



Universidad César Vallejo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Asociación entre síndrome de Burnout y calidad del sueño en médicos
de hospitales peruanos nivel III

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Mendoza Mata, Angela Menieh (orcid.org/0000-0003-1279-1041)

ASESOR:

Mgtr. Rueda Torres, Lenin Vladimir (orcid.org/0000-0001-5685-6658)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Apoyo a la reducción de brechas y carencias en la educación en todos sus niveles

TRUJILLO - PERÚ

2024



Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, RUEDA TORRES LENIN VLADIMIR, 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: "Asociación entre síndrome de burnout y calidad del sueño en médicos de hospitales peruanos nivel III", cuyo autor es MENDOZA MATA ANGELA MENIEH, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 9%, 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, 25 de Octubre del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
RUEDA TORRES LENIN VLADIMIR DNI: 46764415 ORCID: 0000-0001-5685-6658	Firmado electrónicamente por: LRUEDAT el 30-10- 2024 12:00:50

Código documento Trilce: TRI - 0887273



Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, MENDOZA MATA ANGELA MENIEH estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Asociación entre síndrome de burnout y calidad del sueño en médicos de hospitales peruanos nivel III", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

Nombres y Apellidos	Firma
ANGELA MENIEH MENDOZA MATA DNI: 76134886 ORCID: 0000-0003-1279-1041	Firmado electrónicamente por: AMMENDOZAM el 25- 10-2024 11:29:42

Código documento Trilce: TRI - 0887275

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a Dios. A mis padres por su apoyo incondicional y guiarme por el buen camino de la vida; y por su confianza depositada en mí. Además, se lo dedico a mis hermanas; quienes me apoyaron en todo momento y me alentaron a seguir adelante, por lo que les agradezco todo el respaldo brindado.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por su apoyo en mi formación profesional, tanto emocional como económicamente. Y también mis sinceros agradecimientos a mi asesor, por su paciencia y brindarme su ayuda siempre que lo necesité.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Declaratoria de Autenticidad del Asesor	ii
Declaratoria de Originalidad del Autor ..	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas.....	vii
Índice de figuras.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODOLOGÍA.....	4
III. RESULTADOS.....	6
IV. DISCUSIÓN.....	19
V. CONCLUSIONES.....	22
VI. RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS.....	25
ANEXOS.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio.....	15
Tabla 2. Características sociodemográficas y ocupacionales de los participantes del estudio.....	16
Tabla 3. Descripción de promedios obtenidos de acuerdo a puntaje en el MBI, sus dimensiones, el PSQI, y sus categorías.....	17
Tabla 4. Análisis bivariado de valores del MBI por categorías de calidad de sueño.....	19
Tabla 5. Modelo de regresión lineal multivariado ajustado por características sociodemográficas, BO total y sus dimensiones.....	25
Tabla 6. Modelo de regresión lineal multivariado ajustado por CE, edad y estado civil.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de cajas y bigotes de los puntajes obtenidos en el PSQI, y su clasificación de esta, de acuerdo a la ocupación	21
Figura 2. Diagrama de dispersión entre los valores de las dimensiones de despersonalización y cansancio emocional en función a las categorías de calidad de sueño.....	22
Figura 3. Diagrama de dispersión entre los valores de las dimensiones de realización personal y cansancio emocional en función a las categorías de calidad de sueño.....	23
Figura 4. Diagrama de dispersión entre los valores de las dimensiones de despersonalización y realización personal en función a las categorías de calidad de sueño.....	23
Figura 5. Diagrama de matriz de correlaciones entre las dimensiones del SBO, la calidad de sueño y la edad.....	24
Figura 6. Diagrama de matriz de correlaciones entre las dimensiones del SBO y la CS.....	25

RESUMEN

El síndrome de burnout (SBO) desempeña un papel crucial en la salud ocupacional, especialmente entre los profesionales de la salud. Se ha establecido que el SBO puede deteriorar significativamente la calidad del sueño, lo que afecta la capacidad de los médicos para brindar atención de calidad. Por lo que, la tesis tuvo como objetivo estimar la asociación entre el SBO y la calidad de sueño en médicos peruanos de un hospital peruano nivel III. Este estudio se enmarca en el objetivo de desarrollo sostenible N° 3; Salud y Bienestar.

La metodología empleada fue básica, con enfoque cuantitativo, corte transversal, diseño observacional. Para abordar ello, se enviaron encuestas virtuales mediante *Google Forms* a médicos que laboran en hospitales peruanos de nivel III. El formulario incluyó el Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar el SBO y el Test de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), para medir la calidad del sueño. Se evaluaron 135 médicos durante el periodo de agosto a octubre de 2024. Los análisis revelaron una asociación significativa entre la dimensión de cansancio emocional (CE) del SBO y la calidad del sueño, con un valor de p inferior a 0.001. El coeficiente beta obtenido fue de 0.01, indicando que, por cada unidad de incremento en el CE, se observó un aumento de 0.01 correspondiente en el deterioro de la calidad del sueño. Por lo que, se concluye que existe una relación significativa, entre el CE y la calidad de sueño.

Palabras clave: Síndrome de burnout, calidad de sueño, médicos.

ABSTRACT

Burnout syndrome (BOS) plays a crucial role in occupational health, especially among health professionals. It has been established that BOS can significantly impair sleep quality, affecting physicians' ability to provide quality care. Therefore, the thesis aimed to estimate the association between BOS and sleep quality in Peruvian physicians from a Peruvian level III hospital. This study is part of Sustainable Development Goal No. 3; Health and Well-being.

The methodology used was basic, with a quantitative approach, cross-sectional, observational design. To address this, virtual surveys were sent through Google Forms to physicians working in Peruvian level III hospitals. The form included the Maslach Burnout Inventory (MBI) to assess BOS and the Pittsburgh Sleep Quality Test (PSQI), to measure sleep quality. 135 physicians were evaluated during the period from August to October 2024. The analyses revealed a significant association between the emotional exhaustion (EE) dimension of SBO and sleep quality, with a p value less than 0.001. The beta coefficient obtained was 0.01, indicating that, for each unit increase in the EE, a corresponding 0.01 increase in the deterioration of sleep quality was observed. Therefore, it is concluded that there is a significant relationship between the EE and sleep quality.

Keywords: Burnout syndrome, sleep quality, physicians.

I. INTRODUCCIÓN

La salud ocupacional cobra cada vez más importancia en el campo médico asistencial. Los trabajadores del área de la salud, especialmente los médicos, son un grupo ocupacional con altos riesgos psicosociales que están siempre al frente de crisis asistiendo pacientes, con largas horas de trabajo, guardias, entre otras tareas; lo cual resulta en niveles altos de estrés y presión ¹.

El síndrome de Burnout (SBO), es una condición asociada al agotamiento físico, mental y emocional producto del estrés crónico en el lugar de trabajo ². Esto reduce la sensación de realización personal y profesional además de promover actitudes negativas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el SBO es un reto en el trabajo que puede afectar en la calidad de vida, psicosocial e incluso la vida de los que la padecen ³.

El SBO es prevalente, principalmente, en el personal médico. A nivel mundial, se estima que el 45% de médicos presentan SBO, incluyendo a médicos generales y residentes, en estos últimos puede llegar hasta un 80% de casos, por ser la recarga de actividades asistenciales⁴. Esta condición repercute en la relación con los pacientes. Se asocian a respuestas inadecuadas, intervenciones innecesarias, conductas reactivas de enojo, impuntualidad, entre otros eventos que impactan negativamente sobre la calidad de la atención médica hospitalaria ⁵.

Según lo observado en Perú, Ochoa (2017), en su estudio sobre el Burnout, señala que el ámbito de la salud es donde ocurre con mayor frecuencia el SBO. Esto resulta de la carga laboral sostenida debido a las extensas jornadas de trabajo. En su investigación evidencia la repercusión del cansancio del médico en la ausencia laboral. Demuestra que en nuestro país sigue siendo un tema vigente, puesto que, se incentiva al trabajo, pero no se ofrecen las condiciones adecuadas para que un médico pueda sobrellevar ese cansancio crónico y desmotivación. ¹⁵

Un evento potencialmente relacionado a esta condición es el detrimento de la calidad

del sueño. La actividad médica se caracteriza por largas horas de trabajo y guardias nocturnas frecuentes, lo que condiciona sacrificar horas de sueño y alterar el ciclo de vigilia ⁸. El sueño es una función fisiológica, considerada fundamental para conservar la integridad de la salud de los individuos, cuya afectación se asocia a riesgos como accidentes, disfunción cognitiva, metabólica, cardiovascular, entre otros ³

Por lo que, Rodríguez y Alarcón (2010), señalan que las personas que padecen de burnout suelen experimentar cambios en su patrón de sueño. Además, mencionan que el investigar cómo los diversos aspectos del burnout se relacionan con la calidad del sueño en médicos de nuestra realidad, nos brindará una diferente perspectiva sobre la conexión de ambos elementos, permitiendo obtener información valiosa para desarrollar planes y acciones dirigidas a fomentar factores de protección que prevengan el SBO y promuevan una calidad de sueño esencial. Esto es importante para garantizar el bienestar personal, el desempeño en el trabajo efectivo y el rendimiento cognitivo adecuado del personal de salud.²³

En el Perú, la prevalencia de SBO en médicos es variable con estimaciones entre 3,7% a 80 % de acuerdo las condiciones y contexto de actividades que se ejecutan ⁶. Lo cual muestra que los médicos son una población susceptible a desarrollar SBO, predisponiéndolos a ofrecer una mala calidad de atención a los pacientes y exponerlos a equivocarse; sin mencionar al deterioro de la salud al que son predispuestos ⁷.

Esta propuesta de investigación se centra en los profesionales de la salud, especialmente los médicos. Debido a que estos duermen poco o mal, se ha demostrado la importancia del tema de investigación con la finalidad de aportar a dilucidar la relación entre la calidad del sueño y el SBO ⁹. Por lo antes expuesto, la investigación presenta el siguiente problema de investigación ¿Existirá asociación entre el SBO y la calidad de sueño en médicos de un hospital peruano nivel III?, teniendo como objetivo general estimar la asociación entre SBO y la calidad de sueño en médicos peruano de un hospital peruano nivel III, y como objetivos específicos, determinar la prevalencia del SBO y calidad de sueño en médicos peruanos de un hospital nivel III.

Entorno a ello, se plantea como hipótesis general: Existe asociación significativa entre

el SBO y la calidad de sueño. Además, el presente estudio se justifica en que, los médicos son una población cuya carrera se asocia a altos niveles de estrés y por ende los vuelve vulnerables a no sólo desarrollar el SBO y afectar su calidad de sueño, sino también en su crecimiento profesional, deteriorando la relación médico-paciente, y a su vez el ambiente en el que trabajan. Adicionalmente, este trabajo ayudará a que se tomen medidas preventivas al SBO para mejorar así la calidad laboral y su desarrollo emocional como social.

II. METODOLOGÍA

Este estudio se llevó a cabo mediante un diseño transversal, utilizando encuestas virtuales como método principal de recolección de datos. La población objetivo incluyó médicos que laboran en hospitales peruanos de nivel III, seleccionados por su exposición a entornos de alta demanda laboral. La selección de participantes se elaboró utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, asegurando que los médicos que participaron tuvieran acceso a las herramientas necesarias para completar las encuestas virtuales.

La recolección de datos incluyó las variables de estudio (anexo n°1) que se implementó a través de la plataforma *Google Forms*, elegida por su accesibilidad y capacidad para manejar grandes volúmenes de datos de manera eficiente. Las encuestas fueron distribuidas por correo electrónico institucional y grupos de comunicación interna de los hospitales, garantizando que solo los médicos de los hospitales seleccionados tuvieran acceso al formulario. Se incluyó una carta de presentación en el correo, explicando el propósito del estudio y asegurando la confidencialidad de las respuestas.

El formulario de encuesta consistió en dos instrumentos validados: el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (anexos 2). El MBI se constituye por 22 premisas en forma de afirmaciones, sobre sentimientos y actitudes del profesional. El constructo está conformado por tres dimensiones que involucran el cansancio emocional (CE) con nueve ítems, la despersonalización (D) con cinco ítems y realización personal (RP) con ocho ítems. A cada uno de estos componentes se le asigna una puntuación de escala entre 0 a 6. En ese sentido, la puntuación máxima para CE es 54, para D es 30 y para RP, 56 puntos.

Test de Calidad de Sueño de Pittsburgh (CSP): Valora la calidad del sueño de forma cuantitativa con 19 preguntas, respondidas por el participante. Se obtienen siete puntuaciones que informan sobre las dimensiones del instrumento de la calidad del sueño de Pittsburgh: Calidad de sueño subjetiva, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. A cada una de las preguntas se le asigna una puntuación que puede ir de 0 a 3; donde una puntuación de cero no condiciona problemas, mientras

que el valor de tres señala problemas graves. El consolidado de todas ellas resultará una puntuación máxima de 21. Los puntos de corte adoptados para el presente estudio son: ningún problema menos de 5, merece atención médica 5 a 7, merece atención médica y tratamiento 8 a 14 y problemas de sueño grave mayor de 15.

Los datos recolectados a través de *Google Forms* fueron exportados a una hoja de cálculo para su limpieza y análisis. Se realizaron procedimientos de validación de datos para identificar respuestas incompletas o inconsistentes, las cuales fueron excluidas del análisis final. Se aseguró que cada participante hubiera completado todas las secciones del cuestionario para ser incluido en el estudio.

Este enfoque metodológico permitió una recopilación de datos eficiente y precisa, facilitando un análisis detallado de la relación entre el burnout y la calidad del sueño en médicos de hospitales peruanos de nivel III. La utilización de instrumentos validados y la recolección virtual de datos garantizó la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos, proporcionando una base sólida para la interpretación de las asociaciones identificadas.

En cuanto a la selección de variables, en calidad de sueño, Angulo L³⁸ estableció que 96.5% de médicos presentó disminución y alteración del sueño. Mientras que, en una revisión sobre el SBO en Latinoamérica por Jackson E³⁹, donde se estudió al personal médico y su relación con el SBO, se obtuvo que el 76% padecía de burnout. Además, Cañadas⁴⁰ en su estudio hace referencia que existe mayor prevalencia de SBO en mujeres, debido a una mayor tendencia a percibir el estrés laboral. Adicionalmente según Borda Pérez M⁴¹, el rango de edad entre 35 y 45 años es considerado factor de riesgo para el BO.

3.7 Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación se realizó con la aprobación del comité de Ética Institucional de la Universidad César Vallejo, aprobado con código de resolución N°0100-2024-UCV-VA-MED/DE.

III. RESULTADOS

Se evaluaron 135 trabajadores médicos de hospitales peruanos nivel III, en el periodo, agosto- octubre del 2024. En la tabla N°1, se observa las características epidemiológicas de los participantes. Se rescata que el sexo femenino representa el 52% (n=70) en relación al sexo masculino 48% (N=65). Además, se evidencia que gran parte de los participantes presentaron una media de 32 años (RIQ: 30-34). Por otro lado, se encontró una diferencia en las proporciones ocupacionales, resaltando que el médico residente tuvo una participación del 76% (n=103). Adicionalmente, se observa que el 68% (n=92) reportó un estado civil de solteros.

Tabla 1. Características sociodemográficas de participantes de estudio

Características	N = 135 ¹
Sexo	
Femenino	70 (52%)
Masculino	65 (48%)
Edad	32 (30, 34)
Ocupación	
Médico especialista	15 (11%)
Médico general	17 (13%)
Médico residente	103 (76%)
Estado civil	
Casado/a	27 (20%)
Conviviente	11 (8.1%)
Divorciado/a	3 (2.2%)
Soltero/a	92 (68%)
Viudo/a	2 (1.5%)

¹ n (%); Mediana (RIQ : Q1, Q3)

En la tabla N°2 se muestran las características sociodemográficas y ocupacionales de los participantes del estudio. Se observa que, el 57% (n=77) de los participantes no indicaron tener hijos. Por otro lado, se evidencia que la mayoría de encuestados se encuentra laborando entre uno a dos años en su centro hospitalario, ocupando el 38% (n=51) en un año y el 39% (n=52) en dos años de trabajo. Se resalta que el 74% (n=100) de participantes no realiza actividades adicionales además de trabajar en el hospital.

Tabla 2. Características sociodemográficas y ocupacionales de participantes de estudio

Características	N = 135 ¹
Número de hijos	
0	77 (57%)
1	34 (25%)
2	15 (11%)
3	5 (3.7%)
4	4 (3.0%)
Años de trabajo hospitalario	
1 Año	51 (38%)
2 Años	52 (39%)
3 Años	15 (11%)
4 Años	3 (2.2%)
5 Años	4 (3.0%)
Más de 5 años	10 (7.4%)
Actividades adicionales	
Consultorio particular	21 (16%)
Docencia	8 (5.9%)

Investigación	1 (0.7%)
No	100 (74%)
Práctica clínica particular	4 (3.0%)
Preparación para la residencia médica	1 (0.7%)
¹ n (%); Mediana (Q1, Q3)	

En la tabla N°3, se observa los promedios obtenidos de acuerdo a puntaje en el MBI, sus dimensiones, el PSQI, y sus categorías. Se evidencia que, en relación al puntaje total obtenido en el MBI, los participantes tuvieron un promedio de 71 puntos (RIQ: 64, 77). Además, se reconocen tres formas de categorizar los puntajes de acuerdo al MBI. De acuerdo a la primera clasificación, se observa que el 50% (n=67) de los participantes no presentan indicios de BO, mientras que el 41% (n=55) si presenta. Adicionalmente, se observa que el 3% (n=4) tiene riesgo alto. Conforme a la clasificación según categorías de BO, se rescata que el 64% (n=87) presenta SBO moderado, y el 0.7% (n=1) presenta nivel alto de BO. Por otro lado, de acuerdo a la clasificación de las dimensiones del SBO, se obtiene que el 47% (n=64) presenta moderado CE. Mientras que el 69% (n=93) presenta nivel de DE bajo. En cuanto a la dimensión de RP se evidencia que el 67% (n=90) presenta nivel bajo y 19% (n=26) tiene nivel moderado. Además, se rescata que el promedio del puntaje obtenido en el PSQI de los participantes, fue de 9 puntos (RIQ:7-12). Se evidencia que el 69% (n=93) necesita atención médica y tratamiento, y el 3.7% (n=5) presenta graves problemas de sueño.

Tabla 3. Descripción de promedios obtenidos de acuerdo a puntaje en el MBI, sus dimensiones, el PSQI, y sus categorías

Burnout (BO) y Calidad de sueño (CS)	N = 135¹
Total, de BO	71 (64, 77)
Clasificación BO	
Bajo riesgo	4 (3.0%)

Indicios	55 (41%)
No indicios	67 (50%)
Riesgo alto	4 (3.0%)
Riesgo moderado	5 (3.7%)
Categorías de BO	
Alto	1 (0.7%)
Leve	43 (32%)
Mínimo	4 (3.0%)
Moderado	87 (64%)
Cansancio emocional (CE)	24 (19, 29)
Alto	49 (36%)
Bajo	22 (16%)
Moderado	64 (47%)
Despersonalización (DE)	5.0 (3.0, 9.0)
Alto	13 (9.6%)
Bajo	93 (69%)
Moderado	29 (21%)
Realización personal (RP)	42 (36, 45)
Alto	19 (14%)
Bajo	90 (67%)
Moderado	26 (19%)
CS	9.00 (7.00, 12.00)
Necesita atención médica	35 (26%)
Necesita atención médica y tratamiento	93 (69%)

Ningún problema	2 (1.5%)
Graves problemas de sueño	5 (3.7%)

¹ Mediana (Q1, Q3); n (%)

En la tabla N°4 se muestra el análisis bivariado de factores sociodemográficos y el MBI por categorías de calidad de sueño de acuerdo a la cantidad de participantes. Se rescata que de acuerdo al p-valor, existe una relación significativa entre la CS y la variable de CE ($p=0.014$). Se observa que 93 participantes obtuvieron puntaje de 25 puntos (RIQ: 22,23) en dicha dimensión. Además, se puede observar que el 43% ($n=40$) presenta nivel alto de CE, por lo que necesitan atención médica y tratamiento. Además, se muestra la relación con la variable de DE ($p<0.001$). Se observa que la media del puntaje fue de 6 puntos (RIQ: 4-9) en la categoría “Necesita atención médica y tratamiento”, que incluye la mayor cantidad de participantes con 93 observaciones, del cual el 60% ($n=56$) presentó nivel bajo en dicha dimensión. Por otro lado, se evidencia también la relación con la variable de RP ($p<0.001$). Se observa que el 63% ($n=59$) de 93 participantes presenta nivel bajo de RP, necesitando atención médica y tratamiento. Adicionalmente, se observa relación con la variable de BO, de acuerdo al valor de $p=0.011$. Se muestra que el 47% ($n=44$) de 93 participantes, presenta indicios de BO, por lo que requiere de atención médica y tratamiento.

Tabla 4. Análisis bivariado de valores del MBI por categorías de calidad de sueño

Variable	N	Necesita atención médica	Necesita atención médica y tratamiento	Ningún problema	Graves problemas de sueño	p-valor ²
		N = 35 ¹	N = 93 ¹	N = 2 ¹	N = 5 ¹	
Edad	135	33 (32, 35)	31 (30, 33)	29 (29, 29)	32 (32, 33)	0.003
Ocupación	135					0.009

Médico especialista		8 (23%)	6 (6.5%)	0 (0%)	1 (20%)	
Médico general		0 (0%)	17 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	
Médico residente		27 (77%)	70 (75%)	2 (100%)	4 (80%)	
CE	135	22 (16, 25)	25 (22, 32)	24 (23, 25)	30 (23, 34)	0.003
CE1	135					0.014
Alto		6 (17%)	40 (43%)	0 (0%)	3 (60%)	
Bajo		11 (31%)	11 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	
Moderado		18 (51%)	42 (45%)	2 (100%)	2 (40%)	
D	135	3.0 (2.0, 5.0)	6.0 (4.0, 9.0)	10.0 (3.0, 17.0)	6.0 (5.0, 12.0)	<0.001
D1	135					<0.001
Alto		1 (2.9%)	10 (11%)	1 (50%)	1 (20%)	
Bajo		33 (94%)	56 (60%)	1 (50%)	3 (60%)	
Moderado		1 (2.9%)	27 (29%)	0 (0%)	1 (20%)	
RP	135	45 (43, 46)	41 (36, 44)	24 (14, 34)	37 (36, 37)	<0.001
RP1	135					<0.001
Alto		1 (2.9%)	17 (18%)	1 (50%)	0 (0%)	
Bajo		30 (86%)	59 (63%)	0 (0%)	1 (20%)	
Moderado		4 (11%)	17 (18%)	1 (50%)	4 (80%)	
BO	135					0.011
Bajo riesgo		1 (2.9%)	3 (3.2%)	0 (0%)	0 (0%)	
Indicios		6 (17%)	44 (47%)	2 (100%)	3 (60%)	
No indicios		28 (80%)	37 (40%)	0 (0%)	2 (40%)	
Riesgo alto		0 (0%)	4 (4.3%)	0 (0%)	0 (0%)	

Riesgo moderado		0 (0%)	5 (5.4%)	0 (0%)	0 (0%)	
BO total	135	67 (63, 73)	72 (65, 79)	58 (42, 74)	72 (70, 78)	0.2
BO categorías	135					0.4
Alto		0 (0%)	1 (1.1%)	0 (0%)	0 (0%)	
Leve		16 (46%)	25 (27%)	1 (50%)	1 (20%)	
Mínimo		0 (0%)	4 (4.3%)	0 (0%)	0 (0%)	
Moderado		19 (54%)	63 (68%)	1 (50%)	4 (80%)	

¹ n (%); Mediana (RIQ)

² Fisher's prueba exacta o Suma de rangos de Kruskal-Wallis

En la Figura N°1, se observan los puntajes obtenidos en el PSQI, de acuerdo a la ocupación de los participantes. Se resalta que, en los médicos generales, prevalece mayormente peor CS, al tener menor cantidad de participantes. Mientras que los médicos residentes, presentan una gran variación en los puntajes obtenidos, rescatando que la mayor parte de ellos presenta pobre CS. Por otro lado, en los médicos asistentes, de igual forma se observa diferencias en los puntajes, sin embargo, se encuentra que la mayoría presenta pobre CS.

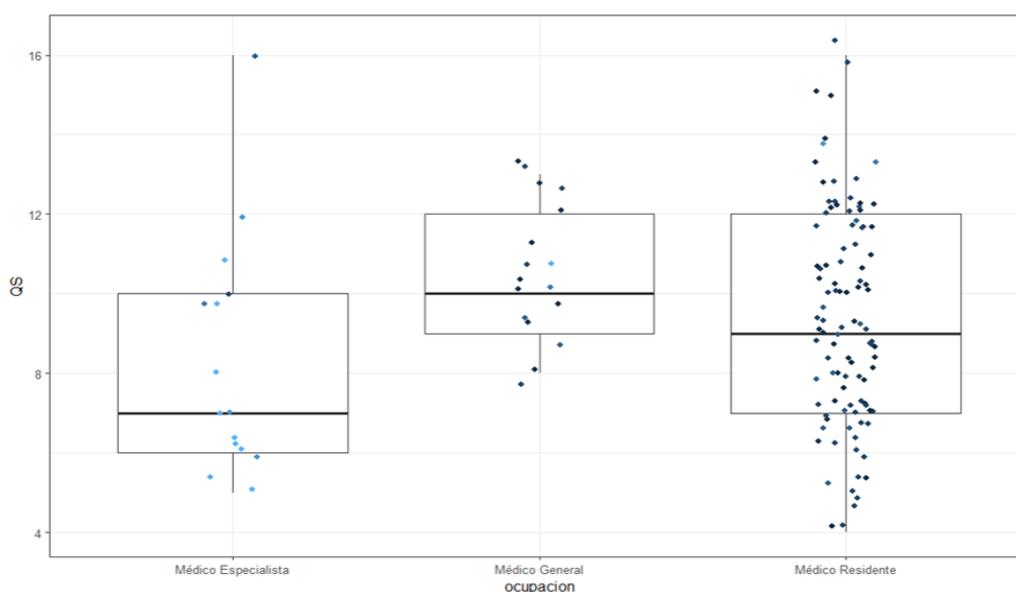


Figura 1. Diagrama de cajas y bigotes de los puntajes obtenidos en el PSQI, y su clasificación de esta, de acuerdo a la ocupación.

En la Figura N°2, se observa el diagrama de dispersión entre los valores de las dimensiones de DE y CE en función a las categorías de CS. Se observa que a mayor puntaje en la dimensión de DE y CE, los participantes presentan peor CS, por lo que requieren de atención médica y de tratamiento.

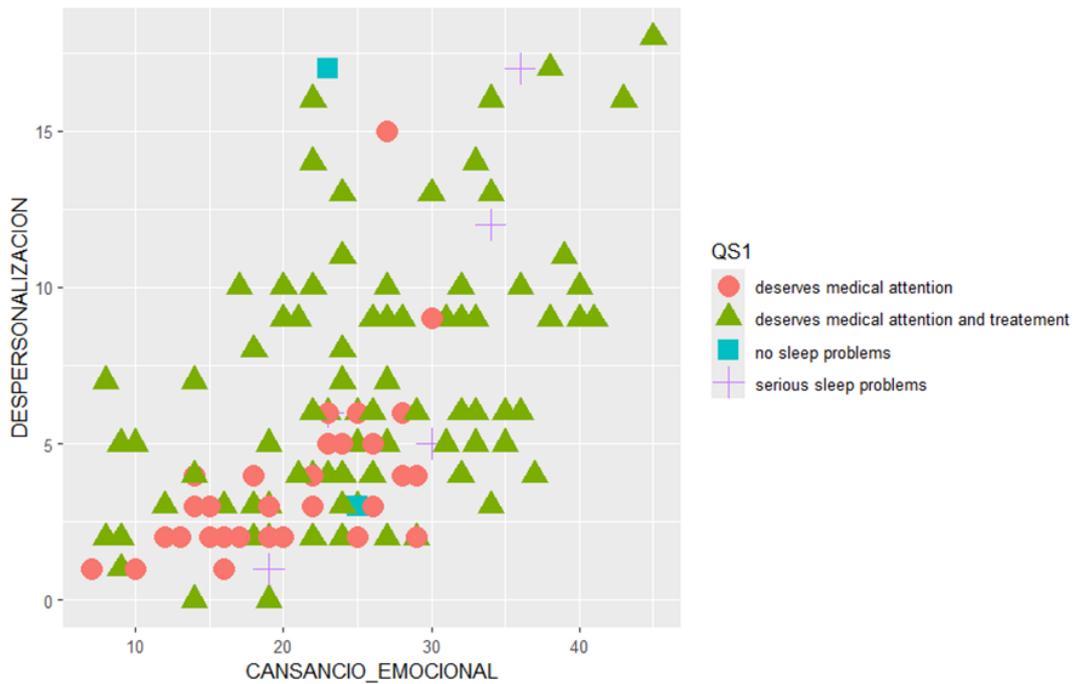


Figura 2. Diagrama de dispersión entre los valores de las dimensiones de despersonalización y cansancio emocional en función a las categorías de calidad de sueño.

En la Figura N°3, se observa el diagrama de dispersión entre los valores de las dimensiones de RP y CE en función a las categorías de CS. Se observa que, a mayor puntaje en la dimensión de CE presentará menor RP, y los participantes que se encuentran dentro de dicho rango, tienen mala CS, y requieren de atención médica.

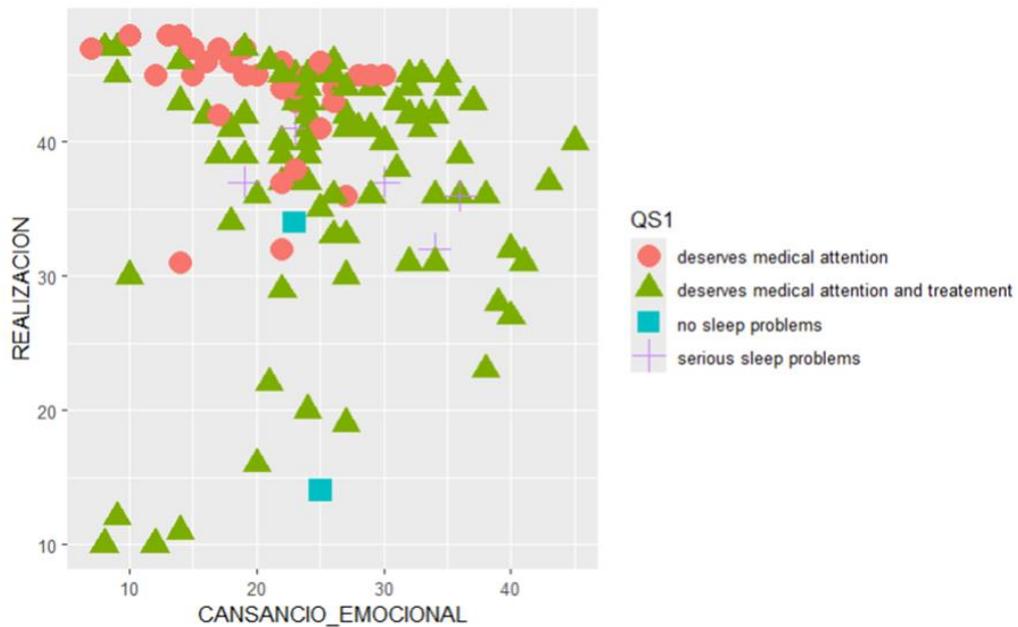


Figura 3. Diagrama de dispersión entre los valores de las dimensiones de realización personal y cansancio emocional en función a las categorías de calidad de sueño.

En la Figura N°4, se observa el diagrama de dispersión entre los valores de las dimensiones de DE y RP en función a las categorías de CS. Se observa que, a menor puntaje en la dimensión de RP, se obtiene mayor puntaje en la dimensión de DE. Los participantes en que presentan dicho puntaje, tienen mala CS, y requieren de atención médica.



Figura 4. Diagrama de dispersión entre los valores de las dimensiones de despersonalización y realización personal en función a las categorías de calidad de sueño.

En la Figura N°5, se observa la correlación de las dimensiones del SBO, BO total, la CS y la edad. Se rescata que la edad tiene poca correlación con la CS (-0.10). Mientras que, la correlación entre el CE y la CS es significativamente mayor (0.40). Además, se muestra la relación entre el BO total y la CS (0.20). Por otro lado, se observa que la mayor correlación se encuentra entre CE y BO total, representado por 0.80.

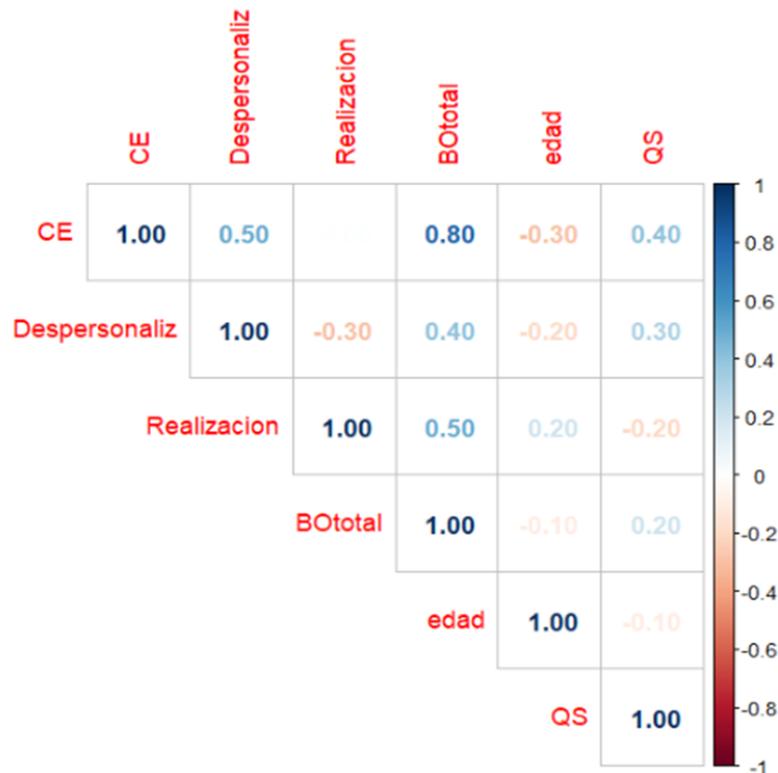


Figura 5. Diagrama de matriz de correlaciones entre las dimensiones del SBO, la calidad de sueño y la edad.

En la Figura N°6, se observa el diagrama de matriz de correlaciones entre las dimensiones del SBO y la CS. Donde se muestra, que la relación entre ambas

variables es de 0.19. significativo ($p < 0.05$). Asimismo, se evidencia una tendencia ascendente (pendiente positiva) en la gráfica de dispersión.

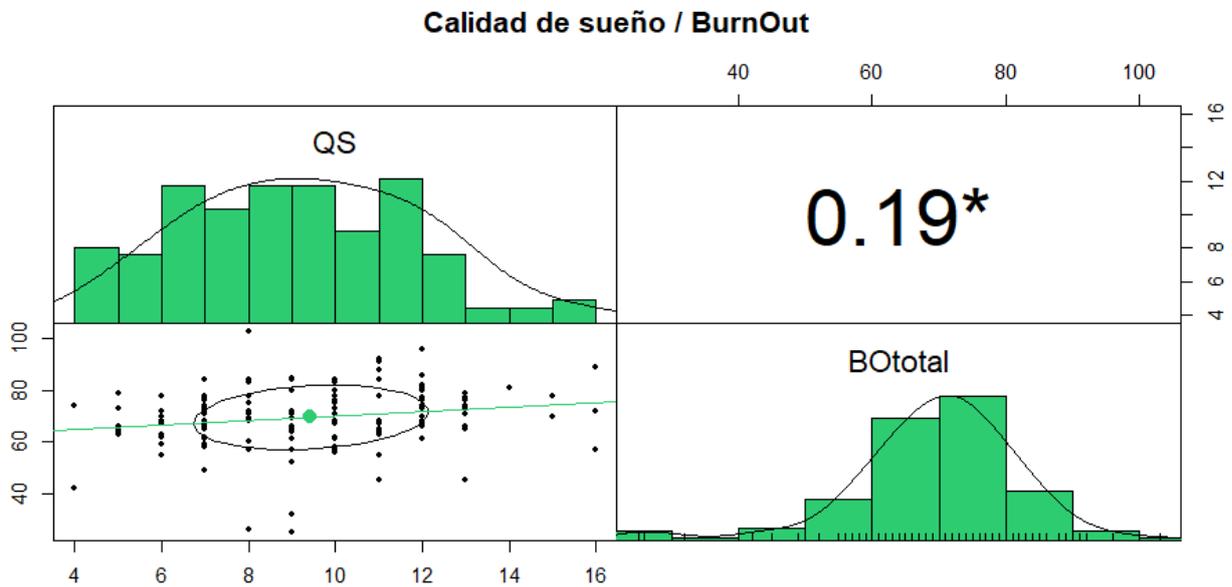


Figura 6. Diagrama de matriz de correlaciones entre las dimensiones del SBO y la CS.

En la tabla N°5, se muestra el modelo de regresión lineal multivariado ajustado por características sociodemográficas, BO total y sus dimensiones. Se puede evidenciar que en la dimensión de CE con respecto al p-valor (0.010) presentan asociación directa con la calidad de sueño.

Tabla 5. Modelo de regresión lineal multivariado ajustado por características sociodemográficas, BO total y sus dimensiones

	Beta	95% CI ¹	p-valor
BO total	-0.04	-0.10, 0.02	0.14
Edad	-0.03	-0.13, 0.08	0.6
Sexo			
Femenino	—	—	
Masculino	-0.22	-1.1, 0.67	0.6

Estado civil			
Casado/a	—	—	
Conviviente	0.64	-1.2, 2.5	0.5
Divorciado/a	0.22	-2.9, 3.3	0.9
Soltero/a	-0.31	-1.5, 0.93	0.6
Viudo/a	4.0	-0.28, 8.3	0.066
Hijos	-0.27	-0.91, 0.36	0.4
CE	0.14	0.03, 0.25	0.010
Despersonalización	0.07	-0.05, 0.20	0.3
Realización personal			

¹ CI = Intervalo de confianza

En la tabla N°6, se muestra el modelo de regresión lineal multivariado ajustado por CE, edad y estado civil. Se puede observar y verificar la asociación entre las variables de CE y CS, de acuerdo al p-valor (<0.001). El coeficiente beta obtenido fue de 0.01, indicando que por cada unidad de incremento en el CE, se observa un aumento de 0.01 en el deterioro de la CS.

Tabla 6. Modelo de regresión lineal multivariado ajustado por CE, edad y estado civil.

	Beta	95% CI ¹	p-valor
CE	0.10	0.04, 0.16	<0.001
Edad	-0.07	-0.16, 0.01	0.089
Estado civil			
Casado/a	—	—	
Conviviente	0.93	-0.87, 2.7	0.3

Divorciado/a	0.17	-2.9, 3.2	>0.9
Soltero/a	-0.22	-1.4, 0.95	0.7
Viudo/a	4.5	0.33, 8.7	0.035

¹ CI = Intervalo de confianza

IV. DISCUSIÓN

En la presente investigación se demuestra una asociación relevante entre el CE y la CS en médicos de hospitales peruanos de nivel III, evidenciada por un modelo de regresión lineal multivariado ajustado por edad y estado civil, con un valor $p < 0.001$ y un coeficiente beta de 0.01. Este trabajo es importante al describir cómo el entorno laboral de los hospitales de alta complejidad en el Perú puede influir en la interrelación entre el AE y los trastornos del sueño, sugiriendo que las condiciones laborales intensas y la presión inherente a estos entornos son factores críticos en esta asociación.²⁶

El resultado hallado es semejante al trabajo elaborado por Paredes (2013), donde se encuestaron a 28 trabajadores de la salud con el fin de comprobar la existencia de BO, el cual evidenció niveles altos de CE.²⁷ Del mismo modo, Alcaraz (2006), halló que de los 178 médicos que participaron de la encuesta, el 7.3% presentaron SBO, 14% CE, 13.5% DE y 9.6% falta de RP.²⁸ Esto advierte que los médicos padecen de un CE notable en su labor diaria. El CE está conectado con la sensación de agotamiento a consecuencia del requerimiento emocional en el trabajo por parte de los médicos, al enfrentarse con pacientes críticos o delicados, circunstancias complicadas o la persistencia de crisis en el hospital. Los trabajadores que padecen de niveles elevados de CE tienen alta posibilidad de desarrollar BO, generando un trato médico-paciente pésimo, ausencia de empatía y disminución de la responsabilidad laboral.²⁹

Esto es sostenido por Maslach y Jackson (1986), quienes afirman que el desgaste emocional tiene un impacto negativo en la forma de actuar de las personas, impidiendo su habilidad de adaptarse y enfrentar los desafíos, produciendo estrés crónico. De la misma manera, Olascoaga (2018) sustenta a través de estudio, que, al haber gran carga emocional en las personas, como consecuencia el sistema biológico desencadena efectos adversos tanto psicológicos como cognoscitivos, y en respuesta a ello se dan los episodios de estrés. En relación a ello, De la cruz (2017) determina que los trabajadores que presentan indicios de CE, manifiestan incapacidad al actuar ante conflictos o circunstancias complicadas en su alrededor, además de perder la sensación de superación personal.³⁰

El gran impacto que el SBO genera en los trabajadores, tanto en su vida personal como laboral, perjudican también a la economía y la salud pública en los lugares con mayor incidencia, por lo que la OMS a incluido este síndrome en la 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno exclusivo del ámbito laboral.³¹ Por otro lado, se ha encontrado que hay un orden causal en las dimensiones del BO. En consecuencia, niveles altos de CE generan, por ende, niveles elevados de D. Por lo que, investigaciones concluyen que el CE y la DE son las dimensiones base o clave del SBO.³¹

Con respecto a la segunda variable, CS, se encontró que existe una correlación significativa con la dimensión de CE, $p < 0.001$. Esto se relaciona con la investigación realizada por Miró, Solanos y Rodríguez (2014) quienes analizaron la asociación entre la CS y el SBO en profesionales de la salud. En su investigación encontraron correlación entre la dimensión de CE y la CS.³² Los autores señalan que la relación entre ambas es significativa en comparación a la relación entre circunstancias laborales y el SBO. De la misma forma hallaron, Ruiz, Pando, Aranda, Beltrán (2014), afirman que el CE es un pronóstico para el diagnóstico temprano del BO. Maslach (2003), apoyan este argumento, al rescatar que el sueño, o la deficiencia de este, puede tener una asociación directa con la dimensión de CE, y por ende explicar los cambios de humor representativo de esta.³³

Con relación a este hallazgo Blasco, Llor, García, Sáez y Sánchez (2002) indican que el CE es la dimensión del BO que genera mayores cambios en las emociones (molestia, sensación de fracaso) y cambios biológicos como alteraciones en la CS. El CE (y el BO total) se correlacionan directamente con el sueño, como el despertarse en las noches, dormir pocas horas, generando peor CS. Asimismo, el hallazgo de que el CE es la dimensión que presenta mayor vínculo con la CS, lo que se confirma de la literatura que indica que el CE es el aspecto más importante del síndrome al encontrarse relación de este con problemas en la salud.³⁴

El SBO y la decadencia de sueño están vinculados entre sí, por lo que la inestabilidad emocional asociada al SBO genera la pérdida de la CS y, viceversa; el cansancio relacionado a la mala CS y el agotamiento de energía promueven el desarrollo de este. Por lo que, el desequilibrio en las emociones y la pobre CS se sostienen entre

sí. La incapacidad para conciliar el sueño, el sueño deficiente y de buena calidad y el subsiguiente cansancio al despertar, generando aún más el agotamiento de energía, y por ende una deficiente capacidad de afrontamiento psicológico. Lo que da como consecuencia la exacerbación del SBO.³⁵ Se sustenta que el SBO se encuentra con mayor incidencia entre los profesionales de la salud, debido a la constante exposición a la explotación laboral y estrés como consecuencia de este.

Una probable explicación a estos resultados, es la gran carga de trabajo y la presión emocional que lidian los médicos en hospitales de nivel III, donde los casos complejos son del día a día.³⁶ Este entorno puede exacerbar el CE, lo que a su vez afecta negativamente la CS. Este resultado puede explicarse por la interacción bidireccional entre el estrés en el trabajo y los patrones de sueño alterados, donde el estrés continuo afecta la capacidad de los médicos para lograr un sueño reparador, perpetuando así un ciclo de deterioro del bienestar. Otra posible explicación es que el CE puede llevar a una hipervigilancia y una incapacidad para desconectar mentalmente del trabajo, lo que interfiere con la capacidad de iniciar y mantener un sueño de calidad.

Estos resultados concuerdan con investigaciones anteriores que han demostrado la relación entre el estrés laboral y la CS en profesionales de la salud, aunque en diferentes contextos geográficos y culturales. Los resultados obtenidos respaldan investigaciones anteriores que sugieren que el BO tiene un impacto directo en la salud física y mental, corroborando la importancia de considerar la CS como un indicador crítico del bienestar general de los médicos.³⁷ El sueño deficiente es un mediador en la relación entre el estrés laboral y el rendimiento profesional, lo que subraya la necesidad de abordar ambos aspectos de manera integrada en las intervenciones de salud ocupacional. A pesar de la novedad de este hallazgo, estos resultados pueden estar limitados por el diseño transversal del estudio, que dificulta establecer relaciones causales definitivas entre el BO y la CS. Además, el uso de encuestas auto informadas puede introducir sesgos de respuesta, aunque se utilizaron instrumentos validados para mitigar este riesgo.

En conclusión, nuestros hallazgos resaltan el rol crucial del cansancio en la relación entre el burnout y la calidad del sueño en médicos de hospitales de nivel III en Perú.

La implementación de intervenciones enfocadas en mejorar la calidad del sueño podría ser una estrategia efectiva para reducir el cansancio y, potencialmente, el burnout en esta población vulnerable.

V. CONCLUSIONES

Este estudio identificó que existe una asociación significativa entre la dimensión de CE del SBO y la CS en médicos que laboran en hospitales peruanos de nivel III. Los resultados obtenidos mediante un modelo de regresión lineal multivariado, ajustado por variables como edad y estado civil, mostraron una asociación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.001$ y un coeficiente beta de 0.01. En resumen, nuestros resultados indican que el agotamiento emocional tiene un impacto directo y medible en la CS de los profesionales médicos, sugiriendo una interacción bidireccional que puede exacerbar ambos fenómenos.

La importancia de estos hallazgos radica en la comprensión ampliada del impacto del BO en el bienestar físico de los médicos, particularmente en su CS. Este estudio proporciona la primera evaluación exhaustiva de esta asociación en un contexto hospitalario de alto nivel en Perú, ofreciendo datos empíricos que pueden informar políticas de salud ocupacional y estrategias de intervención para mitigar el burnout y mejorar la CS. Estos resultados son particularmente relevantes para la implementación de programas de bienestar que enseñen la importancia de la salud mental como la física de los profesionales de la salud, mejorando así su rendimiento y reduciendo el riesgo de errores médicos.

Se requiere más trabajo para entender cuáles son los mecanismos subyacentes que vinculan el CE y la CS. Investigaciones futuras podrían enfocarse en explorar intervenciones específicas que aborden estos problemas de manera simultánea, evaluando la efectividad de programas de manejo del estrés y técnicas de mejora del sueño en contextos hospitalarios. Además, sería valioso emprender estudios longitudinales que examinen cómo la reducción del BO puede influir en la mejora sostenida de la CS a lo largo del tiempo.

Deberían realizarse más investigaciones para determinar si estos hallazgos son aplicables a otros contextos culturales y hospitalarios, ampliando el alcance de las intervenciones potenciales. Examinar la influencia de factores adicionales, como el entorno laboral y el apoyo institucional, podría proporcionar una comprensión más completa de las dinámicas entre el BO y la CS. En última instancia, estos esfuerzos

ayudarán con la mejora de la salud y el bienestar de los médicos, optimizando sus habilidades para atender a los pacientes.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda el desarrollo de nuevas investigaciones con un mayor tamaño de muestra. Además, de acuerdo con los resultados obtenidos se debe implementar programas con el objetivo de enseñar habilidades interpersonales y comunicación para mejorar el entorno laboral, y así evitar el desarrollo del síndrome.²⁵

Implementar charlas de ayuda para lograr identificar las situaciones de estrés y saber cómo manejarlo. Es indispensable continuar con investigaciones del SBO y su relación con la calidad de sueño, no solo médicos, sino a todo el personal de salud, debido a que el clima laboral, está dado por todo el equipo de trabajo.³²

REFERENCIAS

1. Peñaloza - Valle, Roberto Alejandro, Aguilar - Salazar, Aida Fabiola. (2023). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos e internos de medicina en América Latina durante la pandemia del COVID -19. MQRInvestigar, 7(3). Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/40138/1/Pe%c3%b1aloza%20Roberto.pdf>
2. María Fernanda Dejo Sevilla, Diana Kristell Esquivel Toledo. Síndrome de Burnout En médicos área Covid del hospital hipólito unanue, Lima Agosto 2020. 2023. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/11833/dejo_esquivel.pdf?sequence=5
3. Linares Parra GDV, Guedez Salas YS. Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud [Burnout syndrome invisible pathology among health professionals]. Aten Primaria. 2021 May;53(5):102017. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102017. Epub 2021 Mar 20. PMID: 33756258; PMCID: PMC7994441.
4. Vera L Chilquillo-Vega, et al. Síndrome de burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima – Perú, 2018. 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3720/372062284003/372062284003.pdf>
5. Jennifer Vilchez-Cornejo, Luccio Romani-Ojeda, Katerine Ladera-Porta, Mario Marchand-Gonzales. Síndrome de burnout en médicos de un hospital de la Amazonía peruana. Rev. Fac. Med. Hum. Octubre 2019; 19(4):60-67. DOI 10.25176/RFMH.v19i4.2220
6. Silva AF, Dalri RCMB, Eckeli AL, Uva ANPS, Mendes AMOC, Robazzi MLDC. Sleep quality, personal and work variables and life habits of hospital nurses. Rev Lat Am Enfermagem. 2022;30: e3577. DOI: 10.1590/1518-8345.5756.3577. PMID: 35584413; PMCID: PMC9109468.

7. Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F. y Martín, R. (2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19 : una puesta al día. *Medicina Clinica*, 157(3), 130–240. 10.1016/j.medcli.2021.04.003.
8. Doolittle BR, Windish DM. Correlation of burnout syndrome with specific coping strategies, behaviors, and spiritual attitudes among interns at Yale University, New Haven, USA. *J Educ Eval Health Prof.* 2015 Aug 1;(12):41. doi: 10.3352/jeehp.2015.12.41
9. Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (1ra ed.). Editorial McGraw Hill, 174–179
10. Grimaldo. (2013). Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.
11. Paredes, O; Sanabria, P. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia.
12. Miró, Solanos y Rodríguez. (2014). Relación entre el burnout, la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*. Universidad de Granada. Granada, España.
13. Quiroz, V; Saco Méndez, S. (2003). Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional de Essalud del Cusco. *Revista semestral de la Facultad de Medicina Humana*. San Antonio Abad de Cuzco. Perú, Cuzco.
14. Estella-Villa; Jiménez-Román; Jeremy, S; Landeo-Gutiérrez1, J; D. Tomateo-Torvisco; Vega. (2010). Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina 101 de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* 73 (4), 2010 147. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

15. Guevara, Y. (2012). Factores psicosociales y su relación con la calidad de sueño en estudiantes de enfermería de Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Perú.
16. Quiroz, V; Saco Méndez, S. (2003). Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional de Essalud del Cusco. Revista semestral de la Facultad de Medicina Humana. San Antonio Abad de Cuzco. Perú, Cuzco.
17. Blasco; Llor; García; Sáez; Sanchez. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. MAPFRE MEDICINA, 2002; vol. 13, n.º 4. Universidad de Murcia. España.
18. Maslach, C., & Jackson, S. (1997). MBI Inventario "Burnout" de Maslach: Manual. Madrid: TEA. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/243266942/MBI-Bournot-de-MalashPDF>.
19. Sandín. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): desarrollo y validación preliminar. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Revista de Psicología y Psicopatología.
20. Hernández, Fernández y Baptista (2002). Metodología de la Investigación. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú, Lima.
21. Blasco; Llor; García; Sáez; Sanchez. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. MAPFRE MEDICINA, 2002; vol. 13, n.º 4. Universidad de Murcia. España.
22. Guevara, Y. (2012). Factores psicosociales y su relación con la calidad de sueño en estudiantes de enfermería de Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Perú.
23. Vásquez-Manrique; Maruy-Saito; Verne-Martin. (2014). Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio

de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Rev Neuropsiquiatr 77 (3), 2014. Lima, Perú

24. Lele ECB, Ndongo JM, Ashu-Akoh AV, Ahmadou, Guyot J, Ngalagou PTM, Bongue B, Tendongfor N, Ayina CNA, Tanga MYL, Mandengue SH, Ndemba PBA. Burnout syndrome among healthcare professionals in the Fako division, Cameroon: Impact of physical activity and sleep quality. AIMS Public Health. 2023 Oct 16;10(4):814-827. doi: 10.3934/publichealth.2023054. PMID: 38187903; PMCID: PMC10764971.
25. Meng-Jia Wu, Kelly Zhao, Francisca Fils-Aime. Response rates of online surveys in published research: A meta-analysis. Computers in Human Behavior Reports. Volume 7, 2022, 100206, ISSN 2451-9588. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100206>.
26. Macía-Rodríguez C, Andreu-Ansola J, Alexandre de Oña A, Martín-Iglesias D, Montaña-Martínez A, Moreno-Díaz J. Burnout syndrome increase during COVID-19 pandemic in attending Internal Medicine physicians. Rev Clin Esp (Barc). 2023 May;223(5):316-319. doi: 10.1016/j.rceng.2023.02.009. Epub 2023 Mar 1. PMID: 36868349; PMCID: PMC9977095.
27. Cáceres Paredes (2013). Burnout y Condiciones Laborales en personal médico. Pontificia Universidad Católica del Perú.
28. Alcaraz Ramos (2006). Frecuencia y factores de riesgo al síndrome de Burnout en un hospital de segundo nivel. Autor: Alcaraz Ramos. Universidad Colima, México.
29. Blanca Beatriz Soncco Agüero (2023). Síndrome de Burnout y satisfacción laboral del personal profesional de un centro de salud, el agustino 2023. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/35200/TESIS%20BLANCA%20SONCCO%20AGUERO.pdf?sequence=1>
30. Cynthia Paola Rodríguez Sánchez, Magaly Stefany Zevallos Ipenza (2022). Síndrome de burnout y resiliencia en el personal asistencial de salud de un hospital público de Lima metropolitana, 2021. Disponible en:

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/11482/RODRIGUEZ_SCP_ZEVALLOS_IMS.pdf?sequence=1

31. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 4;19(3):1780. doi: 10.3390/ijerph19031780. PMID: 35162802; PMCID: PMC8834764.
32. Miró, Solanos y Rodríguez. (2014). Relación entre el burnout, la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*. Universidad de Granada. Granada, España.
33. Ruiz, Pando, Aranda, Beltrán. (2014). Burnout y Work Engagement en Docentes Universitarios de Zacatecas. Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas, México.
34. Blasco; Llor; García; Sáez; Sanchez. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *MAPFRE MEDICINA*, 2002; vol. 13, n.º 4. Universidad de Murcia. España.
35. Khammissa RAG, Nemutandani S, Feller G, Lemmer J, Feller L. Burnout phenomenon: neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management. *J Int Med Res*. 2022 Sep;50(9):3000605221106428. doi: 10.1177/03000605221106428. PMID: 36113033; PMCID: PMC9478693.
36. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJ. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Apr;20(4):305-13. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01897.x. Epub 2012 Mar 7. PMID: 22404294.
37. Mariela Martha Tavera Aragón. El Síndrome de Burnout y su Relación con la Calidad del Sueño en Miembros del Colegio de Biólogos que Trabajan en el Área COVID-19: Consejo Regional XV-Puno 2022. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/items/79c6e22b-86a7-4033-8dfe-1588dd116fa8>

38. Angulo L, Cho A. Relación entre síndrome de burnout. calidad y cantidad de horas de sueño en posgradistas de la PUCE de los diferentes servicios en los hospitales de Quito (2017). Quito; 2018; 2017
39. Jackson E, Shanafelt T, Hasan O, Satele D, Dyrbye L. Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. *Academic Medicine* [publicación periódica en línea] 2016;91(9): 1251-1256 DOI: 10.1097/ACM.0000000000001138
40. Borda Pérez M, Navarro Lechuga E, Aun Aun E, Berdejo Pacheco H, Racedo Roldón K, Ruiz Sará J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*.2007; 23(1):43-51. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4054/5710>15.
41. Cañadas de la Fuente GA, Albendín García L, de la Fuente EI, San Luis C, Gómez Urquiza JL, Cañadas Gustavo R. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Rev Española Salud Pública*. 2016; 90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272016000100415&lng=es16.

ANEXOS

ANEXO 1: TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Síndrome de Burnout	Condición clínica adaptativa psicosocial y crónica, asociada con la inadecuada gestión de las demandas emocionales y psicológicas del trabajo. Lo cual que deriva en agotamiento emocional, despersonalización y desinterés en la realización personal ¹³	Participante médico que labora en un hospital nivel III cuya prueba de MBI presenta los siguientes puntajes. AE mayor a 26, DE mayor de 9, y RP menor a 34 puntos.	Prueba de Maslach Burnout Inventory (MBI) 0 puntos: Sin BO 1-33: BO mínimo 34-66:BO leve 67-99: BO moderado >100: BO alto Bajo riesgo: CE, DE bajo y RP alto Indicios: CE, DE medio y RP ligeramente bajo Riesgo moderado: CE, DE alto y RP bajo Riesgo alto: CE, DE muy elevado y RP muy bajo	Cansancio emocional (CE) Despersonalización (DE) Realización personal (RP)	Bajo (0-14) Medio (15-29) Alto (30-44) Bajo (0-5) Medio (6-10) Alto (11-30) Bajo (13-24) Medio (25-36) Alto (37-48)	Ordinal
Calidad de sueño	Descanso reparador durante la noche que propicia el adecuado funcionamiento de las capacidades humanas durante el día con las actividades cotidianas y laborales ²¹	Participante médico que labora en un hospital nivel III cuyo puntaje ante la prueba de Pittsburgh presenta valor mayor igual a 5	Índice de calidad de sueño de Pittsburgh >5: alteración del sueño	-Calidad subjetiva del sueño -Latencia de sueño -Duración del sueño -Eficiencia de sueño habitual - Perturbaciones del sueño	<5: No problemas 5-7: Merece atención médica 8-14: merece atención médica y tratamiento >15: Problemas de	Ordinal

				-Uso de medicación hipnótica -Disfunción diurna	sueño grave	
Sexo	Carga genética, fenotípica, orgánica y fisiológica que define la condición de hombre y mujer	Información del sexo del participante y verificada en el documento nacional de identidad (DNI).	Masculino y Femenino	--	-	Nominal
Edad	Tiempo vivido por una persona desde el nacimiento a una fecha determinada.	Información en años cumplidos proporcionada el médico participante y verificada con el DNI	Años De 27 a 70	--	-	Cuantitativa De razón

ANEXO 2:

Consentimiento Informado



Asociación entre síndrome de burnout y calidad del sueño en médicos de un hospital peruano nivel III

Declaración de consentimiento

Estimado profesional médico/a, el propósito del presente estudio es investigar y evidenciar si existe asociación entre la presencia del síndrome de burnout y algún deterioro de calidad del sueño en médicos que laboran en hospitales peruanos nivel III.

Si decide participar, deberá contestar unas breves preguntas sobre características socioeconómicas y posteriormente, instrumentos de valoración de calidad del sueño y Burnout. Le tomará en total entre 10 a 15 minutos completar todo el formulario.

No hay riesgos previsibles asociados a su participación. La información que nos brinde será tratada de manera confidencial y anónima y bajo ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de algún dato que lo identifique. El protocolo de investigación fue aprobado por un comité de ética con RD 0100-2024-UCV-VA-MED/DE

Su participación es totalmente voluntaria y puede darla por terminada en cualquier momento. Asimismo, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación al correo de los investigadores: _____

Su participación contribuirá a generar evidencia de situaciones específicas para el desarrollo de estrategias en beneficio de la salud ocupacional del profesional médico, por lo que la información que nos pueda brindar será de gran ayuda.

Al seleccionar "Aceptar", usted indica que ha leído la información anterior y acepta participar voluntariamente del estudio.

Cuestionario de datos sociodemográficos

Sección sociodemográfica

Marque con un aspa la alternativa que considere conveniente.

1. Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
 - Otros
2. Edad:
3. Ocupación:
 - Médico General
 - Médico Residente
 - Médico Especialista
4. Estado civil:
 - Soltero
 - Conviviente
 - Casado
 - Divorciado
 - Viudo
5. ¿Usted tiene hijos?
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
6. Cuantos años viene laborando en el hospital:
 - 1 año
 - 2 años
 - 3años
 - 4 años
 - 5años
 - Más de 5 años
7. Realiza alguna actividad laboral adicional:
 - Docencia
 - Consultorio particular
 - Práctica clínica particular
 - Investigación
 - No
 - Otro

Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño

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

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

- 10pm
- 11pm
- 12am
- 1am
- 2am
- 3am

2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes?

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

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

- 3am
- 4am
- 5am
- 6am
- 7am

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

- 1 hora
- 2 horas
- 3 horas
- 4 horas
- 5 horas
- 6 horas
- 7 horas
- 8 horas

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

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

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o malos sueños:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

j) Otras razones. Por favor descríbalas:

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

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente que considere más adecuada.

Marque con un aspa (X) la alternativa que considere conveniente.

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.
 - NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
2. Al final de la jornada me siento agotado.
 - NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.
 - NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.
 - NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.
 - NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)

- TODOS LOS DIAS (6)
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
8. Me siento "quemado" por el trabajo.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
12. Me encuentro con mucha vitalidad.
- NUNCA (0)

- POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
13. Me siento frustrado por mi trabajo.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)

- UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
21. Siento que se se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.
- NUNCA (0)
 - POCA VECES AL AÑO O MENOS (1)
 - UNA VEZ AL MES O MENOS (2)
 - UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS (3)
 - UNA VEZ A LA SEMANA (4)
 - UNAS POCAS VECES A LA SEMANA (5)
 - TODOS LOS DIAS (6)

ANEXO 3:

Encuesta realizada en Google Forms



Asociación entre síndrome de burnout y calidad del sueño en médicos de un hospital peruano nivel III

El siguiente formulario tiene como objeto evaluar a médicos peruanos que pertenecen a un hospital nivel III

mendoza.menieh@gmail.com [Cambiar cuenta](#)



No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

Declaración de consentimiento, *

Estimado profesional médico/a, el propósito del presente estudio es investigar y evidenciar si existe asociación entre la presencia del síndrome de burnout y algún deterioro de calidad del sueño en médicos que laboran en hospitales peruanos nivel III.

Si decide participar, deberá contestar breves preguntas sobre características socioeconómicas y posteriormente instrumentos de valoración de calidad del sueño y Burnout. Le tomará en total entre 10 a 15 minutos completar todo el formulario.

No hay riesgos previsible asociados a su participación. La información que nos brinde será tratada de manera confidencial y anónima y bajo ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de algún dato que lo identifique. El protocolo de investigación fue aprobado por un comité de ética con RD 0100-2024-UCV-VA-MED/DE.

Su participación es totalmente voluntaria y puede darla por terminada en cualquier momento. Asimismo, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación al correo

URL: <https://forms.gle/4nqap2Ky4npdLfEg>

ANEXO 4: Base de datos obtenidos

Sexo	Edad	Ocupación	Años Trabajo	Otra Actividad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	CANSANCIO	DESPERS	REALIZADO	
Soltero/a	2	3 Años	3	Consultorio particular	2	6	2	1	1	5	6	2	3	3	5	5	4	1	0	1	3	4	6	4	2	0	27	9	30	
Casado/a	0	3 Años	3	No	3	3	5	6	0	4	6	3	5	5	1	6	4	6	0	5	5	6	5	0	6	0	33	6	45	
Conviviente	0	1 Año	1	No	3	4	5	5	4	4	5	1	5	0	4	6	1	3	4	1	6	5	6	2	5	1	24	13	43	
Soltero/a	0	3 Años	3	ración para la residencia m	2	5	4	5	2	3	6	0	2	2	1	5	1	6	0	2	5	5	1	2	6	0	25	5	35	
Soltero/a	1	2 Años	2	No	4	5	5	6	5	3	6	3	5	1	5	6	4	0	0	5	4	5	5	5	5	5	34	16	42	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	1	3	1	5	3	5	6	4	5	2	4	5	3	4	1	0	6	0	4	1	6	4	22	14	37	
Soltero/a	1	1 Año	1	No	5	1	5	6	0	4	5	2	3	2	6	6	3	4	0	0	6	5	4	4	6	1	28	9	41	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	2	3	5	3	3	5	6	3	3	3	6	1	0	3	4	1	5	5	1	0	5	0	22	16	29	
Casado/a	3	Más de 5 años	6	Docencia	3	4	4	5	0	4	5	0	3	2	4	5	1	2	0	0	5	4	1	0	6	2	18	8	34	
Soltero/a	0	1 Año	1	Consultorio particular	6	5	5	6	0	0	5	0	3	0	0	4	0	1	0	2	6	6	6	0	3	0	19	0	39	
Soltero/a	0	2 Años	2	Práctica clínica particular	2	1	6	6	0	4	6	1	6	0	3	4	5	1	0	2	6	6	5	3	6	3	25	6	45	
Divorciado/a	0	1 Año	1	Docencia	4	5	1	5	0	1	6	5	6	4	1	5	0	0	5	4	2	5	1	0	6	0	20	10	36	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	4	3	5	6	5	3	5	3	5	4	1	5	1	6	0	6	6	1	4	5	4	0	36	10	36	
Soltero/a	0	1 Año	1	Consultorio particular	1	3	3	5	0	4	5	1	0	1	0	5	6	3	2	1	6	6	6	2	6	0	24	3	39	
Viudo/a	3	Más de 5 años	6	Docencia	6	5	0	6	0	0	6	1	5	0	4	1	4	6	0	0	6	4	5	0	6	0	22	4	39	
Casado/a	2	1 Año	2	No	5	2	5	6	0	5	6	3	3	5	3	2	1	1	0	5	5	6	6	3	6	5	30	13	40	
Soltero/a	0	3 Años	3	No	3	5	5	6	5	1	6	4	3	2	3	5	3	1	5	1	6	5	1	4	4	0	27	15	36	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	3	3	0	3	0	0	5	3	6	0	3	4	0	0	0	1	0	5	1	0	6	2	10	5	30	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	6	6	4	5	3	4	6	4	6	2	0	3	1	4	0	0	6	1	5	1	5	0	30	5	37	
Casado/a	0	1 Año	1	Práctica clínica particular	1	4	3	6	0	4	5	1	5	0	1	5	0	1	0	1	4	5	5	3	6	2	18	3	41	
Soltero/a	2	4 Años	4	Consultorio particular	6	3	3	5	0	0	6	3	5	0	0	6	5	3	5	5	6	5	6	5	6	0	33	5	45	
Conviviente	1	4 Años	4	No	3	1	5	3	0	5	5	3	3	0	0	5	1	4	0	2	5	4	4	3	4	5	27	5	33	
Soltero/a	2	Más de 5 años	6	Consultorio particular	6	5	6	3	0	0	6	0	5	0	4	2	3	1	0	2	6	5	4	0	6	0	23	4	37	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	2	6	4	6	0	0	6	1	1	2	0	5	0	0	0	1	0	4	5	0	4	2	14	4	31	
Soltero/a	2	5 Años	5	Docencia	3	3	4	6	0	3	6	0	3	4	5	4	0	3	1	1	5	5	6	0	4	0	17	10	39	
Casado/a	1	3 Años	3	Docencia	4	4	5	5	0	4	5	5	6	1	3	5	0	6	0	0	6	6	5	4	6	0	32	4	44	
Soltero/a	0	2 Años	2	Consultorio particular	5	6	6	6	4	3	6	1	5	1	1	5	6	1	0	4	6	6	5	3	6	0	35	6	45	
Casado/a	2	1 Año	1	No	1	3	2	6	5	1	6	3	4	2	0	4	3	5	1	1	6	1	6	3	6	2	22	10	39	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	4	5	5	5	4	4	6	3	6	1	4	1	5	3	1	2	0	6	1	1	6	0	32	10	31	
Soltero/a	1	2 Años	2	Consultorio particular	2	3	6	5	0	5	6	1	5	3	4	5	3	6	0	1	6	6	6	4	4	2	31	9	43	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	5	3	5	6	0	0	5	5	5	1	1	1	5	6	0	0	6	1	6	0	6	0	29	2	36	
Viudo/a	3	5 Años	5	Consultorio particular	3	5	5	5	0	3	5	5	5	3	3	3	1	6	0	3	6	5	5	5	5	0	36	6	39	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	4	6	6	5	0	0	6	2	6	0	4	5	4	5	0	5	5	5	6	5	5	0	37	4	43	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	2	5	5	6	0	0	6	1	6	2	2	5	0	5	0	3	6	5	6	5	6	0	26	4	46	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	3	4	4	6	1	2	5	4	2	2	2	4	1	3	0	1	4	5	6	2	5	3	24	8	37	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	5	5	5	6	1	0	6	0	6	1	3	3	3	1	0	1	6	6	6	3	6	1	23	6	45	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	2	3	3	6	0	1	6	2	2	0	1	5	1	2	0	0	6	6	5	5	6	1	19	2	42	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	4	3	3	6	0	0	6	3	5	0	1	6	0	5	0	0	6	6	6	1	6	2	19	3	47	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	5	5	5	5	3	5	4	5	3	2	3	4	4	4	0	3	3	3	3	3	3	3	39	11	28	
Soltero/a	0	3 Años	3	No	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	0	5	5	5	6	6	5	5	45	18	40	
Soltero/a	1	2 Años	2	No	3	5	3	6	0	3	6	3	6	3	2	3	3	3	0	3	6	3	5	5	3	0	31	5	38	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	0	6	2	0	0	0	0	1	0	1	1	6	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	3	10
Casado/a	1	3 Años	3	Consultorio particular	6	5	3	6	0	1	6	2	6	0	1	3	0	1	0	1	3	2	5	0	6	0	19	1	37	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	5	6	6	6	3	1	6	5	4	2	5	5	1	4	0	1	5	5	5	4	5	4	33	14	41	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	3	3	2	6	0	1	6	1	6	1	1	5	1	2	0	1	6	6	5	1	5	0	15	2	45	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	5	5	6	6	0	2	5	3	5	1	2	5	0	1	0	1	5	5	4	1	5	0	24	3	40	
Soltero/a	0	2 Años	2	Práctica clínica particular	6	6	6	3	0	2	3	6	2	2	5	2	5	4	0	1	3	3	4	2	3	2	38	9	23	
Soltero/a	1	1 Año	1	No	3	5	5	6	2	1	6	1	6	1	3	5	1	5	0	5	6	5	6	0	5	0	26	6	45	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	1	3	5	6	0	1	6	1	6	2	1	3	1	1	0	3	6	5	5	0	5	0	16	3	42	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	3	5	5	6	0	3	6	2	6	3	3	5	1	2	0	3	6	5	5	5	5	0	29	6	44	
Casado/a	1	2 Años	2	No	3	4	4	3	4	5	4	4	6	3	5	5	5	4	0	5	5	5	4	4	4	5	38	17	36	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	5	5	6	5	1	1	5	5	5	3	5	1	5	5	0	5	3	1	5	3	2	1	40	10	27	
Casado/a	2	3 Años	3	No	2	5	5	6	0	3	6	2	1	0	2	6	0	1	0	0	6	3	6	4	3	0	22	2	37	
Soltero/a	0	3 Años	3	No	6	6	6	5	4	3	6	5	5	5	6	2	3	5	0	4	5	3	5	5	6	1	43	16	37	
Soltero/a	0	2 Años	2	No	2	5	3	6	0	3	6	2	5	1	1	2	3	3	0	3	6	5	6	0	5	1	24	3	41	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	4	5	3	6	1	3	6	1	6	1	3	5	1	3	0	3	5	5	5	0	5	1	23	6	43	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	2	3	6	5	0	5	5	3	5	1	3	5	1	1	0	1	5	5	5	0	5	2	22	6	40	
Conviviente	1	Más de 5 años	6	Consultorio particular	1	3	1	6	0	1	6	1	6	1	1	5	0	1	0	1	6	5	6	0	5	0	9	2	45	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	3	5	5	6	2	2	6	3	6	2	2	2	1	1	0	2	6	5	5	1	5	0	23	6	41	
Soltero/a	0	1 Año	1	No	3	3	5	5	3	3	6	3	5	1	3	5	1	3	0	3	6	5	5	0	5	0	24	7	42	