



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Modelo explicativo de síntomas depresivos y calidad de sueño a partir de variables ocupacionales en médicos y enfermeras peruanas de primer nivel de atención

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Chavez Quiñones, Franco Jomar (orcid.org/0000-0001-9808-3649)

ASESOR:

Dr. Villarreal Zegarra, David Rogelio (orcid.org/0000-0002-2222-4764)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la Salud, Nutrición y Salud Alimentaria

TRUJILLO — PERÚ

2022

Dedicatoria

Te convertirás en la
cosecha que necesito para
seguir viviendo.

D' franco

Agradecimiento

Mi familia, su presencia y ausencia, fueron motivos para reforzar mi valentía y obtener soporte.

Al Mgtr. Villarreal Zegarra David, su presencia aportó simplicidad y eficacia en el desarrollo de este estudio.

Sheila Sandoval Salcedo, tu presencia impulsó mi creatividad, confianza e inteligencia, permitiendo derribar límites personales y profesionales.

A aquellas personas que me tienen como título de amigo, sus presencias, aportaron pausas activas que me impulsaron a seguir.

Y por último al personal de salud y personas externas que dieron un aplauso a mis logros, que colocaron una mano en mi hombro, una mirada de felicitaciones y un grato recuerdo eterno.

A todos, gracias.

Índice de contenido

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de tablas	v
Resumen	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN:	1
II. MARCO TEÓRICO:	4
III. METODOLOGÍA:	19
3.1. Tipo y diseño de investigación:	19
3.2. Variables y operacionalización:	19
3.3. Población, muestra y muestreo:	20
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	21
3.5. Procedimientos:	23
3.6. Método de análisis de datos:	24
3.7. Aspectos éticos:	25
IV.RESULTADOS:	26
V. DISCUSIÓN:	34
VI.CONCLUSIONES:	36
VII.RECOMENDACIONES:	38
VIII. REFERENCIAS:	39
IX. ANEXO:	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Variables intermitentes	
sociodemográficas	27
Tabla N° 02: Índices de bondad de	
ajuste del modelo propuesto	29
Tabla N° 03: Prevalencia de síntomas	
depresivos y baja calidad de sueño	31
Tabla N° 04: Factores asociados a	
calidad de sueño y síntomas	
depresivos	33
Figura N° 01: Modelo explicativo	
propuesto	30

Resumen

La presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar el ajuste del modelo propuesto para explicar calidad de sueño y síntomas depresivos a partir de satisfacción laboral y burnout en médicos y enfermeras en centros de atención primaria del Perú. La metodología aplicada en el estudio fue de tipo aplicada, de diseño no experimental, observacional-analítica y transversal cuantitativo. Se realizó un muestreo probabilístico, estratificada, complejo, bietápica siendo 4926 de usuarios internos, respectivamente 2100 participantes médicos y 2826 participantes de enfermería, inscritos en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) del año 2016 que trabajan en 185 centros hospitalarios I-4 del Perú y que completaron el esquema de preguntas para profesionales de atención primaria (cuestionario ENSUSALUD 2) y que cumplieron con los criterios de selección. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Salud del Paciente -2 (PHQ-2), la Escala de Sueño de Jenkins (JSS -4), Maslach Burnout Inventory (MBI-15) y Escala de Valoración para Satisfacción Laboral – 25. El modelo animado se obtuvo bajo índices de bondad de ajuste adecuados logrando explicar que el 30.8% de los síntomas depresivos y el 24% de la baja calidad de sueño en personal médico y de enfermería se debe a insatisfacción laboral y burnout. Además la prevalencia de síntomas depresivos para el personal médico es de 3.32% y del personal de enfermería es de 4.6%; y la prevalencia de baja calidad de sueño para el personal médico es de 6.98% y del personal de enfermería es de 6.07%

Palabras clave: *satisfacción laboral, burnout, síntomas depresivos, calidad de sueño, personal sanitario médico, personal sanitario de enfermería.*

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the fit of the proposed model to explain sleep quality and depressive symptoms based on job satisfaction and burnout in doctors and nurses in primary care centers in Peru. The methodology applied in the study was of the applied type, of a non-experimental, observational-analytical and quantitative cross-sectional design. A probabilistic, stratified, complex, two-stage sampling was carried out, with 4,926 internal users, respectively 2,100 medical participants and 2,826 nursing participants, enrolled in the National Health User Satisfaction Survey (ENSUSALUD) of the year 2016 who work in 185 hospital centers. I-4 of Peru and who completed the question scheme for primary care professionals (ENSUSALUD 2 questionnaire) and who met the selection criteria. The instruments used were the Patient Health Questionnaire -2 (PHQ-2), the Jenkins Sleep Scale (JSS -4), Maslach Burnout Inventory (MBI-15) and Job Satisfaction Assessment Scale - 25. The animated model was obtained under adequate goodness-of-fit indices, managing to explain that 30.8% of depressive symptoms and 24% of low sleep quality in medical and nursing staff is due to job dissatisfaction and burnout. In addition, the prevalence of depressive symptoms in medical personnel is 3.32% and in nursing personnel it is 4.6%; and the prevalence of low quality sleep for medical personnel is 6.98% and for nursing personnel it is 6.07%.

Keywords: *job satisfaction, burnout, depressive symptoms, sleep quality, medical health personnel, nursing health personnel.*

I. INTRODUCCIÓN

Los problemas del sueño son alteraciones de los patrones normales, tanto en duración como en calidad (1). Se manifiesta a través de sueño deficiente, excesivo o como anomalías del comportamiento durante este (1). La literatura Norteamericana actualizada demuestra que aproximadamente 15,9 millones de su población (7.1%) está diagnosticada con problemas del sueño (2). Además, en el contexto asiático oriental, la prevalencia global de alteraciones de sueño es alta, entre 25,7% (3) y 35,9% (4) representando así una dificultad para la salud pública.

Debido a la naturaleza del trabajo del personal médico y enfermería: alta carga laboral; las alteraciones del sueño tienen una prevalencia alta en el personal sanitario (5), confirmado por literatura asiática donde el 39.2% de su personal sanitario tiene alteración del sueño (6), con mayor incidencia (61%) en el de enfermería (7). Asimismo la evidencia científica en Suiza reafirma que la problemática para iniciar y mantener el sueño es más frecuente en enfermeras (14%) que en médicos (11%) (8). Y la literatura Norteamericana coloca al residente de primer año en la población medico graduado con mayor afectación (49%) (9). Se refleja a través de altas tasas de errores (22%) y el alto riesgo (24.3%) de presencia de síntomas depresivos (9).

Se presenta otro problema común para la salud mental que es la depresión. La Organización Mundial en Salud afirma bajo estudio que la prevalencia de síntomas depresivos en la población en general es de 3.8% (10). Reflejado en el aumento (49,9 %) de la tasa de casos con síntomas depresivos a nivel global (10). Además, los trastornos mentales, neurológicos y suicidios (TMNS), representan el 19% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y de estos el 3.4% pertenece al trastorno depresivo colocándolo como causa principal de ese porcentaje en la región américa (11). En el Perú el TMNS se manifiesta como el 35.5% de los años perdidos por discapacidad y el 8.6% es para Trastorno depresivo en el país (11).

La prevalencia de síntomas depresivos en profesionales de salud es de impacto (12). Genera accidentes laborales, mala praxis durante la atención (13) y aumenta (28%) el riesgo de suicidios (14). Estudios de revisión sistemática

reportan que el personal de enfermería y de medicina, presentan cuadros de síntomas depresivos entre el 73.83% y 30.84% respectivamente (15), incluyendo a residentes de medicina (16) con mayor relevancia por el aumento (25%) de casos reportados de síntomas depresivos (17).

Existen diferentes factores (sexo, edad, ingreso económico mensual, carga familiar, violencia laboral, etc...) (18) que pueden originar problemas de salud mental como los síntomas depresivos o problemas de sueño. Uno de los factores más importantes es el contexto laboral, ya que las características del trabajo, la alta demanda o carga laboral pueden tener un impacto negativo en la salud mental de la población (19).

Actualmente existen modelos teóricos que permiten comprender significativamente la relación de la demanda laboral y su efecto en la salud mental y física (20). Entre ellos, el modelo teórico de Robert Karasek, Employment Demand Control Model (JDC), postula que los principales motivos de estrés laboral se basan en dos características básicas del trabajo: las demandas psicológicas del trabajo y el control que se tiene del mismo, se agrega con el tiempo al apoyo social laboral como una dimensión adicional, la cual aumenta dos veces más el peligro hacia la salud del individuo (21). Sí bien en la actualidad existen otros modelos teóricos que también buscan explicar la relación entre salud y condiciones de trabajo como el "Person Environment Fit Theory" (22) o el "Effort-Reward Imbalance model" (23), el modelo JDC es el más aceptado y sólido hasta la fecha con amplia evidencia en diferentes contextos (24,25).

Los modelos de ecuaciones estructurales (SEM) son modelos estadísticos multivariantes confirmatorios que estiman el efecto y las relaciones entre múltiples variables (26). La ventaja es que permite proponer el tipo y dirección de las relaciones que se espera encontrar entre las diversas variables contenidas en él (27), ya sean observadas y/o latentes (28). Un estudio propuesto para ver la evaluación de los problemas de salud mental y los factores psicosociales intralaborales esquematizados en un modelo de ecuación estructural encontró que las variables laborales podrían predecir la presencia de dificultad en el área de bienestar mental (29). Otro estudio uso un

modelo de ecuación estructural propuesto en profesionales de salud donde se encontró que los factores psicosociales de riesgo aumentan la percepción, la experiencia subjetiva y las respuestas del organismo ante el estrés (30).

Dentro de las variables que podrían usarse para organizar un modelo están el burnout y la satisfacción familiar en el trabajo. Burnout es un estado de agotamiento físico y psicoemocional vinculado con el ámbito laboral el cual deteriora la motivación del personal de salud, obteniendo resultados negativos en la calidad del trabajo (31) y se asocia de forma positiva con síntomas depresivos y calidad de sueño (32,33). Un estudio realizado en Perú explica la relación que existe entre estas variables con síntomas depresivos, pero no considerando problemas de sueño (34).

Por lo que se propone el siguiente problema para esta investigación ¿Existe relación entre calidad de sueño y síntomas depresivos con satisfacción laboral y burnout, en médicos y enfermeras en centros de atención primaria del Perú?

Este estudio sería de utilidad, por la limitada evidencia empírica publicada en países en vías de desarrollo, como Perú, sobre la relación de satisfacción laboral, síndrome de burnout, síntomas depresivos y calidad de sueño, aun cuando el síndrome de burnout tiene una alta prevalencia entre los médicos del Perú según estudios (35–37) y con mayor relevancia cuando se tiene conocimiento de la respuesta que tiene el organismo y su asociación ante esta patología. Existe evidencia amplia que el burnout tiene influencia en la salud mental de los profesionales de salud, como problemas de sueño y/o problemas de salud mental, pero precariedad de estudios sobre la relación de estas dos variables con calidad de sueño y síntomas depresivos (38). El panorama actual, es decir la alta demanda psicológica del trabajo y el poco control que se tiene sobre este, conlleva a un deterioro de la salud del personal de atención primaria de un hospital, determinando el inicio y el curso de los problemas mentales y psicosomáticos (39).

Por lo tanto, nuestro estudio con base en el modelo JDC busca utilizar variables ocupacionales en un modelo SEM para explicar la incidencia y asociación de síntomas depresivos y calidad de sueño en médicos y enfermeras. El objetivo general planteado es determinar el ajuste del modelo propuesto para explicar

calidad de sueño y síntomas depresivos a partir de satisfacción laboral y burnout en médicos y enfermeras en centros de atención primaria del Perú, siendo los objetivos específicos: Determinar la cantidad de varianza que logra explicar el modelo propuesto para los síntomas depresivos y calidad de sueño. Determinar los factores asociados a calidad de sueño y síntomas depresivos. Determinar la prevalencia de calidad de sueño y síntomas depresivos. Nuestro estudio plantea tres hipótesis principales (ver Figura 1): H1: la satisfacción laboral influye sobre el síndrome de burnout en médicos y enfermeras en centros de atención primaria del Perú. H2: El síndrome de burnout influye sobre la calidad de sueño en médicos y enfermeras en centros de atención primaria del Perú. H3: El síndrome de burnout influye sobre los síntomas depresivos en médicos y enfermeras en centros de atención primaria del Perú.

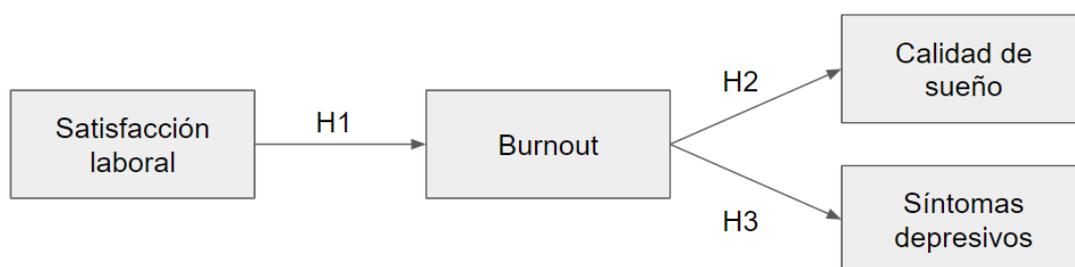


Figura 1. Hipótesis del modelo propuesto.

II. MARCO TEÓRICO

Yating L. et al (China, 2022) en su artículo original de diseño transversal, decidieron como objetivo determinar la incidencia de la depresión y su relación entre el comportamiento sedentario y la duración del sueño en personas adultas mayores residentes en 8 centros de salud. La población aceptada fue de 49 317 de adultos mayores chinos. Se utilizó la regresión logística como método de análisis. Se obtuvo en uno de sus resultados que los ancianos con duraciones cortas de sueño (< 7 h/día), son un factor de riesgo mayor para síntomas depresivos en personas mayores. (OR = 2,20; IC 95%: 2, 07-2,34; p < 0,001) y los síntomas depresivos estuvieron presentes en el 20,1% de los adultos mayores. (40).

Aschbrenner K. et al (Australia, 2022) en su artículo original de diseño experimental, ensayo clínico, decidieron como objetivo determinar la calidad subjetiva del sueño y examinar sus asociaciones con la sanidad mental y corporal. Se incluyó una población aceptada de 150 adultos jóvenes australianos. Se utilizó como herramientas el autoinforme pittsburgh sleep quality index de 19 ítems, center for epidemiologic studies depression de 20 items, prueba de caminata de 6 minutos, international physical activity questionnaire, sedentary behaviour questionnaire. Se obtuvo que de los aceptados para el estudio el 76 % se clasificaron con una calidad del sueño mala y el 34 % describió su calidad del sueño como "bastante mala" (22 %) o "muy mala" (12 %) y que los síntomas depresivos se asocian de forma significativa y positivamente con la calidad del sueño ($\beta = 0,438$, $p < 0,001$) por lo que, a mayores síntomas depresivos, peor calidad del sueño (41).

Nguyen V. et al (E.E.U.U 2022) en su artículo original de diseño transversal, optaron por determinar qué grado de mala calidad global del sueño funcionaba como mediador de la posible relación bidireccional ansiedad-depresión. Los participantes aceptados fueron 3294 adultos que vivían en la comunidad y aceptaron participar en el proyecto Midlife Development in the United States (MIDUS) en el Momento 1 (T1) (1995-1996), T2 (2004-2005) y T3 (2013-2014) con una edad promedio de 45,62 años (SD = 11,41, rango = 20 a 74 años). Los instrumentos utilizados fueron la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta-Formulario Breve y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh. Se obtuvo que una mayor gravedad de T1 MDD y GAD predijo individualmente una menor calidad global del sueño en T2 (d de Cohen = -0,561 a -0,480) y una menor calidad global del sueño en T2, por lo que pronosticó una mayor T3 MDD y GAD (d = -0,275 a -0,190). La peor calidad global del sueño T2 medió significativamente la relación T1 GAD-T3 MDD, explicando el 41% de la asociación. La peor calidad global del sueño en T2 también medió significativamente la asociación T1 MDD-T3 GAD, mediando el 11% de la vía T1 MDD-T3 GAD. (42)

Chang Q. et al (China, 2021) en su artículo original de diseño transversal, decidieron como objetivo explorar las asociaciones entre la puntuación del PSQI, así como los siete componentes del PSQI, y los síntomas depresivos en

una gran muestra de médicos residentes chinos. Los participantes aceptados fueron 1230 médicos residentes chinos de ocho hospitales de la provincia de Liaoning. La herramienta utilizada fue Patient Health Questionnaire (PHQ)-9. Se obtuvo que la prevalencia de síntomas depresivos leves (PHQ-9 \geq 5) y moderados o severos (PHQ-9 \geq 10) fue de 48,28 y 12,93%, respectivamente; y estos síntomas depresivos en médicos con mala calidad del sueño fueron 7,15% (5,44, 9,46)[IC = 95%] y 6,17% (4,03, 9,71)[IC = 95%] en todos los participantes respectivamente, concluyendo que la mala calidad del sueño se asoció con una mayor prevalencia de síntomas depresivos en médicos residentes chinos (43).

Ryoko O. et al (Japón, 2018) en su artículo original de diseño transversal, decidieron como objetivo evaluar el ambiente de trabajo y la cantidad de estrés experimentado por los residentes de primer año, y examinar la relación entre largas horas de trabajo y depresión, especialmente en el grupo de horas de trabajo extra largas. Los participantes aceptados fueron 1241 residentes de primer año empleados en 250 hospitales de Japón. Utilizaron como herramientas la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y fórmula validada para el tiempo de trabajo semanal. Encontraron que el primer análisis inicial realizado en los datos obtenidos de los residentes, reveló que el 45,5% de los residentes que trabajaban 100 horas o más por semana informan riesgo 6,96 veces mayor de desarrollar síntomas depresivos ($P < 0,001$) (44).

Alva C. et al (Perú, 2021) en su artículo original de diseño transversal analítico, decidieron como objetivo determinar la prevalencia de los síntomas depresivos y evaluar la asociación entre el número de horas diarias laboradas y la presencia de síntomas depresivos en residentes del Perú. Los participantes aceptados fueron 953 residentes que realizaron su residencia en el Perú de una edad media de 32.5 años que completaron la Encuesta Nacional de Residencia Médica de Perú 2016. La herramienta utilizada fue el Patient Health Questionnaire-2. Se obtuvo que el 14,6% de residentes tenía síntomas depresivos, y que su prevalencia aumentaba por cada hora laborada extra un 11% (RP = 1,11; IC95%, 1,04-1,17) (45).

Dong H. et al (China 2022) en su artículo original de diseño transversal multicéntrico, decidieron como objetivo investigar la calidad de sueño en asalariados pertenecientes al servicio de emergencia de hospitales públicos en China y explorar los factores potenciales que influyen en la alteración del sueño. Los participantes aceptados fueron 7688 trabajadores de emergencia de 147 hospitales públicos en Shandong, China. Se utilizó como instrumento el índice de calidad del sueño de Pittsburgh. Encontraron que el primer análisis realizado en los datos obtenidos de la encuesta, revela que la calidad del sueño fue peor en médicos ($10,2 \pm 5,1$, 71,0%, 69,0-73,0%) que en enfermeras ($9,2 \pm 4,5$, 68,6%, 67,0-70,1%), y peor en los que trabajan en secundaria ($9,9 \pm 4,5$, 70,2%, 68,0-72,3%) y terciario ($12,2 \pm 4,9$, 77,5%, 75,3-79,7%) que en hospitales primarios ($8,0 \pm 4,1$, 64,6%, 62,6-66,6%) y esta alta prevalencia se asoció significativamente con el trabajo por turnos, el estrés ocupacional, el dolor muscular esquelético, menos descansos en un turno de trabajo (46).

Chang W. et al (China 2021) en su revisión sistemática de la literatura y metaanálisis, decidieron como objetivo determinar en el personal de enfermería la influencia de los turnos rotativos y los turnos nocturnos fijos en la variable calidad de sueño. Analizaron un total de 29 artículos en las bases de datos de la Biblioteca Cochrane, CINAHL, MEDLINE y PubMed, los documentos incluyeron un total de 3935 enfermeras que trabajaban en turnos fijos de día, 3777 enfermeras que trabajaban en turnos rotativos y 1559 enfermeras que trabajaban en turnos fijos de noche, un total de 9271 personales de enfermería. El instrumento que se utilizó en los 29 artículos fue el Índice de calidad del sueño de Pittsburgh y la calidad de la literatura se evaluó utilizando la Lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs. Encontraron que el primer análisis inicial, reveló que la calidad del sueño de las enfermeras que trabajaban en turnos fijos de noche también era peor que la calidad del sueño de las enfermeras que trabajaban en turnos fijos de día; la DME fue 0,58 (IC 95%: 0,38–0,78, $p < .001$) (47).

Jaradat R. et al (Jordania 2020) en su artículo original de diseño transversal, decidieron como objetivo evaluar la calidad del sueño, los riesgos para la salud y las enfermedades crónicas entre los médicos residentes de posgrado que trabajan en turnos rotativos en un gran centro de atención médica terciaria. Los

participantes aceptados fueron 201 médicos residentes. Se utilizó como herramientas el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) y el cuestionario de salud del paciente de cuatro elementos (PHQ-4). Encontraron que el primer análisis inicial, reveló que la mayoría (90%) informó una mala calidad del sueño, 38,3% PHQ-4 leve, 21,4% PHQ-4 moderado y 18,9% PHQ-4 severo. Los residentes que tenían seis guardias o más por mes tenían una calidad de sueño significativamente peor ($p: 0,03$), así como porcentajes más elevados de depresión y ansiedad comparado con sus contrapartes. La calidad de sueño mala se asoció notablemente con PHQ-4 moderado, fatiga subjetiva y falta de concentración ($p: 0,026, 0,004$ y $0,001$, respectivamente) (48).

Uribe P. (México, 2020) en su artículo original de diseño transversal, decidió como objetivo determinar la prevalencia de riesgo psicosocial en general, la relación entre factores de riesgo psicosocial, desgaste ocupacional y factores psicosomáticos en trabajadores mexicanos utilizando el marco de control de demanda laboral. Los participantes aceptados fueron a 305 trabajadores de ambos sexo, mexicanos del sector público que laboran en una institución de derechos humanos. Los participantes contaban con edades entre 25 y 73 años ($M= 42.29$ años y una $D.E.= 10.05$). El promedio de antigüedad en la organización fue de 8.36 años, y en el puesto fue de 5.64 años. El instrumento utilizado fue un Modelo de Ecuación estructural. Se encontró que para la variable jornada de trabajo extenso, el desgaste emocional era una variable peligrosa para su desarrollo en los trabajadores. Para el desgaste emocional, trastornos de sueño era una variable peligrosa para su desarrollo en los trabajadores. Para trastorno de sueño, la depresión es una variable peligrosa para su desarrollo en los trabajadores (GFI 0.937) (49).

Manrique A. et al (Colombia, 2021) en su artículo original de diseño no experimental de corte transversal de alcance correlacional, decidieron como objetivo identificar la relación existente entre el síndrome de burnout y las condiciones de riesgo psicosocial intralaboral en profesionales del área de salud basado en marco de demanda laboral y el de recompensa. Los participantes aceptados fueron 76 profesionales graduados en ciencias de la salud, que cumplían con los criterios de inclusión dos años de experiencia

mínima, tarjeta profesional y desempeño en el área de salud psicosocial. El instrumento utilizado fue un Modelo de Ecuación estructural. Se encontró que existe una relación entre las variables de estudio, y que el riesgo psicosocial intralaboral explica el burnout en un 47.8%. (CMIN 1.88; RMSEA 0.10; CFI 0.94; ECVI 0.90). Además encontró en su estudio que en el análisis realizado en todos los trabajadores, la relación entre las demandas de trabajo y el desgaste emocional, es significativa ($r = 0.47$, $p = 0,001$). De igual forma, la relación entre el nivel de recompensa y el desgaste emocional, es significativa ($r = 0.47$, $p = 0.049$). De igual forma, se encontraron relaciones significativas entre el desgaste emocional y las demandas del trabajo ($r = 0.47$, $p = 0.001$) (50).

Villarreal D. et al (Perú, 2021) en su artículo original de diseño transversal, decidieron como objetivo determinar la relación entre la satisfacción laboral, el síndrome de burnout y los síntomas depresivos entre los médicos peruanos utilizando el marco de control de la demanda laboral y estimar la aceptabilidad del modelo propuesto basado en una ecuación estructural. Analizaron datos secundarios de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 en Perú, donde incluyeron datos de 2100 médicos en escalas fuertemente correlacionadas. Los instrumentos utilizados fueron el Maslach Burnout Inventory: Human Service Survey, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-2), Escala de satisfacción sobre la actividad profesional general de 6 ítems, Escala de Satisfacción con la Gestión de los Servicios de Salud de 8 ítems, Escala de Satisfacción sobre las Condiciones Laborales del Centro de Salud de 11 ítems. Encontraron que los médicos que habían desarrollado una enfermedad basada en la actividad de su trabajo, presentan más del doble de probabilidad de presentar síntomas depresivos, a comparación de aquellos que no la desarrollan (PR: 2,23, IC del 90 %: 1,38–3,60). Además, la anhedonia y la subdimensión condiciones de trabajo individuales se relaciona moderadamente con las dimensiones de burnout ($|r| > 0,30$) y el modelo estructural propuesto es estable para dilucidar la relación de satisfacción laboral, agotamiento y síntomas depresivos entre los médicos (CFI = 0,974; TLI = 0,961; SRMR = 0,045; RMSEA = 0,060) (34).

Oliveira A. et al (Brasil, 2018) en su artículo original de diseño transversal, decidieron como objetivo evaluar la asociación entre los aspectos individuales y laborales de los trabajadores hospitalarios, y su satisfacción laboral, síndrome de burnout y síntomas depresivos así como la relación entre estos 3 factores basado en una ecuación estructural. Los participantes aceptados fueron 271 profesionales trabajadores de un hospital de referencia para 13 ciudades del estado de São Paulo, Brasil con un periodo mayor o igual a 3 meses. Los cribados empleados fueron la Encuesta de Satisfacción Laboral de 36 ítems (JSS), la clasificación económica se realizó a través de los Criterios Brasileños un instrumento compuesto por 15 ítems, el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) de 22 ítems, Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9). Encontraron que el análisis inicial realizado en todos los trabajadores, reveló que el personal laboral con mayor insatisfacción laboral, era el personal sanitario ($p = 0,02$); El tiempo de actividad profesional también se asoció con la satisfacción laboral ($p = 0,03$). Los hombres mostraron el síndrome de burnout aproximadamente el doble que las mujeres ($PR = 1,98$; IC del 95 %: 1,03-3,79; $P = 0,04$). Los trabajadores con ingresos familiares bajos presentaron un predominio dos veces mayor de síntomas depresivos ($RP = 2,84$; IC 95%: 1,24 - 6,51; $p = 0,01$) y su PLS-SEM confirmó la relación causal e inversa entre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral ($P < .001$). Los síntomas depresivos se consideraron predictores de agotamiento profesional ($p < 0,001$). (51).

A pesar de la evidencia científica internacional y nacional, sobre el efecto de este tipo de ambiente laboral, los profesionales de salud: personal médico y de enfermería del estado peruano siguen teniendo el mismo punto de quiebre: un horario de trabajo sobrecargado e interrumpido (52). El sistema de salud peruano es una estructura quebrada, con un gasto público deficiente y con recurso humano escaso en infraestructuras amplias de servicios (53), originando una alta demanda para la capacidad por médico y enfermera (54). La exposición continua a esta situación y la poca autonomía que se tiene para tomar una decisión adecuada por la ausencia de medios de apoyo, ocasiona

una respuesta negativa del organismo que resulta en el inicio y el curso progresivo de problemas mentales y psicosomáticos (55). Generando estudios de la relación entre las condiciones del trabajo y la salud del individuo, resultando en teorías que expliquen esta relación.

Los marcos teóricos permiten estudiar la interacción entre el trabajador y su entorno laboral. Definida como un desequilibrio, es decir una descompensación entre el trabajador y su organización, con efecto perjudicial en la salud (56). De entre las teorías que estudian la interacción entre el trabajador y su entorno laboral, el Modelo Demanda-Control (Karasek, 1979) es el modelo más aceptado y sólido hasta la fecha (57,58). El modelo JDC propone que los riesgos para la salud en el trabajo dependen de las demandas psicológicas y el control del trabajo, dos características básicas del trabajo; prediciendo así la exposición hacia una patología concerniente con el estrés (59).

La dimensión de demandas hace referencia a la carga de trabajo (la imposición de plazos, carga mental, conflictos, etc.), ya sea física o psicológica. Karasek en su modelo pone énfasis a las demandas psicológicas, pero enfatiza que las demandas físicas pueden dar lugar a las anteriores, al final las demandas psicológicas describen la carga de trabajo general en un contexto ocupacional y estas se han medido principalmente por elementos sobre el ritmo de trabajo y la cantidad de trabajo (60).

La dimensión control se entiende como el manejo de decisiones en el trabajo, basándose en el control de las tareas [autoridad de decisión (autonomía) sobre aspectos detallados minuciosamente del cumplimiento de la tarea laboral, es decir cómo uno puede influir en las decisiones en el lugar de trabajo], como el control de capacidades (libertad y prudencia en el uso de habilidades individuales, es decir tener la ocasión de instruirse y reforzar habilidades en el trabajo); denotando hasta qué punto se puede ejercer la autonomía a través de la autoridad de decisión por ejemplo: la influencia en el trabajo, y la discreción de habilidades por ejemplo: las oportunidades de desarrollo (61,62)..

Karasek propone la relación de los factores de demanda/control en un diagrama de cuatro cuadrantes. Se construye utilizando estos dos factores,

generando cuatro tipos de trabajos, ocupaciones o profesiones: Los trabajos activos (altas exigencias y un alto control del trabajo) dando como resultado aprendizaje y el crecimiento personal. Los trabajos pasivos (bajas exigencias y bajo control del trabajo) dan como resultado pérdida de aprendizajes ya adquiridos. Los trabajos de alta tensión (altas demandas y bajo control del trabajo) tiene como resultado reacciones de tensión psicológica más negativas. Los trabajos de poca tensión (bajas demandas y alto control del trabajo) (63–65). Karasek concluye proponiendo que el cuadrante de alta tensión tiene el riesgo más alto de respuesta negativa del organismo, teniendo su reflejo en la salud mental y física (66).

Ante todo lo mencionado, es importante resaltar que este marco teórico nos permite comprender las consecuencias del trabajo no controlado en la salud; y por las características del trabajo del área de salud bajo los protocolos del MINSA del estado peruano, este modelo encaja, para el apoyo a la explicación de problemas de salud que se están presentando de forma recidivante en los trabajadores de atención médica, a partir de variables ocupacionales como burnout y/o satisfacción laboral, más en aquellos que están expuestos a la alta demanda de este trabajo, personal médico y de enfermería (67,68).

Adicionalmente la prevalencia de estas variables ocupacionales : burnout (69) y satisfacción laboral (70) en la población médica y de enfermería sigue siendo hasta la actualidad alta (desde 4.1% hasta el 100%) (71,72), aun cuando son un factor de riesgo por su capacidad de afectar la calidad de vida en el individuo. Está comprobado que los profesionales de la salud tienen mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental por el mismo tipo de trabajo que a comparación de otros sectores (73), unir estas dos situaciones de ser un trabajador de un centro hospitalario, bajo el sistema de salud del Perú, más la alta prevalencia de burnout e insatisfacción laboral, al final provocarán sólo consecuencias negativas para el organismo que será reflejada en el trabajo y fuera de este, con la presencia de síntomas depresivos (74) y problemas en la calidad del sueño (75).

Los síntomas depresivos no son más que cualquier estado anormal funcional o sensitivo recepcionado por el individuo, indicativo de un estado de depresión el cual viene a ser un estado alterado de ánimo provocando un deterioro en la salud mental. Los síntomas depresivos se agrupan en cinco grandes círculos: deterioro del estado de ánimo; reducción de niveles de energía y actividad; una visión negativa propia del individuo; disfunción psicomotora y deterioro del sueño (76).

Dentro de los instrumentos que se pueden utilizar para la valoración de síntomas depresivos para un estudio con población, la más aceptada y confiable es el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) (77) proporcionando una herramienta viable en el tiempo para la detección de síntomas depresivos, rápido y fácil de aplicar. El PHQ - 9 consta de 9 ítems que representan los 9 síntomas del criterio A de EDM (episodio depresivo mayor) del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4) (78) siendo el más corto a comparación de otras escalas de cribado para síntomas de depresión.

Estos síntomas son: 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (p. ej., parece lloroso). 2) Interés o placer marcadamente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. 3) Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización). 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autoreproche o culpa por estar enfermo). 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por relato subjetivo o según lo observado por otros). 9) Pensamientos recurrentes de

muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse (79).

Este instrumento se califica en una escala Likert que va de 0 (nunca), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por lo que el puntaje total va en un rango de 0 a 27. La gravedad de los síntomas puede organizarse en 4 categorías: 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave), con recomendaciones en el puntaje de corte entre 8 y 11 por propiedades satisfactorias (80). Además presenta una sensibilidad de 0,88 (95 %IC: 0,37 a 0,98) y especificidad de 0,89 (95 %IC: 0,42 a 0,99) con un valor positivo predictivo de 0,09 a 0,92 (77,81). En Latinoamérica la validación de este instrumento tiene el α de Cronbach en 0,80 y ω de McDonald, 0,81 (82). Y en el Perú también presenta validez como cribado para síntomas depresivos (83).

Este cribado es eficaz para síntomas depresivos y es validado y usado en diferentes lenguas y contextos. Este instrumento tiene muchas versiones con sus diferentes extensiones, en este caso el PHQ-2 el cual pregunta la concurrencia de una actitud depresiva y anhedonia es decir (ausencia del goce hacia actividades o situaciones que anteriormente sí eran placenteras) en las 2 semanas últimas consideradas nucleares en el PHQ-9 (84). La calificación va del 0 ("nada") al 3 ("casi todos los días") con un puntaje total de 6.

Para esta versión el puntaje de corte para el cribado PHQ-2 de ≥ 3 da una sensibilidad del 83 % y especificidad del 92 % (85) aunque en una revisión más amplia de estudios para el PHQ-2 se obtuvo 0,72 (0,67-0,77) y 0,85 (0,83 -0,87) respectivamente (86). La versión válida en el Perú al español tiene una fiabilidad con la muestra estudiada de, α de Cronbach = 0,752 (IC del 95%; 0,715 - 0,785) y el coeficiente omega ($\omega = 0,76$) (87).

Aun cuando no existe un consenso de su definición, la calidad del sueño se define como la autosatisfacción de un individuo con todos los aspectos de la experiencia del sueño (88). La fundación nacional del sueño presenta cuatro aspectos: eficiencia del sueño (porcentaje de relación entre el tiempo total de sueño y el tiempo en la cama), latencia del sueño (Tiempo en minutos que se

tarda en pasar de la vigilia al sueño), despertares mayores a 5 minutos (Número de episodios por noche en los que un individuo está despierto durante más de 5 minutos) y despertar tras el comienzo del sueño (Cantidad de tiempo en minutos que pasa despierto después de que se haya iniciado el sueño y antes del despertar final) (89). El cumplimiento correcto de estos aspectos proporcionan reflejos normales y relaciones positivas para el individuo dentro de su entorno laboral o extra laboral, en cambio el sueño deficiente o desordenado conduce a posibles alteraciones del funcionamiento cognitivo y psicológico y a un empeoramiento de la salud física general (90), volviéndolo un predictor de la salud física y mental.

Dentro de los instrumentos como cribado (91) que se utilizan para la alteración en la calidad de sueño se escogió la escala de sueño de Jenkins (JSS -4) por la adaptabilidad a nuestra población en Perú (92), además de ser una escala auto administrado de llenado rápido y breve.

El JSS se creó por la ausencia de cribados fáciles y breves de usar en el rubro de la investigación. Además los instrumentos disponibles sólo evaluaban condiciones específicas del sueño. Por lo tanto el objetivo principal era evaluar la sintomatología más frecuente en la población general con respecto a la calidad de sueño (problema para mantener y conciliar el sueño y la percepción de agotamiento al despertar) en los últimos 30 días (93).

Este cribado tiene cuatro ítems: ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?; ¿Se despierta varias veces por noche?; ¿Tiene problemas para permanecer dormido? (incluyendo despertar demasiado temprano), y ¿Se despierta después de su cantidad habitual de sueño sintiéndose cansado y agotado? Se clasifican en una escala tipo Likert de 6 puntos (0 - 5) de acuerdo a la frecuencia en la que el individuo encuestado percibe cada uno de los síntomas preguntados (nada =0 , 1-3 días = 1 , 4-7 días = 2 , 8-14 días = 3 = , 15-21 días = 4 y 22-31 días = 5) con una variabilidad de los resultados de 0 (no hay alteración) a 20 (alteración significativa) en la suma total de los ítems (93). El cribado presenta una consistencia interna con un alfa de 0,78 a 0,80 (94,95); una confiabilidad test-retest: $r = 0,59$ y un puntaje de corte $> 0 = 4$ puntos como indicativo para alteración en la calidad de sueño (96).

En la última década se ha documentado que la alteración en la calidad de sueño desarrolla enfermedades médicas. La evidencia empírica de esta variable relacionada con los síntomas depresivos en un modelo SEM de variables ocupacionales, es escasa. La evidencia empírica del contexto actual laboral para la población de un centro de salud primario, sugiere que estas enfermedades están directamente relacionadas con el trabajo. El estrés relacionado con el trabajo es una condición que favorece el desarrollo de patologías en la salud de un individuo, la patología principal es el síndrome de burnout.

El SBO tiene muchas definiciones contextuales como: reacción a una presión emocional crónica representado por el cansancio emocional y/o somático, acompañada de una caída abrupta en el rendimiento laboral y un desinterés en la atención al público. Además una pérdida progresiva del idealismo, la vitalidad y el objetivo como respuesta al clima laboral asociado a un estado de lasitud e irritabilidad ocasionado por la devoción a una compensación por el esfuerzo laboral, presente en profesiones de servicio o no. Se manifiesta como cansancio físico y mental en respuesta al trabajo sin vidorra, siendo esta la etiología principal (97,98).

El SBO tiene dimensiones: Agotamiento Emocional que es la pérdida parcial o completa de bienes emocionales, lo que en sí permite al individuo empatizar ante los demás. Su disminución o ausencia se acompaña de manifestaciones de incapacidad y desilusión. La despersonalización desarrolla reacciones y posiciones negativas, como por ejemplo la apatía hacia los usuarios del servicio acompañado de aislamiento y una imagen deshumanizada del trabajador; y por último una realización personal reducida: representa un autoevaluó negativo donde se observa grados de incompetencia personal, bajo rendimiento y baja autoestima asociado a acciones evitativas ante el público (99).

El instrumento utilizado para determinar SBO es el Maslach Burnout Inventory (MBI) exactamente el (MBI-HSS-MP) (100). Conformado por 22 interrogantes con un constructo integrado, califica la actitud y la emoción del profesional al relacionarse con su jornada laboral y personas (100). Este cribado evalúa tres

círculos: cansancio emocional, despersonalización y realización personal pobre, los ítems se califican del 0 al 6 (CFI = 0,974; RMSEA (IC90%) = 0,052(0,048-0,055); SRMR = 0,059) (101). Presenta una validez ampliamente estudiada por el Alpha de Cronbach correspondiente a un coeficiente de consistencia interna de >0.80 (102) considerándolo muy satisfactorio: [agotamiento emocional ($\alpha=0,90$ en la versión original); la realización personal ($\alpha=0,71$ en la versión original) y despersonalización ($\alpha=0,79$ en la versión original)] (101) .

A pesar de ello se encontró que aplicar el mismo instrumento en personal de salud en Perú no tendría la misma validez, el motivo según Calderón, 7 (1,6,12,16,20,21) (103) de los ítems del instrumento original expuestos a nuestra población presentaron cargas factoriales < 0.40 , baja consistencia y un caso Hey-wood , por lo que se modificó y se presentó un MBI de 15 ítems(CFI = 0,972; RMSEA (IC90%) = 0,049 (0,044–0,054); SRMR = 0,047) (103). El instrumento presenta siete respuestas (nunca = 0; pocas veces al año o menos = 1; una vez al mes o menos = 2; algunas veces al mes = 3; una vez a la semana = 4; varias veces a la semana = 5; todos los días = 6).

Las dimensiones: agotamiento emocional, terminó con los ítems (2,3,8,13,14) ($\alpha = 0,72$; $\omega = 0,79$), despersonalización concluyó con los ítems (5,10,11,15,22) ($\alpha = 0,68$; $\omega = 0,83$), y la realización personal obtuvo los ítems (4,7,9,17,18) ($\alpha = 0,67$; $\omega = 0,81$) (103), brindado así un instrumento MBI apto para profesionales de atención hospitalaria guiados por el sistema de salud del Perú.

Otro de los factores asociado al desarrollo de patologías en la salud mental y relacionada directamente con las condiciones palpables del trabajo desarrollado en el área de salud bajo el sistema sanitario peruano es la satisfacción laboral (104). Definida como la respuesta sentimental o afectiva asociada con una percepción diferente entre lo experimentado y lo esperado con relación a las alternativas disponibles en un contexto determinado, es decir la diferencia que existe entre lo que espera o quiere encontrar un trabajador y las experiencias que vive en su ámbito laboral (105). La satisfacción laboral como agente positivo, es uno de los factores psicológicos más influyente en los trabajadores, su escasez es perjudicial (106) y en el área de salud es crucial,

porque está relacionado con una atención de calidad y en el éxito del tratamiento para el paciente (107), pero aun así su escasa presencia en profesionales de salud es inevitable (108).

Dentro de los instrumentos como cribado que se utilizan para medir la satisfacción laboral, se escogió la escala de valoración para satisfacción laboral de ENSUSALUD modificada de 25 ítems, validada por un estudio peruano (109). El cuestionario presenta 3 áreas o sub escalas: Actividad Profesional General, Gestión de Servicios de Salud y Condiciones de Trabajo del Centro de Salud, permitiendo evaluar un estado más amplio de la satisfacción laboral. Los ítems utilizaron una escala Likert con cinco opciones (5 = muy satisfecho, 4 = satisfecho; 3 = ni satisfecho ni insatisfecho; 2 = insatisfecho; 1 = muy insatisfecho) (109).

La escala de actividad profesional general evalúa el nivel de satisfacción en aspectos generales del trabajo de un personal sanitario, como la relación del personal sanitario y usuario externo, logros en la trayectoria profesional, accesibilidad laboral y percepción de los riesgos en el desarrollo de su trabajo. Consta de seis ítems con una dimensión (residuo cuadrático medio estandarizado [SRMR] = 0,035; error cuadrático medio de aproximación [RMSEA] = 0,071 Índice de ajuste comparativo [CFI] = 0,946). Acompañado de un nivel alto de confiabilidad ($\omega = 0,70$; $\alpha = 0,70$) (109)

La escala de gestión de servicios de calidad evalúa el nivel de satisfacción con la dirección de recursos económicos, humanos, medicamentos, capacidad laboral y horario laboral. Consta de ocho ítems con una dimensión (CFI = 0,972; RMSEA = 0,081; SRMR = 0,028). Acompañado de un nivel alto de confiabilidad ($\omega = 0.90$; $\alpha = 0.90$) (109).

La escala de las condiciones laborales de los centros de salud evalúa el nivel de satisfacción en base a la percepción que tiene el personal sanitario sobre las condiciones laborales. Los indicadores evaluaron la satisfacción con respecto a la carga de trabajo, regulación administrativa del centro de salud, promoción de condiciones óptimas, potencial de mejora, estipendio, horario laboral, relación empleado-jefe, servicios de limpieza del centro de salud, e

infraestructura y equipamiento. Constó de 11 ítems con dos dimensiones (RMSEA = 0,080; CFI = 0,914; SRMR = 0,055). La primera dimensión expresa condiciones del trabajo personal ($\alpha = 0,81$; $\omega = 0,81$; 8 ítems), y la segunda dimensión expresa condiciones de trabajo estructurales ($\alpha = 0,81$; $\omega = 0,82$; 3 ítems) (109).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de estudio: aplicada

Diseño de investigación: no experimental, observacional-analítica y transversal cuantitativo

3.2. Variables y

3.2.1. Variables

Variable 1: Síntomas depresivos

Variable 2: Calidad de sueño

Variable 3: Satisfacción laboral

Variable 4: Síndrome de burnout

Variables intermitentes:

VI 1: sexo

VI 2: edad

VI 3: especialidad

VI 4: trabaja en otra institución

VI 5: tipo de organización

VI 6: años trabajando

VI 7: enfermedad crónica

VI 8: enfermedad laboral

VI 9: violencia

VI 10: horas de sueño

Matriz de operacionalización de variables: (ANEXO)

3.3. Población, muestra y muestreo

Población:

La población estuvo constituida por 25.753 de usuarios externos e internos de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), respectivamente encuestadas a través de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud realizado por el INEI entre el periodo de mayo y junio del año 2016 para 185 establecimientos de salud a nivel del territorio peruano (25 regiones).

Criterios de inclusión

- Personal sanitario de ambos géneros.
- Personal sanitario del sector público o privado
- Personal sanitario con colegiatura y/o especialidad.
- Personal sanitario que trabajó mínimo 12 meses previo a la encuesta.
- Personal sanitario que completó satisfactoriamente el ENSUSALUD 2.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal sanitario mayor de 65 años
- Directivos de los IPRESS.
- Usuarios del servicio de emergencia.
- Usuarios de la unidad de seguro.
- Usuarios de farmacias y boticas.
- Usuarios de consulta externa.

MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por 4926 de usuarios internos, respectivamente 2100 participantes médicos y 2826 participantes de enfermería, inscritos en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) del año 2016 que trabajan (mínimo 12 meses al momento de la encuesta) en 185 centros hospitalarios I-4 en todo el Perú y que completaron el esquema de preguntas para profesionales de atención primaria (cuestionario ENSUSALUD 2).

MUESTREO

Probabilístico, estratificada, compleja.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Personal sanitario registrado en ENSUSALUD 2 que cumplió con los criterios de elegibilidad

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron 6 cribados basados en el sistema de encuesta para obtener un reporte de recolección de nuestra muestra, presentes en la base de datos secundaria de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 (ENSUSALUD). La información a obtener tiene datos correspondientes con síntomas depresivos, calidad de sueño, síndrome de burnout y satisfacción laboral.

Para identificar la presencia de síntomas depresivos de cada usuario interno en nuestra muestra, se utilizó el cribado PHQ-2 el cual evalúa la concurrencia del estado de ánimo deprimido y anhedonia es decir la incapacidad para disfrutar de actividades o situaciones que anteriormente sí eran placenteras en las 2 semanas últimas. Medidos por una escala de Likert con 4 puntos (nada = 0; varios días = 1; más de la mitad del tiempo = 2; casi todos los días = 3). Con un puntaje de corte $> 0 = 3$ puntos para predecir de síntomas depresivos, además presenta una buena sensibilidad del 83 % y especificidad del 92 % y con una fiabilidad de, α de Cronbach = 0,752 (IC del 95%; 0,715 - 0,785) y el coeficiente omega ($\omega = 0,76$).

Para la valoración sobre la calidad de sueño en los usuarios internos de los IPRESS, se utilizó el cribado de JSS-4, el cual evalúa cuatro ítems: ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?, ¿Se despierta varias veces por noche?, ¿Tiene problemas para permanecer dormido? (incluyendo despertar demasiado temprano) y ¿Se despierta después de su cantidad habitual de sueño sintiéndose cansado y agotado? todo esto durante los últimos 30 días. Medidos por una escala Likert de 6 puntos (0 - 5) representado por la frecuencia

en la que el individuo encuestado percibe cada uno de los síntomas encuestados (nada = 0, 1-3 días = 1, 4-7 días = 2, 8-14 días = 3, 15-21 días = 4 y 22-31 días = 5) con una variabilidad de los resultados de 0 (no hay alteración) a 20 (alteración significativa) en la suma total de los ítems. El cribado presenta una consistencia interna con un alfa de 0,78 a 0,80, una confiabilidad test-retest: $r = 0,59$ y un punto de corte $> 0 = 4$ puntos como indicativo para alteración en la calidad de sueño.

Para la presencia de agotamiento en el desarrollo laboral se utilizara el cribado modificado y validado en población peruana, el MBI-HSS-MP-15. Este cribado evalúa tres círculos: cansancio emocional, despersonalización y realización personal pobre, los ítems se califican del 0 al 6 con siete respuestas: nunca = 0; pocas veces al año o menos = 1; una vez al mes o menos = 2; algunas veces al mes = 3; una vez a la semana = 4; varias veces a la semana = 5; todos los días = 6 (CFI = 0,972; RMSEA (IC90%) = 0,049 (0,044-0,054); SRMR = 0,047).

Las dimensión de agotamiento emocional, tiene los ítems (2, 3, 8, 13,14) y con una consistencia interna de $\alpha = 0,72$ y $\omega = 0,79$. La dimensión de despersonalización tiene los ítems (5, 10, 11, 15,22) y una consistencia interna de $\alpha = 0,68$ y $\omega = 0,83$. La dimensión de realización personal tiene los ítems (4, 7, 9, 17,18) ($\alpha = 0,67$; $\omega = 0,81$). Concluyendo que este cribado es satisfactorio

Para la presencia de satisfacción en los usuarios internos de las IPRESS a nivel nacional, se utilizaron 3 cribados validados por estudio peruano, para poder medir los diferentes elementos y ángulos de la satisfacción laboral. Estas fueron Actividad Profesional General, Gestión de Servicios de Salud y Condiciones de Trabajo del Centro de Salud. Este factor se midió bajo una escala Likert de puntaje del 1 al 5 (muy insatisfecho = 1; insatisfecho = 2; ni satisfecho ni insatisfecho = 3; satisfecho = 4 y muy satisfecho = 5)

La escala de satisfacción sobre la actividad profesional general evalúa el nivel de satisfacción en aspectos generales del trabajo de un personal sanitario. Consta de seis ítems con una dimensión (residuo cuadrático medio estandarizado [SRMR] = 0,035; error cuadrático medio de aproximación [RMSEA] = 0,071 Índice de ajuste comparativo [CFI] = 0,946) con una confiabilidad de $\omega = 0,70$; $\alpha = 0,70$.

La escala de satisfacción con la gestión de los servicios de salud mide la satisfacción laboral con respecto a la gestión de la IPRESS. El cribado tiene ocho ítems con una dimensión (CFI = 0,972; RMSEA = 0,081; SRMR = 0,028) con una confiabilidad $\alpha = 0.90$ y $\omega = 0.90$

La escala de satisfacción sobre las condiciones laborales de los centros de salud mide el nivel de satisfacción en base a la percepción que tiene el personal sanitario sobre las condiciones laborales. Consta de 11 ítems con dos dimensiones (RMSEA = 0,080; CFI = 0,914; SRMR = 0,055). La primera dimensión expresa condiciones del trabajo personal con una confiabilidad $\alpha = 0,81$ y $\omega = 0,81$, y la segunda dimensión expresa condiciones de trabajo estructurales con una confiabilidad de $\alpha = 0,81$ y $\omega = 0,82$.

3.5. Procedimientos

El estudio que se realizó fue expuesto a la escuela de medicina humana de la UCV - Trujillo, el estudio fue examinado por el asesor y panel de revisores asignados, especialistas en el campo de estudio. Consecutivamente se efectuaron sugerencias y modificaciones difundidas por los revisores con lo cual se realiza la aprobación del estudio por la delegación encargada.

A Continuación se llevó a cabo el análisis de la base de datos de ENSUSALUD 2016, esta se obtendrá de determinado link de acceso libre <http://portal.susalud.gob.pe/blog/encuestas-de-satisfaccion-a-nivel-nacional-ensusalud-2016/> y descargada para el análisis correspondiente, exactamente del cuestionario ENSUSALUD 2 y efectuar el estudio en los usuarios internos de las IPRESS a nivel del territorio peruano,2022.

El tiempo de ejecución para el estudio fue de 16 semanas, posterior a la obtención de datos, los instrumentos que se involucraron en la ejecución recolectaron primero datos demográficos de cada uno de los usuarios internos de las IPRESS a nivel nacional, luego se aplicó los 6 instrumentos de cribado: El PHQ-2 de adaptación peruana para la obtención de datos sobre síntomas depresivos. El JSS-4 de adaptación peruana para la obtención de datos sobre calidad de sueño. El MBI-HSS-MP-15 de adaptación peruana para la obtención de datos sobre síndrome de burnout y por último las 3 escalas de adaptación peruana para la valoración amplia de la satisfacción laboral en un personal de

la salud: La escala de satisfacción sobre la actividad profesional general evalúa el nivel de satisfacción en aspectos generales del trabajo de un personal sanitario. La escala de satisfacción con la gestión de los servicios de salud mide la satisfacción laboral con respecto a la gestión de la IPRESS. La escala de satisfacción sobre las condiciones laborales de los centros de salud mide el nivel de satisfacción en base a la percepción que tiene el personal sanitario sobre las condiciones laborales. Toda la valoración por parte de los cribados fue a la base de datos del cuestionario de ENSUSALUD-2.

Finalizado el estudio, el informe se sometió a turnitin y sufrió modificaciones; sucesivamente se envió el informe final al asesor, quien expidió al comité de ética la investigación.

Después de la respuesta del comité de ética se procedió a enviar el informe al panel de revisores del área de investigación de la UCV para la inspección y revisión del informe, posterior a ello el informe se modificó con las sugerencias y correcciones emitidas por los especialistas en el área con lo cual se pudo realizar la aprobación del estudio y finalmente la sustentación; en el cual se realizó la explicación de los resultados encontrados.

3.6. Método de análisis de datos

Se realizará un análisis descriptivo de los participantes presentando la frecuencia y proporción de cada una de las variables de interés.

Se usará un modelo de regresión Poisson para determinar la razón de prevalencia de síntomas depresivos y calidad de sueño del personal médico y de enfermería. Se presentarán modelos crudos y ajustados por las variables de interés.

El análisis principal será un modelamiento de regresiones estructurales para lo cual se utilizará el estimado de mínimos cuadrados ponderados con media y varianza ajustadas (WLSMV) y matrices policóricas, ya que se ajusta a la naturaleza categórico-ordinal de los datos. El modelo será evaluado mediante dos pasos. Primero, se usará un set de índices de bondad de ajuste para evaluar el modelo esquemático propuesto, entre ellos el CFI y TLI, cuyos valores deben ser mayores a 0.90. Además, se usarán los índices de SRMR

y RMSEA al 90%IC, considerando valores adecuados aquellos que son menores a 0.08. Segundo, de existir bajos índices de bondad de ajuste se evaluarán los errores correlacionados a fin de identificar si existe covariación del error en los modelos.

Todos los análisis propuestos considerarán el muestreo complejo del ENSUSALUD.

3.7. Aspectos éticos

La encuesta ENSUSALUD es un esquema anónimo, por lo que no es posible acceder a base de datos personales de ninguno de los participantes. Por lo tanto, desarrollar el análisis no representó un riesgo ético para los participantes por la ausencia de datos confidenciales. El estudio no recolecta datos primarios, en cambio se basa en una fuente secundaria de datos de acceso sin registros, por lo que no requiere de una aprobación por un comité de ética, lo cual no genera un riesgo ético para los participantes implicados. Aun así este estudio será sometido a la delegación de moralidad de la universidad César Vallejo.

IV. RESULTADO

4.1. Variables intermitentes sociodemográficas

Estas variables se obtuvieron de la base de datos. Los rangos de edad predominantes en los participantes eran de 50 – 65 años (31.1%) y 30 – 39 años (30.29%), el sexo femenino resaltaba entre los participantes (67.87%) predominante del personal de enfermería (93.28%) aunque el sexo masculino está representado por el personal médico (68.84%), los participantes generaban entre 4 y 10 salarios mínimos cada mes (50.31%), el 51,57% eran especialistas y más de la mitad vivían en pareja (63,38%).

Del porcentaje total, el 62.76% informó no tener contratos laborales en otras instituciones representado más por el personal de enfermería 77.4%. De estos, el 45.74% trabajan en el Ministerio de Salud, el 30,46% son personal de EsSalud, el 9,32% pertenecen al área de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional y el 14,47% trabajan en clínicas privadas, además el 35.46% tienen más de 11 años trabajando en la misma organización.

Del total de participantes, el 25,21 % reportó tener alguna enfermedad crónica, el 22.26% reportó alguna enfermedad relacionada con el trabajo, el 29% reportó haber sufrido violencia física, psicológica o sexual y casi la mitad de los participantes (49.85%) duerme menos de 6 horas diarias.

TABLA 1. Variables intermitentes sociodemográficas

		Médicos		Enfermeras		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	1568	68.84	237	6.72	1805	32.13
	Mujer	532	31.16	2589	93.28	3121	67.87
Edad	23-29	145	7.778	245	10.31	390	10.37
	30-39	656	31.79	834	30.29	1490	30.29
	40-49	586	25.9	793	28.3	1379	28.3
	50-65	713	34.53	954	31.1	1667	31.1
Estado civil	conviviente	1454	64.46	1807	62.63	3261	63.38
	soltero	646	35.54	1019	37.37	1665	36.62
Especialidad	Si	1215	51.77	1690	51.42	2905	51.57
	en proceso	339	11.94	245	13.76	584	13.01
	No	546	36.29	891	34.82	1437	35.42
Trabaja en otra institución	No	922	41.61	2143	77.4	3065	62.76
	Si	1178	58.39	683	22.6	1861	37.24
Ingreso Económico	< 4 veces salario mínimo	70	4.25	1412	59.38	1482	36.82
	4 -10 veces salario mínimo	1420	66.02	1390	39.43	2810	50.31
	> 10 veces salario mínimo	610	29.74	24	1.19	634	12.87
Work-related illness	Si	480	23.23	712	21.59	1192	22.26
	No	1620	76.77	2114	78.41	2114	77.74
Enfermedad Crónica	Si	552	30.3	720	21.7	1,272	25.21
	No	1,548	69.7	2,106	78.3	3,654	74.79

Tipo de Organización	MINSA	962	43.02	1,346	47.62	2,308	45.74
	ESSALUD	980	34.38	1,236	27.75	2,216	30.46
	FF.AA - PNP	33	8.42	62	9.94	95	9.32
	Clínica	125	14.17	182	14.68	307	14.47
Años Trabajando	< 2 años	685	36.8	539	24.66	1,224	29.63
	3 - 5 años	396	19.45	517	20.96	913	20.34
	6 - 10 años	293	12.64	523	15.9	816	14.57
	> 11 años	726	31.11	1,247	38.47	1,973	35.46
Violencia	No	1,393	65.29	2,187	74.95	3,580	71
	Si	707	34.71	639	25.05	1,346	29
Horas de sueño	< 6 horas	1,313	61.64	1,143	41.69	2,456	49.85
	> 7 horas	787	38.36	1,683	58.31	2,470	50.15

Nota: Todos los análisis consideran el efecto del muestreo complejo.

4.2. Modelos explicativos

Al evaluar el modelo se identifica que a nivel general (médicos y enfermeros) el modelo presenta adecuados índices de bondad de ajuste (ver tabla 2). Además, el modelo propuesto logra explicar 30.8% de la varianza de los síntomas depresivos y 24% de la varianza de baja calidad de sueño de los profesionales de salud. En la Figura 1, se presenta que la satisfacción laboral influye de forma negativa en el burnout ($\beta=0.641$), y el burnout es que influye de forma positiva en los síntomas depresivos ($\beta=0.555$) y en la calidad de sueño ($\beta=0.490$).

Tabla 2. Índices de bondad de ajuste del modelo propuesto.

X2 (g)	CFI	TLI	RMSEA (90%IC)	SRMR	R2 síntomas depresivos	R2 Calidad de sueño
74.0 (24)	0.981	0.971	0.050 (0.037 - 0.063)	0.034	0.308	0.240

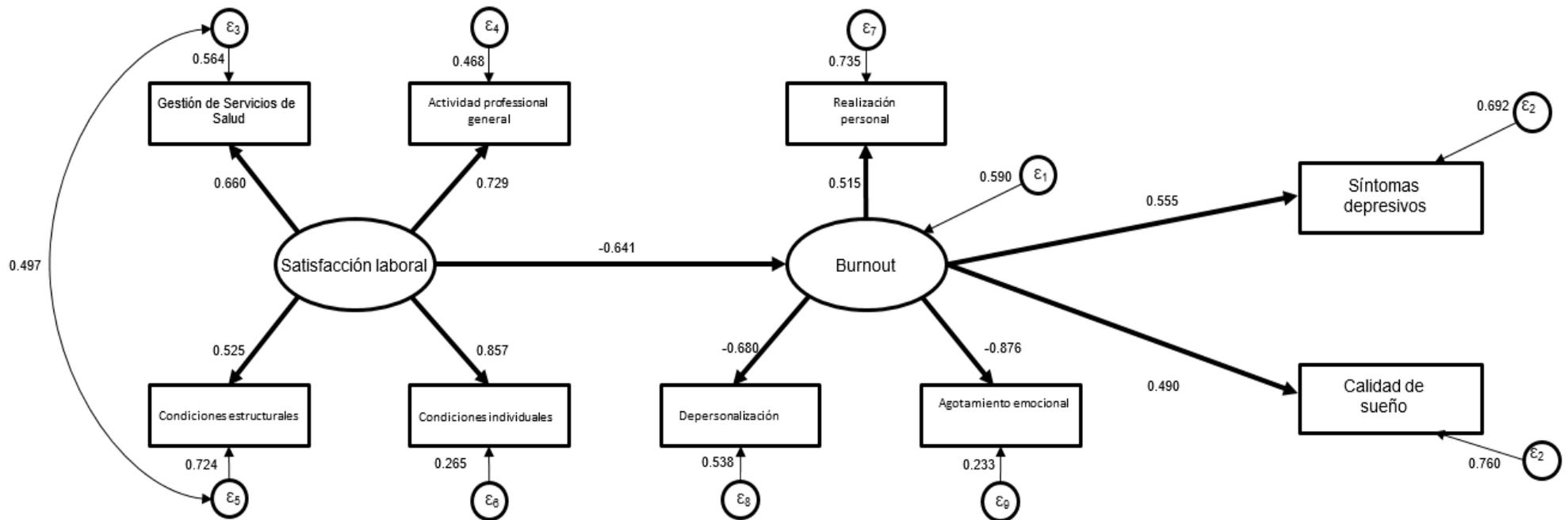


Figura 1. Modelo explicativo propuesto.

4.3 Prevalencia de síntomas depresivos y baja calidad de sueño

Al evaluar los resultados, la prevalencia cruda de síntomas depresivos se identificó a nivel general (médicos y personal de enfermería) en 161 asalariados de la población muestral (ver tabla 3), esta muestra se expuso a un factor de ponderación y expansión donde la prevalencia de síntomas depresivos es reajustada hacia el tipo de profesión, y como resultado el personal médico presenta una prevalencia de 3.32% y el personal de enfermería de 4.6%.

También se evaluó los resultados de la prevalencia cruda de baja calidad de sueño, esta se identificó en 279 asalariados de la población muestral (ver tabla 3). Además esta muestra también se expuso a un factor de ponderación y expansión donde el resultado de la prevalencia para el personal médico es de 6.98% y del personal de enfermería es de 6.07%.

Tabla 3. Prevalencia de síntomas depresivos y baja calidad de sueño

PREVALENCIA			
Síntomas depresivos		Baja calidad de sueño	
Medicina	Enfermería	Medicina	Enfermería
3.32%(80.5)	4.6% (80.5)	6.98% (139.5)	6.07% (139.5)

4.4. Factores asociados a calidad de sueño y síntomas depresivos.

Se identifica dentro del estudio que a nivel general (médicos y enfermeros) existen variables intermitentes con relación significativa, volviéndolos factores predisponentes para la formación de inconvenientes en la salud mental: síntomas depresivos y baja calidad de sueño. Existe dentro de estas, una variable intermitente que comparte relación significativa para ambas variables de salud mental y de un riesgo para el desarrollo importante: la existencia de una enfermedad previa relacionada con el trabajo representa un riesgo significativo (RP: 2.3 IC: 95 %: 0.97 - 5.4) para síntomas depresivos y (RP: 1.5 IC: 95 %: 1.08 - 2.2) para baja calidad de sueño.

Además existen variables sociodemográficas que tiene relación importante y que aumentan el riesgo significativamente para desarrollar alteraciones en una sola variable de salud mental. Las variables intermitentes que presentan relación significativa y de riesgo significativo hacia síntomas depresivos son: la variable sexo (RP: 4.2 IC: 95 %: 1.3 – 13.6) ; tipo de organización: ESSALUD (RP: 0.27 IC: 95 %: 0.07 – 1.0) , Clínica (RP: 0.26 IC: 95 %: 0.08 – 0.8) ; Años trabajando: 3 – 5 años (RP: 3.7 IC: 95 %: 1.36 – 10.1) , 6 -10 años (RP: 5.0 IC: 95 %: 1.3 – 19.09). Las variables sociodemográficas que presentan relación significativa y de riesgo significativo hacia calidad de sueño son: Edad 40 – 49 años (RP: 0.39 IC: 95 %: 0.19 - 0.8), 50 – 65 (RP: 0.38 IC: 95 %: 0.15 – 0.98) ; Enfermedad crónica (RP: 1.5 IC: 95 %: 1.06 - 2.27) ; Violencia (RP: 1.5 IC: 95 %: 1.07 - 2.26) ; Menos de 6 horas de sueño (RP: 2.24 IC: 95 %: 1.5 - 3.3).

Tabla 4: Factores asociados a calidad de sueño y síntomas depresivos.

variable intermitente		Síntomas depresivos		Baja calidad de sueño	
		RPa	p	RPa	p
Sexo	Hombre	1	–	1	–
	Mujer	4.2 (1.3 - 13.6)	0.015	0.6 (0.4 - 1.0)	0.086
Edad	23-29	1	–	1	–
	30-39	1.0 (0.27 - 3.9)	0.963	0.8 (0.45 - 1.4)	0.472
	40-49	0.9 (0.27 - 3.2)	0.909	0.39 (0.19 - 0.8)	0.013
	50-65	0.38 (0.1 - 1.4)	0.149	0.38 (0.15 - 0.98)	0.045
Estado civil	conviviente	1	–	1	–
	soltero	1.17 (0.5 - 2.69)	0.697	0.9 (0.66 - 1.3)	0.714
Especialidad	si	–	–	–	–
	en proceso	–	–	–	–
	no	–	–	–	–
Trabaja en otra institución	no	–	–	–	–
	si	–	–	–	–
Ingreso Económico	< 4 veces salario mínimo	1	–	1	–
	4 -10 veces salario mínimo	1.26 (0.4 - 3.5)	0.655	1.05 (0.68 - 1.6)	0.816
	> 10 veces salario mínimo	0.00 (0.00 -0.00)	0.000	0.08 (0.01 -0.57)	0.012
Work-related illness	no	1	–	1	–
	si	2.3 (0.97 - 5.4)	0.056	1.5 (1.08 - 2.2)	0.016
Enfermedad Crónica	no	1	–	1	–
	si	1.05 (0.45 - 2.45)	0.893	1.5 (1.06 - 2.27)	0.023
Tipo de Organización	MINSA	1	–	1	–
	ESSALUD	0.27 (0.07 - 1.0)	0.057	0.9 (0.58 - 1.4)	0.667
	FF.AA - PNP	1.6 (0.5 - 5.01)	0.382	1.8 (0.9 - 3.56)	0.081
	Clínica	0.26 (0.08 - 0.8)	0.030	0.7 (0.4 - 1.17)	0.188
Años Trabajando	< 2 años	1	–	1	–
	3 - 5 años	3.7 (1.36 - 10.1)	0.010	1.1 (0.6 - 1.8)	0.660
	6 - 10 años	5.0 (1.3 - 19.09)	0.018	1.4 (0.75 - 2.7)	0.268
	> 11 años	1.26 (0.37 - 4.26)	0.704	1.07 (0.46 - 2.49)	0.869
Violencia	no	1	–	1	–
	si	1.6 (0.6 - 3.9)	0.288	1.5 (1.07 - 2.26)	0.020
Horas de sueño	>7 horas	1	–	1	–
	<6 horas	1.9 (0.86 - 4.58)	0.104	2.24 (1.5 - 3.3)	0.000

V. DISCUSIÓN:

Según la literatura asiática, el contexto laboral en los trabajadores de salud es importante para la existencia o no de síntomas depresivos o baja calidad de sueño (5), haciendo que el desequilibrio del ambiente laboral sea un factor predisponente a su existencia y estadísticamente a su prevalencia dentro de la población y con mayor predominancia hacia el personal de enfermería (7), pero con mayor porcentaje hacia síntomas depresivos que hacia baja calidad de sueño (46) que es más representado hacia el personal médico. La prevalencia obtenida en los estudios introducidos (6, 7, 8, 9) muestra porcentajes de impacto, donde los resultados de la prevalencia tanto de síntomas depresivos como baja calidad de sueño de nuestro estudio se unen a su rango porcentual.

Los resultados de esta investigación confirman las hipótesis propuestas por este estudio. La satisfacción laboral en sus 4 dimensiones influyen de forma inversa (gestión de servicios de salud, actividad profesional general, condiciones individuales y estructural) en el personal sanitario de enfermería y medicina significativamente alterando sus capacidad de toma de decisiones, es decir a menor satisfacción laboral mayor la presencia de síndrome de burnout, este último valorado por su escala , el cual influye de forma directa en el desarrollo de una baja calidad de sueño y síntomas depresivos en los asalariados de centros de atención primaria del Perú. Según Karasek (63-66) esto predispone a un ambiente laboral con alta tensión y exigente, con o sin herramientas para enfrentar la demanda, exponiéndolos a accidentes laborales y/o patologías relacionadas al trabajo. Permittiéndonos obtener bajo este estudio evidencia significativa sobre la relación de estas variables ocupacionales y a la vez su relación y dirección con los problemas de salud mental tanto calidad de sueño como síntomas depresivos.

Además nuestro estudio demostró que la presencia de ciertos factores sociodemográficos están directamente relacionados con la presencia de la alteración de la calidad de sueño y síntomas depresivos en personal de enfermería y médico como horas de sueño, violencia, enfermedad relacionada con el trabajo, años de trabajo, sexo mujer, enfermedad crónica. Otros estudios revelaron que aquellos factores asociados al trabajo como una jornada laboral

semanal extensa (44), horas extras (45), trabajo por turnos, el dolor muscular esquelético, ausencia de descansos en turnos (46), turnos noche (47), números de guardias al mes (48), predisponen a una alteración en la calidad de sueño y la presencia de síntomas depresivos, al igual que los factores como ingresos bajos y un mayor nivel del establecimiento (46), pero descartando variables como nivel educativo, sexo y edad (51). Pero en Perú, mujeres adultas mayores y asalariados en el quintil más bajo actúan como factores que predisponen a la alteración de la calidad de sueño y a la presencia de síntomas depresivos (54, 87). Teniendo en cuenta que la riqueza económica va a depender de forma básica de la profesión egresada, los médicos tienen como sueldo, valores superiores a la media actual (54), permitiéndoles un mejor acceso a factores protectores para prevenir y tratar una alteración de la salud mental. Sin embargo en nuestro estudio la edad, ingreso económico, tipo de organización de trabajo y nivel educativo no son factores predisponentes.

Nuestro modelo de ecuación estructural apoya el modelo de Karasek (58), el cual sugiere que asalariados bajo estrés (burnout) y/o desfavorecidos organizacionalmente (insatisfacción laboral) son más propensos a problemas en el área de la salud como: síntomas depresivos y baja calidad de sueño. Estudios publicados en Latinoamérica (34, 49, 50, 54) sobre modelos explicativos de la relación de satisfacción laboral, síndrome de burnout, calidad de sueño y síntomas depresivos acentúan el resultado de nuestra investigación, que la relación significativa y directa es entre burnout hacia las variables calidad de sueño y/o síntomas depresivos. La variable ocupacional satisfacción laboral presenta una relación no significativa directamente hacia síntomas depresivos y calidad de sueño, pero sí de forma inversa hacia burnout. La investigación brasileña (51) proporciona información donde acentúa que la presencia de síntomas depresivos pueden predecir en una población estrés laboral (n=271), otro estudio realizado en personal sanitario con experiencia de 2 años en el sistema de salud colombiano (50) encontró que las dimensiones de satisfacción laboral: condiciones estructurales, individuales y actividad profesional en general y burnout presentan una relación significativa (n=76).

Pero estos estudios (49, 50, 51) no se basaron en el modelo de Karasek (58) lo que solo nos permite identificar la existencia de la relación entre las variables mas no de la direccionalidad de esta relación, a excepción de un estudio (34) que nos muestra una relación significativa con dirección en escala es decir, la influencia significativa que tiene la satisfacción laboral en su subdimensión condiciones de trabajo individual hacia burnout, y burnout hacia síntomas depresivos pero en ausencia de la variable de calidad de sueño. Además la mayoría de los estudios analizados a excepción de uno (34), basados en un modelo explicativo presentan un tamaño de muestra reducido lo que permitiría el riesgo de sesgo de selección. En consecuencia nuestro producto es representativo por la dimensión de la muestra y a la vez aporta conocimiento significativo con direccionalidad clara de las variables, a la evidencia científica ya existente.

Las limitaciones encontradas en el desarrollo del estudio fue la carencia de la base de datos actualizada en ENSUSALUD previo al año 2019.

VI. CONCLUSION:

La tesis de tipo aplicada no exploratoria sobre un modelo explicativo de síntomas depresivos y calidad de sueño a partir de variables ocupacionales en médicos y enfermeras peruanas de primer nivel de atención concluyo en:

- El modelo explicativo para la relación y direccionalidad de las variables satisfacción laboral, burnout, calidad de sueño y síntomas depresivos en personal de medicina y enfermería en centros de atención primaria en el Perú es estructuralmente estable al presentar índices de bondad de ajuste adecuados CFI=0.981; TLI=0.971; RMSEA=0.050; SRMR=0.034, permitiendo su uso para la explicación de síntomas depresivos y baja calidad de sueño en base a variables ocupacionales
- En el estudio los factores sociodemográficos con mayor relación y riesgo significativo a calidad de sueño y síntomas depresivos son: menos de 6 horas de sueño aumenta el riesgo en 2.2 veces de padecer baja calidad de sueño; presencia de violencia aumenta el riesgo en 1.5 veces de

padecer baja calidad de sueño; años trabajando en el sector salud: 3 – 5 años aumenta el riesgo en 3.7 veces de presentar síntomas depresivos, 6 – 10 años aumenta el riesgo en 5 veces de presentar síntomas depresivos; presencia de enfermedad crónica en la población aumenta el riesgo en 1.5 veces de padecer baja calidad de sueño; enfermedad relaciona con el trabajo previa al estudio en la población aumenta el riesgo en 2.3 veces de presentar síntomas depresivos y aumenta el riesgo en 1.5 veces de padecer baja calidad de sueño y la variable sexo mujer aumenta el riesgo en 4.2 veces de presentar síntomas depresivos.

- El modelo propuesto determina que el 30.8% de síntomas depresivos y el 24% de la baja calidad de sueño presente en el personal de medicina y enfermería en centros de establecimientos primarios del Perú es originado por la presencia de insatisfacción laboral y síndrome de burnout.
- La prevalencia de síntomas depresivos en la población muestral ponderada y expansiva para el personal médico es de 3.32% y del personal de enfermería es de 4.6%.
- La prevalencia de baja calidad de sueño en la población muestral ponderada y expansiva para el personal médico es de 6.98% y del personal de enfermería es de 6.07%
- La comparación del resultado de esta tesis con otros estudios presentan similitud, pero este estudio demuestra la relación y a la vez la direccionalidad de las cuatro variables implicadas, resultado representativo por el tamaño de la muestra, pero limitado a una población censada en el 2016.

VII. RECOMENDACIONES:

Se sugiere incrementar el número de estudios basados en las variables estudiadas, tomando como referencias de la base de datos de ENSUSALUD a todos los usuarios internos de las IPREES de primer nivel en el Perú para reducir el riesgo de sesgo de selección.

Se sugiere mostrar mayor interés por la actualización de la base de datos de ENSUSALUD, para la realización de próximos estudios, con el fin de describir y analizar la evolución de los resultados y a la vez evaluar la consecuencia que tiene en el bienestar mental un estado de emergencia sanitaria y aislamiento social, permitiéndonos abordajes adecuados en presencia de alteraciones de la calidad de sueño y de síntomas depresivos en el personal de medicina y enfermería.

Se sugiere a las IPRESS de primer nivel de atención fomentar a la actividad continua a su personal médico o no médico capacitado y/o especialista en el área de salud mental dentro de su establecimiento de salud para la prevención, detección y apoyo terapéutico de síntomas depresivos o de baja calidad de sueño en su personal de enfermería y medicina.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Zúñiga-Vera A, Coronel-Coronel M, Naranjo-Salazar C, Vaca-Maridueña R, Zúñiga-Vera A, Coronel-Coronel M, et al. Correlación entre calidad de sueño y calidad de vida en estudiantes de Medicina. *Rev Ecuat Neurol.* julio de 2021;30(1):77-80.
2. Huyett P, Siegel N, Bhattacharyya N. Prevalence of Sleep Disorders and Association With Mortality: Results From the NHANES 2009-2010. *The Laryngoscope.* marzo de 2021;131(3):686-9.
3. Prevalencia de trastornos del sueño en estudiantes universitarios chinos: un metanálisis completo - PubMed [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29383787/>
4. Lu L, Wang SB, Rao W, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH, et al. The Prevalence of Sleep Disturbances and Sleep Quality in Older Chinese Adults: A Comprehensive Meta-Analysis. *Behav Sleep Med.* diciembre de 2019;17(6):683-97.
5. The prevalence of sleep disturbances among physicians and nurses facing the COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis - PMC [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7522913/>
6. Prevalence of sleep disturbances in Chinese healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis - PubMed [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31040078/>
7. Zeng LN, Yang Y, Wang C, Li XH, Xiang YF, Hall BJ, et al. Prevalence of Poor Sleep Quality in Nursing Staff: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Behav Sleep Med.* diciembre de 2020;18(6):746-59.
8. Work- and stress-related musculoskeletal and sleep disorders among health professionals: a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland - PubMed [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32438929/>
9. Sleep Disturbance and Short Sleep as Risk Factors for Depression and Perceived Medical Errors in First-Year Residents - PubMed [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28369654/>
10. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *J Psychiatr Res.* 2020;126:134-40.
11. 9789275320280_spa.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
12. Robertson JJ, Long B. Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. *J Emerg Med.* abril de 2018;54(4):402-9.
13. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 1 de noviembre de 2019;2(11):e1916097.
14. [The physician's suicide: study of an Italian sample] - PubMed [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33349717/>

15. Saade S, Parent-Lamarche A, Bazarbachi Z, Ezzeddine R, Ariss R. Depressive symptoms in helping professions: a systematic review of prevalence rates and work-related risk factors. *Int Arch Occup Environ Health*. enero de 2022;95(1):67-116.
16. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 8 de diciembre de 2015;314(22):2373-83.
17. Fang Y, Bohnert ASB, Pereira-Lima K, Cleary J, Frank E, Zhao Z, et al. Trends in Depressive Symptoms and Associated Factors During Residency, 2007 to 2019 : A Repeated Annual Cohort Study. *Ann Intern Med*. enero de 2022;175(1):56-64.
18. Yslado Méndez RM, Norabuena Figueroa RP, Loli Poma TP, Zarzosa Marquez E, Padilla Castro L, Pinto Flores I, et al. Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. *Horiz Méd Lima*. octubre de 2019;19(4):41-9.
19. Liu X, Bowe SJ, Li L, Too LS, LaMontagne AD. Psychosocial job characteristics and mental health: Do associations differ by migrant status in an Australian working population sample? *PLoS ONE*. 30 de noviembre de 2020;15(11):e0242906.
20. Portoghese I, Galletta M, Leiter MP, Finco G, d'Aloja E, Campagna M. Job Demand-Control-Support Latent Profiles and Their Relationships with Interpersonal Stressors, Job Burnout, and Intrinsic Work Motivation. *Int J Environ Res Public Health*. 16 de diciembre de 2020;17(24):E9430.
21. The Demand-Control Model as a Predictor of Depressive Symptoms-Interaction and Differential Subscale Effects: Prospective Analyses of 2212 German Employees - PubMed [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444078/>
22. Wang K, Wang Y. Person-Environment Fit and Employee Creativity: The Moderating Role of Multicultural Experience. *Front Psychol* [Internet]. 2018 [citado 30 de mayo de 2022];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.01980>
23. Alvarado LE, Bretones FD, Rodríguez JA. The Effort-Reward Model and Its Effect on Burnout Among Nurses in Ecuador. *Front Psychol*. 2021;12:760570.
24. Ikeda S, Eguchi H, Hiro H, Mafune K, Koga K, Nishimura K, et al. Work-Family Spillover, Job Demand, Job Control, and Workplace Social Support Affect the Mental Health of Home-Visit Nursing Staff. *J UOEH*. 2021;43(1):51-60.
25. Gameiro M, Chambel MJ, Carvalho VS. A Person-Centered Approach to the Job Demands-Control Model: A Multifunctioning Test of Addictive and Buffer Hypotheses to Explain Burnout. *Int J Environ Res Public Health*. 29 de noviembre de 2020;17(23):E8871.
26. Manzano Patiño AP, Manzano Patiño AP. Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales. *Investig En Educ Médica*. marzo de 2018;7(25):67-72.
27. Ruiz MA. MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES. :13.
28. Loehlin JC, Beaujean AA. Latent variable models: an introduction to factor,

- path, and structural equation analysis. Fifth edition. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2017. 376 p.
29. Factores de riesgo psicosocial como predictores del bienestar laboral: un análisis SEM - ScienceDirect [Internet]. [citado 29 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793717300465?via%3Dihub>
 30. Sureda E, Mancho J, Sesé A, Sureda E, Mancho J, Sesé A. Factores de riesgo psicosocial, conflicto organizacional y satisfacción laboral en profesionales de la Salud: un modelo de ecuaciones estructurales. *An Psicol.* marzo de 2019;35(1):106-15.
 31. Santos AYR, Esquivel AD, Granillo JF, Sánchez JA, Camarena Alejo G. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. *An Méd Asoc Médica Cent Méd ABC.* 27 de diciembre de 2018;63(4):246-54.
 32. Chen C, Meier ST. Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* diciembre de 2021;124:104099.
 33. Rothe N, Schulze J, Kirschbaum C, Buske-Kirschbaum A, Penz M, Wekenborg MK, et al. Sleep disturbances in major depressive and burnout syndrome: A longitudinal analysis. *Psychiatry Res.* 18 de febrero de 2020;286:112868.
 34. relación entre satisfacción laboral, burnout y síntomas depresivos en médicos: un estudio transversal basado en el modelo de control de la demanda de empleo | Plaza de investigación [Internet]. [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-753962/v1>
 35. Muñoz-del-Carpio Toya A, Arias Gallegos WL, Caycho-Rodríguez T, Muñoz-del-Carpio Toya A, Arias Gallegos WL, Caycho-Rodríguez T. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* junio de 2019;57(2):139-48.
 36. Vilchez-Cornejo J, Romaní-Ojeda L, Ladera-Porta K, Marchand-Gonzales M. Síndrome de Burnout en médicos de un hospital de la Amazonía peruana. *Rev Fac Med Humana.* octubre de 2019;19(4):60-7.
 37. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 24 de mayo de 2016;33(2):241-7.
 38. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* [Internet]. 2019 [citado 29 de mayo de 2022];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.00284>
 39. Navajas-Romero V, Ariza-Montes A, Hernández-Perlines F. Analyzing the Job Demands-Control-Support Model in Work-Life Balance: A Study among Nurses in the European Context. *Int J Environ Res Public Health.* 21 de abril de 2020;17(8):E2847.
 40. Luo Y, Li Y, Xie J, Duan Y, Gan G, Zhou Y, et al. Symptoms of depression are related to sedentary behavior and sleep duration in elderly individuals: A cross-sectional study of 49,317 older Chinese adults. *J Affect Disord.* 2022;308:407-12.
 41. Aschbrenner KA, Naslund JA, Salwen-Deremer JK, Browne J, Bartels SJ, Wolfe RS, et al. Sleep quality and its relationship to mental health, physical

- health and health behaviours among young adults with serious mental illness enrolled in a lifestyle intervention trial. *Early Interv Psychiatry*. 2022;16(1):106-10.
42. Nguyen VV, Zainal NH, Newman MG. Why Sleep is Key: Poor Sleep Quality is a Mechanism for the Bidirectional Relationship between Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder Across 18 Years. *J Anxiety Disord*. 30 de junio de 2022;102601.
 43. Chang Q, Xia Y, Bai S, Zhang X, Liu Y, Yao D, et al. Association Between Pittsburgh Sleep Quality Index and Depressive Symptoms in Chinese Resident Physicians. *Front Psychiatry*. 2021;12:564815.
 44. Ogawa R, Seo E, Maeno T, Ito M, Sanuki M, Maeno T. The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. *BMC Med Educ*. 27 de marzo de 2018;18(1):50.
 45. Alva-Diaz C, Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Timaná-Ruiz R, Herrera-Añazco P, Jumba-Armas D, et al. Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. *Rev Colomb Psiquiatr*. marzo de 2021;50(1):22-8.
 46. Dong H, Zhang Q, Zhang Z, Zhu C. Association of sleep disturbance with shift work, occupational stress, and musculoskeletal pain in Chinese public hospital emergency workers: A multicentre cross-sectional study. *Chronobiol Int*. junio de 2022;39(6):886-94.
 47. Chang WP, Peng YX. Influence of rotating shifts and fixed night shifts on sleep quality of nurses of different ages: a systematic literature review and meta-analysis. *Chronobiol Int*. 3 de octubre de 2021;38(10):1384-96.
 48. Jaradat R, Lahlouh A, Mustafa M. Sleep quality and health related problems of shift work among resident physicians: a cross-sectional study. *Sleep Med*. febrero de 2020;66:201-6.
 49. Uribe Prado JF. Riesgos psicosociales, burnout y psicosomáticos en trabajadores del sector público. *Investig Adm*. 1 de enero de 2020;49-1:1-17.
 50. Manrique AM, Prieto BLA, Serna EG, Vásquez JF. Relación entre síndrome de Burnout y riesgo psicosocial intralaboral en profesionales sociales. *Diversitas [Internet]*. 26 de octubre de 2021 [citado 14 de junio de 2022];17(2). Disponible en: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/7077>
 51. de Oliveira AM, Silva MT, Galvão TF, Lopes LC. The relationship between job satisfaction, burnout syndrome and depressive symptoms. *Medicine (Baltimore)*. 10 de diciembre de 2018;97(49):e13364.
 52. Caballero-Alvarado J, Pino-Zavaleta F, Barboza JJ, Caballero-Alvarado J, Pino-Zavaleta F, Barboza JJ. Factores asociados a insomnio en profesionales de salud de un hospital público de Trujillo-Perú. *Horiz Méd Lima [Internet]*. octubre de 2020 [citado 16 de junio de 2022];20(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2020000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 53. Llanos Zavalaga LF, Castro Quiroz JA, Ortiz Fernández J, Ramírez Atencio CW, Llanos Zavalaga LF, Castro Quiroz JA, et al. Cuando crear sinergia no siempre es Salud: Análisis y propuesta en la evolución del Sistema de Salud en Perú. *Rev Medica Hered*. enero de 2020;31(1):56-

- 69.
54. PERU Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI [Internet]. [citado 16 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health/>
 55. Nantsupawat A, Kunaviktikul W, Nantsupawat R, Wichaikhum OA, Thienthong H, Poghosyan L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *Int Nurs Rev.* marzo de 2017;64(1):91-8.
 56. Junne F, Rieger M, Michaelis M, Nikendei C, Gündel H, Zipfel S, et al. Psychische Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt: Modelle und Prävention. *PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol.* abril de 2017;67(3/4):161-73.
 57. Osorio JE, Cárdenas Niño L, Osorio JE, Cárdenas Niño L. Estrés laboral: estudio de revisión. *Divers Perspect En Psicol.* enero de 2017;13(1):81-90.
 58. Pérez JP. Construcción y validación de una Escala Demanda-Control-Apoyo para medir el estrés laboral. *Rev Medica Hered.* 31 de marzo de 2022;33(1):24-34.
 59. Magnusson Hanson LL, Westerlund H, Chungkham HS, Vahtera J, Rod NH, Alexanderson K, et al. Job strain and loss of healthy life years between ages 50 and 75 by sex and occupational position: analyses of 64 934 individuals from four prospective cohort studies. *Occup Environ Med.* julio de 2018;75(7):486-93.
 60. Castro Méndez N, Suárez Cretton X, Castro Méndez N, Suárez Cretton X. Riesgos psicosociales y su relación con la salud laboral en un hospital. *Cienc Psicológicas* [Internet]. 2022 [citado 16 de junio de 2022];16(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212022000101206&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 61. BEAN CG, WINEFIELD HR, HUTCHINSON AD, SARGENT C, SHI Z. Unique associations of the Job Demand-Control-Support model subscales with leisure-time physical activity and dietary energy intake. *Ind Health.* enero de 2019;57(1):99-117.
 62. Dutheil F, Pereira B, Bouillon-Minois JB, Clinchamps M, Brousses G, Dewavrin S, et al. Validation of Visual Analogue Scales of job demand and job control at the workplace: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 17 de marzo de 2022;12(3):e046403.
 63. Leitão S, Mc Carthy VJC, Greiner BA. Health and safety practitioners' health and wellbeing — The link with safety climate and job demand-control-support. *Accid Anal Prev.* octubre de 2018;119:131-7.
 64. Dutheil F, Charkhabi M, Ravoux H, Brousse G, Dewavrin S, Cornet T, et al. Exploring the Link between Work Addiction Risk and Health-Related Outcomes Using Job-Demand-Control Model. *Int J Environ Res Public Health.* octubre de 2020;17(20):7594.
 65. Svavarsdottir EK, Sigurdardottir AO, Konradsdottir E, Tryggvadottir GB. The impact of nursing education and job characteristics on nurse's perceptions of their family nursing practice skills. *Scand J Caring Sci.* diciembre de 2018;32(4):1297-307.
 66. Åhlin JK, Westerlund H, Griep Y, Magnusson Hanson LL. Trajectories of job demands and control: risk for subsequent symptoms of major

- depression in the nationally representative Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH). *Int Arch Occup Environ Health*. 2018;91(3):263-72.
67. Zhang X jie, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi T ying. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses. *Medicine (Baltimore)*. 26 de junio de 2020;99(26):e20992.
 68. Taype-Rondan A, Alarcon-Ruiz CA, Zafra-Tanaka JH, Rojas-Vilar FJ. Factores asociados al ingreso económico, carga laboral y clima laboral en un grupo de médicos generales jóvenes en Perú. *Acta Médica Peru*. enero de 2018;35(1):6-13.
 69. Solís-Cóndor R, Tantalean-del Águila M, Burgos-Aliaga R, Chambi-Torres J. Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *An Fac Med*. julio de 2017;78(3):270-6.
 70. Zafra Tanaka JH, Tenorio-Mucha J, Bazalar-Palacios J. Asociación entre índice de ruralidad y satisfacción laboral en médicos y enfermeros de Perú. *Rev Cuba Salud Pública*. 28 de octubre de 2020;46:e1414.
 71. Chilquillo-Vega VL, Lama-Valdivia JE, De la Cruz-Vargas JA. Síndrome de burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima — Perú, 2018. *Rev Neuropsiquiatr*. 1 de octubre de 2019;82(3):175.
 72. Mori CT, Girón ENM, Cántaro EMR, Gonzales EBS. Revisión sistemática sobre síndrome de Burnout en personal de salud en América Latina entre 2015-2020. *Rev Investig En Psicol*. 18 de junio de 2021;24(1):197-221.
 73. Brand SL, Coon JT, Fleming LE, Carroll L, Bethel A, Wyatt K. Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PLOS ONE*. 4 de diciembre de 2017;12(12):e0188418.
 74. Duan-Porter W, Hatch D, Pendergast JF, Freude G, Rose U, Burr H, et al. 12-month trajectories of depressive symptoms among nurses— Contribution of personality, job characteristics, coping, and burnout. *J Affect Disord*. julio de 2018;234:67-73.
 75. Rangel Ramírez LE, Ramírez CI. Deterioro cognitivo, síntomas de depresión y calidad de sueño en médicos residentes de posgrados clínicos y quirúrgicos. *Neurol Argent*. 1 de octubre de 2019;11(4):183-91.
 76. Dratcu L. El futuro de la depresión: una enfermedad sistémica neuroendócrina, inflamatoria y neurodegenerativa compleja. *Vertex Rev Argent Psiquiatr*. 2009;329-41.
 77. Sun XY, Li YX, Yu CQ, Li LM. [Reliability and validity of depression scales of Chinese version: a systematic review]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. 10 de enero de 2017;38(1):110-6.
 78. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. *JAMA*. 10 de noviembre de 1999;282(18):1737-44.
 79. [cpg_depression.pdf](https://www.bcbsnm.com/pdf/cpg_depression.pdf) [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.bcbsnm.com/pdf/cpg_depression.pdf
 80. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P, et al. Psychometric characteristics of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Rev Médica Chile*. 2019;147(1):53-60.
 81. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, Colucci ME, Costanza A, Serafini

- G, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *J Affect Disord.* 15 de enero de 2021;279:473-83.
82. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scoppetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* marzo de 2021;50(1):11-21.
 83. Calderón et al. - 2012 - Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el.pdf [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n4/a27v29n4.pdf>
 84. 17049838006.pdf [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/170/17049838006.pdf>
 85. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care.* noviembre de 2003;41(11):1284-92.
 86. Levis B, Sun Y, He C, Wu Y, Krishnan A, Bhandari PM, et al. Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 9 de junio de 2020;323(22):2290-300.
 87. Baños-Chaparro J, Ynquillay-Lima P, Delgado FL, Guillen FGF, Baños-Chaparro J, Ynquillay-Lima P, et al. Evidencias psicométricas del Patient Health Questionnaire-2 para la evaluación de síntomas depresivos en adultos peruanos. *Rev Cienc Médicas Pinar Río* [Internet]. octubre de 2021 [citado 21 de junio de 2022];25(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942021000500021&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 88. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. [citado 17 de junio de 2022]; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nuf.12659>
 89. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, et al. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health.* febrero de 2017;3(1):6-19.
 90. Crivello A, Barsocchi P, Girolami M, Palumbo F. The Meaning of Sleep Quality: A Survey of Available Technologies. *IEEE Access.* 2019;
 91. Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. *Int J Environ Res Public Health.* 26 de enero de 2021;18(3):1082.
 92. Villarreal-Zegarra D, Torres-Puente R, Otazú-Alfaro S, Al-Kassab-Córdova A, Rey de Castro J, Mezones-Holguín E. Spanish version of Jenkins Sleep Scale in physicians and nurses: psychometric properties from a Peruvian nationally representative sample. *J Psychosom Res.* junio de 2022;157:110759.
 93. Climent-Sanz C, Marco-Mitjavila A, Pastells-Peiró R, Valenzuela-Pascual F, Blanco-Blanco J, Gea-Sánchez M. Patient Reported Outcome Measures of Sleep Quality in Fibromyalgia: A COSMIN Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* mayo de 2020;17(9):2992.
 94. Jenkins CD, Stanton BA, Niemcryk SJ, Rose RM. A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *J Clin Epidemiol.* 1988;41(4):313-21.
 95. Juhola J, Arokoski JPA, Ervasti J, Kivimäki M, Vahtera J, Myllyntausta S,

- et al. Internal consistency and factor structure of Jenkins Sleep Scale: cross-sectional cohort study among 80 000 adults. *BMJ Open*. 18 de enero de 2021;11(1):e043276.
96. Ali RM, Zolezzi M, Awaisu A. A Systematic Review of Instruments for the Assessment of Insomnia in Adults. *Nat Sci Sleep*. 2 de julio de 2020;12:377-409.
 97. Roy I. [Burnout syndrome: definition, typology and management]. *Soins Psychiatr*. octubre de 2018;39(318):12-9.
 98. Mauranges A. [Symptoms and characteristics of burnout]. *Soins Rev Ref Infirm*. noviembre de 2018;63(830):28-32.
 99. Saultz J. Burnout. *Fam Med*. enero de 2020;52(1):5-7.
 100. Lin CY, Alimoradi Z, Griffiths MD, Pakpour AH. Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS-MP). *Heliyon*. 1 de febrero de 2022;8(2):e08868.
 101. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Third edition. En: *Evaluating stress: A book of resources*. Lanham, MD, US: Scarecrow Education; 1997. p. 191-218.
 102. Pereira S de S, Fornés-Vives J, Unda-Rojas SG, Pereira-Junior GA, Juruena MF, Cardoso L. Confirmatory factorial analysis of the Maslach Burnout Inventory — Human Services Survey in health professionals in emergency services. *Rev Lat Am Enfermagem*. 29:e3386.
 103. Calderón-de la Cruz GA, Merino-Soto C, Juárez-García A, Domínguez-Lara S, Fernández-Arata M. ¿Es replicable la estructura factorial del Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) en la profesión de enfermera del Perú?: un estudio nacional. *Enferm Clínica*. septiembre de 2020;30(5):340-8.
 104. Stirparo G, Gambolò L, Bellini L, Medioli F, Bertuol M, Guasconi M, et al. Satisfaction evaluation for ACLS training. *Acta Bio-Medica Atenei Parm*. 1 de julio de 2022;93.
 105. Li T, Lei T, Sun F, Xie Z. Determinants of village doctors' job satisfaction under China's health sector reform: a cross-sectional mixed methods study. *Int J Equity Health*. 18 de abril de 2017;16(1):64.
 106. Rostami F, Babaei-Pouya A, Teimori-Boghsani G, Jahangirimehr A, Mehri Z, Feiz-Arefi M. Mental Workload and Job Satisfaction in Healthcare Workers: The Moderating Role of Job Control. *Front Public Health*. 3 de septiembre de 2021;9:683388.
 107. Sauerteig SO, Wijesuriya J, Tuck M, Barham-Brown H. Doctors' health and wellbeing: at the heart of the NHS's mission or still a secondary consideration? *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. diciembre de 2019;31(7-8):548-54.
 108. Lasebikan OA, Ede O, Lasebikan NN, Anyaehie UE, Oguzie GC, Chukwujindu ED. Job satisfaction among health professionals in a federal tertiary hospital in Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 3 de enero de 2020;23(3):371.
 109. Villarreal-Zegarra D, Torres-Puente R, Castillo-Blanco R, Cabieses B, Bellido-Boza L, Mezones-Holguin E. Development of the set of scales to assess the job satisfaction among physicians in Peru: validity and reliability assessment. *BMC Public Health*. diciembre de 2021;21(1):1-14.

ANEXO

INSTRUMENTO: SINDROME DE BURNOUT

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI - HSS (MP)) INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS) Modificación MBI-HSS 15

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca / Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

INSTRUMENTO: SATISFACCION LABORAL

ESCALA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD

		MOSTRAR TARJETA N° 6				
		Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Ni satisfecho/a Ni insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a
1.	Manejo de presupuesto?	5	4	3	2	1
2.	Gestión de medicamentos - farmacias?	5	4	3	2	1
3.	Organización de los servicios?	5	4	3	2	1
4.	Gestión de los recursos humanos?	5	4	3	2	1
5.	Programación de turnos?	5	4	3	2	1
6.	Atención al usuario?	5	4	3	2	1
7.	Prevención de infecciones intrahospitalarias / eventos adversos?	5	4	3	2	1
8.	Capacidad de gestión / trabajo?	5	4	3	2	1

ESCALA DE ACTIVIDAD PROFESIONAL GENERAL

		MOSTRAR TARJETA N° 6				
		Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Ni satisfecho/a Ni insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a
1.	La relación médico paciente durante la consulta?	5	4	3	2	1
2.	Su expectativa en satisfacer las necesidades de sus pacientes?	5	4	3	2	1
3.	Su disponibilidad para realizar ejercicio profesional asistencial en otras instituciones?	5	4	3	2	1
4.	Los logros obtenidos en su carrera?	5	4	3	2	1
5.	Impacto en su vida personal o familiar por la carga laboral asociada a su profesión?	5	4	3	2	1
6.	Los riesgos asociados a su actividad profesional?	5	4	3	2	1

ESCALA DE LAS CONDICIONES LABORALES DE LOS CENTROS DE SALUD

		MOSTRAR TARJETA N° 6				
		Muy satisfecho/a	Satisfecho/a	Ni satisfecho/a Ni insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a
1	Posibilidades de promoción o ascenso?	5	4	3	2	1
3	La valoración de su trabajo?	5	4	3	2	1
4	El tipo de labor que realiza?	5	4	3	2	1
5	La carga laboral que realiza?	5	4	3	2	1
6	Posición en su institución y participación en las decisiones de gestión de su servicio?	5	4	3	2	1
8	Horario o jornada de trabajo?	5	4	3	2	1
9	La relación con sus compañeros de trabajo?	5	4	3	2	1
11	La infraestructura e instalaciones de servicios (agua, desagüe, luz, oxígeno, etc.)?	5	4	3	2	1
12	El instrumental y equipamiento para atender a los pacientes?	5	4	3	2	1
13	La relación con sus jefes o superiores?	5	4	3	2	1
14	Las condiciones de higiene y bioseguridad?	5	4	3	2	1

INSTRUMENTO: SINTOMAS DEPRESIVOS

Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2)

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

INSTRUMENTO: CALIDAD DE SUEÑO

JENKINS SLEEP SCALA (JSS-4)

Nº	Ítems	No me ocurre	Me ocurre 1-3 días	Me ocurre 4-7 días	Me ocurre 8-14 días	Me ocurre 15-21 días	Me ocurre 22-31 días
1	Tiene dificultad para quedarse dormido?	1	2	3	4	5	6
2	Tiene dificultad para permanecer dormido?	1	2	3	4	5	6
3	Despierta varias veces por la noche?	1	2	3	4	5	6
4	Al despertarse se siente cansado y agotado después de un sueño normal?	1	2	3	4	5	6



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, VILLARREAL ZEGARRA DAVID ROGELIO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Modelo explicativo de síntomas depresivos y calidad de sueño a partir de variables ocupacionales en médicos y enfermeras peruanas de primer nivel de atención

", cuyo autor es CHAVEZ QUIÑONES FRANCO JOMAR, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 21 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
VILLARREAL ZEGARRA DAVID ROGELIO DNI: 47158440 ORCID: 0000-0002-2222-4764	Firmado electrónicamente por: DRVILLARREALV el 21-01-2023 07:18:30

Código documento Trilce: TRI - 0525725