociaciones de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarios peruanos durante la pandemia de COVID-19. *Revista Ciencias de la Salud*. 8 de septiembre de 2022;20(3).
25. Rapee RM. Preschool Environment and Temperament as Predictors of Social and Nonsocial Anxiety Disorders in Middle Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. marzo de 2014;53(3):320-8.
26. Casey BJ, Ruberry EJ, Libby V, Glatt CE, Hare T, Soliman F, et al. Transitional and translational studies of risk for anxiety. *Depress Anxiety*. enero de 2011;28(1):18-28.
27. Xu K, Ernst M, Goldman D. Imaging Genomics Applied to Anxiety, Stress Response, and Resiliency. *Neuroinformatics*. 2006;4(1):51-64.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association, editor. 2013.
29. Neff E. Trastornos depresivos. *EMC - Tratado de Medicina*. agosto de 2022;26(3):1-9.
30. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello M V. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals:



- Developing normative sleep values across the human lifespan. Vol. 27, Sleep. 2004.
31. Yu X, Zhao G, Wang D, Wang S, Li R, Li A, et al. A specific circuit in the midbrain detects stress and induces restorative sleep. *Science* (1979). julio de 2022;377(6601):63-72.
 32. Xie L, Kang H, Xu Q, Chen MJ, Liao Y, Thiyagarajan M, et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science* (1979). 2013;342(6156).
 33. Yang G, Lai CSW, Cichon J, Ma L, Li W, Gan WB. Sleep promotes branch-specific formation of dendritic spines after learning. *Science* (1979). 2014;344(6188).
 34. Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada J. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (HSS) en trabajadores del occidente del país México. *Revista Científica Salud Uninorte*. 2016;32(2).
 35. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clin Salud*. 2003;14(3).
 36. Maldonado-Avenidaño N, Castro-Osorio R, Cardona-Gómez P. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;
 37. Joshua L. Roffman David Mischoulon MPMFM. Tratado de Psiquiatría Clínica Massachusetts General Hospital. En: Elsevier, editor. Capítulo: 6 Escalas diagnósticas e instrumentos psiquiátricos. España; 2018. p. 63-72.



38. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)*. 1 de enero de 2002;118(13):493-9.
39. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. . Comunidad de Madrid; 2009.
40. Escobar Córdoba F, Eslava Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol*. 2005;40(03).
41. Cuevas Pereyra ICES. SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNAS DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO QUE REALIZAN INTERNADO CLÍNICO 2017. 2017.
42. Cari Lipa CA. Síndrome Burnout y Ansiedad en personal de enfermería, durante el periodo de crisis sanitaria en un hospital de Puno. Universidad Cesar Vallejo ; 2021.



ANEXOS

ANEXO 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La finalidad de este formulario de consentimiento es explicar claramente a los participantes su rol en el estudio titulado: "ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE SUEÑO CON EL SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DEL ÁREA DE SALUD EN EL HCMM JULIACA-2022", conducida por Madeleine Julieta Gallegos Sucasaire, Bachiller de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano.

Si Ud. Accede a participar en el presente estudio deberá responder preguntas de opción múltiple tipo test, los que valoraran los niveles de ansiedad, depresión, calidad de sueño y el síndrome de Burnout como internos del área de la salud que actualmente laboran en el hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca. Además, con su participación Ud. tendrá acceso a los resultados de la presente investigación y a las probables alternativas de solución para esta problemática.

Su participación es estrictamente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no se usarán para ninguna finalidad fuera de esta investigación, las respuestas obtenidas en los diferentes cuestionarios serán anónimas y codificadas.

Si tiene alguna pregunta puede hacerla en cualquier momento durante su participación en él. Desde ya le agradezco su participación.

.....
Acepto participar voluntariamente en esta investigación
(Firma del participante)

RECOLECCION DE DATOS	
EDAD	
SEXO	Masculino () Femenino ()
SERVICIO DE ROTACION	Pediatría y Neonatología () Ginecología y Obstetricia () Medicina Interna () Cirugía General () Otro:.....
UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA	UNA () UANCV () CARRERA:..... UPeU () Otra:

Título de la investigación: ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE SUEÑO CON EL SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DEL ÁREA DE SALUD EN EL HCMM JULIACA-2022. Nombres y Apellidos del Investigador: Madeleine Julieta Gallegos Sucasaire

Teléfono: 921051736
E-mail: julieta.gallegos0204@gmail.com



ANEXO 2:

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (versión Human Services Survey)

Señale la respuesta que crea oportuna en una escala de 0 a 6 según la frecuencia con la que se siente identificado(a) en los siguientes enunciados, considerando la siguiente frecuencia.

- **0= NUNCA.**
- **1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS.**
- **2= UNA VEZ AL MES.**
- **3= UNAS POCAS VECES AL MES.**
- **4= UNA VEZ A LA SEMANA.**
- **5= POCAS VECES A LA SEMANA.**
- **6= TODOS LOS DÍAS.**

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

ANEXO 3:

HAMILTON ANXIETY RATING SCALE (HARS)

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada sintoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
		0	1	2	3	4
SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD						
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad						
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud						
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes						
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar						
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria						
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día						
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa						
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo						
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole						
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea						
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borrigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento						
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia						
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)						
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados						



ANEXO 4:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Instrucciones: Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con (x) el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza (0) No me siento triste. (1) Me siento triste gran parte del tiempo (2) Me siento triste todo el tiempo. (3) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo (0) No estoy desalentado respecto de mi futuro. (1) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. (2) No espero que las cosas funcionen para mí. (3) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. Fracaso (0) No me siento como un fracasado. (1) He fracasado más de lo que hubiera debido. (2) Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. (3) Siento que como persona soy un fracaso.
4. Pérdida de Placer (0) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. (1) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. (2) Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. (3) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de Culpa (0) No me siento particularmente culpable. (1) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber. (2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. (3) Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de Castigo (0) No siento que este siendo castigado. (1) Siento que tal vez pueda ser castigado. (2) Espero ser castigado. (3) Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo (0) Siento acerca de mí lo mismo que siempre. (1) He perdido la confianza en mí mismo. (2) Estoy decepcionado conmigo mismo. (3) No me gusta a mí mismo.
8. Autocrítica (0) No me critico ni me culpo más de lo habitual (1) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo (2) Me critico a mí mismo por todos mis errores (3) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas (0) No tengo ningún pensamiento de matarme. (1) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. (2) Querría matarme (3) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto (0) No lloro más de lo que solía hacerlo. (1) Lloro más de lo que solía hacerlo (2) Lloro por cualquier pequeñez. (3) Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. Agitación (0) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. (1) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. (2) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto (3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre haciendo algo.



12. Pérdida de Interés

- (0) No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- (1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- (2) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- (3) Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- (0) Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- (1) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- (2) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- (3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- (0) No siento que yo no sea valioso
- (1) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- (2) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- (3) Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- (0) Tengo tanta energía como siempre.
- (1) Tengo menos energía que la que solía tener.
- (2) No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- (3) No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- (0) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- (1a) Duermo un poco más que lo habitual. (1b) Duermo un poco menos que lo habitual.
- (2a) Duermo mucho más que lo habitual. (2b) Duermo mucho menos que lo habitual
- (3a) Duermo la mayor parte del día (3b) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- (0) No estoy tan irritable que lo habitual. (1) Estoy más irritable que lo habitual.
- (2) Estoy mucho más irritable que lo habitual. (3) Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- (0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- (1a) Mi apetito es un poco menor que lo habitual. (1b) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- (2a) Mi apetito es mucho menor que antes. (2b) Mi apetito es mucho mayor.
- (3a) No tengo apetito en absoluto. (3b) Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- (0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- (1) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- (2) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- (3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- (0) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- (1) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- (2) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- (3) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- (0) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- (1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- (2) Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- (3) He perdido completamente el interés en el sexo.



ANEXO 5:

CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO

Instrucciones:

Las siguientes preguntas hacen referencia a como ha dormido Ud. durante el último mes. En sus respuestas intente ajustarse de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

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

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

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

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

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

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

(marca con una (x))

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

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

g) Sentir demasiado calor

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

b) Despertarse durante la noche o de madrugada

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

h) Tener pesadillas o malos sueños

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

c) Tener que levantarse para ir al servicio

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

i) Sufrir dolores

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

d) No poder respirar bien

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

j) Otras razones. Por favor descríbalas

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

e) Toser o roncar ruidosamente

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

f) Sentir frío

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

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

Bastante buena ()

Buena ()

Mala ()

Bastante Mala ()



- 7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por sucuenta o recetadas por el médico) para dormir?**
- Ninguna vez en el ultimo mes ()
Menos de una vez a la semana ()
Una o dos veces a la semana ()
Tres o más veces a la semana ()
- 8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?**
- Ninguna vez en el último mes ()
Menos de una vez a la semana ()
Una o dos veces a la semana ()
Tres o más veces a la semana ()
- 9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?**
- Ningún Problema ()
Solo un leve problema ()
Un problema ()
Un grave Problema ()
- 10. ¿Duerme usted solo o acompañado?**
- Solo ()
Con alguien en otra habitación ()
En la misma habitación,
pero en otra cama ()
En la misma cama ()

ANEXO 6: OPERALIZACION DE VARIABLES

DIMENSION	VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACION
VARIABLE INDEPENDIENTE	Nivel de Ansiedad	Cualitativo	Ordinal	Nulo o muy bajo: 0-5 puntos Leve: < 17 puntos Moderada: 18-24 puntos Grave: 25-30 puntos Severa: 31-56 puntos	Escala de Ansiedad de Hamilton
	Nivel de Depresión	Cualitativo	Ordinal	Escasa: 0-13 Leve: 14-19 Moderada: 20-28 Grave: 29-63	Inventario de depresión de Beck-II
	Calidad de Sueño	Cualitativo	Ordinal	Adecuada <5 Inadecuada ≥5	Escala de calidad de sueño de Pittsburgh
VARIABLE DEPENDIENTE	Síndrome se Burnout	Cualitativo	Ordinal	<p>Presente: Agotamiento Emocional: ALTO Despersonalización: ALTO Realización Personal: BAJO</p> <p>Ausente: Agotamiento Emocional: MEDIO-BAJO Despersonalización: MEDIO-BAJO Realización Personal: MEDIO-ALTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo: ≤18 - Medio: 19-26 - Alto: ≥27 - Bajo: ≤5 - Medio: 6-9 - Alto: ≥10 - Bajo: ≤33 - Medio: 34-39 - Alto: ≥40 	Inventario de Maslach Burnout (MBI)
Subescalas: Agotamiento emocional					
Despersonalización					
	Falta de realización personal				
VARIABLE INTERVINIENTE	Edad	Cualitativo	De intervalo o razón	20-24 25-28 >28	Ficha de recolección de datos
	Sexo	Cualitativo	Nominal	Femenino Masculino	Ficha de recolección de datos
	Servicio de Rotación	Cualitativo	Nominal	Pediatría y Neonatología Ginecología y Obstetricia Medicina Interna Cirugía General	Ficha de recolección de datos
	Universidad de procedencia	Cualitativo	Nominal	UNA UANCV Otro	Ficha de recolección de datos



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo MADELEINE JULIETA GALEGOS SUZASIRE
, identificado con DNI 71715427 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

, informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación para la obtención de Grado
 Título Profesional denominado:

“ ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE SUEÑO CON EL
SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DEL ÁREA DE SALUD EN EL HCMM JULIACA-2022
” Es un tema original.

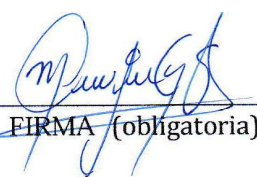
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 12 de ABRIL del 2023


FIRMA (obligatoria)



Huella



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo MADELEINE JULIETA GALLEGOS SUCASIRE, identificado con DNI 71715427 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
MEDICINA HUMANA

, informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación para la obtención de Grado

Título Profesional denominado:

"ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE SUEÑO CON EL SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DEL ÁREA DE SALUD EN EL HCMH JULIACA -2022"

" Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

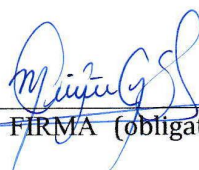
En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 12 de ABRIL del 2023


FIRMA (obligatoria)



Huella