

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA  
FACULTAD DE MEDICINA**



**RELACIÓN DEL GRADO DE SOMNOLENCIA, CALIDAD DE  
SUEÑO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA  
QUE INGRESAN Y EGRESAN AL INTERNADO DEL HOSPITAL  
GOYENCHE 2019-2020. AREQUIPA**

Tesis presentada por la Bachiller:

**ANAHI MILAGROS MONCCA RODRIGUEZ,**

para optar el Título Profesional de:

**MÉDICA CIRUJANA**

**ASESOR: BR. JUAN MARCOS PACHECO SALAZAR**

**Médico Cirujano, Especialidad: Psiquiatría**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2020**

## *DEDICATORIA*

*A Dios porque en cada paso que doy me fortalece.*

*A mi mamá Beatriz y Gloria, por sus enseñanzas y  
guía; me siento bendecida de su amor y  
comprensión.*

*A mi familia porque son mi inspiración, me enseñaron  
que todo es más hermoso cuando se hace con una  
sonrisa.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A mi tutor y mis dictaminadores por su apoyo y orientación; y a todas las personas que forman parte del Hospital Goyeneche por tantas anécdotas y aprendizajes.*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	iv
ABSTRACT .....	v
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I: FUNDAMENTO TEORICO.....	8
CAPÍTULO II: MÉTODOS .....	24
CAPÍTULO III: RESULTADOS .....	28
CAPITULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	60

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación del grado de somnolencia y calidad de sueño con síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado del Hospital Goyeneche 2019-2020. **Métodos:** Revisión de cuestionarios de 70 internos que egresaron del 2019 y se encuestó a 63 internos ingresantes del 2020 aplicándoles una ficha de recolección de datos, el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, escala de somnolencia de Epworth, y el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Se comparan los grupos mediante la prueba chi-cuadrado, se asocian variables mediante prueba odds ratio y se mide la correlación entre las variables y entre los factores asociados con correlación de Pearson. **Resultados:** Se encontró que el 62.86% de internos egresados y 57.14% de ingresantes tuvieron mala calidad de sueño ( $p > 0.05$ ). Un 34.29% de internos egresados tiene somnolencia moderada y 11.43% severa, comparado con 41.27% y 3.17%, respectivamente en ingresantes ( $p > 0.05$ ). El 41.43% de egresados tuvieron alto cansancio emocional y en los ingresantes fue el 28.57% ( $p > 0.05$ ). La despersonalización, alta en 45.71% de egresados y en 39.68% de ingresantes ( $p > 0.05$ ), realización personal baja en los egresantes de 30% mientras que en los ingresantes fue alta en un (66, 67%) ( $p < 0.05$ ). Se halló presencia de Burnout en 17.14% de internos egresados y en 4.76% de ingresantes ( $p < 0.05$ ). Cuando la calidad del sueño es mala, el 15% de internos tiene Burnout, comparado con 5.66% en internos con buena calidad de sueño ( $p > 0.05$ ; OR = 2.94). El 53.33% de internos con Burnout tuvo somnolencia diurna moderada o excesiva, comparado con 44.07% en internos sin Burnout ( $p > 0.05$ ), con asociación débil (Correlación de Pearson: 0.107 Sig: 0.221). Se halló correlación significativa ( $x < 0.05$ ) entre el uso de aparatos electrónicos y mayor despersonalización ( $p=0.243$ ); además el dormir  $< 6h$  diarias con: mayor síndrome de Burnout ( $p=0.191$ ), menor realización personal ( $p=0.244$ ), mala calidad de sueño ( $p=0.306$ ) y mayor somnolencia ( $p=0.257$ ). Se observó correlación entre mala calidad de sueño y mayor: cansancio emocional ( $p=0.204$ ), mayor despersonalización ( $p=0.202$ ) y baja realización personal ( $p=0.253$ ), asimismo entre el cansancio emocional ( $p=0.232$ ) y baja realización personal ( $p=0.258$ ) con mayor somnolencia. **Conclusión:** Se encontró una mala calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en internos de medicina, con baja presencia de Burnout, asociada sobre todo a la mala calidad de sueño.

**PALABRAS CLAVE:** somnolencia, calidad de sueño, síndrome de Burnout, internos de medicina.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between the degree of sleepiness and quality of sleep with Burnout syndrome in medical interns entering and leaving the medical internship of the Goyeneche Hospital 2019-2020. **Methods:** Review of questionnaires of 70 interns who graduated from 2019 and 63 incoming interns from 2020 were surveyed using a data collection form, the Pittsburgh sleep quality index, the Epworth sleepiness scale, and the Maslach Burnout Inventory questionnaire. Groups are compared using the chi-square test, variables are associated using the odds ratio test and the correlation between the variables and between the factors associated with the Pearson correlation is measured. **Results:** It was found that 62.86% of graduates and 57.14% of incoming had poor sleep quality ( $p > 0.05$ ). 34.29% of intern's graduates have moderate sleepiness and 11.43% severe, compared to 41.27% and 3.17%, respectively, in entrants ( $p > 0.05$ ). 41.43% of graduates had high emotional exhaustion and 28.57% ( $p > 0.05$ ) in inters entrants. Depersonalization high in 45.71% of graduates and 39.68% of incoming ( $p > 0.05$ ), personal achievement drop in graduates of 30% while in of incoming it was high in (66, 67%) ( $p < 0.05$ ). The presence of burnout was found in 17.14% of graduated interns and in 4.76% of incoming ( $p < 0.05$ ). When sleep quality is poor, 15% of interns have burnout, compared with 5.66% in interns with good sleep quality ( $p > 0.05$ ; OR = 2.94). 53.33% of inters with burnout had moderate or excessive sleepiness, compared with 44.07% in interns without burnout ( $p > 0.05$ ), with weak association (Pearson Correlation: 0.107 Sig: 0.221) A significant correlation ( $x < 0.05$ ) was found between the use of electronic devices and greater depersonalization ( $p = 0.243$ ); in addition, sleeping  $< 6$  hours a day with: greater Burnout syndrome ( $p = 0.191$ ), less personal achievement ( $p = 0.244$ ), poor quality of sleep ( $p = 0.306$ ) and greater drowsiness ( $p = 0.257$ ). Correlation was observed between poor sleep quality and greater emotional fatigue ( $p = 0.204$ ), greater depersonalization ( $p = 0.202$ ), and low personal achievement ( $p = 0.253$ ), also between emotional fatigue ( $p = 0.232$ ) and low personal achievement ( $p = 0.258$ ) with greater drowsiness **Conclusion:** We found a poor quality of sleep and excessive daytime sleepiness in medical interns, with a low presence of burnout syndrome, associated mainly with poor sleep quality.

**KEY WORDS:** sleepiness, sleep quality, burnout syndrome, medical interns.

# INTRODUCCIÓN

## 1. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

### 1.1 JUSTIFICACIÓN

El internado médico constituye un elemento fundamental para el desarrollo profesional y es la oportunidad de consolidar los conocimientos que se adquirieron durante los años previos; en esta etapa el interno se encuentra en contacto permanente con el paciente y la enfermedad, logra conocer la difícil realidad en diversas situaciones, además que obtiene una mayor responsabilidad y carga laboral; todo ello puede contribuir al estrés y agotamiento emocional y en consecuencia al desarrollo del síndrome de Burnout (1).

Maslach como fue mencionado por Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli y Usandivaras, señala que el síndrome de Burnout está relacionado fundamentalmente con aspectos laborales más que con los personales (2), entre ellos la sobrecarga laboral, falta de control sobre las tareas y toma de decisiones, sensación de injusticia, insuficiente reconocimiento de la labor realizada, fallos en la construcción de una comunidad de trabajo y conflicto de labores (2,3).

Por las guardias nocturnas, horas de estudio y la creciente exigencia laboral es probable que los internos tengan hábitos inadecuados de sueño, mala calidad de este y sea una población en riesgo de desarrollar somnolencia; con lo cual puede verse afectado su estado de ánimo, su rendimiento laboral y académico, además de ser más propensos a accidentes, de manera que afecta su calidad de vida (4). Las consecuencias no serían sólo orgánicas sino también trastornos psiquiátricos, emocionales y cognitivos (5), con una deuda de energía que podría llevar al agotamiento típico del síndrome de Burnout.

Esta investigación brinda a la universidad y al hospital información sobre el estado con el que los internos ingresan y salen de este periodo; ya que estas entidades deben procurar una capacitación y educación integral a los futuros médicos, asimismo evitar factores que pongan en riesgo su salud; todo ello les permitirá desarrollarse con eficacia, de manera que logren culminar esta etapa de manera satisfactoria.

Para la sociedad es imprescindible el conocimiento de esta realidad ya que son los servicios hospitalarios donde se desenvuelven los internos y para cumplir adecuadamente esta función, pacientes mejor atendidos, es de importancia velar por la salud de sus trabajadores.

Esta investigación permitió a la investigadora, poner en práctica conocimientos adquiridos durante los meses previos, desarrollar la autocrítica y reconocer el valor de la salud física y mental en pro del servicio y de la formación personal y profesional.

Es por ello que los resultados del presente estudio servirán como una fuente de información, que permita conocer la calidad de sueño, el grado de somnolencia y presencia del síndrome de Burnout en los internos, además descubrir si existe relación entre ellos; asimismo nos permitirá comparar estos resultados en internos que ingresan y egresan del hospital Goyeneche de la carrera profesional de medicina; esta información servirá como conocimiento de nuestra realidad y así poder diseñar estrategias destinadas a mejorar la calidad de trabajo en el internado y una mejor preparación en el último año de estudios.

## **1.2 ANTECEDENTES**

- Sánchez R. (6) en su trabajo “Asociación entre el síndrome de desgaste profesional (Burnout) y la calidad del sueño en médicos que laboran en instituciones prestadoras de servicios de salud en el sistema de salud peruano: análisis de la encuesta nacional de satisfacción de usuarios de los servicios de salud (ENSUSALUD 2016)”, realizó un análisis secundario de datos del cuestionario dos de la encuesta nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD-2016), su muestreo fue probabilístico, estratificado, bietápico; se midió el síndrome de Burnout a través del Maslach Burnout Inventory – Human, mientras que la mala calidad de sueño fue medida con el cuestionario de Jenkins; incluyeron a 2216 médicos; encontraron que 69,2% de médicos fueron varones y la edad promedio fue 45,5 años, de todos ellos 14,4% tuvieron agotamiento emocional alto y 16,9% agotamiento emocional moderado, 16,8% presentaron niveles altos y 16,2% tuvieron niveles moderados de despersonalización; además que



12,9% tuvieron falta de realización personal alta y 27,1% moderada, asimismo 10,9% tuvieron mala calidad de sueño; también encontraron que un agotamiento emocional moderado (ORa1: 5,6; IC95%: 2,1-15,1) y alto (ORa1: 6,6; IC95%: 4,2-10,3) incrementaban la mala calidad de sueño y un alto deterioro en la despersonalización (ORa1: 3,5; IC 95%: 2,0-6,0). Al final concluyeron que los niveles moderados y altos de agotamiento emocional, así como los niveles altos de despersonalización se asociaron con mala calidad de sueño.

- Coaquira A. (7) en su trabajo “Calidad de sueño, somnolencia excesiva diurna y rendimiento académico en los internos de medicina al finalizar la primera rotación en el HOSPITAL III GOYENECHE, AREQUIPA 2016” realizó un estudio tipo observacional, prospectivo y transversal, cuya población fue de 80 internos de medicina, donde utilizó una encuesta de datos sociodemográficos, además midió la calidad de sueño mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, la somnolencia con la Escala de Somnolencia de Epworth y el Rendimiento Académico a través de la nota obtenida en la evaluación escrita al final de la rotación; tuvo como resultado que la edad predominante era de 24 años (28.7%), seguida de 26 años (23.8%) y 25 años (16.3%); la mayoría de sexo masculino (52.5%), con distribución equitativa en los cuatro servicios y por último no realizaban actividad extra hospitalaria el 93.8% ni académica el 62.5%; además se encontró que el 73.8% tenía mala calidad de sueño y el 26.3% buena calidad de sueño, presentaron somnolencia excesiva el 45.0%, de nivel bajo el 72.0 %, moderado el 25.0% y grave el 3.0%. El rendimiento académico fue bueno en 45.0%, regular 41.3%, insuficiente 11.3% y excelente 2.5%. Concluyeron que la frecuencia de mala calidad de sueño y somnolencia excesiva sigue siendo elevada a pesar de la reducción de horas de servicio al establecimiento y el mayor número de internos; por otro lado su presencia se asoció a su rendimiento académico.
- Neira V.(8) en “Calidad de sueño asociado a Síndrome de Agotamiento profesional (Burnout) en personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017”, realizó un estudio descriptivo, prospectivo

y transversal; utilizaron el Índice de Pittsburg y la Escala de Maslach, los participantes fueron en total 221, donde se encontró que tienen una mala calidad del sueño el 78.3% con respecto a una buena calidad del sueño el 21.7%; además que el 38.9% tiene indicio de Burnout y el 22.2% tiene el síndrome de Burnout; también se estableció la relación entre calidad de sueño y síndrome de Burnout encontrándose que el 6,3% de quienes tienen buena calidad del sueño desarrollaron síndrome de Burnout, mientras que el 26.6% de los que tienen mala calidad del sueño desarrollaron síndrome de Burnout con asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.005$ ), por lo que concluyeron que la calidad del sueño influye en el agotamiento profesional.

- Alfaro P. Olmos R. Fuentealba M. Céspedes E.(9) en su investigación de “Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de una escuela de medicina de Chile 2013”, cuyo estudio fue transversal y analítico, aplicaron dos cuestionarios, uno de confección de los investigadores y el Maslach Burnout Inventory para medir el síndrome de Burnout en estudiantes de Medicina de cuarto a séptimo año de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, obtuvo como resultado que de 90 participantes, el 57,7% correspondía a mujeres, además la edad promedio fue de 22,9 +-1,9 años; también encontró que la prevalencia de síndrome de Burnout severo fue de un 13,3% y el tener una buena percepción de la calidad del sueño (OR = 0,21; IC 95% 0,06 – 0,71;  $p = 0,011$ ) fue factor protector de al menos un ítem de síndrome de Burnout en rango severo; llegó a la conclusión que tener una buena percepción de la calidad de sueño es un factor protector en la presencia y severidad del síndrome de Burnout.
- Luyo K.(10) en su tesis sobre “Somnolencia diurna y calidad del sueño en internos de medicina del Hospital María Auxiliadora, 2017” que estuvo conformada por 65 internos en quienes se aplicaron encuestas, para la variable somnolencia la escala de Somnolencia Epworth y los componentes de calidad de sueño a través del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg; halló que la edad promedio de la muestra fue 24 años, el 60% de sexo femenino además 84.62% de los internos eran malos dormidores y el

89.23% tenían somnolencia diurna excesiva, la duración del sueño fue de 5-6 horas en el 86,15% y llegó a la conclusión que ser mal dormidor es un factor de riesgo para tener somnolencia.

- Quintana L.(11) en “Síndrome de Burnout y factores asociados en internos de Medicina Humana 2016”, realizado en Cusco - Perú, desarrolló un estudio observacional, transversal, analítico; la recolección de datos fue a través de un cuestionario con preguntas sobre las variables consideradas como factores asociados y el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey en su versión en español, las cuales se aplicaron durante el mes de febrero del 2016 a 74 internos de medicina humana de tres hospitales de la ciudad del Cusco; como resultados, en cuanto a las dimensiones de Burnout se obtuvo que el 48,6% tuvo agotamiento emocional alto, el 51,4% despersonalización alta y 66,2% una baja realización personal, asimismo se estableció una asociación estadísticamente significativa con las variables individuales: tiempo de esparcimiento y horas de sueño ( $p < 0,05$ ), donde un 50.0% de los internos que no dedican tiempo a actividades de esparcimiento y un 38,6% de los que duermen menos de seis horas al día padecen síndrome de Burnout, además se observó que el perfil de riesgo para padecer síndrome de Burnout es no dedicar tiempo a actividades de esparcimiento (Odds Ratio ajustado: 5,745) y dormir menos de seis horas al día (Odds Ratio ajustado: 5,648). Al final infirió que la prevalencia del síndrome de Burnout en internos de medicina humana de su población es 28,4%, existiendo asociación estadística significativa con las variables: tiempo de esparcimiento, horas de sueño y sede hospitalaria ( $p < 0,05$ ).
- Carrillo F. (12) en su tesis “Algunos factores asociados al síndrome de Burnout en internos de medicina del HMRDE-2013” encuestó a internos de Medicina del HRHDE y HMR-A aplicando el cuestionario de Maslach Burnout Inventory y una hoja de recolección de datos; halló que la prevalencia de Síndrome de Burnout se encuentra en 30.61%, también 62.20% de internos presentan cansancio emocional seguido de 56,10% con baja realización personal; entre los internos con Síndrome de Burnout se encontró en mayor

número mujeres 37,5%, el 100% son solteros, el 70% viven con padres u otros, el 100% trabaja más de 8 horas diarias, el 70% estudia más de 10 horas a la semana y el 100% duerme menos de 6 horas diarias. Concluyó que existe asociación entre las horas de trabajo, horas de estudio semanales, horas de sueño diario y el síndrome de Burnout.

- Deschamps A. Olivares S. De la Rosa K. Barco A.(13) en su investigación “Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras” empleó bases de datos (Medline, Pubmed, Lilacs, Cochrane) para la obtención de artículos de los cuales seleccionó 40 con descriptores específicos y según criterios de inclusión ; tuvo como resultado que 16 artículos (40%) corresponden a estudios en enfermeras y 24 (60%) a médicos, detectó que parece existir una relación entre la influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas con la aparición del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras y al final recomiendan que la identificación de los factores de riesgo psicosocial permitiría adoptar medidas preventivas, que pueden mejorar la salud y la calidad de vida

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Existe relación entre el grado de somnolencia y calidad del sueño con el síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche en Arequipa del 2019 al 2020?

## **3. HIPÓTESIS**

Es probable que el grado de somnolencia y calidad de sueño se relacione con el síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche en Arequipa del 2019 al 2020.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo General**

Determinar la relación del grado de somnolencia y calidad de sueño con el síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado del Hospital Goyeneche en Arequipa del 2019 al 2020.

### **4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el grado de somnolencia en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche en Arequipa del 2019 al 2020.
- Determinar la calidad de sueño en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche en Arequipa del 2019 al 2020
- Determinar la presencia de síndrome de Burnout y sus dimensiones en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche en Arequipa del 2019 al 2020
- Establecer la relación entre factores asociados con: la calidad de sueño, somnolencia y síndrome de Burnout con sus dimensiones, en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche en Arequipa del 2019 al 2020.
- Determinar la relación del grado de somnolencia y calidad de sueño con las dimensiones del síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado del Hospital Goyeneche en Arequipa del 2019 al 2020.

# CAPÍTULO I:

## FUNDAMENTO TEÓRICO

### 1.1. SUEÑO, CALIDAD DE SUEÑO

#### 1.1.1 EL SUEÑO

El sueño es un estado inmediatamente reversible de menor respuesta al entorno y de menor interacción con éste; está compuesto por dos estados fisiológicos: El sueño con movimientos oculares no rápidos conocido como no REM y el sueño con movimientos oculares rápidos o REM (14).

El sueño no REM, está compuesto por cuatro fases, en esta etapa la mayoría de las funciones fisiológicas son claramente más bajas que cuando se está despierto; en las personas sin patologías, el sueño no REM es un estado de paz en relación con la vigilia; las partes más profundas del sueño no REM que son las fases 3 y 4, se asocian con características inusuales a la hora de despertar, ya que cuando las personas se despiertan entre 30 minutos y 1 hora después del inicio del sueño de ondas lentas, se sienten desorientadas y con un pensamiento desorganizado; es más, despertares breves del sueño de ondas lentas también se asocian con la amnesia de los acontecimientos que se producen durante el despertar; por otro lado durante el sueño no REM los sueños suelen ser vívidos(15).

El sueño REM se caracteriza por un nivel elevado de actividad cerebral y un grado de actividad fisiológica similar al de la vigilia; alrededor de 90 minutos después de quedarse dormido, el sueño no REM da lugar al primer episodio REM de la noche (15), asimismo los autores refieren que en este estado aumenta el pulso, la respiración, la presión arterial y del consumo cerebral de oxígeno, además de la parálisis casi total de los músculos esqueléticos; es probable que el rasgo más distintivo del sueño REM sean los sueños ya que las personas que se despiertan durante este periodo refieren con frecuencia lo que estaban soñando y típicamente los sueños son abstractos.

En los adultos jóvenes, la distribución de las fases del sueño es la siguiente: No REM (75%): Fase 1: 5%, Fase 2: 45%, Fase 3: 12% y Fase 4: 13%; REM (25%). (15).

#### **1.1.1.1 REGULACIÓN DEL SUEÑO**

Un número reducido de sistemas interconectados, que se ubican sobre todo en el tronco encefálico, serían el centro de control del sueño, entre ellos tenemos (15):

La Serotonina cuyo bloqueo en su síntesis o la destrucción del núcleo del rafe dorsal del tronco encefálico reduciría el tiempo de sueño; asimismo la síntesis y liberación de serotonina están influida por la disponibilidad de L-triptófano, por lo que su ingesta en grandes cantidades reduce la latencia del sueño y los despertares nocturnos; en cambio, su déficit se relaciona con una menor cantidad de tiempo de sueño REM; además también participa en la regulación de la melatonina, que es secretada a consecuencia de la disminución de la luz ambiental, regulando el ciclo sueño - vigilia, produciendo somnolencia para iniciar el sueño principal(16).

En cuanto a la noradrenalina, los fármacos y manipulaciones que aumentan la tasa de descarga de las neuronas noradrenérgicas, cuyos cuerpos se ubican en el locus cerúleo, reducen notablemente el sueño REM y aumentan la vigilia. Por otro lado la acetilcolina cerebral interviene en la producción de sueño REM.

Por último la dopamina tiene un efecto de alerta, ya que los fármacos que aumentan sus concentraciones en el cerebro tienden a producir activación y vigilia. También se ha postulado que durante la vigilia se acumula una sustancia endógena (proceso S) que induce el sueño y produce el deseo a dormir

### 1.1.1.2 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO DSM-5

La 5ta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association enumera once trastornos del sueño-vigilia, la actual clasificación incluye (15):

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

### 1.1.1.3 RITMO SUEÑO-VIGILIA

Sadock y Ruiz (15), nos mencionan que en un período de 24 horas, los adultos duermen una vez o tal vez dos, este ritmo no existe al momento de nacer, sino



que se desarrolla durante los dos primeros años de vida; por otra parte las siestas que se toman en distintos momentos del día presentan grandes diferencias en cuanto a sus proporciones de sueño REM y no REM, una siesta que se toma por la mañana o al mediodía incluye una gran proporción de sueño REM, mientras que una que se toma por la tarde o al anochecer presenta mucho menos sueño REM; de manera que la tendencia a tener sueño REM está afectada por el ciclo circadiano, además los patrones de sueño no son fisiológicamente iguales si una persona duerme durante el período en que suele permanecer despierta, y los efectos psicológicos y conductuales del sueño también son diferentes.

### **A. Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia**

En situaciones normales el marcapasos circadiano interno se reinicia cada día con la luz brillante, la actividad y las obligaciones sociales; cuando estos factores no logran reiniciarlo es donde aparecen los trastornos del ritmo circadiano del sueño; el DSM-5 define seis tipos de trastornos del ritmo circadiano del sueño: fases de sueño retrasadas, fases de sueño avanzadas, sueño-vigilia irregular, sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas, asociado con turnos laborales y no especificado (15).

#### **a. Trabajo por turnos y la profesión médica**

Cuando hablamos del trabajo por turnos nos referimos a un diseño de práctica de empleo que cubre las 24 horas del día y la noche necesarias para el desempeño del trabajo en la sociedad (17); es en el trabajo nocturno donde se produce una disconformidad con nuestro sistema circadiano endógeno, el cual está biológicamente ajustado para garantizar un rendimiento cognitivo óptimo durante el día y promover el sueño durante la noche, por lo que nuestro proceso biológico habla en contra de la realización de tareas operativas por la noche y es una explicación muy probable de por qué los accidentes relacionados a errores humanos ocurren a mitad de la noche (18). Cabe destacar que es aproximadamente entre las 3 y las 5 a.m. el marco temporal en el que suelen producirse los accidentes como consecuencia directa de la somnolencia (15).

Los trabajadores de la salud constituyen una población que trabajan en gran medida por turnos, lo cual se da para proveer servicios de atención médica de

emergencia las 24 horas, por consiguiente al producirse una desalineación del marcapasos circadiano da como resultado pérdida del sueño y somnolencia excesiva durante los turnos de trabajo con lo cual hay implicaciones negativas en la atención y seguridad del paciente, por lo que sería importante un tiempo disponible para la recuperación del sueño ya que influye en el rendimiento, salud y seguridad (19).

#### **1.1.1.4 EFECTOS DE LA PRIVACIÓN DE SUEÑO**

Al vernos obligados a perder una noche de sueño nos sentimos muy somnolientos, la capacidad cognitiva resulta afectada, existe dificultad para concentrarse en tareas mentales y puede haber quienes refieren distorsiones perceptivas; por lo que se puede entender que el sueño brinda la oportunidad para que el cerebro descanse. (14)

La pérdida de sueño, tanto aguda como acumulativa, disminuye la percepción subjetiva de alerta y la capacidad de mantener la atención (18,20); una restricción aguda del sueño afecta particularmente aquellas tareas que requieren de una atención sostenida, dividida y selectiva (21). La pérdida de sueño de 2 a 3 horas por noche acumulada durante varias noches conocida como restricción parcial crónica del sueño también puede provocar déficits de rendimiento (22). Las reducciones adicionales en la duración del sueño afectan el rendimiento pudiendo ser similares en magnitud a la ingesta de alcohol (18)(23).

También se ha visto que una desalineación circadiana hasta 3 días consecutivos afecta negativamente a una gran cantidad de tareas cognitivas como (24):

- El desempeño de la tarea de vigilancia psicomotora es decir la atención sostenida
- La tarea de sustitución de símbolos y dígitos en otras palabras el procesamiento de información
- El seguimiento de la tarea que hace referencia al rendimiento visual-motor.

También es importante saber que el cerebro necesita descansar de forma periódica para recuperarse de los efectos adversos de su actividad durante la vigilia. Los radicales libres, pueden dañar las células en las que se encuentran,

durante el sueño de ondas lentas, la disminución de la tasa de metabolismo permite que los mecanismos de restauración de las células destruyan estos radicales libres, de manera que impiden sus efectos nocivos (14).

### **1.1.2 CALIDAD DE SUEÑO:**

El concepto de calidad de sueño es amplio y complejo comprende aspectos cuantitativos y subjetivos de bienestar y de funcionamiento diurno (25). Por lo que la calidad de sueño es un constructo donde están implicados aspectos cuantitativos como la duración, latencia y número de despertares, y puede evaluarse con registros de electroencefalografía; y subjetivos como la percepción del sueño reparador y profundo, es decir levantarse con la sensación de sentirse descansado y con energía suficiente, evaluándose con agendas de sueño y cuestionarios (26).

La calidad se podría interpretar como algo subjetivo de cada individuo con respecto a si su sueño fue reparador o no, el cual esta relacionando directamente con el hecho de dormir adecuadamente en la noche y de esta manera desarrollar sus actividades diurnas sin ninguna dificultad (25).

### **1.2.1 FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE SUEÑO**

- **Edad:** La necesidades del sueño varían en función de la edad, los adultos muestran un patrón de sueño monofásico, con una duración promedio de 7,5 – 8 horas cada noche, mientras que es bifásico a una edad avanzada y en los niños en edad escolar. Para un adulto la duración más frecuente de sueño y recomendable es de 7 a 8 horas (27).
- **Sexo:** El sexo femenino constituye en riesgo para padecer trastornos del sueño (25), existen diversos factores orgánicos y hormonales como la menstruación, la ovulación, el embarazo y la menopausia que son causales de trastornos del sueño, y que están en estricta relación con el efecto que produce el equilibrio estrógeno-progesterona sobre la función sueño-vigilia.
- **Estado civil:** En las personas que están separadas, divorciadas o viudas, se encontró una menor calidad de sueño. En un estudio realizado en Cuenca en el 2014, se observó que las personas que mantenían una relación tenían mejor calidad de sueño con respecto a las que no la tenían (28).

- Fármacos que afectan el sueño: ansiolíticos, estos fármacos aumentan la duración del sueño porque incrementan la fase 2 del mismo; estimulantes: destacamos las anfetaminas, la cocaína y los antidepresivos tricíclicos que estimulan la liberación de catecolaminas y actúan además reduciendo el sueño REM o incluso haciéndolo desaparecer (29).
- Tabaquismo: Se ha demostrado que los fumadores tienen periodos más cortos de sueño, una latencia de sueño más larga, mayor frecuencia de apneas y movimientos durante este, además de una menor calidad de sueño que los no fumadores (29).
- Alcohol: Un mayor consumo de alcohol por ejemplo de 7-14 copas a la semana disminuye la duración del sueño, además se demostró que incluso si se consumen alcohol a dosis bajas durante la noche puede existir un incremento del estado alerta en la segunda mitad de la noche y por ende una fragmentación del sueño y aumento de la fatiga diurna (29)
- Uso de aparatos electrónicos durante la noche: Estos dificultan la conciliación del sueño por la gran cantidad de atención que demanda de nosotros, además la luz que producen inhibe la liberación de melatonina, la hormona de la somnolencia, por lo que mantiene a la persona despierta más tiempo (30).

## **1.2 SOMNOLENCIA**

El término somnolencia se refiere al sopor, la propensión a caer dormido en situaciones en las que debería estar despierto y, si es extrema, a la incapacidad para mantener el estado de vigilia, la somnolencia excesiva es un trastorno grave, debilitante y potencialmente mortal, que se puede derivar de una pobre calidad del sueño, de sus trastornos o del uso de algunos medicamentos. (15,31)

El desequilibrio de sueño producido por falta de este es acumulativo. Si se reduce su tiempo 1 o 2 horas cada noche y se mantiene este ritmo durante una semana, el insomnio alcanzará niveles patológicos; cuando al desequilibrio de sueño se le añade una disrupción de este o una disfunción neurológica básica en sus mecanismos, aumenta el riesgo de que el individuo pueda caer dormido de forma inesperada; por otra parte la somnolencia puede ser episódica y

manifestarse en forma de ataques de sueño irresistible, apareciendo por la mañana como una embriaguez del sueño o ser crónica (15).

Se puede clasificar la somnolencia, según su severidad como (31)

- Leve, donde existen episodios de sueño involuntario, el individuo bosteza frecuentemente, además que presenta alteraciones en la atención y la concentración
- Moderada, aquí la persona al realizar actividades en reposo se duerme contra su voluntad.
- Severa, cuando se presenta el sueño en forma involuntaria durante la actividad física

La somnolencia puede ser consecuencia de: sueño insuficiente, disfunción neurológica básica en los sistemas cerebrales que regulan del sueño, disrupción del sueño, alteración en la fase del ritmo circadiano de un individuo (15); como ejemplo se podría presentar como un trastorno secundario a apneas obstructivas, narcolepsia, hipersomnio e insomnio, como consecuencia de una condición médica, psiquiátrica, neurológica, el efecto del uso de ciertos medicamentos o el resultado de la respuesta adaptativa de la persona a las exigencias sociales y laborales que se presentan (31).

### **1.2.1 SOMNOLENCIA Y FATIGA**

La somnolencia y fatiga son términos usados a menudo como sinónimos pero son diferentes tanto en la perspectiva del diagnóstico como el tratamiento (26). En medicina del sueño, el término fatiga es usado para referirse a la sensación de agotamiento con la imposibilidad de realizar una actividad física al nivel que uno esperaría, los pacientes generalmente no se quejan de quedarse dormidos en sitios inapropiados y sus síntomas no son usualmente causados por un trastorno primario del sueño; por el contrario la somnolencia no implica ningún desgaste o ejercicio físico y disminuye como consecuencia del período del sueño.

### **1.3. SÍNDROME DE BURNOUT**

#### **1.3.1 HISTORIA DEL BURNOUT**

La palabra Burnout se desprende del inglés y se traduce como "estar quemado", el primero en describir este síndrome fue Freudenberg en 1974 (32), quién lo estableció como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales cuyo objeto de trabajo eran personas, formado por un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales que se desarrollan en su actividad laboral y es resultado de una demanda excesiva de energía. Por lo que considera que: "el Burnout se trata de un estado de fatiga o si bien una frustración que surge de la dedicación a una causa, forma de vida o relación en la que no produce el esperado esfuerzo. Puede verse como un fracaso adaptativo individual por el desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas del trabajo con las personas. Normalmente no es reconocido y es mal resuelto por quien lo padece tras de exigencias laborales que determinan un esfuerzo crónico, así como insuficientes refuerzos"

##### **1.3.1.1 DEFINICIONES DE SÍNDROME DE BURNOUT**

Entre las definiciones de Burnout citadas por Hernández; González y Campos tenemos (33):

- Cherniss (1980) Es un proceso en el cual las actitudes y el comportamiento del trabajador o profesional cambian de manera negativa en respuesta a la tensión del trabajo. Este autor describe al síndrome en 3 etapas: desequilibrio entre los recursos y las demandas; desarrollo de tensión, fatiga y agotamiento emocional; y por último, cambios en las actitudes y comportamientos del trabajador hacia otras personas.
- Maslach y Jackson (1981) El Síndrome de Burnout es el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir frecuentemente entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas.

- Kahill (1988) Síndrome caracterizado por sentimientos de autoeficacia reducida, desánimo, despersonalización y fatiga, vinculado a situaciones crónicas de demandas excesivas en el ámbito laboral
- Longás y Fernández (2003) Síndrome caracterizado por distrés interpersonal crónico que se presenta en el ejercicio laboral

### 1.3.2 CAUSAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Existe la teoría causal donde ciertos factores individuales y situacionales hacen que las personas experimenten Burnout, se ha podido identificar una gran cantidad de factores de riesgo organizacionales en muchas ocupaciones en varios países (34).

Se ha encontrado seis dominios claves de causalidad (34;35): carga de trabajo, falta de control, recompensa, comunidad, equidad y valores:

La sobrecarga de trabajo contribuye al agotamiento, ya que cuando hay pocas oportunidades para descansar y recuperarse se agota la capacidad de las personas para satisfacer las demandas del trabajo; también hay un nexo entre la falta de control y el agotamiento, cuando los empleados tienen la capacidad percibida de influir en las decisiones de su trabajo y ejercer autonomía experimentan un mayor compromiso laboral; en cuanto al área de recompensa, el reconocimiento y la recompensa insuficientes devalúa tanto el trabajo como a los trabajadores, además que se relaciona con sentimientos de ineficacia; en el área de la comunidad, cuando las relaciones entre los empleados se caracterizan por falta de apoyo y confianza o por conflictos internos hay mayor riesgo de agotamiento; asimismo el área de la equidad hace referencia a la justicia social, ya que si ésta no está presente puede surgir cinismo y hostilidad a razón que las personas sienten que no están siendo tratadas con el debido respeto; y por último, cuando hablamos sobre el área de valores debemos entender a estos como las motivaciones que originalmente atraían a las personas a su trabajo, y que cuando entran en conflicto podría existir una disyuntiva entre el trabajo que se quiere hacer y el que se hace, desembocando en un mayor agotamiento.

### **1.3.3 MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT:**

La persona que padece el síndrome de Burnout puede presentar (36):

- Síntomas emocionales: depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia y supresión de sentimientos
- Síntomas cognitivos: desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, desorientación cognitiva, distracción, cinismo, criticismo generalizado, pérdida de la autoestima, del significado, de los valores y de la creatividad.
- Síntomas conductuales: evitación de responsabilidad, ausentismo e intención de abandonar las responsabilidades, desvalorización, autosabotaje, desconsideración al propio trabajo, conductas inadaptativas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del consumo de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
- Síntomas sociales: aislamiento, evitación de contacto y profesional, conflictos interpersonales, malhumor, formación de grupos críticos.
- Síntomas psicósomáticos: cefaleas, dolores osteomusculares, pérdida de apetito, cambio de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales.

Además el cuadro clínico podría seguir la siguiente secuencia: Al comienzo en la etapa uno, se percibe un desequilibrio entre las demandas laborales y entre los recursos tanto materiales como humanos de modo que los primeros exceden a los segundos lo cual provocaría una situación de estrés agudo; en la etapa dos, se realiza un sobre-esfuerzo para adaptarse a las demandas el cual se sostendría transitoriamente; posteriormente en la etapa tres, aparece el síndrome de Burnout; y finalmente en la etapa cuatro, el individuo se encuentra deteriorado psicofísicamente (37).

### **1.3.4 DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Este síndrome se lo ha incluido en la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados a la salud, en la décima revisión (CIE-10) dentro de la categoría "Problemas relacionados con la dificultad para el



manejo de la vida"; existen diferentes instrumentos para valorar el síndrome de Burnout; pero la prueba utilizada con más frecuencia y que está estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI), la cual consta de 22 ítems divididos en tres escalas o dimensiones (38):

Sus tres dimensiones clave son: agotamiento emocional, que es la sensación de estar sobreextendidos, la pérdida de los recursos emocionales producto de las continuas interacciones entre los trabajadores y sus clientes, representan la dimensión de estrés individual básico del agotamiento; la despersonalización, que hace referencia a la actitud cínica e indiferente al entorno laboral y representa el contexto interpersonal en el que se desarrolla el agotamiento; y la reducción de la realización personal, que es la tendencia a evaluar los logros personales como negativos, refiriéndose a la dimensión de autoevaluación del agotamiento (39).

El agotamiento emocional generalmente se considera la cualidad central del síndrome de Burnout, ello no significa que las otras dimensiones sean incidentales; la despersonalización y la realización personal capturan aspectos críticos de la relación que las personas tienen con su trabajo (39), además la despersonalización en realidad puede alinearse más fuertemente con las consecuencias más negativas del síndrome de Burnout (40).

### **1.3.5 BURNOUT Y LA PROFESIÓN MÉDICA**

El Burnout prevalece en aquellos que trabajan en profesiones orientadas a personas, como la atención médica (41).

Al hablar de prevalencia en el campo de la salud principalmente en el personal médico, se vio un 14.9% en España, mientras que en países de América Latina se observó: en Argentina un 14.4 %, Uruguay un 7,9%, Colombia 5,9 %, Guatemala 4,5%, México y Perú con un 4.3%, Ecuador 4%, y El Salvador 2,5%.(38). En estudios realizados en internos peruanos la prevalencia fluctúa entre 11,49% y 57,2%, mientras que en otros países puede llegar a una prevalencia baja como 9% y alta 75% observado en Australia (42).

Los suministradores de atención médica generalmente desarrollan relaciones interpersonales con quienes cuidan, priorizando las necesidades de los demás

sobre las propias, aunque se obtiene un sentimiento de satisfacción todo ello agota sus reservas emocionales y con el tiempo, esto puede resultar en síndrome de Burnout, lo que se indica por un angustioso agotamiento, cinismo hacia las personas y el trabajo, y una sensación de ineficacia profesional (41).

El origen del Burnout puede derivarse del propio individuo, cuando se relaciona al perfeccionismo y la evitación de estrategias de afrontamiento; a la profesión médica, por sentimientos de culpa y la tendencia a ignorar la angustia; y a las organizaciones de atención médica, por la carga de los registros médicos, los entornos laborales y el liderazgo deficiente (41). De manera que entre los médicos, el agotamiento emocional incluye sentirse "agotado" al final de un día de trabajo y desde un punto de vista emocional no tener que ofrecer a los pacientes, la despersonalización hace referencia al trato a los pacientes como objetos en lugar de seres humanos y la insensibilidad hacia su dolor, y una reducida realización personal se explica por sentirse ineficiente al ayudar a los pacientes con sus problemas además de la desvalorización de los resultados de su atención al paciente y los logros profesionales (40).

Actualmente el síndrome de Burnout podría formar parte de la educación médica, donde los alumnos son testigos y adoptan las conductas desadaptativas e inadecuadas de los docentes, que a menudo se refuerzan a lo largo de sus carreras, a ello se le suma los entornos de aprendizaje deficientes, las rotaciones desorganizadas y la mala supervisión para acabar en el agotamiento del futuro médico (41).

#### **1.3.5.1 CONSECUENCIAS DEL BURNOUT EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

Se ha relacionado el síndrome de Burnout del personal médico con la atención subóptima de pacientes, así como con un riesgo duplicado de error, además los errores autopercebidos se asociaron con el empeoramiento del agotamiento, síntomas depresivos y la disminución de la calidad de vida, lo que advierte una relación entre los errores médicos y la angustia (40, 41). También se ha asociado con una disminución de la productividad, la insatisfacción laboral y la intención de abandonar la práctica actual, asimismo el síndrome de Burnout aumenta en un 25% las probabilidades de abuso y/o dependencia del alcohol, incrementa al

doble el riesgo de ideación suicida y un mayor riesgo de accidentes automovilísticos (40).

### **1.3.6 AFRONTAMIENTO Y MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPEUTICAS EN EL BURNOUT**

Como ya se había mencionado las personas que trabajan en el área de salud son más vulnerables a desarrollar síndrome de Burnout al estar sometidos a elevados grados de tensión, demandas excesivas de trabajo, sometimiento, depresión, fracaso y agotamiento, es por ello que se debe intervenir en el entorno de trabajo creando áreas saludables, y a nivel personal a través del conocimiento conseguir la habilidad para lidiar con el estrés y el síndrome de Burnout (38).

El afrontamiento se define como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales para controlar o reducir las demandas internas o externas creadas por una condición estresante (38, 43). Con base en ello, afirman la existencia de tres tipos de afrontamiento (44):

- El cognitivo, que permite significar el suceso y hacerlo menos desagradable,
- El conductual, que está basado en conductas confrontativas de la realidad para manejar las consecuencias.
- El afectivo, que es regulación de las emociones para mantener un equilibrio afectivo.

Anzules, Véliz, Víneces y Menéndez mencionan las medidas de prevención propuestas por Beltrán en el 2004 y Domínguez en el 2015 aplicables a las situaciones de estrés laboral y síndrome de Burnout (38):

Las medidas de prevención primaria (38)

- Medidas de gestión y comunicación: estableciendo una mejoría en la organización que asegure una óptima adecuación entre el nivel de responsabilidad del trabajador y el control sobre su trabajo.

- Mejorar los procesos, condiciones y entorno de trabajo: ofreciendo compensaciones razonables por el esfuerzo realizado, además de aclarar los objetivos de la institución y el papel del trabajador.
- Programas de formación y entrenamiento: con el objetivo de apropiarse de conocimientos, capacidades y habilidades necesarias para un buen desempeño
- Modificar la política de personal: haciéndola más comunicativa y flexible
- Mejorar los canales de comunicación: para facilitar mayor participación en toma de decisiones, otorgándoles más autonomía y a través de la comunicación permitir la solución de problemas laborales cotidianos.
- Prever los efectos psicosociales producto de cambios
- Establecer relaciones interdepartamentales y personales
- Introducción de cambios mediante la información adecuada de los trabajadores afectados, para facilitar sus esfuerzos y aplicar los principios que consisten en adaptación de puestos y tareas a las personas
- Organización del tiempo de trabajo: el trabajo se hace menos agotador, si los horarios están bien organizados recibiendo diferentes tipos de asistencia social, como espacios donde se puedan recuperar tanto física como mentalmente.

Las medidas de prevención secundarias (38):

- Tener conocimiento sobre este tema a fondo: causas, consecuencias, modos de afrontarlo
- Detección precoz: ampliando la concienciación de todos los trabajadores
- Desarrollar técnicas de afrontamiento del problema
- Aplicar y promover la vigilancia de la salud, para poder diagnosticar a tiempo este problema
- Diseñar programas de adquisición de destrezas que ayuden a los trabajadores, mediante la información y formación a gestionar las situaciones de conflicto tanto en el plano personal como relacional.
- Identificación de las diversas fuentes de estrés en el lugar de trabajo, es de vital importancia para ejercer las medidas de gestión que sean tomados para disminuir, atenuar incluso aquellas que puedan llegar a

eliminar el desgaste profesional y las consecuencias psíquicas, físicas y organizacionales que deriven de su permanencia y cronicidad.

Thomsé; Ayala y Sphan refieren que según House dentro de las medidas preventivas y terapéuticas los medios de apoyo para el síndrome de Burnout, que son (45): el apoyo emocional, relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro; el apoyo instrumental, que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional; el apoyo informativo, que le permite a un sujeto conocer una situación y poseer instrumentos para afrontarlo; y por último, el apoyo evaluativo, que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

### **1.3.7 BURNOUT ACADÉMICO**

En el trabajo de Gonzalez, Hernandez, Soberanes y Monjaráz se cita a Schaufeli (2002) del Maslach Burnout Inventory Student Survey, donde se estudió el Burnout fuera del ámbito ocupacional con referencia al “estudio”, con lo cual se ha podido demostrar que los estudiantes también sufren de este síndrome a consecuencia de sus estudios, presentando niveles de agotamiento emocional, despersonalización y sensación de incompetencia respecto a las actividades académicas; en el estudiante se genera la sensación de no poder dar más de sí mismo, tanto física como psíquicamente, la crítica se vuelve negativa, se desvalorizan, hay una pérdida del interés y del valor hacia el estudio y dudas acerca de su capacidad (46).

## **CAPÍTULO II: MÉTODOS**

### **2.1 Ámbito de estudio**

El estudio se realizó en el hospital III Goyeneche, en el departamento de Arequipa.

El periodo de estudio del presente trabajo fue en el primer trimestre del año 2020.

### **2.2 Población y muestra**

#### **2.2.1 Población**

Ciento cuarenta y siete internos de medicina del hospital Goyeneche que ingresan y egresan al internado del 2019 al 2020

#### **2.2.2 Muestra**

Catorce de los internos no aceptaron participar en la investigación, por lo que se consideró un total de 133 internos entre los que ingresan y egresan y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

#### **2.2.3 Criterios de selección**

##### **a) Criterios de Inclusión**

- Internos de Medicina que iniciaron el internado en Enero de año 2020 en las áreas de Pediatría, Medicina, Gineco - Obstetricia y Cirugía del Hospital Goyeneche.
- Internos de Medicina que iniciaron el internado en Enero del 2020 y aceptaron participar del estudio, previo consentimiento informado.
- Cuestionarios proporcionados por el departamento de Psiquiatría de Internos de medicina que laboraban en los servicios de Pediatría, Medicina, Gineco- Obstetricia y Cirugía en el año 2019.

##### **b) Criterios de Exclusión**

- Internos de medicina que presentaron enfermedades médicas diagnosticadas que cursaban con trastorno del sueño.
- No llenaron adecuadamente los instrumentos.

- Internos de Medicina que no aceptaron participar del estudio, ni firmar el consentimiento informado.

## **2.3 Técnicas y procedimientos**

### **2.3.1 Tipo de investigación:**

La investigación tiene un alcance correlacional, es decir que se busca relacionar las variables de investigación, así mismo mantiene un diseño no experimental, es decir que la investigadora no puede manipular las variables.

### **2.3.2 Diseño muestral**

En el trabajo de investigación se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando el tamaño muestral según el acceso a los internos que tuvo la investigadora.

### **2.3.3 Producción y registro de datos**

La recopilación de los datos obtenidos fue a través de la encuesta empleada que incluía la Escala de Somnolencia de Epworth, Cuestionario de Maslach Burnout e Índice de Calidad de sueño de Pittsburg, las cuales fueron auto-administrados y confidenciales a los internos ingresantes del 2020, en donde se indicó al participante realizar la encuesta en tiempo real; el tiempo promedio de duración de la encuesta: 5 - 8 minutos cada una; previo a la toma de cada encuesta, se realizó un consentimiento informado, con la explicación de los objetivos del estudio y se brindó las pautas para el correcto llenado de la encuesta.

También se realizó la revisión de la encuesta aplicada por el departamento de psiquiatría del hospital Goyeneche a los internos del 2019 en el mes de diciembre, el cual fue solicitado por escrito al departamento de psiquiatría de dicho hospital, se extrajo los datos correspondientes a escala de somnolencia de Epworth, Cuestionario de Maslach Burnout e Índice de Calidad de Pittsburg.

### a) Instrumentos

- Escala de somnolencia de Epworth (versión peruana modificada): Este instrumento cuenta con una total de 9 ítems que piden al entrevistado ponderar de 0 a 3 el grado de somnolencia en diferentes situaciones cotidianas, diferenciando la somnolencia de la fatiga. El puntaje total se obtiene sumando el puntaje de cada situación, para personas que manejan vehículos motorizados, se suma los primeros ocho ítems y para personas que no manejan vehículos motorizados, se suma los primeros siete ítems y el ítem nueve.

La Escala de Somnolencia Epworth versión peruana como la que se utiliza para la población que no conduce vehículos motorizados tienen una adecuada comprensibilidad. Son confiables en el tiempo (test-retest) y tienen una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach: 0,790 y 0,789) (47).

- Calidad de sueño: Se midió a través del Índice de Calidad de sueño de Pittsburg. que lo operacionaliza según puntuación del instrumento en: Buena calidad de sueño  $\leq 5$  y Mala calidad de sueño  $> 5$

Se utilizó la versión en español con modificaciones en México ya que esta versión tiene coeficiente de consistencia alpha de Cronbach=0.81 (29,33) y es una traducción fiel a la original (48).

- Cuestionario de Maslach Burnout: es un instrumento de 22 ítems que es considerado el Gold Standard para medir el síndrome de Burnout. Este instrumento tiene subescalas separadas que permiten evaluar sus dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal; consta de un puntaje de:

0 = Nunca

1= Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días



- CANSANCIO EMOCIONAL (CE), máximo de 54 puntos, la calificación fue: BAJA, si es menor o igual de 18 puntos, MEDIA, si está entre 19 y 26 puntos y ALTA, si es mayor o igual de 27 puntos. De manera que cuanto más alta sea la puntuación mayor es el cansancio emocional (CE)
- DESPERSONALIZACIÓN (DP) con una puntuación máxima de 30 puntos: BAJA, si es menos o igual a 6 puntos, MEDIA, si es de 6 a 9 puntos y ALTA, si es mayor o igual de 10 puntos. Cuanta más alta la puntuación mayor será la despersonalización
- REALIZACIÓN PERSONAL (RP) una puntuación máxima de 48 puntos. ALTA, si es mayor o igual de 40 puntos, MEDIA, si es de 34 a 39 puntos y BAJA, si es menor o igual de 33 puntos. Cuanta más baja sea la puntuación, menor es la realización personal.

En el Perú Valdera L. (49) para fines de la investigación realizó la confiabilidad de las dimensiones del instrumento mediante el alfa de Cronbach; en totalidad, el instrumento obtuvo una confiabilidad de 0.791.

#### **b) Aspectos éticos**

Se solicitó un consentimiento informado a los participantes y se mantuvo en estricto anonimato los resultados de cada uno de los participantes.

#### **c) Técnica de análisis estadístico:**

Se realizó una estadística descriptiva para las variables numéricas con distribución de frecuencias para las variables categóricas.

Se compararon grupos mediante estadístico Chi Cuadrado, se asocian variables mediante prueba odds ratio; así mismo se mantiene la estadística inferencial para medir la correlación entre las variables y entre los factores asociados, empleando el estadístico de correlación de Pearson.

# CAPÍTULO III

## RESULTADOS

### 1. DISTRIBUCIÓN DE INTERNOS SEGÚN DATOS DE CONTROL

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 1  
Distribución de internos según edad y grupo de estudio

Edad	Egresados		Ingresantes	
	Nº	%	Nº	%
< 25 años	9	12.86%	20	31.75%
25 a 29 años	53	75.71%	36	57.14%
≥ 30 años	8	11.43%	7	11.11%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 7.14

G. libertad = 2

p = 0.03

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 2  
Distribución de internos según sexo y grupo de estudio

Sexo	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Masculino	25	35.71%	29	46.03%
Femenino	45	64.29%	34	53.97%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 1.46      G. libertad = 1      p = 0.23

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 3

Distribución de internos según universidad de procedencia y grupo de estudio

Universidad	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Nacional	21	30.00%	20	31.75%
Particular	49	70.00%	43	68.25%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 0.05

G. libertad = 1

p = 0.83

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 4  
Distribución de internos según estado civil y grupo de estudio

E. civil	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Soltero	64	91.43%	59	93.65%
Casado	5	7.14%	3	4.76%
Conviviente	1	1.43%	1	1.59%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 0.34

G. libertad = 2

p = 0.85

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 5  
Distribución de internos según número de hijos y grupo de estudio

Hijos	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Ninguno	64	91.43%	53	84.13%
Uno	3	4.29%	8	12.70%
Dos	2	2.86%	2	3.17%
Más de 2	1	1.43%	0	0.00%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 3.95

G. libertad = 3

p = 0.27

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 6

Distribución de internos según conformación familiar y grupo de estudio

Familia	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Ambos padres	31	44.29%	36	57.14%
Madre	12	17.14%	10	15.87%
Padre	5	7.14%	0	0.00%
Pareja	2	2.86%	2	3.17%
Otro familiar	13	18.57%	8	12.70%
Solo	7	10.00%	7	11.11%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 6.39

G. libertad = 5

p = 0.27

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 7  
Distribución de internos según relación sentimental y grupo de estudio

Rel. sentimental	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Con relación	31	44.29%	34	53.97%
Sin relación	39	55.71%	29	46.03%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 1.24

G. libertad = 1

p = 0.26



Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 8

Distribución de internos según actividad extracurricular y grupo de estudio

Act. Extracurr.	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Con actividad	31	44.29%	23	36.51%
Sin actividad	39	55.71%	40	63.49%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 0.83

G. libertad = 1

p = 0.36

## 2. RESULTADOS DE VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 9  
Distribución de internos según calidad de sueño y grupo de estudio

Calidad de sueño	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Buena	26	37.14%	27	42.86%
Mala	44	62.86%	36	57.14%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 0.45      G. libertad = 1      p = 0.50

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 10  
Distribución de internos según somnolencia y grupo de estudio

Somnolencia	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Normal	26	37.14%	22	34.92%
Ligera	12	17.14%	13	20.63%
Moderada	24	34.29%	26	41.27%
Excesiva	8	11.43%	2	3.17%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 3.70      G. libertad = 3      p = 0.30

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 11

Distribución de internos según dimensiones del síndrome de Burnout y grupo de estudio

DIMENSIONES	Nivel	Egresados		Ingresantes		Chi <sup>2</sup> (p)
		N°	%	N°	%	
Cansancio emocional	Bajo	23	32.86%	28	44.44%	2.73 (0.26)
	Medio	18	25.71%	17	26.98%	
	Alto	29	41.43%	18	28.57%	
Despersonalizac.	Bajo	22	31.43%	28	44.44%	2.60 (0.27)
	Medio	16	22.86%	10	15.87%	
	Alto	32	45.71%	25	39.68%	
Realizac. Personal	Baja	21	30.00%	7	11.11%	7.87 (0.02)
	Medio	16	22.86%	14	22.22%	
	Alto	33	47.14%	42	66.67%	
Total		70	100.00%	63	100.00%	

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 12  
Distribución de internos según presencia de Burnout y grupo de estudio

Burnout	Egresados		Ingresantes	
	N°	%	N°	%
Ausente	58	82.86%	60	95.24%
Presente	12	17.14%	3	4.76%
Total	70	100.00%	63	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 5.08

G. libertad = 1

p = 0.02

### 3. RELACIÓN ENTRE VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 13

Influencia entre calidad de sueño en la presencia de Burnout en los internos

Calidad	Total	Con Burnout		Sin Burnout	
		N°	%	N°	%
Mala	80	12	15.00%	68	85.00%
Buena	53	3	5.66%	50	94.34%
Total	133	15	11.28%	118	88.72%

Chi<sup>2</sup> = 2.78      G. libertad = 1      p = 0.10

OR = 2.94      IC95%: 0.79 - 10.98

Correlación de Pearson: 0.145    Sig. (bilateral): 0.097

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 14

Influencia entre somnolencia diurna en la presencia de Burnout en los internos

Somnolencia	Con Burnout		Sin Burnout	
	N°	%	N°	%
Normal	4	26.67%	44	37.29%
Ligera	3	20.00%	22	18.64%
Moderada	5	33.33%	45	38.14%
Excesiva	3	20.00%	7	5.93%
Total	15	100.00%	118	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 4.01

G. libertad = 3

p = 0.26

Correlación de Pearson: 0.107 Sig. 0.221

#### 4. RESULTADOS CORRELACIONALES

Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 15  
Factores asociados y variables de investigación

		Alcohol	Tabaco	Uso de aparatos electrónicos	Hora de estudios semanales	Horas de sueño diarios
Cansancio emocional	Correlación de Pearson	-.018	-.048	-.163	.035	-.165
	Sig. (bilateral)	.833	.587	.061	.686	.058
	N	133	133	133	133	133
Despersonalización	Correlación de Pearson	.041	.014	-,243**	.109	-.130
	Sig. (bilateral)	.641	.874	.005	.213	.135
	N	133	133	133	133	133
Realización personal	Correlación de Pearson	-.109	.020	.123	.118	,244**
	Sig. (bilateral)	.213	.821	.157	.176	.005
	N	133	133	133	133	133
Burn out	Correlación de Pearson	.104	-.129	-.111	-.169	-,191*
	Sig. (bilateral)	.233	.139	.205	.052	.028
	N	133	133	133	133	133
Calidad de sueño	Correlación de Pearson	.166	.014	-.080	-.009	-,306**
	Sig. (bilateral)	.056	.869	.359	.916	.000
	N	133	133	133	133	133
Somnolencia diurna	Correlación de Pearson	.104	-.062	-.156	.103	-,257**
	Sig. (bilateral)	.232	.480	.073	.236	.003
	N	133	133	133	133	133



Relación del grado de somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en  
internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital  
Goyeneche 2019-2020. Arequipa

TABLA 16

Diferencias en la calidad de sueño y somnolencia según componentes del  
síndrome de Burnout en los internos evaluados

		Calidad de sueño	Somnolencia diurna
Cansancio emocional	Correlación de Pearson	,204*	,232**
	Sig. (bilateral)	.018	.007
	N	133	133
Despersonalización	Correlación de Pearson	,202*	.141
	Sig. (bilateral)	.020	.106
	N	133	133
Realización personal	Correlación de Pearson	-,253**	-,258**
	Sig. (bilateral)	.003	.003
	N	133	133
Burn out	Correlación de Pearson	.145	.107
	Sig. (bilateral)	.097	.221
	N	133	133

## CAPITULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Sobre la distribución de internos según datos de control, se observó en la **Tabla 1** que hubo mayor proporción tanto en egresantes como en ingresados de internos de 25 a 29 años, de los cuales los egresados tuvieron un porcentaje de 75.71% a comparación con los ingresantes 57.14%, aunque la proporción de mayores de 30 años fue similar (11.43% en los egresados, 11.11% en los ingresantes) ( $p < 0.05$ ); asimismo en la **Tabla 2** se muestra que en ambos grupos predominaron las mujeres, con 64.29% en el primer grupo (egresados) y 53.97% en el segundo (ingresantes) ( $p > 0.05$ ), además la mayoría provenían de universidad particular (70% en el primer grupo, 68.25% en el segundo ( $p > 0.05$  **Tabla 3**); en cuanto al estado civil el predominante fue soltero en 91.43% en los egresados y 93.65% en los ingresantes ( $p > 0.05$ ; **Tabla 4**). El 91.43% de internos egresados no tiene hijos, así como 84.13% en el segundo grupo ( $p > 0.05$ ; **Tabla 5**); referente a la conformación familiar predominaron el vivir con ambos padres (44.29% egresados y 57.14% de ingresantes) ( $p > 0.05$ ) como se aprecia en la **Tabla 6**. Además en la **Tabla 7** se observa que el 44.29% de internos egresados y 53.97% de ingresantes tienen una relación sentimental ( $p > 0.05$ ); por último la mayoría de internos no realizaban actividades extracurriculares 55.71% de internos del primer grupo y 63.49% del segundo ( $p > 0.05$ ; **Tabla 8**).

Estos datos son muy similares a los presentados en tres estudios realizados en el Hospital Goyeneche, entre ellos Loaiza K. (50) en una población de 80 internos similar a los grupos de egresados e ingresantes del presente estudio, se observó que en su mayoría 83.75% internos se encontraban entre edades de 24 a 26 años, además el 57.5% fueron mujeres; predominaban los de universidad particular (67.5% Universidad Católica de Santa María) y con respecto al estado civil mayoritariamente eran solteros 98.75%; en el estudio dado por Coaquira A. (7) en 80 internos de medicina se encontró que la edad predominante fue entre los 24-26 años en un 68.8%, además no realizaban actividades extra hospitalarias el

93.8%; pero a diferencia de nuestro estudio la mayoría fueron de sexo masculino (52.5%); finalmente en la investigación de Aguilar C. (51) en 43 internos halló que la mayoría eran de sexo femenino 53,49%, solteros en un 90.70%, sin hijos en 95.35%, que vivían con familiares 88,37%, mayoritariamente de universidad particular 55,81% y el 62,79% no realizaba ninguna actividad extracurricular, en cuanto al rango de edad predominante fue de 23-24 años en un 55.81%.

Estos datos sociodemográficos son características propias de cada población, aun así son explicables algunos puntos concordantes; en cuanto al sexo se ha podido ver que la población de internos que predomina en los diferentes estudios son de sexo femenino, especialmente en los últimos años, esto podría deberse a que en el departamento de Arequipa su población total mayoritariamente es mujer (50,6%) (52); asimismo se evidencia en estos estudios que priman los internos que tienen entre 24 y 26 años de edad, si consideramos los años de estudios escolares y universitarios sin perder tiempo, entre los 23-24 años se estaría comenzando con el internado, a ello se sumaría los internos que perdieron años por dificultad para el ingreso a la carrera como lo reportado en el estudio de Perales et al (53) o pérdida de años durante su periodo de estudio; en cuanto a la universidad de preferencia se encontró mayor índice de internos de universidad particular que nacional, esto se podría deber a ciertas referencias de ex internos que han cursado su año de práctica en el hospital Goyeneche y que a lo largo del tiempo parece ser que son más de la Universidad Católica de Santa María. Por último, como se sabe el internado es un periodo que demanda muchas horas y en los días que corresponden a guardias no se sale del hospital hasta el día siguiente, lo cual dificultaría en cierta manera la realización de actividades extracurriculares por la menor cantidad de tiempo y mayor desgaste físico.

.....

A continuación sobre los resultados de variables de investigación; como se observa en la **Tabla 9** luego de la evaluación de la calidad de sueño, se encontró que 62.86% de internos egresados y 57.14% de ingresantes tuvieron mala calidad de sueño, diferencia no significativa ( $p > 0.05$ ). Neira V (8) observo que el personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tuvo a

predominio una mala calidad del Sueño (78.3%) con respecto a una buena calidad del sueño (21.7%), parece ser que no solo los internos sino otros profesionales que se dedican al área de la salud y que trabajan por turnos son más propensos a tener una mala calidad de sueño por la menor cantidad de horas al dormir al día, por las guardias, horas de estudio, entre otras causas. No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos (egresantes e ingresantes) probablemente porque los malos hábitos de sueño de los ingresantes se desarrollaron antes del ingreso al interno como el uso problemático de internet (54), consumo de inhibidores del sueño al querer obtener mejores resultados académicos (55), por actividades académicas generadoras de estrés que condicionan la mala calidad de sueño (56).

En cuanto a la somnolencia diurna, la **Tabla 10** muestran que un 34.29% de internos egresados tiene somnolencia moderada y 11.43% somnolencia excesiva, comparado con 41.27% y 3.17% respectivamente en el segundo grupo, diferencias que no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). En el estudio de Luyo K.(10) el 84.62% de los internos de medicina del hospital María Auxiliadora 2017, eran malos dormidores y el 89.23% tenían somnolencia excesiva, además que la duración del sueño fue de 5-6 horas en el 86,15% , y concluyó que el hecho de ser mal dormidor es un factor de riesgo para tener somnolencia diurna (OR de 11.56), esto se puede deber a que en los trabajadores por turnos (internos de medicina ) se produce pérdida del sueño y somnolencia excesiva durante los turnos de trabajo (19).

La **Tabla 11** muestra las dimensiones del síndrome de Burnout y sus niveles en los internos evaluados; se encontró alto cansancio emocional en 41.43% de egresados y en 28.57% de ingresantes, diferencia no significativa ( $p > 0.05$ ), similar a la sensación de despersonalización, alta en 45.71% de egresados y en 39.68% de ingresantes ( $p > 0.05$ ), además una realización personal baja en los egresantes de 30% a comparación con los ingresantes (11.11%), con una mayor realización personal en el segundo grupo (66, 67%) diferencia que resultó significativa ( $p < 0.05$ ).

Tanto en el estudio de Reyes et al. (57) y de Gutiérrez et al. (58) encontraron en sus poblaciones los niveles más elevados en cansancio emocional alto 75,1% y 63.3% y alta despersonalización 60,2% y 40.4% respectivamente, no siendo así con la baja realización personal el 26.4%.en el primer estudio y de 30.4% en el segundo; mientras que Salas P. (59) observó que predominaba el nivel alto para

cansancio emocional en un 36.7%, el nivel bajo para despersonalización en 46.8%, en cambio para la realización personal primaba el nivel intermedio con un 63.3%, también encontró una relación significativa entre el cansancio emocional y la insatisfacción laboral que se encontraba en el 60.8% de internos. Se logra observar que el cansancio emocional suele ser lo más afectado al igual que en nuestro estudio, ello se podría explicar por dos razones la primera por ser el producto de la continua interacción entre los internos y los pacientes que como se mencionó anteriormente causaría la pérdida de los recursos emocionales (39) y la segunda al ser hospital del MINSA la falta de recursos (materiales como profesionales) podrían ser causa de insatisfacción laboral.

Estos datos son distintos a los encontrados en los internos ingresantes cuyo cansancio emocional bajo y despersonalización baja tuvieron los más altos niveles esto podría deberse por el poco tiempo que se encuentran en el internado, en muchos caos aún no han conocido el nivel de estrés y desgaste que genera las jornadas laborales extenuantes, ya que muchos internos aún no han rotado por los servicios de medicina y cirugía donde se superan jornadas de 24 horas, acompañadas de exigencias académica y demandas emocionales constantes por parte de los pacientes y personal, que se experimentan a lo largo del internado.

Referente a la realización personal baja donde se encontró una diferencia significativa entre los egresantes que fue mayor a comparación con los ingresantes, se podría explicar a que los internos egresados a lo largo del año han podido experimentar más situaciones donde pudieron sentirse en ocasiones ineficientes al ayudar a los pacientes con sus problemas y por ende restando así sus logros profesionales (39), a comparación con los internos ingresantes que aún no han vivido tal experiencia.

Con todo ello se encontró presencia de Burnout en 17.14% de internos egresados y en 4.76% de ingresantes, diferencias estadísticamente significativas que se aprecian en la **Tabla 12**. El porcentaje de síndrome Burnout encontrado en los egresantes de este estudio al igual que en el realizado por Loaiza B (50) y por Carrillo F. (12) que reportaron una prevalencia de 35% y 30.61% respectivamente estuvieron dentro de los rangos de estudios realizados en internos peruanos que fluctúan entre 11,49% y 57,2% (42). En dos estudios internacionales como el de Alfaro, Olmos, Fuentealba, Céspedes (9) la prevalencia de síndrome de Burnout

fue de un 13,3%, en tanto que el de Reyes, Tulio, Mesa, Paredes, Barahona, Sierra (57) encontraron una prevalencia global del síndrome de Burnout en internos fue de 86.6%, estos resultados a comparación del nuestro se explicaría por el lugar origen de la investigación, las exigencias laborales independientes de cada institución y por la diferencia de años en que se realizaron las investigaciones.

.....

En relación de variables encontramos en la **Tabla 13** la influencia de la calidad de sueño en la presencia de Burnout; cuando la calidad del sueño es mala, el 15% de internos tiene Burnout, comparado con 5.66% en internos con buena calidad de sueño, diferencia no significativa ( $p > 0.05$ ). a diferencia del presente trabajo en la investigación realizada por Neira V(8); se muestra una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, lo cual se puede explicar porque la cantidad de participantes en este estudio fue mayor de 221 y su población no solo eran internos también incluía Médicos, Residentes y Enfermeras; aunque no se encontró en nuestro trabajo una relación significativa; si se halló que la mala calidad de sueño se asocia a un riesgo 2.94 veces mayor de desarrollar síndrome de Burnout, reafirmando su importancia en el agotamiento profesional. En la **Tabla 14** se muestra la influencia de la somnolencia en la presencia de Burnout; el 53.33% de internos con Burnout tuvo somnolencia diurna moderada o excesiva, comparado con 44.07% en internos sin Burnout, diferencias no significativas ( $p > 0.05$ ), y asociada de manera débil (Correlación de Pearson: 0.107 Sig. 0.221) con la presencia de Burnout.

.....

Por último sobre los resultados correlacionales: en la **Tabla 15** se observa que existe una correlación significativa, indirecta y baja ( $p=0.243$ ,  $x=0.005$ ,  $x<0.05$ ), entre el uso de aparatos electrónicos y la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout, es decir que el uso de aparatos electrónicos se relaciona a una mayor despersonalización entre los internos al igual que lo encontrado por Mendoza, Parra, Pallares, López donde se observó una correlación significativa entre el uso de redes sociales y despersonalización (20%) pero además encontraron relación significativa con agotamiento emocional (22,2%) y alta realización personal (50%) ( $p \leq 0,01$ ) (60), en este mismo trabajo también se halló relación entre la variable «Los dispositivos móviles le distraen de las actividades

clínicas» con sentirse endurecidos emocionalmente ( $p = 0,224$ ) y sentir que los pacientes los culpan de alguno de sus problemas ( $p = 0,224$ ). Lo cual se podría explicar la asociación con la despersonalización ya que el uso de aparatos electrónicos entre los internos es común porque nos ayuda en nuestro proceso formativo sobre temas de interés, pero también son medios de distracción que podría causar dificultad en las relaciones interpersonales e insensibilidad (61) hacia el dolor de los pacientes y por ende sentirnos endurecidos emocionalmente.

Este mismo cuadro correlaciona de manera significativa, indirecta y baja las horas de sueño diaria con el síndrome de Burnout ( $p=0.191$ ,  $x=0.028$ ,  $x<0.05$ ),, calidad de sueño( $p=0.306$ ,  $x=0.000$ ,  $x<0.05$ ), y somnolencia diurna ( $p=0.257$ ,  $x=0.003$ ,  $x<0.05$ ),lo cual se interpreta que los internos con menos de 6 horas de sueño diario presentan mayor Burnout, una mala calidad de sueño y a una mayor somnolencia, mientras que el dormir mayor o igual de 6 horas de sueño diaria se relaciona a una mayor realización personal (correlación significativa, directa y baja  $p=0.244$ ,  $x=0.005$ ,  $x<0.05$ ); como lo señala Carrillo (12) se encontró que de los internos con síndrome de Burnout el 100% dormía menos de 6 horas, también en el realizado por Quintana L (62). se encontró asociación significativa con las horas de sueño ( $p<0,05$ ), en este estudio un 38,6% de los que duermen menos de seis horas al día padecían síndrome de Burnout, por lo que se infiere que aquellos internos que duermen menos de 6 horas diarias tiene mayor riesgo de desarrollar Burnout; además hay que tener en cuenta que durante el internado las horas de sueño se ven reducidas y reemplazadas por actividades como el estudio y el ciclo rotatorio de las guardias nocturnas, e incluso en algunos servicios se llega a permanecer por 30 horas, esto crea malos hábitos de sueño, por ende una menor calidad de este, disrupción del sueño, alteración en la fase del ritmo circadiano del individuo. y riesgo a padecer somnolencia.(15).

En cuanto a la calidad de sueño en el estudio dado por Luyo K (10), encontró que el 84.62% (55 internos)de los internos de medicina eran malos dormidores (mala calidad de sueño); además y que el 86.15% (56 internos) dormían un promedio de 5 a 6 horas; así mismo, Rosales, Egoavil, La Cruz y Rey de Castro encontraron relación entre dormir menor o igual a 5 horas con la mala calidad de sueño ( $p=0.004$ ) (63).

En la **Tabla 16** se muestra la correlación entre la calidad de sueño y las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización del síndrome de Burnout, que son significativos, directos y bajos ( $p=0.204$ ,  $x=0.018$ ,  $x<0.05$ ), ( $p=0.202$ ,  $x=0.020$ ,  $x<0.05$ ) respectivamente, lo cual quiere decir que a una mala calidad de sueño hay mayor cansancio emocional y mayor despersonalización; asimismo se ve una correlación significativa, indirecta y baja ( $p=0.253$ ,  $x=0.003$ ,  $x<0.05$ ), entre la calidad de sueño y la realización personal lo cual se interpreta que una mala calidad de sueño lleva a una baja realización personal. Por otro lado entre la somnolencia y el cansancio emocional se encontró una correlación significativa, directa y baja ( $p=0.232$ ,  $x=0.007$ ,  $x<0.05$ ), lo que significa que a menor somnolencia hay menor cansancio emocional y mayor realización personal (correlación significativa, indirecta y baja ( $p=0.258$ ,  $x=0.003$ ,  $x<0.05$ )).

En el estudio dado por Sánchez R (6) que incluyó 2216 médicos se encontró que el cansancio emocional moderado (ORa1: 5,6; IC95%: 2,1-15,1) y alto (ORa1: 6,6; IC95%: 4,2-10,3) y la despersonalización (ORa1: 3,5; IC 95%: 2,0-6,0) aumentan la odds de presentar mala calidad de sueño, mientras que en cuanto a la realización personal no encontró evidencia estadística de asociación.

Se ha visto que la falta de autonomía, poco control sobre el ambiente de trabajo y relaciones negativas con las personas puede llevar a un mayor nivel de agotamiento emocional, lo que puede influenciar negativamente su percepción de la calidad del cuidado, satisfacción con el trabajo y en la intención de dejar el empleo (64) que podría producir cambios deletéreos en el estado de ánimo alteraciones en el estado de alerta, lo cual afectaría de manera negativa a la calidad de sueño (65). La somnolencia se establece por la calidad del sueño, cantidad este y el ritmo circadiano, una disminución de estos factores puede afectar negativamente una gran cantidad de tareas cognitivas (24), dando así una menor realización personal que se manifestara por la ausencia de eficacia profesional, por lo que el interno tendrá sentimientos de incompetencia laboral, bajo desarrollo profesional y disminuirá la habilidad en la realización del trabajo (66).



## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

- PRIMERA:** La mala calidad de sueño incrementa el riesgo de presentar síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan y egresan al internado en el Hospital Goyeneche 2019-2020, mas no así la somnolencia.
- SEGUNDA:** Existe somnolencia moderada en 34.29% y severa en 11,43% de internos de medicina que egresaron y en 41.27% de somnolencia moderada y 3,17% severa de los que ingresan al internado en el Hospital Goyeneche 2019-2020.
- TERCERA:** La calidad de sueño es mala en el 62.86% de internos de medicina que egresan y en 57.14% de los que ingresan al internado en el Hospital Goyeneche 2019-2020.
- CUARTA:** Se encuentra mayores niveles de alto cansancio emocional en un 41.43%, alta despersonalización en 45,71%, baja realización personal en el 30% con síndrome de Burnout en 17.14% de internos egresados; mientras que en los ingresantes se halló mayores niveles de bajo cansancio emocional en 44.44%, baja despersonalización 44.44% y alta realización personal 66.67% con síndrome de Burnout en 4.76%.
- QUINTA:** Existe correlación entre el uso de aparatos electrónicos y una mayor despersonalización, además que dormir menos de 6 horas se relaciona a una menor realización personal, mayor Burnout, una mala calidad de sueño y a una mayor somnolencia.
- SEXTA:** Una mala calidad de sueño se correlaciona a una baja realización personal, mayor cansancio emocional y despersonalización, además a menor somnolencia diurna existe menor cansancio emocional y una mayor realización personal.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda que en las universidades y en el hospital se realice un despistaje de somnolencia y mala calidad de sueño de los estudiantes y personal salud con el fin de implementar estrategias para su mejora.
- Fomentar actividades donde se pueda brindar información por parte de profesionales sobre la importancia de una buena calidad de sueño y las consecuencias de malos hábitos que atentan contra ella.
- Que en el hospital existan un periodo de inducción al internado tanto práctico como teórico, que permita un mayor contacto con el paciente y sus necesidades, asimismo que puedan identificar los internos sus responsabilidades, conocer sobre las guardias y el tipo de enseñanza y tutoría de los profesionales; con el objetivo que el interno tenga un panorama global sobre las fortalezas y debilidades de su institución y pueda desarrollar un aprendizaje y servicio más provechoso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gastelo K. Rojas A. Díaz C. Maldonado W. Clima educativo hospitalario y síndrome de Burnout en internos de medicina. *Educacion Medica* 2018;16(1):1-10. Visitado diciembre 2019. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302638>
2. Catsicaris C. Eymann A. Cacchiarelli N. Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (Burnout) Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(3):236-240. Visitado diciembre 2019. Disponible en: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43434727/La\\_persona\\_del\\_mdico\\_residente\\_y\\_el\\_sndr20160306-9605-14necoj.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa\\_persona\\_del\\_medico\\_residente\\_y\\_el\\_sin.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200308%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4\\_request&X-Amz-Date=20200308T215118Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a560c083342ee6bc66d125d117f95d2d5e14d746670d72b7115d1be40feae542](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43434727/La_persona_del_mdico_residente_y_el_sndr20160306-9605-14necoj.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_persona_del_medico_residente_y_el_sin.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200308%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200308T215118Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=a560c083342ee6bc66d125d117f95d2d5e14d746670d72b7115d1be40feae542)
3. Saavedra I. García J. Llamazares F. Fernández E. Lopez A. Grado de Burnout en especialistas en formación de medicina y psicología clínica. *Educación Medica* 2019;16(1):1-7. Visitado diciembre 2019. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181319301032>
4. Machado M. Echeverri J. Machado E. Somnolencia diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina. *Revista Colombiana Psiquiatria* 2015;44(1):1-6. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000426>
5. Carrillo P. Barajas K. Sanchez I. Rangel M. Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias?. *Revista de la Facultad de Medicina (México)* 2018; 61(1):6-20. Visitado diciembre 2019. Disponible en : [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422018000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006)
6. Sánchez R. Asociación entre el síndrome de desgaste profesional (BURNOUT) y la calidad del sueño en médicos que laboran en instituciones prestadoras de servicios de salud en el sistema de salud peruano: análisis de la encuesta nacional de satisfacción de usuarios de los servicios de salud (ENSUSALUD 2016. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Título Profesional de Médico Cirujano. Lima, Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC),2019.32pp. Visitado diciembre 2019. Disponible en: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626444/Sanchez\\_LR.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626444/Sanchez_LR.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

7. Coaquira A. Calidad de sueño, somnolencia excesiva diurna y rendimiento académico en los internos de medicina al finalizar la primera rotación en el hospital III Goyeneche. Tesis médico cirujano. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín, 2016. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1842/MDcovial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Neira V. Calidad de sueño asociado a Síndrome de Agotamiento profesional (Burnout) en personal asistencial de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017. Título Médico Cirujano. Arequipa, Perú: Universidad Católica Santa María, 2018.106pp. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7633>
9. Alfaro P. Olmos R., Fuentealba M. Céspedes E. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de una escuela de medicina de Chile 2013, CIMEL 2013;18(2):23-26. Visitado diciembre 2019. Disponible en : <http://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/400/236>
10. Luyo K. Somnolencia diurna y calidad del sueño en internos de medicina del hospital maría auxiliadora, 2017. Título Médico cirujano. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villareal, 2018.45pp. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1725>
11. Quintana L. Síndrome de Burnout y factores asociados en internos de Medicina Humana 2016. Título Médico cirujano. Cusco, Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2016. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/2559>
12. Carrillo F. Algunos factores asociados al síndrome de Burnout en internos de medicina del HMR-A Y HRHDE-2013. Tesis médico cirujano, Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín, 2014.45pp. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4276/MDcahuf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Deschamps A. Olivares S. De la Rosa K. Asunsolo A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. Medicina y Seguridad del trabajo Julio - septiembre 2011; 57(224):224-241. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf>
14. Carlson N. Fisiología de la conducta, 11 °Ed, España: PEARSON;2014: 324-362.
15. Sadock B. Sadock V. Ruiz P. Manual de psiquiatría clínica, 4ta Ed., Barcelona: Wolters Kluwer;2017:495-553.
16. Lira D. Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Rev Neuropsiquiatr 2018; 81(1):20-28. Visitado diciembre 2019. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972018000100004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972018000100004&script=sci_arttext&tlng=en)
17. Folkard S. Lombardi D. Tucker P. Shiftwork T: Safety, sleepiness and sleep. Ind Health 2005; 43(1): 20–23. Visitado diciembre 2019. Disponible en: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/43/1/43\\_1\\_20/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/43/1/43_1_20/_article/-char/ja/)
18. Chellappa. Morris C. Scheer F. Effects of circadian misalignment on cognition in chronic shift workers. Scientific Reports 2019; 9(699):1-9. Visitado

- diciembre 2019. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-36762-w>
19. Ganesan S. The Impact of Shift Work on Sleep, Alertness and Performance in Healthcare Workers. *Scientific Reports* 2019; 9(4635):1-13. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-40914-x>
  20. Lo J. et al. Effects of partial and acute total sleep deprivation on performance across cognitive domains, individuals and circadian phase. *Plos one* 2012; 7(9):1-16. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3454374/>
  21. Pin Chua E. Fang E. Gooley J. Effects of total sleep deprivation on divided attention performance. *Plos one* 2017; 12 (11): 1-11. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5699793/>
  22. Hilaire M. Ruger M. Fratelli F. Hull J. Philips A. Lockley S. Modeling Neurocognitive Decline and Recovery During Repeated Cycles of Extended Sleep and Chronic Sleep Deficiency. *Sleep* 2017; 40(1):1-13. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28364449>
  23. Elmenhorst E. Elmenhorst E. Benderoth S. Kroll T. Bauer A. Aeschbach D. Cognitive impairments by alcohol and sleep deprivation indicate trait characteristics and a potential role for adenosine A1 receptors. *PNAS Latest Articles* 2018;115(31):1-6. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.pnas.org/content/pnas/115/31/8009.full.pdf>
  24. Chellappa SL. Morris C. Scheer F. Daily circadian misalignment impairs human cognitive performance task-dependently. *Scientific Reports* 2018; 8(3041):1-11. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-20707-4>
  25. Bautista M. Taipei I. Calidad de sueño y factores asociados en internos rotativos de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca 2019. Título Médico cirujano. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, 2019. 63pp. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33603/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
  26. Rosales E. De Castro J. Somnolencia: Que es, que la causa y como se mide. *Acta Médica Peruana* 2010;27(2):137-143. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n2/a10v27n2>
  27. Diez S. Garcia B. Aladro M. Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio. *Enfermería comunitaria RqR* 2015; 4(2): 30-43. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501375>
  28. Monteros E. Ochoa M. Segarra A. Alteraciones de la calidad del sueño y factores de riesgo asociados en trabajadores de la empresa Hidropaute de la Ciudad de Cuenca 2014. Título de licenciada en enfermería. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, 2014. 83pp. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1128357>
  29. Carrillo P. Ramirez J. Magaña K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina*

- de la UNAM 2013; 56(4): 1-15. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>
30. Wood B. Rea M. Plitnick B. Figueiro M. Light level and duration of exposure determine the impact of self-luminous tablets on melatonin suppression. *Appl Ergon.* 2012; 44(2): 237-240. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003687012001159>
  31. De la Portilla S. Dussán C. Montoya D. Caracterización de la calidad del sueño y de la somnolencia diurna excesiva en una muestra estudiantes del programa de medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina* 2017; 17(2): 278-289. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://190.15.16.156/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2036>
  32. Freudenberger H. Staff burnout. *Journal of social issues* 1974;30(1): 159-165. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
  33. Hernández T. González M. Campos C. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de una institución del sector salud. *Memorias del XV Congreso Internacional de Investigación Administrativa (ACACIA)* 2011; 258-275.
  34. Maslach C. Leiter M. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15(2):103-111. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20311>
  35. Karasek R. Theorell T. *Stress, productivity, and the reconstruction of working.* 1° Ed, New York: Basic Books; 1990.
  36. Párraga J. Eficacia del Programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. Tesis Doctoral. Extremadura, España: Universidad de Extremadura, 2005. 520pp. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>
  37. Gutierrez G. Celis M. Moreno S. Farias F. Suarez J. Síndrome de Burnout. *Arch Neurocién (Mex)* 2006;11(4): 305-309. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
  38. Anzules J. Véliz I. Vincés M. Menéndez T. Síndrome de burnout: Un riesgo psicosocial en la atención médica. *SALUD Y VIDA* 2019;3(6):1-21. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097534>
  39. Taris T. Le Blanc P. Schaufeli W. Schreurs P. Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work and Stress* 2005;19(3):238-255. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370500270453>
  40. West C. Dyrbye L. Shanafelt T. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine* 2018;283(6): 516-529. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/joim.12752>
  41. Lemaire J. Wallace J. Burnout among doctors. *BMJ* 2017;358. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/358/bmj.j3360.long>

42. Saavedra R. Huamanrayme E. Síndrome de burnout en internos de medicina del Perú: ¿es un problema muy prevalente?,» Rev Neuropsiquiatr 2016; 79(1): 69-70. Visitado diciembre 2019. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972016000100010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972016000100010&script=sci_arttext&tlng=pt)
43. Salem R. Akel R. Fakhri G. Tfayli A. Burnout among Lebanese Oncologists: Prevalence and Risk Factors. Asian Pac J Cancer Prev 2018;19(8):2135-2139. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6171388/>
44. Montoya P. Moreno S. Relación entre Síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. Psicología desde el Caribe 2012;29(1):204-227. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21323171011.pdf>
45. Thomaé M. Ayala E. Sphan M. Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina 2006;1(153):18-21. Visitado diciembre 2019. Disponible en: [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista153/5\\_153.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista153/5_153.pdf)
46. Gonzalez M. Hernandez T. Soberanes L. Mendoza F. Sanchez G. Estudio del Burnout y Engagement Académico en estudiantes universitarios. Primer congreso Internacional de Educación 2010;2101-2116. Visitado diciembre 2019. Disponible en: [https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4849/estudio\\_del\\_burnout\\_y\\_engagement.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4849/estudio_del_burnout_y_engagement.pdf)
47. Rosales E. Estudio de validez y confiabilidad de la Escala de Somnolencia de Epworth en población peruana y modificación de la escala para población que no conduce vehículos motorizados. Magister en Medicina. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009. 103pp. Visitado diciembre 2019. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Edmundo\\_Rosales-Mayor/publication/235220463\\_Estudio\\_de\\_validez\\_y\\_confiabilidad\\_de\\_la\\_Escala\\_de\\_Somnolencia\\_de\\_Epworth\\_en\\_poblacion\\_peruana\\_y\\_modificacion\\_de\\_la\\_escal\\_a\\_para\\_poblacion\\_que\\_no\\_conduce\\_vehiculos\\_motorizados/links/00b7d53b41d1e4cc2b000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Edmundo_Rosales-Mayor/publication/235220463_Estudio_de_validez_y_confiabilidad_de_la_Escala_de_Somnolencia_de_Epworth_en_poblacion_peruana_y_modificacion_de_la_escal_a_para_poblacion_que_no_conduce_vehiculos_motorizados/links/00b7d53b41d1e4cc2b000000.pdf)
48. Jimenez A. Monteverde E. Nenclares S. Esquive! G. Vega A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburg en pacientes psiquiátricos. Gac Med Mex 2008; 144(6) :491-496. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm086e.pdf>
49. Valdera L. Relación entre dimensiones del burnout y calidad de sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de lima metropolitana. Título licenciado en psicología. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2016. 117pp. Visitado diciembre 2019. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/483/Relaci%c3%b3n%20entre%20dimensiones%20del%20Burnout%20y%20calidad%20de%20sue%c3%b1o%20en%20licenciados%20y%20t%c3%a9cnicos%20de%20enfermer%c3%ada%20de%20una%20cl%c3%adnica%20de%20Lima%20Metropolitana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. Loaiza K. Características generales, nivel de síndrome de Burnout y su asociación con el nivel de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en

- internos de medicina del hospital Goyeneche de Arequipa 2019. Título Profesional de Médico Cirujano. Arequipa, Perú: Universidad Nacional San Agustín. 2019. 50pp. Visitado enero 2020. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8192/MDloankb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
51. Aguilar M. Factores asociados a la calidad de sueño en internos de medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2015. Título Profesional de Médico Cirujano Arequipa, Perú: Universidad: Nacional San Agustín, 2015. 89pp. Visitado enero 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/278/M-21187.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  52. Costa F. Perú: Crecimiento y distribución de la población total, 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, Perú. Diciembre 2018. Visitado febrero 2020. Disponible en: [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe)
  53. Perales A. Sánchez E. Mendoza A. Huamaní C. Vocación médica en estudiantes de medicina de una universidad peruana. An Fac med. 2014; 75(1):37-42. Visitado febrero 2020. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832014000100007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000100007)
  54. Vázquez M. Cabrejos S. Yrigoin Y. Robles R. Toro C. Adicción a internet y calidad de sueño en estudiantes de medicina de una Universidad Peruana 2016. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2019; 18(5):817-830. Visitado febrero 2020. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2019000500817](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000500817)
  55. Arrieta N. Arnedo G. Sustancias inhibitoras de sueño, hábitos de estudio y rendimiento académico en estudiantes de medicina y enfermería de universidades de la ciudad de Barranquilla, Colombia. Educación Medica 2018; 16(1):1-7. Visitado febrero 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318303267>
  56. Del Rio IY. Estrés y sueño. Rev Mex Neuroci 2006, 7(1):15-20. Visitado febrero 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn061d.pdf>
  57. Reyes A. Tulio M. Mesa X. Paredes Y. Barahona Y. Sierra M. Estudio de síndrome de "Burnout", depresión y factores asociados en los practicantes internos del hospital escuela. Revista de la Facultad de Ciencias. Medicas 2012; 9 (1): 14-20 Visitado febrero 2020. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2012/pdf/RFCMVol9-1-2012-4.pdf>
  58. Gutiérrez CA et al. Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga. Investigación en Educación Medica 2016; 5(18):102-107. Visitado febrero 2020. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/506>
  59. Salas P. Frecuencia del Síndrome de Burnout y el grado de satisfacción laboral en Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2015 – Arequipa. Título de Médico cirujano. Arequipa, Perú: Universidad Católica Santa María, 2016. 119pp.
  60. Mendoza D. Parra H. Pallares J. López J. Smartphones y uso de redes sociales: incidencia en el burnout en médicos residentes. Educación Medica



- 2019;16(1):1-7. Visitado febrero 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181319302001>
61. Larios E. Giuliani A. Monteiro T. El impacto de las TIC en el millennial: México-Brasil-Colombia. Facultad de Ciencias Economicas y Empresariales Face 2019;19(1):98-108. Visitado febrero 2020. Disponible en: [http://ojs.unipamplona.edu.co/ojs\\_viceinves/index.php/FACE/article/view/3499/2019](http://ojs.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/FACE/article/view/3499/2019)
62. Quintana L. Síndrome de Burnout y factores asociados en internos de Medicina Humana 2016. Título Médico cirujano. Cusco, Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2016. Visitado febrero 2020. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/2559/253T20160416.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
63. Edmundo Rosales E. Egoavi M. La Cruz C. Rey de Castro Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. Anales de la Facultad de Medicina 2007; 68(2):150-158. Visitado febrero 2020. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832007000200007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000200007)
64. Panunto M. Guirardello E. Ambiente de la práctica profesional y el agotamiento emocional entre enfermeros de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013; 21(3):1-8. Visitado febrero 2020. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000300765&script=sci\\_arttext&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000300765&script=sci_arttext&tIng=es)
65. Wali S. Qutah K. Abushanab L. Basamh R. Abushanab J. Krayem A. Effect of on-call-related sleep deprivation on physicians' mood and alertness. Annals of Thoracic Medicine 2013; 8(1):22-27. Visitado Marzo 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573553/>
66. Cruz D. Puentes A. Relación entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por los guardas de seguridad de una empresa privada de la ciudad de Tunja Psicogente 2017; 20(38):268-281. Visitado Marzo 2020. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2548>

## ANEXOS

### Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y responda cada una de ellas marcando con un aspa (X) o rellenando los espacios en blanco según corresponda

¿Se encuentra usted diagnosticado con Trastorno del sueño?

\_\_\_ Si                      \_\_\_\_\_ No

**EDAD:**

**UNIVERSIDAD:**

**1.-Sexo:** ( ) Masculino ( ) Femenino

**2.-Estado civil:**( ) Soltero ( ) Casado

**3.-Relacion sentimental:** ( )Si ( ) No

**4.-Hijos:** ( ) Si( ) No

**5.-Convivencia:** ( ) Con padres/otros( ) Solo

**6.-Actividad extracurricular:** ( ) Si ( ) No

**7.-Alcohol:** ( ) Nunca 1 vez/ mes ( ) si 1 vez/semana a más

**8.-Tabaco:** ( ) Si ( ) No

**9- Uso de aparatos electrónicos antes de dormir y/o en horas de trabajo**  
( )Si ( )No

**10.-Horas de estudio semanales:** ( ) más de 10 horas ( ) menos de 10 horas

**11.-Horas de sueño Diario:** ( ) menos de 6 horas ( ) más de 6 horas

## Anexo 2: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

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

1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?  
\_\_\_\_\_

2. Durante el último mes, ¿Cuánto tiempo ha tarda en dormirse en las noches del último mes? (en minutos)\_\_\_\_\_

3. Durante el último mes, ¿A qué hora se ha estado levantando por la mañana?  
\_\_\_\_\_

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido) \_\_\_\_\_

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

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido 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 sanitario:

- 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 describálas a continuación:

---

- 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 dormir?

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante 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.
- Un problema muy ligero.
- Algo de problema.
- Un gran problema

### Anexo 3: Escala de somnolencia de Epworth (Versión peruana modificada)

¿Qué tan probable es que usted cabecee o se quede dormido en las siguientes situaciones? Considere los últimos meses de sus actividades habituales. No se refiere a sentirse cansado debido a la actividad física. Aunque no haya realizado últimamente las situaciones descritas, considere como le habrían afectado. Use la siguiente escala y marque con una x la opción más apropiada para cada situación:

- Nunca cabecearía
- Poca probabilidad de cabecear
- Moderada probabilidad de cabecear

Situación	Probabilidad de cabecear			
	Nunca	Poca	Moderada	Alta
Sentado leyendo				
Viendo televisión				
Sentado (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto)				
Como pasajero en un automóvil, ómnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido				
Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten				
Sentado conversando con alguien				
Sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol				
Conduciendo el automóvil cuando se detiene algunos minutos por razones de tráfico				
Parado y apoyándose o no en una pared o mueble				

¿Usted maneja vehículos motorizados (auto, camioneta, ómnibus, micro, combi, etc.)?

SI( ) NO( )

Gracias por su cooperación

### Anexo 4: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

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

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
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 en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
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	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

## **Anexo 5: Declaración de Consentimiento Informado**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de la meta de este estudio.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

En base a la información que me han dado. Estoy de acuerdo en participar en este estudio

Firma del Participante

## Anexo 5: Solicitud de Cuestionarios

SOLICITO: Cuestionarios realizados  
a internos egresantes 2019

JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA

YO, ANAHI MILAGROS MONCCA  
RODRIGUEZ, identificado con DNI: 73371752,  
CUI: 20110315, con domicilio en Calle Alfonso  
Ugarte 206 gráficos Alto Selva Alegre. Ante  
Ud. Respetuosamente me presento y  
expongo.

Que habiendo culminado los 7 años académicos en la Escuela Profesional De Medicina De La Universidad Nacional De San Agustín y actualmente presentando el proyecto de tesis RELACION DEL GRADO DE SOMNOLENCIA, CALIDAD DE SUEÑO Y SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA QUE INGRESAN Y EGRESAN AL INTERNADO DEL HOSPITAL GOYENECHÉ 2019-2020, se me pueda otorgar información sobre los cuestionarios realizados a los internos egresantes del 2019.

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Arequipa, 31 de enero del 2020

  
ANAHI MONCCA RODRIGUEZ  
73371752

  
JUAN M. PACHECO SALAZAR  
MEDICO PSIQUIATRA  
HOSPITAL C.A. SEGUIN E.  
C.M.P. 47364 - R.N.E. 11919

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL EL GOYENECHÉ  
  
Dr. Jude Manuel Benites Rodriguez  
PSIQUIATRA  
C.M.P. 033303 - R.N.E. 018449

Recibida el 31-01-2020.  
Solicitud aceptada.