



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**CALIDAD DE SUEÑO Y PERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN
MÉDICOS DE INSTITUCIONES PRIVADAS DE LIMA
METROPOLITANA**

PRESENTADA POR
NATHALIA LIZBETH LUNA URRUNAGA

ASESOR
RICARDO CARLOS ZUBIAGA MARTEL

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2023



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**CALIDAD DE SUEÑO Y PERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN MÉDICOS DE
INSTITUCIONES PRIVADAS DE LIMA METROPOLITANA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADA POR:
NATHALIA LIZBETH LUNA URRUNAGA**

**ASESOR:
DR. RICARDO CARLOS ZUBIAGA MARTEL
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7105-8937>**

**LIMA, PERÚ
2023**

DEDICATORIA

Se dice que detrás de cada trabajo existe el empuje y motivación de otras personas. Sin embargo, mi familia, pareja y un angelito perruno siempre estuvieron a mi lado en cada momento difícil, compartiendo mis alegrías como si fuesen tuyas. Les dedico este estudio, como un homenaje de agradecimiento, amor y dedicación en cada búsqueda.

AGRADECIMIENTO

Gracias a mi universidad mater USMP por ser la guía para este feliz comienzo profesional, también a Dios y a los santos por darme salud y resiliencia necesaria para lograr el término de una meta personal. Cuando lo imposible se hace realidad, ya nada es imposible.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INFORME DE RESUMEN DE SIMILITUD	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	13
1.1. Bases teóricas.....	13
1.1.1. Calidad de sueño	13
1.1.2. Percepción de estrés.....	16
1.2. Evidencias empíricas	20
1.3. Planteamiento de problema	23
1.3.1. Formulación de problema.....	26
1.4. Objetivo de la investigación.....	26
1.4.1. Objetivo general	26
1.4.2. Objetivos específicos	26
1.5. Hipótesis	26
1.5.1. Hipótesis de investigación.....	26
1.5.2. Hipótesis específicas.....	26
1.5.3. Variables y definición operacional	27
CAPÍTULO II: MÉTODO.....	30

2.1. Tipo y diseño de investigación	30
2.2. Participantes.....	30
2.3. Medición.....	37
2.3.1. Instrumento de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP)	37
2.3.2. Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE)	38
2.3.3. Ficha sociodemográfica	40
2.4. Procedimiento	40
2.5. Aspectos éticos	41
2.6. Análisis de los datos.....	41
CAPÍTULO III: RESULTADOS	42
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS.....	54
ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Matriz de la operacionalización de las variables	28
TABLA 2: Edades de médicos de instituciones privadas	31
TABLA 3: Género y estado civil en médicos de instituciones privadas	32
TABLA 4: Jornada laboral y atención a pacientes covid-19 en médicos de instituciones privadas	33
TABLA 5: Jornada laboral y contagio de covid-19 en médicos de instituciones privadas.....	34
TABLA 6: Jornada laboral y jornada de guardias nocturnas en médicos de instituciones	35
TABLA 7: Género y jornada laboral en médicos de instituciones privadas	36
TABLA 8: Atención en consultorio privado y años de servicio en médicos de instituciones privadas	37
TABLA 9: Análisis descriptivo	42
TABLA 10: Análisis de normalidad.....	42
TABLA 11: Entre la calidad de sueño y percepción de estrés.....	43
TABLA 12: Correlación entre las dimensiones de calidad de sueño y percepción de estrés.....	44
TABLA 13: Diferencias según género	45
TABLA 14: Diferencias según jornada laboral.....	45
TABLA 15: Diferencias según servicio en instituciones privadas	46

RESUMEN

Por medio de esta investigación empírica se examinó la asociación que hay entre la calidad de sueño y la percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana. Alcanzando una muestra de doscientos dos médicos de ambos géneros y de diferentes especialidades, con edades de veinticinco a ochenta años ($M=48.03$; $D.E.=11.72$) provenientes de sesenta y tres clínicas privadas. Se evaluó mediante el Instrumento de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP) y Escala de Percepción Global de Estrés (EPG). Preliminarmente a ello, se pudo comprobar que el ICSP posee un coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha=.56$) y la EPG observó un coeficiente de alfa de Cronbach de *eustrés* ($\alpha=.79$) y *distrés* ($\alpha=.77$). Mediante la estadística de Spearman se reveló que las dos variables cuentan con un vínculo directo y significativo ($Rho=.14$; $p<.05$).

Palabras claves: calidad de sueño, percepción de estrés, papel médico, virus SARS-CoV-2 e insomnio.

ABSTRACT

This empirical study examined the association between sleep quality and stress perception in physicians of private institutions in Metropolitan Lima. We reached a sample of two hundred and two physicians of both genders and different specialties, aged twenty-five to eighty years ($M=48.03$; $S.D.=11.72$) from sixty-three private clinics. It was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Instrument (PSQI) and the Global Stress Perception Scale (GPS). Preliminary to this, it was possible to verify that the ICSP has a Cronbach's alpha coefficient ($\alpha=.56$) and the EPG observed a Cronbach's alpha coefficient of *eustress* ($\alpha=.79$) and *distress* ($\alpha=.77$). Spearman's statistic revealed that the two variables have a direct and significant link ($Rho=.14$; $p<.05$).

Keywords: quality of sleep, perception of stress, medical paper, SARS-CoV-2 virus and insomnia.

INFORME DE RESUMEN DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

REPORTE_ INFORME DETESIS - LUNA N
ATHALIA.docx

AUTOR

Nathalia Luna

RECuento DE PALABRAS

13738 Words

RECuento DE CARACTERES

81014 Characters

RECuento DE PÁGINAS

86 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

590.5KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 3, 2023 7:17 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 3, 2023 7:20 PM GMT-5


● 6% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de dato

- 5% Base de datos de Internet
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



INTRODUCCIÓN

Cabe precisar, que a partir de la época de mil novecientos ochenta el mundo profesional ha sufrido radicalmente (Tacca y Tacca, 2019). En Perú la inflación durante la gobernación de Alan García (1985-1990), fue provocando desempleos masivos y secuelas musculoesqueléticas y/o psicológica en los trabajadores (Rodríguez, 2009).

Hirshkowitz (2020) encontró en su estudio de la *National Sleep Foundation* relación entre el sueño y los daños mentales. De esta manera, se buscaba prevenir por los pensamientos exigentes (Chávez et al., 2009), percepciones de estrés (Ministerio de Salud [MINSA], 2013; Durán et al., 2017), salud física y/o salud social, que por falta de sueño producen accidentes automovilísticos y errores por una práctica incorrecta (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2012; Custodio y Lira, 2018).

Por lo tanto, la *American Psychological Association* (APA) (2020) añadió tres derivaciones del estrés: punzante, que es intenso, pero de corto plazo; agudo episódico, con frecuencia constante por la vida desordenada; por último, crónico de largo plazo por falta de soluciones, generando malestares mentales y físicos. Con esta base, se concluyó que la relación del estrés es crucial al sueño, que ocasionó en la salud mental: ansiedad y temor (Jaramillo y Marquina, 2020; Lozano, 2020). El MINSA (2020) descubrió un incremento de estrés a un 82.35%; además, un 86% de médicos entre 33 años a más, no cuentan con un descanso postguardia debido a la carencia de colegas especializados (Díaz et al., 2020; Alva et al., 2017). Así el Perú, también fue afectado en lo político, en aumentos de contagios y alteraciones psicológicas; convirtiéndonos en uno de los países con mayor mortalidad (Gárate, 2020). Todo lo acontecido desde el dos mil veinte, marcó un hito; principalmente en el sector médico

del Perú al declarar insuficiencia de insumos de protección y herramientas (*British Broadcasting Corporation* [BBC], 2021); impactando en el alza de costos de productos, menos ganancias (El Comercio, 2021) y desempleos (Gárate, 2020).

Por otra parte, se diagnosticaron distintas proximidades de contagios por el virus, aumentando el recelo en pobladores y médicos, por las doscientos mil vidas perdidas en las primeras olas; además, de la inestabilidad social y económica en el país (Colegio Médico del Perú [CMP], 2021a). Por esa razón, esta investigación tuvo como interés ahondar las posibles problemáticas en los médicos privados con diez a más tiempo de experiencia, para poder moderar el estrés percibido y una mala calidad de sueño, en sus tareas cotidianas. Asimismo, los estudios en el Perú son escasos con la variedad de muestras, por ende, se buscó con este estudio indagar y generar mayor seguimiento al aumento de las alteraciones mentales, sociales y físicas en personal privado (Acevedo et al., 2016). De igual manera, la data recolectada en esta investigación tuvo como propósito, ayudar a las empresas a comprender la decadencia en el desempeño, preocupándose por el bienestar de cada colaborador (Alvites, 2019). Así, el estudio se consideró viable por contar con el acceso a diferentes centros de salud del sector privado, tanto vía online como presencial para el desarrollo de la evaluación; además, se logró obtener una guía de un asesor experto en investigación por el centro de estudio y como respaldo de aprobación.

Cabe resaltar, que la investigación fue realizada durante el periodo del SARS-CoV-2 explicando la gran cantidad de limitaciones, además de ser evaluado en modo semipresencial. Según Hernández y Mendoza (2018) las limitaciones que se hallaron al momento de aplicar los instrumentos, se debieron a las restricciones dadas por la coyuntura de pandemia y por parte de los médicos que presentaron pérdidas. Las amenazas a la validez interna fueron de factores orgánicos, al ser probable que

percibieron algunos malestares fisiológicos, como migrañas o cansancios por las horas de jornada o estrés por aglomeraciones y también en factores estimulares/situacionales, pudiendo deducir por la carga laboral o constantes distractores como mala iluminación, ruidos o dudas en la elaboración virtual del cuestionario y tal vez, las respuestas marcadas rápidamente. Al igual que ello, en la validez externa se observó al momento de calificar el instrumento, abandonos de la prueba por el participante. Además, se redujeron la generalización de resultados a otras poblaciones por algunos “sesgos” presentados, por no contar con una distribución ni haber sido considerado un estudio de muestreo probabilístico, ya que se trabajó con un muestreo por conveniencia; así mismo, no se pasó por un proceso de aleatorización el cual no permitirá generalizar los resultados a otros grupos de participantes.

Por último, esta investigación está conformada de la siguiente manera: en el capítulo I, explicación de fundamentos teóricos primarios o paradigmas nacionales e internacionales, resaltando la problemática del presente estudio; en el capítulo II, se consideró relevante la metodología del instrumento; en el capítulo III, mencionamos los hallazgos de los resultados, en el capítulo IV, explicamos los resultados y finalmente las conclusiones, recomendaciones, fuentes y nexos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teóricas

De acuerdo con los estudios, se pudo reconocer que percepción de estrés y calidad de sueño son necesidades fisiológicas, con gran importancia para el bienestar del propio ser humano; por lo tanto, ambas variables desde la evolución obtuvieron influencias; tanto en un marco empresarial, colectivo, familiar e individual (Ceña, 2017).

1.1.1. Calidad de sueño

Especialistas en la salud e investigadores determinaron que esta acción es imprescindible en nuestra vida cotidiana; el sueño manifestó diferentes roles de conciencia interna y externa; por lo general: iniciando por dopamina que es fundamental para mantener la alerta ante cualquier suceso; seguido por, ácido gamma aminobutírico (GABA) que libera señales para lentificar e inducir al sueño (Custodio y Lira, 2018). Aguilar et al. (2017), agregan que durante el estado del sueño se presencian distintas etapas de cambio, tales como: electroencefalograma (EEG), encargado de las actividades cerebrales; electromiografía (EMG), produciendo reposo muscular; movimiento ocular rápido (MOR o REM) y movimiento ocular lento (NREM), alternando sin coordinación entre dos a seis horas; añadiendo Aguirre (2013) que también se producen movimientos hormonales, digestivos, cardiovasculares, entre otros.

Por su parte, Roballo (2019) demostró que las fases mencionadas se intercalan al azar cada noventa a cien minutos; destacando un proceso de adormecimiento o sueño suave, disminuyendo durante los primeros minutos la percepción sensorial y motora; sueño ligero, bloqueo general con el ambiente y desconexión con el funcionamiento corporal; sueño profundo, intensificando la pérdida de conciencia e

incrementando hormonas del desarrollo; sueño más profundo, generando conexión interna reparadora y se activa las ondas delta del cerebro; sueño, el cerebro se activa provocando lucidez, pero los movimientos motores continúan paralizados.

Luego de las dinámicas fisiológicas que se descubrieron, especialistas nombraron el término sueño que es derivado de “*somnum*” por su traducción a sonambulismo o somnolencia; definiéndose como ente natural, constante y reversible de la pérdida de percepción al presentarse en diversos seres vivos (Aguirre, 2007).

De acuerdo con ello, Carrillo et al. (2013) definen ¿Por qué es tan importante el sueño? y para especificar este último punto se plantean diferentes alternativas, por ejemplo: regeneración de energía, liberación de moléculas para continuar con el proceso de vida, aceleración excitatoria de la corteza cerebral, modulación de temperatura corporal, aceleración o lentitud metabólica, equilibrio de señales sinápticas, correcto funcionamiento del sistema inmunológico, etcétera. Por mismo modo, Aguilar et al. (2017) definen el proceso como beneficioso para el crecimiento individual e intelectual, por los estímulos anteriormente mencionados que mantienen la plasticidad cerebral.

Berman et al. (1989) consideraron preocupante desde siglos anteriores el mal control de dicho trastorno; por ende, dentro del sector de psicopatología en *University of Pittsburgh*, dieron origen al Cuestionario de Calidad de Sueño (ICSP); al darse cuenta, que la mayor cantidad de demanda era para mantener el sueño por los factores de estrés y ansiedad, determinando que, a pesar de ser un fenómeno complejo se podría reconocer las condiciones y evitar recaídas.

De manera análoga, Agüero et al. (2015) orientaron dicha prueba ante la población peruana al encontrar que el tercio de la vida se descansa; no obstante,

también descubrieron algunos factores importantes que delimitan a la persona, como: orgánico, ambiental y conductual; teniendo en cuenta, que la calidad de sueño está entrelazada con su propia duración no menor de ocho horas, por lo que conlleva a una alteración física y mental en cada ser vivo. Es así que los autores incluyen siete componentes: calidad del sueño subjetivo, considerando, el juicio personal del autocontrol y calidad nocturna que requiera; latencia, periodo transcurrido entre el recostarse y las primeras apariciones de las fases del proceso de sueño; eficiencia, porcentaje del tiempo reposado, entre la cantidad de horas perdidas en la cama de forma consciente; perturbación, presencia de alteraciones nocturnas; disfunción diurna, nivel de somnolencia excesiva; duración, perdurabilidad que la persona cree descansar; y por último, medicamento, sustancia temporal para concretar y mantener el sueño.

Por esa razón, el autor tomó como guía la teoría de Henderson al presenciar que todo ser humano necesita ayuda, para preservar un bienestar físico y mental; debido que, el entorno es un hecho fundamental para la recuperación.

Teoría de Virginia Herderson

Se fue observando un deterioro en cada sujeto por el paso de los años, desconcertando perjudicialmente en la salud; por lo cual, Virginia Herderson en el periodo de mil novecientos cincuenta, estableció la teoría de necesidades primarias, resaltando como primordial al descanso para alcanzar el bienestar pleno; sin embargo, un papel indispensable para llegar a dicha situación es la higiene nocturna (Heredia, 2019).

Por último, luego de los hallazgos de Virginia su alumna mantuvo las enseñanzas en su nueva teoría, haciendo un estudio más minucioso de la asepsia

de toda herramienta médica e higiene personal de cada individuo.

Teoría de Jean Broadhurst

La microbióloga Jean Broadhurst aportó en la década de los cincuenta, la teoría de la higiene, ofreciendo un panorama más amplio a la teoría de Henderson; siendo así, la detección de supuestos obstáculos que limitan la realización placentera de las necesidades; mencionando tres tipos de faltas: fuerza, capacidad física y mental que tiene un individuo para terminar tareas (Palomino, 2017).

Ceña (2017) describió que a largo plazo cada efecto del sueño repercutirá en los médicos, deteniendo un proceso de rutinas saludables, detección temprana y posible fin a dichas alteraciones patológicas nocturnas. Merino et al. (2016) analizaron la variable como un pilar fundamental para generar motivación, rendimiento, comprensión de instrucciones.

Por consiguiente, *World Sleep Society* (2021) en los últimos años detectó un incremento mundial de errores a la hora de descansar en los adultos.

1.1.2. Percepción de estrés

En cuanto al término está ligada originalmente al término estrés “*stress*” desde hace décadas, con la finalidad de representar la tensión de elementos en la tabla periódica (Navarro, 2015). El investigador Hans Selye desde los años treinta, sostuvo que al presentarse dicho término se generaría una respuesta de impacto automática; por esa razón, determinó en llamarlo de esa forma para categorizar a los estímulos estresores como un daño al organismo, evidenciando la relación del humano con su medio ambiente (Centelles et al., 2014).

El enunciado *stress* biológico propuesto por Selye en mil novecientos treinta y seis, fue clasificado como trastorno al existir un balance entre el goce y agobio; la

teoría revelaba que a falta de estrés el ser vivo se dirigía a la muerte; por lo que, se cree necesario un balance entre positivo y negativo de intensidad (Dosne, 2013).

A partir de lo planteado, Cárdenas y Estefanía (2017) expusieron la aparición de tres modelos en el ámbito laboral: modelo de control y demanda, modelo de esfuerzo y recompensa, modelo transaccional. Además, Duval et al. (2010) señalan que la variable se divide en tres fases: admisión y proceso del estresor, proceso de reacción activa ante la amenaza; respuesta activa de la amígdala e hipocampo, por activar memoria emocional y explícita por las experiencias pasadas.

Así la percepción de estrés debido a que el ser humano tiene la facultad de anticiparse a los sucesos, se convirtió en un término importante por alterar psicológicamente a las personas, al darse el espacio de buscar soluciones a hechos no ejercidos (Kaur y Whalley, 2020). Por ende, Duval et al. (2010) definen dicha conducta como una alteración significativa para el ambiente y organismos, sin embargo, el cuerpo produce tres mecanismos de defensa al verse atacado; las reacciones anticipadas son moderadas por la hormona corticotropina (CRH), por el hecho que a mayor nivel de estrés, el CRH percibe amenaza y disminuye su ritmo sanguíneo del hipotálamo; eje hipotálamo hipófisis adrenal (HPA), al detectar intensidad produce adrenalina y genera hormonas reguladoras afectando el funcionamiento cotidiano de los órganos; el glucocorticoide, es considerado como un mediador entre el sistema inmunológico y sistema nervioso central, generando alteraciones patológicas.

Por lo antes descrito, la variable percepción de estrés es definida como una actividad agresiva y detallada, a pesar de adaptarse ante las amenazas mediante una respuesta de escape (Acevedo et al., 2016).

Según los creadores de la Escala de Estrés Percibido (PSS), manifiestan

abundantes riesgos psicosociales y ambientes que producen a corto plazo daños físicos y mentales; sin embargo, indican que dichos efectos solo suceden ante presencias de amenazas o situaciones que pone frente a un evento emocional; resaltando que variará la intensidad dependiendo de la personalidad y factores ambientales. Por esa razón los autores mencionados clasifican al estrés percibido en dos niveles: positivo (*eustrés*) y negativo (*distrés*) (Cohen et al., 1983).

Con esa premisa, Centelles et al. (2014) catalogan al *eustrés* como una experiencia satisfactoria que alcanza el sujeto mediante su talento; es más, la experiencia de dicho tipo permite que el ser humano se enfrente a retos diarios, evidencie su autoconfianza, creatividad y motivación en labores personales o laborales; por el contrario, la terminación *distrés* es definido como un suceso pesado e imprevisto, que desencadena una alta desesperanza, fracaso, separaciones familiares o de pareja, falta de autocontrol emocional, entre otros producidos por la intensidad de situaciones.

Por otro lado, Guzmán y Reyes (2018) desarrollaron la validación del instrumento en adultos residentes de Lima por la gran variedad de cultura que las personas intercambian diariamente, explicando a la percepción de estrés como un acontecimiento propio del entorno, al producirse una interacción activa entre un estímulo y respuesta; sin embargo, se denota si se presencia alguna incapacidad a dicho objetivo.

Por último, luego de la creación del instrumento, Lazarus y Folkman en 1986 evalúan mayores recursos y comportamientos del estrés como una conexión incierta entre el sujeto y contexto; igualmente, destacan que se evidencia con mayor rapidez cuando la valoración de una persona se coloca en peligro. Por eso, el estrés no es visto como un hecho inevitable, sino como una situación delicada de afrontamiento

consciente (Crespo et al., 2003; Vera, 2005).

Teoría de Lazarus

Desde una primera perspectiva, logró comprender que cada experiencia pasa por un proceso cognitivo antes de determinarlo como estresor. El psicólogo Lazarus después de estudiar la teoría de mil novecientos sesenta y seis personas, complementando a mil novecientos ochenta y seis, desarrolló diferentes fundamentos de la psique: base fisiológica y social, demostrando al individuo como exclusivo en físico, etnias y experiencias para evaluar; percepción, al analizar de modo profundo alguna situación; accionar, por crear recursos de afronte a corto plazo (Cuevas y García, 2012).

Teoría de Lazarus y Folkman

Finalmente, luego de lo hallado, atienden con mayor minuciosidad al estrés que produce a largo plazo un desequilibrio general del cuerpo humano; por ello, Lazarus y Folkman se unieron en su teoría *WayS of Coping* (WOC) mencionando ocho estrategias: confrontación; intento de solución mediante enfrentamiento, planificación; desarrollar planeamiento de solución; distanciamiento, evitación de cualquier tipo de contacto con el problema; autocontrol, analizar sentimientos y dominarlos; aceptación, reconocer la situación y asumir la responsabilidad del problema; evitación, pensamiento imaginario de la situación; reevaluación, examinar aspectos buenos y aprendizaje de dicha situación; por último, búsqueda de ayuda, recurrir a personas directas y/o indirectas para mayor orientación del problema (Crespo et al., 2003).

A modo de cierre, según Kaur y Whalley (2020) un erróneo manejo de

percepción de estrés produciría preocupaciones en las personas, desencadenando descontrol o utilidad; es así, que distinguen dos tipos: problema real, reconocimiento del conflicto y sus posibles soluciones a corto plazo; e hipótesis, imaginan catástrofes que no existen.

Se hizo una indagación en la coyuntura de pandemia; identificando, un impacto de signos suicidas en el personal de primera línea, como: culpabilidad, anhelo a morirse, vacío, ansioso, insomnio, agitación, constante dolor emocional y físico, etcétera (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Además, el MINSA (2021a) evidenció seiscientos catorce actos suicidas en el dos mil veinte y más de doscientos en el dos mil veintiuno, debido a causas multifactoriales que producen desesperanza, percepción de estrés, cambios emocionales y comportamientos autodestructivos; destacando que, cada cuarenta segundos un sujeto se suicida. El personal médico se ha visto más afectado durante el siglo del bicentenario en Perú, al manifestarse doscientos sesenta y seis fallecidos al inicio del año y aumentar a cuatrocientos uno en dos meses, debido a contagios por cumplir con sus labores humanas. Cabe resaltar, que la suma de infectados entre el año dos mil veinte y dos mil veintiuno fue de trece mil trabajadores de la salud, mientras que, sesenta personas del mismo rubro se encontraban en cuidados intensivos (CMP, 2021a).

1.2. Evidencias empíricas

Según ciertos criterios científicos, se pudo comprobar que Ayala et al. (2022) abordaron como objetivo el vínculo entre la calidad de sueño (variable A) y satisfacción (variable B) en médicos de un centro militarizado de Paraguay, de las cuales el 58.5% de los participantes eran hombres entre dieciocho a cuarenta y cinco años; empleando la herramienta de Calidad de Sueño (PSQI) y Satisfacción Laboral S20/23. Los tanteos mediante la herramienta PSPP, evidenciaron la existencia de un

vínculo alto entre el sueño y satisfacción profesional, por lo que, la variable A mejora a la mayor cantidad de trabajo y movimiento, pero al exceder las horas la variable B se ve afectada, quedando como evidencia significativamente (*Odds Ratio*=5.5; $p=>.05$). Sin embargo, los autores proponen seguimiento a pesar de la correlación, por verse abandonada la preocupación de algunos centros de trabajo en respecto de las horas mínimas y máximas que un trabajador necesita.

A su vez, Arriola et al. (2021) determinaron un vínculo entre el exceso de azúcar y calidad de sueño en médicos durante el incremento de la variante infecciosa de diversos sectores hospitalarios de la provincia de Lima, con un muestreo imparcial de ciento siete participantes entre los treinta y dos a cuarenta años; asimismo, recolectaron dichos avances mediante el índice de Pittsburgh (IP) y Cuestionario por antojos de alimentos; obteniendo por medio del instrumento IBM SPSS *Statistic*, un vínculo significativo, entre más elevado sea la percepción de estrés se incrementará el antojo de comer (79.45%), afectando automáticamente la calidad de sueño (89.71%); generando una correlación (*Odds Ratio*=4.34; $p=>.037$) y repercutiendo según los autores en las relaciones interpersonales sin importar la formación.

Lozano (2020) realizó una exploración sobre el efecto que se propagó del coronavirus (COVID-19) en el personal sanitario tanto médicos como enfermeros de China, contando con un muestreo de doscientos cuarenta y seis personas de ambos géneros entre veinte y cincuenta y nueve años; para ello se utilizaron las herramientas de Auto-evaluación para la Ansiedad (SAS) y Auto-evaluación de Perturbaciones de Estrés Postraumático (PTSD - SS). Algunos desenlaces obtenidos evidenciaron un alto vínculo entre la ansiedad y el estrés, por sentirse expuestos a contagios del SARS-CoV-2, desencadenando una inestabilidad psicológica sobresalientes en las féminas que en los hombres; y debido a ello, los autores observaron que los síntomas

más resaltantes eran los depresivos, siendo más propensos a suicidios, autolesiones psicológicas, sentimientos de soledad e insomnio al acostarse; al igual que síntomas físicos, como: constantes mialgias en todo el cuerpo, taquicardias, náuseas y mareos; al igual que síntomas perceptivos del yo, como: sentimiento de preocupación, culpa e ira por sentir su situación actual.

De este mismo modo, Villena (2020) realizó una investigación con una muestra de sesenta médicos de veinticuatro a treinta años del Hospital de Ate Vitarte, para descubrir si se presenta un nexo dentro del mal sueño de calidad y salud anormal, empleando un diseño observacional transversal; para así, utilizar los instrumentos de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), Inventario Depresivo de Beck (BDI), Ansiedad de Zung (EAA) e Inventario SISCO de Estrés. Los resultados mediante la herramienta SPSS, demostraron que es directa y significativa la conexión entre la percepción de estrés y sueño ($Rho=.372$; $p<.001$); resaltando con eso, un déficit en el bienestar corporal, mental y personal, por lo que produce un abandono al cuidado propio y productividad laboral.

Finalmente, A et al. (2017) investigaron mediante un modelo observacional transversal el estrés y sueño de calidad en ciento setenta médicos en guardia del estado en Corea entre veintiocho años a más, de los cuales presentan problemas persistentes gastrointestinales (TFGI) y algunos con carencia de dicha enfermedad gastrointestinal (FGID), teniendo como instrumentos el Cuestionario de Roma III y Pittsburgh Índice (PSQI). Con ello, se pudo determinar con el programa estadístico SPSS que entre el mal dormir y el estrés severo ($or=4.17$; $p<.016$), existe una correlación significativa; es decir, debido al insomnio y poco sueño se muestra una alta tasa de estrés y efectos emocionales.

1.3. Planteamiento de problema

Debido a la información recolectada entre ambas variables, se determinó fundamental preocuparse por la salud física y mental del personal médico, debido que es un profesional dedicado a la protección de los humanos desde su nacimiento hasta su muerte; además, de ser una carrera con alta demanda en todo el mundo (Universidad privada Telesup, 2019). La clínica Galatea (2020) bajo su estudio al profesional de la salud, dio a conocer que gran parte de sus objetivos y necesidades es brindar cuidado a los otros, sacrificándose como persona natural. Como punto adicional la investigación de Fernández (2018) brindó una visión más clara sobre las dificultades que presentan los médicos en el país, conllevando a separarse de algunas entidades públicas, por el hecho de no percibir los suficientes reconocimientos económicos por el incremento de labores y horas adicionales, también por la baja calidad de atención por el crecimiento de demanda en cortos tiempos.

El médico interactivo (2022) mediante la última capacitación sanitaria del año, resaltó como preocupante los limitados profesionales en establecimientos privados y públicos, debido al cumplimiento de su jubilación, falta de infraestructuras adecuadas e implementos tecnológicos. Sin embargo, desde el año mil novecientos noventa y uno, el sector salud implementó las atenciones privadas y exclusivas para algunas instituciones, en cambio, hoy en día dicho sector es un apoyo y refuerzo para contratacar rápidamente sin importar la gran saturación, asimismo, ambos sectores presentan falta de instituciones, implementos deplorables y cobros excesivos para servicios (Altamirano, 2020). Otro estudio que nos apoya a llegar a la pregunta de investigación, Rodríguez (2021) añade que la salud privatizada en los peruanos tiene como consecuencia las deficiencias en la salud pública, así como el limitado acceso

de calidad y herramientas que se necesitan. El sector privado es asociado como una compañía internacional, que priorizó el cambio constante en drogas farmacéuticas y algunas compañías socias de herramientas tecnológicas, con el propósito de mejora de la demanda.

A pesar de ello, se comprobó que durante años el sector privado pasó a un segundo plano en estudios, dando prioridad al sector público por las constantes quejas y necesidad, sin embargo, en Perú se comprobó que, en ambos sectores, los médicos perciben un mismo salario sin diferenciar regiones o establecimientos, es decir, los trabajadores permanecieron ocho horas diarias adicionando horas extras que normalmente no suelen estar incluidas a sus jornadas (Rojas, 2021). Por esa razón, esta investigación busca ampliar mayor conocimiento a la gran escasez y abandono a los médicos privados, según Barja (2022) el personal médico asumió retos a pesar de las adversidades geográficas o culturales, centrándose en brindar una atención de calidad y adecuada, ante cualquier virus o emergencia sanitaria. Por esa razón, el MINSA (2023) brindó seguimiento y capacitaciones para prevenir futuros daños mentales y psicosociales que suelen aquejar a los médicos. La Academia Nacional de Medicina (2020) halló en su estudio en médicos privados que durante los años de pandemia o alta demanda, fueron acusados de haber sido negligentes por dejar morir a una persona durante pandemia o permitir que pacientes lleguen a cuidados intensivos, debido que ellos tienen una obligación de salvar vidas.

Con lo mencionado anteriormente, los médicos privados también son propensos a sufrir cualquier tipo de alteración por presión, usualmente la mala calidad de sueño suele afectar al sistema inmune, derivando diversos problemas o enfermedades crónicas que inhiben daños cognitivos que bajan el rendimiento. Asimismo, los médicos son propensos a dichas alteraciones por las jornadas

laborales que sostienen al mantenerse despiertos o turnos rotativos o turnos con descansos intercalados o amanecidas constantes, que a largo plazo generan un agotamiento laboral y una percepción de estrés de todas sus obligaciones (Arteaga, 2021). Añadiendo, Marín y Satizábal (2018) la mala calidad de sueño en personal de la salud, suele involucrarse por un errado mantenimiento, agitación nocturna, movimientos constantes, pesadillas, parálisis de sueño, tiempo reducido del descanso, tensión, ansiedad o mala percepción de estrés; dicho así, los autores encontraron una correlación negativa entre el estrés y calidad de sueño por el turno de diurna que sostienen, mientras uno se agudice el otro será peor. Complementando Arriola et al. (2021) que el médico durante altas demandas de labores, atraviesa diversas emociones y cansancio físico, que incrementan sus ansias de comer azúcar por el poco tiempo de descanso.

Además, García y Gil (2016) mencionan que la percepción de estrés cuando suele afectar al médico, también transmite el padecimiento al paciente. Dicha presencia suele manifestarse por las constantes exposiciones al trabajo masivo, presiones por la vocación de ayudar a los otros y pacientes complicados, que exigen una adecuada herramienta terapéutica. Muchos de los médicos por el constante estrés percibido buscan migrar internamente o externamente del país, por sentir que las situaciones escapan de su control, como inseguridades ciudadanas, atasco de vehículos y falta de tiempo al momento del descanso deteriorando su calidad de vida (Santiago et al., 2017). Finalmente, se busca aclarar que la vida del personal médico de un sector privado también es de suma importancia, al presenciar diversos riesgos que vulneran su bienestar, así como se manifiesta líneas anteriores, la percepción de estrés es influyente por la calidad de sueño que producen un impacto en un correcto bienestar psicosocial (Cozzo y Reich, 2016).

1.3.1. Formulación de problema

Ante lo ya expuesto en los apartados anteriores, se aborda la siguiente interrogante ¿Existe relación entre la calidad de sueño y percepción de estrés en personal médico de instituciones privadas de Lima Metropolitana?

1.4. Objetivo de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.

1.4.2. Objetivos específicos

Identificar la relación entre las dimensiones de calidad de sueño y las dimensiones de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.

Identificar las diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana según género.

Identificar las diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana según jornadas laborales.

Identificar las diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de Lima Metropolitana según años de servicio en instituciones privadas.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis de investigación

Existe relación entre calidad de sueño y percepción de estrés en un grupo de médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.

1.5.2. Hipótesis específicas

Existe relación entre las dimensiones de calidad de sueño y las dimensiones de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.

Existe diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana según género.

Existe diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana según jornadas laborales.

Existe diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de Lima Metropolitana según años de servicio en instituciones privadas.

1.5.3. Variables y definición operacional

Tabla 1

Matriz de la operacionalización de las variables

Variables(s)	Dimensión	Conceptos operacionales	Indicador	Ítems	Instrumento
Calidad de Sueño	Calidad subjetiva de sueño	Prioriza el dormir y despertar para mayor funcionalidad diaria.	Toma de fármacos	N°6.1 N°6.2	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) de Berman, Buysse, Monk, Reynolds y Kupfer (1989).
	Latencia de sueño	Periodo transcurrido entre el recostarse y las primeras fases de sueño.	Tiempo para dormir Problemas para quedar dormido	N°2 N°5a	
	Eficiencia de sueño	La cantidad de tiempo reposado de forma consciente.	Periodo de despertar Horario de dormir	N°3 N°1	Validación: Agüero, Luna y Robles (2015).
	Perturbación de sueño	Presencia de alteraciones nocturnas	Alteración para dormir	N°5b N°5c N°5d N°5f N°5g N°5h N°5i N°5j	
	Disfunción diurna	Somnolencia excesiva	Actitud frente a tarea Evaluación de sueño	N°8 N°9	

	Duración del dormir	Cantidad de horas que se cree descansar.	Horas dormidas	Nº4	
	Uso de medicamentos	Sustancias temporales del sueño.	Problemas de estar despierto	Nº7	
Percepción de Estrés	Estrés positivo (<i>eustrés</i>)	Experiencia satisfactoria mediante el talento personal.	Satisfacción de solución conflicto	Nº4 Nº5 Nº6 Nº7 Nº9 Nº10 Nº13	Escala de percepción global de estrés (EPGE) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983).
	Estrés negativo (<i>distrés</i>)	Situación imprevista e intensa que produce desesperanza.	Pensamiento contraste de desaciertos	Nº1 Nº2 Nº3 Nº8 Nº11 Nº12	Validación: Guzmán y Reyes (2018).

Nota. Propia elaboración.

CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación se desarrolló mediante una base empírica con una orientación de método cuantitativo, teniendo una iniciativa de disponer la agrupación entre las dos variables, por lo tanto, suelen obtener altos divisores que intervienen con la realidad (Medina, 2017). Según Ato et al. (2013) este trabajo es empírico no experimental de estrategia asociativa, al ser concreto y al no producir algún tipo de intervención directamente en personas que guardan relación, explicando los comportamientos naturales frente a algunas situaciones o experiencias. Debido a ello, al adoptarse estrategias asociativas con una temporalidad transversal, ya que realizamos la medición en un determinado periodo de tiempo, asimismo, el grado de control es de tipo correlacional simple (DCS), al centrarse en explorar una conexión dentro de la calidad de sueño y percepción de estrés en un sector exclusivo, sin generar un control extraño a los datos característicos por lo que tienen una misma condición metodológica (Ato y Vallejo, 2015).

2.2. Participantes

La recolección científica estuvo empleada bajo la técnica del muestreo no probabilístico, conformado en una elección por conveniencia de características, que obedecieron a criterios no inferenciales; además, los análisis fueron elegidos por un muestreo por cuotas, al cumplir con varios estratos para adquirir mayor colaboración de profesionales de la salud (Hernández y Mendoza, 2018).

Es necesario subrayar que la indagación cumplió con todos los criterios de inclusión, como: médicos que estén laborando o hayan laborado en alguna institución

privada al menos por diez años. A parte, los criterios de exclusión fueron: médicos que cuenten con experiencia laboral menor de diez años en una institución privada y que no deseen colaborar de manera voluntaria en el estudio.

Características sociodemográficas de la muestra

Los doscientos dos médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana, oscilaron entre los veinticinco y ochenta años, conformados por ciento veintinueve mujeres y setenta y tres hombres; pertenecientes a sesenta y tres diferentes clínicas y con una variación de treinta y seis especialidades validadas en el ámbito de la salud.

Tabla 2

Edades de médicos de instituciones privadas

	Edad
Valor	202
Media	48.03
D.E.	11.72
Mínimo	25.00
Máximo	80.00

Nota. *D.E.*= Desviación estándar.

En la tabla 2, los doscientos dos médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana, oscilaron entre los veinticinco a ochenta años ($M=48.03$; $D.E.=11.72$).

Tabla 3*Género y Estado civil en médicos de instituciones privadas*

Género		Estado civil				
		Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Conviviente
Masculino	<i>f</i>	20	33	0	7	13
	%	27.40 %	45.21 %	0.00 %	9.59 %	17.80 %
Femenino	<i>f</i>	48	61	1	8	11
	%	37.20 %	47.29 %	0.78 %	6.20 %	8.53 %
Total	<i>f</i>	68	94	1	15	24
	%	33.66 %	46.53 %	0.50 %	7.43 %	11.88 %

Nota. *f*= Frecuencia absoluta, %= Porcentaje de variables.

En la tabla 3, se detectó que respecto al estado civil de los hombres se encontró que un 27.40% son solteros, 45.21% son casados, 9.59% son divorciados y 17.80% son convivientes; sin embargo, en cuanto a las mujeres se observó que un 37.20% son solteras, 47.29% son casadas, 0.78% son viudas, 6.20% son divorciadas y por último un 8.53% son convivientes; además, con un total de solteros de 33.66%, casados de 46.53%, viudos de .50%, divorciados de 7.43% y convivientes de un 11.88%. Por lo que, se considera con un mayor promedio en solteros a las mujeres con un 37.21%; al igual que, casados con un 47.29%; sin embargo, en hombres se evidenció mayores divorcios con un 9.59% y convivientes con un 17.81%.

Tabla 4*Jornada laboral y Atención a pacientes COVID-19 en médicos de instituciones privadas*

Jornada Laboral	Atención a paciente COVID-19		
		Si	No
Completa	<i>f</i>	58	91
	%	38.93 %	61.07 %
Parcial	<i>f</i>	15	38
	%	28.30 %	71.70 %
Total	<i>f</i>	73	129
	%	36.14 %	63.86 %

Nota. *f*= Frecuencia absoluta, %= Porcentaje de variables.

En la tabla 4, se pudo resaltar que un 38.93% de médicos con una jornada completa atendían a pacientes con COVID-19, a diferencia del 61.07% no lo realizaba; de igual modo, en jornada parcial un 28.30% brindaban atención médica a pacientes sintomáticos y un 71.70% no proporcionaba atención a pacientes COVID. Contrastando con ello, se encontró que un total de 36.14% de médicos prestan atención a pacientes con COVID-19; sin embargo, por lo contrario 63.86% de médicos rechazan la atención.

Tabla 5*Jornada laboral y Contagio de COVID-19 en médicos de instituciones privadas*

Jornada Laboral		Se contagió de COVID-19	
		Si	No
Completa	<i>f</i>	72	77
	%	48.32 %	51.68 %
Parcial	<i>f</i>	20	33
	%	37.74 %	62.26 %
Total	<i>f</i>	92	110
	%	45.54 %	54.46 %

Nota. *f*= Frecuencia absoluta, %= Porcentaje de variables.

En la tabla 5, respecto a las cifras de contagios de COVID-19 de los encargados de salvaguardar la vida, en su jornada completa 48.32% de médicos se contagiaron y 51.68% no lo hicieron; además, en la jornada parcial un 37.74% se contagiaron de COVID, mientras que un 62.26% evidenció no haber tenido síntomas ni signos de haberse enfermado del virus. De esta manera, la muestra evidenció un total 45.54% de contagios de COVID-19 en médicos privados y un 54.46% en no contagios.

Tabla 6*Jornada laboral y Jornada de guardias nocturnas en médicos de instituciones*

Jornada Laboral	Jornada de guardias nocturnas		
		Si	No
Completa	<i>f</i>	52	97
	%	34.90 %	65.10 %
Parcial	<i>f</i>	13	40
	%	24.53 %	75.47 %
Total	<i>f</i>	65	137
	%	32.18 %	67.82 %

Nota. *f*= Frecuencia absoluta, %= Porcentaje de variables.

En la tabla 6, ante la coyuntura sanitaria, se detectó que el 34.90% del personal que laboraba durante una jornada completa tenía mayor probabilidad de cumplir con guardias nocturnas y un 65.10% no lo requerían; así mismo, en la jornada parcial se visualizó que un 24.53% si afrontaban una jornada de guardias, mientras que un 75.47% no lo realizaba en su centro de labor. Los efectos revelaron que el personal médico de una institución privada si realiza jornadas nocturnas con un total de 32.18% y un 67.82% no realizaba ninguna jornada nocturna.

Tabla 7*Género y Jornada laboral en médicos de instituciones privadas*

Género	Jornada laboral		
	Completa	Parcial	
Masculino	<i>f</i>	49	24
	%	67.12 %	32.88 %
Femenino	<i>f</i>	100	29
	%	77.52 %	22.48 %
Total	<i>f</i>	149	53
	%	73.76 %	26.24 %

Nota. *f*= Frecuencia absoluta, %= Porcentaje de variables.

En la tabla 7, se lograron denotar en las jornadas laborales que tienen los trabajadores del sector médico, los del género masculino cumplían con un 67.12% en jornada completa, mientras que un 32.88% en jornada parcial; así también, las del género femenino oscilaban entre 77.52% en jornada completa y 22.48% de jornada parcial; evidenciando un total de jornada completa entre hombres y mujeres en un 73.76% y en jornada parcial un 26.24%.

Tabla 8

Atención en consultorio privado y años de servicio en médicos de instituciones privadas

		Años de servicio		
		1	2	3
Si	<i>f</i>	47.00	28.00	20.00
	%	49.40 %	29.40 %	21.2 %
No	<i>f</i>	46.00	39.00	22.00
	%	42.99 %	36.45 %	20.56 %
Total	<i>f</i>	93.00	67.00	42.00
	%	46.4 %	33.17 %	20.43 %

Nota. *f*= Frecuencia absoluta, %= Porcentaje de variables. 1= 10 a 15 años, 2= 16 a 20 años, 3= 21 a más años.

En la tabla 8, se pudo denotar que el personal de la salud con diez a quince años de antigüedad demostraron que un 49.47% si laboraban en un consultorio privado a parte de su institución, sin embargo un 42.99% no lo efectuaba; comparado, con los que llevaron dieciséis a veinte años evidenciaron que el 29.47% sí brindó atención médica, en paralelo del 36.45% de adultos que evitaban; como cierre, se constató que el personal con más de veintiuno años de experiencia realizaban 21.06% de atención a pacientes, mientras que un 20.43% de doctores de diferentes especialidades.

2.3. Medición

2.3.1. Instrumento de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP)

Se tomó por consideración la herramienta ICSP, para la indagación del sueño de calidad que desde un primer momento fue elaborado por Berman et al. (1989) en país estadounidense, con la intención de estimar la calidad de sueño y sus perturbaciones anormales; Agüero et al. (2015) lo adaptaron en los habitantes

peruanos en unas muestras de cuatro mil cuatrocientos cuarenta y cinco adultos a partir de los dieciocho años a noventa y ocho años, residentes de Lima y Callao.

La herramienta dispone de siete facetas, calidad subjetiva (n°6), latencia (n°2 y 5a), eficiencia (n°3 y 1), perturbación (n°5b y 5j), desorden diurna (n°8 y 9), duración del dormir (n°4) y uso de medicamentos (n°7); con la opción de respuesta del estilo de *Likert*, formato entre 0 a 3 puntos, con un tiempo de duración de 15 minutos aproximados; asimismo, el sumatorio de los componentes en conjunto debe dar un resultado de 0 - 21 puntos, por lo que, se determinará si el sujeto presenta problemas graves o leves de sueño. Valorado como: correcta calidad, de 0 - 5 puntos sin complicaciones; e incorrecta calidad, 6 - 7 puntos requerirá asistencia médica, 8 - 14 puntos asistencia y tratamiento; y, 15 - 21 puntos problema grave.

Validez de constructo.

Se efectuó una estructura de estudio factorial exploratorio, desarrollando un patrón de extracción no rotativo producto de tres factores de varianza, con una carga factorial de: factor I (.55; .64; .70; .52), factor II (.57) y factor III (.58; .59).

Confiabilidad alfa de Cronbach.

Se alcanzó de la estructura interna un análisis estadístico de $\alpha=.56$; de igual forma, se evaluaron las siete dimensiones bajo la correlación de Pearson, dando un resultado entre $r=.08$ y $.49$; destacando, el componente de eficiencia con $p=.66$.

2.3.2. Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE)

Cohen et al. (1983) crearon la herramienta EPGE para determinar la percepción del estrés estuvo originado en Estados Unidos, con el fin de valorar qué situaciones diarias son apreciadas como estresores; para luego, ser adaptado por

las señoritas Guzmán y Reyes (2018) en trescientos treinta y dos adultos peruanos con edad media de 19.1, residentes en Lima.

Este test consta de dos facetas: estrés positivo (n°4, °5, °6, °7, °9, °10 y °13); y, estrés negativo (n°1, °2, °3, °8, °11 y °12), de 5 elecciones de respuesta mediante la escala de Likert, con una duración aproximadamente de 15 minutos; la suma de las dimensiones en conjunto debe dar un resultado de 0 a 29 puntos; por lo que, se categoriza si el sujeto presenta un nivel leve o grave de estrés. Puntuados como: nivel leve, 0 - 9 puntos *distrés*; 0 - 17 puntos *eustrés*; nivel intermedio, 10 - 12 puntos *distrés*; 10 - 22 puntos *eustrés*; por último, nivel grave, 13 - 24 puntos *distrés*; 23 - 28 puntos *eustrés*.

Validez de constructo.

Se empleó a la distribución interna una prueba factorial confirmatorio, corroborando que la herramienta es idónea al modelo estadístico bifactorial; de los cuales, resaltó significativamente los índices: $S-BX^2=856.9$; $RMSEA=.68$; $CFI=.97$; y, $AIC=938.9$.

Validez de contenido.

Los baremos elegidos fueron revisados y aprobados por nueve de once jueces expertos en la ciencia, contrastando la importancia de la normativa y plantillas lingüísticas.

Confiabilidad alfa de Cronbach.

Se examinó la congruencia interna del instrumento para determinar que existe una alta significancia estadística de $\alpha=.79$ en *eustrés* y $\alpha=.77$ en *distrés*; así mismo,

se detectaron errores en la correlación corregida entre $r=.41$ y $=.60$ del *eustrés*; de igual forma, en el *distrés* de $r=.32$ y $=.59$.

Por esa razón, se puede concluir que los índices del instrumento Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE) al hallarse entre .7 y .9 son altamente confiables para la muestra de médicos del actual estudio.

2.3.3. Ficha sociodemográfica

En cuanto a la investigación, se realizó una ficha de características sociodemográficas para detectar las posibles diferencias en los participantes sometidos al actual estudio; tales como: lugar del centro privado que labora o laboró, género, estado civil, edad, tiempo de antigüedad laborando en dicho centro, nombre del centro de salud privado, especialización, si cuenta con consultorio privado, tipo de jornada laboral, atención a pacientes COVID-19 y por último, si se contagió de COVID-19. Cabe resaltar, que la información recolectada fue formulada en una escala nominal u ordinal.

2.4. Procedimiento

Para la elaboración del presente estudio se procedió a realizar un afiche con acceso a código QR y link del propio cuestionario elaborado por un formulario de Google que es gratuito y de acceso libre, con el fin de informar de manera online y cumpliendo con los criterios de coherencia y claridad los objetivos de la investigación enfocados en médicos del sector privado. Asimismo, el cuestionario fue compartido mediante diferentes páginas de redes sociales por la coyuntura del COVID-19 y asistencia a centros privados para su mayor propagación.

Cabe señalar que el tipo de recolección de datos se ampara en un muestreo no probabilístico, se estimó un periodo de duración no mayor a 20 minutos de evaluación, con el propósito de llegar a la mayor cantidad requerida de respuestas.

2.5. Aspectos éticos

Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (CPSP) (2018) acorde a la ley N° 30702 de protección al previo consentimiento al utilizar la imagen de cualquier ser humano o en caso contrario, se haya presentado personas con alguna discapacidad o habilidad diferente, se solicite una licencia del representante autorizado por la ley; asimismo, se consideró el bienestar psicológico de los voluntarios de dicho estudio por encima de algún interés científico. Y luego al finalizar, los datos recolectados estuvieron prohibidos de cualquier tipo de alteración por ambas partes, después de haber culminado con el proceso autorizado legalmente por el centro universitario y validez del instrumento por los autores pertinentes.

Del mismo modo, según los principios morales de *American Psychological Association* (APA) (2010) fue importante fidelizar y obtener un buen *rapport* con los participantes, con el propósito de conocer las normas de convivencia e informar en caso los resultados sean grabados o fotografiados; además, quedaron anulados cualquier medio de incentivo inapropiados para lograr el objetivo de la investigación inicial.

2.6. Análisis de los datos

Las datas recaudas procesaron en el estadístico *JASP* versión 14.01, aplicando el estadístico de *Shapiro Wilk*; por ende, se decretó que no se encuentra en la curva de normalidad, por lo cual se trabajó con el estadístico no paramétrico de *Rho* de Spearman, para localizar el vínculo dado en las dos variables del estudio.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Tabla 9

Análisis descriptivo

	N	Media	D.E.	Asimetría	Std. Error Asimetría	Curtosis	Std. Error Curtosis
Percepción de estrés	202	10.00	4.01	-0.16	0.17	-0.82	0.34
Calidad de sueño	202	43.00	4.80	-2.49	0.17	14.73	0.34

Nota. *N.*= Muestra, *D.E.*= Desviación estándar.

En la tabla 9, se refleja que la percepción de estrés muestra un equilibrio de asimetría y curtosis ($<-.1$) denotando una curva platicúrtica, con una media aritmética y desviación estándar en los médicos ($M=10.00$; $D.E.=4.01$); sin embargo, calidad de sueño presentó una asimetría y curtosis ($>.1$) indicando que presenta una curva leptocúrtica, con una media aritmética de los doscientos dos médicos ($M=10.00$) y una desviación estándar ($D.E.=4.01$).

Tabla 10

Análisis de normalidad

	E.S.H.	D.S.	L.S.	P.S.	C.S.S.	U.M.	D.D.	E.N.	E.P.
N.	202	202	202	202	202	202	202	202	202
Shapiro-Wilk	0.72	0.84	0.86	0.78	0.86	0.78	0.84	0.95	0.93
P-value of Shapiro-Wilk	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001

Nota. *N.*= Muestra, *E.S.H.*= Eficiencia de sueño habitual, *D.S.*= Duración del sueño, *L.S.*= Latencia de sueño, *P.S.*= Perturbación de sueño, *C.S.S.*= Calidad subjetiva de sueño, *U.M.*= Uso de medicación, *D.D.*= Disfunción diurna, *E.N.*= Estrés negativo, *E.P.*= Estrés positivo.

En la tabla 10, en primer lugar, se efectuó la verificación de la normalidad de

datos, trabajando con las dimensiones de cada uno de los constructos, como son: calidad subjetiva, latencia, eficiencia, perturbación, disfunción diurna, duración del dormir y uso de medicamentos; aparte de, estrés positivo y estrés negativo. Utilizando el estadístico *Shapiro Wilk*; puesto que, demostró mayor precisión por encima del programa estadístico *Komogorov Smirnov*; al poseer, una mayor certeza y aproximación al análisis de la normalidad, acomodándose a la muestra de doscientos dos médicos.

En base con lo anteriormente mencionado, el análisis de los resultados constató que no existe una distribución normal en ninguna de las dimensiones, ya que sus significancias estadísticas se ubican en un valor $p < .01$; el cual indica, el uso de estadística no paramétrica, con una correlación inferencial de Spearman.

Tabla 11

Correlación entre la calidad de sueño y percepción de estrés

Variable	Calidad de sueño
Percepción de estrés	0.14 *

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Se trabajó con *Rho Spearman*.

En la tabla 11, a través del estadístico de Spearman, evidenció un vínculo significativo y directamente proporcional dentro de las dos variables del sueño de calidad y estrés percibido en personal sanitario de instituciones privadas de Lima Metropolitana ($Rho = .14$; $p < .05$).

Tabla 12

Correlación entre las dimensiones de calidad de sueño y percepción de estrés

Variable		E.S.H.	D.S.	L.S.	P.S.	C.S.S.	U.M.	D.D.
Estrés negativo	<i>Rho</i>	0.12	0.23**	0.29***	0.61***	0.51***	0.47***	0.62***
	<i>P-value</i>	0.08	1.16e-3	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Estrés positivo	<i>Rho</i>	-0.02	-0.14*	-0.20**	-0.34***	-0.24***	-0.30***	-0.41***
	<i>P-value</i>	0.81	0.05	3.46e-3	< .001	< .001	< .001	< .001

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Se trabajó con *Rho* Spearman, *E.S.H.*= Eficiencia de sueño habitual, *D.S.*= Duración del sueño, *L.S.*= Latencia de sueño, *P.S.*= Perturbación de sueño, *C.S.S.*= Calidad subjetiva de sueño, *U.M.*= Uso de medicación, *D.D.*= Disfunción diurna.

En la tabla 12, mediante el estadístico Spearman, se observó un vínculo muy significativo y directa entre el estrés negativo y la duración de sueño ($Rho=.23$; $p=1.16e-3$); caso contrario con el estrés positivo y duración de sueño, al detectarse un vínculo inversamente proporcional ($Rho=-.14$; $p<.05$); análogamente, se reflejó un vínculo directamente proporcional y significativamente entre el estrés negativo y latencia en el personal clínico de instituciones de Lima Metropolitana ($Rho=.29$; $p<.001$); sin embargo, entre estrés positivo y latencia evidenciaron un vínculo muy significativo e inversamente proporcional en médicos ($Rho=-.20$; $p=3.46e-3$).

Por otro lado, entre la dimensión de estrés negativo y perturbación se visualizó un vínculo directo ($Rho=.61$; $p<.001$); y entre estrés positivo y perturbación se detectó un nexo muy significativo e inversamente proporcional ($Rho=-.34$; $p<.001$).

También, las dimensiones de estrés negativo y calidad mostraron un vínculo directamente proporcional en médicos ($Rho=.51$; $p<.001$); seguido entre estrés positivo y calidad se reflejó un nexo muy significativo inversamente proporcional ($Rho=-.24$; $p<.001$). En contraste, el análisis entre estrés positivo y medicina señalaron un vínculo inversamente en médicos ($Rho=-.30$; $p<.001$); además, se halló un vínculo directamente proporcional en médicos entre las dimensiones de estrés negativo y medicina ($Rho=.47$; $p<.001$); finalmente, las dimensiones de estrés positivo

y diurna exhibieron un vínculo significativo inversamente proporcional ($Rho=-.41$; $p<.001$); y se visualizó un vínculo significativo e inversamente proporcional en médicos entre estrés negativo y diurna ($Rho=.62$; $p<.001$).

Tabla 13

Diferencias según género

	Test	Statistic	N	P
Percepción de estrés	<i>Student Mann-Whitney</i>	3159.00	202	< .001
Calidad de sueño	<i>Mann-Whitney</i>	5115.50	200	0.31

Nota. N.= Muestra. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

En la tabla 13, se constata que existe diferencia en la percepción de estrés según el género del personal médico ($p<.001$), sin embargo, no existe diferencia en la calidad de sueño según el género del equipo clínico ($p=.31$).

Tabla 14

Diferencias según jornada laboral

	Test	Statistic	N	P
Percepción de estrés	<i>Mann-Whitney</i>	4333.00	202	0.29
Calidad de sueño	<i>Mann-Whitney</i>	4057.50	202	0.77

Nota. Nota. N.= Muestra. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

En la tabla 14, se detectó mediante Mann-Whitney que no existe diferencia en la percepción de estrés y la jornada laboral del personal médico ($p=.29$); semejantemente, a la calidad de sueño y jornada laboral ($p=.77$).

Tabla 15*Diferencias según servicio en instituciones privadas*

	Test	Statistic	N	P
Percepción de estrés	<i>Mann-Whitney</i>	3159.00	202	< .001
Calidad de sueño	<i>Mann-Whitney</i>	5115.50	202	0.31

Nota. Nota. N.= Muestra. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

En la tabla 15, por medio de la prueba *Mann Whitney* se verificó que existe diferencia entre la percepción de estrés según los años de servicios en las instituciones privadas ($p < .001$); en cambio, se pudo denotar que no existe diferencia en la calidad de sueño según la cantidad de años de servicio ($p = .31$).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Este estudio científico con una muestra de doscientos dos médicos demostró que existen conexiones significativas y directas entre percepción de estrés (variable A) y calidad de sueño (variable B) ($Rho=.14$; $p<.05$), en un grupo de médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana, teniendo entre veinticinco y ochenta años.

Nuestros resultados se corroboran con lo localizado por Mendiburu et al. (2021) quienes definen una conexión moderada dentro de las dos variables, en personas entre dieciocho a treinta y cinco años. Asimismo, el seguimiento de Díaz et al. (2020) evidenciaron que persiste una conexión entre las dos variables en quinientos once personas de la salud, sin embargo, determinaron un mayor porcentaje en auxiliares de enfermería y un ligero porcentaje en médicos, entre las edades de veintiuno a sesenta y cinco años. Asimismo, Peña et al. (2019) determinaron que existe una alta conexión en la variable A y la variable B, al conocer que, al ser bajo la calidad de sueño, se verá mayor la percepción de estrés. Por consiguiente, Allende et al. (2022) al disminuir los casos positivos, volvieron a evaluar en el rubro de la medicina y se encontró una relación significativa, al descubrir que la variable B es primordial para una correcta salud mental y la variable A.

Por otro lado, los resultados se contradicen con lo hallado por Medina (2017) afirmando que al ser menor la variable B, el nivel de la variable A será mayor, existiendo una relación invertida. Inclusive, Ayala et al. (2022) efectuaron un análisis en médicos residentes de Paraguay, observando una relación inversa al encontrar que la variable B influye en la producción y genera un aumento en la variable de la satisfacción. La *American Academy of Pediatrics* (2021) halla una relación significativa en las variables en menores de edad, a causa de haber perdido un tutor

por COVID-19. Así también, Ramírez et al. (2020) rechazaron una posible asociación entre la variable A y B, al observar en su estudio científico que la variable B, tiene mayor contraste con las emociones negativas. Igualmente, Guevara (2022) realizó un estudio durante la pandemia y se contrastó que no existía ningún tipo de vínculo dentro del sueño de calidad y estrés percibido en médicos residentes de Tacna - Perú, debido que predominaba su agotamiento emocional y su alto nivel de despersonalización.

En cuanto a las dimensiones de las variables, se halló una vinculación significativa y directa entre las facetas de estrés negativo con duración de cansancio, latencia, perturbación, calidad y consumo de medicamentos; no obstante, se encontró un vínculo inversamente entre el estrés positivo con duración de cansancio, latencia, perturbación, calidad, consumo de medicamentos y diurna, detectándose de igual manera, entre estrés negativo con diurna. De igual manera, Lopategui (2000) confirmó los resultados al encontrar un vínculo significativo entre el estrés negativo (*distrés*) con dificultades en el sueño, además de otras inquietudes en el ser humano. Incluso, Buttazzoni y Casadey (2018) afirmaron que el *distrés* produce un riesgo a la calidad de sueño del personal médico, generando una relación significativa por el descanso inadecuado.

De manera contraria a lo encontrado, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) (2021) indicó que existe un vínculo entre el estrés negativo y malestares emocionales con el entorno. Así también, López (2017) halló una relación significativa entre el *distrés* con alteraciones emocionales, físicas y conductuales. Bairero (2017) determinó que el *distrés* tiene una correlación con el desequilibrio producto de afecciones orgánicas. Asimismo, se determinó que el *distrés* tiene una asociación mayor con las enfermedades hormonales en el desarrollo humano.

Contrastando los resultados, Buttazzoni y Casadey (2018) determinaron que existe mayor conexión entre las facetas de sueño de calidad y productividad en las actividades. De igual modo, Gallegos et al. (2018) detectaron que las dimensiones del estrés positivo tienen un vínculo directo con el equilibrio y la resistencia en los individuos. Incluso Cavalheiri et al. (2021) mediante su estudio en el personal médico, descubrieron un mayor nexo entre la las dimensiones de calidad de sueño y alteraciones mentales.

Con relación al seguimiento del género en personal clínico, se observó que existe diferencia en la percepción de estrés según el género que presentaba la muestra; pero a pesar de ello, se observó que no existe diferencia en la calidad de sueño que presentaban según el género. Los resultados se comprueban con el estudio de INFOBAE (2017) al percibir una conexión significativa entre la percepción de estrés y las mujeres entre veinticinco a cincuenta y cuatro años, como también en hombres de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años. Seguidamente, DPA (2022) encontró una conexión alta entre ambas variables producto de las liberaciones hormonales.

Sin embargo, Martínez (2022) confirmó la poca conexión que existe entre calidad de sueño y las personas, determinando mayor relación solo con el género femenino producto de cambios emocionales. También, Barahona (2015) mediante su estudio comprobó que las mujeres presentan una buena calidad de sueño por la identificación temprana de las alteraciones.

Por otra parte, se determinó que no existe diferencia entre ambas variables según las jornadas laborales que tenían los médicos. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2021) encontró que las jornadas laborales en exceso tenían mayor relación con las enfermedades musculoesqueléticas. Igualmente; Naciones Unidas

(ONU) (2021) detectó que las jornadas laborales tienen una igualdad significativa con las lesiones cerebrovasculares u otras alteraciones cardíacas. Inclusive OIT (2016) encontró en su estudio que no existe diferencia entre la jornada laboral y el equilibrio producto de la satisfacción. Sin embargo, Merino et al. (2016) rechazaron dichos resultados al determinar que las largas horas laborales tienen un vínculo con las rutinas de sueño y sueño de calidad en médicos de turno.

Como último objetivo, se halló que si existe semejanza entre la percepción de estrés según años de servicios que tienen los médicos en las entidades privadas; pero, no existe entre con la calidad de sueño según los años ejercidos. Félix et al. (2018) corroboraron los resultados al no encontrar diferencia entre percepción de estrés y el tiempo laborado en el ámbito social y organizacional. Así también, Azofeifa (2014) confirmó una asociación significativa entre la percepción de estrés con el periodo de antigüedad en un trabajo. Mediante los estudios de Paris (2015) se comprobó que existe un contraste entre la variable de percepción de estrés con los trabajadores médicos, con menor años de servicio por comprometerse excesivamente.

Finalmente, Jaime et al. (2020) rechazaron los resultados al determinar que existe mayor conexión entre los años laborados y la eficiencia en las tareas propuestas. Adicionando, Bernal et al. (2018) encontraron que el sueño de calidad presentaba mayor influencia en el optimismo. Díaz et al. (2020) confirmaron que el sueño de calidad influye directamente en el estado mental sin importar los años laborando en un centro médico.

CONCLUSIONES

Se aprobó la hipótesis de investigación al demostrar un vínculo significativo y directo, entre las variables de sueño de calidad y estrés percibido en un grupo de médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.

En cuanto a la primera hipótesis específica se halló un vínculo directo entre las dimensiones de estrés negativo con duración de sueño, latencia, perturbación de sueño, sueño subjetivo de calidad y utilización de medicamento. Por otro lado, se observó un vínculo inversamente proporcional entre las dimensiones de estrés positivo con duración de sueño, sueño de latencia, perturbaciones, calidad subjetiva, uso de medicamento y diurna disfuncional; entre estrés negativo con disfunción diurna en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.

Se consolida la hipótesis al encontrar diferencia en la percepción del estrés según el género del personal; caso contrario, de inexistente con la calidad de sueño en médicos. Así también, se obtuvo que no existe diferencia entre ambas variables según la jornada laboral.

Respecto a la última hipótesis se confirmó que existe diferencia en la percepción de estrés según años laborados en instituciones privadas de Lima Metropolitana; en cambio, se detectó que no existe diferencia con la calidad de sueño.

RECOMENDACIONES

Con los hallazgos alcanzados al finalizar el estudio se aconseja a los futuros investigadores, proseguir con la inclinación de enriquecer la información con visiones actualizadas sobre estrés percibido y mal sueño de calidad en médicos u otros tipos de muestras, con bajo análisis empírico para un mayor aporte, pudiendo realizar un test-retest; con la intención, de priorizar la importancia necesaria a las características sociodemográficas más resaltadas en los participantes de este estudio.

Por la situación sociocultural que se vivió desde el año dos mil veinte por la aparición del *SARS-CoV-2*, esta tesis sugiere fortalecer en todo el personal médico la adecuación a los cambios, habilidades sociales, trabajo en equipo, sobrecarga de tareas y cuidado autopersonal, con el propósito del descubrimiento temprano de los indicios de dichas perturbaciones en el personal clínico.

Además, se sugiere a los centros médicos, empresas y establecimientos de salud, brindar condiciones óptimas a todos sus trabajadores para un correcto desempeño de calidad y eficiencia; guiado bajo inducciones, seminarios, pausas activas, capacitaciones y *outdoor training*, con mentores externos o internos de la empresa que cumplan con la preparación adecuada de habilidades blandas y duras, para diferentes circunstancias emocionales y/o sociales; así también, alertar y contraatacar desde las principales apariciones por sus condiciones laborales inadecuadas que dañen su desempeño, motivación y seguridad, beneficiando a la población del sector médico privado en prevenir con la guía y el apoyo debidamente necesario.

Finalmente, es importante considerar el uso de otros instrumentos parsimoniosos y con menos cantidad de preguntas para que la ejecución sea mucho más fluida y con menos sesgos, tomando en consideración que el instrumento tenga

un mismo modelo de preguntas para evitar dificultades en la confiabilidad y obtención de resultados.

REFERENCIAS

- A, C., Bong, J., Gwan, B., Jin-Yoo, S., Jin-Jung, Y., Jun, H., Joon, S., Kyung, S., Lae, K., & Lim, D. (2017). Stress and sleep quality in doctors working on- call shifts are associated with functional gastrointestinal disorders. *World journal of gastroenterology*, 23(18), 3330-3337. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434440/>.
- Academia nacional de medicina. (2020). *Amenazas a personal medico*. <https://anmdecolombia.org.co/amenazas-a-personal-medico/>.
- Acevedo, T., Aquino, P., Díaz, C., Failoc, V., Huerta, A., Larico, G., Palacios, L., Mucching, S., Quiñones, D., Espinoza, J., Torres, J., Córdova, J., y Vilchez, J. (2016). Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina del Perú. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 54(4), 272-281. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000400002&lang=pt.
- Agüero, Y., Robles, Y., y Luna, Y. (2015). Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Revista anuales de salud mental*, 31(2), 23-30. https://www.academia.edu/34647099/VALIDACION_DEL_INDICE_DE_CALIDAD_DE_SUEÑO_DE_PITTSBURGH_EN_UNA_MUESTRA_PERUANA_VALIDATION_OF_THE_PITTSBURGH_SLEEP_QUALITY_INDEX_IN_A_PERUVIAN_SAMPLE.
- Aguilar, L., Aquino, R., Caballero, S., Gómez, J., Muñoz, A., Ormea, V., Portugal, A., Yaya, E., y Zavaleta, J. (2017). Neurociencia del sueño: rol en los procesos de aprendizaje y calidad de vida. *Revista apuntes de ciencia y sociedad*, 7(2), 103-109. <https://doi.org/10.18259/acs.2017015>.

- Aguirre, R. (2007). Bases anatómicas y fisiológicas del sueño. *Revista Ecuatoriana de neurología*, 15(2-3), 1-9. <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Bases.pdf>.
- Aguirre, R. (2013). Cambios fisiológicos en el sueño. *Revista Ecuatoriana de neurología*, 22(1-3), 60-67. <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/9-Cambios.pdf>.
- Allende, F., Acuña, J., Correa, L., & De la Cruz, J. (2022). Academic stress and sleep quality during the COVID-19 pandemic among medical students from a university of Peru. *Revista facultad de medicina*, 70(3). <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/93475/81092>.
- Altamirano, L. (2020). Salud pública y sector privado: pendientes de mediano y largo plazo. *Amchamnews*. <https://amcham.org.pe/news/salud-publica-y-sector-privado-pendientes-de-mediano-y-largo-plazo/>.
- Alva, C., Escobedo, S., Jumpa, D., Nieto, W., Taype, A., y Timaná, R. (2017). Características del resindentado médico en el Perú: resultados de la primera Encuesta Nacional de Médicos Residentes (ENMERE-2016). *Revista de acta médica Peruana*, 34(4), 273-282. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400004.
- Alvites, C. (2019). Teacher Stress and Psychosocial Factors in Teachers from Latin America, North America and Europe. *Revista propósitos y representaciones*, 7(3), 141-178. http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n3/en_a06v7n3.pdf.
- American Academy of Pediatrics (2021). *La salud mental durante el COVID-19: señales de que su hijo pudiera necesitar más ayuda*. <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/COVID->

19/Paginas/Signs-your-Teen-May-Need-More-Support.aspx.

American Psychological Association (2020). *Distintos tipos de estrés*.
<https://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos>.

American Psychological Association (2010). *Principios Éticos y Normas de Conducta*.
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
f.

Arriola, L., Quintana, L., y Palomino, K. (2021). Calidad de sueño y antojo por azúcar en médicos residentes durante la pandemia de Covid-19 en el Perú. *Sociedad Neurológica Argentina*, 13(1), 7-13.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1853002821000045?via%3Dihub>.

Arteaga, M. (2021). Deterioro cognitivo en médicos residentes por la privación del sueño en guardias de 24 horas. *Revista San Gregorio*, 1(45), 174-191.
http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2528-79072021000100174.

Ato, M., Benavente, A., y López, J. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
<https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/metologia.pdf>.

Ato, M., y Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Madrid, España: Pirámide. <https://docer.com.ar/doc/5xcss5>.

Ayala, N., Distefano, J., y Samaniego, M. (2022). Calidad del sueño y satisfacción laboral en médicos residentes. *Medicina Clínica y Social*, 6(1), 26-32.
<https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/235>.

Azofeifa, C. (2014). *Relación entre los predictores del estrés laboral según el nivel de actividad física, edad, género y antigüedad laboral en los funcionarios*

- administrativos del ministerio de agricultura y ganadería*. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional]. <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/13503>.
- Bairero, M. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Revista Médica Granma*, 21(6), 971-982. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul176u.pdf>.
- Barahona, A. (2015). *Calidad de sueño en mujeres y hombres en la etapa del climaterio*. [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio URL. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/42/Barahona-Ana.pdf>.
- Barja, L. (2022). Salud 2023: ¿cuáles son los principales retos en el acceso a la medicina en el Perú?. *RPP noticias*. <https://rpp.pe/vital/salud/salud-2023-cuales-son-los-principales-retos-en-el-acceso-a-la-medicina-en-el-peru-noticia-1454574>.
- British Broadcasting Corporation (2021). Perú: 3 efectos de la gran caída del sol peruano frente al dólar tras el anuncio del nuevo gabinete de Pedro Castillo. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-58017736>.
- Berman, S., Monk, T., Reynolds, C., Buysse, D., & Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2748771/>.
- Bernal, L., Téllez, A., y García, D. (2018). La influencia del estrés y el optimismo sobre la calidad de sueño de mujeres con cáncer de mama. *Revista de psicooncología*, 15(2), 249-260. <https://doi.org/10.5209/PSIC.61434>.
- Buttazzoni, M., y Casadey, G. (2018). *Influencia de la calidad del sueño y el estrés académico en el rendimiento académico de estudiantes universitarios* [Tesis de licenciatura].

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/559/1/influencia-calidad-sueno-estres.pdf>.

Cárdenas, L., y Osorio, J. (2017). Estrés laboral. *Revista diversitas: perspectivas en psicología*, 13(1), 81-90. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982017000100081&script=sci_abstract&tlng=es.

Carrillo, P., Magaña, K., y Ramírez, J. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 56(4), 5-15. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002.

Cavalheiri, J., Pascotto, C., Tonini, N., Vieira, A., Defantes, L., y Coavilla, F. (2021). Calidad del sueño y trastorno mental común en un equipo de enfermería de un hospital. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 29. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/psrzDVpyRfnpcVyR7hfJWtP/?format=pdf&lang=es>.

Chávez, H., Ortiz, P., Revoredo, C., Tello, T., y Varela, L. (2009). Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú. *Revista acta médica Peruana*, 26(1). <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a08v26n1.pdf>.

Centelles, M., García, T., García, J., Pérez, D., y Ortiz, D. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la atención primaria. *Revista Cubana de medicina general integral*, 30(3), 354-363. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300009.

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2012). *No dormir lo*

necesario: epidemia de la salud pública.

www.cdc.gov/spanish/Datos/FaltaSueno/index.html/.

Ceña, R. (2017). Dormir bien para vivir y trabajar mejor. *Revista de la asociación Española de especialistas en medicina del trabajo*, 26(2), 84-152.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552017000200090.

Clínica Galatea. (2020). *Valores y necesidades en profesionales de la salud: ¿Cómo encontrar el equilibrio?*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552017000200090.

Cohen, S., Mermelstein, R., & Kamarck, T. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *American sociological association*, 24(4), 385-396.
<https://www.jstor.org/stable/2136404>.

Colegio Médico del Perú. (2021). *Comunicados*.
<https://www.cmp.org.pe/comunicados/>.

Colegio Médico del Perú. (2021). *Más de 400 médicos perdieron la vida luchando contra el COVID-19*. <https://www.cmp.org.pe/mas-de-400-medicos-perdieron-la-vida-luchando-contra-el-covid-19/#:~:text=M%C3%81S%20DE%20400%20M%C3%89DICOS%20PERDIERON%20LA%20VIDA%20LUCHANDO%20CONTRA%20EL%20COVID%2D19,-Alonso%20Rivas%20Mar&text=Per%C3%BA%20es%20el%20pa%C3%ADs%20con,la%20partida%20de%20sus%20colegas>.

Colegio Médico del Perú. (2021). *Vacunómetro-CMP*.
<https://www.cmp.org.pe/vacunometro-cmp/>.

- Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de Ética y Deontología (190-2018)*.
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf.
- Comercio. (2021). IPE: Las consecuencias de aplicar un control de precios. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/ipe-la-promocion-del-control-de-precios-por-parte-del-gobierno-que-genera-escasez-y-desempleo-video-noticia/>.
- Cozzo, G., y Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario. *Asociación para el avance de la ciencia psicológica*, 8(1). <https://www.redalyc.org/journal/3331/333145838001/html/>.
- Crespo, M., Vázquez, C., y Ring, J. (2003). *Capítulo 31: Estrategias de afrontamiento*. 425-435.
http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-yculpa&Itemid=100225.
- Cuevas, M., y García, T. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas*, 19, 87-102. <https://www.redalyc.org/pdf/3873/387334691005.pdf>.
- Custodio, N., y Lira, D. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de neuro-psiquiatría*, 81(1), 20-26.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3270/3325>.
- Díaz, C., Farias, J., Torres, V., y Reyes, L. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista Mexicana de Urología*, 80(3), 1-10.
<https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/653>.

- Díaz, E., Aparicio, M., Rubio, S., y López, M. (2020). *Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios*, 36(2), 242-246. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/350301/281471>.
- Dosne, C. (2013). Stress y resiliencia Hans selye y el encuentro de las dos culturas. *Medicina*, 73(13), 504-505. <http://medicinabuenaosaires.com/revistas/vol73-13/5/504-505-med-6052.pdf>.
- DPA. (2020). Manejo del estrés: la diferencia entre hombres y mujeres. *El universo*. <https://www.eluniverso.com/larevista/orientacion/manejo-del-estres-la-diferencia-entre-hombres-y-mujeres-nota/>.
- Durán, F., Echeverría, C., Pérez, I., Talero, C., & Ibáñez, M. (2017). Sleep quality perception and romantic relationships in university students: cross-sectional study. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 197-202. https://www.researchgate.net/publication/320207229_Sleep_quality_perception_and_romantic_relationships_in_university_students_Cross-sectional_study.
- Duval, F., Rabia, H., y González, F. (2010). Neurobiología de estrés. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318. https://www.researchgate.net/publication/262659160_Neurobiologia_del_estres.
- Félix, R., Mercado, S., y García, C. (2018). El estrés en el entorno laboral, revisión genérica desde la teoría. *Revista de investigación en ingeniería e innovación tecnológica*, 15(64). <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/2481>.
- Fernández, M. (2018). *Los 5 problemas de los médicos de nuestro país que a nadie le interesa solucionar*. Lifestyle profesional. <https://www.lifestyleprofesional.com/los-5-problemas-de-los-medicos/>.

- Gallegos, Y., Gil, S., y Sepúlveda, M. (2018). *Revisión teórica de eustrés y distrés definidos como reacción hacia los factores de riesgo psicosocial y relación con las estrategias de afrontamiento* [Tesis de grado, Universidad CES]. Repositorios CES. <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4229/REVISI%20TEORICA%20DE%20EUISTR%20Y%20DISTR%20DEFINIDOS%20COMO%20REACCI%20HACIA%20LOS%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20PSICOSOCIAL%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20LAS%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO%2028102018.pdf?sequence=1>.
- Gárate, C. (2020). El impacto de la crisis política. *Gestión*. <https://gestion.pe/blog/te-lo-cuento-facil/2020/09/la-crisis-politica-agrava-la-crisis-economica.html/?ref=gesr>.
- García, M., y Gil, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Revista persona*, (19), 11-30. <https://www.redalyc.org/journal/1471/147149810001/html/>.
- Guevara, F. (2022). *Síndrome de burnout y calidad del sueño en personal médico de centros de salud I-4 de la salud de Tacna, en el año 2022* [Tesis de grado]. Universidad Privada de Tacna. <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2435/Guevara-Arredondo-Fabrizio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Guzmán, J., y Reyes, M. (2018). Adaptación de la escala de percepción global de estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de psicología*, 36(2), 719-750. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0254-92472018000200013&lng=es&nrm=is.

- Heredia, M. (2019). *Repercusión de las guardias nocturnas en la calidad del sueño de las enfermeras de emergencia, hospital nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo* [Tesis de licenciatura]. Universidad Católica de Santa María. <https://core.ac.uk/download/pdf/287059686.pdf>.
- Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: *The McGraw-Hill*. <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>.
- Hirshkowitz, M. (2020). How much sleep do we really need?. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*, 6(2). <https://www.sleepfoundation.org/articles/how-much-sleep-do-we-really-nee>.
- INFOBAE (2017). *Las mujeres se estresan más que los hombres en el trabajo*. <https://www.infobae.com/tendencias/2017/01/06/las-mujeres-se-estresan-mas-que-los-hombres-en-el-trabajo/?outputType=amp-type>.
- Jaime, M., Calero, A., y Rodríguez, M. (2020). *Talento humano en las MIPYMES e instituciones públicas del departamento de chontales en Nicaragua* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. <https://repositorio.unan.edu.ni/15186/2/15186.pdf>.
- Jaramillo, L., y Marquina, R. (2020). *El COVID-19: Cuarentena y su impacto psicológico en la población*. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/452>.
- Kaur, H., y Whalley, M. (2020). Cómo vivir con la ansiedad y la preocupación en medio de una incertidumbre global. *Psychology tools*. https://www.psychologytools.com/assets/covid-19/guide_to_living_with_worry_and_anxiety_amidst_global_uncertainty_es.pdf.

- Lopategui, E. (2000). Estrés: concepto, causas y control. *Revista universidad interamericana de PR - de Metro*.
<http://www.saludmed.com/Documentos/Estres.html>.
- López, E. (2017). Estrés: eutrés y distrés. *Centro de mediación del icav*.
<https://mediacion.icav.es/estres-eutres-y-distres/>.
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de neuro-psiquiatría*, 83(1), 51-55. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>.
- Marín, D., y Satizábal, J. (2018). Calidad de sueño del personal de enfermería. *Revista ciencias de la salud*, 16.
<https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56255615006/index.html#:~:text=La%20calidad%20de%20sue%C3%B1o%20es%20un%20constructo%20sensible%20al%20estado,cantidad%20de%20horas%20de%20dormir>.
- Martínez, M. (2022). Al parecer la brecha de género también existe en cuanto al sueño. *El periódico entre todos*. <https://www.elperiodico.com/es/entre-todos/participacion/brecha-genero-existe-sueno-carta-lector-martin-martinez-77522027>.
- El Médico Interactivo. (2023). *Problemas compartidos entre la sanidad pública y privada: falta de financiación y personal*.
<https://elmedicointeractivo.com/problemas-sanidad-publica-y-privada/>.
- Medina-Anchante, M. (2017). *Calidad de sueño y nivel de estrés del personal de guardia de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue* [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/8668>.
- Mendiburu, C., Pérez, C., Lugo, P., Peñaloza, R., y Perez, E. (2021). Calidad del

sueño, estrés percibido y desórdenes temporomandibulares dolorosos en adultos jóvenes de dos comunidades mexicanas. *Int. J. Odontostomat*, 15(2), 915-921. http://www.ijodontostomatology.com/wp-content/uploads/2022/01/2021_v15n4_018.pdf.

Merino, M., Álvarez, A., Martínez, M., Puertas, F., Asencio, A., Santo, O., Jurado, M., Segarra, F., Canet, T., Giménez, P., Terán, J., Alonso, M., García, D., y Barriuso, B. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Revista de neurología*, 63(2), 1.-27. <https://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>.

Ministerio de Salud. (2013). *Falta de sueño puede ocasionar dolores de cabeza, intranquilidad e irritabilidad*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34145-falta-de-sueno-puede-ocasionar-dolores-de-cabeza-intranquilidad-e-irritabilidad>.

Ministerio de Salud. (2021). *Más de 11 000 médicos, enfermeras y técnicos ya fueron vacunados contra la COVID-19, informó el Ministerio de Salud*. <https://www.gob.pe/jp/institucion/minsa/noticias/341867-mas-de-11-000-medicos-enfermeras-y-tecnicos-ya-fueron-vacunados-contra-la-covid-19-informo-el-ministerio-de-salud>.

Ministerio de Salud. (2021). *Minsa advierte que la tasa de suicidio está en aumento en el Perú*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/490446-minsa-advierte-que-la-tasa-de-suicidio-esta-en-aumento-en-el-peru>.

Ministerio de Salud. (2020). *MINSA inicia capacitación virtual a personal de salud en el manejo de las pruebas rápidas para el diagnóstico de Covid-19*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1201041/BOLETIN_MARZO_TERMINADO.pdf.

- Ministerio de Salud. (2021). *Nueva estrategia de vacunación contra la COVID-19 con enfoque territorial*. <https://www.gob.pe/11796-plan-nacional-de-vacunacion-contra-la-covid-19>.
- Ministerio de Salud. (2023). *Personal de salud recibe charla de acompañamiento clínico psicosocial*. <https://www.gob.pe/institucion/inpe/noticias/700902-personal-de-salud-recibe-charla-de-acompanamiento-clinico-psicosocial>.
- Ministerio de Salud. (2020). *Resolución ministerial*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/804253/RM_363-2020-MINSA.PDF.
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2011). *Reglamento de la Ley N° 29783, ley de seguridad y salud en el trabajo*. <https://www.minagri.gob.pe/portal/download/pdf/seguridad-y-salud/reglamentoley29783.pdf>.
- Naciones Unidas. (2021). Trabajar largas semanas laborales mata. *Noticias ONU*. <https://news.un.org/es/story/2021/05/1492072>.
- Navarro, F. (2015). Cómo se origina el estrés. *Revista digital*. <https://revistadigital.inesem.es/gestion-integrada/como-se-origina-el-estres/>.
- Organización Internacional de Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf.
- Organización Internacional de Trabajo (2021). *Guía para establecer una ordenación del tiempo de trabajo equilibrada*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_716135.pdf.
- Organización Internacional de Trabajo (2021). *Las largas jornadas de trabajo pueden aumentar las muertes por enfermedades cardíacas y accidentes*

cerebrovasculares.

[https://www.ilo.org/global/about-the-](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_792231/lang-es/index.htm)

[ilo/newsroom/news/WCMS_792231/lang-es/index.htm.](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_792231/lang-es/index.htm)

Palomino, G. (2017). *Cuidado de enfermería en niños con diarrea aguda en el servicio de pediatría del hospital Rezola* [Tesis de especialización]. Universidad Nacional de San Agustín.

Panamericana de la Salud (2020). *Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio.* [https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio.](https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio)

Peña, I., Sánchez, D., Nieto, L., y Cortés, R. (2019). Relación entre estrés percibido y calidad de sueño en enfermeras de turnos nocturno y rotativo. *Revista Colombiana de enfermería*, 18(3), 1-37. [https://www.researchgate.net/publication/339055655_Relacion_entre_estres_percibido_y_calidad_de_sueno_en_enfermeras_de_turnos_nocturno_y_rotativo.](https://www.researchgate.net/publication/339055655_Relacion_entre_estres_percibido_y_calidad_de_sueno_en_enfermeras_de_turnos_nocturno_y_rotativo)

Ramírez, J., Escobar, F., Yela, F., Castro, D., y Castro, C. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1-8. [http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf.](http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf)

Roballo, F. (2019). Fases del sueño: fundamentos teóricos. *Neuroclass*. [https://neuroclass.com/fases-del-sueno-fundamentos-teoricos/.](https://neuroclass.com/fases-del-sueno-fundamentos-teoricos/)

Rodríguez, J. (2021). ¿La salud en el Perú está privatizada?. *Conexión Esan*. [https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/la-salud-en-el-peru-esta-privatizada.](https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/la-salud-en-el-peru-esta-privatizada)

Rodríguez, M. (2009). Factores psicosociales de riesgo laboral: ¿Nuevos tiempos, nuevos riesgos?. *Revista observatorio laboral*, 2(3), 127-141. [http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/lainet/lainetv2n3/v2n3-6.pdf.](http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/lainet/lainetv2n3/v2n3-6.pdf)

- Rojas, F. (2021). Régimen laboral del médico en el sector privado. *Pasión por el derecho*. <https://lpderecho.pe/regimen-laboral-medico-sector-privado/>.
- Santiago, B., Vales, S., Urrunaga, D., y Benites, V. (2017). Estrés percibido e intención de migrar al interior del país en médicos y enfermeros que residen en Lima: un análisis exploratorio de la encuesta nacional de satisfacción de usuarios en salud. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 34(3), 404-413.
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v34n3/1726-4642-rpmesp-34-03-00404.pdf.
- Silva, H. (2021). *Estrés percibido y crecimiento postraumático en pacientes post COVID- 19 de Lima Metropolitana* [Tesis de grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17645/Silva_gh.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Tacca, A., y Tacca, D. (2019). Factores de riesgo psicosociales y estrés percibido en docentes universitarios. *Revista propósitos y representaciones*, 7(3), 323-353.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n3/a13v7n3.pdf>.
- Universidad Privada Telesup. (2019). *Importancia de la medicina humana en la sociedad*. <https://utelesup.edu.pe/blog-medicina/importancia-de-la-medicina-humana-en-la-sociedad/#:~:text=Podemos%20decir%20que%20la%20importancia,los%20e estudiantes%20alrededor%20del%20mundo>.
- Vera, M. (2005). La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos. *Los moldes de la mente, psicología del pensamiento y de las emociones*. <http://www.moldesmentales.com/otros/mar.htm>.

Villena, P. (2020). *Calidad de sueño y relación con la salud mental en internos de medicina del hospital vitarte* [Tesis de bachiller]. Universidad privada San Juan Bautista. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/2595/T-TPMCPAMELA%20CINTHIA%20VILLENAPAUJAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

World Sleep Society. (2021). *Sueño más saludable en adultos*. <https://zwe6gjzxp6jkmc73izltzomwny-adv7ofecxzh2qqi-worldsleepdayorg.translate.google/tips-for-adults>.

ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

	Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
General	¿Existe relación entre la calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana?	Determinar la relación entre la calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.	Existe relación entre la calidad de sueño y percepción de estrés en un grupo de médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.	Calidad de Sueño: (Calidad subjetiva de sueño, n°6) (Latencia de sueño, n°2 y 5ª) (Eficiencia de sueño, n°3 y 1) (Perturbación de sueño, n°5b y 5j) (Disfunción diurna, n°8 y 9) (Duración del dormir, n°4) (Uso de medicamentos para dormir, n°7)	Diseño de base empírica con un enfoque de método cuantitativo entre dos variables con sustento teórico, con una temporalidad transversal al realizar la medición en un tiempo fijo de corto plazo para la aplicación en una situación dado; asimismo, el grado de control es de tipo correlacional simple (DCS).
Específicos		Identificar la relación entre las dimensiones de calidad de sueño y las dimensiones de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.	Existe relación entre las dimensiones de calidad de sueño y las dimensiones de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana.	Percepción de Estrés: (Estrés positivo, n°4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13) (Estrés negativo, n°1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14)	Además, se cumplirán con los criterios de inclusión, como: doctores titulados y que estén laborando o hayan laborado en alguna institución privada al menos por 10 años. Posteriormente, los criterios de exclusión fueron: médicos que no cuenten con experiencia laboral por un tiempo mínimo de 10 años en una institución privada y que no deseen colaborar de manera intencionada en la investigación.
		Identificar las diferencias entre la calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana según género.	Existe diferencias entre la calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana según género.		

Identificar las diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana según jornadas laborales.

Existe diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de instituciones privadas de Lima Metropolitana según jornadas laborales.

Identificar las diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de Lima Metropolitana según años de servicio en instituciones privadas.

Existe diferencias entre calidad de sueño y percepción de estrés en médicos de Lima Metropolitana según años de servicio en instituciones privadas.

Instrumentos de recolección de datos:

Instrumento de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP)
Escala de Percepción Global de Estrés (PGE).

ANEXO B: ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DE ESTRÉS

Escala de Percepción Global de Estrés Recibidos x



Nathalia Luna Urrunaga <nathalialuna3123@gmail.com>
para j_guzman4, marb2383 ▾

26 nov 2020, 17:15 ★ ↶ ⋮

Buenas tardes estimado Jaime Guzmán Yacaman y Mario Reyes Bossio,
Soy Nathalia Luna Urrunaga alumna de la carrera de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres del 8vo semestre. Me comunico mediante este correo, para solicitarle su permiso y autorización para utilizar el cuestionario del instrumento validado en Perú, llamado Escala de Percepción Global de Estrés

Sin nada más que decirle, agradecería su respuesta.



Jaime Guzmán <j_guzman4@hotmail.com>
para mí ▾

26 nov 2020, 17:49 ☆ ↶ ⋮

Estimada Nathalia,

Saludarte y esperar que te encuentres bien. Permiso otorgado. Mucho éxito en tu investigación. Recuerda por favor de citarnos debidamente en tu trabajo.

Saludos cordiales,

Jaime E. Guzmán Y.

ANEXO C: ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

Validación del índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Recibidos x



Nathalia Luna Urrunaga <nluna.pe@gmail.com>
para roblesar, y.robles, y.robles ▾

sáb, 27 mar 2021, 11:05 ★ ↶ ⋮

Buenos días estimada Yolanda Robles Arana, |

Soy Nathalia Luna Urrunaga alumna de la carrera de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres del 9no semestre. Me comunico mediante este correo, para solicitarle su permiso y autorización para utilizar el cuestionario del instrumento validado en Perú, llamado Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Su utilización será para mi tesis de licenciatura de la universidad mencionada.

Sin nada más que decirle, agradecería su respuesta.



yolanda robles arana <y.robles@hotmail.es>
para mí ▾

sáb, 27 mar 2021, 16:53 ☆ ↶ ⋮

buenas tardes Nathalia,

hace algunos meses el profesor Deyvi Baca me pregunto sobre tu interés en usar el ICS de Pittsburgh. Este es un instrumento de libre disposición, por lo que no se requiere autorización de los autores de la versión original. nosotros en el INSM solo hicimos una adaptación, y eso no significa que tengamos alguna atribución para autorizar su uso: igualmente la versión y los datos son de libre disposición.

éxitos Nathalia!

Yolanda Robles

ANEXO D: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, médico especialista en, acepto participar del trabajo de estudio de licenciatura de sueño de calidad y estrés percibido en personal médico de instituciones privadas de Lima Metropolitana.

Aprobando la pautas precisas y óptimas del estudio que es determinar el vínculo que tiene el sueño de calidad y estrés percibido; procedimiento a resolver el cuestionario que es estrictamente con fines científicos y cumpliendo con los protocolos de confidencialidad y anonimato.

Además, habiendo revisado el formato de consentimiento que me brindaron, he accedido a realizar preguntas que considere necesarias de la investigación o prueba mediante el correo nluna.pe@gmail.com, obteniendo respuestas satisfactorias y claras. Asimismo, tengo en conocimiento que mi colaboración es voluntaria y que puedo retirarme de la resolución sin ningún tipo de perjuicio.

Al firmar este consentimiento, estoy aceptando voluntariamente participar en la investigación de la Srta. Nathalia Lizbeth Luna Urrunaga, bachiller en Psicología

FIRMA

Nombre del participante:

FIRMA

Nathalia Lizbeth Luna Urrunaga

Bachiller en Psicología

ANEXO E: FICHA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación, trate de ser lo más sincero posible, de ningún modo existirá

ningún juicio por su respuesta al valorarse como positivo o negativo. Los enunciados planteados con sus respectivas respuestas deberán ser seleccionadas según sus datos personales y condiciones laborales.

1. Lugar del centro privado que labora o laboró:

- Lima
- Provincia

2. Género:

- Femenino
- Masculino

3. Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Conviviente

4. ¿Qué edad tiene?

5. ¿Cuánto tiempo de antigüedad lleva trabajando en un centro de salud privado?

- 10 a 15 años
- 16 a 20 años
- 21 a más años

6. ¿Cómo se llama su centro de salud privado?

7. ¿Qué especialidad médica tiene?

8. ¿Atiende en consultorio privado?

Si

No

9. ¿Qué tipo de jornada de trabajo tiene?

Jornada completa

Jornada parcial

10. ¿Atiende a pacientes con COVID-19?

Si

No

11. ¿Se ha contagiado de COVID-19?

Si

No

**ANEXO F: CUESTIONARIO ADAPTADO DE CALIDAD DE SUEÑO DE
PITTSBURGH**

1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido su hora de irse a acostar? (apunte su hora) _____

2. Durante el último mes, ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse en las noches? (apunte en minutos) _____

3. Durante el último mes ¿A qué hora se levantó de la cama por la mañana y no ha vuelto a dormir? (apunte su hora) _____

4. Durante el último mes ¿Cuántas horas efectivas ha dormido por noche? (apunte su hora) _____

5. Durante el último mes ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:
 - A. ¿No poder quedarse dormido(a) en la primera media hora?
 - Ninguna vez las últimas 4 semanas
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

 - B. ¿Despertarse durante la noche o la madrugada?
 - Ninguna vez las últimas 4 semanas
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

 - C. ¿Tener que levantarse temprano para ir al baño?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

D. ¿No poder respirar bien?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

E. ¿Toser o roncar ruidosamente?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

F. ¿Sentir demasiado calor?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

G. ¿Sentir demasiado calor?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

H. ¿Tener pesadillas o “malos sueños”?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

I. ¿Sufrir dolores?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

J. Otras razones: _____ (describa)

6.1. Durante el último mes ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6.2. Durante el último mes ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por el médico?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

7.1. Durante el último mes ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas

- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

7.2. Durante el último mes ¿Ha representado para usted mucho problema el “mantenerse despierto(a)” cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. ¿Qué tanto problema ha tenido para mantenerse animado (a) o entusiasmado (a) al llevar a cabo sus tareas o actividades?

- Ninguna vez las últimas 4 semanas
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

9. ¿Cómo valoraría o calificaría la calidad de su sueño?

- Bastante bueno
- Bueno
- Malo
- Bastante malo

ANEXO G: CUESTIONARIO ADAPTADO DE PERCEPCIÓN GLOBAL DE ESTRÉS

1. En el último mes ¿Cuán seguido has estado molesto por que algo pasó de forma inesperada?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

2. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido incapaz de controlar hechos importantes en tu vida?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

3. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido continuamente tenso?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

4. En el último mes ¿Cuán seguido te sentiste seguro de tus habilidades para manejar tus problemas personales?

- Nunca

- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

5. En el último mes ¿Cuán seguido has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

6. En el último mes ¿Cuán seguido confiaste en tu capacidad para manejar tus problemas personales?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

7. En el último mes ¿Cuán seguido sentiste que las cosas te estaban resultando como tú querías?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

8. En el último mes ¿Cuán seguido te diste cuenta que no podías hacer todas las cosas que debías hacer?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

9. En el último mes ¿Cuán seguido has podido controlar las dificultades de tu vida?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

10. En el último mes ¿Cuán seguido has sentido que tienes el control de todo?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

11. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido molesto por situaciones que estaban fuera de tu control?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente

- Casi siempre

12. En el último mes ¿Cuán seguido pudiste controlar la manera en que utilizaste el tiempo?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre

13. En el último mes ¿Cuán seguido sentiste que los problemas se te habían acumulado?

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- Frecuentemente
- Casi siempre