



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad De Medicina

División De Estudios De Posgrado

Instituto Mexicano Del Seguro Social

**Unidad Médica De Alta Especialidad Hospital De Oncología Centro
Médico Nacional Siglo XXI**

**“Calidad de Sueño y Síndrome de Burnout en personal de
enfermería de un Centro Hospitalario en la Ciudad de México”**

Tesis

Para obtener el grado de:

Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Ambiental

Presenta:

Dr. Nitgard Guiomar Román Ramos

Asesor de Tesis:

Dra. Patricia Pérez Martínez



Ciudad de Universitaria, Cd, Mx., a 03 de octubre de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Calidad de Sueño y Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un Centro Hospitalario en la Ciudad De México

Dr. Nitgard Guiomar Román Ramos
Residente de la Especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental
“UMAE” Hospital de Oncología
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dra. Patricia Pérez Martínez
Tutor de Tesis
División de Educación en Salud
Profesora de la Especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental
“UMAE”. Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Félix Odilón Quijano Castro
Director de Educación e Investigación en Salud
“UMAE”. Hospital de Oncología
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dedicatorias y Agradecimientos

A Dios, por darme la oportunidad y la dicha de vivir, y por poner en mi camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante mi formación.

A mi esposa, por su apoyo incondicional, sin ella, nada de esto sería posible.

A mis hijos, porque ellos son mi inspiración y mi motivo para todo lo que hago.

A mi abuela, a mi madre y a mis tías, porque gracias a ellas soy quien soy.

A mi Familia, por ser el pilar de mi vida, gracias por su apoyo, sé que siempre cuento con ustedes.

A mi maestra, ejemplo a seguir, porque de ella aprendí el amor por la Medicina del trabajo.

A mis compañeros y profesores, que me han acompañado en este fastuoso camino, gracias por todas sus enseñanzas.

Resumen

Antecedentes: Alteraciones en el sueño suelen aparecer asociados a bajo bienestar, fatiga, irritación, disminución del rendimiento y alteraciones del estado de ánimo, aspectos asociados con frecuencia al Síndrome de Burnout.

Objetivos: Explorar la asociación entre Calidad de sueño y Síndrome de Burnout en personal de enfermería.

Metodología: Estudio transversal, en trabajadores de un Centro hospitalario de la Ciudad de México, la evaluación de Calidad de sueño se hizo usando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), para Síndrome de Burnout el Inventario para Burnout de Maslach (MBI), que mide Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP), así como sus características sociodemográficas. Se analizó la asociación entre Calidad de Sueño y Síndrome de Burnout.

Resultados: Participaron un total de 211 trabajadores del servicio de enfermería (35.76%), 83.04% mujeres, promedio de edad 39.73 años, 46.44% turno diurno; 72.04% presentaron mala Calidad de sueño; prevalencia de Burnout de 5.21%. Asociación entre Calidad de Sueño y Síndrome de Burnout ($p=0.037$)

Conclusiones: Existe asociación significativa entre Calidad de sueño y Síndrome de Burnout en el personal de enfermería, con lo que se puede decir que las alteraciones del sueño son predictores significativos de Síndrome de Burnout.

Palabras clave: Calidad de sueño, Síndrome de Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, personal de enfermería.

| | |
|---|------------|
| Portada | I |
| Título | II |
| Firmas de autorización | III |
| Dedicatorias y agradecimientos | IV |
| Resumen | V |
| Contenido | |
| 1 Introducción..... | 8 |
| 2 Marco teórico..... | 9 |
| 2.1 Calidad de sueño..... | 11 |
| 2.1.1 Medición de la calidad de sueño..... | 12 |
| 2.2 Síndrome de Burnout..... | 13 |
| 2.2.1 El Burnout como daño psicosocial en las organizaciones..... | 14 |
| 2.2.2 Diferenciación del Burnout de otros constructos..... | 15 |
| 2.2.3 Medición del Burnout..... | 15 |
| 2.3 Calidad de sueño y Burnout..... | 16 |
| 3 Justificación..... | 19 |
| 4 Objetivos..... | 20 |
| 4.1 Objetivo General..... | 20 |
| 4.2 Objetivo Específico..... | 20 |
| 5 Metodología..... | 20 |
| 5.1 Diseño de investigación..... | 20 |
| 5.2 Definición de la población objetivo:..... | 21 |
| 5.3 Ubicación temporal y espacial:..... | 21 |
| 5.4 Diseño estadístico de muestreo..... | 22 |
| 5.5 Criterios de inclusión..... | 23 |
| 5.6 Criterios de exclusión..... | 23 |
| 5.7 Variables de estudio..... | 23 |
| 5.8 Análisis estadístico..... | 25 |
| 6 Resultados..... | 26 |
| 6.1 Características sociodemográficas..... | 26 |
| 6.2 Calidad de sueño..... | 29 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6.2.1 | Componentes del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh..... | 30 |
| 6.3 | Síndrome de Burnout..... | 38 |
| 6.4 | Asociación entre Calidad de Sueño y Síndrome de Burnout | 42 |
| 7 | Discusiones..... | 42 |
| 8 | Conclusiones | 46 |
| 9 | Limitaciones y sesgos | 47 |
| 10 | Recomendaciones..... | 47 |
| 11 | Planteamientos futuros | 47 |
| 12 | Conflicto de intereses | 47 |
| 13 | Anexos..... | 48 |
| 14 | Bibliografía | 51 |

1 Introducción

El sueño es una necesidad básica que todas las personas tienen, es una necesidad importante para que las personas sean física y mentalmente sanas.

El sueño está relacionado y en armonía con el ritmo circadiano. Las alteraciones en el ritmo circadiano interrumpen el patrón de sueño de un individuo. Pasar largos períodos de tiempo en insomnio tiene un efecto negativo en la calidad de vida de un individuo. (Serife Karagozoglul, 2008)

Cuando la necesidad de dormir no se satisface adecuadamente, la fatiga mental y física resultante aumenta, y juntos tienen un efecto negativo en la salud. Se ha asociado que trastornos en la calidad del sueño pueden tener un efecto negativo en la satisfacción laboral. (Ersan S, 1998)

Las condiciones de trabajo han cambiado radicalmente durante las últimas décadas, lo que ha debilitado los límites naturales del día y de la noche, y ha eliminado las fronteras entre el trabajo y el tiempo libre. Junto con altas demandas de trabajo, esto puede contribuir a una activación sostenida que, puede tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, en particular si no se proporciona una recuperación adecuada como descanso y sueño. (Marie Söderström, 2012)

Actualmente, el ritmo de vida obliga a las organizaciones, y en consecuencia a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. El horario por turno y las guardias, fuera de las horas normales del día, es un tema que cobra importancia, ya que son muchas las implicaciones que esto trae como consecuencia en la salud física, mental y emocional de quienes las realizan.

Existe la posibilidad de que el sueño y la recuperación del estrés, puedan estar involucrados en la cadena de causalidad existente entre estrés laboral y Síndrome de Burnout, y que esta relación pueda ser directa, pero también como un agente mediador. Los estudios prospectivos sobre la relación entre el estrés laboral y el sueño son escasos, pero han mostrado que "un entorno pobre de trabajo psicosocial" duplicaba el riesgo para desarrollar un problema de sueño durante un año.

También sabemos que las quejas del sueño están presentes en los sujetos con Síndrome de Burnout, al igual que los indicadores fisiológicos del sueño alterado. El sueño es restaurador para el funcionamiento diario, mientras que la privación del sueño parece hacernos más sensibles a estímulos emocionales y estresantes. Así, el sueño parece amortiguar los efectos negativos del estrés. Además, la reducción del sueño causará síntomas similares al del Burnout, como: fatiga, somnolencia y deterioro del funcionamiento cognitivo. El sueño fragmentado tiene efectos similares. El sueño tiene importantes funciones homeostáticas y, por lo tanto, el sueño perturbado puede contribuir a la carga alostática con un posible impacto

negativo a largo plazo, en el cerebro y el cuerpo. Basado en los preceptos anteriores, aparece una hipótesis razonable de que el sueño insuficiente o alterado atribuible al estrés puede desempeñar un papel esencial en el desarrollo del Burnout. (Marie Söderström, 2012)

La falta de sueño o la presencia de alteración del sueño perturba estos procesos generando fatiga, empeoramiento de la ejecución, alteraciones del estado de ánimo, cambios en numerosos sistemas corporales e inmunosupresión, todos estos aspectos se han asociado con frecuencia al Síndrome de Burnout, por lo que es importante determinar si la presencia de alteración del sueño puede tener una asociación significativa con el Síndrome Burnout.

Estudios que intentan determinar los mejores predictores de la fatiga mental (manifestación muy relacionada con el Síndrome de Burnout) de entre diversos parámetros laborales, de estilo de vida y de sueño, se observó que la alteración de sueño es un predictor más potente de la fatiga que otros factores más conocidos como las demandas laborales, el bajo apoyo social, el género femenino o la falta de ejercicio. Similarmente, se ha sugerido que la falta de sueño puede ser uno de los antecedentes del Burnout específicamente en profesionales sanitarios. (Elena Miró, 2007)

En México, no se ha hecho investigado sobre esta asociación, por lo que se dispone de conocimiento insuficiente para dar cuenta del problema en nuestra población. Es necesario someter a prueba los hallazgos encontrados en la bibliografía internacional, para tener un argumento convincente y sólido sobre las recomendaciones necesarias para otorgar mayores beneficios para la salud de nuestra población trabajadora.

2 Marco teórico

Los adultos necesitan entre siete y nueve horas de sueño por cada periodo de 24 horas. La necesidad de sueño puede variar de una persona a otra, pero suele ser muy estable en cada persona, a menos que desarrolle un problema de salud. Algo interesante, es que dormir demasiado puede afectar la salud a largo plazo, sin embargo, hay adultos que genuinamente requieren más de ocho horas de sueño por noche.

El sueño tiene un impacto poderoso sobre el desempeño de las personas en el trabajo y sobre su salud física y mental. Muchas personas piensan que el insomnio y otras irregularidades del sueño son sólo síntomas de otras enfermedades. Sin embargo, un problema cada vez más común en la actualidad es que no dormir suficiente forme parte de la rutina diaria, lo que de por sí, puede contribuir al desarrollo de otras enfermedades. Entre más aprendemos sobre el sueño, más nos

damos cuenta de lo esencial que es para la salud. (Oficina Internacional del Trabajo, 2012)

El sueño saludable es tan importante para la salud como un estilo de alimentación saludable y la actividad física.

El sueño, como estado del organismo que se alterna con el de vigilia, es un proceso fundamental en la vida de cualquier persona. No obstante, la escasa calidad del sueño y los trastornos del sueño son más habituales de lo que sería deseable. Expertos en el tema indican que un tercio de la población padece algún problema o trastorno relacionado con el sueño. Estos problemas suelen aparecer asociados a bajo bienestar, fatiga, irritación, disminución del rendimiento y mayor riesgo de accidentes.

Los aumentos a corto plazo de la productividad debidos al trabajo nocturno o por turnos pueden ser costosos para la salud y suelen derivar en ulteriores caídas de la productividad y la seguridad en general. El sueño restaura el funcionamiento del cerebro y el metabolismo del cuerpo. Disminuir las horas de sueño en un intento desesperado de hacer más cosas es contraproducente tanto en términos de desempeño laboral como de salud. Los adultos privados del sueño han demostrado tener menor resistencia emocional, mayor irritabilidad, mayor obesidad y mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

El sueño afecta directamente la atención de los trabajadores en el trabajo, su humor, y su capacidad de comunicarse efectivamente. Algunos estudios han encontrado que la alteración y la privación del sueño no sólo derivan en una menor capacidad de alerta y de concentración, sino además en irritabilidad emocional y ansiedad. El impacto del mal dormir claramente afecta la capacidad de todas las personas que trabajan en contacto con otras; lo cual puede ser particularmente importante para quienes trabajan atendiendo público (pacientes), pero también afecta a los compañeros de trabajo. (Oficina Internacional del Trabajo, 2012)

La incidencia de problemas relativos al sueño es especialmente importante en aquellas profesiones cuya responsabilidad es prestar un servicio a otras personas, como, por ejemplo, personal sanitario, profesionales de la seguridad ciudadana, etc. A pesar de la gran relevancia de este tema, son escasos los estudios en los que se analiza la relación entre posibles variables implicadas en la generación de problemas de sueño, así como las posibles consecuencias tanto individuales (rendimiento, bienestar, Burnout) como para la organización (accidentes, absentismo, etc.) de la escasa calidad del sueño. (Blasco Espinosa J R, 2002)

Los trastornos del sueño son factores de riesgo bien conocidos para la salud. La conciencia internacional está creciendo sobre la necesidad de mejorar los tiempos de trabajo y prevenir trastornos graves del sueño. Así como, la identificación de

enfoques eficaces para la mejora de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores en riesgo debido al exceso de trabajo y estrés laboral.

Cada vez hay más pruebas de que tanto la mejora de los horarios de trabajo como la mejora de la higiene del sueño tienen efectos significativos en la salud de los trabajadores. (KOGI, 2005)

2.1 Calidad de sueño

La sociedad actual es consciente del gran impacto que surte el sueño sobre la vida de las personas. Los efectos del sueño no se limitan al propio organismo, sino que afectan el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad. De este modo, la calidad del sueño constituye un aspecto clínico de enorme relevancia. Así lo demuestran las estadísticas al respecto: 30- 40% de la población padece de insomnio, 1-10% sufre apneas de sueño y 60% de los trabajadores por turnos informa de alteraciones del ritmo circadiano. En este sentido, se estima que en Estados Unidos el costo material de los accidentes relacionados con la somnolencia, en 1988 superó los 43 mil millones de dólares; en España, el número de accidentes de circulación provocados por conductores somnolientos se eleva a 40,000 al año. Estamos, por tanto, ante uno de los mayores problemas de salud de las sociedades occidentales. No obstante, tal como se recoge en un informe estadounidense de 1994 de la National Commission on Sleep Disorders Research, nos enfrentamos a uno de los problemas médicos más extendidos y a la vez menos comprendidos. Por todo ello, es muy importante conocer de la forma más precisa posible la incidencia de estos trastornos, así como los factores que los pueden estar determinando. Para la consecución de este objetivo, y ante las dificultades que acarrea la evaluación polisomnográfica en la detección de la calidad del sueño, se ha optado en la mayoría de los casos por emplear instrumentos de autoinforme en dicha tarea. (Juan Carlos Sierra, 2002)

Las alteraciones en el dormir afectan a una proporción elevada de la población. De acuerdo con estudios realizados en la última década, se trata además de un problema creciente, ya que mientras 62% de la población adulta en 1999 presentaba uno o más síntomas de algún trastorno del dormir, para 2005 se había incrementado la cifra a 75%.

Aunque las alteraciones en el dormir pueden estar asociadas a numerosas condiciones (eventos estresantes, efectos secundarios de medicamentos, enfermedades médicas, etcétera), es en los individuos con padecimientos psiquiátricos donde se presentan con mayor frecuencia.

Alteraciones tales como el insomnio o la hipersomnia son síntomas cardinales para el diagnóstico de trastornos inducidos por sustancias (por ejemplo, cafeína, alcohol, nicotina, cocaína, opiáceos y sedantes), trastornos del estado de ánimo (episodios

depresivos mayores, maníacos y trastornos distímico) y trastornos de ansiedad (trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada). De hecho, el insomnio asociado a trastornos psiquiátricos es el tipo de insomnio con mayor prevalencia tanto en la población general como en aquella que recibe atención en clínicas de trastornos del dormir.

Los diarios de sueño, que habitualmente se emplean en la evaluación clínica, permiten realizar una estimación cuantitativa del dormir, sin embargo, no consideran aspectos cualitativos. La calidad del dormir, por su parte, es difícil de definir ya que es una dimensión más amplia y compleja que comprende aspectos cuantitativos, pero también subjetivos de bienestar y de funcionamiento diurno, entre otros. Como una forma de aproximarse a su medición, en 1989 Buysse y colaboradores presentaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), un cuestionario auto aplicable que proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos.

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas. Desde 1997 se encuentra disponible una traducción al español. (Alejandro Jiménez-Genchi, 2008)

Se ha demostrado que un patrón de sueño saludable se relaciona con condiciones de salud deseables. Se sugiere que la duración y la calidad del sueño se relacionan estrechamente con la somnolencia diurna que refleja la incapacidad de una persona para mantener la atención. La somnolencia diurna se ha utilizado como un indicador del estado de salud tanto en pacientes como en población sana. Por ejemplo, la somnolencia diurna excesiva se ve como un síntoma cardinal en la apnea del sueño y se correlaciona con el aumento de los problemas médicos en una población sana por lo demás. Aparte de la somnolencia diurna, el sueño suficiente también se demuestra para predecir condiciones de salud, como la presión arterial y el índice de masa corporal (IMC). Mientras que las conductas del sueño parecen correlacionarse con la salud física, los estudios limitados compararon la contribución relativa de diversos comportamientos del sueño en la predicción de condiciones de salud. (Mark Lawrence Wong, 2013)

2.1.1 Medición de la calidad de sueño

El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (ICSP) es un cuestionario de autoinforme desarrollado originalmente para medir la percepción subjetiva de la calidad del sueño y los patrones en una población general. Es uno de los cuestionarios más validados y ampliamente utilizados para medir la calidad del sueño y las alteraciones durante el último mes y se considera una herramienta de evaluación recomendada tanto para estudios epidemiológicos como para estudios que abordan los mecanismos de los trastornos del sueño. (Hita-Contreras F, 2014)

Es un cuestionario auto aplicado, que proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos. Consta de 19 preguntas, que nos informan sobre diversos aspectos de la calidad del sueño. Estas preguntas se organizan en 7 componentes, como son: calidad subjetiva de sueño (entendiéndose como el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse), latencia, duración, eficiencia habitual (que valora el porcentaje de tiempo que el paciente cree que está dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado), perturbaciones del sueño (aquellas alteraciones como dolor, frío, nicturia, tos, etc.), uso de medicación para dormir, disfunción diurna (presentándose como la facilidad de quedarse dormido mientras se realiza alguna actividad o como un mayor cansancio diurno). A cada uno de estos componentes se le asigna una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3; indicando una puntuación de 0 que no existen problemas al respecto, mientras que una de 3 señala problemas graves.

El sumatorio de todas ellas nos dará una puntuación total con un máximo de 21, presentando originalmente un punto de corte de 5 para catalogar a los sujetos sin problemas de sueño (menor o igual a 5) y con mala calidad de sueño (puntuación >5). (Pablo Carralero García, 2012)

2.2 Síndrome de Burnout

El concepto de Burnout ha atraído un interés considerable desde su uso inicial en los años setenta por parte de Freudenberg en 1974, al convertirse en un problema cada vez más frecuente en las sociedades modernas industrializadas. Maslach y Jackson (1986) definieron el Burnout como un síndrome de agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización que sucede con frecuencia en sujetos que trabajan atendiendo a otras personas.

El desarrollo del concepto de Burnout como fenómeno psicológico tiene su origen en Estados Unidos asociándose a trabajos realizados a mediados de la década de los setenta. Desde entonces, el Burnout supuso un campo de estudio científico definido y fecundo. Hasta 1990, fecha de la Primera Conferencia Europea sobre Burnout Profesional, realizada en Polonia, se publicaron cerca de 2.500 artículos sobre Burnout. Ocho años más tarde una revisión realizada por Schaufeli y Enzmann (1998) en bases de datos y bibliografías especializadas, reveló 5.500 entradas sobre el tema.

Estos datos ponen de manifiesto el reconocimiento internacional del Burnout como un importante problema individual, social y académico. Las razones para tan acentuada popularidad han sido analizadas por diversos autores y justifican su aceptación social. Según han manifestado algunos autores, el Burnout es poco estigmatizante para el individuo, al contrario de lo que ocurre con la mayoría de las perturbaciones mentales, dado que en su comprensión se enfatizan determinantes

contextuales, de naturaleza socio-profesional y se reserva un papel que no culpa a la persona.

Estas razones son particularmente importantes en el caso de las profesiones de ayuda, como la docencia, los servicios sociales, o los profesionales de la salud, en que al lado de elevadas expectativas y exigencias sociales existe generalmente gran escasez de recursos.

De esta manera, desde su introducción, el término Burnout despertó el interés del público en general, y en particular de los profesionales de ayuda afectados por este síndrome, dándose inicio a una fase de estudio esencialmente clínico, orientado hacia la descripción de los síntomas manifestados y el análisis de factores individuales subyacentes, pero con ausencia de un cuadro teórico definido o de una aproximación empírica consistente. (Edgar Bresó Esteve, 2006)

2.2.1 El Burnout como daño psicosocial en las organizaciones

El Burnout es considerado en la actualidad como uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes. El Burnout es un proceso que surge como consecuencia del estrés laboral crónico en el cual se combinan variables de carácter individual, social y organizacional. Se trata por tanto de un síndrome con connotaciones afectivas negativas que afecta a los trabajadores en distintos niveles (personal, social y laboral).

Una definición actualizada y ampliamente aceptada del término es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter en el año 2001; quienes definen el Burnout como "una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional"

En esta definición queda patente el carácter tridimensional del síndrome de Burnout entendiendo que afecta, por un lado, a un nivel personal (agotamiento emocional: sensación de no poder dar más de sí a nivel emocional) por otro lado, a un nivel social (despersonalización: actitud distante ante el trabajo, las personas objeto del mismo, así como los compañeros/as de trabajo) y finalmente, a nivel profesional (baja realización personal: sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en el trabajo).

Se ha resaltado en diversas investigaciones la relevancia que en el desarrollo del Burnout tienen las variables personales. Así, variables como la autoeficacia o la competencia percibida han demostrado un rol mediador en el proceso de Burnout. Por otro lado, otros modelos han puesto de manifiesto el papel determinante de variables de carácter organizacional (por ejemplo: trato con el paciente, conflicto y ambigüedad de rol, etc.)

No obstante, a pesar de la abundante investigación que el estudio del Burnout ha generado en el ámbito de la psicología del trabajo y las organizaciones, la evidencia empírica de los modelos explicativos del mismo es muy limitada al menos en dos planos. Por un lado, las definiciones propuestas en el plano conceptual resultan poco operativas en la mayoría de sus casos y, por otro lado, a nivel metodológico la evaluación precisa del Burnout sigue siendo una "asignatura pendiente".

2.2.2 Diferenciación del Burnout de otros constructos

Una de las críticas más populares realizada sobre el concepto de Burnout (desde una perspectiva conceptual) ha sido el hecho de considerarlo algo distinto de otros constructos como son el estrés laboral, el aburrimiento o la ansiedad. Una primera distinción entre estrés y Burnout puede ser realizada atendiendo al proceso de desarrollo de este síndrome.

Mientras que el estrés hace referencia a procesos relativamente breves, el Burnout es considerado la consecuencia de una situación prolongada de desajuste entre las demandas y los recursos laborales. Además, el Burnout implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo y el estrés no necesariamente. No obstante, tanto estrés como Burnout son fruto de la falta de balance entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo considerándose una consecuencia emocionalmente negativa en el estado mental del trabajador. (Daza, 1995)

Por otro lado, con respecto a la diferencia entre Burnout y fatiga se ha señalado que la recuperación de la fatiga por parte del trabajador es relativamente rápida, mientras que la recuperación del Burnout es mucho más lenta y costosa emocionalmente. Así, la fatiga se define como el resultado de la exposición a unas exigencias de trabajo durante un cierto tiempo. Se traduce en una alteración temporal de la eficiencia funcional mental y física de la persona y está en función de la actividad precedente. Es un mecanismo regulador del organismo en cuanto que es indicador de la necesidad de descanso para recuperar la capacidad habitual de respuesta. Puede ser de distinta intensidad, desde ligera hasta el agotamiento y se recupera con el descanso. La incidencia se da en el estado de alerta dándose una reducción en la capacidad de atención y concentración. Finalmente, la fatiga suele ir acompañada de sentimientos de competencia y realización personal, mientras que el Burnout conlleva una autoevaluación negativa y sentimiento de ineficacia laboral.

2.2.3 Medición del Burnout

Fue a partir de la publicación en el año 1981 del Maslach Burnout Inventory (MBI) por Maslach y Jackson cuando se establecen unos criterios de evaluación de dicho síndrome y se extiende el uso de un instrumento de medida estandarizado para la

evaluación del mismo. No obstante, desde esta primera época hasta la actualidad, el estudio del Burnout ha pasado por distintas etapas.

Mientras en un principio tan solo los profesionales dedicados a trabajos "de contacto" con personas (sector sanitario, educación, servicios, etc.) eran considerados susceptibles de sufrir Burnout, hoy en día sabemos que también pueden sufrir Burnout otro tipo de profesionales que no trabajan con "clientes" sino con "objetos" (por ejemplo: operarios de producción de una industria, etc.).

El MBI se construyó para medir Burnout en educadores y personal del sector servicios (personal de enfermería, asistentes sociales, etc.). La escala evaluaba tres dimensiones por medio de tres subescalas. Debido al hecho de que el cuestionario podía aplicarse de una forma rápida y sencilla ha sido muy utilizado, facilitando así que la definición de Burnout implícita en el MBI se convirtiese en la más aceptada.

Este instrumento puede ser útil para realizar una primera medida del Burnout entre los trabajadores de una organización y permite la comparación de los resultados obtenidos con una muestra normativa de población trabajadora.

En el futuro, se pretende recopilar muestras de ocupaciones específicas en número suficiente para ir refinando la medición del Burnout y así también realizar diagnósticos más precisos sobre la sintomatología asociada.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran mediante un rango de adjetivos que van de "nunca" a "diariamente", con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. La factorización de los 22 ítems arroja 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, altas puntuaciones en las subescalas de Agotamiento emocional y Despersonalización, y baja puntuación en la subescala de Realización personal definen el Síndrome de Burnout. (Rodrigo Toral-Villanueva, 2009)

2.3 Calidad de sueño y Burnout

Diversos autores han señalado que el Burnout puede entenderse principalmente como una forma de fatiga extrema o agotamiento de los recursos energéticos del individuo, que resulta de un afrontamiento inefectivo con el estrés laboral crónico, y que no desaparece con los períodos habituales de reposo. Los factores de estrés laboral desencadenantes del Burnout son tanto de tipo individual e interpersonal como organizacionales y sociales. A su vez, el Burnout tendrá consecuencias nocivas para el sujeto, en forma de problemas psicológicos o de salud física, y para la organización, en forma de elevada accidentabilidad, ausentismo o deterioro del rendimiento.

En los últimos años se ha demostrado que el Burnout tiene un impacto negativo en la salud física, asociándose a un elevado riesgo de enfermedades cardiovasculares; a una peor respuesta inmunológica; y a la presencia de diversos trastornos psicósomáticos, gastrointestinales o dolor. Existe una consecuencia común e importante del Burnout que es el dormir mal, aunque es importante mencionar que existen muy pocas investigaciones que analicen específicamente esta cuestión.

En los estudios disponibles que comparan a trabajadores en activo, con altos niveles de Burnout frente a aquellos con bajos niveles de Burnout se observa que el primer grupo informa de mayor frecuencia de problemas de sueño, mayor tensión laboral, menor apoyo social, y niveles más acentuados de ansiedad y depresión. Se compara diversos aspectos de sueño, laborales y emocionales en 12 oficinistas con Burnout, frente a un grupo de 12 trabajadores sanos. El primer grupo mostraba un sueño menos eficiente, mayor latencia de sueño, más despertares, menos sueño lento profundo y menos sueño. Además, las correlaciones existentes entre tensión laboral, irritabilidad posterior al trabajo y ausencia de límites claros entre el trabajo y el tiempo libre, le llevan a sugerir que la inhabilidad para afrontar el estrés laboral puede desencadenar los problemas de sueño, y éstos llevar al Burnout, aunque no se pone a prueba dicha hipótesis.

Existe evidencia que demuestra que los sujetos sometidos a situaciones que producen tensión laboral muestran cambios en índices biológicos de estrés como el cortisol o en parámetros cardiovasculares que son indicativos de un estado de hiperactivación fisiológica. Diversos estudios han observado una correlación negativa significativa entre tensión laboral y calidad de sueño que podría estar mediada por las preocupaciones sobre temas laborales en el momento de acostarse.

El sueño es la vía fundamental de recuperación de nuestro organismo del desgaste diario. La falta de sueño o la presencia de alteración del sueño perturban estos procesos generando fatiga, empeoramiento de la ejecución, alteraciones del estado de ánimo, cambios en numerosos sistemas corporales e inmunosupresión. Puesto que todos estos aspectos se han asociado con frecuencia al Burnout es importante determinar si la presencia de alteración del sueño puede ser un antecedente significativo del Burnout. De hecho, en un estudio de Åkerstedt et al. (2004) que intenta determinar los mejores predictores de la fatiga mental (una manifestación muy relacionada con el Burnout) de entre diversos parámetros laborales, de estilo de vida y de sueño, se observa que la alteración de sueño es un predictor más potente de la fatiga que otros factores más conocidos, que también son significativos, como las demandas laborales, el bajo apoyo social, el género femenino o la falta de ejercicio. Similarmente, se ha sugerido que la falta de sueño puede ser uno de los antecedentes del Burnout en profesionales sanitarios; aunque en un estudio que analiza la relación entre privación de sueño (menos de 6 horas

de sueño) y la evolución a lo largo de un año del Burnout no se observa relación entre estos aspectos. (Elena Miró, 2007)

En un estudio transversal donde se tomó en cuenta la puntuación total de las herramientas utilizadas para calidad de sueño y satisfacción laboral en una población de 418 enfermeras en Turkia, la calidad del sueño de las enfermeras, en general, fue baja y su satisfacción en el trabajo moderada, pero, a medida que aumentó la calidad del sueño de las enfermeras la satisfacción laboral también aumentó. También se llegó a la conclusión de que los turnos rotatorios y el trabajo nocturno tenían un efecto negativo en la calidad del sueño y el personal ambulatorio trabajaban durante el día y tenían un horario regular de trabajo, su calidad de sueño era alta (Serife Karagozoglu, 2008)

En un estudio longitudinal realizado por De Lange y colaboradores, se encontró que las transiciones de condiciones de trabajo de baja tensión (bajas exigencias y alto control) a condiciones de alta tensión produjeron problemas de sueño y fatiga diurna. (Leif W. Rydstedt, 2013)

El agotamiento y los trastornos del sueño pueden influir entre sí, provocando una retroalimentación negativa mutua. En la población activa general, el vínculo bidireccional entre el agotamiento y los trastornos del sueño reveló resultados contradictorios parciales, Jansson-Frojmark y Lindblom concluyeron que el insomnio aumenta el riesgo para el mantenimiento del agotamiento emocional, pero el Burnout no se relaciona con el futuro desarrollo de insomnio. Sin embargo, Armon et al. informó que el Burnout predice insomnio futuro y el insomnio predice el Burnout futuro. (Daniel Pagnin, 2014)

La relación entre el sueño, el estado de ánimo y otras funciones psicológicas se ha convertido últimamente en un área de investigación en rápido desarrollo. Mientras que el estado de ánimo negativo, como la depresión y la ansiedad, se ha identificado durante mucho tiempo como daño para el sueño nocturno, los hallazgos recientes muestran que la relación entre el sueño y el estado de ánimo es bidireccional. Evidencias neuropsicológicas sugieren que la calidad y la cantidad de sueño son vitales para el funcionamiento óptimo de la actividad cerebral en la regulación de nuestras emociones. Existen estudios argumentando que, aunque el sueño y el estado de ánimo están indiscutiblemente vinculados, los estudios futuros deben evaluar la forma en que están relacionados y los resultados de dicha relación. (Mark Lawrence Wong, 2013)

3 Justificación

Alteraciones en el sueño traen consigo consecuencias negativas a distintos niveles, tanto de productividad, atención al paciente, aumento del ausentismo, y quizá lo más delicado, efectos sobre el bienestar de los trabajadores, donde se evidencia cada vez, con mayor prevalencia la aparición del Síndrome de Burnout. (Ambar Deschamps Perdomo, 2011)

El sueño es restaurador para el funcionamiento diario, mientras que la privación del sueño parece hacernos más sensibles a estímulos emocionales y estresantes. Así, el sueño parece amortiguar los efectos negativos del estrés. Además, la reducción del sueño causará síntomas similares al del Burnout, como fatiga, somnolencia y deterioro del funcionamiento cognitivo. El sueño fragmentado tiene efectos similares. Se ha señalado que el sueño tiene importantes funciones homeostáticas y, por lo tanto, el sueño perturbado puede contribuir a la carga alostática con un posible impacto negativo, a largo plazo, en el cerebro y el cuerpo. (Marie Söderström, 2012)

Estudios que intentan determinar los mejores predictores de la fatiga mental (manifestación muy relacionada con el Burnout) de entre diversos parámetros laborales, de estilo de vida y de sueño, se observa que la alteración de sueño es un predictor más potente de la fatiga. (Elena Miró, 2007)

El presente estudio pretende generar conocimiento de nuestro entorno geográfico respecto a la posible asociación entre Calidad del sueño y Síndrome de Burnout en población de trabajadores mexicanos; y de igual manera, despertar el interés para crear más proyectos de investigación en México relacionados a este tema.

Se pretende influir en la generación de políticas y procedimientos para prevenir enfermedades de trabajo, generando conciencia de la importancia del sueño saludable para el buen funcionamiento y ejercicio del trabajo, todo en beneficio de la población mexicana, con base en evidencia científica.

Es conveniente prevenir este tipo de afecciones en la población trabajadora, por el gran impacto económico que tiene y que se ve reflejada tanto en la productividad, accidentabilidad, ausentismo, y en casos como este de servicios de salud, la atención a los pacientes.

4 Objetivos

4.1 Objetivo General

Explorar la posible asociación entre Calidad de sueño y Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un centro hospitalario en la Ciudad de México.

4.2 Objetivo Específico

Determinar la Calidad de sueño del personal de enfermería de un centro hospitalario en la Ciudad de México.

Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un centro hospitalario en la Ciudad de México.

Determinar la asociación entre Calidad de sueño y Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un centro hospitalario en la Ciudad de México.

5 Metodología

5.1 Diseño de investigación

Se realizó un estudio transversal de marzo a mayo de 2018, en una muestra de 211 trabajadores del personal de enfermería, tomada de una población de 590 trabajadores adscritos a la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para determinar la Calidad de sueño y la prevalencia de Síndrome de Burnout en esta población del centro hospitalario.

Se invitó al personal de enfermería a participar en la encuesta, previa firma del consentimiento informado; las respuestas fueron manejadas con estricta confidencialidad y responsabilidad.

Se evaluó la Calidad de sueño, aplicando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, un cuestionario auto aplicado, que proporciona una calificación global de la calidad del sueño, a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos. Consta de 19 preguntas, que nos informan sobre diversos aspectos de la calidad del sueño: Estas preguntas se organizan en 7 componentes, como son: calidad subjetiva de sueño (entendiéndose como el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse), latencia, duración, eficiencia habitual (que valora el porcentaje de tiempo que el paciente cree que está dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado), perturbaciones del sueño (aquellas alteraciones como dolor, frío, nicturia, tos, etc.), uso de medicación para dormir, disfunción diurna (presentándose como la facilidad de quedarse dormido mientras se realiza alguna actividad o como un mayor cansancio diurno). A cada uno de estos componentes se le asignó una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3; indicando una

puntuación de 0 cuando no existen problemas al respecto, mientras que una de 3 señala problemas graves.

El sumatorio de todas ellas nos da una puntuación total, con un máximo de 21 puntos, presentando originalmente un punto de corte de 5 para catalogar a los sujetos sin problemas de sueño (menor o igual a 5) y con mala calidad de sueño (puntuación >5). (Pablo Carralero García, 2012)

Se evaluó el Síndrome de Burnout, aplicando el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) para Síndrome de Burnout, un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran mediante un rango de adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. La factorización de los 22 ítems arroja 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo; altas puntuaciones en las subescalas de Agotamiento emocional y Despersonalización, y baja puntuación en la subescala de Realización personal definen el Síndrome de Burnout. (Rodrigo Toral-Villanueva, 2009)

El cuestionario de datos generales utilizado incluyó preguntas relativas a datos sociodemográficos como nombre, sexo, edad, turno de trabajo, puesto de trabajo, y tipo de contratación.

5.2 Definición de la población objetivo:

Trabajadores del servicio de enfermería de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

5.3 Ubicación temporal y espacial:

Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMNSXXI), ubicada en la delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, México; marzo-mayo de 2018.

5.4 Diseño estadístico de muestreo

Para calcular el tamaño de la muestra se consideró el sistema EpiInfo™ del Centers for disease Control and Prevention (CDC), versión 4.0 para Android, con la que se estimó una muestra de 206 personas (que equivale al 34.9 % de la población total).

Caso-control no pareado

| | Kelsey | Fleiss | Fleiss w/ CC |
|-----------|--------|--------|--------------|
| Casos | 94 | 93 | 103 |
| Controles | 94 | 93 | 103 |
| Total | 188 | 186 | 206 |

Intervalos de confianza de dos lados: 95% ▼

Poder: 80.0%

Radio de control a casos: 1.0

Porcentaje de controles expuestos: 50.0%

Odds Ratio: 2.34

Porcentaje de casos con exposición: 70.0%

5.5 Criterios de inclusión

Personal de enfermería de la UMAE H. Oncología CMNSXXI.

Personal que firme el consentimiento informado.

5.6 Criterios de exclusión

Personal que no conteste las encuestas al 100%.

Personal que se rehúse a participar en el estudio.

5.7 Variables de estudio

| Variable | Tipo | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición |
|------------------|-----------------------|--|---|--|
| Sexo | Cualitativa nominal | Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en hombres y mujeres. | Sexo del trabajador registrado en el campo de datos sociodemográficos de la encuesta. | Mujer "0" Hombre "1" |
| Edad | Cuantitativa continua | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. | Edad del trabajador registrada en el campo de datos sociodemográficos de la encuesta. | < 24 años "0"; 25-29 años "1"; 30-34 años "2"; 35-39 años "3"; 40-44 años "4"; 45-49 años "5"; 50-54 años "6"; 55-59 años "7"; >60 años "8". |
| Turno de trabajo | Cualitativa ordinal | Forma de organización temporal del trabajo de acuerdo con, si las actividades laborales se realizan en cierto horario. | Información relativa a los horarios bajo los cuales se realizan las actividades laborales en su puesto de trabajo, referido en el campo de datos sociodemográficos de la encuesta. Diurno: 1. Turnos de día solamente sin fines de semana; 2. Turnos de día solamente con fines de semana; 6. Turnos de mañana y tarde solamente; Mixto: | 1. Diurno 2. Mixto 3. Nocturno |

| | | | | |
|----------------------|---------------------|--|---|--|
| | | | 3. Trabajo de turno continuo (3 turnos en rotación); 4. Turnos vespertinos solamente; Nocturno: 5. Turnos de noche solamente; 7. Turnos vespertino y noche solamente. | |
| Tipo de contratación | Cualitativa ordinal | Es aquel por el cual una persona física denominada el trabajador se compromete a realizar obras o servicios para una persona física o jurídica denominada el [jefe] bajo la dependencia y subordinación de él, a su vez, se obliga al empresario a pagar por estos servicios una remuneración determinada. | Información relativa al tipo de contrato en el campo de datos sociodemográficos de la encuesta. | 1. Confianza 2. Base 3. 02 4. 08 |
| Calidad del sueño | Cualitativa nominal | Hecho de dormir bien durante la noche para tener un buen funcionamiento en la actividad diurna. | Evaluación obtenida de la aplicación del Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh. El sumatorio nos dará una puntuación total con un máximo de 21 puntos, presentando un punto de corte de 5 para catalogar a los sujetos definidos: sin problemas de sueño (puntuación ≤ 5) y con mala calidad de sueño (puntuación >5). | 0. Sin problemas de sueño 1. Mala calidad de sueño |
| Síndrome de Burnout | Cualitativa nominal | Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. | Evaluación obtenida de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach (MBI). La factorización de los 22 ítems arroja 3 factores (subescalas) que son denominados como: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el | 0. Sin Síndrome de Burnout. 1. Síndrome de Burnout. |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | trabajo. Clasificados de acuerdo con su puntuación, como: Agotamiento emocional: 1. Bajo 0-18 2. Medio 19-26 3. Alto 27-54 Despersonalización: 1. Bajo 0-5 2. Medio 6-9 3. Alto 10-30 Realización personal: 1. Alto 40-56 2. Medio 34-39 3. Bajo 0-33 Agotamiento emocional “Alto” + Despersonalización “Alto” + Realización personal “Bajo” definen Síndrome de Burnout | |
|--|--|--|---|--|

5.8 Análisis estadístico

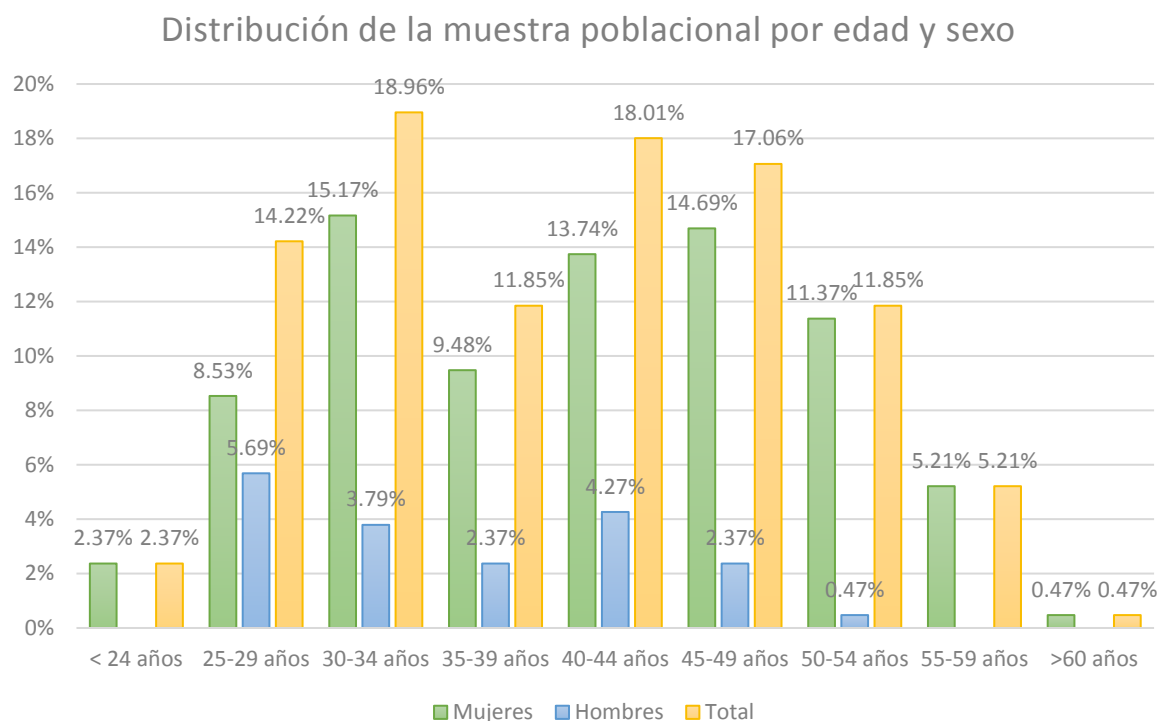
El análisis estadístico se realizó usando el software STATA v12. Se analizaron variables de normalidad, se calculó medias, desviaciones estándar y valores mínimos y máximos. El análisis de las variables categóricas se realizó aplicando el estadístico exacto de Fisher para determinar la posible asociación entre Calidad de sueño y Síndrome de Burnout, debido a que presenta frecuencias esperadas menores a 5.

6 Resultados

La encuesta se aplicó de manera satisfactoria a un total de 211 trabajadores del servicio de enfermería, lo que representa el 35.76% del total de la población (211/590); 83.04%(171/211) mujeres y 18.96%(40/211) hombres. La edad promedio fue de 39.73 años (DS 9.211, rango 19-60 años) (Shapiro Wilk $p < 0.00089$).

6.1 Características sociodemográficas

Gráfica 1.

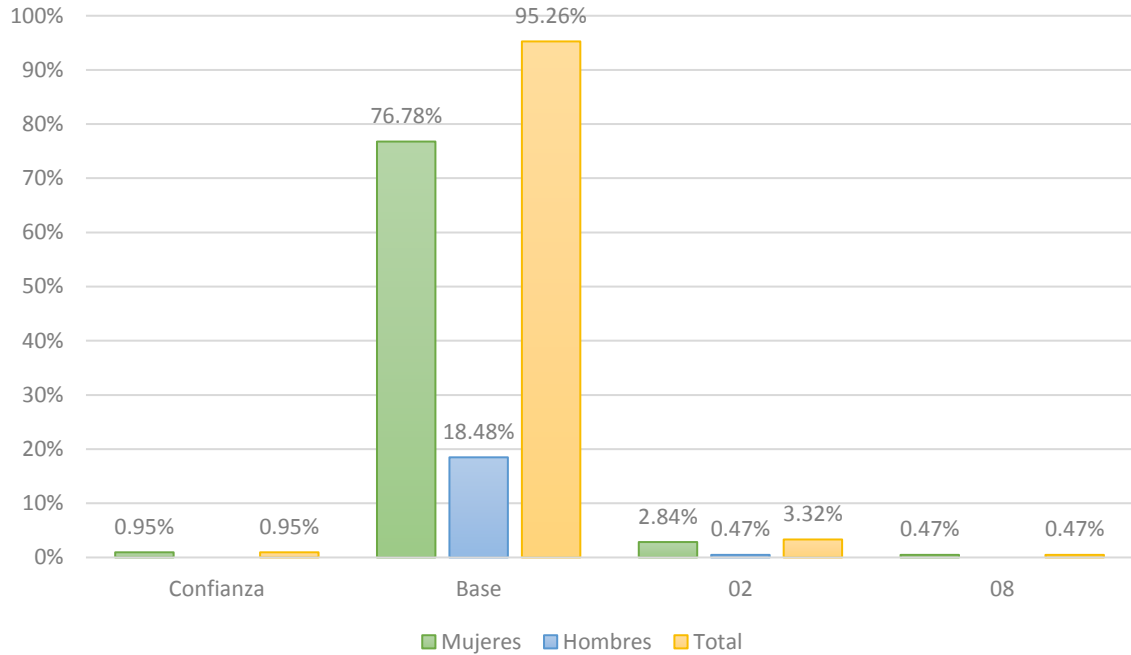


| Edad en años | | < 24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | >60 | Total |
|--------------|------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Mujeres | Frecuencia | 5 | 18 | 32 | 20 | 29 | 31 | 24 | 11 | 1 | 171 |
| | % | 2.37 | 8.53 | 15.17 | 9.48 | 13.74 | 14.69 | 11.37 | 5.21 | 0.47 | 81.04 |
| Hombre | Frecuencia | 0 | 12 | 8 | 5 | 9 | 5 | 1 | 0 | 0 | 40 |
| | % | 0.00 | 5.69 | 3.79 | 2.37 | 4.27 | 2.37 | 0.47 | 0.00 | 0.00 | 18.96 |
| Total | Frecuencia | 5 | 30 | 40 | 25 | 38 | 36 | 25 | 11 | 1 | 211 |
| | % | 2.37 | 14.22 | 18.96 | 11.85 | 18.01 | 17.06 | 11.85 | 5.21 | 0.47 | 100 |

La gráfica anterior muestra la distribución de la población estudiada respecto a sexo, en la cual se puede observar que el mayor porcentaje se encuentra en el grupo etario de 30- 34 años con 18.96% (25/211), y el más bajo el de <24 años con 2.37% (5/211); siendo la población femenina la de mayor representación en la muestra, con 81.04% (171/211), mientras que la población masculina corresponde al 18.96% (40/211).

Gráfica 2.

Distribución por Tipo de contratación y sexo

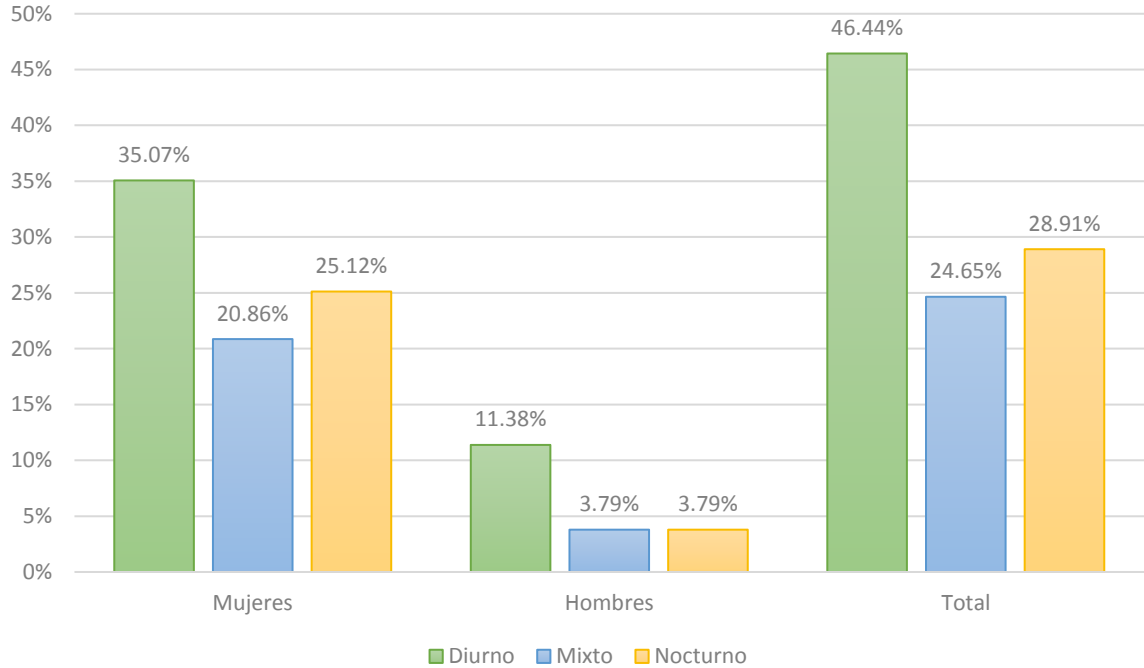


| Tipo de contratación | Mujeres | | Hombres | | Total | |
|----------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Confianza | 2 | 0.95 | 0 | 0.00 | 2 | 0.95 |
| Base | 162 | 76.78 | 39 | 18.48 | 201 | 95.26 |
| 02 | 6 | 2.84 | 1 | 0.47 | 7 | 3.32 |
| 08 | 1 | 0.47 | 0 | 0.00 | 1 | 0.47 |

En la gráfica se puede observar la distribución del tipo de contratación de la muestra poblacional respecto a sexo, donde el 95.26%(201/211) se encuentra con contrato de base, 76.78% (162/211) mujeres y 18.48 (39/211) hombres; 0.95% (2/211) bajo el esquema de confianza todas mujeres; 3.32%(7/211) como 02 2.84% (6/211) mujeres, 0.47% (1/211) hombres; y 0.47%(1/211) como 08, sólo mujeres.

Gráfica 3.

Distribución por Turno de Trabajo y sexo



| Turno de trabajo | Mujeres | | Hombres | | Total | |
|------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Diurno | 74 | 35.07 | 24 | 11.38 | 98 | 46.44 |
| Mixto | 44 | 20.86 | 8 | 3.79 | 52 | 24.65 |
| Nocturno | 53 | 25.12 | 8 | 3.79 | 61 | 28.91 |

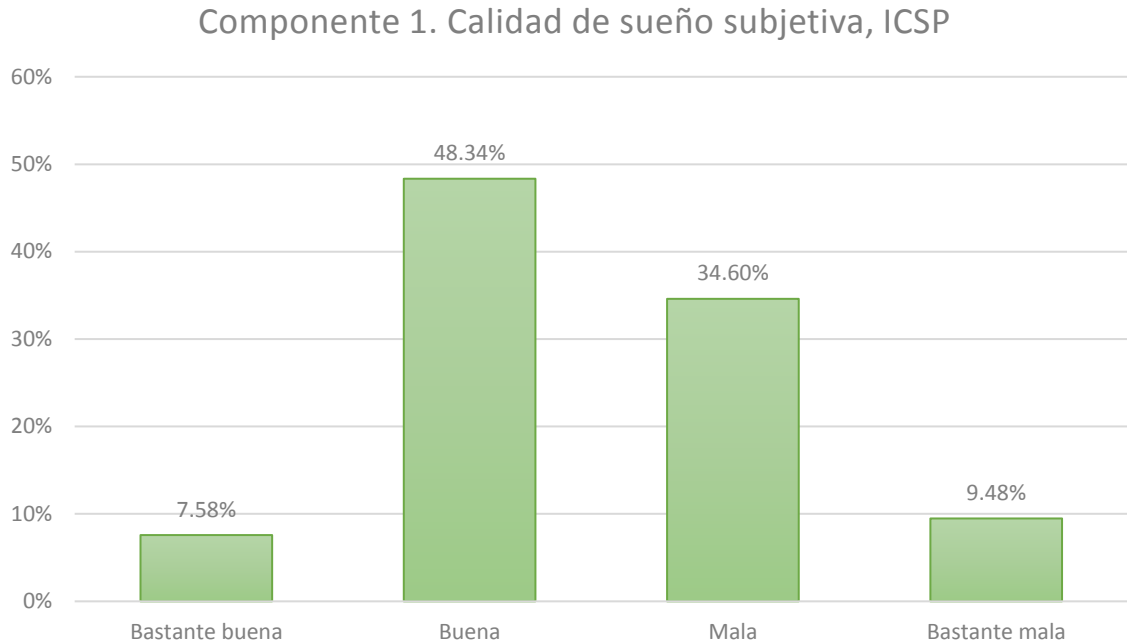
La gráfica muestra la distribución con respecto al turno de trabajo, se puede observar que el mayor porcentaje de trabajadores 46.44%(98/211) se encuentra en el Turno Diurno, seguido por el turno nocturno con 28.91% (61/211); finalmente el turno mixto (vespertino) 24.65% (52/211).

6.2 Calidad de sueño

Para la valoración de calidad de sueño, se utilizó el índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), que proporciona una calificación global de la calidad del sueño, a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos, como son: calidad subjetiva de sueño (entendiéndose como el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse), latencia, duración, eficiencia habitual (que valora el porcentaje de tiempo que el paciente cree que está dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado), perturbaciones del sueño (aquellas alteraciones como dolor, frío, nicturia, tos, etc.), uso de medicación para dormir, disfunción diurna (presentándose como la facilidad de quedarse dormido mientras se realiza alguna actividad o como un mayor cansancio diurno). A cada uno de estos componentes se le asignó una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3; indicando una puntuación de 0 cuando no existen problemas al respecto, mientras que una de 3 señala problemas graves. El sumatorio de todos los componentes nos da la Calificación Global de Calidad de Sueño, con un máximo de 21 puntos, presentando originalmente un punto de corte de 5 para catalogar a los sujetos sin problemas de sueño (menor o igual a 5) y con mala calidad de sueño (puntuación >5). (Pablo Carralero García, 2012)

6.2.1 Componentes del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.

Gráfica 4.

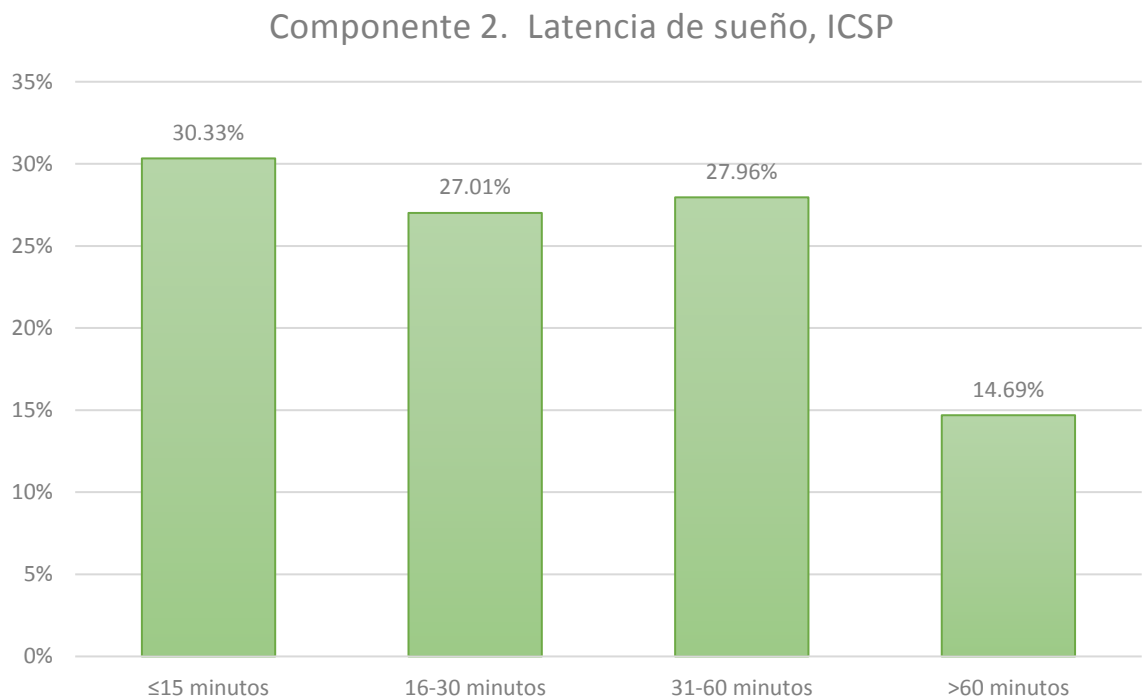


*Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)

| Componente 1. Calidad de sueño subjetiva | Frecuencia | % |
|--|------------|-------|
| Bastante buena | 16 | 7.58 |
| Buena | 102 | 48.34 |
| Mala | 73 | 34.60 |
| Bastante mala | 20 | 9.48 |

La gráfica anterior muestra el componente uno del ICSP, donde se evalúa la Calidad subjetiva de sueño, el 7.58%(16/211) la califica como bastante buena, 48.34%(102/211) la considera como buena, 34.60%(73/211) como mala, y el 9.48%(20/211) la califica como bastante mala.

Gráfica 5.



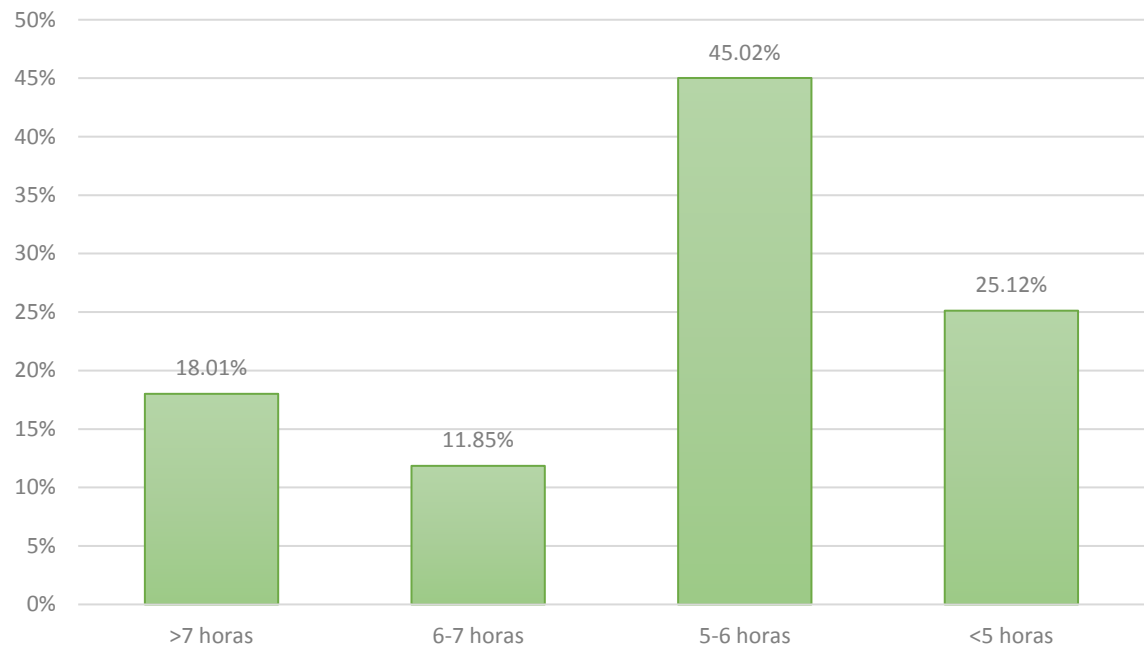
*Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)

| Componente 2. Latencia de sueño | Frecuencia | % |
|---------------------------------|------------|-------|
| ≤15 minutos | 64 | 30.33 |
| 16-30 minutos | 57 | 27.01 |
| 31-60 minutos | 59 | 27.96 |
| >60 minutos | 31 | 14.69 |

La gráfica anterior muestra el componente dos del ICSP, donde se evalúa la Latencia de sueño, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo que manifiesta tardar en dormir menos de 15 minutos 30.33% (64/211), después 31-60 minutos 27.96% (59/211), seguido por 16-30 minutos 27.01%(57/211) y finalmente 14.69% (31/211) más de 60 minutos en conciliar el sueño.

Gráfica 6.

Componente 3. Duración del dormir, ICSP

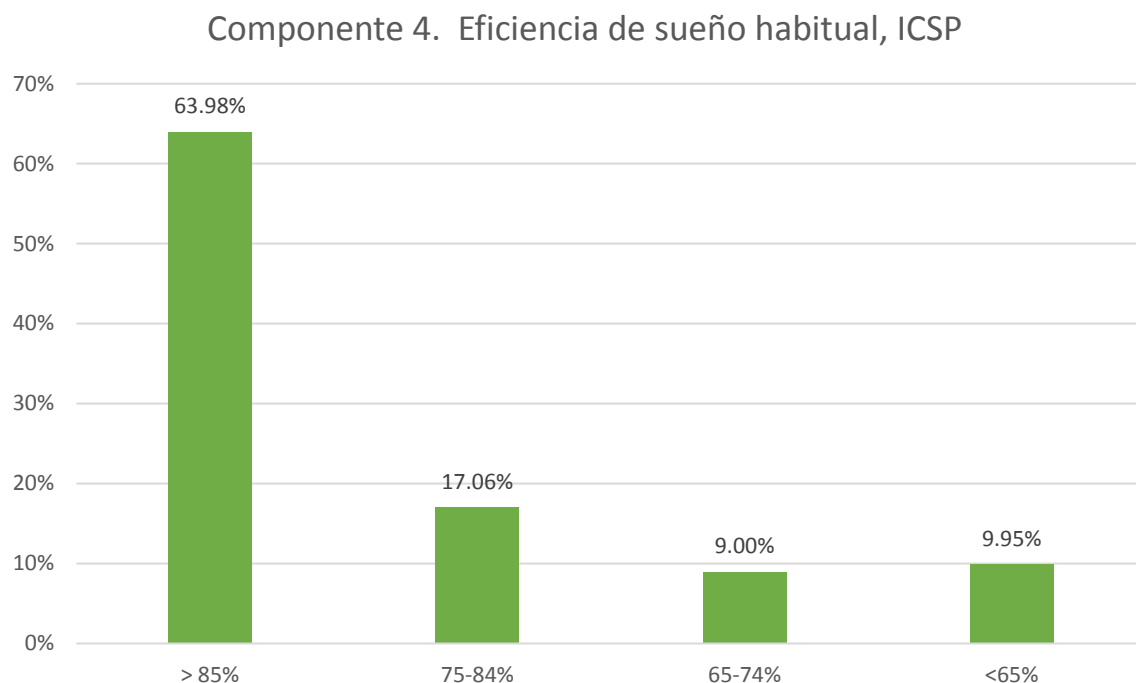


*Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)

| Componente 3. Duración del dormir | Frecuencia | % |
|-----------------------------------|------------|-------|
| >7 horas | 38 | 18.01 |
| 6-7 horas | 25 | 11.85 |
| 5-6 horas | 95 | 45.02 |
| <5 horas | 53 | 25.12 |

La gráfica anterior muestra el componente tres del ICSP, donde se evalúa la Duración del dormir, el 45.02% (95/211) manifestó dormir en promedio de 5-6 horas, 25.12% (53/211) dice dormir menos de 5 horas por noche, sólo el 18.01% (38/211) más de 7 horas y 11.85% (25/211) entre 6-7 horas.

Gráfica 7.

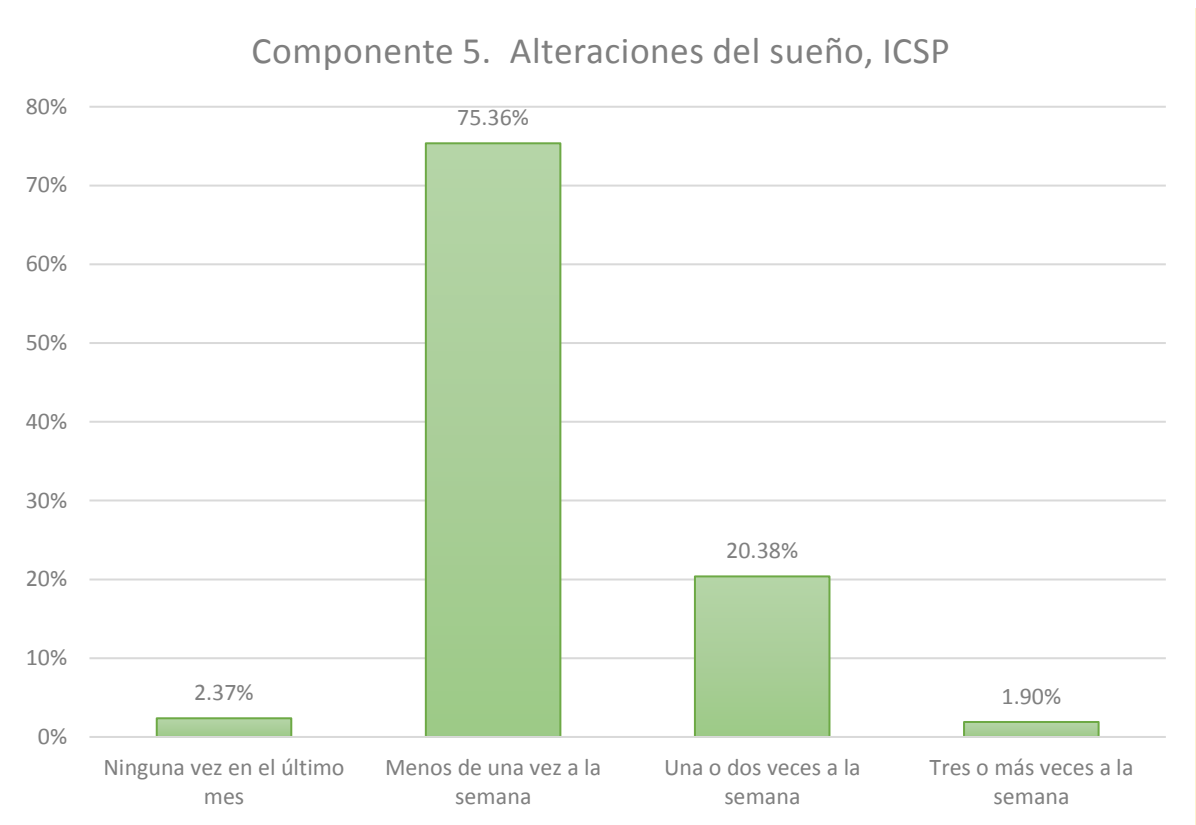


*Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)

| Componente 4. Eficiencia de sueño habitual | Frecuencia | % |
|--|------------|-------|
| > 85% | 135 | 63.98 |
| 75-84% | 36 | 17.06 |
| 65-74% | 19 | 9.00 |
| <65% | 21 | 9.95 |

La gráfica anterior muestra el componente cuatro del ICSP, donde se evalúa la Eficiencia de sueño habitual, el 63.98%(135/211) presenta una eficiencia de sueño mayor al 85% (135/211), el 17.06% (36/211) entre 75-84% de eficiencia, mientras que el 9.95% (21/211) menos del 65% de eficiencia del sueño y sólo 9% (19/211) entre 65-74%.

Gráfica 8.

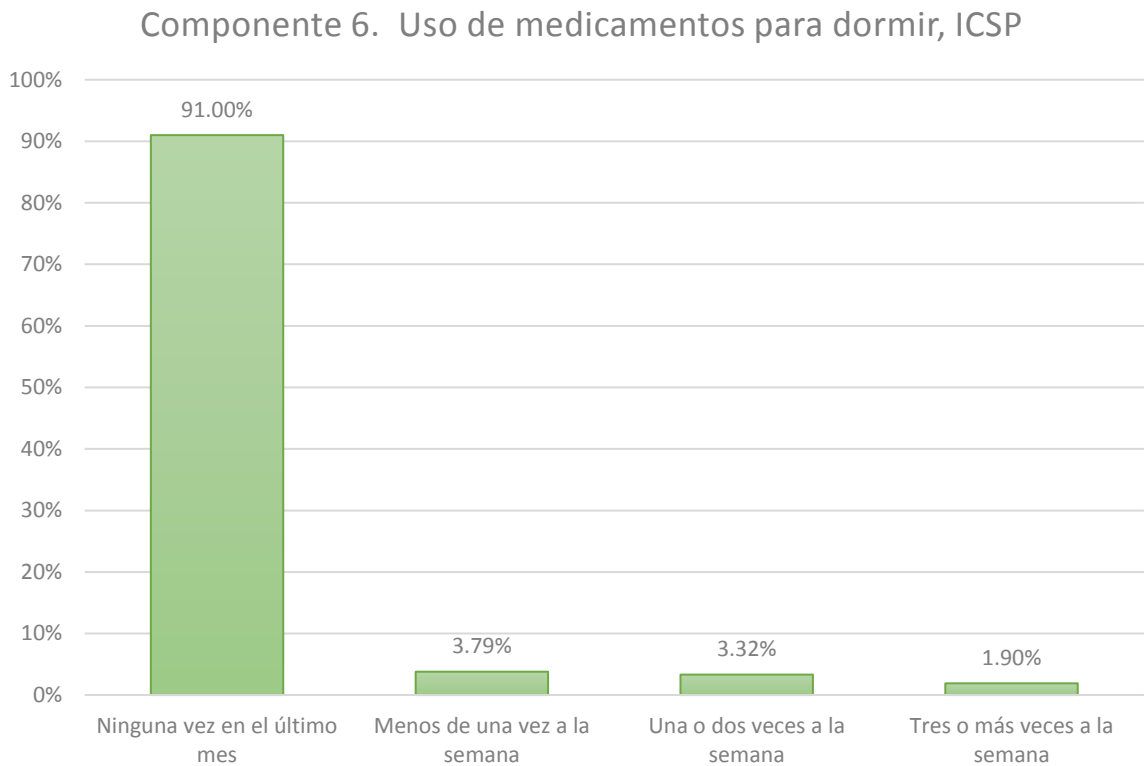


*Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)

| Componente 5. Alteraciones del sueño | Frecuencia | % |
|--------------------------------------|------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | 5 | 2.37 |
| Menos de una vez a la semana | 159 | 75.36 |
| Una o dos veces a la semana | 43 | 20.38 |
| Tres o más veces a la semana | 4 | 1.90 |

La gráfica anterior muestra el componente cinco del ICSP, en él se evalúan las alteraciones del sueño presentes en el último mes, el 75.36% (159/211) manifiesta presentar menos de una vez a la semana alguna de las alteraciones, 20.38% (43/211) refiere presentar alguna alteración una o dos veces por semana, 2.37% (5/211) ninguna vez en el último mes, y el 1.90% (4/211) presenta alteraciones tres o más veces por semana.

Gráfica 9.

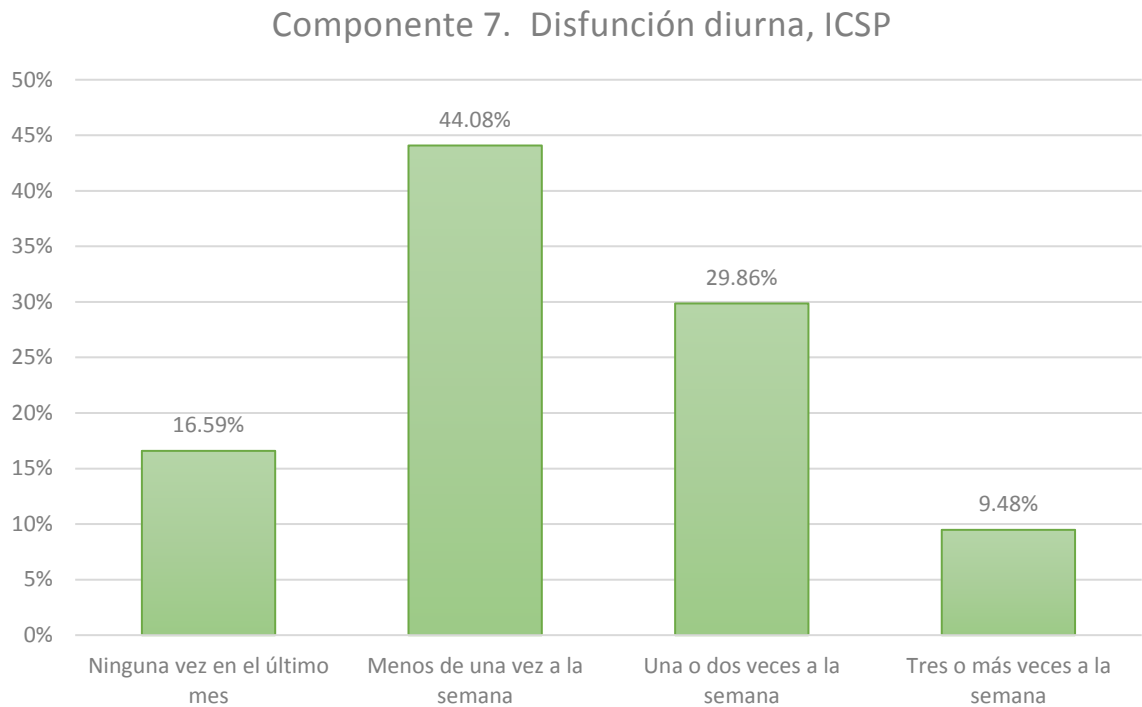


*Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)

| Componente 6. Uso de medicamentos para dormir | Frecuencia | % |
|---|------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | 192 | 91.00 |
| Menos de una vez a la semana | 8 | 3.79 |
| Una o dos veces a la semana | 7 | 3.32 |
| Tres o más veces a la semana | 4 | 1.90 |

La gráfica anterior muestra el componente seis del ICSP, en este se evaluó el uso de medicamentos para dormir en el último mes, a lo que el 91.00% (192/211) contestó ninguna vez en el último mes, 3.79% (8/211) menos de una vez a la semana, 3.32% (7/211) una o dos veces a la semana y el 1.90% (4/211) tres o más veces a la semana.

Gráfica 10.



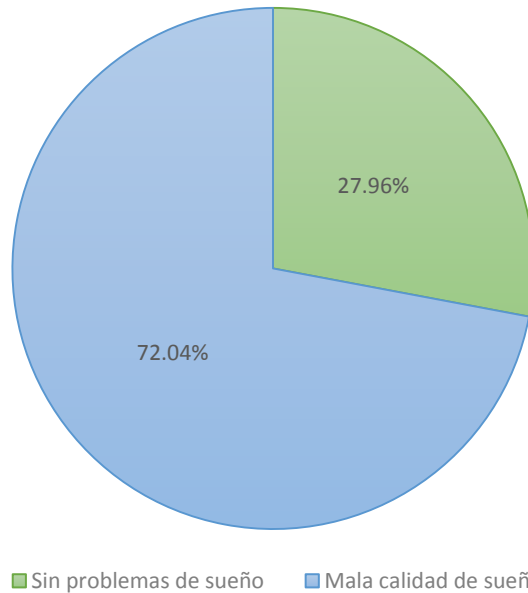
*Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)

| Componente 7. Disfunción diurna | Frecuencia | % |
|---------------------------------|------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | 35 | 16.59 |
| Menos de una vez a la semana | 93 | 44.08 |
| Una o dos veces a la semana | 63 | 29.86 |
| Tres o más veces a la semana | 20 | 9.48 |

La gráfica anterior muestra el componente siete del ICSP, en el que se evaluó disfunción diurna en el último mes, a lo que el 44.08% (93/211) refirió presentarla menos de una vez a la semana, 29.86% (63/211) una o dos veces por semana, 16.59% (35/211) ninguna vez en el último mes y 9.48% (20/211) tres o más veces a la semana.

Gráfica 11.

Evaluación de Calidad de Sueño en personal de Enfermería de un Centro Hospitalario en la Ciudad de México (IMSS 2018)



*Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)

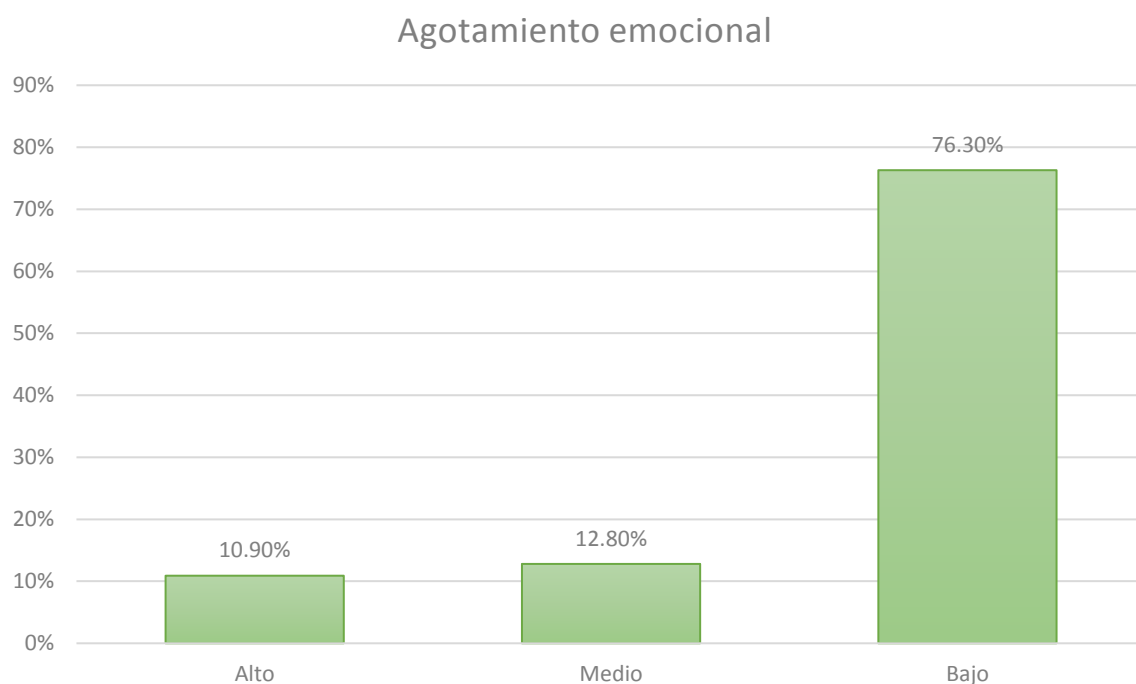
| Calificación Global de Pittsburgh | Frecuencia | % |
|-----------------------------------|------------|-------|
| Sin problemas de sueño | 59 | 27.96 |
| Mala calidad de sueño | 152 | 72.04 |

La gráfica anterior muestra la calificación global de Pittsburgh, donde se observa que de acuerdo al ICSP 72.04% (152/211) presenta Mala calidad de sueño, y el 27.96% (59/211) se evaluó como, sin problemas de sueño.

6.3 Síndrome de Burnout

Para el Síndrome de Burnout, en la muestra estudiada, se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), del que se obtienen las subescalas de: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

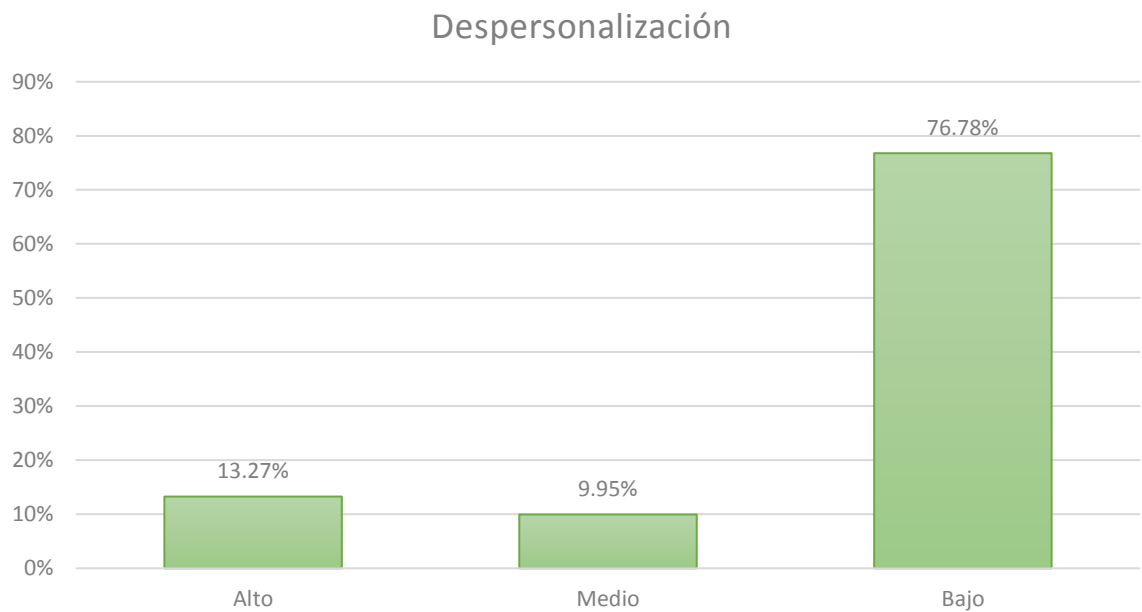
Gráfica 12.



| Agotamiento emocional | Frecuencia | % |
|-----------------------|------------|--------|
| Alto 27-54 | 23 | 10.90 |
| Medio 19-26 | 27 | 12.80 |
| Bajo 0-18 | 161 | 76.30 |
| Total | 211 | 100.00 |

La gráfica anterior muestra la subescala de Agotamiento emocional, resultado de la evaluación obtenida de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) donde se observa que 76.30% (161/211) se clasificó como con bajo agotamiento emocional, 12.80% (27/211) como medio y 10.90% (23/211) como alto agotamiento emocional.

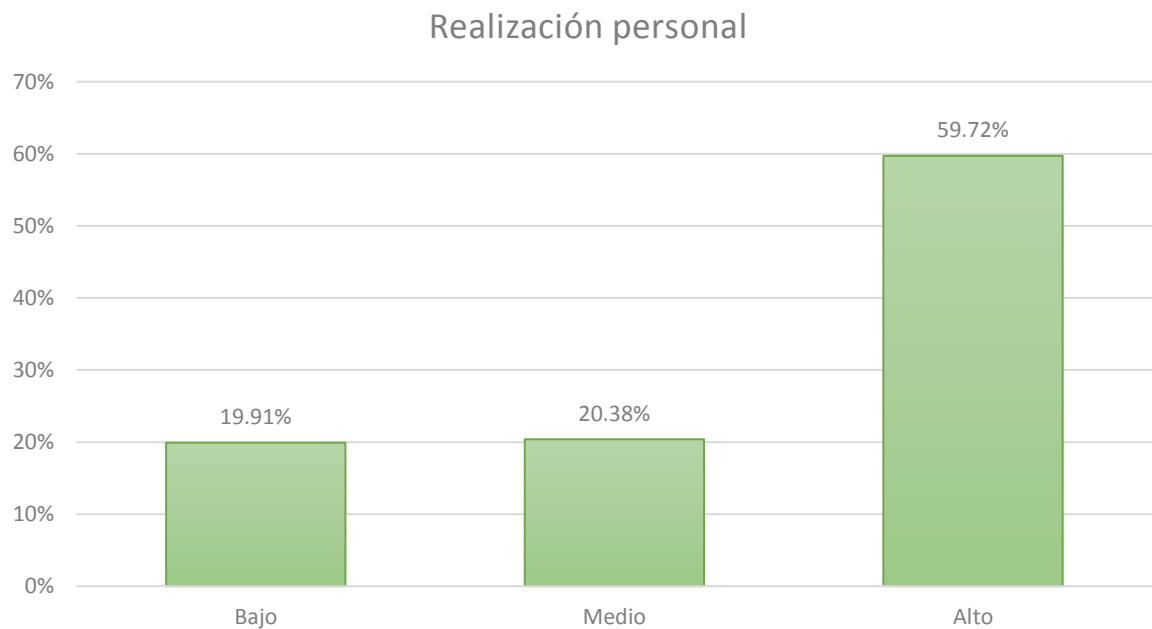
Gráfica 13.



| Despersonalización | Frecuencia | % |
|--------------------|------------|--------|
| Alto 10-30 | 28 | 13.27 |
| Medio 6-9 | 21 | 9.95 |
| Bajo 0-5 | 162 | 76.78 |
| Total | 211 | 100.00 |

La gráfica anterior muestra la subescala de Despersonalización, resultado de la evaluación obtenida de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) donde se observa que 76.78% (162/211) se clasificó con baja despersonalización, 9.95% (21/211) como medio y 13.27% (28/211) con alto grado de despersonalización.

Gráfica 14.

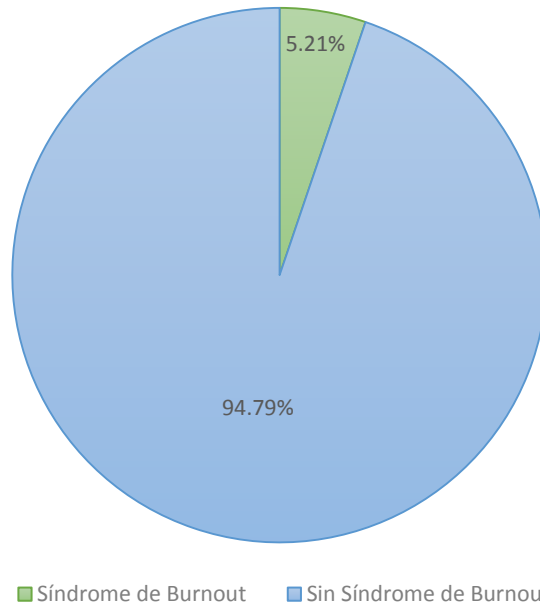


| Realización personal | Frecuencia | % |
|----------------------|------------|--------|
| Bajo 0-33 | 42 | 19.91 |
| Medio 34-39 | 43 | 20.38 |
| Alto 40-46 | 126 | 59.72 |
| Total | 211 | 100.00 |

La gráfica anterior muestra la subescala de Realización personal, resultado de la evaluación obtenida de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) donde se observa que 59.72% (126/211) se clasificó como con alta realización personal, 20.38% (43/211) como con medio y 19.91% (42/211) como con baja realización personal.

Gráfica 15.

Evaluación de Síndrome de Burnout en personal de Enfermería de un Centro Hospitalario en la Ciudad de México (IMSS 2018)



| | Frecuencia | % |
|----------------------------|------------|-------|
| Síndrome de Burnout | 11 | 5.21 |
| Sin Síndrome de Burnout | 200 | 94.79 |

En la gráfica anterior, se puede observar que 5.21%(11/211) de la muestra estudiada se encontró Síndrome de burnout, mientras que el 94.79% (200/211) no se clasificó con dicho Síndrome.

6.4 Asociación entre Calidad de Sueño y Síndrome de Burnout

Tabla 1. Asociación entre Calidad de sueño y Síndrome de Burnout, en personal de enfermería de un Centro Hospitalario en la Ciudad de México (IMSS 2018)

| | Sin Síndrome de Burnout | Síndrome de Burnout | Total |
|------------------------|-------------------------|---------------------|-------|
| Sin problemas de sueño | 59 | 0 | 59 |
| Mala Calidad de Sueño | 141 | 11 | 152 |
| Total | 200 | 11 | 211 |

Prueba exacta de Fisher: $p=0.037$ $p=3.7\%$

7 Discusiones

La presencia de alteraciones del sueño genera fatiga, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo, deficiencia en la ejecución, alteraciones del estado de ánimo y deterioro del funcionamiento cognitivo, aspectos asociados con frecuencia al Síndrome de Burnout, por lo que la presencia de alteraciones del sueño puede tener una asociación significativa con dicho Síndrome. (Elena Miró, 2007). Estamos ante uno de los mayores problemas de salud, tomando en cuenta que normalmente una tercera parte del día debería estar destinada al sueño. En esta investigación, exploramos la asociación existente entre la Calidad de sueño y el Síndrome de Burnout en el personal adscrito al servicio de enfermería de un centro hospitalario en la Ciudad de México, se examinaron algunas características sociodemográficas, se determinó la Calidad de sueño y el Síndrome de Burnout para dicha población.

Participaron, un total de 211 trabajadores del servicio de enfermería, 35.76% (211/590) del total de la población, 83.04% (171/211) mujeres y 18.96% (40/211) hombres. El promedio de edad fue de 39.73 años (DS 9.211, Rango 19-60 años); el mayor porcentaje 18.96% (40/211) se encuentra en el grupo etario entre 30-34 años. El tipo de contrato que prevalece es el de Base con el 95.26% (201/590). La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018), para fines estadísticos divide la jornada de trabajo en diurno, nocturno y mixto, de los cuales para nuestra muestra el mayor porcentaje se encuentra en el turno diurno con el 46.44% (98/211), seguido del turno nocturno con el 28.91% (61/211) y finalmente el turno mixto con el 24.65% (52/211), prevaleciendo en cada uno de ellos el sexo femenino.

La mala Calidad de sueño, es un problema creciente, ya que mientras 62% de la población adulta en 1999 presentaba uno o más síntomas de algún trastorno del dormir, para 2005 se había incrementado esta cifra a 75% (Alejandro Jiménez-Genchi, 2008), según reportes nacionales; en población de enfermería reportes internacionales refieren proporciones que van desde 63 al 75% (Tabla 2), no se encontraron reportes nacionales sobre calidad de sueño en personal de enfermería,

en nuestro estudio, se encontró una prevalencia del 72.04% (152/211), el cual es muy similar a lo reportado internacionalmente.

| Año | Autor | Título | Muestra | Tipo de estudio | Mala Calidad de sueño | Localidad |
|------|--|---|-----------------------|--------------------|-----------------------|---------------|
| 2013 | Chien PL, Su HF, Hsieh PC, Siao RY, Ling PY, Jou HJ. (Chien PL, 2013) | Sleep Quality among Female Hospital Staff Nurses. | 156 enfermeras | Transversal | 75.80% | Taiwan |
| 2015 | Surani S, Hesselbacher S, Guntupalli B, Surani S (Surani S, 2015) | Sleep Quality and Vigilance Differ Among Inpatient Nurses Based on the Unit Setting and Shift Worked. | 67 enfermeras | Prospectivo | 63% | EUA |
| 2015 | Ching-Yi Lee & Hsi-Chung Chen & Mei-Chih Meg Tseng (Tseng, 2015) | The Relationships Among Sleep Quality and Chronotype, Emotional Disturbance, and Insomnia Vulnerability in Shift Nurses. | 398 enfermeras | Transversal | 70.10% | Taiwan |
| 2015 | Rodríguez Murillo JA, Flores Fernández B, López Quiroga M (Rodríguez Murillo JA, 2016) | Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel | 108 enfermeras | Transversal | 64.80% | España |
| 2016 | Zhang L, Sun DM, Li CB, Tao MF (Zhang L, 2016) | Influencing Factors for Sleep Quality Among Shift-working Nurses: A Cross-Sectional Study in China Using 3 factor Pittsburgh Sleep Quality Index. | 513 enfermeras | Transversal | 72.10% | China |
| 2018 | Román Ramos, Pérez Martínez | Tesis: Calidad de Sueño y Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un centro hospitalario en la Ciudad de México | 211 enfermeras | Transversal | 72.04% | México |

Series internacionales sobre el estudio del Síndrome de Burnout en personal de enfermería han reportado prevalencias desde 2.5-39% (Tabla 3), hasta 42% en Inglaterra (Vivian F Ribeiro, 2014); en nuestra investigación, se encontró una prevalencia para de Síndrome de Burnout, de 5.21% (11/211).

| Año | Autor | Título | Muestra | Tipo de estudio | Síndrome de Burnout | Localidad |
|------|---|--|------------------------------------|-----------------|--|-----------------|
| 2005 | Cabrera Gutiérrez LS, López Rojas P, Salinas Tovar S (Cabrera Gutiérrez LS, 2005) | Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. | 236 enfermeras | Transversal | 39.00% | México |
| 2007 | Palmer-Morales, Prince-Velez (Palmer-Morales Y, 2007) | Prevalence of burnout syndrome in nurses in 2 Mexican hospitals | 368 enfermeras | Transversal | 6.79% en ambos | México |
| 2009 | Grau Martín A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. (Grau Martín A, 2009) | Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers (2007) | 11530 trabajadores de la salud | Transversal | 2.5% a 5.9% personal de salud, México 7.2% sólo enfermeras | Hispano-América |
| 2011 | Ilona Ksia,zek, Tomasz J. Stefaniak, Magdalena Stadnyk (Ilona Ksia,zek, 2011) | Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study | 30 enfermeras Qx y 30 Oncológica | Transversal | Enf Qx 24.46% Enf Onco 26.43 | Polonia |
| 2014 | Ribeiro VF, Filho CF, Valenti VE (Ribeiro VF, 2014) | Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. | 188 enfermeras | Transversal | 10.10% | Brasil |
| 2018 | Rizo-Baeza M, Mendiola-Infante SV, Sepehri A (Rizo-Baeza M, 2018) | Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. | 185 enfermeras cuidados paliativos | Transversal | 34.60% | México |
| 2018 | Román Ramos, Pérez Martínez | Tesis: Calidad de Sueño y Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un centro hospitalario en la Ciudad de México | 211 enfermeras | Transversal | 5.21% | México |

En los estudios disponibles que comparan a trabajadores en activo, con altos niveles de Burnout frente a aquellos con bajos niveles de Burnout se observa que el primer grupo informa de mayor frecuencia de problemas de sueño (Elena Miró, 2007).

Mediante el análisis estadístico exacto de Fisher, se valoró la asociación entre Síndrome de Burnout y Calidad de sueño, encontrándose una asociación estadísticamente significativa ($p=0.037$), coincidiendo con otras investigaciones internacionales quienes reportan que, a medida que aumenta la calidad del sueño, su satisfacción laboral aumentó, lo que muestra que paralelamente, a medida que la calidad del sueño de las enfermeras disminuye, su satisfacción laboral también disminuye (Serife Karagozoglu, 2008), coincidimos en que las alteraciones de sueño son un potente predictor para fatiga, relacionado con Síndrome de Burnout (Elena Miró, 2007).

En los estudios revisados (Tabla 4), aunque no se estudió específicamente la asociación de Calidad de sueño y Síndrome de Burnout, se encontraron hallazgos muy importantes, como que a medida que la calidad de sueño disminuye, de igual forma lo hace la satisfacción laboral (Serife Karagozoglu, 2008), también se llegó a considerar el sueño insuficiente como el principal factor de riesgo para desarrollar Burnout (Marie Söderström, 2012).

Tabla 4.

| Año | Autor | Título | Muestra | Tipo de estudio | Hallazgos | Localidad |
|------|--|--|--------------------------|----------------------|---|-----------|
| 2008 | Serife Karagozoglu, Nurhan Bingöl. (Serife Karagozoglu, 2008) | Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses | 418 enfermeras | Transversal | A medida que la calidad del sueño disminuye, también disminuye su satisfacción laboral. | Turquia |
| 2012 | Marie Söderström, Kerstin Jeding, Mirjam Ekstedt (Marie Söderström, 2012) | Insufficient Sleep Predicts Clinical Burnout | 388 individuos, 15 casos | Cohorte, prospectiva | Sueño insuficiente, principal factor de riesgo para desarrollar Burnout. Alteraciones del Sueño, dentro de los principales factores de riesgo para Burnout. | Suecia |
| 2014 | Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Uaphanthasath R, Wiwatanadate P. (Wisetborisut A, 2014) | Shift work and burnout among health care workers. | 2772, personal de salud | Transversal | Horas de sueño adecuadas tienen un factor protector para Síndrome de Burnout. | Tailandia |

| | | | | | | |
|------|--------------------------------|--|----------------|-------------|--|--------|
| 2018 | Román Ramos, Pérez Martínez | Tesis: Calidad de Sueño y Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un centro hospitalario en la Ciudad de México | 211 enfermeras | Transversal | Mala Calidad de Sueño como factor de riesgo para Síndrome de Burout. (p=0.037%) Coincidimos en que las alteraciones del sueño son un factor de riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout. | México |
|------|--------------------------------|--|----------------|-------------|--|--------|

8 Conclusiones

El 72.04% de nuestra población presenta Mala Calidad de sueño.

La prevalencia de Síndrome de Burnout en nuestra población es de 5.21%.

Existe asociación significativa entre Calidad de sueño y Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

Las alteraciones del sueño son predictores significativos de Síndrome de Burnout.

9 Limitaciones y sesgos

Aunque el cuestionario validado de Pittsburgh está aceptado y utilizado en muchos estudios similares, se observa que tiene limitaciones porque solo valora el sueño nocturno, sin tener en cuenta el sueño diurno, por lo que puede no estar bien valorada la calidad del sueño en los trabajadores del turno nocturno, quienes tienden a alternar su ciclo de sueño.

La incidencia de problemas relativos al sueño es especialmente importante en aquellas profesiones cuya responsabilidad es prestar un servicio a otras personas, como, por ejemplo, personal sanitario, profesionales de la seguridad ciudadana, etc. A pesar de la gran relevancia de este tema, son escasos los estudios en los que se analiza la relación entre posibles variables implicadas en la generación de problemas de sueño, así como las posibles consecuencias tanto individuales (rendimiento, bienestar, Burnout) como para la organización (accidentes, ausentismo, etc.) de la escasa calidad del sueño. (Blasco Espinosa J R, 2002)

10 Recomendaciones

Mejorar los patrones de sueño saludable de la población trabajadora.

Cada vez hay más pruebas de que tanto la mejora de los horarios de trabajo como la mejora de la higiene del sueño tienen efectos significativos en la salud de los trabajadores. (KOGI, 2005)

Es aconsejable realizar intervenciones en cuanto a mejoras sobre la higiene de Sueño en el personal.

Realizar pláticas sobre sueño saludable, de acuerdo al programa SOLVE de la OIT. (Oficina Internacional del Trabajo, 2012)

Realizar intervenciones para que el personal se ubique en centros de trabajo cercanos a sus domicilios, y evitar los trayectos prolongados.

11 Planteamientos futuros

Existen estudios argumentando que, aunque el sueño y el estado de ánimo están indiscutiblemente vinculados, los estudios futuros deben evaluar la forma en que están relacionados y los resultados de dicha relación. (Mark Lawrence Wong, 2013)

12 Conflicto de intereses

Se declara que no existe conflicto de intereses asociados al presente estudio.

13 Anexos

Cuestionario: Calidad de sueño y Síndrome de Burnout en trabajadores de un centro hospitalario en la Ciudad de México

Nombre: _____

Sexo: Hombre ___ Mujer ___ Edad: _____

Puesto de trabajo desempeñado: _____

Subraye Tipo de contratación:

1. Confianza 2. Base 3. 02 4. 08

Subraye Turno de trabajo actual:

1. Turnos de día solamente sin fines de semana;
2. Turnos de día solamente con fines de semana;
3. Trabajo de turno continuo (3 turnos en rotación);
4. Turnos vespertinos solamente;
5. Turnos de noche solamente;
6. Turnos de mañana y tarde solamente;
7. Turnos vespertino y noche solamente.

MBI (Inventario De Burnout De Maslach)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos.

No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases responda expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

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. Unas pocas veces a la semana.
6. Todos los días.

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

| | | |
|---|--|--|
| 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 | |

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

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

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

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

| 5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de: | 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 |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No poder conciliar el sueño en la primera media hora: | | | | |
| Despertarse durante la noche o de madrugada: | | | | |
| Tener que levantarse para ir al sanitario: | | | | |
| No poder respirar bien: | | | | |
| Toser o roncar ruidosamente: | | | | |
| Sentir frío: | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Sentir demasiado calor: | | | | |
| Tener pesadillas o “malos sueños”: | | | | |
| Sufrir dolores: | | | | |
| Otras razones (por favor descríbalas a continuación): | | | | |

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

14 Bibliografía

- Alejandro Jiménez-Genchi, E. M.-M.-P.-A.-P. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta medica de Mexico*, Vol. 144 No 6.
- Ambar Deschamps Perdomo, S. B. (2011). 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*, 224-241.
- Blasco Espinosa J R, L. E. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre Medicina*, 258-267.
- Cabrera Gutiérrez LS, L. R. (2005). Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 11-5.
- Chien PL, S. H. (2013). Sleep Quality among Female Hospital Staff Nurses. *Sleep Disorders*, 50-62.
- Daniel Pagnin, V. d. (2014). The Relation Between Burnout and Sleep Disorders in Medical Students. *Academic Psychiatry*, 40596-014-0093.
- Daza, F. M. (1995). *NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Dean AG, S. K. (06 de abril de 2013). *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health*. Obtenido de OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health: http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
- Edgar Bresó Esteve, M. S. (2006). *NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición*. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Elena Miró, Á. S. (2007). Relación entre el burnout o «síndrome de quemarse por el trabajo», la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 388-394.
- Ersan S, S. A. (1998). Factor's affecting nurses' level of job satisfaction. *I'nönü University Health Services Occupational School Journal*, 71-78.
- Grau Martín A, F. D. (2009). Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers (2007). *Revista Española Salud Pública*, 215-30.
- Hita-Contreras F, M.-L. E.-R.-A. (2014). Reliability and validity of the Spanish version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int*, 10.1007/s00296-014-2960.
- Ilona Ksiażek, T. J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 347-50.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (19 de Junio de 2018). *INEGI*. Obtenido de ENOE: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enoe/>
- José Antonio Rodríguez Murillo, B. F. (2016). Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Metas de Enfermería*, 50-62.
- Juan Carlos Sierra, C. J.-N.-O. (2002). CALIDAD DEL SUEÑO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DEL SUEÑO. *Salud Mental*, 35-43.
- KOGI, K. (2005). International Research Needs for Improving Sleep and Health of Workers. *Industrial Health*, 71-79.
- Leif W. Rydstedt, J. J. (2013). Psychosocial Job Strain and Sleep Quality Interaction Leading to Insufficient Recovery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 5863-5873.
- Marie Söderström, K. J. (2012). Insufficient Sleep Predicts Clinical Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 175-183.
- Mark Lawrence Wong, E. Y. (2013). The interplay between sleep and mood in predicting academic functioning, physical health and psychological health: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 271-277.
- Oficina Internacional del Trabajo. (18 de abril de 2012). *Organización Internacional del Trabajo*. Obtenido de Guía del formador, programa SOLVE: http://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_203117/lang--es/index.htm
- Pablo Carralero García, F. R. (2012). Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 44-48.
- Palmer-Morales Y, P.-V. R.-B.-S. (2007). Prevalence of burnout syndrome in nurses in 2 Mexican hospitals. *Enfermería Clínica*, 256-60.
- Ribeiro VF, F. C. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7-22.
- Rizo-Baeza M, M.-I. S. (2018). Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *Journal of Nursing Management*, 19-25.
- Rodrigo Toral-Villanueva, G. A.-M. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico city. *Occupational Medicine*, 8-13.
- Rodríguez Murillo JA, F. F. (2016). Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Metas de enfermería*.
- Serife Karagozoglu, N. B. (2008). Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nursing Outlook*, 298-307.

- Surani S, H. S. (2015). Sleep Quality and Vigilance Differ Among Inpatient Nurses Based on the Unit Setting and Shift Worked. *Journal of Patient Safety*, 215-20.
- Tseng, C.-Y. L.-C.-C. (2015). The Relationships Among Sleep Quality and Chronotype, Emotional Disturbance, and Insomnia Vulnerability in Shift Nurses. *The journal of nursing research*, 225-35.
- Vivian F Ribeiro, C. F. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7:22.
- Wisetborisut A, A. C. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 279-86.
- Zhang L, S. D. (2016). Influencing Factors for Sleep Quality Among Shift-working Nurses: A Cross-Sectional Study in China Using 3-factor Pittsburgh Sleep Quality Index. *Asian Nursing Research*, 277-282.