

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE PROFESIONALISMO Y LA CALIDAD DE
VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA EN EL AÑO 2026**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

CERCADO MIRANDA LIZBETH RAQUEL

Código ORCID: 0009-0002-4953-7979

ASESOR:

DR. EDYSON AGUILES SEDANO DE LA CRUZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

MÁSTER EN GOBIERNO Y GERENCIA DE LA SALUD

Código ORCID: 0000-0001-9185-7648

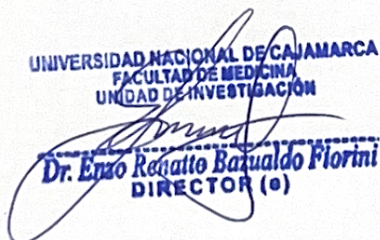
Cajamarca, Perú

2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: CERCADO MIRANDA, Lizbeth Raquel
DNI: 76933459
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: M.C. Mtr. EDYSON AQUILES SEDANO DE LA CRUZ
3. Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
4. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
5. Tipo de Investigación: Tesis
6. Título de Trabajo de Investigación: **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE PROFESIONALISMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA EN EL AÑO 2026**
7. Fecha de Evaluación: 27/02/2026
8. Software Antiplagio: TURNITIN
9. Porcentaje de Informe de Similitud: 18%
10. Código Documento: oid: 3117:561629391
11. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 27 de febrero del 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dr. Enzo Renato Batualdo Florini
DIRECTOR (e)

DEDICATORIA

A mis padres, Dorcas y Oscar por ser el pilar fundamental de mi vida y mi mayor ejemplo de perseverancia. Gracias por su amor incondicional y por creer en mí en cada etapa de este camino. Admiro profundamente su capacidad de trabajo; esa dedicación ha sido mi mayor inspiración para enfrentar las exigencias de mi propia formación. Este logro es, ante todo, suyo.

A mis hermanos, Alexander y Oscar, por ser quienes motivaron mi vocación y me impulsaron a estudiar esta carrera. Gracias por su paciencia, su amor fraternal y por esas horas de enseñanza desde mi niñez, formándome con el rigor que hoy aplico en mi vida.

A Jhusely, la amistad que el internado me regaló. Gracias por estar ahí de manera incondicional, por las palabras de aliento cuando las fuerzas faltaban, por compartir las alegrías, los desvelos y las tensiones de esta etapa. Tu amistad ha sido un soporte invaluable en este proceso y un regalo que me llevo para toda la vida.

A ti, que conociste en carne propia el lado más silencioso y abrumador de la formación médica. Por aquellas largas noches de guardia donde la presión y la soledad amenazaron con apagar tu luz. Doy infinitas gracias a Dios porque sigues aquí, demostrando una inmensa valentía al dar un paso al costado para elegir tu paz y tu bienestar. Me enseñaste la lección más importante que llevaré en mi carrera: que ningún título, vocación o expectativa del sistema está jamás por encima del valor incalculable de la propia vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fortaleza, la salud y la sabiduría para no rendirme ante los desafíos de este largo camino. Por ser mi refugio en los momentos de cansancio y mi mayor certeza en cada paso hacia esta meta.

Al Dr. Edyson Sedano de la Cruz, asesor de esta tesis, por su dirección técnica y el rigor académico aportado en cada etapa de la investigación. Expreso mi reconocimiento a su profesionalismo y a la constante confianza depositada en mi trabajo; asimismo, manifiesto mi admiración hacia el notable empeño y dedicación que demuestra en la atención de sus pacientes, siendo un referente de compromiso en el ejercicio de la medicina.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, mi alma mater, por brindarme las herramientas científicas y éticas necesarias para mi desarrollo profesional. Agradezco a mis docentes por su guía durante los años de pregrado y por fomentar en mí el espíritu de investigación que ha permitido la realización de este estudio

Al Hospital Regional Docente de Cajamarca y a los médicos residentes que participaron en este estudio. Agradezco su apertura y disposición para compartir sus vivencias, las cuales son la base de este trabajo que busca visibilizar la realidad de la formación de especialistas y contribuir a una mejor calidad de vida en el entorno hospitalario.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los costos derivados de la ejecución del presente proyecto de investigación fueron asumidos íntegramente con recursos propios del autor.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor manifiesta la ausencia de cualquier conflicto de intereses, ya sea de carácter económico, institucional o personal, que pudiera haber condicionado el diseño, el análisis de datos o las conclusiones expuestas en este trabajo.

CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
FUENTES DE FINANCIAMIENTO	4
DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS	4
ÍNDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	13
2.1. Diseño del estudio	13
2.2. Población	13
2.3. Muestra	14
2.4. Definición operacional de variables	14
2.4.1. Variable Dependiente: Nivel de profesionalismo médico	14
2.4.2. Variable Independiente: Calidad de vida	15
2.4.3. Variable Intervenientes	15
2.5. Procedimientos y técnicas	16
2.6. Aspectos éticos del estudio	17
2.7. Plan de análisis	18
CAPÍTULO III: RESULTADOS	19
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	24
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	28
5.1. Conclusión General	28
5.2. Conclusiones específicas	28

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	29
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
CAPÍTULO VIII: ANEXOS	38
ANEXO 01: Matriz de consistencia	38
ANEXO 02: Constancia de Asesoramiento Continuo del Docente Asesor para la Ejecución de Tesis	49
ANEXO 03: Constancia de evaluación continua firmada durante el diseño y elaboración del Informe Final de Tesis	50
ANEXO 04: Resolución de aprobación del proyecto	51
ANEXO 05: Consentimiento Informado	53
ANEXO 06: Ficha de recolección de datos	55
ANEXO 07: Escala de profesionalismo de la universidad de PENN STATE	56
ANEXO 08: Escala de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF)	61
ANEXO 09: Rúbrica usada por el autor y asesor para evaluar proyecto de investigación según tipo de estudio observacional según criterios Strobe	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales de los médicos residentes.	19
Tabla 2. Puntuaciones descriptivas del profesionalismo médico y sus dimensiones.	20
Tabla 3. Puntuaciones de los dominios de la calidad de vida (WHOQOL-BREF).	21
Tabla 4. Matriz de correlación de Spearman entre el nivel de profesionalismo y los dominios de la calidad de vida.	22
Tabla 5. Lista de verificación para protocolos de estudios observacionales usada por el autor y asesor del proyecto de investigación	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Selección de población STROBE	19
Figura 2. Correlación entre el nivel de profesionalismo médico y la calidad de vida global en médicos residentes.	22
Figura 3. Diferencias en el dominio de Salud Física según la carga de guardias nocturnas mensuales.	23

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre el nivel de profesionalismo y la calidad de vida en 63 médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026. **Materiales y métodos:** Se empleó un diseño de investigación cuantitativo, no experimental, transversal y de nivel correlacional; la selección de las unidades de análisis se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y la recolección de datos se llevó a cabo utilizando el Cuestionario de Profesionalismo Médico y el instrumento WHOQOL-BREF, procesando la información mediante estadística descriptiva e inferencial con el coeficiente Rho de Spearman en el software SPSS v27.0. **Resultados:** Se identificó un predominio del sexo masculino (57.1%) y del grupo etario de 24 a 28 años (41.3%), destacando que el 60.3% de los residentes vive sin su núcleo familiar y el 30.2% cumple más de 8 guardias mensuales; asimismo, el 52.4% alcanzó un nivel "Alto" de profesionalismo, mientras que la calidad de vida global fue moderada, siendo el dominio físico el más desgastado. **Conclusiones:** Se mostró una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre el profesionalismo y la calidad de vida ($Rho = 0.451$; $p < 0.001$), evidenciando que niveles superiores de compromiso ético se asocian con una mejor percepción de bienestar, a pesar de que la carga laboral y el aislamiento familiar actúan como factores críticos que vulneran la salud física y psicológica del médico en formación.

Palabras clave: Profesionalismo Médico; Calidad de Vida; Educación Médica; Internado y Residencia; Salud Laboral.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between the level of professionalism and quality of life in 63 resident physicians at the Cajamarca Regional Teaching Hospital during 2026.

Materials and methods: A quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational research design was used; the selection of the units of analysis was carried out through non-probability convenience sampling, and data collection was performed using the Medical Professionalism Questionnaire and the WHOQOL-BREF instrument, processing the information using descriptive and inferential statistics with Spearman's Rho coefficient in SPSS v27.0 software. **Results:** A predominance of males (57.1%) and the 24-28 age group (41.3%) was identified, highlighting that 60.3% of the residents live without their family and 30.2% work more than 8 on-call shifts per month; Likewise, 52.4% achieved a "High" level of professionalism, while overall quality of life was moderate, with physical well-being being the most negatively impacted area. **Conclusions:** The study demonstrated a positive, moderate, and statistically significant relationship between professionalism and quality of life ($\text{Rho} = 0.451$; $p < 0.001$), showing that higher levels of ethical commitment are associated with a better perception of well-being, even though workload and family isolation act as critical factors that compromise the physical and psychological health of medical trainees.

Keywords: Medical Professionalism; Quality of Life; Medical Education; Internship and Residency; Occupational Health.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La medicina contemporánea se encuentra inmersa en un proceso de transformación estructural y paradigmática, caracterizado por un acelerado desarrollo científico-tecnológico y procedimental que, si bien amplía significativamente las capacidades diagnósticas y terapéuticas, genera una tensión crítica con la dimensión humanística de la profesión médica (1–3). En este contexto de alta complejidad, la brújula moral del médico y la importancia de los principios éticos en la práctica profesional adquieren una relevancia sin precedentes, exigiendo una reevaluación de los componentes axiológicos que guían el actuar clínico (4,5). Se evidencia a nivel global, y con especial énfasis en los países en vías de desarrollo, la consolidación de un modelo de atención enfocado predominantemente en la eficiencia técnica, la optimización de recursos y el cumplimiento de rigurosas métricas de productividad asistencial; un enfoque que, de manera inadvertida, relega a un segundo plano el compromiso social, la vocación de genuino servicio y la integridad moral del médico (6–8). Frente a este fenómeno de despersonalización sistémica, el profesionalismo médico trasciende la mera competencia procedimental y la acumulación de conocimientos teóricos para erigirse como un constructo complejo, dinámico y multidimensional que integra valores, actitudes y comportamientos inquebrantables orientados al bienestar absoluto del paciente (9–11).

Las teorías bioéticas contemporáneas y los modelos integrados de identidad médica enfatizan que el profesionalismo no es un rasgo innato ni un simple código de conducta que se memoriza, sino que representa un proceso continuo de internalización axiológica; la formulación de la identidad profesional médica comienza en el pregrado y se cristaliza definitivamente durante los años de formación de segunda especialidad (12–15). Históricamente y en la actualidad, el profesionalismo exige cualidades indispensables como el altruismo, la rectitud, la empatía, el deber y la rendición de cuentas, fundamentándose en el contrato social tácito entre la medicina y la sociedad, el cual otorga autonomía y legitimidad a la profesión en sistemas de salud cada vez más complejos a cambio de la garantía de que el médico siempre antepondrá el bienestar del paciente a sus propios intereses financieros o personales (16–19).

De acuerdo con las matrices de evaluación estandarizadas, como la del Penn State College of Medicine, el constructo de profesionalismo se manifiesta a través de dominios observables

que incluyen la responsabilidad hacia el paciente y la sociedad, la excelencia mediante el aprendizaje continuo, la honestidad en el manejo de información clínica y el respeto irrestricto hacia los pacientes, sus familias y el equipo multidisciplinario de salud. Sin embargo, la adquisición, el desarrollo y el mantenimiento de esa identidad profesional se enfrentan a desafíos mayúsculos durante la residencia médica, una etapa formativa descrita frecuentemente en la literatura internacional como un período de extrema vulnerabilidad psicológica, física y moral (20–22). A lo largo de este riguroso proceso de inmersión hospitalaria, el médico residente experimenta una carga asistencial abrumadora, fuertes exigencias académicas, privación crónica del sueño, remuneración frecuentemente incongruente con sus responsabilidades y una exposición continua y cruda a dilemas éticos, morbilidad severa y mortalidad (23–26). Es precisamente en este ecosistema hospitalario de alta presión donde la calidad de vida juega un rol determinante como factor protector o de riesgo. Entendida desde la perspectiva multidimensional de la Organización Mundial de la Salud como la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida frente a sus metas y expectativas, la calidad de vida abarca dimensiones interconectadas que incluyen la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación de las características del entorno; dominios que, de manera sistemática y estructural, se ven vulnerados y sacrificados durante los años de formación de segunda especialidad (3,27,28).

La revisión exhaustiva de los antecedentes investigativos a nivel internacional, regional y local advierte de manera reiterativa sobre los graves riesgos psicosociales inherentes a la formación de posgrado. La evidencia epidemiológica documenta prevalencias alarmantes y creciente de fatiga por compasión, estrés laboral agudo, ideación suicida y síndrome de burnout clínico entre los proveedores de salud en formación (29–32). La comprensión profunda del burnout y su impacto en la salud mental revela que el agotamiento emocional crónico no solo afecta la homeostasis del individuo, sino que tiene repercusiones directas y medibles en la seguridad del paciente y la calidad de la atención brindada (33–35). Diversos estudios epidemiológicos, metaanálisis y revisiones cualitativas confirman esta conexión bilateral, evidenciando el preocupante fenómeno “erosión ética”, mediante el cual el deterioro de la calidad de vida y el desgaste profesional continuo socavan paulatinamente los pilares del profesionalismo (36–38). Estos hallazgos empíricos indican que el residente, al verse forzado a sacrificar sus propias necesidades básicas de autocuidado frente a las exigencias punitivas del sistema, la despersonalización y el desapego emocional, vulnerando

irremediablemente la empatía clínica y la excelencia asistencial (39–41). A partir de esta robusta estructuración teórica y empírica, surge la necesidad ineludible de investigar la dinámica entre ambas variables en el contexto sanitario nacional y regional, donde las debilidades estructurales, la sobrecarga laboral y las severas limitaciones logísticas del sistema de salud público exacerbaban exponencialmente estos riesgos ocupacionales y morales (42).

El presente estudio halla su justificación fundamental en la urgencia bioética y académica de demostrar cómo la calidad de vida de los médicos en formación actúa como un determinante que se asocia con el ejercicio de su profesionalismo, aportando bases científicas sólidas para el diseño urgente de intervenciones institucionales que protejan la salud integral del residente, entendiendo que un médico con bienestar es el requisito indispensable para garantizar una atención ética, segura y humanizada (43). Ante este panorama crítico, el problema de investigación se orienta a descubrir si la calidad de vida se relaciona de manera estadísticamente significativa y presenta una relación directa con el nivel de profesionalismo de los médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026. Para dar respuesta a esta interrogante, se persigue el objetivo general de evaluar la repercusión de la calidad de vida sobre el nivel de profesionalismo en la población de estudio. Este propósito se operacionaliza metodológicamente mediante objetivos específicos dirigidos a medir los dominios de la calidad de vida mediante escalas validadas internacionalmente, determinar el nivel de profesionalismo utilizando instrumentos psicométricos estandarizados multidimensionales, analizar la magnitud y dirección en la que el bienestar impacta en las diversas dimensiones éticas, e identificar los factores sociodemográficos y laborales que modulan esta repercusión.

Toda esta rigurosa arquitectura metodológica e investigativa se orienta a la comprobación de la hipótesis central, la cual postula que la calidad de vida se asocia de manera estadísticamente significativa y presenta una relación directa con el nivel de profesionalismo de los médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026; estableciendo teóricamente que las condiciones de bienestar integral (o la precariedad de las mismas) determinan de forma ineludible la consolidación, manifestación y praxis de las actitudes, compromisos y valores éticos en el quehacer clínico y quirúrgico.

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, dado que el procedimiento metodológico se basó en la medición numérica de las variables y el uso de la estadística para probar la hipótesis planteada. Por sus características operativas, el estudio se clasificó como observacional, debido a que no se ejerció ninguna manipulación deliberada sobre las variables, limitándose al registro sistemático de los fenómenos en su entorno natural. Asimismo, el diseño metodológico fue prospectivo, ya que los datos primarios fueron recolectados de manera planificada para los fines específicos de esta investigación, y de corte transversal, puesto que la medición de las variables dependientes e independientes se ejecutó en un único momento temporal, sin seguimiento longitudinal. Finalmente, la investigación alcanzó un nivel correlacional, con el propósito de determinar la magnitud y dirección de la asociación estadística entre las variables de estudio.

2.2. Población

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de médicos residentes adscritos a los diferentes programas de segunda especialización del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) durante el año 2026. Para delimitar las unidades de análisis elegibles, se establecieron estrictos criterios de selección. Como criterios de inclusión se consideró a todos los médicos residentes matriculados formalmente, de cualquier año de residencia y especialidad (clínica, quirúrgica, de apoyo al diagnóstico o gestión), que se encontraban realizando rotaciones activas en la sede hospitalaria durante el periodo de recolección de datos y que aceptaron participar de forma voluntaria mediante la firma del consentimiento informado. Por el contrario, se aplicaron como criterios de exclusión a aquellos residentes que presentaron la negativa de firmar el consentimiento informado o presentaron el desistimiento de continuar participando en el estudio.

2.3. Muestra

La muestra del estudio estuvo conformada por 63 unidades de análisis (n=63 médicos residentes). Para determinar este tamaño muestral exacto, se empleó la fórmula estadística para la estimación de proporciones en poblaciones finitas, estableciendo un nivel de confianza del 95%, un margen de error de estimación del 5% y garantizando un poder estadístico del 80% para la detección de correlaciones, asumiendo una heterogeneidad máxima con una proporción esperada del 50% ($p=0.5$ y $q=0.5$). El marco muestral se definió operativamente a partir de la nómina oficial y actualizada de médicos residentes matriculados y activos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2026, documento facilitado por la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la sede.

El método de selección empleado fue un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, garantizando que cada residente del marco muestral tuviera la misma probabilidad conocida y distinta de cero de ser incluido en el estudio. Para ejecutar este procedimiento con estricta reproducibilidad, se asignó un código numérico correlativo a cada médico de la nómina oficial; posteriormente, se utilizó un generador computarizado de números aleatorios para extraer a los 63 participantes primarios. En las eventualidades donde un residente seleccionado mediante este sorteo no cumplió con los criterios de inclusión descritos o declinó su participación mediante el consentimiento informado, se procedió a seleccionar al siguiente sujeto en la secuencia de la tabla de números aleatorios, repitiendo este protocolo hasta completar de manera exacta el tamaño muestral probabilístico calculado.

2.4. Definición operacional de variables

2.4.1. Variable Dependiente: Nivel de profesionalismo médico

Conceptualmente se definió como un constructo multidimensional que engloba los valores, actitudes y comportamientos éticos que los médicos internalizan para garantizar que el bienestar del paciente prime sobre sus intereses personales, académicos o financieros (1). Operacionalmente, se catalogó como una variable

cuantitativa discreta, cuyo valor se obtuvo a través de la sumatoria de las respuestas de los 36 ítems de la "Escala del Penn State College of Medicine" (adaptada al español), generando un puntaje global con un rango de medición de 36 a 180 puntos. Sus indicadores se agruparon en seis dimensiones estructuradas: responsabilidad, altruismo, deber, excelencia, honestidad e integridad, y respeto (44).

2.4.2. Variable Independiente: Calidad de vida

De acuerdo con la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definió teóricamente como la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida, evaluada dentro del contexto cultural y el sistema de valores en los que está inmerso, y en estrecha relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (26). Operacionalmente, se procesó como una variable cuantitativa continua, evaluada mediante el instrumento estandarizado WHOQOL-BREF. Sus indicadores correspondieron a los puntajes crudos transformados matemáticamente a una escala de razón centesimal (de 0 a 100 puntos) para calificar cuatro dominios específicos: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (45).

2.4.3. Variable Intervinientes

Para caracterizar a la población de estudio y evaluar su influencia o control como factores de confusión durante el análisis inferencial. Estas variables se definieron conceptual y operacionalmente de la siguiente manera:

- Edad, entendida como el tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la evaluación, se registró como variable cuantitativa continua (en años cumplidos).
- Sexo, definido como la condición biológica y genotípica del participante, se registró como variable cualitativa nominal dicotómica (masculino o femenino).
- Estado Civil, referido a la situación conyugal legal o de hecho del residente al momento del estudio, se tipificó como variable cualitativa nominal politómica (soltero, casado, conviviente, etc.).

- Año de residencia, correspondiente al nivel formativo académico alcanzado dentro del programa de segunda especialización, se evaluó como variable cualitativa ordinal (primer, segundo, tercer o cuarto año).
- Especialidad médica, conceptualizada como la rama científica y clínica específica en la que el médico se encuentra formándose, se catalogó como variable cualitativa nominal politómica.
- Número de guardias por mes, definido como la frecuencia de turnos hospitalarios de retén, nocturnos o de 24 horas realizados de manera efectiva en los últimos 30 días, se midió como variable cuantitativa discreta.
- Condición de convivencia familiar, referida a la dinámica de alojamiento del residente (si habita solo, con pares o acompañado de su núcleo familiar primario), se clasificó como variable cualitativa nominal dicotómica.

Todas estas variables intervinientes se operacionalizaron a través del autoreporte directo y fueron recolectadas empleando una ficha de datos sociodemográficos y laborales estructurada de diseño propio.

2.5. Procedimientos y técnicas

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta digital estructurada en la plataforma Google Forms, integrando los tres instrumentos del estudio: una ficha sociodemográfica y laboral; el cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS (26 ítems) para medir la variable independiente de calidad de vida; y la Escala del Penn State College of Medicine adaptada al español (36 ítems) para evaluar la variable dependiente de profesionalismo. Para garantizar la integridad de los datos, todos los ítems fueron configurados con carácter de respuesta obligatoria, evitando así la pérdida de información o cuestionarios incompletos.

Tras definir el marco muestral, se contactó de forma individual a los 63 residentes seleccionados aleatoriamente, enviándoles el enlace de la encuesta a través de mensajería directa o correo electrónico. El formulario se configuró garantizando el anonimato absoluto al deshabilitar la recopilación automática de correos y direcciones IP. La primera sección del cuestionario virtual desplegó el consentimiento informado; únicamente los participantes que marcaron

explícitamente la casilla de aceptación pudieron acceder al contenido del estudio. Esta modalidad digitalizada permitió a los médicos responder fuera de sus horas de guardia activa y en un entorno privado, reduciendo la presión jerárquica y mitigando el sesgo de deseabilidad social.

En la etapa de procesamiento, la plataforma de Google generó automáticamente una matriz de datos que fue exportada en formato Microsoft Excel. Tras una revisión de control de calidad, la base de datos se importó al software estadístico IBM SPSS Statistics versión 27.0 para su análisis. Inicialmente, se aplicó estadística descriptiva para calcular frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Para el análisis inferencial, se empleó primero la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de la distribución de los datos. Finalmente, para contrastar la hipótesis y determinar la repercusión de la calidad de vida sobre el nivel de profesionalismo, se aplicó el coeficiente de correlación no paramétrico de Rho de Spearman, estableciendo a priori un nivel de confianza del 95% y una significancia estadística de $p < 0,05$.

2.6. Aspectos éticos del estudio

La investigación se desarrolló en estricto cumplimiento de los principios bioéticos de la Declaración de Helsinki. El principio de autonomía se garantizó mediante la aplicación de un consentimiento informado digital y de aceptación obligatoria en la plataforma Google Forms, asegurando así una participación estrictamente voluntaria y libre de coacción. El estudio se catalogó como una investigación "sin riesgo" (cumpliendo con la no maleficencia y beneficencia), al ser puramente observacional y permitir a los residentes responder los cuestionarios de forma asincrónica y privada, mitigando cualquier tipo de presión laboral.

El principio de justicia se evidenció mediante la selección aleatoria simple de la muestra ($n=63$), lo que otorgó igualdad de oportunidades a todos los médicos de la nómina oficial. Asimismo, se protegió rigurosamente el anonimato y la confidencialidad de los participantes al inhabilitar la recopilación de correos electrónicos, direcciones IP o datos de identificación personal, resguardando la base de datos de forma encriptada y exclusivamente para fines estadísticos. Finalmente,

antes de iniciar la recolección de datos, el proyecto fue evaluado y aprobado oficialmente por el Comité de Ética en Investigación.

2.7. Plan de análisis

El análisis de los datos se llevará a cabo mediante un enfoque cuantitativo, procesando la información recolectada a través de la ficha de datos sociolaborales, el Cuestionario de Profesionalismo Médico y el instrumento WHOQOL-BREF. Inicialmente, se realizará un análisis descriptivo para caracterizar la muestra, utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, mientras que para las dimensiones de la calidad de vida y el profesionalismo se emplearán medidas de tendencia central y dispersión, como la media y la desviación estándar. Con el fin de garantizar la validez del análisis inferencial, se aplicará la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de la muestra; ante la ausencia de normalidad en los datos, se optará por el uso de pruebas no paramétricas.

Para contrastar la hipótesis general y los objetivos específicos relacionados con la asociación de variables, se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman, el cual permitió cuantificar la fuerza y dirección de la relación entre el profesionalismo y los dominios de la calidad de vida. Asimismo, se ejecutó un análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística multinomial para identificar el impacto de factores como la carga de guardias y la convivencia familiar sobre las variables principales. Todo el procesamiento estadístico se realizó con el software SPSS v27.0, estableciendo un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$ para la aceptación de las hipótesis planteadas.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

El presente estudio incluyó una muestra final de 63 médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca (tasa de respuesta del 85.1 % respecto a la población elegible inicial de 74), quienes cumplieron con los criterios de inclusión y completaron satisfactoriamente los instrumentos de recolección de datos. A continuación, se detallan los hallazgos obtenidos (Figura 1).

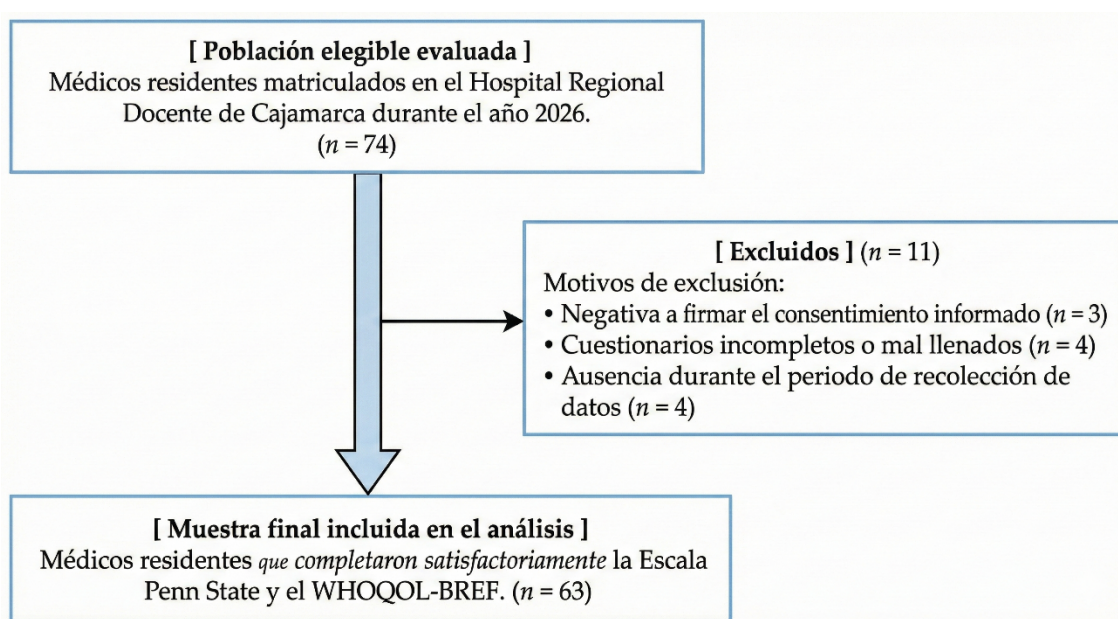


Figura 1. Selección de población STROBE

3.1. Características sociodemográficas y laborales

Se analizó la distribución de las variables sociodemográficas y laborales de la muestra. Predominó el sexo masculino (57.1 %) y el grupo etario comprendido entre los 24 y 28 años (41.3 %). En el ámbito académico y laboral, la mayor proporción correspondió a residentes de primer y segundo año (34.9 % en ambos casos). Un 60.3 % de los evaluados reportó vivir sin su núcleo familiar directo durante el periodo de residencia. Respecto a la carga laboral, el 41.3 % realizó una jornada estándar de 6 a 8 guardias nocturnas mensuales, destacando un 30.2 % sometido a una carga extrema (más de 8 guardias).

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales de los médicos residentes (n = 63).

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	36	57.1
	Femenino	27	42.9
Edad	24 - 28 años	26	41.3
	29 - 33 años	25	39.7
	> 33 años	12	19.0
Estado civil	Soltero	41	65.1
	Casado	12	19.0
	Conviviente	10	15.9
Año de residencia	R1	22	34.9
	R2	22	34.9
	R3	19	30.2
Guardias nocturnas / mes	< 5	18	28.6
	6 - 8	26	41.3
	> 8	19	30.2
Convivencia familiar	Con núcleo familiar	25	39.7
	Sin núcleo familiar	38	60.3

3.2. Nivel de profesionalismo médico

La evaluación del profesionalismo mediante la escala de Penn State evidenció una puntuación media global de 142.8 ± 12.4 puntos (rango de 118 a 168). Al categorizar los resultados, el 52.4 % de los médicos residentes presentó un nivel "Alto" de profesionalismo, un 39.7 % registró un nivel "Medio", y el 7.9 % evidenció un nivel "Bajo". En el análisis por dimensiones, se observó que la "Honestidad e Integridad" alcanzó la media más elevada, ubicándose predominantemente en un nivel muy alto.

Tabla 2. Puntuaciones descriptivas del profesionalismo médico y sus dimensiones.

Dimensión (Rango posible: 6-30)	Media	Desviación Estándar (DE)	Nivel predominante
Responsabilidad	26.1	2.8	Alto
Altruismo	25.4	3.1	Alto

Deber	26.8	2.5	Alto
Excelencia	25.9	2.9	Alto
Honestidad e Integridad	27.2	2.4	Muy alto
Respeto por los demás	25.3	3.2	Alto
Profesionalismo Global	142.8	12.4	Alto

3.3. Calidad de vida de los médicos residentes

Los resultados del cuestionario WHOQOL-BREF (transformados a una escala de 0 a 100) determinaron una calidad de vida global media de 52.8 ± 11.9 , catalogada en un nivel moderado. El análisis por dominios reveló que la "Salud Psicológica" obtuvo la mejor puntuación, mientras que el dominio de "Salud Física" reportó el valor promedio más bajo, ubicándose en una clasificación moderada-baja. En las preguntas de percepción general, la satisfacción global con la calidad de vida y la salud se situó en medias de 3.49 ± 0.92 y 3.38 ± 0.98 respectivamente (rango 1-5).

Tabla 3. Puntuaciones de los dominios de la calidad de vida (WHOQOL-BREF).

Dominio (Escala 0 - 100)	Media	Desviación Estándar (DE)	Clasificación
Salud Física	48.7	11.2	Moderada - baja
Salud Psicológica	55.4	13.1	Moderada
Relaciones Sociales	54.2	15.8	Moderada
Entorno	52.8	13.0	Moderada
Calidad de vida global	52.8	11.9	Moderada

3.4. Correlación entre el nivel de profesionalismo y la calidad de vida

La prueba de correlación de Spearman demostró la existencia de una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre el nivel de profesionalismo total y la calidad de vida global de los participantes ($Rho = 0.451$; $p < 0.001$), permitiendo aceptar la hipótesis general de la investigación. Al desglosar el análisis, el profesionalismo global se correlacionó de manera altamente significativa con el dominio de Salud Psicológica ($Rho = 0.478$; $p < 0.001$) y el dominio Físico ($Rho =$

0.412; $p < 0.001$). Adicionalmente, las dimensiones específicas de "Altruismo" ($Rho = 0.402$; $p < 0.001$) y "Honestidad e Integridad" ($Rho = 0.431$; $p < 0.001$) exhibieron las correlaciones individuales más fuertes con la calidad de vida global (datos no tabulados).

Tabla 4. Matriz de correlación de Spearman entre el nivel de profesionalismo y los dominios de la calidad de vida.

Variable	Calidad de vida Física	Calidad de vida Psicológica	Calidad de vida Social	Calidad de vida Entorno	Calidad de vida Global
Profesionalismo Total (Rho)	0.412	0.478	0.365	0.389	0.451
Valor p	< 0.001**	< 0.001**	0.003**	0.002**	< 0.001**

Nota: ** Correlación estadísticamente significativa al nivel $p < 0.01$.

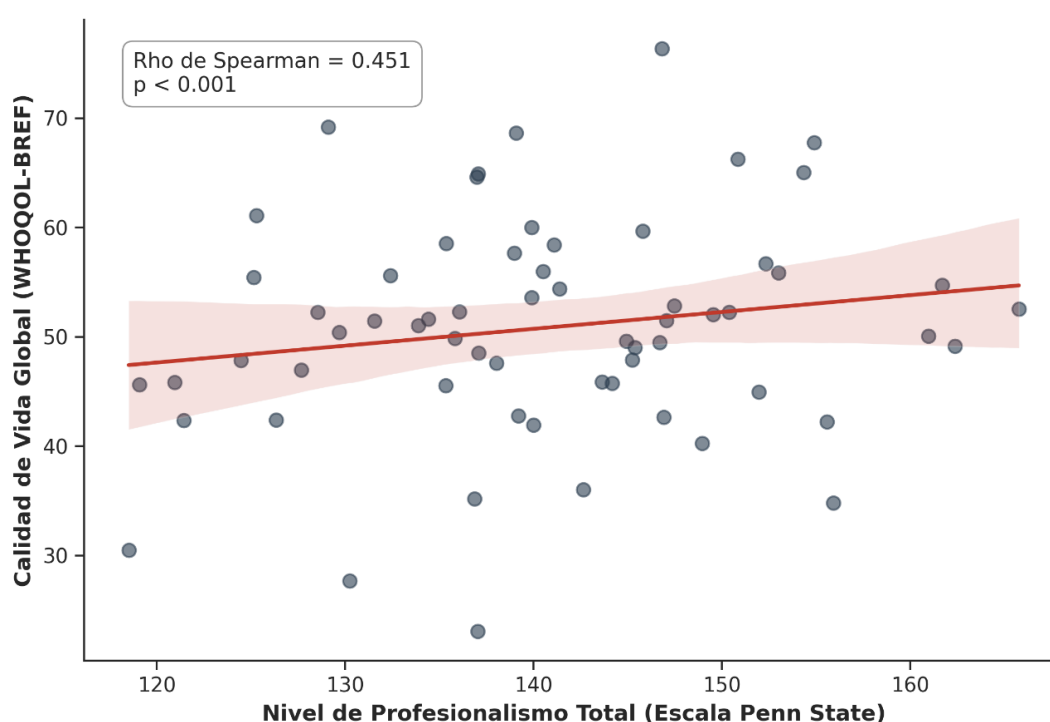


Figura 2. Correlación entre el nivel de profesionalismo médico y la calidad de vida global en médicos residentes).

3.5. Factores sociodemográficos y laborales asociados

Mediante pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de estudio según las características de la muestra. La carga laboral extrema (> 8 guardias nocturnas mensuales) se asoció significativamente con una menor calidad de vida física ($p = 0.008$) y un menor nivel de profesionalismo total ($p = 0.019$).

En el ámbito académico, los médicos residentes de tercer año (R3) reportaron puntuaciones significativamente más bajas en el dominio de Salud Física en comparación con los R1 y R2 ($p = 0.041$). Respecto a los factores sociodemográficos, el sexo femenino presentó menores puntajes en la dimensión de Salud Psicológica ($p = 0.047$), y los residentes que habitaban sin su núcleo familiar mostraron una afectación significativa en el dominio de Relaciones Sociales ($p = 0.012$). Finalmente, se observó una tendencia hacia una menor calidad de vida global en los residentes de especialidades quirúrgicas, aunque dicha asociación no alcanzó significancia estadística ($p = 0.062$).

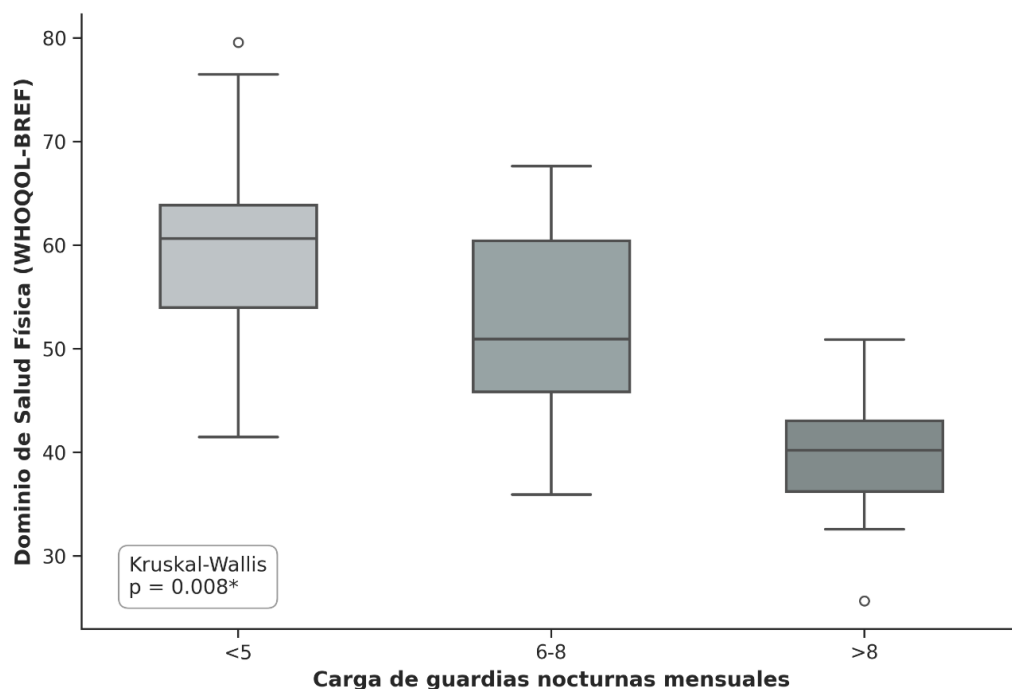


Figura 3. Diferencias en el dominio de Salud Física según la carga de guardias nocturnas mensuales).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El hallazgo fundamental de la presente investigación establece la existencia de una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre el nivel de profesionalismo médico y la calidad de vida global en la población de residentes evaluada, lo cual permite aceptar la hipótesis de estudio. Este resultado demuestra empíricamente que la integridad ética, el altruismo y la excelencia técnica no operan en un vacío cognitivo o moral, sino que están intrínsecamente supeditados al bienestar integral del facultativo. Esta interacción confirma que el desgaste del profesional en formación trasciende la esfera personal para convertirse en un determinante crítico de la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Al contrastar esta evidencia con la literatura preexistente, la correlación hallada converge con los postulados de Caitlin et al., quienes establecen que las deficiencias en la calidad de vida actúan como catalizadores directos del agotamiento y la despersonalización. De manera análoga, Bordbar et al. describen un ciclo de desapego donde el deterioro del bienestar erosiona progresivamente pilares éticos como la empatía. La adición de nueva evidencia internacional refuerza esta premisa; estudios de Shanafelt et al. (2022) (46) y Hodkinson et al. (2022) (47) demuestran que la fatiga crónica y la baja calidad de vida relacionada con la salud triplican el riesgo de comportamientos médicos subóptimos y erosionan la autorregulación emocional necesaria para sostener el contrato social de la medicina. La relación identificada en el contexto local indica que la vulnerabilidad de la identidad profesional surge cuando el sistema exige la preservación del humanismo en condiciones que sistemáticamente merman el bienestar físico y psicológico del médico.

En el análisis de los dominios específicos de la calidad de vida, los residentes presentan una percepción global catalogada como moderada, donde la dimensión de Salud Física reporta la media más baja. Este deterioro biológico y funcional coincide con lo reportado por León et al., quienes advierten sobre niveles críticos de desgaste físico derivados de la sobrecarga hospitalaria, y con Higueta et al., quienes exponen cómo los determinantes estructurales imponen el sacrificio de las necesidades básicas del médico. Sin embargo, el presente estudio aporta un matiz divergente respecto al momento de mayor impacto: mientras Dziadkowiec et al. sugieren picos críticos de estrés en los primeros meses de formación, los datos actuales revelan que son los residentes de tercer año (R3) quienes presentan una salud física significativamente menor en comparación con los R1 y R2. Esta discrepancia sugiere la

presencia de una carga alostática acumulativa; es decir, una fatiga fisiológica crónica que no logra compensarse con la supuesta adaptación al sistema, refutando la noción tradicional de que la experiencia adquirida mitiga el desgaste físico. Evidencia aportada por Shanafelt et al. (2019) (46) y Rotenstein et al. (2023) (48) respalda esta observación, indicando que los años superiores de residencia, al concentrar mayores responsabilidades médico-legales y toma de decisiones complejas, precipitan un fenotipo de agotamiento físico severo si no existen periodos de recuperación efectivos.

Por otro lado, la evaluación del profesionalismo muestra puntajes predominantemente altos, destacando la dimensión de "Honestidad e Integridad". Este hallazgo contrasta parcialmente con los resultados de Cieza et al., donde solo una fracción media evidenció un desempeño ético óptimo. La preservación de altos estándares éticos frente a una calidad de vida física deteriorada constituye un fenómeno que Aquino et al. describen como paradójico, donde el principio de beneficencia se sostiene a expensas del sacrificio personal del residente. No obstante, desde la perspectiva metodológica, es imperativo reconocer la influencia del sesgo de deseabilidad social inherente a los instrumentos de autorreporte; los médicos tienden a sobreestimar sus competencias deónticas para alinearse con las expectativas institucionales.

El hallazgo más crítico respecto a las variables intervinientes es el impacto devastador de la carga laboral extrema. La ejecución de más de 8 guardias nocturnas mensuales se asocia con un colapso estadísticamente significativo tanto en la calidad de vida física como en el nivel total de profesionalismo. Este dato materializa la transición del desgaste físico hacia la "erosión ética". Investigaciones en neurociencia cognitiva aplicada a la educación médica, como las de Weaver et al. (2020) (49) y Mata et al. (2015) (50), explican que la privación crónica del sueño altera la corteza prefrontal, disminuyendo la capacidad para el razonamiento moral complejo y favoreciendo respuestas clínicas mecanizadas y cinismo. Esta erosión se ve exacerbada por determinantes estructurales modernos, como la sobrecarga tecnológica y administrativa de los sistemas de registro evidenciada por Wu et al. (2024) (51). El hospital, al normalizar regímenes de más de 8 guardias, vulnera la integridad psicofísica del residente y condiciona un entorno donde el ejercicio del profesionalismo se vuelve biológicamente insostenible.

En cuanto a los determinantes sociodemográficos, se observa una vulnerabilidad específica en el sexo femenino, el cual presenta puntuaciones significativamente menores en el dominio de

Salud Psicológica. Este fenómeno encuentra sustento en las investigaciones de Lyubarova et al. (2023) (52), quienes señalan que las médicas residentes enfrentan una doble carga —las exigencias propias del entrenamiento clínico sumadas a presiones socioculturales y sesgos de género en el entorno hospitalario— que exacerba el estrés psicológico. Asimismo, el hecho de que el 60.3% de la población resida sin su núcleo familiar directo y que esta condición impacte negativamente la calidad de vida social, confirma el rol del soporte socio afectivo como factor protector fundamental contra el síndrome de burnout. La falta de esta red de apoyo presencial precipita el aislamiento, hallazgo coherente con los reportes de Dewa et al. (2014) (53) sobre la importancia de las estructuras de contención externa en la productividad y resiliencia del médico, y alineado con Sinsky et al. (2021) (54), quienes demuestran que el estrés sostenido y la falta de apoyo en el personal sanitario incrementan drásticamente la intención de abandonar la práctica clínica.

Desde la evaluación metodológica, el presente estudio posee fortalezas sustanciales. El uso de un muestreo censal que incluye a la totalidad de la población accesible minimiza el error aleatorio y otorga alta representatividad interna. La aplicación de instrumentos psicométricamente robustos y validados internacionalmente, como la Escala de Penn State y el WHOQOL-BREF, garantiza la precisión en la medición de constructos complejos. Entre las debilidades metodológicas se reconoce el diseño observacional y transversal, el cual impide establecer relaciones de causalidad definitivas entre las variables; es posible afirmar que el bienestar y el profesionalismo coexisten y se afectan mutuamente, pero no se puede determinar la direccionalidad absoluta del fenómeno a lo largo del tiempo. Adicionalmente, al tratarse de un estudio unicéntrico en un hospital de referencia macro regional, las dinámicas de presión asistencial pueden diferir de las observadas en sedes docentes de menor complejidad o de gestión privada, limitando la generalización externa de los hallazgos a todo el sistema nacional de resindentado.

Las consecuencias teóricas de estos resultados obligan a reconfigurar el paradigma de la educación médica de posgrado. Tradicionalmente, la resistencia a la fatiga y el sacrificio personal se han enaltecido como indicadores de compromiso profesional. Sin embargo, la evidencia demuestra que la sobreexigencia no forja carácter, sino que degrada la competencia ética. La relevancia científica de este trabajo radica en objetivar la bioética: el profesionalismo deja de ser un ideal filosófico abstracto para entenderse como una competencia clínica dependiente del estado de salud ocupacional del facultativo. Las

instituciones formadoras enfrentan el imperativo ético de proteger a sus recursos humanos no solo por normatividad laboral, sino como medida directa de gestión de riesgo clínico e indemnidad del paciente.

Para el desarrollo del conocimiento futuro, se identifican líneas de investigación prioritarias. Se requiere la ejecución de estudios longitudinales de cohortes que rastreen la evolución de los dominios de calidad de vida y las dimensiones del profesionalismo desde el ingreso al residentado hasta la obtención del título de especialista, permitiendo mapear los puntos temporales exactos de claudicación ética. Asimismo, resulta imperiosa la investigación de corte intervencional orientada a evaluar el impacto de la restricción estandarizada de horas de guardia (máximo 6 guardias mensuales) sobre las tasas de error médico y las métricas de bienestar psicológico. Finalmente, la integración de metodologías cualitativas mediante entrevistas a profundidad permitiría comprender los mecanismos de afrontamiento que desarrollan los residentes para preservar su integridad moral frente a un sistema sanitario caracterizado por recursos limitados y alta presión asistencial.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

5.1. Conclusión General

Se confirmó la existencia de una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre el nivel de profesionalismo total y la calidad de vida global de los médicos residentes ($Rho = 0.451$; $p < 0.001$). Este hallazgo permite aceptar la hipótesis general de la investigación, indicando que a mayores niveles de profesionalismo corresponden mejores niveles de calidad de vida.

5.2. Conclusiones específicas

El 52.4% de los médicos residentes presentó un nivel "Alto" de profesionalismo, mientras que el 39.7% registró un nivel "Medio" y solo el 7.9% un nivel "Bajo". La puntuación media global fue de 142.8 ± 12.4 puntos, destacando la dimensión de "Honestidad e Integridad" con la media más elevada.

La calidad de vida global se situó en un nivel moderado, con una puntuación media de 52.8 ± 11.9 (escala 0-100). Al analizar por dominios, la "Salud Psicológica" obtuvo el mejor desempeño (55.4), mientras que la "Salud Física" reportó el valor promedio más bajo (48.7), categorizándose como moderada-baja.

El profesionalismo global mostró correlaciones altamente significativas con la Salud Psicológica ($Rho = 0.478$; $p < 0.001$) y el Dominio Físico ($Rho = 0.412$; $p < 0.001$). Específicamente, las dimensiones de "Altruismo" y "Honestidad e Integridad" fueron las que mostraron una asociación más fuerte con el bienestar general de los residentes.

La muestra se caracterizó por un predominio del sexo masculino (57.1%) y del grupo etario de 24 a 28 años (41.3%). Un factor crítico identificado fue la convivencia: el 60.3% de los residentes vive sin su núcleo familiar directo, lo cual se relaciona con una mayor vulnerabilidad en la calidad de vida. Además, el 30.2% de los participantes está sometido a una carga laboral extrema de más de 8 guardias mensuales.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

1. Alcances de aplicación en la realidad inmediata

- **Implementación de Programas de Bienestar y Soporte Social:** Ante el hallazgo de que la falta de un núcleo familiar directo deteriora significativamente la calidad de vida, se recomienda a la Dirección del Hospital Regional Docente de Cajamarca y a las jefaturas de Docencia e Investigación, el establecimiento de programas de "acogida y soporte" para residentes foráneos. Esto incluye facilitar redes de apoyo psicosocial y espacios de integración que mitiguen el impacto del aislamiento afectivo.
- **Reestructuración y Monitoreo de la Carga Asistencial:** Dado que el 30.2% de los residentes soporta cargas superiores a las 8 guardias mensuales y que esto afecta principalmente la salud física, es urgente realizar una auditoría de roles de guardia. Se recomienda garantizar el cumplimiento del descanso post-guardia efectivo y buscar mecanismos para que la carga laboral no comprometa los dominios biológicos del médico en formación.
- **Enfoque de Género en el Cuidado del Residente:** Debido a la marcada brecha en la percepción de calidad de vida alta entre varones y mujeres, se recomienda a las instancias de bienestar universitario y hospitalario identificar estresores específicos que afectan a las residentes, tales como la doble carga (laboral y de cuidado) o dinámicas de entorno laboral, para implementar políticas de equidad que aseguren un desarrollo profesional saludable para ambos sexos.
- **Capacitación en Resiliencia y Bioética:** Si bien el profesionalismo se mantiene alto por un sentido del deber (mística médica), se recomienda integrar talleres de gestión emocional y ética del autocuidado. El objetivo es que el residente aprenda a mantener su integridad profesional sin que esto implique un sacrificio perjudicial de su propia salud.

2. Necesidades futuras de investigación

- **Estudios Longitudinales de Desgaste Profesional:** Se recomienda realizar investigaciones de seguimiento que evalúen a los residentes desde el primer año (R1) hasta el egreso (R3). Esto permitiría identificar el punto exacto de

inflexión donde el profesionalismo o la calidad de vida comienzan a declinar debido al agotamiento acumulado.

- **Investigación Cualitativa sobre el "Currículo Oculto":** Los resultados mostraron que, incluso bajo estrés extremo (>8 guardias), el profesionalismo persiste. Se sugiere realizar estudios cualitativos (entrevistas a profundidad o grupos focales) para entender qué valores o motivaciones internas están permitiendo que el residente de Cajamarca mantenga su compromiso ético a pesar del entorno laboral adverso.
- **Ampliación del Tamaño de la Muestra e Interinstitucionalidad:** Se recomienda replicar este estudio comparando los resultados del Hospital Regional con otras sedes de la Red de Salud o instituciones de seguridad social (EsSalud) en Cajamarca. Esto permitiría determinar si la relación entre profesionalismo y calidad de vida es un fenómeno regional o si depende de la cultura organizacional específica de cada institución.
- **Inclusión de Variables de Salud Mental Clínica:** Se sugiere que futuras investigaciones incorporen instrumentos para tamizar depresión, ansiedad y síndrome de *burnout* de manera simultánea al WHOQOL-BREF, para establecer correlaciones más precisas entre el estado psíquico clínico y el ejercicio del profesionalismo médico.

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Estañ J, Cabrera Maqueda JM, González Lozano E, Fernández Pardo J, Atucha NM. Perception of Medical Professionalism among Medical Residents in Spain. *Healthc Basel Switz*. 18 de noviembre de 2021;9(11):1580. doi:10.3390/healthcare9111580 PubMed PMID: 34828626; PubMed Central PMCID: PMC8623659.
2. Alsharef MSAG, Almaramihi WS, Almuhyawi RA. Professionalism among family medicine residents at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *J Fam Med Prim Care*. mayo de 2024;13(5):2032. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe_1564_23
3. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of Life, Burnout, Educational Debt, and Medical Knowledge Among Internal Medicine Residents. *JAMA*. 7 de septiembre de 2011;306(9):952-60. doi:10.1001/jama.2011.1247
4. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. junio de 2018;283(6):516-29. doi:10.1111/joim.12752 PubMed PMID: 29505159.
5. Sogi C, Cárdenas M, Zavala S, Mendoza A, Jiménez MDR. El profesionalismo en la formación del médico en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Un estudio de sílabos. *An Fac Med*. 9 de enero de 2016;76(4):339. doi:10.15381/anales.v76i4.11403
6. Bordbar S, Mousavi SM, Samadi S. The association between burnout and medical professionalism in medical trainees: a systematic review. *BMC Med Educ*. 19 de agosto de 2025;25(1):1176. doi:10.1186/s12909-025-07687-6 PubMed PMID: 40830478; PubMed Central PMCID: PMC12363064.
7. Higueta Gutiérrez LF, Cardona Arias JA. Structural Determinants of Health-Related Quality of Life in Internal Medicine Residents: An Ethnographic Study. *Adv Med Educ Pract*. junio de 2025;Volume 16:1007-18. doi:10.2147/AMEP.S520818
8. Yadollahpour MH, Eydi M, Yaminfirooz M, Gholinia H, Shahrokhi S, Faramarzi M. Predictors of quality of professional life and well-being of medical residents and interns:

Role of gender and workplace spirituality. *Health Sci Rep.* septiembre de 2024;7(9):e70064. doi:10.1002/hsr2.70064

9. Mangory KY, Ali LY, Rø KI, Tyssen R. Effect of burnout among physicians on observed adverse patient outcomes: a literature review. *BMC Health Serv Res.* diciembre de 2021;21(1):369. doi:10.1186/s12913-021-06371-x
10. Caitlin D, Meenu K, Zachary M, Andrew B, Lars P. Academic Achievement, Professionalism, and Burnout in Family Medicine Residents. *Fam Med.* junio de 2021;53(6). doi:10.22454/FamMed.2021.541354 PubMed PMID: 34077961.
11. Prieto Miranda SE, Jiménez Bernardino CA, Monjaraz Guzmán EG, Esparza Pérez RI. Profesionalismo en médicos de un hospital de segundo nivel*. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(2):269-72.
12. Cieza M, Villanueva K. Conocimientos sobre principios éticos y desempeño profesional en residentes de medicina en los hospitales de la región Lambayeque 2023. [Lambayeque]: Universidad Señor de Sipán; 2023.
13. Aquino Fabian LF, Diaz Marinque J. Calidad de vida y desempeño laboral de los médicos residentes del Complejo Hospitalario de la Policía, Lima 2022. [Lima]: Universidad Cesar Vallejo; 2022.
14. León Ramos Y, León Puma NH. Calidad de vida de los médicos del área de urgencias de un hospital público de Perú, 2022. 2025. 2025;5(5):30-44.
15. Dziadkowiec O, Durbin JS, Novak ML, Patt-Rappaport Z, Guldner G. A Two-Year Longitudinal, Cross-Sectional Evaluation of Resident Physician Burnout: An Exploration of the Effects of Stress, Satisfaction, Exercise and EMR. *HCA Healthc J Med.* 30 de abril de 2021;2(2). doi:10.36518/2689-0216.1254
16. Huarcaya Victoria J, Cano Uría B, Villanueva Ruska A, De La Cruz Oré J. Evaluación de los niveles de empatía médica en médicos residentes de un hospital general en Perú. *Educ Médica.* septiembre de 2019;20:59-66. doi:10.1016/j.edumed.2018.04.004
17. Noriega C, Guido de La Quintan G. Incidencia y factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en médicos residentes durante la pandemia COVID-19 en el

Hospital Regional de Cajamarca, 2021. [Hospital Regional Docente de Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021.

18. Blank L, Kimball H, McDonald W, Merino J, for the ABIM Foundation AF. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter 15 Months Later. *Ann Intern Med.* 20 de mayo de 2003. Located at: world. doi:10.7326/0003-4819-138-10-200305200-00012
19. Li H, Ding N, Zhang Y, Liu Y, Wen D. Assessing medical professionalism: A systematic review of instruments and their measurement properties. *PloS One.* 2017;12(5):e0177321. doi:10.1371/journal.pone.0177321 PubMed PMID: 28498838; PubMed Central PMCID: PMC5428933.
20. Wynia MK, Papadakis MA, Sullivan WM, Hafferty FW. More than a list of values and desired behaviors: a foundational understanding of medical professionalism. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mayo de 2014;89(5):712-4. doi:10.1097/ACM.0000000000000212 PubMed PMID: 24667515.
21. Thirumoorthy T, Shelat VG. Understanding medical professionalism. *Singapore Med J.* 17 de febrero de 2025;66(2):114-8. doi:10.4103/singaporemedj.SMJ-2023-059 PubMed PMID: 39961092; PubMed Central PMCID: PMC11906105.
22. Jaramillo Villegas C, Hernandez Rincon EH, Gallego Beltran JC, Guzman Sabogal YR. Assessment of professionalism in undergraduate and graduate medical education: a scoping review. *BMC Med Educ.* 2 de octubre de 2025;25(1):1295. doi:10.1186/s12909-025-07756-w PubMed PMID: 41039344; PubMed Central PMCID: PMC12492843.
23. Farooq M, Hashim MJ, Alhosani S, Alalawi AM, Alalawi OM, Qandilo KA, et al. Professionalism and professional identity in medical students: a cross-sectional mixed-methods analysis of correlation and progression. *Front Med.* 15 de septiembre de 2025;12. doi:10.3389/fmed.2025.1650073
24. Francis R. Medical Professionalism in the 21st Century. *Med Leg J.* marzo de 2020;88(1):4-13. doi:10.1177/0025817220904527

25. Sadeq A, Guraya SS, Fahey B, Clarke E, Bensaaud A, Doyle F, et al. Medical professionalism education: a systematic review of interventions, outcomes, and sustainability. *Front Med.* 3 de marzo de 2025;12. doi:10.3389/fmed.2025.1522411
26. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010. Report No.
27. Younis J, Wang L, Abed A, Jiang H, Fan Y, Li Z, et al. Quality of life among healthcare workers in the hospitals and primary healthcare centers in Gaza Strip: a cross-sectional study. *BMC Psychol.* 24 de enero de 2025;13(1):69. doi:10.1186/s40359-025-02386-9
28. Yellowlees P, Rea M. Burnout. Burnout [Internet]. 20 de noviembre de 2024 [citado 7 de enero de 2026]. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/primer/burnout>
29. Khammissa RA, Nemutandani S, Shangase SL, Feller G, Lemmer J, Feller L. The burnout construct with reference to healthcare providers: A narrative review. *SAGE Open Med.* 2022;10:20503121221083080. doi:10.1177/20503121221083080 PubMed PMID: 35646362; PubMed Central PMCID: PMC9133861.
30. Linares Parra G del V, Guedez Salas YS. Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *Aten Primaria.* 1 de mayo de 2021;53(5). doi:10.1016/j.aprim.2021.102017
31. Arteaga Vega CA, Martinez de la Cruz JA. Síndrome de Burnout en los médicos residentes del Hospital Cayetano Heredia después de la emergencia sanitaria COVID-19. 2022.
32. Alotaibi AFB. A Systematic Review On Occupational Burnout Among Healthcare Practitioners. *Rev Contemp Philos.* 2 de julio de 2024;23:1656-63.
33. García Pérez L, Pino YM, Ansoleaga E. Prevalence of occupational stress-related syndromes among health care workers in Latin America from 2019 to 2023. *Rev Bras Med Trab Publicacao Of Assoc Nac Med Trab-ANAMT.* 2025;23(1):e20241329. doi:10.47626/1679-4435-2024-1329 PubMed PMID: 40861185; PubMed Central PMCID: PMC12377848.

34. Cocker F, Joss N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. junio de 2016;13(6):618. doi:10.3390/ijerph13060618 PubMed PMID: 27338436; PubMed Central PMCID: PMC4924075.
35. Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Fiest K, Guichon JR, et al. Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Ethics*. mayo de 2020;27(3):639-65. doi:10.1177/0969733019889400 PubMed PMID: 31829113.
36. Olivares Faúndez V. Comprendiendo el Burnout. *Cienc Amp Trab*. abril de 2017;19(58):59-63. doi:10.4067/S0718-24492017000100059
37. Sarraf Yazdi S, Teo YN, How AEH, Teo YH, Goh S, Kow CS, et al. A Scoping Review of Professional Identity Formation in Undergraduate Medical Education. *J Gen Intern Med*. 1 de noviembre de 2021;36(11):3511-21. doi:10.1007/s11606-021-07024-9
38. De La Maza Guzmán J, Esteves PE. Propuesta de un modelo integrado de identidad médica. *Educ Médica*. marzo de 2026;27(2):101093. doi:10.1016/j.edumed.2025.101093
39. Park GM, Hong AJ. «Not yet a doctor»: medical student learning experiences and development of professional identity. *BMC Med Educ*. 4 de marzo de 2022;22(1):146. doi:10.1186/s12909-022-03209-w PubMed PMID: 35246116; PubMed Central PMCID: PMC8896319.
40. Blum R. La brújula moral del médico: la importancia de los principios éticos en la práctica profesional. *Rev Fac Med*. 30 de noviembre de 2025;3:4-6. doi:10.37345/23045329.v3i2.163
41. Perú. Congreso de la República. Ley N.º 30453, Ley del Sistema Nacional de Residencia Médica. El Peruano; 2016.
42. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. abril de 1981;2(2):99-113. doi:10.1002/job.4030020205
43. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth AJOB*. noviembre de 2019;19(11):9-12. doi:10.1080/15265161.2019.1665402 PubMed PMID: 31647760.

44. Bustamante E, Sanabria Á. Spanish adaptation of The Penn State College of Medicine Scale to assess professionalism in medical student. Vol. 34. 34.
45. World Health Organization. Programme on mental health WHOQOL user manual. Geneva: World Health Organization; 2012. Report No.
46. Shanafelt TD, West CP, Dyrbye LN, Trockel M, Tutty M, Wang H, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians During the First 2 Years of the COVID-19 Pandemic. *Mayo Clin Proc.* 1 de diciembre de 2022;97(12):2248-58. doi:10.1016/j.mayocp.2022.09.002 PubMed PMID: 36229269.
47. Hodkinson A, Anli Zhou, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 14 de septiembre de 2022;378:e070442. doi:10.1136/bmj-2022-070442 PubMed PMID: 36104064.
48. Rotenstein LS, Brown R, Sinsky C, Linzer M. The Association of Work Overload with Burnout and Intent to Leave the Job Across the Healthcare Workforce During COVID-19. *J Gen Intern Med.* junio de 2023;38(8):1920-7. doi:10.1007/s11606-023-08153-z PubMed PMID: 36959522; PubMed Central PMCID: PMC10035977.
49. Weaver MD, Robbins R, Quan SF, O'Brien CS, Viyaran NC, Czeisler CA, et al. Association of Sleep Disorders With Physician Burnout. *JAMA Netw Open.* 30 de octubre de 2020;3(10):e2023256. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.23256
50. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 8 de diciembre de 2015;314(22):2373-83. doi:10.1001/jama.2015.15845
51. Wu Y, Wu M, Wang C, Lin J, Liu J, Liu S. Evaluating the Prevalence of Burnout Among Health Care Professionals Related to Electronic Health Record Use: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Med Inform.* 12 de junio de 2024;12:e54811. doi:10.2196/54811 PubMed PMID: 38865188; PubMed Central PMCID: PMC11208837.
52. Lyubarova R, Salman L, Rittenberg E. Gender Differences in Physician Burnout: Driving Factors and Potential Solutions. *Perm J.* 15 de junio de 2023;27(2):130-6.

doi:10.7812/TPP/23.023 PubMed PMID: 37303223; PubMed Central PMCID: PMC10266850.

53. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. BMC Health Serv Res. 28 de julio de 2014;14:325. doi:10.1186/1472-6963-14-325 PubMed PMID: 25066375; PubMed Central PMCID: PMC4119057.
54. Sinsky CA, Brown RL, Stillman MJ, Linzer M. COVID-Related Stress and Work Intentions in a Sample of US Health Care Workers. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. diciembre de 2021;5(6):1165-73. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2021.08.007 PubMed PMID: 34901752; PubMed Central PMCID: PMC8651505.

CAPÍTULO VIII: ANEXOS

ANEXO 01: Matriz de consistencia

AUTOR: CERCADO MIRANDA, LIZBETH RAQUEL

Tabla . Matriz de consistencia

Título: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE PROFESIONALISMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA EN EL AÑO 2026.							
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
Problema General:	Objetivo General:		Variable Independiente: Nivel de profesionalismo				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
¿Existe una relación significativa entre el nivel de profesionalismo y la calidad de vida de los médicos	Evaluar la relación entre nivel de profesionalismo y la calidad de vida en médicos residentes del	Hipótesis Alternativa: Existe una relación significativa entre el nivel de profesionalismo y	Responsabilidad Altruismo		6 ítems	1. Nunca 2. Poco	Bajo

residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026?	Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026.	la calidad de vida de los médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026.	Deber Excelencia Honestidad Respeto por los demás	Puntaje de dimensión		3. Algunas veces 4. Frecuentemente 5. Siempre	Medio Alto
	Objetivos Específicos:	Hipótesis Nula:	Variable Dependiente: Calidad de vida en médicos residentes				
	Determinar el nivel de profesionalismo en médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026.	No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de profesionalismo y la calidad de vida de los médicos residentes del	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
			Percepción global	Calidad de vida general y salud	Ítems 1 y 2	<u>Ordinal (Likert 1-5):</u> Desde "Muy insatisfecho/Muy mala" (1) hasta "Muy	Mala Regular Buena

	Medir la calidad de vida de los médicos residentes en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, utilizando una escala específica y validada. Analizar la correlación entre las dimensiones del profesionalismo (responsabilidad, ética, compromiso, entre otros) y los	Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026; ambas variables son independientes entre sí.	Salud física	Dolor, energía, sueño, movilidad, capacidad laboral	7 ítems (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18)	satisfecho/Muy buena" (5) <u>Ordinal (Likert 1-5):</u> 1. Nada 2. Un poco 3. Lo normal / Moderado 4. Bastante 5. Totalmente / Extremadamente	Puntuación transformada (0-100)
--	---	--	--------------	--	------------------------------------	---	--

	dominios de la calidad de vida (física, psicológica, social y ambiental) en los médicos residentes.		Salud psicológica	Sentimientos positivos, pensar, autoestima, imagen corporal	6 ítems (5, 6, 7, 11, 19, 26)	<u>Ordinal (Likert 1-5):</u> 1. Nada 2. Un poco 3. Lo normal / Moderado 4. Bastante 5. Totalmente / Extremadamente	
	Identificar factores sociodemográficos que puedan influir entre la relación del profesionalismo y la calidad de vida en los médicos residentes. Proponer recomendaciones			Relaciones personales, apoyo social, actividad sexual	3 ítems (20, 21, 22)		

para mejorar el equilibrio entre profesionalismo y calidad de vida en los médicos residentes, basados en los hallazgos del estudio.	Medio ambiente	Seguridad, entorno físico, recursos económicos, información, ocio	8 ítems (e.g., 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25)		
	Variable Intervinientes: Características sociodemográficas y laborales				
	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
	Sociodemográficas	Edad	¿Cuál es su edad?	Razón	24-28 años 29-33 años >33 años
		Sexo	Sexo biológico	Nominal	Masculino Femenino
				Nominal	Soltero

				Estado Civil	Situación conyugal		Casado Conviviente Divorciado
				Año de residencia	Año académico en curso	Ordinal	- R1 (Primer año) - R2 (Segundo año) - R3 (Tercer año)
				Laborales / Académicas	Especialidad médica	¿Cuál es la especialidad médica que	-Anestesiología - Cirugía General - Ginecología y Obstetricia - Medicina Interna - Pediatría - Medicina Intensiva

					curso actualmente?	Nominal	- Gastroenterología - Medicina Familiar y Comunitaria - Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente - Administración y Gestión en Salud - Radiología - Patología Clínica
			Soporte Social / Afectivo	Condición de	¿Con quién vive habitualmente?	Nominal	1. Con núcleo familiar (padres, pareja o hijos)

				convivencia familiar	e durante el periodo de residencia?		2. Sin núcleo familiar (Solo, con amigos o roommates)
			Carga Laboral	Número de guardias nocturnas mensuales	¿Cuántas guardias nocturnas realizó durante el último mes?	Razón	Agrupación para análisis: 1. Baja (< 5 guardias) 2. Estándar (6 – 8 guardias) 3. Extrema (> 8 guardias)
Diseño de investigación:		Población y Muestra:	Técnicas e instrumentos:			Método de análisis de datos:	

Enfoque: CUANTITATIVO Tipo: BÁSICA Diseño: NO EXPERIMENTAL	Población: Médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca Muestra: Médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca	VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de Profesionalismo Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario de Profesionalismo de Penn State (Adaptación al español). Forma de administración: Directa	VARIABLE INDEPENDIENTE: Calidad de vida Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario de Calidad de Vida Abreviado de la OMS (WHOQOL-BREF). Forma de administración Directa:	DESCRIPTIVA: Se utilizarán frecuencias absolutas y relativas, presentándose los resultados en tablas de distribución de frecuencias y gráficos de barras o sectores según corresponda, además se calcularán medidas de tendencia central y medidas de dispersión. INFERENCIAL: Se trabajará con un nivel de confianza del 95% y error alfa del 5% ($p < 0.05$).
--	---	---	--	---

ANEXO 02: Constancia de Asesoramiento Continuo del Docente Asesor para la Ejecución de Tesis

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO CONTINUO DEL DOCENTE ASESOR PARA EJECUCIÓN DE TESIS

El Asesor del Proyecto de tesis, Edyson Sedano de La Cruz, Especialista en Medicina Interna, DNI N° 40421849, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que: el proyecto de titulado: **“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE PROFESIONALISMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA EN EL AÑO 2026”**; elaborado por el (la) alumno(a): CERCADO MIRANDA LIZBETH RAQUEL, ha sido asesorado por mi persona desde la creación del proyecto, sugiriendo la temática previa evaluación de la viabilidad de acuerdo a mi experiencia como Especialista en el tema. Asimismo, me comprometo a proseguir con el asesoramiento continuo durante la ejecución, desde la recolección de datos, análisis estadístico de resultados, discusión de resultados y conclusiones, haciendo cumplir los estándares mínimos solicitados de acuerdo al **“MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN DE FIN DE PROGRAMA: PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN BACHILLER, PROYECTOS DE TESIS Y TRABAJO FINAL DE TESIS EN EL PRE-GRADO Y SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN - RESIDENTADO MÉDICO -2025”** en su versión 2.0.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 24 de febrero del 2026.



Mg. Edyson Sedano de La Cruz
MÉDICO INTERNISTA AUDITOR
*MIP 45160 - RNE 21650 - RNE A10551

Asesor

Especialista en Medicina Interna

ANEXO 03: Constancia de evaluación continua firmada durante el diseño y elaboración del Informe Final de Tesis

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTÍNUA FIRMADA DURANTE EL DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

El Asesor del Proyecto de tesis, Edyson Sedano de La Cruz, Especialista en Medicina Interna, DNI N°40421849 , docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que: el proyecto de titulado: “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE PROFESIONALISMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA EN EL AÑO 2026”, elaborado por la alumna: CERCADO MIRANDA LIZBETH RAQUEL ha sido asesorado por mi persona desde la creación del proyecto, dejando constancia del seguimiento, asesoramiento y visto bueno de conformidad por cada acápite del proyecto revisado y culminado, de acuerdo a las fechas que a continuación presento:

Acápite	Fecha	Firma y sello
Título		Mg. Edyson Sedano de la Cruz MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652
Plan de investigación		Mg. Edyson Sedano de la Cruz MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652
Marco teórico		Mg. Edyson Sedano de la Cruz MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652
Metodología de la investigación		Mg. Edyson Sedano de la Cruz MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652
Resultados		Mg. Edyson Sedano de la Cruz MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652
Discusión		Mg. Edyson Sedano de la Cruz MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652
Conclusiones y recomendaciones		Mg. Edyson Sedano de la Cruz MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652
Formato		Mg. Edyson Sedano de la Cruz MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652
Referencias bibliográficas		Mg. Edyson Sedano de la Cruz MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 24 de febrero del 2026

Mg. Edyson Sedano de la Cruz
MÉDICO INTERNISTA - AUDITOR
IMP. 45160 - RNE. 27630 - RNA. A10652

ANEXO 04: Resolución de aprobación del proyecto



Lizbeth Cercado

Universidad Nacional de Cajamarca

"Norte de la Universidad Peruana"
Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962

FACULTAD DE MEDICINA



Resolución de Consejo de Facultad N° 023-2026-FM-UNC.

Cajamarca, 11 de febrero del 2026.

Visto: el Oficio N° 011-2026-UI-FM-UNC, con Registro N° 0019145-2026, de fecha 10 de febrero del 2026, suscrito por el Dr. Enzo Renatto Bazualdo Fiorini, Director (e) de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 32° de la Ley Universitaria N° 30220, establece que las Facultades son unidades de formación académica, profesional y de gestión;

Que, la Universidad otorga los grados académicos de Bachiller, Maestro, Doctor y los Títulos Profesionales o pos títulos que correspondan, a nombre de la Nación;

Que, para obtener el Título Profesional, se requiere, entre otros, aprobar una Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional...; según lo establecido en el Artículo 203°, numeral 203.1 del Estatuto vigente de la Universidad Nacional de Cajamarca;

Que, en tal sentido luego de seleccionar el tema de la Tesis, el Tesista elaborará el proyecto, el cual deberá contar con el Visto Bueno del Asesor, y ser acreditado por la Unidad de Investigación de la Facultad, para su revisión y ejecución posterior;

Que, el Artículo 23° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina establece que, son requisitos para la presentación y aprobación del Proyecto de Tesis, entre otros, solicitud dirigida al Decano de la Facultad, pidiendo la revisión y aprobación del Proyecto de Tesis; presentación del Proyecto de Tesis, debidamente firmado por el autor y visto bueno del Asesor; luego con opinión favorable de la Unidad de Investigación de la Facultad, será aprobado por Consejo de Facultad para su desarrollo;

Que, mediante documento de visto se indica que, habiendo revisado 13 Proyectos de Tesis, presentados por los Internos de la Promoción XXVIII: Patricia Guissela Atalaya Bolaños, Lizbeth Raquel Cercado Miranda, Samantha Mishelle Izquierdo Ravines, Yessica Gianela Medina Sánchez, Ader Elquin Mejía Vásquez, Merlyn Mujica Mosquiera, Paola Katherine Narro Bazán, Kelinda Nila Rosa Pajares Villar, Rider Andrés Ramírez Alvarado, Lennin Omar Rojas Tarillo, Milagros Victoria Rodríguez Chalán, Stephany Jhamilet Vargas Bolaños y Luis Carlos Vásquez Campos; con opinión favorable, se solicita la aprobación correspondiente;

Estando a lo expuesto, a lo acordado por el Consejo de Facultad en su Sesión Ordinaria de fecha 10 de febrero del 2026; y en uso de las atribuciones conferidas por los Artículos 46° y 54° del Estatuto vigente.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. APROBAR los **PROYECTOS DE TESIS**, con sus respectivos **Asesores**, presentados por 13 alumnos del 7° año de estudios de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, integrantes de la Promoción XXVIII, según se detallan en el Anexo que, forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. COMUNICAR la presente Resolución, a la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Unidad de Investigación; así como a los interesados, para los fines pertinentes.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Distribución:
- Escuela Académico Profesional de Medicina Humana
- Unidad de Investigación
- Interesados
- Archivo.

DR. MEDES TITO URQUIAGA MELQUIADES
Decano (e)



Dr. VÍCTOR JULIO ZAVALETA GAVIDIA
Secretario Académico (e)



Universidad Nacional de Cajamarca

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962

FACULTAD DE MEDICINA



ANEXO RESOLUCION N° 023-2026-FM-UNC

N°	ALUMNO	TITULO DEL PROYECTO	ASESORES
01	Atalaya Bolaños, Patricia Guissela	"Asociación entre Tiempo de Latencia en Ruptura Prematura de Membranas y Sepsis Neonatal, Hospital Regional Docente de Cajamarca 2020-2025".	MC. MCs. Luis Alberto Pinillos Vilca
02	Cercado Miranda, Lizbeth Raquel	"Relación entre el Nivel de Profesionalismo y la Calidad de Vida en Médicos Residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026".	MC. Mtr. Edyson Aquiles Sedano de la Cruz
03	Izquierdo Ravines, Samantha Mishelle	"Factores Asociados a Insuficiencia Respiratoria Aguda en Preeclampsia en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Cajamarca 2024- 2025".	MC. Mtro. Jorge Arturo Collantes Cubas
04	Medina Sánchez, Yessica Gianela	"Dislipidemias Asociadas a Hipertensión Arterial en Pacientes de Medicina del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025".	Dra. Milady Ruiz Cotrina
05	Mejía Vásquez, Ader Elquin	"Estancia Hospitalaria Prolongada Asociado a Complicaciones en Colectectomizados Convencionalmente del Hospital Simón Bolívar Cajamarca 2023 al 2025".	MC. Wilson Suárez Ventura
06	Mujica Mosqueira, Merlyn	"Estudio de la Asociación entre la Adherencia al Tratamiento Antidiabético y el Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2 del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca 2025".	MC. Ronald Eduardo Lozano Acosta
07	Narro Bazán, Paola Katherine	"Asociación entre Edad Materna y Bajo Peso en Recién Nacidos a Término en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2024".	MC. Juan Francisco Dongo Luzquiños
08	Pajares Villar, Kelinda Nila Rosa	"Correlación entre el Índice de Shock y el Sangrado Puerperal en Púerperas Inmediatas del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2025".	MC. Mtro. Jorge Arturo Collantes Cubas
09	Ramírez Alvarado, Rider Andrés	"Asociación entre Anemia Preparto y Morbilidad Materna Extrema por Hemorragia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2025".	MC. Mtro. Jorge Arturo Collantes Cubas
10	Rojas Tarrillo, Lennin Omar	"Relación entre Calidad de Sueño y Rendimiento Académico en Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca 2025-II".	MC. Milady Ruiz Cotrina
11	Rodríguez Chalán, Milagros Victoria	Factores Asociados a Tromboembolia Venosa en Pacientes Oncológicos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca Periodo 2020 al 2024".	MC. Ana Suzzet Geovana Mejía Azañero
12	Vargas Bolaños, Stephany Jhamilet	"Índice Ácido Úrico/Colesterol de Lipoproteínas de Alta Densidad y Resistencia Insulínica en Adultos Hospital EsSalud Cajamarca 2024 al 2025".	MC. Ernesto Paul Medina Paredes
13	Vásquez Campos, Luis Carlos	Factores Asociados a Neumonía Adquirida en la Comunidad en Menores de 5 Años Internados en el Hospital Simón Bolívar, 2025".	MC. Lyana Magaly Agip Mego



ANEXO 05: Consentimiento Informado

“Relación entre el nivel de profesionalismo y la calidad de vida en médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026”

Investigador Principal: Lizbeth Raquel Cercado Miranda

Co-Investigadores: Edyson Aquiles Sedano de la Cruz

Institución: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca

- **Propósito del estudio**

Este documento contiene información importante sobre el estudio de investigación titulado **“Relación entre el nivel de profesionalismo y la calidad de vida en médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026.”**. Este estudio tiene como objetivo determinar la relación entre nivel de profesionalismo (excelencia, humanismo, responsabilidad y altruismo) y la calidad de vida en médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período 2026. Los resultados permitirán generar evidencia científica sobre cómo el bienestar del médico influye en el ejercicio ético de la profesión.

- **Participación en el Estudio**

Su participación es estrictamente voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o de retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación sin que esto afecte su situación laboral, académica o administrativa en el hospital o en su universidad.

- **Procedimientos**

Si acepta participar, se le solicitará completar dos cuestionarios estandarizados: uno sobre profesionalismo médico y el WHOQOL-BREF para evaluar la calidad de vida. El tiempo estimado para completar ambos cuestionarios es de aproximadamente 15 a 20 minutos. El proceso se realizará de forma presencial o virtual, asegurando un espacio que no interfiera con sus actividades asistenciales.

- **Riesgos e Incomodidades**

Este estudio se considera de riesgo mínimo según la normativa bioética. Sin embargo, algunas preguntas sobre su bienestar personal, emocional o laboral podrían generarle una leve incomodidad o reflexión sobre su carga de trabajo. Usted puede omitir cualquier pregunta que no desea responder.

- **Beneficios**

No existen beneficios económicos directos para usted. No obstante, su participación contribuirá a identificar brechas en la salud del residente y el profesionalismo, lo cual servirá de base para que la institución plantee futuras mejoras en las condiciones laborales y programas de bienestar para los médicos en formación en la región.

- **Alternativas**

Al ser un estudio observacional y no una intervención clínica, la única alternativa es no participar en la investigación, lo cual será respetado íntegramente por el investigador.

- **Compensación**

No se ofrecerá ningún tipo de pago, incentivo económico o privilegios administrativos por su participación en este estudio.

- **Confidencialidad de la Información**

Se garantiza que toda la información recolectada será tratada de manera estrictamente confidencial. Los datos serán codificados de forma anónima; su nombre no aparecerá en ninguna publicación ni informe de resultados. La información solo será utilizada con fines académicos y de investigación científica por el autor de la tesis.

- **Problemas o Preguntas**

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o experimenta algún problema relacionado con la investigación, puede ponerse en contacto con: Lizbeth Raquel Cercado Miranda, celular: 939417939.

- **Declaración de Consentimiento**

Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria, y no se me castigará ni se me recortaran mis derechos si elijo no participar. Puedo abandonar el estudio en cualquier momento bajo las mismas condiciones.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada en este documento y que estoy de acuerdo en participar en el estudio; y asimismo indica mi consentimiento para participar voluntariamente en este estudio.

Firma del participante

Fecha:

ANEXO 06: Ficha de recolección de datos

Instrucciones: Por favor, marque con una "X" dentro del recuadro correspondiente o complete el espacio en blanco según sea su caso.

1. Sexo:

☐ Femenino ☐ Masculino

2. Edad

☐ 24 - 28 años

☐ 29 - 33 años

☐ > 33 años

3. Estado civil

☐ Soltero (a)

☐ Casado (a)

☐ Conviviente

☐ Divorciado (a)

☐ Viudo (a)

4. Especialidad médica: _____

5. Año de residencia

☐ R1

☐ R2

☐ R3

6. ¿Con quién vive habitualmente durante el periodo de residencia?

☐ Con núcleo familiar (padres, pareja o hijos)

☐ Sin núcleo familiar (solo, con amigos o *roommates*)

7. ¿Cuántas guardias nocturnas realizó durante el último mes?

☐ < 5 guardias

☐ 6 - 8 guardias

☐ > 8 guardias

ANEXO 07: Escala de profesionalismo de la universidad de PENN STATE

Columna 1: Lea cuidadosamente cada enunciado, piense cómo encaja dentro de su definición de profesionalismo.

Columna 2: Encierre en un círculo la respuesta a cada enunciado que usted considera mejor refleja su condición.

Utilice la escala: Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre

Columna 3: Clasifique por orden de importancia los elementos de cada grupo del 1 al 6; por favor, utilice cada número solamente una vez.

Grupo 1	Grado al cual el enunciado refleja su definición	Orden de importancia (del 1 al 6)
Mantiene los estándares científicos y basa sus decisiones en evidencia científica y experiencia	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Mantiene relaciones médico-paciente sin tratar de sacar provecho económico personal, de la privacidad o ventajas sexuales.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Se toma el tiempo para revisar el trabajo de sus colegas y suministrar comentarios y sugerencias significativas y constructivas para mejorarlo	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Busca mejoramiento personal	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Reporta información de manera consistente, precisa y honesta.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente -	

	Siempre	
Evita hacer comentarios ofensivos y críticos indelicados o injustas hacia otros compañeros	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	

Grupo 2	Grado al cual el enunciado refleja su definición	Orden de importancia (del 1 al 6)
Muestra interés en iniciar y ofrecer ayuda en el desarrollo profesional de un colega	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Promueve el bienestar y desarrollo del profesorado joven	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Se rehúsa a violar su propio código de conducta personal y profesional	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Aprecia y respeta la naturaleza diversa de los sujetos de investigación o pacientes y honra dichas diferencias en su trabajo.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Asiste a las reuniones de la facultad, a seminarios y presentaciones de las investigaciones de los estudiantes como demostración de apoyo.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Trabaja respetuosamente en	Nunca - Poco - Algunas	

colaboración con el equipo en beneficio de proveer un mejor cuidado del paciente o como contribución a la investigación.	veces - Frecuentemente - Siempre	
--	----------------------------------	--

Grupo 3	Grado al cual el enunciado refleja su definición	Orden de importancia (del 1 al 6)
Participa en procesos de acción correctiva en contra de aquellos que incumplen con los estándares de conducta profesional.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
No busca avanzar en su carrera a costa de otros	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Ofrece voluntariamente su experiencia y habilidades para el bienestar de la comunidad.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Cumple con sus obligaciones y compromisos de manera seria.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Respeto los derechos, la individualidad y diversidad de pensamiento de colegas y estudiantes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Contribuye significativamente a la misión de enseñanza del departamento y la Escuela de Medicina.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	

Grupo 4	Grado al cual el enunciado refleja su definición	Orden de importancia (del 1 al 6)
Manifiesta compasión.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Demuestra adaptabilidad al responder a necesidades y prioridades cambiantes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Promueve la justicia dentro del sistema de salud demostrando su esfuerzo por eliminar la discriminación dentro del mismo.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Respeto la autonomía de los pacientes y les ayuda a tomar decisiones informadas.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Asume el liderazgo en el manejo de pacientes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Reconoce sus propias limitaciones.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	

Grupo 5	Grado al cual el enunciado refleja su definición	Orden de importancia (del 1 al 6)
Asume su propia responsabilidad personal en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Participa en actividades enfocadas a lograr una excelencia en el cuidado de los pacientes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Informa sobre errores médicos o de investigación.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Su comportamiento demuestra un compromiso hacia la confidencialidad.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Adopta estándares uniformes y equitativos hacia el cuidado de los pacientes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Demuestra empatía.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	

Grupo 6	Grado al cual el enunciado refleja su definición	Orden de importancia (del 1 al 6)
Defiende los intereses del paciente o sujeto de investigación por encima del interés personal.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Divulga los conflictos de interés en el desarrollo de los deberes y actividades profesionales.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Se viste de manera profesional y respetuosa hacia los demás.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Responde a la crítica constructiva buscando mejorar sus capacidades en el área criticada.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Está comprometido en la implementación de un cuidado rentable del paciente.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Presenta la información y actúa honestamente	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	

ANEXO 08: Escala de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF)

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor conteste a todas las preguntas. Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

Pregunta	Muy mal (1)	Poco (2)	Lo normal (3)	Bastante bien (4)	Muy bien (5)
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
2. ¿Cuán satisfecho/a está con su salud?					
Pregunta	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
3. ¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?					
6. ¿En qué medida siente que su vida					

tiene sentido?					
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?					
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
15. ¿Es capaz de					

desplazarse de un lugar a otro?					
16. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?					
17. ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18. ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					
19. ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?					
20. ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21. ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?					
22. ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23. ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					

24. ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25. ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?					
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

ANEXO 09: Rúbrica usada por el autor y asesor para evaluar proyecto de investigación según tipo de estudio observacional según criterios Strobe

Tabla 5. Lista de verificación para protocolos de estudios observacionales usada por el autor y asesor del proyecto de investigación

(Diseño transversal, de casos y controles y de cohortes) con elementos educativos

Ítem	N.º	Explicación	N.º de pág. (ó NA)
Título	1	Relación entre el nivel de profesionalismo médico y la calidad de vida de los médicos residentes del Hospital Regional de Cajamarca en el año 2026.	1
Introducción – Antecedentes / justificación	2-3	La formación médica de posgrado enfrenta hoy el desafío crítico de la "erosión ética". La evidencia científica actual confirma que el agotamiento y el deterioro en la calidad de vida socavan valores fundamentales como la empatía y el altruismo, comprometiendo directamente la excelencia asistencial. Bajo esta premisa, investigar la realidad del Hospital Regional Docente de Cajamarca resulta un imperativo bioético; dada su alta complejidad, es urgente determinar si el bienestar de los residentes está impactando su desempeño, con el fin de establecer estrategias que garanticen tanto la salud del médico como la seguridad del paciente.	10-12

Objetivos	4	Evaluar la relación entre nivel de profesionalismo y la calidad de vida en médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026. Determinar el nivel de profesionalismo en médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2026. Medir la calidad de vida de los médicos residentes en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, utilizando una escala específica y validada. Analizar la correlación entre las dimensiones del profesionalismo (responsabilidad, ética, compromiso, entre otros) y los dominios de la calidad de vida (física, psicológica, social y ambiental) en los médicos residentes. Identificar factores sociodemográficos que puedan influir entre la relación del profesionalismo y la calidad de vida en los médicos residentes.	10-12
Métodos – Diseño del estudio	5	La presente investigación se desarrolla bajo un enfoque cuantitativo con un diseño observacional y de corte transversal, alcanzando un nivel correlacional. El estudio tiene como propósito determinar la asociación estadística entre el nivel de	13-18

		profesionalismo y la calidad de vida en una población censal de 74 médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2026, analizando las variables en su contexto natural y en un único momento temporal sin manipulación deliberada.	
Contexto	6	La investigación se desarrollará en las instalaciones del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), institución que se erige como el centro de referencia de mayor complejidad asistencial en el departamento. Este escenario clínico no solo funge como el eje de la atención sanitaria especializada para la población cajamarquina, sino que constituye una sede docente consolidada para la formación de posgrado, manteniendo convenios activos con las principales universidades de la región.	10-12
Participantes	7	La investigación contará con la participación de la totalidad de médicos residentes que se encuentren cursando su programa de segunda especialización en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) durante el periodo académico 2026. De acuerdo con los registros de la Unidad de Docencia e Investigación de la sede, el universo de estudio está conformado por 74 profesionales de la	13-18

		salud. Este grupo de participantes se caracteriza por ser heterogéneo en cuanto a variables sociodemográficas y académicas. Incluye a médicos de ambos sexos, con edades que fluctúan en el rango de adultos jóvenes y adultos intermedios. Asimismo, abarca los diferentes niveles jerárquicos de formación, integrando a residentes de primer año (R1), segundo año (R2) y tercer año (R3).	
Variables	12	Variable 1: Nivel de profesionalismo. Variable 2: Calidad de Vida. Variables intervinientes sociodemográficas: Edad, sexo, año de residencia, especialidad médica, estado civil, número de guardias nocturnas mensuales, tipo de cohabitación	13-18
Fuentes de datos / mediciones	13	Los datos se obtendrán directamente de los sujetos de estudio a través de la técnica de la encuesta. Instrumentos de Medición: Para Profesionalismo: Escala de Profesionalismo de la Universidad de Penn State, adaptada al español por Bustamante	13-18

		y Sanabria (2014). Para Calidad de Vida: Cuestionario WHOQOL-BREF (versión abreviada), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud.	
Sesgos	14	Sesgo de deseabilidad social: Dado que se evalúa el profesionalismo (una competencia ética y conductual), existe el riesgo de que los participantes respondan lo que consideran “moralmente correcto” o lo que institución espera de ellos, en lugar de reflejar su comportamiento real. Para mitigar esto, se garantiza el anonimato absoluto. Sesgo de selección: Es posible que los residentes con mayores de nivel burnout o peor calidad de vida decidan no participar por falta de energía o interés, o por el contrario, que sean los más motivados quienes respondan. Esto podría subestimar la prevalencia de baja calidad en la población total. Sesgo de memoria o subjetividad: La medición de la calidad de vida depende de la percepción subjetiva del médico al momento de la encuesta. Eventos recientes (como una guardia extenuante o una complicación médica el día previo) podrían sesgar las respuestas hacia una	13-18

		percepción negativa que no necesariamente representa su estado general.	
Tamaño del estudio	15	La presente investigación presenta un tamaño de muestra de 63 médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca.	13-18
Variables cuantitativas	16	En primer lugar, se considera la edad, registrada en años cumplidos como una variable continua. Respecto a las variables principales, la Calidad de Vida se procesará como una variable cuantitativa continua tras transformar los puntajes crudos del cuestionario WHOQOL-BREF a una escala estandarizada centesimal (0-100) para sus cuatro dominios. Finalmente, el Nivel de Profesionalismo será tratado como una variable cuantitativa discreta derivada de la sumatoria de los ítems de la escala tipo Likert, generando un puntaje global que refleja la magnitud de las dimensiones de excelencia, humanismo, responsabilidad y altruismo.	13-18

Métodos estadísticos	17	Tras depurar los datos, se procesarán en SPSS v27.0. El análisis incluirá estadística descriptiva (frecuencias, media y desviación estándar) e inferencial, aplicando la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y determinando la correlación mediante el coeficiente Rho de Spearman ($p < 0.05$).	19-23
----------------------	----	--	-------