



**FACULTAD DE DERECHO Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

**SÍNDROME DE BOREOUT Y CALIDAD DE SUEÑO
EN COLABORADORES DE UNA ORGANIZACIÓN
DE CHICLAYO**

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Autora:

Bach. Villalobos Arrué, Sonia Mareli

ORCID: 0000-0002-6364-3260

Asesor:

Dr. Edmundo Eugenio, Arévalo Luna

ORCID: 0000-0001-8948-7449

Línea de Investigación:

Comunicación y Desarrollo Humano

**Pimentel – Perú
2020**

APROBACIÓN DEL JURADO

SINDROME DE BOREOUT Y CALIDAD DE SUEÑO EN COLABORADORES DE UNA ORGANIZACIÓN DE CHICLAYO

Aprobación de la tesis

Villalobos Arrué Sonia Mareli

Autor

Dr. Edmundo Eugenio Arévalo Luna

Asesor Metodológico

Grado/Apellidos y Nombres: Mg. Torres Díaz María Malena

Presidente de Jurado

Grado/Apellidos y Nombres: Mg. Cruz Ordinola María Celinda

Secretario(a) de Jurado

Grado/Apellidos y Nombres: Mg. Carmona Brenis Karina Paola

Vocal de Jurado

DEDICATORIAS

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto de mi carrera profesional, a pesar de mi salud emocional y físico que me ha presentado a lo largo de mi vida.

A mis padres Briceño Villalobos y Ela Arrué por haberme apoyado incondicionalmente en todo momento de mi vida.

A mi hermana Diana Villalobos por haber estado presente en cada logro que obtenía a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A toda mi familia en general, padres, hermanos, amigos cercanos, por haber creído en mí siempre a pesar de los momentos difíciles que se me presentaba.

A mi novio, quien me ha apoyado emocionalmente, brindándome sus conocimientos desde mis estudios secundarios hasta la universidad, siendo la persona más paciente y amable conmigo.

RESUMEN

El presente trabajo, es un estudio descriptivo correlacional de tipo transversal que aborda el síndrome de boreout y calidad de sueño en colaboradores de una organización dedicada a la fabricación de envase Polipropileno de Chiclayo, cuyo objetivo es determinar si existe relación significativa entre ambas variables en la muestra de estudio. Se trabajó con 120 colaboradores, de las áreas de gestión administrativa (23) y planta (97), cuyas edades oscilan entre 18 y 60 años. Se utilizó la escala de síndrome de boreout de Karla Azabache (2016) y el cuestionario de índice de calidad de sueño de Pittsburgh (1989), adaptado por Luna, Robles y Agüero (2012). Los resultados más significativos indican que los niveles de calidad de sueño en general predomina el nivel medio un 36.7 %; en cuanto a las dimensiones del síndrome de boreout, en general se observa una predominancia del nivel bajo en 36.7%. Por otra parte, se encontraron correlaciones altamente significativas entre la dimensión infraexigencia del síndrome de boreout con las dimensiones calidad subjetiva de sueño y latencia de sueño de la variable calidad de sueño. Así también, la dimensión aburrimiento del síndrome de boreout correlaciona significativamente con la dimensión duración del dormir de la calidad de sueño. Las dimensiones restantes obtuvieron correlaciones no significativas.

Palabras clave: Síndrome de boreout, calidad de sueño, colaboradores.

ABSTRACT

The present work is a cross-sectional descriptive study that addresses boreout syndrome and sleep quality in collaborators of an organization dedicated to the manufacture of Chiclayo Polypropylene container, whose objective is to determine if there is a significant relationship between both variables in the study sample. We worked with 120 employees, from the areas of administrative management (23) and plant (97), whose ages range between 18 and 60 years. The boreal syndrome scale of Karla Azabache (2016) and the Pittsburgh sleep quality index questionnaire (1989), adapted by Luna, Robles and Agüero (2012), were used. The most significant results indicate that sleep quality levels generally dominate the average level by 36.7%; as for the dimensions of boreout syndrome, in general a predominance of the low level is observed in 36.7%. On the other hand, highly significant correlations were found between the infraexigence dimension of boreout syndrome with the subjective quality of sleep and sleep latency dimensions of the variable quality of sleep. Also, the boredom dimension of boreout syndrome correlates significantly with the sleep duration dimension of sleep quality. The remaining dimensions obtained non-significant correlations

Keywords: Boreout syndrome, sleep quality, collaborators

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL JURADO	ii
DEDICATORIAS	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad problemática	11
1.2. Antecedentes de estudio	14
1.3. Teorías relacionadas al tema	18
1.4. Formulación del problema	26
1.5. Justificación e importancia del estudio	26
1.6. Hipótesis	26
1.7. Objetivos	27
II. MATERIAL Y MÉTODO	28
2.1. Tipo y Diseño de la Investigación	28
2.2. Población y Muestra	28
Variable	31
Dimensiones	31
Indicadores	31
Instrumento de Recolección	31
Lo que manifiesta y define la propia persona sobre su calidad de sueño	31
Latencia de sueño	31
Tiempo en que tarda cuando se dispone a dormir	31
Duración del dormir	31
Cantidad de horas que la persona cree que ha podido dormir	31
Eficiencia del sueño	31

Fracción de tiempo en que la persona cree dormir y la que pasa en su cama. ...	31
Perturbaciones del sueño.....	31
Dificultades relacionadas al momento de dormir.	31
Uso de medicamentos para dormir	31
Uso de medicamentos cuya finalidad es conciliar el sueño.	31
Presencia o usencia de somnolencia diurna y la presencia de desgano por la mañana al realizar las actividades.	31
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Validez y confiabilidad.	32
2.5. Procedimiento de análisis de datos.....	34
2.6. Criterios éticos.....	34
2.7. Criterios de rigor científico.....	35
III. RESULTADOS	36
1.1. Resultados en Tablas y Figuras	36
Nivel de Calidad del Sueño.....	37
Nivel de Síndrome de Boreout	39
3.1. Discusión de resultados	46
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
Conclusiones:.....	50
Recomendaciones	51
Referencias	52
ANEXOS	57
ANEXO 1.	57
Recibo digital del software antiplagio Turnitin	57
ANEXO 2.	58
PRUEBA DE NORMALIDAD	58
ANEXO 3	59
CONSENTIMIENTO INFORMADO	59

ANEXO 4.....	60
PROTOCOLO DE ESB (53 ITEMS).....	60
ANEXO 5.....	63
CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO	63
ANEXO 6.....	66
INSTRUCCIONES PARA LA BAREMACION DEL TEST DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)	66
ANEXO 7.....	69
ANEXO 8.....	70

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día las empresas no solo se preocupan por incrementar sus utilidades, sino también por darles una buena calidad de vida a sus trabajadores; es decir, se tiene una constante preocupación en su estado emocional, para que pueda desempeñarse adecuadamente en su organización para conseguir los resultados esperados.

Por ende, el empleo es parte indispensable del progreso social y familiar; sin embargo, esta actividad también es la fuente de algunos males que aquejan a los trabajadores como el síndrome de Boreout y la mala calidad de sueño. Por ello, este estudio tiene como finalidad determinar si existe relación entre el síndrome de Boreout y la calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo.

Así mismo en la presente investigación se realizó como primer apartado la realidad problemática; antecedentes, marco teórico, siguiendo con la formulación del planteamiento del problema, además la realización de la hipótesis y objetivos tanto general como específicos.

Continuando con el método de estudio, tipo y diseño de investigación, la operacionalización de las variables que se utilizó en la presente investigación, así como también la población y muestra. Prosiguiendo con la especificación de las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Finalmente se plantean los resultados obtenidos con la discusión y conclusiones, además de un aporte práctico. En la última parte se detalla la bibliografía y anexos correspondientes.

1.1. Realidad problemática

Durante estos últimos años el significado de trabajo y trabajador ha tomado un giro en cuanto colocar al colaborador como un engranaje entre los otros subsistemas que componen las operaciones dentro de una empresa, dejando atrás la idea que el trabajador es solo para un área y se desempeña de forma mono funcional, entendiéndose que las actividades están orientadas a la obtención de valores, de autonomía, de decisiones y cooperación.

Si bien es cierto, que en cuanto a la salud ocupacional esta ha mejorado en el ámbito laboral, otorgando mayor información para la educación y el trabajo preventivo a los problemas dentro de las organizaciones, sin embargo, se siguen presentando ausentismo laboral, conflictos dentro de la organización y la lucha por competencias laborales y destrezas, son parte aún de lo que se debe trabajar para cambiar, según menciona la Universidad Científica del Sur (2018). Así también se debe entender que a partir de lo mencionado la salud laboral no solo se refiere a la ausencia de malestar, sino que se toma en cuenta la funcionalidad del trabajador y como él perciba su organización, para poder lograr resultados en su producción.

Para sobrevivir y progresar en esta época de constantes cambios de crecimiento y crisis a nivel económico, social y financiero, es necesario que las organizaciones necesiten tener un personal motivado y que psicológicamente se encuentren sanos. (Aguilón, Berrú, Peña y Treviño, 2015). Dicho esto, se espera que los trabajadores se encuentren enfocados en las actividades y entregados a mostrar sus habilidades en pro de una producción eficaz, sin embargo, si las adecuadas condiciones de trabajo no son atendidas de forma adecuada, generaran en el empleado frustración, desmotivación, aburrimiento y afectación física y psíquica.

Dentro del ambiente laboral, existen diversas dificultades que se tienen que enfrentar, una de ellas es el llamado síndrome de Boreout que en términos generales se refiere al aburrimiento, por ausencia de tareas significativas, aunque parezca extraño y que muchos pensarían que el no tener un trabajo demandante sería espléndido, los trabajadores que padecen este síndrome temen sufrir desaprobación social al no sentir que son valorados o que no están cumpliendo con sus propias expectativas, que a la larga puede generar estrés si se está en búsqueda de un mejor puesto o pago por su trabajo. Entre algunas de las alteraciones que ocasiona en la persona son: frustración, depresión, estrés y ansiedad cuando los indicadores son altos (Rothlin y Werder, 2007). Para la empresa también resulta desventajoso

pues mantiene un talento y rentabilidad perdida (Azabache, 2016). En recursos humanos se conoce a este comportamiento como “presentismo laboral” (Seminario, 2018).

El Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI, 2017) en un estudio que realizó en el año 2017, menciona que el empleo en el Perú incrementó un 1.8% en los primeros meses de ese año, es decir, 292 mil 200 empleos, también se precisó que el número de personas con trabajo en las organizaciones incrementó de 1 a 10 trabajadores, que en cifras sería 480 mil 300 personas que se encuentran laborando activamente, pero también se detalló que la tasa de desempleo en áreas urbanas fue de un 6.4%, que en cifras sería 851 mil, 700 personas desempleadas y que buscan un trabajo de forma esporádica.

Es importante mencionar estas cifras, porque permite tener una idea de la condición de la empleabilidad en el Perú y ofrecer un panorama para entender la problemática que aqueja a empresas y trabajadores cuando no se cuenta con la organización laboral apropiada para el adecuado desarrollando en las labores encomendadas y que generan en la organización un desequilibrio en la salud ocupacional. Si bien las cifras muestran empleabilidad en el Perú, muchos de esos trabajadores no se desempeñan las profesiones que estudiaron y se encuentran en un puesto de menor capacidad, competencias y preparación para lo que ellos aspiraron, recibiendo una remuneración baja. Colocando al trabajador en un ambiente laboral no muy motivador del cual siente que no puede aspirar a más (Morán, 2017).

A esto se suma el horario de las jornadas laborales que debe cumplir el empleado, por ello, Téllez, Villegas, Juárez, Segura y Fuentes (2015) citan a diversos autores quienes ayudan a comprender el sistema de rotación de los horarios laborales y su afectación en los trabajadores. Las empresas se han desarrollado junto con la tecnología y buscan mejorar en todos los ámbitos, pero este mismo crecimiento conlleva a que aumente la producción y conduzca a que los trabajadores extiendan sus horarios e incluso tomen turnos fuera de lo habitual (Akersted, 1991). La rotación de turnos es común en los trabajos como lo son: el sector salud, policial, el industrial, transporte entre otros (Asociación Americana del sueño, 2007, Perancho, 2001; Tovalín, Rodríguez y Ortega, 2004; Tovalín, Rodríguez y Ortega, 2005), es por esta razón que los horarios de producción en este tipo de población son analizados para determinar la calidad de vida de este grupo, pues se ha identificado como un factor que coloca en peligro la salud y bienestar de los empleados (Sierra, Delgado, Domínguez y Carretero-Dios, 2009).

Teniendo en consideración las citas anteriores y según los datos recogidos por el diario Correo (2017) en el cual se hace mención de algunas investigaciones del Instituto Peruano de Neurociencias (IPN) quien refiere que las personas que trabajan en horarios nocturnos, sean ocasionales, rotatorios o fijos, u aquellos que empiezan a laborar muy temprano antes de las 6 de la mañana, propician un cambio en el horario laboral y con ello un desajuste en el ritmo habitual de sueño, no permitiéndoles mantener un adecuado reloj de sueño, causando dificultad para dormir en las noches o mantenerse despierto en el día; así mismo se afirma que de cada 100 peruanos 10 laboran en horarios rotativos o nocturnos, por lo cual padecerían de un trastorno de sueño, en el que no se toma en cuenta la edad y sexo, pero se tiene una consideración especial en las mujeres y las personas mayores de edad, que son más propensos a padecer un pésimo calidad de sueño, y que solo este grupo acuden por tratamiento, además agrega que según la World Association of Sleep Medicine (WASM) el 35% de peruanos sufriría trastorno de sueño.

Por otro lado, la existencia de una inadecuada calidad de sueño puede relacionarse a diferentes factores, como: los ambientales, psicológicos, económicos, socio culturales y la vida laboral; los horarios rotativos impiden que las personas mantengan un adecuado sueño, generando alteración en el ritmo cardiaco y con ello fatiga psicológica que conllevará a un agotamiento permanente (Campero, De Montis, Gonzales, 2013). Las empresas y la vida en general en la actualidad desarrollan gran parte de sus actividades y movimientos en horarios nocturnos, dejando poco tiempo para que el cuerpo recobre lo perdido durante el día, produciendo alteraciones en la condición físico y afectivo de la persona, que al final suele afectar el entorno donde se desenvuelve.

Esta problemática se hace extensiva a nuestra localidad, pues se ha observado que en la empresa donde se realizará el estudio, los trabajadores no son ajenos de experimentar algunas actitudes como la falta de interés, ausentismo laboral o el disimulo en sus actividades, que podría suponer la presencia de este nuevo síndrome llamado Boreout. Además, otro problema que enfrentan los trabajadores son los horarios de trabajos rotativos que pueden ser nocturnos, diurnos e inclusive de dos días consecutivos en el mismo horario, es decir, 2 noches seguidas, con 2 días de descanso y dos días diurnos, para algunos trabajadores. Así mismo la exigencia es mayor en labores estrictamente de planta, sin embargo, muchos de los trabajadores no se sienten satisfechos con la labor que realizan y por lo que recibe de ella, siendo así que una jornada laboral es de 12 horas, produciendo un desgaste y desequilibrio en la vida del trabajador, al no

sentirse satisfecho y el no mantener un horario fijo de sueño. Por ello es importante determinar si estas dos variables aguardan alguna relación.

1.2. Antecedentes de estudio

A nivel internacional las investigaciones acerca de síndrome de boreout se han abarcado en distintos contextos puesto que se considera un factor importante debido a la afectación en los trabajadores de su estado emocional, falta de motivación, generando como consecuencia que no brinden mayor productividad en sus centros de trabajo. Así mismo, la calidad de sueño representa a que los colaboradores no tienen un nivel adecuado de sueño, conllevando al estrés, y bajo rendimiento laboral.

Daza, Plaza y Hernández (2017) buscaron determinar si los factores de riesgo intra-laboral asociados al clima laboral, tenían influencia en la aparición del síndrome de Boreout en un sector de salud en Colombia. Se utilizó el Cuestionario de síndrome de Boreout (Cabrera 2014), el cual se aplicó a 415 personas de género masculino y femenino, entre las edades de 18 a 62 años, que laboran en salud; los resultados evidenciaron que la probabilidad de padecer un nivel alto de este síndrome es de 1%, con un nivel medio de 21% y de no poseer este síndrome con un 78%. En conclusión, se encontró que la probabilidad de padecer Boreout no se relaciona con la edad, sexo o edad, sin embargo, las empresas donde laboran estas personas pueden predisponer la presencia de este síndrome.

Granda (2016) en su investigación tuvo como objetivo, analizar el bajo estado afectivo, y rendimiento en trabajadores del Hospital Yerovi Mackuat, Ecuador. El enfoque de estudio fue cuantitativo, cualitativo. Los resultados arrojaron que mediante Chi cuadrado se acepta la hipótesis alternativa ($H_a=12.5916$) es que el Síndrome del Boreout si incide en el rendimiento profesional de los colaboradores del hospital Yerovi Mackuart del cantón Salcedo. Se concluyó que los 117 trabajadores del hospital en estudio padecían de síndrome de Boreout

Romero y Álvarez (2016) en su investigación buscaron conocer el grado en el trabajador rinde de manera provisional por accidente de trabajo y por enfermedad. Los test que se emplearon fueron el cuestionario de Pittsburg, con una demostración de 88 trabajadores de turnos nocturnos y diurnos (entre 2008-2011), con una media de edad de 42 años, obteniendo como resultados que el grupo expuesto son malos dormidores ($PSQI > 5$) y el grupo de control ($PSQI < 5$) indica buenos dormidores. En conclusión, el

cuestionario mostró que los grupos con un resultado mayor a 5 pueden sufrir alteración en su salud.

Lezcano, Vieto, Morán, Donadio y Carbonó (2014), buscó establecer las tipologías y calidad del sueño en alumnos de medicina de la Universidad de Panamá. La población la constituyó 1116 estudiantes, con una muestra de 290 sujetos, con una promedio de edad entre los 21 años, el instrumento a aplicar fue el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg. Los resultados fueron que la calidad del sueño en la dimensión subjetiva fue buena (48.6%) y mala en cifras mayores (51.3%), además los estudiantes refirieron demorar 15 minutos en conciliar el sueño.

Téllez, et al. (2015) investigó para poder evaluar a un grupo de personas, sobre su desorden de sueño y entender la relación de su calidad de sueño, así como también el estrés, la depresión en trabajadores de turno rotativo de México. La muestra se conformó de 326 trabajadores de turnos rotatorios y fijos. Los resultados mostraron que el personal de turno rotatorio manifiestan más trastornos de sueño y con ello una mala calidad de sueño, 27.9 (DE=7); resultados contrarios con los de turno fijo, 29 (DE=7).

Cabrera (2012) desarrolló un estudio exploratorio con 450 trabajadores entre hombres y mujeres de las edades de 22 a 63 años, de áreas ofimáticas de 10 empresas de la ciudad de Valencia, Venezuela, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Boreout. Los resultados arrojaron que 425 (94.4%) envían mensajes de texto a personas externas del trabajo y 324 (72.0%) de todos los evaluados se encuentran entre los portadores de síndrome de Boreout.

Callejas et al. (2012) el objetivo de su estudio se centró en saber el porcentaje de colaboradores sobre los trastornos del sueño asociados en residentes de Fontibón expuestos al ruido del Aeropuerto El Dorado, Colombia. Se aplicó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh a 205 personas entre las edades de 18 a 65 años. Los resultados determinaron que el 60% de los trabajadores presentan mala calidad de sueño, en cuanto a sus indicadores se muestran puntajes de 27% para la escala subjetiva, 39% para latencia, 33% en duración de sueño, 37% eficacia habitual del sueño, 30% para alteración del sueño, 40% en disfunción diurna y en cuanto a medicamentos se encontró un 5%.

A nivel nacional, la calidad de sueño y el síndrome de boreout, son variables cuya investigación se encuentra en aumento, debido a que aportan datos relevantes que ayudan

a las organizaciones a tomar medidas para aumentar la productividad y motivación en sus colaboradores.

Baldera (2018) en su estudio tuvo como objetivo comprobar la calidad de sueño de los internos de enfermería del hospital Sergio Bernales, Lima. La muestra estuvo conformada por 40 internos de enfermería de ambos sexos, a quienes se les aplicó el Cuestionario Calidad de Sueño de Pittsburg. Los resultados revelan que los internos poseen una mala calidad de sueño (72.5%) contra un (27.5%) con buena calidad de sueño. En cuanto a sus dimensiones se halló en la calidad subjetiva el 50% se acostaba a las 24 horas y el 22.5% lo hacía a la una de la mañana; en la dimensión latencia del sueño el 42.5% tarda en dormir de 20 a 25 minutos y el 22.5 lo hace entre 26 a 31 minutos, la dimensión duración del sueño fue de 40.0% quienes dormían 5 horas y el 27.5% solo lo hacían 4 horas; la dimensión eficacia del sueño el 47.5% refiere despertarse a las 5 de la mañana y un 25 % lo hace a las 4 de la mañana, en perturbación de sueño el 45% presentó poca perturbación y el 75% no presenta ningún inconveniente. En cuanto al uso de medicamentos para dormir un 47.5% toma al menos una vez a la semana y un 25% no se medica; en la dimensión disfunción diurna el 45% mencionó tener somnolencia al menos una vez a la semana y un 10% no tienen ningún problema para dormir, por último un 75% refiere sentirse desganado al realizar sus actividades, en cambio un 7.5% se siente bien.

De la Cruz (2017) en su investigación, cuyo objetivo fue establecer los factores de las condiciones y situaciones de trabajo con los desórdenes de la calidad de sueño en los trabajadores del área de producción de la empresa industrial Pesquera Santa Mónica Paita. La población en estudio fue de 150 trabajadores de ambos sexos, con tres meses a más de trabajo en la empresa, a quienes se les administró el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Los resultados mostraron que los trabajadores mantienen una buena calidad de sueño (22%) y el 78% una mala calidad de sueño, en cuanto a sus dimensiones, latencia de sueño (48%) siendo bastante buena, con una duración entre 6 y 7 horas, la eficiencia del sueño obtuvo un nivel bueno (74%), y el 70% no presenta perturbación al dormir, y un 95% no ha utilizado medicación, el 52% presenta una mala disfunción durante el día. En conclusión, las condiciones y situaciones de trabajo tienen relación significativamente mala de calidad de sueño y con los datos sociodemográficos, fuera del turno de la empresa.

Medina (2017) tuvo como objetivo en su investigación comprobar si existe relación entre calidad de sueño y nivel de estrés del personal de guardia de emergencia

en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima. Se utilizó el cuestionario de Pittsburg y el MBI, en 121 trabajadores del hospital de ambos sexos. Los resultados demostraron que la calidad de sueño, corresponde elocuentemente ($p=0.000<0.05$) con el nivel de estrés del personal del hospital, la relación fue inversa de nivel bajo ($r=0.423$) indicando que a menor calidad de sueño mayor agotamiento emocional.

A nivel local los estudios sobre síndrome de burnout son limitados, por otra parte existe un aumento en investigaciones acerca de la calidad de sueño, en especial asociándola al rendimiento laboral.

Vílchez et al. (2016) realizaron su trabajo de investigación en ocho universidades del Perú para determinar la salud mental y calidad de sueño de los estudiantes. Se evaluó a 1.040 estudiantes de medicina de ambos sexos, con la Escala de depresión ansiedad y estrés, y el Índice de Calidad de Sueño. Los resultados mostraron que los estudiantes son “malos dormidores” obteniendo una puntuación menor a >5 (77,69%). También se determinó una relación de mala calidad de sueño con el sexo femenino. Se concluyó que la mala calidad de sueño se asocia con la ansiedad, depresión y estrés en los estudiantes universitarios.

Granados et al. (2013) buscaron determinar la frecuencia de mala calidad de sueño en una facultad de medicina de una Universidad de Chiclayo. Participaron un total de 247 alumnos de ambas edades, con una media de edad entre 20 años, aplicándosele el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, validado en español. Los resultados muestran una baja calidad de sueño en los alumnos, en el cual un 85% duermen inadecuadamente y un 21.8% usa algún medicamento para dormir. La conclusión fue que en la facultad de medicina existe mala calidad de sueño y la escuela que más utiliza medicamentos para dormir es la de psicología.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Rothlin y Werder (2007, citados por Azabache, 2016) argumentan que el síndrome de boreout es un grupo de características del estado de ánimo que se producen de modo frecuente e irritable dentro del campo profesional

Así mismo, otras definiciones en cuanto a este síndrome, lo catalogan como aquellas manifestaciones por falta de motivación e interés de las personas que la padecen, y que se encuentra relacionado con el ámbito laboral, donde el empleado no siente que le otorgan las oportunidades para demostrar sus capacidades, sintiéndose invisible, por lo cual recurren a simular una actividad productiva en los horarios de trabajo (Latella, Marciano y Velasco, 2016).

Entre otros aportes se encuentre el de Cabrera (2014) quien menciona que un trabajador que presenta el síndrome de Boreout, se caracteriza por sentir malestar consigo mismo, al descubrir que sus habilidades y empeño no son importantes o pasan desapercibidos, no logrando promocionarse entre sus compañeros o incrementar su salario, por lo que experimenta frustración al desarrollar las mismas tareas que él considera “sin sentido”.

Boreout es un término inglés que proviene de la palabra Bored, que significa aburrimiento y Out que es fuera, traducido al español su significado es “más allá del aburrimiento”. Azabache (2016) en su conceptualización lo coloca como un aburrimiento crónico laboral.

Diversas teorías explican la palabra aburrimiento no es nueva en el léxico, sin embargo, la variable del síndrome de Boreout si los es, apareció en el año 2007 bajo el estudio de Peter Werder y Philippe Rothlin, quienes publicaron su estudio en un libro llamado: “El nuevo Síndrome laboral, Boreout, recupera la motivación”. Tales autores mencionados este síndrome representarían de la otra cara de la moneda del conocido síndrome de Burnout o estar quemado. Ambos síndromes se presentan en común el estrés. Boreout aparece por la falta de tareas significativas para el trabajador, pero las cuales no son comunicadas (Azabache, 2016).

Así mismo Werder y Rothlin (2007) hacen una diferencia entre síndrome de Boreout y pereza: la pereza lleva al trabajador a que no realice y disminuya sus esfuerzos por rendir adecuadamente en el trabajo. El síndrome de Boreout se compone de una serie

de acciones y actividades que lo conducen al aburrimiento, al ver que las tareas encomendadas carecen de interés y nuevos desafíos.

El síndrome de Boreout aparece cuando un trabajador está realizando sus labores bajo poca exigencia, generándole poca motivación e interés que lo conducen al aburrimiento durante la jornada laboral, pero el trabajador camufla esta situación haciendo parecer que se encuentra saturado de trabajo, para evitar tareas extras; si esta situación se mantiene a lo largo del desempeño en la empresa conducirá a la insatisfacción laboral. El síndrome de Boreout se compone por tres elementos anímicos que se relacionan e interactúan a diario, además estrategias conductuales que ayudan a mantener alejado el trabajo extra o evitar ser despedido (Azabache, 2016). Se mencionará a estas dos áreas:

En base a la teoría de Rothlin y Werder en el 2007, Azabache (2016) describe tres componentes que se relacionan con el Síndrome de Boreout:

Dimensión 1: La infra- exigencia Consiste en que los trabajos o actividades asignadas al trabajador se encuentran por debajo de las capacidades del mismo, sintiendo que puede rendir más de lo efectivamente se rinde. A su vez se compone de dos elementos:

Cuantitativa: Las tareas que se le asignan son pocas o hay pocas actividades por realizar y en cuanto a la repartición de asignaciones laborales las tareas se otorgan a otros, y Cualitativas: Orientadas al contenido del trabajo, las acciones a realizar se encuentran por debajo de los conocimientos, capacidades u habilidades del empleado e incluso se puede ver impedido de influir en un cambio para mejorar las tareas. Generando inutilidad e imposibilidad de destacarse.

Dimensión 2: El aburrimiento se refiere que es un sentimiento en el cual las horas en el trabajo parecen ser más alargadas, que las que se cumplen como jornada laboral, esto surge cuando el trabajador tiene la sensación de no saber qué es lo que tienen que hacer, produciendo una falta de estímulos, que no le permiten tener motivo para hacer algo, pues tiene poco trabajo o no lo tiene, lo que lo puede conducirle a la frustración y desesperación por que no sentirse útil.

Se detecta un caso de Boreout cuando el trabajador trata de camuflar su aburrimiento mediante tareas personales, creándole una idea errónea sobre no trabajar en las horas laborales. Las actividades personales hacen que mantenga el trabajo alejado. Existen algunas excusas, categorizadas como estrategias para mantener el trabajo alejado, que ayudarían a identificar a un trabajador con este síndrome, que más adelante se detallan.

Dimensión 3: El desinterés, el cual consiste en que las actividades asignadas en la jornada laboral no son de interés para el trabajador, y es consciente de esta falta de interés, pero no encuentra un sentido a lo que le están pidiendo realizar, por tal motivo demanda de un gran esfuerzo por cumplir con su producción, la falta de interés también la refleja en su concepto hacia la empresa. Las tareas y los resultados le parecen poco importantes, y muestra una falta de afán de instruirse o de estar pendiente de lo que ocurre en la empresa.

Así mismo la teoría de Rothlin y Werder (2007) establece estrategias el cual desarrolla el trabajador para hacerlo ver como atareado e implicado con su trabajo. Las cuales tienen dos objetivos: mantener el trabajo lejos lo más posible y conseguir espacios libres en su trabajo para la realización de actividades personales.

Dimensión 4: estrategias para mantener el trabajo alejado, esta dimensión presenta las siguientes estrategias los cuales son: Estrategia de los documentos: se muestra ocupado en el computador o el escritorio, aunque no lo este, siguiendo con la estrategia de distribución del trabajo pendiente: distribuye la entrega de una tarea en los tiempos precisos, cubriendo los tiempos de ocio, así se verá que entrega el trabajo en el tiempo adecuado y que se mantiene ocupado, aunque en realidad utiliza más tiempo del que en realidad necesitaba, así mismo se encuentra la estrategia de llevar trabajo a casa: simula llevar trabajo a casa, para que los demás piensen que sacrifica tiempo extra y que su trabajo es importante. Dando la apariencia que durante la jornada laboral está lleno de tareas, lo cual es mentira.

Estrategia del ruido: gestiona sus propios documentos, solicita la entrega de materiales, cuyo objetivo es que los demás vean que está trabajando y que no se le puede incorporar trabajo extra, siguiendo con la estrategia para evitar acciones inmediatas para realizar una tarea: Se moviliza por el área, y entre sus allegados. También va al baño o la cafetería. Para mantenerse alejado de las tareas extras. Finalmente Estrategia de las

quejas: utiliza las quejas sobre la cantidad de trabajo que tienen que realizar mostrándose preocupado y afanoso por cumplirlas. Cuando se le ofrece ayuda la rechaza por temor a verse descubierto.

Dimensión 5: estrategias para conseguir tiempo libre, contienen las siguientes estrategias que son: Estrategia del falso uso del tiempo en el trabajo: es el último en salir de su despacho más allá de su hora de salida, también es el primero en llegar a trabajar. Permitiéndole tener horas libres para sus asuntos personales, Estrategia de actividades no laborales: realiza el trabajo lo más pronto posible a la fecha de entrega, para que así que le quede tiempo libre para sus actividades ajenas al trabajo, como navegar en internet, correos personales, etc.

Por más ilógico que parezca estas acciones llevan a una paradoja en el comportamiento del trabajador, en vista que este pueda deshacer la rutina de su trabajo y encuentre nuevamente esa motivación y estímulo. En definitiva, esta paradoja radica en que el no hacer nada, no está tan mal para el trabajador por que le permite libertad y evita el estrés, además el simular estar ocupado le puede ayudar a ser reconocido entre sus compañeros.

Entre las causas Rothlin y Werder (2007) encontraron las siguientes:

La cultura organizacional diferente: En la cual los ideales, valores y conductas del trabajador difieren a los que la organización maneja.

El área de recursos humanos: Cuando no se hace una adecuada convocatoria, selección y valoración de desempeño. Así como en las habilidades para mantener los niveles de compromiso y satisfacción elevados en el trabajador.

Las características del puesto: Este síndrome se ha encontrado en los trabajos que se realizan en escritorios, a razón que son este grupo quienes pueden manejar su ritmo de trabajo y no viven bajo la presión de metas, además de que sus tareas suelen ser repetitivas.

Entre los niveles Rothlin y Werder (2007) describen los siguientes:

El nivel inicial o uno: Presente en el inicio de la carrera, en la cual se cuenta con poca o ninguna experiencia, pero con grandes aspiraciones de enfrentar retos profesionales.

Nivel intermedio o dos: El sujeto ya se encuentra laborando y descubre que puede lidiar con el estrés y se organiza para no tener actividades pendientes.

Nivel avanzado o tres: Es aquí donde aparece el Boreout, el individuo se enfrenta a la insatisfacción y aburrimiento, pero a pesar de esto se mantiene en esta situación a través de las estrategias de mantener el trabajo lejos y el tiempo libre. La persona se encuentra en desconcierto en cuanto a su futuro laboral y se siente como un individuo deshonesto por manejar estas estrategias evitativas para mantenerse en el trabajo.

En cuanto a las tipologías Rothlin y Werder (2007) dieron nombre a las características del síndrome de Boreout:

El samaritano: Es aquel que se halla fuera de sentir este síndrome, pues se siente realizado en su puesto y administra adecuadamente sus tiempos para con su hogar y trabajo.

El aprendiz: Es aquel que se haya en el nivel uno de aparición de Boreout, se encuentra motivado y comprometido, pero por momentos se puede encontrar aburrido, comprende que es parte de su proceso de formación. Puede presentar un leve Boreout.

El pasajero del Titanic: Se encuentra en un nivel dos del síndrome. Se halla trabajando en tareas rutinarias, poco le interesan las novedades de la empresa y ya maneja las estrategias evasión.

El camaleón: Se encuentra en un nivel tres de Boreout. A este nivel maneja a la perfección las técnicas de evasión, además ya sabe que idea tienen sus compañeros y jefe de él, siendo visto como un colaborador eficaz y comprometido, aunque en realidad se encuentre infra-exigido y aburrido.

El gusano: El trabajador se convierte en un elemento que no contribuye a la empresa. No deja una huella de su labor, se encuentra en el nivel más elevado de Boreout.

Entre los síntomas del síndrome de Boreout según Seminario (2018) menciona que se suelen presentar:

Cansancio: Se encuentra cansando a pesar de no haber tenido arduo trabajo, su cansancio traspasa el horario laboral.

Introversión: No solicita ayuda apresar de ser consciente de lo que le está pasando.

Irritabilidad: Se encuentra molesto por la carencia de trabajo significativo en su trabajo.

Apatía: No tiene ganas de hacer nada, a pesar de no haber trabajado mucho.

Nauseas: Por el hecho de ir a trabajar, se pueden presentar dentro o fuera del trabajo.

Frustración: Se siente en un ambiente injusto pues piensa que sus capacidades y habilidades no se desarrollan a la altura de lo que él piensa que deberían.

Depresión: la frustración e insatisfacción del ámbito laboral no manejado adecuadamente puede llevar a la depresión, presentándose tristeza, decaimiento y disminución de las funciones psíquicas.

Por último, diferentes autores explican acerca de la afectación en el trabajo por boreout, argumentando que este síndrome no solo es perjudicial para el empleado, sino también para la empresa. Cuando en una empresa los equipos de trabajo no se distribuyen equitativamente, puede llevar a que una parte del equipo se encuentre sobrecargado y la otra parte tenga menos peso laboral, no satisfaciendo las expectativas de este grupo. Hay que tomar en cuenta que aburrirse no es perjudicial, si este se manifiesta desde un punto adecuado, pues el aburrimiento genera nuevos pensamientos e ideas para mejorar, el problema nace cuando se vuelve prolongado y va tomando severidad, ya que desconecta al trabajador de su labor y propicia el estrés. Señalado esto las pérdidas en una empresa pueden surgir porque se mantiene a un trabajador oculto y que hace que se pierda un tiempo que puede ser productivo (Latella et al. 2016).

Calidad de sueño

El sueño es un proceso natural en un ser vivo, manifestado como una carencia biológica, del ser humano; por ello se dice que el sueño es una conducta compleja, y el hombre la realiza aproximadamente durante un tercio de su vida, mediante el sueño se puede regular la homeostasis del organismo, restablecer energía a nivel celular y consolidar la memoria; por eso la duración del sueño es importante, aunque cada persona es distinta, se oscila que la duración debe ser entre 7 a 8 horas diarias, que pueden verse alteradas por distintos factores tanto internos como externos (Sacristán, 2012; Guzmán, 2010).

Referente a las fases del sueño, según Carillo, Ramírez y Magana (2013) el sueño atraviesa por dos grandes fases: **El sueño NO MOR:** Conocido como sueño de ondas lentas, se divide en 4 fases: *Fase 1:* Es el inicio del sueño, dura entre 10 a 15 minutos, es un estado de somnolencia o de sueño ligero, de fácil de despertar. La actividad muscular disminuye pausadamente. Se encuentra en estado de vigilia, encargado de activar el sueño y de programar el sueño dentro de un ciclo de 24 horas (ritmo circadiano o relojes biológicos).

Fase 2: La frecuencia cardiaca, la temperatura y la respiración comienzan a disminuir lentamente, manteniéndose un sueño ligero. La persona aún puede despertar fácilmente, dura entre 20-25 minutos (Revista de enfermería comunitaria de necesidad de descanso y sueño, 2013).

Fase 3 y 4: Es el sueño profundo, las actividades fisiológicas son lentas. Difícil que la persona despierte. Mantiene una duración de 5 minutos en la fase tres y hasta 1 hora en la fase cuatro y **El sueño MOR:** es la etapa donde comúnmente se producen los sueños, y se identifica por movimientos oculares rápidos, la tonicidad de los músculos disminuye, a excepción de los respiratorios y de esfínteres vesical o anal. Tiene una duración de 10 a 20 minutos. En esta etapa se reorganizan los sistemas para mantener la energía, como la adaptación a los procesos emocionales y se fijan los recuerdos recientes (Baldera, 2018).

Una persona joven adulta puede pasar entre 70 a 100 minutos en la fase de sueño NO MOR y entre 10 – 20 minutos en la fase MOR, en líneas generales durante la noche puede haber entre 4 a 6 ciclo de sueño MOR.

Calidad de sueño:

Calidad de sueño proveniente del vocablo latino (somnus) refiriéndose al acto de dormir como el deseo de hacerlo (Medina, 2017). Cuando se manifiesta alguna alteración en el sueño, sea por despertares a media noche, o no se logra una profundidad de sueño, quien lo padece puede llegar a identificar cómo se encuentra su calidad de sueño.

Del mismo modo Baldera (2018) define la calidad de sueño como la capacidad para conseguir dormir y estar relajado durante el día, el cual debe estar relacionado con

la cantidad, calidad y la percepción de la energía empleada durante el día, que ayudarían a determinar una adecuada calidad de vida.

Dormir es un componente para una adecuada calidad de vida, esta acción no solo se refiere a dormir bien durante la noche, sino que también se tenga un desempeño adecuado durante el día (García, Capote, Pradera, Carmona y Sánchez, 2000).

Diversos autores explican sobre las teorías del Índice de calidad de sueño de Pittsburg surge según Buysse, Reynolds, Monk, Bernan y Kupfer (1989) como resultado de la observación de pacientes psiquiátricos con trastornos de sueño, durante los años de 1980. Así mismo la calidad de sueño no solo está en concordancia al dormir bien toda la noche, sino al adecuado desempeño y funcionamiento durante el estado vigilia (Luna, Robles y Agüero, 2015).

Se determinaron siete componentes que conforman el índice de calidad de sueño (Buysse et al., 1989):

Calidad subjetiva de sueño: Es lo que expresa y concreta la propia persona sobre su calidad de sueño, la cual puede ser positiva o negativa.

Latencia de sueño: Es el tiempo que se tarda la persona cuando se dispone a dormir.

Duración del sueño: La cantidad de horas que la persona cree que ha podido dormir.

Eficiencia del sueño: Fracción de tiempo en que la persona cree dormir y la que pasa en su cama.

Alteración del sueño: Se representa por alguna dificultad relacionada al momento de dormir, manifestándose en acciones como despertarse muy temprano, levantarse durante la madrugada, ir al baño en la madrugada, roncar, toser, tener frío o calor, dolores y pesadillas.

Uso de medicación hipnótica: Uso de medicamentos cuya finalidad es conciliar el sueño. Algunos de los fármacos que producen hipnotismo o alteran el sueño según Baldera (2018) son: Los diuréticos: producen eliminación de la orina, los antidepresivos: disminuyen el sueño, el alcohol: apresura el comienzo del sueño, despierta en la madrugada y no vuelve a dormir.

La cafeína: impide el sueño, los betabloqueantes: causan pesadillas e insomnio, el Diazepan: aumentan la somnolencia y *Disfunción diurna*: Es la presencia o usencia de somnolencia diurna y la presencia de desgano por la mañana al realizar las actividades.

La Universidad Saludable Rafael Landívar, explica ciertas manifestaciones de la mala calidad de sueño afecta el organismo de distintas formas, entre las cuales se puede mencionar: Sensibilidad a la exposición de la luz, Sensación de ardor en los ojos y dificultad en la visión, reducción en la capacidad lectora y de la concentración, sensación de cansancio constante, problemas gástricos, falta de energía y mal humor e irritabilidad

1.4. Formulación del problema.

¿Qué tipo de relación existe entre síndrome de Boreout y calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

La presente investigación es de importancia por la labor que realiza un empleado en la empresa, la misma que puede verse afectada por el síndrome de Boreout, y Calidad de sueño, quienes producirían una alteración en el desempeño laboral, por ello se buscará determinar la relación entre estas variables en una población de trabajadores. Los resultados obtenidos se convertirán en una herramienta de ayuda para futuras investigaciones, y para el planteamiento de programas que ayuden a la población trabajadora, convirtiendo a este estudio en un antecedente para futuras generaciones. Las profesiones que pueden hacer uso de esta investigación serían los psicólogos, las empresas públicas o privadas a nivel nacional, con estos hallazgos se buscará un punto de equilibrio para beneficiar al trabajador, al proveerle una mejor calidad laboral, que también beneficiaría a las empresas.

1.6. Hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre síndrome de Boreout y calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo.

Ho: No existe relación significativa entre síndrome de Boreout y calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo.

Hipótesis específica

H1: Existe relación significativa entre la dimensión infra-exigencia del síndrome de boreout con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

H2: Existe relación significativa entre la dimensión aburrimiento con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo.

H3: Existe relación significativa entre la dimensión desinterés con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo.

H4: Existe relación significativa entre la dimensión estrategias para conseguir tiempo libre con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

H5: Existe relación significativa entre la dimensión estrategias para mantener el trabajo alejado con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

1.7. Objetivos

Objetivo general:

Determinar si existe relación significativa entre el síndrome de boreout y la calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo.

Objetivos específicos:

Identificar el índice de la calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Identificar los factores predominantes del síndrome de Boreout en colaboradores de una organización de Chiclayo

Establecer si existe relación significativa entre la dimensión infra-exigencia del síndrome de boreout con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Establecer si existe relación significativa entre la dimensión aburrimiento con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Establecer si existe relación significativa entre la dimensión desinterés con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Establecer si existe relación significativa entre la dimensión estrategias para conseguir tiempo libre con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Establecer si existe relación significativa entre la dimensión estrategias para mantener el trabajo alejado con las dimensiones del índice de calidad de sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de la Investigación.

Tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptivo correlacional, descriptivo debido que busca estudiar las variables de dicha investigación de forma independiente y correlacional porque busca conocer la relación en ambas variables del estudio particular. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Diseño de investigación

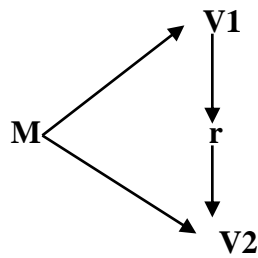
El diseño de investigación es de tipo no experimental, transversal debido a que se trabajará sin intervención sobre las variables calidad de sueño y síndrome de Boreout, en el cual se recurrirá a la observación, sin intervención sobre las variables, para luego realizar un análisis de sus datos, los cuales se registraran en un tiempo y lugar determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.2. Población y Muestra

Población

La población está constituida por 120 colaboradores de ambos sexos, dedicados a la fabricación de envase de prolipropileno de una organización, mayores de 18 años. Para esta investigación se trabajó con la totalidad de la población.

Esquema del diseño de investigación:



En el cual:

M= Muestra

V1= Variable 1

r = Relación entre las dos variables

V2= Variable 2

Variables, operacionalización

Variable 1: Síndrome de boreout

Definición conceptual: Sensación de malestar consigo mismo por parte de un colaborador, al descubrir que sus habilidades y empeño no son importantes o pasan desapercibidos, no logrando promocionarse entre sus compañeros o incrementar su salario, por lo que experimenta frustración al desarrollar las mismas tareas que él considera “sin sentido” (Cabrera, 2014).

Definición operacional: El síndrome de boreout se evalúa por medio de cinco dimensiones: infraexigencia, aburrimiento, desinterés, mantenerse alejado del trabajo y conseguir tiempo libre (Azabache, 2016).

Variable 2: Calidad de sueño

Definición conceptual: Capacidad para conseguir dormir y estar relajado durante el día, estando relacionado con la cantidad, calidad y la percepción de la energía empleada durante el día, que ayudarían a determinar una adecuada calidad de vida (Baldera, 2018).

Definición operacional: La calidad de sueño se evalúa mediante siete dimensiones: calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficacia, perturbaciones del sueño, medicación para dormir y disfunción diurna (Luna, Robles y Agüero, 2012).

Variable	Áreas	Dimensiones	Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos
Síndrome de Boreout	Manifestaciones del estado emocional	<p>Infraexigencia: Se refiere que el trabajador presenta malestar consigo mismo motivo ya que siente que sus actividades establecidas se encuentran por debajo de sus capacidades.</p>	Escala del Síndrome de Boreout
		<p>Aburrimiento: Es un estado de fastidia del trabajador debido que percibe un largo tiempo por falta de estímulos para continuar laborando.</p>	
		<p>Desinterés: El trabajador ya no se preocupa por su trabajo, ni su desempeño laboral</p>	
	Estrategias conductuales evitativas	<p>Mantener el Trabajo Alejado: El trabajador obtiene justificaciones para parecer ocupado y de esta manera evade que le establezcan tareas en la empresa</p> <p>Conseguir Tiempo Libre: El Trabajador simula en utilizar más tiempo en el trabajo, para no ser descubierto.</p>	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Instrumento de Recolección
Calidad de Sueño	Calidad Subjetiva de sueño	Lo que manifiesta y define la propia persona sobre su calidad de sueño.	Cuestionario Índice de calidad de sueño de Pittsburg
	Latencia de sueño	Tiempo en que tarda cuando se dispone a dormir.	
	Duración del dormir	Cantidad de horas que la persona cree que ha podido dormir.	
	Eficiencia del sueño	Fracción de tiempo en que la persona cree dormir y la que pasa en su cama.	
	Perturbaciones del sueño	Dificultades relacionadas al momento de dormir.	
	Uso de medicamentos para dormir	Uso de medicamentos cuya finalidad es conciliar el sueño.	
	Disfunción Diurna	Presencia o usencia de somnolencia diurna y la presencia de desgano por la mañana al realizar las actividades.	

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Validez y confiabilidad.

La escala del síndrome de Boreout nace a partir de los estudios de Rother y werder (2007) quienes al analizar otros estudios de épocas pasadas, encuentran que Boreout es un grupo de manifestaciones de estado de ánimo que se ocasionan de modo frecuente y agravado dentro del campo laboral. La escala fue creada en la ciudad de Trujillo por Azabache Karla (2016), con el objetivo de evaluar el síndrome de Boreout o también llamado síndrome del aburrimiento. La aplicación puede ser individual o colectiva a personas que se encuentren en calidad de trabajadores activos, desde las edades de 18 a 69 años, en un tiempo aproximado de 15 a 25 minutos.

La escala posee 53 preguntas con cinco opciones de respuesta múltiple. Así mismo muestra dos componentes como: manifestaciones del estado emocional, compuesto por tres dimensiones (infra exigencia, aburrimiento y desinterés) y la segunda área es estrategias conductuales evitativas, que también presenta dos dimensiones (mantenerse alejado del trabajo y conseguir tiempo libre). Además, posee niveles descriptivos de bajo, medio y alto.

Para la calificación se hará sumando los puntajes de cada reactivo en su respectiva dimensión, que equivale a la respuesta marcada, a excepción de los ítems negativos (con el propósito de prevenir la perseveración de una misma respuesta) en quienes se invierte la puntuación, estos son: Infraexigencia: 10, 39 y 46; Aburrimiento: 18, 31, 45, 49, 51 y 52; Desinterés: 1, 22, 35, 38 y 53; Mantener el trabajo alejado: 2, 3 y 47 y Conseguir tiempo libre: 14 y 20

Obtenidos los puntajes, corresponde analizar los baremos, puntos de corte y niveles por cada componente y de la escala en general, permitiendo tener un resultado.

La muestra estuvo constituida por 160 administradores de empresas privadas. Así mismo en cuanto a su validez se utilizó la validez de contenido estuvo bajo la supervisión de 10 expertos y se obtuvo en el índice de V Aiken ($>.09$ en 59 reactivos) estadísticamente muy significativo ($p < 0.01$), en validez de constructo por análisis factorial con el método máxima verosimilitud y rotación oblicua (se eliminó 6 ítems al mostrar 11 factores-51%). Referente a la confiabilidad se realizó por consistencia interna Alfa de Cronbach ($\alpha=90$).

El Cuestionario Índice de calidad de sueño de Pittsburg surge como resultado de la observación de pacientes psiquiátricos con trastornos de sueño, durante los años de 1980. Buysse, Reynolds, Monk, Bernan y kupfer, fue creado en Estados Unidos (1989). Adaptado al castellano por Royuela y Macías (1997); este instrumento busca evaluar la calidad de sueño y sus alteraciones clínicas durante un mes antes que se produzca la evaluación (Luna, Robles y Agüero, 2015).

El cuestionario de índice de calidad de sueño es auto aplicable y de resolución breve, además debe ser tomado en cuenta como un instrumento estándar para la evaluación de calidad de sueño, es decir, las condiciones de aplicación y evaluación son las mismas para todos los participantes, permitiendo la confiabilidad de los datos. Tiene una adaptación peruana realizada por Luna, Robles y Agüero en el 2012, para la cual se recurrió a una muestra total de 4445 adultos entre hombres y mujeres de la ciudad de Lima y Callao, entre las edades de 18 a 44 años de edad. Este instrumento ha sido utilizado en distintas investigaciones, como la de Ojeda, Padilla (2018), Baldera (2018) y Arellano (2018), evidenciando su validez y confiabilidad; esta adaptación es la que se empleará en la presente investigación.

El cuestionario cuenta con un total de diecinueve ítems, agrupadas en siete dimensiones el cual son: Calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficacia, perturbaciones del sueño, medicación para dormir y disfunción diurna. La suma de cada componente da una puntuación total que se encuentra en un rango de 0 a 21; de la cual se establece que menor a cinco “sin problemas de sueño”, entre cinco y siete “merece atención medica”, entre ocho y catorce “merece atención y tratamiento” y de quince a más “problema grave de sueño” (Luna, robles y Agüero, 2015).

En relación a su validez y confiabilidad, en la versión original se encontró una consistencia interna de 0.86 en alfa de Cronbach para los 19 ítems, demostró una sensibilidad de 89.6% y especificidad de 86.5%. En la adaptación al castellano se obtuvo una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.81 en población clínica y de 0.67 en una muestra con estudiantes, en validez, sensibilidad de 88.63% y especificidad 74.99%, índice Kappa (0.61).

En lo referente a la adaptación en Perú por Luna, Robles y Agüero en el 2012, se encontró una consistencia interna a través del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.56, que indica una confiabilidad moderada, datos similares al estudio que

realizó Rosales y Col, quienes midieron la homogeneidad interna del instrumento, hallando un valor de >0.50 . Respecto a las correlaciones entre los 7 componentes fue mediante la correlación de Pearson en donde hubo una variación de 0.08 y 0.49. En cuanto a la validez de constructo se obtuvo mediante el análisis factorial, reconociéndose tres factores que explican el 60.2% de la varianza. Mediante los datos mostrados se comprobó que el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh es válido para medir lo que se desea medir.

2.5. Procedimiento de análisis de datos.

En el presente estudio se utilizó el programa de Microsoft Excel 2013 y para el procesamiento de los datos estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS 25 que ayudaran a establecer las relaciones entre las variables de estudio.

2.6. Criterios éticos.

En primer lugar, se presentará la documentación pertinente a la institución donde se realizará el proyecto a fin de obtener los permisos correspondientes para la aplicación de los instrumentos y brindarles los detalles que requieran conocer sobre el proceso.

Durante la aplicación de las escalas, se dará a los participantes información concerniente del estudio en curso, para así poder obtener el consentimiento informado de su parte, dejando en claro que tienen derecho de abandonar su participación antes o durante el desarrollo de la investigación (American Psychological Association, 2017).

Así también, se hará presente que la aceptación de formar parte del estudio, no trae como consecuencia obtener algún tipo de beneficio, sea académico o económico.

Los autores que hayan sido tomados como fuente de información serán debidamente citados y referenciados a fin de darles créditos por sus trabajos y publicaciones, evitando el plagio de los mismos (APA, 2017).

Los resultados de la investigación serán reales, no manipulados de manera que brinden datos engañosos, corrigiendo los errores adecuadamente en caso de encontrarse a posterior.

2.7. Criterios de rigor científico.

La investigación tendrá en cuenta el rigor científico de la investigación (Suarez, 2007) que estará basada en el criterio de credibilidad para que pueda ser considerada como confiable, siguiendo procesos adecuados de validez en la obtención y procesamiento de datos, así como un criterio de dependencia, consiguiendo resultados relevantes que sirvan de fuente para futuros estudios y aporten a la psicología.

III. RESULTADOS

1.1. Resultados en Tablas y Figuras

Tabla 1

Relación entre el síndrome de boreout y la calidad en sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

	Síndrome de boreout
Calidad de sueño	Rho
Calidad subjetiva de sueño	,158
Latencia de sueño	,160
Duración del dormir	,120
Eficacia del sueño	-,048
Perturbaciones del sueño	,205*
Uso de medicamentos para dormir	-,024
Disfunción diurna	,066

Nota:

Rho : Correlación Spearman-Brown

** : Altamente significativo ($p < ,01$)

* : Significativo ($p < ,05$)

: No significativo ($p > ,05$)

En la tabla 1, se aprecia que existe relación significativa entre el síndrome de boreout, únicamente con la dimensión perturbaciones del sueño de la variable calidad de sueño, no siendo así con las demás.

Tabla 2

Nivel de Calidad del Sueño según dimensiones, en colaboradores de una organización de Chiclayo

Nivel de Calidad del Sueño	N	%
Calidad subjetiva del sueño		
Alto	60	50.0
Medio	44	36.7
Bajo	16	13.3
Sub Total	120	100.0
Latencia		
Alto	18	15.0
Medio	89	74.2
Bajo	13	10.8
Sub Total	120	100.0
Duración		
Alto	37	30.8
Medio	82	68.3
Bajo	1	0.8
Sub Total	120	100.0
Eficiencia		
Alto	60	50.5
Medio	56	46.7
Bajo	4	3.3
Sub Total	120	100.0
Alteración		
Alto	3	2.5
Medio	117	97.5
Bajo	0	0.0
Sub Total	120	100.0
Uso de medicación hipnótica		
Alto	5	4.2
Medio	20	16.7
Bajo	95	79.2
Sub Total	120	100.0
Disfunción diurna		
Alto	51	42.5
Medio	69	57.5
Bajo	0	0.0
Sub Total	120	100.0
Escala general		
Alto	41	34.2
Medio	44	36.7
Bajo	35	29.2
Sub Total		

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

En la tabla 2, se observa que predomina el nivel medio en las dimensiones Latencia, Duración, Alteración y Disfunción diurna de la Calidad del Sueño, con porcentajes de colaboradores de una organización de Chiclayo que registran este nivel que oscilan entre 57.5% y 97.5%. Asimismo, predomina en este grupo de sujetos, el nivel alto en las dimensiones Calidad subjetiva del sueño y Eficiencia, representados por el 50%, respectivamente; y además, predomina el nivel bajo en la dimensión Uso de medicación hipnótica, representado por el 79.2% de los evaluados.

A nivel general, se observa una predominancia de nivel medio con el 36.7% de trabajadores de una empresa privada en Chiclayo; en tanto que el 34.2% presenta nivel alto y el 29.2%, que evidencia nivel bajo.

Tabla 3

Nivel de Síndrome de Boreout según dimensiones, en colaboradores de una organización de Chiclayo

Nivel de Síndrome de Boreout	N	%
Infraexigencia		
Alto	39	32.5
Medio	35	29.2
Bajo	46	38.3
Sub Total	120	100.0
Aburrimiento		
Alto	39	32.5
Medio	33	27.5
Bajo	48	40.0
Sub Total	120	100.0
Desinterés		
Alto	38	31.7
Medio	38	31.7
Bajo	44	36.7
Sub Total	120	100.0
Alejamiento del trabajo		
Alto	40	33.3
Medio	31	25.8
Bajo	49	40.8
Sub Total	120	100.0
Conseguir tiempo libre		
Alto	33	27.5
Medio	41	34.2
Bajo	46	38.2
Sub Total	120	100.0
Escala general		
Alto	41	34.2
Medio	35	29.2
Bajo	44	36.7
Sub Total	120	100.0

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

En la tabla 3, se observa una predominancia de nivel bajo en las dimensiones del Síndrome de Boreout, con porcentajes de colaboradores de una organización de Chiclayo, que oscilan entre 36.7% y 40.8%; seguido del nivel alto en las dimensiones Infraexigencia, Aburrimiento, Desinterés y Alejamiento del trabajo, con porcentajes que oscilan entre 36.7% y 40.8%; y nivel medio en la dimensión Conseguir tiempo libre, representado por el 34.2%.

A nivel general, se observa una predominancia de nivel bajo, representado por el 36.7% de colaboradores de una organización de Chiclayo; en tanto que el 34.2% presenta nivel alto y el 29.2%, evidencia nivel medio.

Tabla 4.

Correlación entre la dimensión Infraexigencia del Síndrome de Boreout y las dimensiones de la Calidad del Sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Síndrome de boreout	Infraexigencia
Calidad de sueño	Rho
Calidad subjetiva de sueño	,279**
Latencia de sueño	,240**
Duración del dormir	,146
Eficacia del sueño	-,011
Perturbaciones del sueño	,166
Uso de medicamentos para dormir	,088
Disfunción diurna	,095

Nota:

Rho : Correlación Spearman-Brown

** : Altamente significativo ($p < ,01$)

* : Significativo ($p < ,05$)

: No significativo ($p > ,05$)

En la tabla 4, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica existencia de correlación altamente significativa entre la dimensión infraexigencia de síndrome de boreout con las dimensiones calidad subjetiva de sueño y latencia de sueño de la variable calidad de sueño; sin embargo, las demás dimensiones correlacionaron de manera no significativa, en colaboradores de una organización de Chiclayo.

Tabla 5.

Correlación entre la dimensión Aburrimiento del Síndrome de Boreout y las dimensiones de la Calidad del Sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Síndrome de boreout	Aburrimiento
Calidad de sueño	Rho
Calidad subjetiva de sueño	,172
Latencia de sueño	,113
Duración del dormir	,240**
Eficacia del sueño	-,085
Perturbaciones del sueño	,058
Uso de medicamentos para dormir	-,058
Disfunción diurna	,169

Nota:

Rho : Correlación Spearman-Brown

** : Altamente significativo ($p < ,01$)

* : Significativo ($p < ,05$)

: No significativo ($p > ,05$)

En la tabla 5, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de una correlación altamente significativa entre la dimensión aburrimiento del síndrome de boreout con la dimensión duración del dormir de la calidad de sueño; sin embargo, las demás dimensiones, correlacionaron de manera no significativa, en colaboradores de una organización de Chiclayo.

Tabla 6.

Correlación entre la dimensión Desinterés del Síndrome de Boreout y las dimensiones de la Calidad del Sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Síndrome de boreout	Desinterés
Calidad de sueño	Rho
Calidad subjetiva de sueño	,072
Latencia de sueño	,154
Duración del dormir	,150
Eficacia del sueño	-,091
Perturbaciones del sueño	,087
Uso de medicamentos para dormir	-,019
Disfunción diurna	-,008

Nota:

Rho : Correlación Spearman-Brown

** : Altamente significativo ($p < ,01$)

* : Significativo ($p < ,05$)

: No significativo ($p > ,05$)

En la tabla 6, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de correlaciones no significativas entre la dimensión desinterés del síndrome de boreout con las dimensiones de la calidad de sueño, en colaboradores de una organización de Chiclayo.

Tabla 7.

Correlación entre la dimensión Mantener trabajo alejado del Síndrome de Boreout y las dimensiones de la Calidad del Sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Síndrome de boreout	Mantener trabajo alejado
Calidad de sueño	Rho
Calidad subjetiva de sueño	,054
Latencia de sueño	,036
Duración del dormir	-,088
Eficacia del sueño	,022
Perturbaciones del sueño	,001
Uso de medicamentos para dormir	,044
Disfunción diurna	-,060

Nota:

Rho : Correlación Spearman-Brown

** : Altamente significativo ($p < ,01$)

* : Significativo ($p < ,05$)

: No significativo ($p > ,05$)

En la tabla 7, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de correlaciones no significativas entre la dimensión mantener trabajo alejado del síndrome de boreout con las dimensiones de la calidad de sueño, en colaboradores de una organización de Chiclayo.

Tabla 8.

Correlación entre la dimensión Conseguir tiempo libre del Síndrome de Boreout y las dimensiones de la Calidad del Sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Síndrome de boreout	Conseguir tiempo libre
Calidad de sueño	Rho
Calidad subjetiva de sueño	-,031
Latencia de sueño	,067
Duración del dormir	-,052
Eficacia del sueño	,038
Perturbaciones del sueño	,136
Uso de medicamentos para dormir	,053
Disfunción diurna	-,031

Nota:

Rho: Correlación Spearman-Brown

** : Altamente significativo ($p < ,01$)

* : Significativo ($p < ,05$)

: No significativo ($p > ,05$)

En la tabla 8, se observa que la prueba de correlación de Spearman, identifica la existencia de correlaciones no significativas entre la dimensión conseguir tiempo libre del síndrome de boreout con las dimensiones de la calidad de sueño, en colaboradores de una organización de Chiclayo

3.1. Discusión de resultados

El síndrome de Boreout es una afectación poco conocida dentro del campo laboral; sin embargo, la presentan algunos trabajadores, quienes muestran aburrimiento en sus labores por causa de la falta de trabajo que ellos consideran relevante e importante para destacar en su área, ya que perciben que no se les está brindando la oportunidad de mostrar sus habilidades, capacidades y conocimientos que les permitan lograr sus objetivos, generándoles acciones que encubran o muestren esta insatisfacción, entre las que se mencionan en la investigación: el aburrimiento, mantener el trabajo alejado, conseguir tiempo libre, entre otros.

Así mismo la calidad de sueño juega un importante papel al momento del desempeño laboral, ya que un inadecuado descanso conlleva a un colaborador con baja energía, desconcentración y motivación. Si bien el ámbito empresarial se ha desarrollado, también lo ha hecho las horas que se ocupan para este desarrollo, haciendo que un trabajador tenga horarios rotativos de turnos tanto diurnos como nocturnos, que alteran el ritmo de sueño normal y que a su vez generan en el trabajador un desequilibrio en su calidad de vida.

Estas apreciaciones se señalan en los resultados encontrados en la investigación, los cuales se detallan a continuación:

En la tabla 2, se visualiza que en la muestra existe una predominancia de nivel medio respecto a la variable calidad de sueño, mostrado en un 36.7% de los colaboradores; sin embargo, un 34.2% de los mismo mantienen un nivel alto, y tan solo un 29.2% representa un nivel bajo. Es decir, que existe una dificultad para obtener una adecuada calidad de sueño, en el cual los colaboradores pueden presentar algunos problemas como: dificultad al momento de dormir, no conciliar el sueño, escasas horas de sueño, que se manifestarían en somnolencia y desgano durante las actividades laborales y que están suelen estar relacionadas a los horarios rotativos. Sin embargo existe un grupo que a pesar de los horarios que manejan en su centro laboral no manifiestan alguna alteración importante de su ciclo de sueño, que se representaría en la eficacia de su labor; por otro lado un grupo pequeño si estaría siendo afectado y expuesto a las consecuencias tanto físicas y de rendimiento laboral, quienes requieren una atención debido a su mala calidad de sueño. Estos datos difieren a los encontrados por distintos autores como: De la Cruz (2017), Telles, et al. (2015) y Callejas et al. (2012), quienes

hallaron que sus muestras de trabajadores de distintas empresas, presentaban una mala calidad de sueño entre un 60% y 78%, cifras mayores a la de una adecuada calidad de sueño, estos mismos autores coinciden que las causas pueden ser internas como externas.

En la tabla 3, se muestra que existe un nivel bajo (36.7%) de síndrome de Boreout en los colaboradores de la empresa, sin embargo un grupo muestra un nivel alto (34.2%) de este síndrome y tan solo un 29.2% alcanza un nivel medio. Es decir que la mayoría de los colaboradores no perciben un aburrimiento en las actividades que se les ha asignado, pues cumplen con sus expectativas de mostrar sus capacidades, habilidades y conocimientos del área en el que se encuentran; sin embargo también se halla colaboradores que perciben lo contrario a lo descrito anteriormente, quienes pueden sentir malestar consigo mismo, al descubrir que sus habilidades y empeño no son importantes o pasan desapercibidos llevándolos a la frustración en el momento de desarrollar sus labores. En los resultados de Daza, Plaza y Hernández (2017) se encontró un mayor porcentaje de nivel bajo (78%) de este síndrome en trabajadores de salud, asemejándose al hallado en esta investigación; sin embargo para Granada (2016) y Cabrera (2012) sus resultados fueron contrarios ya que en sus poblaciones si hubo índices mayores de incidencia de síndrome de Boreout en un 72% aproximadamente.

En la tabla 4, se halló una relación altamente significativa entre la dimensión infraexigencia del síndrome de Boreout con las dimensiones de calidad subjetiva de sueño ($.279^{**}$) y latencia de sueño ($.240^{**}$), pero ninguna otra relación con las demás dimensiones de calidad de sueño. Es decir que las tareas asignadas a los colaboradores tienen influencia en la forma y tiempo que el individuo percibe y logra mantener una adecuada calidad de sueño, siendo que si son de su satisfacción según sus capacidades mantendrá una buena calidad de sueño y si no lo son se manifestará una mala calidad de sueño, por otra parte la duración, la eficacia, alteración o medicación no tienen ningún vínculo con la percepción que el colaborador tenga con sus tareas asignadas en su centro laboral. Para Daza, Plaza y Hernández (2017) en sus resultados manifiestan que las empresas donde laboran estas personas pueden predisponer la presencia de este síndrome debido a la falta de una adecuada organización de asignaciones, así mismo Guzmán (2010) refiere que el sueño pueden verse alterado por distintos factores tanto internos como externos que pueda experimentar la persona; y que puede afectar el desempeño durante el día (García, Capote, Pradera, Carmona y Sánchez, 2000).

En la tabla 5, se obtuvo que la dimensión aburrimiento mantienen una relación altamente significativa con la dimensión duración de dormir ($.240^{**}$), pero ninguna otra relación con las demás dimensiones de calidad de sueño. Es decir que el aburrimiento da la sensación de no saber qué hacer en el trabajo y crea la idea de que las horas laborales son más largas, generando una falta de estímulo para un mejor desempeño, esta sensación causa una falta de motivación laboral puede influenciar en las horas que el colaborador cree haber dormido, pues la incertidumbre del que deberá hacer el siguiente día lo pueden abrumar y perturbar su sueño. Sin embargo la forma, el tiempo que demora para dormir u otras alteraciones que presente al momento de dormir no tienen relevancia con el aburrimiento que pueda sentir el colaborador al no brindársele una tarea motivadora según su propia percepción. Romero y Álvarez (2016) en su investigación encontraron que su muestra de trabajadores eran malos dormidores ($PSQI < 5$) por lo cual estaban propensos a padecer algún tipo de alteración que afecte su salud o desempeño, además Baldera (2018) refiere que el estar relajado durante el día, está relacionado con la cantidad, calidad y la percepción de la energía empleada durante el día, que ayudan a determinar una adecuada calidad de vida.

En la tabla 6 se halló que no existe ninguna relación entre la dimensión desinterés del síndrome de Boreout y las dimensiones de calidad de sueño; dando a entender que la falta de interés que el colaborador tenga respecto a las actividades que se le asignan en la empresa y que no son de su agrado, no afectan o intervienen en el tipo de calidad de sueño que él pueda experimentar. Sin embargo para Granada (2016) si existe una relación entre el estado de ánimo, desorientación y un inadecuado rendimiento en trabajadores que está relacionado con el síndrome de Boreout, por lo tanto estos estados pueden perturbar la calidad de sueño del colaborador, así mismo Téllez, et al. (2015) encontraron que el estrés, la depresión y medicamentos afectan la calidad de sueño (27.9%) en especial a trabajadores de turnos rotatorios, aunque estas variables no están relacionadas directamente con el aburrimiento se debe considerar que este estado causa en el trabajador estrés al tratar de encontrar medios que lo hagan sentir útil ante su poco o nulo trabajo que pueda realizar.

En la tabla 7 señala que tampoco existe una relación entre la dimensión mantener el trabajo alejado del síndrome de Boreout con las dimensiones de calidad de sueño. Es decir las estrategias que el colaborador utilice para mostrarse ocupado y cubrir sus tiempos de ocio debido a las tareas poco productivas que se le asignan, no se

involucran en el momento de tener una concepción, duración o alteración del ritmo de sueño que el colaborador pudiera presentar ya que estas son ajenas a las actividades laborales. Frente a esto Latella et al. (2016) menciona que si se padeciese este síndrome no solo afectaría al empleado, sino también para la empresa, pues al no distribuirse equitativamente las tareas, puede llevar a que una parte del equipo se encuentre sobrecargado y la otra parte tenga menos peso laboral, no satisfaciendo las expectativas de este grupo, así mismo se puede decir que la calidad de sueño no solo está en relación al dormir bien toda la noche, sino al adecuado desempeño y funcionamiento durante el estado vigilia (Luna, robles y Agüero, 2015).

Por último, en la tabla 8, se estableció que no existe una relación entre la dimensión tiempo libre del síndrome de Boreout y las dimensiones de calidad de sueño; según el cual, las estrategias que use el colaborador para cubrir su falso uso de tiempo de trabajo o la realización de actividades no laborales que lo hagan ver ocupado frente a sus compañeros ante su asignación “sin sentido”, no tienen un vínculo con la forma en que el colaborador logró una buena o mala calidad de sueño. Un dato similar encontró Cabrera (2012) en su investigación en el cual identificó que los trabajadores enviaban mensajes de textos a personas externas fuera del trabajo en un 94.4% de los casos y que esta acción cubría las horas de trabajo libre, por lo cual un 72% de este grupo de trabajadores presentaban síndrome de Boreout. Respecto a la calidad de sueño y su relación con la dimensión mencionada no existen evidencias que las relacionen, pero se hace mención que para Buysse et al. (1989) el sueño puede ser alterado por alguna dificultad al momento de dormir como la presencia o usencia de somnolencia diurna que generaría desgano por la mañana al realizar las actividades.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1. Referente al índice de calidad de sueño el mayor porcentaje en los trabajadores alcanzaron un nivel medio (36.7%) seguido del nivel alto (34.2%), con esto podemos concluir que la mayoría de los trabajadores tiene una deficiencia para poder conciliar el sueño el cual se relaciona debido al horario rotativo con la que trabajan.
2. Con relación al síndrome de boreout se concluye que existe una predominancia de nivel bajo en todas sus dimensiones, esto quiere decir que en los trabajadores no presenta un aburrimiento crónico en su puesto de trabajo.
3. Se hallan correlaciones altamente significativas entre la dimensión infra exigencia del síndrome de boreout con las dimensiones calidad subjetiva de sueño y latencia de sueño de la variable calidad de sueño; sin embargo, las demás dimensiones correlacionaron de manera no significativa.
4. Se hallan correlaciones altamente significativas entre la dimensión aburrimiento del síndrome de boreout con la dimensión duración del dormir de la calidad de sueño; sin embargo, las demás dimensiones, correlacionaron de manera no significativa, en colaboradores de Chiclayo.
5. Se evidencia que no existe correlación significativa en la dimensión de desinterés del síndrome de boreout con las dimensiones de calidad de sueño.
6. Se evidencia que no existe correlación significativa en la dimensión mantener trabajo alejado del síndrome de boreout con las dimensiones de la calidad de sueño.
7. Se observa que no presenta correlación significativa entre el componente conseguir tiempo libre del síndrome de boreout con las dimensiones de la calidad de sueño.
8. Finalmente, en la perspectiva de analizar las dimensiones de boreout con la de calidad de sueño se evidencian correlaciones altamente significativas y no significativas entre las variables señaladas.

Recomendaciones

1. Se recomienda a la empresa mantener un solo sistema de horario rotativo de 8 horas, para así lograr mejorar calidad de sueño de los trabajadores y puedan mejorar su rendimiento laboral.
2. Se sugiere a la organización evaluar los sueldos que actualmente tienen los trabajadores, en vista que existen trabajadores que después de su jornada laboral se desempeñan en otras labores para conseguir dinero extra, reduciendo el tiempo para descansar.
3. Si bien cierto no se encontró en los trabajadores la presencia del síndrome de burnout es recomendable; que el área de recursos humanos brinden talleres de motivación a los colaboradores, con el objetivo de prevenir el riesgo de padecer este síndrome.
4. Realizar otros trabajos de investigación correlacionando las variables con otras que se sustenten en aportes teóricos.

Referencias

- Aguillón, A. Berrún, L. y Peña, J. (2015). *El comportamiento humano en las organizaciones fundamentación. (Ira.ed.)*. México, D.F: Manual Moderno S.A de C.V. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=TNPwCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct*. Recuperado de: <https://www.apa.org/ethics/code>
- Azabache, A. (2016). *Construcción y propiedades psicométricas de la Escala del Síndrome de Boreout – ESB en colaboradores adultos de Trujillo*. (Tesis doctoral, Escuela de posgrado, Universidad Cesar Vallejo). Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/186>
- Baldera, M. (2018). *Calidad de sueño de los internos de Enfermería del Hospital Sergio Bernales, Comas- 2018*. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/18008>
- Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk T, Bernan SR, & Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument form Psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989; 28 (2): 193- 213. Recuperado de: <http://www.w.esmotech.com/sites/default/files/Original-Pittsburgh-Sleep-Quality-Index-PSQI-paper-1988.pdf>
- Cabrera, L. (2012a). *Síndrome de Bore-out*. Recuperado de: <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2012/sindrome-bore-out>
- Cabrera, L. (2014b). Síndrome de Boreout: Diseño, confiabilidad y validación preliminar de un instrumento para su medición. *Revista de la universidad industrial de Santander. Salud*, 46 (3). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000300006
- Calleja, L., Sarmiento, R., Medina, K., Sepúlveda, H., Deluque, D. y Escobar-Córdoba, F. (2015). Calidad del sueño en una población adulta expuesta al ruido del

- Aeropuerto El Dorado, Bogotá, 2012. *Biomédica*, 35 (2), 103-109. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/843/84340725011.pdf>
- Campero, L., De Montis, J. y Gonzales R. (2013). *Estrés laboral en el personal de enfermería de alto riesgo*. Recuperado de: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5761/campero-lourdes.pdf
- Correo (2017). *¿Eres trabajador nocturno? Diez de cada 100 peruanos padece trastorno del sueño*. Recuperado de: <https://diariocorreo.pe/peru/eres-trabajador-nocturno-diez-de-cada-100-peruanos-padece-trastorno-del-sueno-734493/>
- Carrillo, P., Ramírez, J. y Magana, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la facultad de medicina* (México). 56 (4):1-15. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002
- Daza, D., Plaza, M. y Hernández, H. (2017). Factores de riesgo intralaboral asociados al clima organizacional y su efecto sobre el síndrome de Boreout en el sector salud. *Revista Espacios*, 38(58). Recuperado de: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n58/17385803.html>
- De la Cruz, P. (2017). *Factores de riesgo psicosociales asociados a los desórdenes de la calidad del sueño en los trabajadores del área de producción de la Empresa Industrial Pesquera Santa Mónica-Paita, 2017*. (Tesis de grado). Universidad César Vallejo. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/16897>
- Durand, G. y Rey, J. (2004) Hábitos y trastornos del sueño en rotadores de turnos de trabajo en una fábrica de bebidas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65 (2). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832004000200003
- García, L., Capote, G., Pradera, MA., Carmona, C.; Sánchez, A. (2000). Valoración mediante escala de Epworth de la somnolencia diurna en pacientes con sospecha de síndrome de apneas obstructivas durante el sueño: diferencias entre los pacientes y sus parejas. *Revista Archivos de Bronconeumología*. 36(11): 608-611. Recuperado

de: <https://www.archbronconeumol.org/es-valoracion-mediante-escala-epworth-somnolencia-articulo-resumen-S030028961530082X>

Granda, D. (2016). *El síndrome del Boreout y el desempeño laboral en los colaboradores del Hospital Yerovi Mackuart del cantón salcedo, provincia de Cotopaxi*. (Informe final de trabajo de graduación, Universidad Técnica de Ambato). Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20267/1/PATRICIO%20GRANDA.pdf>

Granados, Z., Bartra, A., Bendezú, D., Huamachumo, J., León, F. y Chang, D. (2013). Calidad del sueño en una facultad de medicina de Lambayeque. *Revista Scielo Perú*, 74(4). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000400008

Guzmán, G. (2010). *Guía salud. Guía práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria*. Recuperado de: <https://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/apartado05/concept>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2017). *En el Perú el empleo se incrementó 1,8% en el primer trimestre de 2017*. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-el-empleo-se-incremento-18-en-el-primer-trimestre-de-2017-9718/>

Latella, S., Marciano, N. y Velazco, M. (2016). *BoreOut: Aburrimiento crónico en el trabajo*. Universidad Argentina de la Empresa. Recuperado de: <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/5034/VELASC0%20-%20TIF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lezcano H., Vieto Y., Morán, J., Donadio, F. y Carbonó, A. (2014). Características del sueño y su calidad en estudiantes de medicina de la universidad de panamá. *Revista Medico Científica*, 27(1). Recuperado de: <http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/386/public/386-1661-1-PB.pdf>

- Luna, Y., Robles, Y. y Agüero, Y. (2015). Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Revista anales de la salud mental*, 31 (2). Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/15>
- Medina, M. (2017). *Calidad de sueño y nivel de estrés del personal de guardia de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima, 2016*. (Tesis de maestría). Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/8668>
- Morán, K. (2017). *Estudio psicométrico de una escala para medir el Boreout en trabajadores administrativos*. (Tesis de grado). Universidad San Ignacio de Loyola. Recuperado de: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/3370/1/2017_Mor%C3%A1n-Salazar.pdf
- More, D. (2016). *Calidad de vida profesional y sueño de reposo del personal médico de guardia en el servicio de emergencia del hospital Cayetano Heredia – 2016*. (Tesis para maestría). Universidad César Vallejo. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/7820>
- Revista de Enfermería comunitaria de Necesidad de descanso y sueño (2013). *Necesidad de descanso y sueño*. México ,1(13). Recuperado de: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wpcontent/uploads/2013/05/necesidades.pdf>
- Romero, M. y Álvarez, J. y Prieto, A. (2016). Calidad de sueño en trabajadores a turnos nocturnos y su relación con la incapacidad temporal y siniestralidad laboral. Un estudio longitudinal. *Revista de enfermería del trabajo*, 6 (1). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5343580>
- Sacristán, A. (2012). *¿Qué es el sueño? Importancia del mismo*. Recuperado de: <https://www.victoryendurance.com/Consejos/Triatlón/ID/562/PageID/1319/Insomnio-y-Running-Fracaso-asegurado>
- Seminario, W. (2018). *Propiedades psicométricas de la escala del Síndrome de Boreout –ESB en el área Administrativa de una empresa de Lima, 2018*. (Tesis de grado). Universidad César Vallejo. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/25876>

- Suárez, M. (2007). *El carácter científico de la investigación*. Universidad Rovira I Virgili. Recuperado de: <https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8922/10CapituloXEElcaracterCientificodelainvestigaciontfc.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Téllez, A., Villegas, D., Juárez, Segura, D. y Fuentes, L. (2015). Trastornos y calidad de sueño en trabajadores industriales de turno rotatorio y turno fijo diurno. *Universidad Psychologica*, 14 (2), 711-722. Recuperado por: https://www.researchgate.net/publication/285590343_Trastornos_y_calidad_de_sueno_en_trabajadores_industriales_de_turno_rotatorio_y_turno_fijo_diurno
- Universidad Científica del Sur (2018). *La seguridad y salud ocupacional en el Perú durante los últimos años*. Recuperado por: <https://posgrado.cientifica.edu.pe/noticias/la-seguridad-y-salud-ocupacional-en-el-peru-durante-los-ultimos-anos>
- Universidad Rafael Landívar (s.f.). *Calidad de sueño*. Recuperado de: <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/99/Archivos/05calidadsueno.pdf>
- Vílchez, J., Quiñones, D., Failoc, V., Acevedo, T., Larico, G. y Díaz, C. (2016). Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 54 (4). Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000400002

ANEXOS

ANEXO 1.

Recibo digital del software antiplagio Turnitin

SÍNDROME DE BOREOUT Y CALIDAD DE SUEÑO EN COLABORADORES DE UNA ORGANIZACIÓN DE CHICLAYO, 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	14%	3%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	Submitted to Universidad Señor de Sipan Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	www.insm.gob.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1%
7	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Cesar Vallejo	

ANEXO 2.
PRUEBA DE NORMALIDAD

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Síndrome de BoreOut	Calidad de Sueño
N		120	120
Parámetros normales ^{a,b}	Media	107,26	100,233
	Desv. Desviación	13,783	134,9313
	Máximas diferencias extremas	Absoluto	,113
	Positivo	,113	,431
	Negativo	-,079	-,252
Estadístico de prueba		,113	,431
Sig. asintótica(bilateral)		,001 ^c	,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Si $p > 0.05$ entonces decimos que los datos presentan normalidad; en este caso tenemos lo siguiente:

- Los puntajes del síndrome de boreout presentan un $p=0,001$ es menor que 0,05, entonces decimos que los puntajes del síndrome de boreout no se ajustan a la normalidad.

- Los puntajes de la calidad de sueño presentan un $p=0,000$ es menor que 0,05, entonces decimos que los puntajes de la calidad de sueño no se ajustan a la normalidad.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Síndrome de Boreout y Calidad de Sueño en colaboradores de una organización de Chiclayo

Institución: Universidad Señor de Sipán

Investigador: Villalobos Arrué Sonia Mareli

Presentación:

El presente es un estudio del Instituto de Investigación de Psicología (Universidad Señor de Sipán), que tiene por finalidad conocer la relación entre Síndrome de Boreout y Calidad de Sueño. En este sentido, su participación es fundamental en este proceso y estaremos sumamente agradecidos si accede.

La participación consiste en responder los cuestionarios que figuran a continuación. El proceso es completamente anónimo y puede interrumpir su participación cuando considere pertinente sin que esto tenga repercusiones negativas en sus calificaciones.

Esta actividad es voluntaria y no habrá algún tipo de beneficio académico o monetario.

Muchas gracias por su atención.

Respuesta: He leído el Formulario de Consentimiento Informado y acepto participar en esta actividad de investigación. Comprendo que puedo dejar de participar en esta actividad en algún momento. También entiendo que no recibiré algún pago o beneficio económico por esta participación.

Nombres y apellidos: _____

Firma: _____

Fecha: _____

DNI:

ANEXO 4.

PROTOCOLO DE ESB (53 ITEMS) INSTRUCCIONES

El presente instrumento está diseñado para recopilar una serie de respuestas que brinden información acerca de la realidad actual de su centro de labores. Es por ello que a continuación se le presentan una serie de afirmaciones que buscan conocer mejor sus experiencias cotidianas en el trabajo. Cada una de estas frases viene acompañada de 6 opciones de respuesta que se muestran tal y como sigue:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces en un año
- 2 = Pocas veces al mes o menos
- 3 = Una vez por semana
- 4 = Algunos días por semana
- 5 = Todos los días

Se le pide marcar con un aspa (X) dentro de la casilla que corresponda mejor a la frecuencia con la que experimenta esas sensaciones y realiza dichos comportamientos cuando está en su centro de trabajo. Sólo es posible marcar una opción por cada afirmación, como se presenta en el siguiente ejemplo:

Ítem de ejemplo	0	1	2	3	4	5
a. Me siento contento en mi trabajo.	0	1	2	X	4	5

Si la respuesta que refleja mejor su sentir es la opción que dice “una vez por semana”, entonces debe marcar en el número 3.

Cerciórese de haber respondido a todos los enunciados que se le presentan sin dejar ninguno en blanco. Aun cuando no hay un tiempo límite, se le pide responder con prontitud. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas, únicamente honestas.

Asegúrese de despejar todas sus dudas antes de iniciar con el desarrollo del instrumento.

ENUNCIADOS	OPCIONES DE RESPUESTA					
	0	1	2	3	4	5
1. Mantengo un clima de camaradería con mis compañeros(as) de trabajo.						
2. Soy de las personas que acepta la ayuda de sus compañeros(as) para sacar adelante el trabajo.						
3. Organizo mi tiempo en el trabajo para evitar tener documentos pendientes por tramitar.						
4. Mis habilidades (trayectoria y experiencia) son desaprovechadas en el trabajo.						
5. Tengo poco interés por cumplir mis obligaciones laborales.						
6. Las tareas que mi jefe(a) me encomienda son demasiado fáciles para mí.						
7. Me la paso conversando con mis compañeros(as) de						

trabajo.						
8. Abro archivos que no utilizo en la computadora para hacer ver que estoy trabajando.						
9. Evito aceptar ayuda de mis compañeros(as) de trabajo por temor a que descubran el poco o ningún trabajo que tengo pendiente.						
10. Los resultados de mi trabajo cumplen con mis expectativas.						
11. Me han dicho que parezco distraído(a) en el trabajo.						
12. Me desagrada tener que ir al trabajo.						
13. Me esfuerzo por cumplir con mis labores en el tiempo establecido.						
14. Soy el (la) último(a) en salir de la oficina y así aparentar que mi trabajo es difícil.						
15. Acostumbro ver videos u otro entretenimiento cuando estoy en horario de trabajo.						
16. Soy de aquellos(as) que recuerdan con facilidad la información sobre mi trabajo.						
17. Llego a trabajar antes que mis compañeros(as), así aparento que mi trabajo es muy difícil de cumplirse.						
18. Ni bien empiezo a trabajar, mis asuntos personales quedan de lado.						
19. Me siento inconforme con mi trabajo.						
20. Me interesa realizar bien mi trabajo.						
21. Digo a los demás que me siento estresado(a) por mi trabajo aunque es mentira.						
22. Me preocupa muy poco mi desempeño dentro de la empresa.						
23. Mientras estoy en la oficina pienso en lo que haría si no estuviera trabajando.						
24. Tengo pocas obligaciones que cumplir en mi puesto de trabajo.						
25. Siento que no pertenezco a la empresa.						
26. Noto que me distraigo más de lo que debo cuando estoy en el trabajo.						
27. Si termino pronto una tarea evito decirlo, así aprovecho el tiempo libre.						
28. Mis obligaciones en el trabajo no reflejan todo lo que puedo ofrecer.						
29. Las actividades de trabajo que realizo me resultan agradables.						
30. En el trabajo me encuentro revisando varias veces el reloj a la espera que sea la hora de salida.						
31. Recorro los diversos ambientes de la oficina para que los demás me ven ocupado(a).						
32. Me cuesta esfuerzo concentrarme en el trabajo.						
33. Me siento orgulloso(a) del trabajo que realizo.						
34. Ingreso a redes sociales, páginas de internet o chat cuando estoy en horario de trabajo.						
35. Me aburre mi trabajo.						
36. Llego a trabajar y ya tengo varias tareas pendientes por resolver.						
37. Permanecer en mi trabajo me parece poco						

satisfactorio.						
38. Si dejara de cumplir con mi trabajo, poco me importaría.						
39. Acostumbro hacer siestas cuando estoy en el trabajo.						
40. Me alejo de los demás para contestar llamadas personales fingiendo que son sobre temas laborales.						
41. Me aseguro que mi jefe(a) me vea ocupado(a) aunque en realidad no lo esté.						
42. Mi trabajo constituye un reto para mí.						
43. Suelo pedir más tiempo del que en realidad necesito para cumplir con mi trabajo.						
44. Estoy a la búsqueda de nuevas tareas cuando estoy en el trabajo.						
45. Teniendo en cuenta mi capacidad, es poco el trabajo que me asignan.						
46. Prefiero avanzar con mi trabajo que descansar.						
47. Tengo energía para seguir trabajando durante varias horas.						
48. Me siento emocionalmente vinculado(a) con mi trabajo.						
49. Me incomoda tener poco trabajo que realizar.						
50. Aun cuando me sienta cansado(a), procuro ocultarlo.						
51. Tengo pocas ganas de trabajar.						
52. Mis compañeros(as) de trabajo están más ocupados que yo.						
53. Me siento a gusto en mi puesto de trabajo.						

ANEXO 5.
CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO

Ocupación:

Fecha

Edad:

Instrucciones:

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

1. Durante el último mes ¿Cuál ha sido normalmente, su hora de acostarse?
2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente).

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

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?
5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

- 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 Baño:

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

- d) No poder respirar bien:

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

- e) Toser o roncar ruidosamente:

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

- Tres o más veces a la semana ()
- f) Sentir frío:
Ninguna vez en el último mes ()
Menos de una vez a la semana ()
Una o dos veces a la semana ()
Tres o más veces a la semana ()
- g) Sentir demasiado calor:
Ninguna vez en el último mes ()
Menos de una vez a la semana ()
Una o dos veces a la semana ()
Tres o más veces a la semana ()
- h) Tener pesadillas o malos sueños:
Ninguna vez en el último mes ()
Menos de una vez a la semana ()
Una o dos veces a la semana ()
Tres o más veces a la semana ()
- i) Sufrir dolores:
Ninguna vez en el último mes ()
Menos de una vez a la semana ()
Una o dos veces a la semana ()
Tres o más veces a la semana ()
- j) Otras razones, por favor descríbalas:
Ninguna vez en el último mes ()
Menos de una vez a la semana ()
Una o dos veces a la semana ()
Tres o más veces a la semana ()

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

- Muy buena ()
Bastante buena ()
Bastante mala ()
Muy mala ()

7. Durante el último mes, ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

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

8. Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

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

9. Durante el último mes, ¿Ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

Ningún problema ()
Sólo un leve problema ()
Un problema ()
Un grave problema ()

ANEXO 6.

INSTRUCCIONES PARA LA BAREMACION DEL TEST DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los casos una puntuación de “0” indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suman finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos “0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas.

Ítem 1: Calidad Subjetiva de sueño

Examine la pregunta 6 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Muy buena	0
Bastante buena	1
Bastante mala	2
Muy mala	3

Puntuación Ítem1: _____

Ítems 2: Latencia de sueño

1. Examine la pregunta 2 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
<o igual 15 minutos	0
16-30 minutos	1
31 -60 minutos	2
>o igual 60 minutos	3

Puntuación pregunta 2: _____

2. Examine la pregunta 5 a y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación pregunta 5 a: _____

3. Sume la pregunta 2 y 5 a: _____

4. Asigne la puntuación al ítem 2 como se explica a continuación:

Suma de la pregunta 2 y 5 a:	Puntuación_____
0	0
1 – 2	1
3 – 4	2
5 – 6 3	

Puntuación ítem 2: _____

Ítem 3 Duración del Sueño

Examine la pregunta 4 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Más de 7 horas	0
Entre 6 y 7 horas	1
Entre 5 y 6 horas	2
Menos de 5 horas	3

Puntuación ítem 3: _____

Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño

1. Escriba el número de horas de sueño (pregunta 4) aquí: _____

2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:

a. Hora de levantarse (pregunta n° 3): _____

b. Hora de acostarse (pregunta n° 1): _____

a – b : _____ Número de horas que pasas en la cama

3. Calcule la eficiencia habitual de Sueño como sigue:

$$\frac{\text{Número de horas dormidas}}{\text{Número de horas que pasas en la cama}} \times 100 = \text{Eficiencia Habitual de Sueño (\%)}$$

(____/____) X 100=____%

4. Asigne la puntuación al ítem 4:

Eficiencia Habitual de sueño (%)	Puntuación
>85%	0
75-84 %	1
65-74 %	2
<65 %	3

Puntuación Ítem 4: _____

Ítem 5: Perturbaciones del Sueño

1. Examine las preguntas n° 5 b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:

2.

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación 5b: _____

Puntuación 5c: _____

Puntuación 5d: _____

Puntuación 5e: _____

Puntuación 5f: _____

Puntuación 5g: _____

Puntuación 5h: _____

Puntuación 5i: _____

Puntuación 5j: _____

3. Sume las puntuaciones de las preguntas n° 5b-j:

Suma de puntuaciones n°5b-j: _____

4. Asigne la puntuación del ítem 5:

Respuesta	Puntuación
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación ítem 5: _____

Ítem 6: Utilización de medicación para dormir

Examine la pregunta 7 y asigne puntuación:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación ítem 6: _____

Ítem 7: Disfunción durante el día

1. Examine la pregunta 8 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Examine la pregunta 9 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3. Sume la pregunta 8 y la 9: _____

4. Asigne la puntuación del ítem 7:

Suma de la pregunta 8 y 9:	Puntuación
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación ítem 7: _____

Puntuación PSQI Total (sume la puntuación de los 7 ítems)

Puntuación PSQI Total: _____

ANEXO 7.



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Pimentel, Setiembre del 2019

Señor

Takachi Jahok Chaguan Lozada

Administrador de la Empresa Privada SOLUCIONES ESTARTEGICAS DEL NORTE SAC DE CHICLAYO
Presente. -

Asunto. Solicito permiso para aplicación de instrumentos Psicológicos

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle un saludo institucional a nombre de la Escuela de Psicología de la Facultad de Humanidades de la Universidad Señor de Sipán, asimismo teniendo presente su alto espíritu de colaboración, le solicito gentilmente autorice el ingreso de 1 estudiante para que aplique dos instrumentos psicológicos, "Escala del Síndrome de Boreout" y "Índice de Calidad de Sueño" de la tesis denominada "SÍNDROME DE BOREOUT Y CALIDAD DE SUEÑO EN TRABAJADORES DE UNA EMPRESA PRIVADA DE CHICLAYO- 2019", de considerar aceptada la presente solicitud, se le solicita 50 minutos para responder a ambos instrumentos en horarios coordinados con su despacho.

Detalle nombre de la estudiante:

- VILLALOBOS ARRUE SONIA MARELI

Por lo que pido a usted, brinde las facilidades del caso a fin que nuestra estudiante puedan aplicar los instrumentos correspondientes.

Agradeciendo por anticipado la atención que brinde a la presente petición.

Atentamente,



Nelly Dioses Lozano
Dra. Nelly Dioses Lozano
Decana de Facultad de Humanidades
Universidad Señor de Sipán

Takachi Jahok Chaguan Lozada
Ssoles Norte
Administrador
SOLES NORTE

ADMISIÓN E INFORMES

074 481610 - 074 481632

CAMPUS USS

Km. 5, carretera a Pimentel
Chiclayo, Perú

www.uss.edu.pe

ANEXO 8.

AUTORIZACIÓN PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN

Pimentel, Setiembre del 2019

Quien suscribe:

Sr. TAKACHI JAHOK CHAGUAN LOZADA

Representante Legal de la Empresa Privada: SOLUCIONES ESTRATEGICAS DEL NORTE SAC DE CHICLAYO

AUTORIZA: Permiso para recojo de información pertinente en función del proyecto de investigación, denominado: **SÍNDROME DE BOREOUT Y CALIDAD DE SUEÑO EN COLABORADORES DE UNA ORGANIZACIÓN DE CHICLAYO**

Por el presente, el que suscribe, señor TAKACHI JAHOK CHAGUAN LOZADA Representante legal de la empresa: SOLUCIONES ESTRATEGICAS DEL NORTE SAC DE CHICLAYO, AUTORIZO al alumno: VILLALOBOS ARRUÉ, SONIA MARELI, identificado con DNI N° 47398344, estudiante de la Escuela Profesional de PSICOLOGÍA, y autor del trabajo de investigación denominado SÍNDROME DE BOREOUT Y CALIDAD DE SUEÑO EN COLABORADORES DE UNA ORGANIZACIÓN DE CHICLAYO, al uso de dicha información que conforma el expediente técnico así como hojas de memorias, cálculos entre otros como planos para efectos exclusivamente académicos de la elaboración de tesis de LICENCIATURA, enunciada líneas arriba de quien solicita se garantice la absoluta confidencialidad de la información solicitada.

Atentamente


Soles Norte
TAKACHI JAHOK CHAGUAN LOZADA
ADMINISTRADOR DE LA EMPRESA
SOLES NORTE
DNI° 70825398