



**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL MÉDICO  
RESIDENTE DE LAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE UN HOSPITAL  
NACIONAL CATEGORÍA III-1 - LIMA - PERÚ. JULIO-DICIEMBRE 2022

**Línea de investigación:**

**Salud pública**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

**Autor:**

Cornejo Jaimes, Erik Joel

**Asesor:**

Flores Bustamante, Claver Reynaldo  
(ORCID: 0000-0003-2820-8252)

**Jurado:**

La Rosa Botonero, José Luis  
Olazabal Ramírez, Victor Ignacio  
López Gabriel, Wilfredo Gerardo

**Lima - Perú**

**2023**

**Referencia:**

Cornejo, E. (2023). *Calidad de sueño y calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un hospital nacional categoría III-1 - Lima - Perú. Julio-diciembre 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6517>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

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



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO HUNANUE”**

CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL  
MÉDICO RESIDENTE DE LAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE  
UN HOSPITAL NACIONAL CATEGORÍA III-1 - LIMA - PERÚ. JULIO-  
DICIEMBRE 2022

**Línea de investigación:**

**Salud pública**

Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano

**Autor:**

Cornejo Jaimes, Erik Joel

**Asesor:**

Flores Bustamante, Claver Reynaldo

(ORCID: 0000-0003-2820-8252)

**Jurado:**

La Rosa Botonero, José Luis

Olazabal Ramírez, Víctor Ignacio

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

**Lima – Perú**

**2023**

## DEDICATORIA

A mis padres, hermanas, enamorada, familia y amistades, por levantarme el ánimo cuando la sensación de derrota y la fatiga me atormentaban

A mis pacientitos, muchos de ellos ya fallecidos, nunca los olvidaré: “Paciente conocido, paciente inmortalizado” como solía decirles

A mi yo en 5, 10, 15 y más años en el futuro, para recordarte que los sueños no se cumplen mientras duermes

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres Felicitas y Máximo, por cuidarme y amarme, por enseñarme a valorar la vida y por recordarme siempre que solo somos aves de paso en este mundo

A mis hermanas Emily y Elaine, que siempre están pendientes de mí, a pesar de que muchas veces rozo la ingratitud

A mi enamorada Tabita, por quererme y conocerme en lo profundo, por alentarme y ser paciente conmigo

A todos los profesionales que contribuyeron con mi formación, en especial a aquellos que me guiaron para concretar esta tesis

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	iv
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción y formulación del problema .....	1
1.2. Antecedentes .....	7
1.3. Objetivos.....	11
1.3.1. Objetivo general .....	11
1.3.2. Objetivos específicos.....	11
1.4. Justificación .....	12
1.5. Hipótesis .....	13
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación .....	15
<b>III. MÉTODO.....</b>	<b>36</b>
3.1. Tipo de investigación.....	36
3.2. Ámbito temporal y espacial .....	36
3.3. Variables .....	37
3.4. Población y muestra .....	37
3.5. Instrumentos.....	39
3.6. Procedimientos .....	40
3.7. Análisis de datos.....	41

3.8. Consideraciones éticas.....	43
IV. RESULTADOS .....	44
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	79
VI. CONCLUSIONES .....	86
VII. RECOMENDACIONES .....	90
VIII. REFERENCIAS .....	91
IX. ANEXOS.....	102

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la relación entre la calidad de sueño y la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. **Método:** Este estudio fue de enfoque cuantitativo, y tipo descriptivo correlaciona, diseño no experimental; la muestra estuvo compuesta por 54 médicos residentes de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú. Los instrumentos aplicados fueron, el Índice de calidad de sueño de Pittsburg y el Cuestionario de Salud SF-36. **Resultados:** El 66.7% de médicos residentes de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú demuestran niveles de calidad de sueño bastante mala, con una calidad de vida regular, o mala, mientras que el 14.8% de los residentes presentan calidad de sueño muy mala y calidad de vida regular. **Conclusiones:** Con un valor chi cuadrado de 22.447, con una significancia de  $0.000 < 0.05$ , se valida la hipótesis propuesta en la cual se indica que la calidad de sueño está relacionada significativamente a la calidad de vida dentro del personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

*Palabras Clave:* calidad de sueño; calidad de vida; personal médico residente.

## ABSTRACT

**Objective:** To establish the relationship between the quality of sleep and the quality of life in the resident physicians of the surgical specialties of a category III-1 National Hospital in Lima - Perú, in the period July - December 2022. **Method:** This study had a quantitative approach, and a descriptive type correlates, non-experimental design; The sample consisted of 54 resident physicians of the surgical specialties of the category III-1 National Hospital in Lima - Perú. The instruments applied were the Pittsburgh instrument to measure sleep quality and the SF-36 Health Questionnaire to measure quality of life. **Results:** 66.7% of the residents of the Level III National Hospital in Lima show poor levels of sleep quality, with a regular or poor quality of life, while 14.8% of the residents present very poor sleep quality and regular quality of life. **Conclusions:** With a chi square value of 22.447, with a significance of  $0.000 < 0.05$ , which validates the proposed hypothesis in which it is indicated that the quality of sleep is significantly related to the quality of life within the resident physicians of the surgical specialties of a category III-1 National Hospital in Lima – Perú, in the period July - December 2022.

*Keywords:* sleep quality; quality of life; resident physicians

## I. INTRODUCCIÓN

Las demandas de la sociedad moderna hacen que las personas no duerman lo suficiente todos los días. En relación con los trabajadores de la salud, estos desarrollan sus actividades profesionales en turnos rotativos de noche, además de los múltiples puestos de trabajo que tienen para generar ingresos económicos compatibles con sus necesidades personales. Tal rutina provoca fatiga física y mental, trastornos del sueño, privación del sueño y mala calidad del sueño. (Jensen *et al.*, 2016).

El tipo de trabajo constituye un factor determinante que interviene en la calidad de sueño, en ese contexto los profesionales del área de salud son el que más compromete la calidad del sueño (Pérez *et al.*, 2019). Una característica del servicio que prestan estos profesionales es que laboran por turnos, la cual es una rutina básica sobre la cual se organiza el trabajo en la que varios equipos se turnan para que el servicio se ofrezca de manera continua, con horarios extendidos, por la necesidad de atender a los pacientes las 24 horas del día (Mendes y Martino, 2012).

Al iniciarse la pandemia ocasionada por el Covid-19, se exigió el máximo de la plantilla de profesionales sanitarios. La pandemia ha presionado a los servicios de salud para que brinden equipos de protección personal adecuados, capacitación para una atención adecuada, más pacientes para tratar y, por supuesto, una mayor carga de trabajo y exposición de los profesionales de la salud a una posible contaminación (Travassos, 2020).

### 1.1. Descripción y formulación del problema

#### 1.1.1. Descripción del problema

Desde la perspectiva de Blake *et al.*, (2020), el personal que labora en el sector salud está sometido a prolongadas jornadas de trabajo que son irregulares, además de ser sometidos a situaciones de estrés y ansiedad. Estas situaciones generan sufrimiento psicológico y

repercuten negativamente en la calidad del sueño de estos profesionales, como lo demuestra un estudio que investigó las complicaciones psicológicas de la COVID-19 presentado por Vindegaard y Benros (2020).

El sueño viene a ser un indicador de carácter clave en relación con la salud física y psicológica, debido a que tiene roles regenerativos, homeostáticos, cognitivos y psicológicos cruciales e impacta directamente en el funcionamiento del día siguiente (Zielinski, 2016). El sueño está muy influenciado por factores ambientales como el estrés, la exposición a la luz del día, los niveles de ruido y los niveles de actividad durante el día anterior, y por factores socioculturales como el apoyo social (Altena *et al.*, 2020).

El sueño es un proceso fisiológico de renovación corporal, y tiene dos dimensiones: Duración (cantidad) y profundidad (calidad) (Wondie *et al.*, 2021), está tipificada como una necesidad básica dentro de la jerarquía de la pirámide de Maslow para los seres humanos (McLeod, 2007), y según Edwards (2019); la calidad mala de sueño tiene un impacto no solo en las habilidades de pensamiento, sino también en las emociones, el rendimiento y la salud.

Cobra importancia entonces realizar investigaciones relacionadas al tema del trabajo por turnos en las funciones ejecutivas (FE), ya que estas representan una agrupación de mecanismos de control de propósito general asociados con el lóbulo prefrontal, que controlan la dinámica de las acciones y la cognición humanas (Miyake y Friedman, 2012), y de acuerdo con Diamond (2013), los componentes centrales de FE son la flexibilidad/cambio cognitivo, inhibición de respuestas y la memoria de trabajo.

Numerosos estudios han demostrado los efectos nocivos de la falta de sueño en aquellas áreas del cerebro que tienen un papel fundamental en la FE, como la corteza prefrontal, el tálamo y la conectividad entre la red frontal y el sistema límbico (Anderson y Platten, 2011). Las deficiencias en las FE perturban el desempeño de la vida cotidiana al disminuir la

capacidad de adaptarse a las demandas ambientales (Fournet *et al.*, 2019). También se asocia con trastornos vocacionales y psicosociales a largo plazo y una disminución de la calidad de vida (Draper y Ponsford, 2008). Además, dado que las FE y las funciones cognitivas con respecto a la información, en sus etapas de entrada, almacenamiento, procesamiento y salida, las cuales funcionan de manera concomitante, un deterioro de las FE puede perturbar la cognición, esto debido a que trabajar por turno está asociado con la pérdida del sueño, los trabajadores por turnos pueden experimentar los problemas mencionados anteriormente, lo que reduce la seguridad en el trabajo (Cuevas *et al.*, 2013). Teniendo todo esto en cuenta, se puede concluir que las funciones ejecutivas que se requieren en labores de atención, dedicación y de alto riesgo al momento de tratar con vidas humanas, es fundamental mantenerlas intactas debido a que son cruciales para el desempeño normal del personal del sector salud.

Machi *et al.*, (2012), informaron sobre el deterioro de la cognición debido al trabajo por turnos en médicos de emergencia de carrera y concluyeron que la memoria a corto plazo era la función cognitiva más afectada por los turnos de día y de noche. Marquie *et al* (2015), indicaron la asociación de trabajar por turnos con detrimento cognitivo, que fue más fuerte para exposiciones que duraron más de diez años. En otro estudio de Shah *et al.*, (2009), sobre los médicos residentes rotativos de medicina general, los autores informaron una tendencia hacia puntajes más bajos en las noches en comparación con los días en el tiempo de procesamiento y el tiempo de respuesta, pero no se encontraron diferencias en las capacidades de atención y memoria. Otros estudios similares han encontrado que los trabajadores por turnos tenían un rendimiento más bajo en la detección de amenazas, atención continua y la memoria sensorial (Basner *et al.*, 2008).

Con respecto a la calidad de vida, la Organización Mundial de Salud la define como lo que cualquier individuo percibe de su condición de vida dentro de los contextos culturales y

valores en los que vive relacionados con sus expectativas, metas y preocupaciones. Esta definición destaca la opinión de que la calidad de vida es subjetiva, incluye aspectos positivos y negativos de la vida y es de naturaleza multidimensional ([Organización Mundial de la Salud], OMS, 1993).

De acuerdo con Kumar *et al.*, (2018), para los médicos residentes en el área de medicina general, las practicas que realizan en su ejercicio puedan ser significativas y muy satisfactorias, estas también presentan cierto grado de exigencia y son estresantes. Agregan, que los hospitales están caracterizados por acumular un alto nivel de estrés vinculado con el desempeño laboral, y dicho factor evidentemente tiende a incrementar el riesgo de una baja calidad de vida (Chang *et al.*, 2007 citado en Kumar *et al.*, 2018). Los resultados obtenidos en una investigación realizada por Shanafelt *et al.*, (2009 citado en Kumar *et al.*, 2018), indicaron que la mayoría de los trabajadores del sector salud experimentan un alto grado de agotamiento profesional, este síndrome se caracteriza por extenuación emocional, debilitamiento de la personalidad y un bajo sentido hacia la realización personal. Además, en el estudio de Wallace *et al.*, (2009 citados también en Kumar *et al.*, 2018), concluyeron que estos síndromes son difíciles de medir y cuantificar con precisión, y explican que diversos estudios recientes aluden que el agotamiento podría deteriorar el profesionalismo, afectar la calidad de atención al paciente, incrementar los riesgos de cometer errores, así como suscitar a la jubilación anticipada del personal de salud.

Los médicos no solo son modelos que seguir en la comunidad general con respecto al estilo de vida, sino que también las propias prácticas de salud de los médicos pueden afectar la forma en que asesoran a los pacientes (Rothenberg y Belodoff, 2000). Se ha demostrado que los médicos no detectan ni tratan entre el 40% y el 60% de los casos de depresión en sus pacientes (Mann *et al.*, 2005). Además, y de acuerdo con esto, aproximadamente el 40% de las

personas que mueren por suicidio se comunicaron con su médico de atención primaria dentro del mes anterior a su suicidio, sin obtener la atención o la acción adecuada del médico tratante.

Finalmente, un creciente cuerpo de investigación muestra que los médicos angustiados o con enfermedades mentales ponen a los pacientes en riesgo de daño sin querer y que esto se aplica particularmente a los médicos deprimidos (Fahrenkopf *et al.*, 2008; West *et al.*, 2009). Un estudio prospectivo y de observación encontró que los médicos residentes deprimidos cometían errores de medicación seis veces más a menudo que los no deprimidos, un efecto que, curiosamente, no se duplicó entre los residentes con síndrome de Burnout (O'Hagan y Richards, 1998).

Según lo observado en la realidad en Perú respecto al tema de calidad de sueño y calidad de vida de los trabajadores del área de salud, en especial médico, cobra notoriedad como estos indicadores se incrementaron abruptamente desde principios de 2020 hasta finales del 2021; evidentemente la pandemia por Covid-19 fue el detonador; sin embargo, fuera de ese contexto pandémico que generó tanta angustia, estrés y depresión no solo al personal de salud, sino a la sociedad en general, ya ahora en estos tiempos de pos pandemia, en una relativa normalidad, es posible retomar las actividades académicas y poder profundizar sobre estos temas en específico.

### ***1.1.2. Formulación del problema***

**1.1.2.1. Problema General.** Se propone como principal interrogante:

¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?

**1.1.2.2. Problemas Específicos.**

- ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?
- ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y el rol físico en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?
- ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?
- ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?
- ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la vitalidad en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?
- ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la función social en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima – Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?
- ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y el rol emocional en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?
- ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?

## 1.2. Antecedentes

### 1.2.1. *Antecedentes Internacionales*

Muñoz *et al.*, (2021), estudio que llevó por título “Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19”. El objetivo consistió en describir y analizar cuál es la percepción actual sobre los factores vinculados a la satisfacción laboral y la calidad de vida. En la parte metodológica, la investigación fue cuantitativa con diseño descriptivo correlacional y transversal. La población muestral quedó conformada por un total de 385 médicos residentes de todo el territorio nacional, el recojo de datos fue realizado mediante cuestionarios, enviados a través de Internet a los sujetos de estudio. Concluyeron que la función del tutor fue fundamental para los residentes, no siendo así en el caso del director del centro hospitalario. No fueron encontradas divergencias entre géneros ni tampoco en las guardias por turno con respecto a la satisfacción laboral. Específicamente los residentes cursantes del primer año evidenciaron una mayor satisfacción laboral y calidad de vida, esto se atribuye a que tienen menores responsabilidades y también al cansancio que acumularon en el transcurso de la emergencia sanitaria, sin embargo, si se encontró un impacto en la calidad de vida de los residentes en relación con las guardias por turno, en especial en sus relaciones sociales.

Becerra (2020), en su tesis titulada “Calidad de vida de los médicos residentes del Hospital Central de Mendoza: Salud, Sueño, Alimentación y Actividad física”, presentada en la Universidad Juan Agustín Maza, Argentina. Cuyo objetivo se enfocó en conocer sobre la calidad de vida de los médicos residentes de dicho hospital. La metodología utilizada en el estudio fue cuantitativa descriptiva no experimental observacional y transversal. La población muestral la conformaron 30 médicos residentes, el recojo de datos fue realizado mediante cuestionario y la encuesta. Concluyó que los médicos residentes procuran llevar una saludable alimentación, sin embargo, esta no es nutricionalmente adecuada, ni balanceada, la calidad de

sueño es baja (pocas horas), tienen una actividad física alta, en definitiva, los médicos residentes no tienen una calidad de vida adecuada.

Cabrera y Vela (2020), en su tesis “Correlación entre calidad del sueño y niveles de estrés con los puntos de dolor de fibromialgia en estudiantes del Internado Rotativo de Medicina UCSG 2019-2020”. Cuyo objetivo consistió en determinar la correlación entre la calidad de sueño, niveles de estrés en ansiedad y depresión de los residentes del área de medicina con la aparición de fibromialgia. En la parte metodológica, la investigación fue con un enfoque cuantitativo y correlacional prospectivo observacional de corte longitudinal. El recojo de datos fue realizado mediante cuestionario y encuesta a través de la plataforma Google Forms, aplicado a dos grupos cada uno de 50 estudiantes. Las conclusiones fueron que existe correlación de tipo moderada y significativa entre la Índice de Severidad de los Síntomas de fibromialgias en sus diversas escales y también se determinó correlación débil pero significativa entre el Índice de Dolor General en sus diversas escalas.

Juárez (2020), en su tesis titulada “Calidad de sueño asociado a la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la Unidad Médica Familiar 57”, siendo su objetivo se enfocó en determinar la asociación entre la calidad del sueño y la ansiedad, así como de la depresión de los médicos residentes. La metodología de investigación fue observacional con diseño descriptivo prospectivo correlacional y transversal. La población muestral la conformaron 60 médicos residentes de dicha unidad médica, el recojo de datos fue realizado mediante el cuestionario (Pittsburg) y las técnicas encuesta y entrevista. Las conclusiones fueron que la calidad de sueño de los médicos residentes comienza a modificarse al inicio del periodo de capacitación, esto se debe a múltiples factores, los cuales se enmarcan en el ámbito laboral, académico y personal. En relación con la existencia de asociación entre la calidad de sueño y la presencia de síntomas de ansiedad, se evidenció que el 30% (18) de los médicos residentes requieren atención medica al respecto, mientras que en la asociación entre la calidad de sueño

y la presencia de síntomas de depresión fue de 43% (26), los cuales también requieren de atención médica y tratamiento. En definitiva, los médicos residentes vivencian una calidad de sueño mala que viene afectando su calidad de vida.

### ***1.2.2. Antecedentes Nacionales***

Silva (2021), en su investigación titulada “Calidad de sueño en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud en una universidad pública peruana”, presentada en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, cuyo objetivo fue identificar la calidad de sueño de los referidos estudiantes. En la parte metodológica, la investigación fue de tipo descriptiva con diseño no experimental transversal. La población muestral la conformaron 153 alumnos adscritos a la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNJBG. El recojo de datos fue realizado mediante el cuestionario y la encuesta. Concluyó que las carreras profesionales que presentaron prevalencia en lo referente a la perturbación del sueño en orden decreciente fueron: Enfermería con un 19%; Odontología y Bioquímica 17.6%; Obstetricia un 15%; y Medicina con 13.7%; debiendo prestarle atención y tratamiento médico.

Ortiz (2021), en su tesis que llevó por título “Asociación entre calidad del sueño y el rendimiento académico de los estudiantes de medicina de cursos clínicos de forma virtual durante la pandemia por COVID-19”, presentada en la Universidad Nacional de Piura, Piura. El objetivo consistió en determinar la relación entre ambas variables. En la parte metodológica, la investigación fue cuantitativa con diseño no experimental observacional prospectivo de corte transversal y analítico. La población muestral la conformaron un total de 102 estudiantes de Medicina Humana del sexto al décimo ciclo que cursaron estudios clínicos en el transcurso del ciclo 2021-I. El recojo de datos fue realizado a través del cuestionario y encuesta de forma virtual a través de las redes sociales Facebook y WhatsApp. Concluyó que la prevalencia de la mala calidad del sueño incidió significativamente en el rendimiento académico en un 63.7%; la desaprobación de los cursos en ese periodo fue de 87%, por lo tanto, el rendimiento

académico tuvo una correlación negativa con la calidad de sueño, en definitiva, la mala calidad de sueño mostró asociación con un menor rendimiento académico en los estudiantes.

Acero (2021), en su tesis titulada “Calidad de sueño en el profesional de enfermería del Hospital III ESSALUD, Puno – 2019”, presentada en la Universidad Nacional del Altiplano, Puno. El objetivo busco determinar la calidad de sueño en los profesionales de enfermería de dicho hospital. En la parte metodológica, fue no experimental descriptiva y transversal. La población muestral la conformaron 55 profesionales de enfermería. El recojo de datos fue realizado a través del cuestionario y la encuesta. Concluyó que el personal profesional del área de enfermería viene presentando mala calidad del sueño, lo cual compromete el diario desempeño de las funciones que realizan, pero, además, deteriora la calidad de vida en el contexto personal, familiar y social.

Cabrera (2019), en su tesis de maestría “Calidad del sueño según la escala de somnolencia de Epworth como factor asociado a la calidad de vida en médicos residentes” presentada en la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. Tuvo como objetivo determinar si los médicos residentes en los hospitales que existen en la ciudad de Trujillo. En la parte metodológica, el estudio fue observacional con diseño analítico prospectivo descriptivo de corte transversal. La población muestral la conformaron un total de 180 médicos residentes de cinco hospitales de la ciudad de Trujillo. El recojo de datos fue realizado mediante el cuestionario y las técnicas fueron la encuesta y la entrevista. Concluye la incidencia en la calidad de vida de los médicos residentes fue de un 41.7%, mientras que su incidencia en relación con la somnolencia diurna estimada mediante la Escala de Epworth  $\geq 10$  fue de un 70% en relación con la somnolencia excesiva de los médicos residentes de primer año que tuvieron buena calidad de vida fue el 48.6%.

Diener y Labarthe (2022), en su tesis de grado que llevó por título “Factores asociados a insomnio en médicos del Centro Médico Naval del Perú durante la pandemia por COVID-19”, presentada en la Universidad Científica del Sur, Lima. El objetivo consistió en identificar el impacto y magnitud con la se afecta la calidad de sueño de los médicos, así como los factores asociados a los trastornos ocasionados. La metodología utilizada en la investigación fue de tipo observacional con un diseño analítico y prospectivo. La población muestral la conformaron 57 médicos residentes de los cuales el 68% eran de sexo masculino, un 84% de estos residentes presentaron somnolencia anómala. Concluyeron que fue posible determinar el impacto y magnitud generado por la pandemia, se identificó que el estrés causó un efecto altamente significativo y negativo en la calidad de sueño de los médicos residentes del referido centro médico.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

Establecer la relación entre la calidad de sueño y la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

- Establecer la relación entre la calidad de sueño y la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- Establecer la relación entre la calidad de sueño y el rol físico en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

- Establecer la relación entre la calidad de sueño y el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- Establecer la relación entre la calidad de sueño y la salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- Establecer la relación entre la calidad de sueño y la vitalidad en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- Establecer la relación entre la calidad de sueño y la función social en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- Establecer la relación entre la calidad de sueño y el rol emocional en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- Establecer la relación entre la calidad de sueño y la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

## **1.4. Justificación**

### **1.4.1. Teórica**

La justificación teórica e importancia de la presente investigación, se basa en que permite conceptualizar todo lo referente a la calidad de sueño del personal médico residente, y las variables que pueden afectar la duración (cantidad) y/o su profundidad (calidad); así como también acerca de su calidad de vida.

#### **1.4.2. Metodológica**

Se justifica debido a que se fundamenta en enfoques y métodos científicos que son propias de la metodología de investigación; los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron diseñados y desarrollados justo a la medida de las variables y dimensiones que son objeto de estudio, los cuales se adaptaron a la situación problemática planteada dentro del hospital; además, las fases a cumplir en el desarrollo del estudio se ajustaron a lo establecido en su planificación.

#### **1.4.3. Practica**

Desde el punto de vista práctico, los resultados del estudio podrían ser de gran utilidad para la administración de los hospitales Categoría III-1, así como de otras partes interesadas; pues se espera que, conociendo la relación que guardan ambas variables del estudio, se empleen en la priorización de objetivos para un adecuado clima organizacional de sus médicos residentes, que a mediano o largo plazo terminará vislumbrando una mejor calidad de atención.

### **1.5. Hipótesis**

#### **1.5.1. Hipótesis general**

La calidad de sueño se relaciona significativamente a la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

#### **1.5.2. Hipótesis específicas**

- La calidad de sueño se relaciona significativamente con la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

- La calidad de sueño se relaciona significativamente con el rol físico en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- La calidad de sueño se relaciona significativamente con el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- La calidad de sueño se relaciona significativamente con la salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- La calidad de sueño se relaciona significativamente con la vitalidad en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- La calidad de sueño se relaciona significativamente con la función social en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- La calidad de sueño se relaciona significativamente con el rol emocional en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.
- La calidad de sueño se relaciona significativamente con la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1. El sueño

El sueño es una condición básica para mejorar el estado de la salud ya que es reparador, renovador tanto del cuerpo, la mente y el alma (Helvig *et al.*, 2016). Según el Centro para Control y la Prevención de Enfermedades (CCPE), dormir es un determinante clave de la salud, al igual que la nutrición y las actividades físicas, y aproximadamente un tercio de nuestra vida se dedica a dormir (CCPE, 2009). El sueño puede definirse como un modo activo, recursivo, repetitivo y de desconexión del entorno físico, además, existe una relación entre el sueño y las funciones cognitivas, el razonamiento, la dirección de objetos conductuales y los procesos creativos (Curcio *et al.*, 2006).

Dormir lo suficiente es importante para combatir las infecciones, el metabolismo, la prevención de la diabetes y el funcionamiento eficaz. Asimismo, el tiempo y el período de sueño afectan el funcionamiento metabólico y neuroendocrino. El sueño corto se define como menos de 6 horas por día durmiendo; el trastorno de sueño puede afectar significativamente diversos aspectos dentro de la calidad de vida, como la salud general, el funcionamiento físico, los efectos cognitivos y psicológicos y la interrupción de las actividades diarias (Paudel *et al.*, 2010).

La evidencia epidemiológica y de laboratorio ha encontrado que la reducción del tiempo de sueño, así como la mala calidad de sueño están asociadas con varios resultados negativos para la salud, como la obesidad y las enfermedades crónicas según Bowman *et al.*, (2019). Entre quienes estudian carreras de la ciencia de la salud, los trabajadores de la salud y el personal de emergencias, la mala calidad del sueño y las deficiencias del sueño se han

relacionado con un menor rendimiento laboral, mala toma de decisiones, errores médicos, problemas de salud personal y agotamiento (Greeson *et al.*, 2015; Melnyk, 2020).

De acuerdo con Bahammam *et al.*, (2012), los estudios han encontrado relación significativa estadística entre los tiempos de sueño, trastornos del sueño, duración de sueño y rendimiento académico de los estudiantes, y que cuando se mejora el hábito de sueño, mejores son las funciones de estudio.

**2.1.1.1 Teoría de la reparación y restauración del sueño.** Las teorías de la restauración del sueño han proporcionado fundamentos teóricos para los estudios de privación del sueño durante décadas. De acuerdo con esta línea de razonamiento, la función del sueño es restaurar el cuerpo durante los períodos de inactividad para que se asegure el funcionamiento biológico adecuado. Los tejidos del cerebro y el cuerpo se reparan y se reponen las sustancias químicas necesarias para un funcionamiento adecuado. El sueño está basado en la necesidad de asignar de manera óptima los recursos energéticos limitados a los procesos biológicos esenciales. El modelo de asignación de energía del sueño postula que el ciclo sueño-vigilia evolucionó para realizar procesos biológicos únicos y esenciales durante el sueño como una forma de disminuir los requisitos de energía de la vigilia y reducir el gasto energético diario total, además, las hormonas liberadas durante el sueño ayudan en la formación de la memoria y el desempeño de funciones cognitivas de alto nivel esenciales para el aprendizaje y la supervivencia (Siegel, 2005).

Los estudios neurocientíficos del sueño han definido el sueño sobre la base de criterios conductuales y fisiológicos dividiéndolo en dos etapas: sueño sin movimientos oculares rápidos (NREM) y sueño con movimientos oculares rápidos (REM). Tanto el sueño NREM como el REM se alternan de manera cíclica con un total de entre 4 a 6 ciclos observados durante el sueño en adultos y cada ciclo dura en promedio de 90 a 110 minutos. En el ser humano adulto,

el primer tercio del sueño está dominado por el sueño de ondas lentas y el último tercio está dominado por el sueño REM. El REM a menudo se caracteriza por un movimiento ocular rápido y atonía muscular. Esta categorización del sueño da como resultado diferentes etapas del sueño. (Brinkman *et al.*, 2018).

El sueño comienza con una breve etapa NREM 1, seguida de la etapa NREM 2, luego la etapa NREM 3, y finalmente la REM. NREM representa aproximadamente del 75% al 80% del sueño total y REM representa el 20% al 25% restante del sueño. Esta progresión a través de las etapas del sueño ocurre en este orden de eventos que se repiten a lo largo de la noche durante períodos de tiempo variables. El ciclo inicial dura de 70 a 100 minutos para completarse por completo. Sin embargo, los ciclos restantes duran de 90 a 120 minutos cada uno. La cantidad de REM en cada ciclo progresa a lo largo de la noche desde que es mínima al inicio del sueño, pero eventualmente llega hasta el 30% del ciclo más tarde en la noche. Un total de 4 a 5 ciclos a través de esta progresión es típico en una noche. (Siegel *et al.*, 2001; Bazalakova, 2017)

La etapa 1 de NREM es la etapa superficial del sueño en la que una persona todavía se despierta fácilmente. Dura de 1 a 7 minutos. Las ondas alfa rítmicas caracterizan el electroencefalograma (EEG) a una frecuencia de 8 a 13 ciclos por segundo. La etapa 2 de NREM dura aproximadamente de 10 a 25 minutos en el ciclo inicial de sueño, pero progresa hasta consumir el 50% del ciclo de sueño total más tarde en la noche. La etapa 2 es un estado de sueño mucho más profundo que la etapa 1, pero las personas aún se despiertan con una fuerte estimulación. La actividad de ondas cerebrales en el EEG es “husos de sueño y complejos K” de bajo voltaje. Las teorías actuales sugieren que la consolidación de la memoria ocurre principalmente durante esta etapa. (Brinkman *et al.*, 2018).

La etapa 3 de NREM dura alrededor de 20 a 40 minutos, inicialmente. EEG es caracterizado por frecuencia de onda lenta de alto voltaje. REM es la fase del sueño responsable de soñar. Se caracteriza por parálisis de los músculos voluntarios de todo el cuerpo (excepto los músculos extraoculares). Se cree que esta parálisis es un mecanismo para evitar que los estímulos neurales de los sueños se manifiesten en impulsos musculares reales durante el sueño. EEG en REM es “formas de onda de diente de sierra”, ondas theta y ondas alfa lentas en un conjunto de patrones desincronizados. (Siegel *et al.*, 2001; Bazalakova, 2017; Brinkman *et al.*, 2018).

**2.1.1.2. Sobre la medicina del sueño (Insomnio y sueño).** El insomnio se considera una problemática de salud pública, y es comúnmente la queja más frecuente en la práctica médica. El trastorno se caracteriza por dificultad con la calidad del sueño, al iniciarse o mantener el sueño, junto con una angustia considerable y deficiencias en el funcionamiento diurno (Mellinger, 1985 citado en Bollu y Kaur, 2019). Los estudios han establecido que el insomnio es una afección muy común con síntomas presentes en alrededor del 33 al 50% de la población adulta (Ancoli y Roth, 1999 citados en Bollu y Kaur, 2019). Su frecuencia prevalente se ubica entre el 10 y 15% de la población en general, con tasas más altas en las mujeres, las personas divorciadas o separadas, aquellos que han sufrido pérdidas de algún ser querido y las personas mayores (Dollander, 2002). También existe un mayor riesgo de depresión, ansiedad, abuso de sustancias, suicidio, accidentes automovilísticos y posible disfunción inmunitaria con insomnio crónico (Taylor *et al.*, 2001).

Inicialmente considerado como un síntoma, el insomnio ahora se define como un trastorno y se clasifica por separado en el DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta Edición) y el ICSD-III (Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, 3era Edición) (Bollu y Kaur, 2019).

**A. Fisiopatología.** Los factores moleculares responsables de la regulación del sueño y la vigilia incluyen las sustancias químicas que promueven la vigilia, como la orexina, la norepinefrina y la histamina; mientras que las sustancias químicas que promueven el sueño se encuentran el ácido gamma aminobutírico, la adenosina, la melatonina y la prostaglandina D2. El aumento del disparo neuronal mediado por orexina en las áreas promotoras de la vigilia (núcleo tubero mamilar, rafe dorsal y locus cerúleos) y la inhibición de las áreas promotoras del sueño (núcleo preóptico ventrolateral y núcleo preóptico medio) es uno de los posibles mecanismos que contribuyen al insomnio (modelo del interruptor del suelo) (Levenson *et al.*, 2015).

**B. Clasificación.** De acuerdo con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño – 3era Edición (ICSD-III), el trastorno de insomnio se puede clasificar como:

**a. Trastorno de insomnio crónico.** El paciente experimenta trastornos del sueño durante los últimos tres meses que afectan el sueño nocturno durante al menos tres veces por semana.

**b. Trastorno de insomnio a corto plazo.** Trastornos del sueño experimentados dentro de los tres meses.

**c. Otro trastorno de insomnio.** Los trastornos del sueño que no cumplen los criterios de insomnio crónico o trastorno de insomnio a corto plazo se clasifican en esta categoría:

La Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, en la 2da Edición, describe los diversos subtipos de Insomnio como:

**a. Insomnio psicofisiológico.** Se caracteriza por niveles elevados de excitación cognitiva y somática a la hora de acostarse. Estas personas describen una preocupación excesiva por el sueño junto con la dificultad para dormir en el entorno de su hogar. Pueden dormir fácilmente en cualquier otro ambiente o cuando no planeen dormir.

**b. *Insomnio idiopático.*** Se caracteriza por trastornos del sueño que ocurren en la niñez y persisten durante toda la vida. Puede estar asociado con variaciones congénitas o genéticas en el ciclo sueño-vigilia.

**c. *Insomnio paradójico.*** En este tipo de Insomnio, los pacientes subestiman la cantidad total de sueño que obtuvieron. Suelen tener una buena noche de sueño que perciben como el momento de la vigilia. El insomnio paradójico puede confirmarse mediante polisomnografía o actigrafía.

**d. *Higiene del sueño inadecuada.*** La higiene del sueño destaca el efecto de la actividad diaria en la calidad del sueño. Las siestas excesivas durante el día, el consumo nocturno de alcohol o cafeína, mirar la TV hasta elevadas horas nocturnas, trabajar con dispositivos electrónicos justo antes de acostarse pueden afectar negativamente la calidad del sueño.

**e. *Insomnio conductual de la infancia.*** El Insomnio en los niños puede verse afectado por su dependencia de ciertos estímulos, objetos, entornos ambientales, cuya interrupción puede resultar en un retraso significativo en la conciliación del sueño (tipo de asociación de inicio del sueño) o puede mostrar resistencia para irse a la cama (tipo de ajuste de límite) o ambos. (tipo mixto). (Bollu y Kaur, 2019)

**C. Factores precipitantes.** De acuerdo con Bollu y Kaur (2019), aunque el insomnio puede afectar a cualquier grupo de edad, al sexo femenino y personas con más de 65 años de edad, son la población más susceptible al desarrollo de insomnio. El estrés laboral es un factor psicosocial, donde se ubica el trabajo por turnos, perder un ser querido, el divorcio, los abusos domésticos pueden provocar importantes trastornos del sueño. Los problemas de desarrollo en los niños, como hitos retrasados, comportamiento hiperactivo, ansiedad por separación pueden precipitar trastornos del sueño en los niños.

Ciertos rasgos de personalidad como la preocupación excesiva, la personalidad reprimida, el perfeccionismo, el neuroticismo pueden tener un efecto perturbador en el sueño. Las comorbilidades psiquiátricas como la depresión, el estado de ánimo, trastorno de ansiedad, y los trastornos por estrés postraumático pueden aumentar el riesgo de insomnio. El abuso/dependencia de alcohol y drogas, excesivo consumo de cafeína, el tabaquismo excesivo puede afectar potencialmente el ciclo de sueño y vigilia (Bollu y Kaur, 2019)

### **2.1.2. Calidad de sueño.**

El término calidad de sueño se usa comúnmente en medicina del sueño y puede referirse a una colección de medidas de sueño donde están incluidas el tiempo total del sueño, latencia inicial en el sueño, mantenimiento del sueño, totalidad de tiempo en vigilia, la eficiencia del sueño, así como también cualquier evento disruptivo, como el despertar espontáneo o la apnea (Krystal y Edinger, 2008).

Las quejas de trastornos del sueño (o mala calidad) se han confirmado en casi todos los países, y entre pacientes de todas las especialidades de la medicina (Ohayon, 2011). En relación con el trastorno de sueño no tratados, pueden provocar síntomas potencialmente mortales, teniendo en cuenta que dichos trastornos no son una consecuencia de una enfermedad médica, sino que también son los principales impulsores de otras enfermedades (Baglioni *et al.*, 2011). Ahora se reconoce que los trastornos del sueño están asociados con disfunciones neurocognitivas, déficits de atención, deterioro del rendimiento cognitivo, depresión, ansiedad, estrés y control deficiente de los impulsos (Mollayeva *et al.*, 2016). Al faltar el sueño, se presentan afectaciones graves en el rendimiento diurno, tanto social como laboralmente, se incrementa exponencialmente los riesgos de accidentes laborales y automovilísticos, la mala calidad de vida y la mala salud en general (Leger *et al.*, 2014).

La calidad del sueño tiene implicaciones para los problemas psicosociales, conductuales y de salud, así como también en la calidad de vida con respecto a la salud, en ese contexto, representa un grave problema de salud pública. Como componente indispensable de la vida, el sueño representa un factor relevante en la salud y el crecimiento; muchas funciones fisiológicas y actividades cerebrales significativas ocurren durante el sueño, como el alivio de la fatiga y la evolución y desarrollo cerebral en la etapa de la niñez (Iemura *et al.*, 2016).

Los esquemas de sueño tienden a cambiar durante la evolución y ciclo de vida y están influenciados por una variedad de factores internos y externos, que son extremadamente complicados y difíciles de identificar y explicar por completo. Por lo tanto, la calidad del sueño vendría a ser la resultante de las evaluaciones de 2 importantes dimensiones, la objetiva y la subjetiva. En la primera, los factores corresponden a la duración de dormir, despertarse en las noches, latencia del sueño, entre otros. La segunda dimensión subjetiva, guarda relación con el bienestar que experimenta la persona en relación con su dormir. (Cox *et al.*, 2022).

La calidad del sueño se puede evaluar utilizando métodos objetivos y subjetivos. Los métodos objetivos como la polisomnografía (PSG) y la actigrafía demuestran una alta fiabilidad en la obtención de información sobre los parámetros del sueño (Krystal y Edinger, 2008). Sin embargo, estos métodos objetivos, como la PSG, no están fácilmente disponibles para la mayoría de los médicos en su rutina diaria y son costosos y consumen mucho tiempo, según la Asociación Americana de Medicina del Sueño (AAMS, 2015). Incluso si el actígrafo tiene varias ventajas (por ejemplo, no es costoso), la actividad registrada es solo un indicador del sueño y no es el sueño en sí mismo. Además, hay una variedad de dispositivos y algoritmos de puntuación disponibles que limitan la comparabilidad entre diferentes dispositivos actigráficos (Krystal y Edinger, 2008).

Entre los métodos subjetivos, el diario de sueño es la evaluación más utilizada (Natale *et al.*, 2015). El diario del sueño requiere que el cliente registre estimaciones diarias por la mañana para los parámetros de su patrón de sueño y, como tal, brinda información sobre una serie de métricas relevantes como; latencia de inicio del sueño, vigilia después del inicio del sueño, tiempo total de sueño, y la satisfacción como una valoración global subjetiva del sueño de cada noche. En ese sentido, las medidas de autoinforme retrospectivo, como los cuestionarios, pueden usarse ampliamente tanto en la atención de rutina como en los ensayos clínicos, ya que tienen varias ventajas, incluido su bajo costo y su potencial para administrarse a varios tipos de poblaciones a través de Internet (Thorndike *et al.*, 2011) ya que estas medidas se explican por sí mismas y no requieren supervisión. Además, los cuestionarios de autoevaluación tienen las ventajas de un alto cumplimiento por parte del paciente, facilidad de administración y menor demanda de tiempo de los especialistas médicos. (Fabbri *et al.*, 2021)

Dada la importancia de la aplicación del diagnóstico mediante el cuestionario de escalas de calificación, no cabe duda de que es necesario establecer las propiedades psicométricas de estas herramientas. Como informaron Buysse *et al.*, (1989 citados en Fabbri *et al.*, 2021), la calidad del sueño representa una construcción compleja que es difícil de definir. De acuerdo con la evaluación clínica de la disfunción del sueño, la queja más frecuente de los pacientes son la imposibilidad de conciliar el sueño nocturno incluso cuando existe la oportunidad de dormir (es decir, trastorno de insomnio), consecuencias negativas durante el día debido a la falta de sueño, movimientos o comportamientos nocturnos episódicos (por ejemplo, ronquidos, patadas, bruxismo, sonambulismo o hablar) o una combinación de estas preocupaciones. Así, los cuestionarios autoadministrados que evalúan el mal sueño pueden incorporar todos los ítems de los aspectos mencionados, o pueden ser selectivos para la evaluación de problemas específicos del sueño.

En ese sentido, en la evaluación de la calidad de sueño tienen que ser considerados los factores: “calidad del dormir, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para lograr dormir, y la disfunción diurna” (Buysse *et al.*, 1989, p. 195).

**2.1.2.1. Medición de la calidad de sueño.** El PSQI por sus siglas en inglés, o Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), (Buysse *et al.*, 1989), es un cuestionario de autoinforme ampliamente utilizado que evalúa la calidad general del sueño y los componentes del sueño a lo largo de siete dominios basados en el último mes: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones de sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. El ICSP consta de 19 ítems, la mayoría de ellos con formato de respuesta tipo Likert. Los elementos se combinan para producir las puntuaciones de los componentes utilizando las fórmulas recomendadas por los autores. Cada componente derivado tiene un rango de 0 a 3, en el que “0” indica que no hay dificultades para dormir y “3” representa problemas de sueño más graves.

Por ejemplo, la puntuación de disfunción diurna es la puntuación de la suma de dos elementos (con qué frecuencia toma medicamentos para ayudar a dormir; con qué frecuencia tiene problemas para mantenerse despierto durante las actividades diarias, como conducir y comer), codificada en la escala 0-3 (0 = 0, 1 – 2 = 1, 3 – 4 = 2 y 5 – 6 = 3). El componente subjetivo de la calidad del sueño (1 ítem) se refiere a la calificación de la persona sobre la calidad general del sueño en una escala de 0 (muy buena) a 3 (muy mala). La latencia del sueño representa el tiempo que tarda la persona en irse a dormir, mientras que la duración del sueño se refiere a la cantidad de horas que una persona duerme realmente por la noche. La eficiencia del sueño habitual se calcula como una proporción de la cantidad de horas dormidas/la cantidad de horas pasadas en la cama multiplicada por 100, lo que se traduce en un porcentaje (>85% indica que no tiene problemas para dormir y es calificado como “0”; es decir “durmiente”).

ICSP también incluye una pregunta abierta sobre “otras razones” para tener problemas para dormir. (Cox *et al.*, 2022).

El ICSP se ha utilizado en numerosos estudios de poblaciones adultas a nivel internacional para evaluar la calidad del sueño y su relación con una variedad de resultados (Bowman *et al.*, 2019; Huang & Zhu, 2020). Por ejemplo, el ICSP se utilizó como parte del estudio Midlife in the United States (MIDUS), que incluye a la población adulta en general. Una puntuación ICSP global más alta se asoció con un mayor riesgo de síntomas depresivos (Huang & Zhu, 2020). Los datos de referencia del estudio de cohorte prospectivo de la Asociación Americana del Corazón (Go Red Women, AHA) (Zuraikat *et al.*, 2020), también incluyeron el ICSP, y los resultados indicaron que la mala calidad del sueño se asoció con una mayor ingesta de alimentos y una dieta de menor calidad, que son factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. El ICSP también se usó en un gran estudio transversal basado en la comunidad del Centro de datos de medicina coreana que mostró una asociación entre los problemas del sueño y los síntomas digestivos (Hyun *et al.*, 2019).

En poblaciones académicas, el ICSP se ha utilizado principalmente en estudios con estudiantes, incluidos estudiantes de enfermería (Liu *et al.*, 2021). Una revisión reciente de la literatura sobre los determinantes de la calidad del sueño en estudiantes universitarios (Wang & Biro, 2021) encontró que la actividad física y las relaciones sociales saludables se relacionaron con una mejor calidad del sueño, mientras que la ingesta de cafeína, el estrés y los patrones irregulares de sueño y vigilia se asociaron con una disminución de la calidad de sueño.

Según Cox *et al.*, (2022) quienes estudiaron un método para evaluar la calidad de sueño entre profesores del área de enfermería aplicando el ICSP, en relación al impacto de los horarios de trabajo irregulares, como el trabajo por turnos, en el sueño entre el personal de salud residente de un hospital, en especial médicos y enfermeras. Varios estudios que utilizaron

PSQI, los médicos y enfermeras informaron una mala calidad del sueño para los trabajadores por turnos en los EE. UU (Colditz *et al.*, 2016); en Taiwán (Lee *et al.*, 2015); Turquía (Baskent *et al.*, 2017); e Italia (Giorgi *et al.*, 2017).

La mala calidad del sueño se ha asociado con el insomnio y los trastornos emocionales y la privación del sueño, los patrones de sueño irregulares y la somnolencia fueron problemas importantes para los médicos y enfermeras residentes que trabajan por turnos (Debbia *et al.*, 2021). En una revisión sistemática, los patrones de turnos más largos, como los turnos nocturnos consecutivos, se correlacionaron con mala calidad de sueño y fatiga (Querstret *et al.*, 2020).

Por otro lado, Melnyk *et al.*, (2018) también informaron una peor salud mental y física tanto en enfermeras como en los médicos que trabajan turnos más largos. La investigación también ha demostrado que los trabajos por turnos están asociados con la disminución del sueño, y una reducción de las habilidades psicomotoras, prestar atención, lograr concentrarse, la rapidez de procesamiento y la calidad del desempeño (Kaliyaperumal *et al.*, 2017). Los errores médicos se han relacionado con trastornos del sueño y fatiga (Karahan *et al.*, 2020), y la hipersomnolencia, somnolencia diurna excesiva, se asocian con mayores riesgos de accidentes (Garbarino *et al.*, 2016).

### **2.1.3. Variable 1 (V1): Calidad de sueño**

La calidad de sueño es una definición difícil y también compleja de determinar, por lo tanto, requiere ser evaluada mediante escalas auto aplicadas, debido a que los elementos que la conforman varían en cada persona que es encuestada. La evaluación incluye ciertos parámetros de tipo “cualitativos como lo es la calidad subjetiva del sueño; y cuantitativos como es la latencia del sueño, su duración, eficiencia, alteraciones, uso de medicamentos, y también la presencia de disfunción diurna” (Lomeli *et al.*, 2008, p. 51).

Con respecto a las dimensiones e indicadores de la variable calidad de sueño, como previamente se mencionó, estará fundamentado de acuerdo con el cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), (Buysse *et al.*, 1989), con base a la cual se definen a continuación.

#### **2.1.3.1. Dimensiones de la calidad de sueño.**

**A. Calidad subjetiva del sueño (VI.1).** La calidad subjetiva del sueño es definida como un problema para la conciliación del sueño de manera efectiva o de mantenerlo, en ese sentido, la sensación subjetiva de un buen o mal sueño es una percepción individual.

**B. Latencia del sueño (VI.2).** Es la duración del tiempo en la cual un individuo permanece desde el momento en que procede a acostarse hasta que alcanza la conciliación del sueño, de acuerdo con Buysse *et al.*, el tiempo de latencia de una persona adulta deberá ser entre 16 y 30 minutos.

**C. Duración del sueño (VI.3).** Es el intervalo de tiempo en horas que la persona permanece durmiendo, la duración normal se considera debe ser entre las 6 y 7 horas, según el ICSP.

**D. Eficiencia habitual del sueño (VI.4).** Esta dimensión se refiere en términos porcentuales al tiempo total de sueño que la persona permaneció durmiendo en su cama, la eficiencia normal aceptable se encuentra entre 75% y 85%.

**E. Perturbaciones del sueño (VI.5).** Se consideran que son aquellos problemas que se hacen presente al momento de dormir o mantener el sueño, ocasionando una calidad de sueño poco saludable, estos pueden ser por factores internos generados por diversas causas como el estrés, depresión, y factores externos como lo son el ruido, mucha iluminación, temperatura del ambiente, entre otros.

**F. Uso de medicación para dormir (VI.6).** Consumo de medicación para dormir, ya sea por prescripción médica o por propia cuenta.

**G. Disfunción diurna del sueño (VI.7).** Está asociada a problemas que la persona con mala calidad de sueño afronta al momento de realizar sus actividades durante el día, la somnolencia inhibirá sus capacidades en el organismo, un marcado cansancio, además, afectando aspectos cognitivos limitando la capacidad de atención y retención.

#### **2.1.4. Calidad de Vida**

La OMS definió la calidad de vida (QOL) por sus siglas en inglés como un sistema cultural y de valores alineado con el propósito individual por el cual vive una persona, en relación con sus objetivos, esperanzas, niveles de vida e intereses. Se trata de un concepto detallado que incorpora la salud física y psíquica de los individuos, su grado de independencia, sus vínculos sociales y cómo se relacionan con su entorno (OMS, 1995, p. 1405). La calidad de vida es un área de estudio que ha atraído un interés cada vez mayor. Los modelos e instrumentos conceptuales de calidad de vida para la investigación, evaluación y evaluación se han desarrollado desde mediados del siglo pasado. Esta definición sugiere que el concepto es subjetivo y multidimensional y que sus dimensiones pueden incluir tanto aspectos negativos (como fatiga y dolor) como positivos (como movilidad y satisfacción) (OMS, 1995).

Sin embargo, a lo largo de la historia, dicha conceptualización no ha sido auscultada y definida solo como un concepto general e integral, sino también como algo más específico de varias áreas en lo político, económico, sociológico, psicológico y en la salud. La definición difiere según el área científica, por ejemplo, en sociología y psicología el concepto se refiere a la felicidad y satisfacción con la vida, lo cual está influenciado por las metas de cada persona, situación financiera, estatus socioeconómico, entre otros. (Holmes, 2005).

Dicho esto, es importante abordar tanto la calidad de vida relacionada con la atención social como la calidad de vida relacionada con la salud, considerando que la atención a largo plazo consiste en situaciones sociales y de salud.

En cuanto al área de atención social, el concepto de calidad de vida suele mencionarse como y consiste en su mayoría en aspectos de la vida de las personas que se consideran actividades personales cotidianas, como vestirse, alimentarse, asearse, comprar, entre otros. (Malley *et al.*, 2012).

En salud, el concepto tiende a centrarse solo en los factores que guardan relación con la salud, ignorando aquellos no relacionados, como los económicos y políticos (Holmes, 2005; Karimi y Brazier, 2016). El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) está estrechamente relacionado con la definición de salud presente en la constitución de la OMS, que declara que la salud no es solo la inexistencia de enfermedad o debilidad o fragilidad, sino el bienestar total en los dominios físico, mental y social (OMS, 2006). La mayoría de los autores definen la CVRS con una definición similar (Karimi y Brazier, 2016).

Según Bowling (2005), el foco de atención de los investigadores tanto en la atención sanitaria como social está evaluar los hallazgos de intervenciones y los tratamientos. En salud, una medida de los resultados de salud ampliamente usada es los Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVAC), que viene a ser una medición resumida que facilita la realización de comparaciones entre distintos pacientes y áreas (Whitehead y Ali, 2010). Según la misma fuente, existen otras medidas de resultados de salud, como los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y los Años Saludables Equivalentes (ASE). Por otro lado, se encuentran una gran diversidad de instrumentos genéricos que permiten evaluar esta área de calidad de vida, entre los que se encuentran el Sickness Impact Profile (Perfil de Consecuencias de la Enfermedad), el Nottingham Health Profile (Perfil de Consecuencias Nottingham) y la Encuesta SF-36, todos contribuyen entregando información en lo predictivo, descriptivo y evaluativo de un individuo o grupo mediante puntuación resumida sobre cada una de las dimensiones y permiten la aplicación de estrategias para alcanzar de forma consolidada una

interpretación de la suma global de los resultados y precisar el perfil individual de salud global de cada persona evaluada.

La presente investigación tomó como método el modelo del cuestionario de salud SF-36, a través del cual fue posible valorar tanto los estados positivos y negativos de la salud de cada encuestado. El instrumento está configurado por ocho (8) dimensiones/indicadores, los cuales fueron consideradas en esa misma condición en el estudio y son: función física, rol físico, el dolor corporal, la salud en general, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. (Arostegui, 2008).

**2.1.4.1. Medición de la calidad de vida.** Según Albouy *et al.*, (2010) para medir el bienestar, otro enfoque es medir la calidad de vida de una persona, consiste en evaluar su situación en términos de varias dimensiones diferentes (en términos materiales, en términos de salud, condiciones de vivienda, inseguridad, entre otros), y luego deducir si están en condiciones de tener una calidad de vida *satisfactoria*. Para distinguir este análisis del anterior, este método a veces se define como un enfoque *objetivo* para medir el bienestar, ya que se basa en criterios precisos y medibles. Los factores tenidos en cuenta no se limitan a aspectos puramente materiales (o monetarios). Así, la conceptualización de *calidad de vida* es más amplio que los estándares de vida, que se utilizan para medir condiciones de vida inadecuadas. Para medir estas condiciones, los autores sugieren utilizar una lista de preguntas relacionadas con la tensión económica de las personas, la morosidad, las restricciones de consumo y las posibles dificultades de vivienda. Cuando se observan esos indicadores de la calidad de vida, se está tratando de medir la situación de las personas en términos de condiciones laborales, acceso al ocio, su grado de integración social, si son especialmente vulnerables económica o físicamente, entre otros.

Uno de los desafíos de un enfoque multidimensional de la calidad de vida es, en última instancia, producir una síntesis de la pregunta, para tal propósito tomaron en consideración nueve aspectos de la calidad de vida, para los cuales ya se dispone de estadísticas: condiciones materiales de vida, riesgos financieros a los que están expuestas las personas, su salud, su nivel de educación, condiciones de trabajo, participación en la vida pública, contactos con otros, seguridad económica y seguridad física. La mayor parte de indicadores correspondientes se calculan sobre la base de datos de la encuesta CVRS. Para la mayoría de estas dimensiones, contaron con las recomendaciones de la Comisión dirigida por Stiglitz *et al.*, (2009), y para la mayoría de ellas, su efecto sobre la calidad de vida es bastante intuitivo. Por ejemplo, el nivel de educación afecta la calidad de vida, más allá de su efecto sobre las carreras profesionales y los ingresos futuros. Las conexiones sociales tienen una relación directa con la calidad de vida, ya que suelen ser una fuente de satisfacción, pero también constituyen un recurso que se puede movilizar en gran parte de los aspectos de vida. Los estudios sobre el bienestar también destacan que la incertidumbre sobre la situación económica futura tiene un efecto adverso en la calidad de vida de las personas afectadas.

**A. Enfoques para la Medición de la Calidad de Vida.** Existen nuevos y diversos enfoques en la medición de la calidad de vida, en ese sentido cabe aclarar algunas explicaciones conceptuales y teóricas que sustentan la medicina práctica, entre los cuales se encuentran los siguientes, de acuerdo con Hicks (2011 citado por Bakhouché, 2019):

**a. Cuenta de Satisfacción de Preferencia.** La cuenta de satisfacción de preferencias probablemente esté más estrechamente asociada con la cuenta vinculada a factores económicos sobre el bienestar y la calidad de vida. Esto sugiere que al obtener mayores ingresos permitirían a una persona satisfacer más de sus preferencias, lo que resultaría en un mayor bienestar. Comprende esto, en conjunción con el Producto Bruto Interno (PBI) está disponible y se mide de manera consistente en todos los países.

**b. Cuenta de Lista de Objetivos.** Estos enfoques están relacionados con el surgimiento del movimiento de indicadores de carácter social en la década de 1960. El estudio sobre los indicadores sociales tuvo como objetivo agregar a los datos económicos información sobre el bienestar individual y social, reconociendo la inadecuación de confiar exclusivamente en datos económicos. Esta confianza en un amplio conjunto de indicadores, principalmente indicadores objetivos, encaja con la lista objetiva de bienestar, que se centra en el seguimiento de necesidades básicas y derechos de los ciudadanos que se necesitan para permitirles desarrollar sus capacidades y prosperar como individuos.

Parecería que hay dos críticas principales a este enfoque; en primer lugar, hay una dificultad, con tantos indicadores, para que el usuario obtenga una imagen clara de lo que todo esto se suma y cómo progresan las cosas; en segundo lugar, con este enfoque, el analista se queda con la tarea de seleccionar qué indicadores piensa reflejan mejor la calidad de vida de las personas.

**c. Cuenta de Bienestar Subjetivo.** El bienestar subjetivo es la medida de la propia evaluación autoinformada de las personas sobre sus propias vidas y cómo les va. Lo que hace que estas medidas sean subjetivas no es el autoinforme en sí mismo, sino que los aspectos sobre los que informa una persona son de naturaleza subjetiva, por ejemplo, la satisfacción con la vida, las emociones, sus propósitos y lo que significa para esa persona la vida.

Este enfoque es más nuevo que los enfoques anteriores descritos. Aunque los conceptos se han entendido como elemento de importancia en la calidad de vida durante mucho tiempo, solo en los últimos 20 años aproximadamente, un creciente cuerpo de evidencia ha demostrado que este enfoque se puede medir de una manera válida y confiable (Bakhouché, 2019).

En ese sentido, es posible realizar una amplia distinción entre los métodos utilizados en la medición de la calidad de vida poblacionales en general, y aquellos utilizados para medir la

calidad de vida de los individuos. En ambas direcciones, la metodología de investigación dominante puede describirse como positivista y basada en métodos cuantitativos. Los métodos cualitativos se utilizan en los estudios de la calidad de vida, particularmente en el desarrollo de sus instrumentos, pero más en algunas disciplinas que en otras. Es menos probable encontrarlos en el ámbito de los indicadores sociales, y es más probable que se encuentren en la investigación sobre discapacidades o psicología, donde las técnicas de observación se utilizan a menudo junto con los instrumentos de medición. (Galloway *et al.*, 2006; Bakhouché, 2019)

*d. Índice de Calidad de Vida.* Según la definición, un indicador es un parámetro que indica, informa y describe determinados fenómenos y su evolución en el tiempo.

De acuerdo con Diener y Suh, (1999), “Los indicadores de Calidad de Vida o medidas de bienestar son necesarios ya que sus objetivos son evaluar a la sociedad y contribuir sustancialmente a los indicadores económicos reinantes que ahora son favorecidos por algunos formuladores de políticas” (p. 125).

Esta mezcla de economía con psicología tiene en cuenta un concepto definitorio; a saber, que los datos sobre salarios, tasa de desempleo y nómina anual no brindan en sí mismos una imagen completa de una población designada o, más bien, de su bienestar económico. Los datos no monetarios relacionados con los estilos de vida, el entorno laboral y el sentido de comunidad son igualmente importantes para evaluar el nivel de vida (Bakhouché, 2019).

El interés por medir la calidad de vida ha crecido sustancialmente en los últimos años. Posteriormente, se han considerado diferentes escalas y cuestionarios para su valoración. En la revisión bibliográfica se encontró que el *Cuestionario de Salud SF-36* es el cuestionario que más se viene utilizando para evaluar la calidad de vida en relación con la salud (Lins y Carvalho, 2016).

Este instrumento ha sido adaptado para su uso en diferentes contextos relacionados con estudios de investigación, intervenciones clínicas y sociales; se ha utilizado en población general y en poblaciones con problemas de salud e incluso se ha considerado como estándar de referencia para el desarrollo o validación de otros instrumentos que evalúan la CVRS (Salim *et al.*, 2017).

### **2.1.5. Variable 2 (V2): Calidad de vida**

#### **2.1.5.1 Indicadores de la calidad de vida.**

**A. Función física (V2.1).** Grado de limitaciones que físicamente están reducidas por la falta de salud. Cuando una persona goza de buena función física su desempeño diario es vigoroso y realiza todas sus actividades enérgicamente sin mostrar rasgos de fatiga. La medición de los niveles de salud que limitan las actividades físicas con base a indicadores como lo son el caminar, subir escaleras, coger y llevar cargas, inclinarse, realizar esfuerzos moderados e intensos y el autocuidado. (Tuesca, 2005).

**B. Rol físico (V2.2).** Representa el grado en el cual la falta de salud obstaculiza los aspectos laborales y demás actividades diarias, evidenciando una desmejora en el rendimiento esperado, además, de la disminución de las actividades. De acuerdo con la OMS (2015), la falta de actividad física es considerada como el cuarto factor de riesgo generador de mortalidad a nivel mundial, con un 6%.

**C. Dolor corporal (V2.3).** En aquel dolor intenso que afecta el trabajo personal, bien sea dentro o fuera de su casa, de acuerdo con Torre y Corral (2008), explican que ante la presencia del dolor las personas buscan mecanismos para su mitigación, los cuales se denominan intentos de afrontamiento que comprenden un conjunto de esfuerzos cognitivos y de comportamientos cambiantes que los utilizan para afrontar las dolencias.

**D. Salud general (V2.4).** Valoración individual que tiene cada persona sobre su propia salud actual, perspectiva futura y la resistencia a enfermarse. En ese sentido, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias. (OMS, 2015).

**E. Vitalidad (V2.5).** Es contar con energías y vitalidad al momento de sentir que se está cansado o agotado. El término es un sinónimo de salud, así como de eficiencia y felicidad, por otro lado, el disponer de un buen estado de salud y de vitalidad, requiere fundamentalmente de sostener un adecuado cuidado del sueño que implica el disfrute debido en tiempo y calidad de horas de sueño necesarias (Cano y Lozano, 2002).

**F. Función social (V2.6).** Según Barragán *et al.*, (2013), esta función hace referencias al grado donde los problemas de salud tanto físicos como emocionales afectan en la vida social de la persona, donde las privaciones del sueño generan disminuciones de capacidades cognitivas y psicomotoras entorpeciendo significativamente en el estilo de vida.

**G. Rol emocional (V2.7).** Viene a ser el grado en que los conflictos emocionales afectan en el ámbito laboral y en otras actividades diarias, reduciendo el tiempo comúnmente que se dedica a dichas actividades, se refleja en la disminución del rendimiento y en la atención del trabajo a realizar (Barragán *et al.*, 2013).

**H. Salud mental (V2.8).** Según la OMS (2015) la salud mental en términos generales se mide tomando en cuenta la ansiedad, depresión, control sobre las conductas y emociones. La salud mental implica múltiples actividades que de manera directa o indirecta se relacionan con la salubridad mental, definiéndola como aquel estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

**Enfoque:**      **Cuantitativo**

**Tipo:**          **Descriptiva Correlacional**

Valderrama (2014) reconoce que la investigación de tipo descriptivo se encarga de reconocer las características, perfiles y propiedades de un grupo de procesos, personas, comunidades, o fenómenos de los que se haya sometido a un análisis. Un estudio descriptivo mide y recoge información independiente acerca de las variables o conceptos a los que se refiere, para el caso corresponde calidad de sueño y calidad de vida.

Sobre el aspecto correlacional Hernández (2010) propone que su fin es descubrir la asociación o relación entre los conceptos (que generalmente son dos) que se hayan elegido, sus categorías y dimensiones de una manera particular.

**Diseño:**      **No experimental**

El diseño no experimental, a decir de Valderrama (2014) se lleva a cabo sin manipular alguna de las variables, pues que los hechos ya han ocurrido antes, es decir que los hechos a analizar ya se han dado en la realidad. La población materia del estudio es observada en su ambiente natural y en su realidad. La tarea del investigador es entonces observar las variables calidad de sueño y calidad de vida, reconocer entre ellas su relación en un escenario de análisis real, que no sea provocado intencionalmente y sin tener influencia ni control directo sobre estas, ya que han ocurrido con anterioridad.

#### 3.2. Ámbito temporal y espacial

**Ámbito temporal**

El desarrollo del estudio se enmarca dentro de los meses de julio a diciembre del 2022.

### **Ámbito especial**

Se considera al desarrollo en el espacio de un Hospital Nacional categoría III-1 en Lima - Perú.

### **3.3. Variables**

Se muestran en la tabla de operacionalización de variables (ANEXO A).

### **3.4. Población y muestra**

La población, representa al conjunto infinito o finito de elementos, personas o casos que serán analizados a partir de sus atributos o características comunes, para elegir una población específica se analiza los elementos que la conforman, el lugar en el que se encuentran y el tiempo en el que se ha realizado la investigación (Valderrama, 2014). Para la investigación se eligió como población al personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. Debe aclararse que se entiende como médico residente al “médico cirujano que se le adjudicó una plaza ofertada ofrecida a través de un concurso nacional de admisión al Residentado Médico que tiene matrícula vigente en la institución universitaria que lo forma” por la cual postuló (Instituto Nacional de Salud del Niño [INSN], 2021, p.7).

De otro lado, la muestra viene a ser el subconjunto de elementos extraídos de la población. En la presente investigación el tamaño muestral se realizó mediante la aplicación del cálculo por muestreo de conglomerado por cuotas, el cual consiste en coger un tamaño de muestra de un grupo poblacional a través de unidades o subgrupos con características y rasgos específicos en común que son considerados dentro del primer filtro de selección, para posteriormente pasar un segundo filtro correspondiente a los criterios de exclusión e inclusión del estudio (Hernández *et al*, 2014).

Como primer filtro de selección, las especialidades quirúrgicas tomadas en cuenta fueron las de “Cirugía General”, “Ortopedia y Traumatología” y “Neurocirugía”, debido a que comparten las siguientes características:

- Pertener a especialidades quirúrgicas.
- Requerir mínimo de 3 años en su formación como especialista.
- Contar con al menos una guardia diurna de 12 horas y una guardia nocturna de 12 horas a la semana en el servicio de tópico de cirugía en el área de emergencia del hospital, fuera de los turnos de servicio en sus pabellones de hospitalización.

Como segundo filtro de selección se determinaron:

Criterios de inclusión:

- Médicos residentes que están laborando en el Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú.
- Médicos residentes que acepten voluntariamente participar en la presente investigación, luego de haberles relatado la hoja informativa.
- Médicos residentes que pertenezcan a las especialidades quirúrgicas de: “Cirugía General” u “Ortopedia y Traumatología”

Criterios de exclusión:

- Médicos residentes que no tengan como sede principal el Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú.
- Médicos residentes que voluntariamente no acepten ser parte de la presente investigación, luego de haberles relatado la hoja informativa.
- Médicos residentes que hayan sufrido algún accidente traumatológico dentro del último mes.

- Responder la ficha sociodemográfica o las encuestas de autorreporte de manera incompleta.

**Tabla 1.***Cálculo de la muestra*

<b>Especialidad</b>	<b>1° año</b>	<b>2° año</b>	<b>3° año</b>	<b>4° año</b>	<b>5° año</b>	<b>Total</b>
Cirugía general	9	12	8			<b>29</b>
Ortopedia y traumatología	4	3	5			<b>12</b>
Neurocirugía	3	2	2	3	3	<b>13</b>
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>54</b>

Nota: Cálculo de población muestral de conglomerados por cuotas, el tamaño de muestra del estudio según los criterios de exclusión e inclusión planteados estará conformado por 54 médicos residentes, pertenecientes a las especialidades referidas

### **3.5. Instrumentos**

Los dos instrumentos aplicados, ya han sido validados, utilizados en estudios previos para medir las variables.

#### ***3.5.1. Instrumento para medir calidad de sueño: Índice de calidad de sueño de Pittsburg (ANEXO B)***

- Escala conformada por 16 ítems que se agrupan en 7 componentes: calidad de sueño subjetiva, latencia de sueño, duración de sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbación del sueño, uso de medicación hipnótica disfunciones durante el día.
- Los puntajes oscilan entre 0 y 3 pts.
- El puntaje total, reflejado en la Tabla de puntuación (ANEXO C), de cada uno de los componentes en suma va de 0 a 21 pts. A mayor puntaje peor calidad de sueño.
- La escala / instrumento permitirá diferenciar entre una calidad de sueño bastante buena, bastante mala y muy mala.

- Para Buysse y col. (1989) Cronbach reconoce un grado de consistencia interna de 0.83; para Succar (2014), una escala de confiabilidad de 0.6 y para Luna-Solis y cols (2015), 0.56. En todos los casos evaluando el instrumento en su totalidad.

### ***3.6.2. Instrumento para medir calidad de vida: Cuestionario de Salud SF-36 (ANEXO D)***

- Instrumento conformado por 36 ítems que forman 8 escalas. Para el componente físico: función física, rol físico, dolor corporal, salud general. Para el componente mental se compone de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.
- La puntuación se ejecutó en 2 tiempos: Primero, los valores numéricos precodificados se manejaron según lo establecido en la Tabla de recodificación (ANEXO E), cada elemento se puntuó en un rango de 0 a 100. Las puntuaciones representan el porcentaje de la puntuación total posible alcanzada. Segundo, los elementos de la misma escala se promediaron juntos para crear las 8 puntuaciones de escala según la Tabla de escalas (ANEXO F). Las puntuaciones de la escala representan el promedio de todos los elementos de la escala que respondió el encuestado. El ítem 2 no se promedia.
- A mayores puntajes alcanzados en sus respectivas escalas o sumatoria de componentes, mejor será el estado de salud.
- La validez y confiabilidad del instrumento fue reconocido en estudios aplicados en Perú, como el de Salazar y Bernabé (2012) que reporta un Alfa de Cronbach de 0.82, y en el estudio de Saravia (2013) un Alfa de Cronbach de 0.88, que permite reconocer la consistencia en su aplicación.

### **3.6. Procedimientos**

El estudio sigue la trayectoria metodológica, en la que se indagó antecedentes e internacionales sobre la base de las variables calidad de vida y calidad de sueño. En cuanto al

marco teórico, permitió determinar dimensiones e indicadores a partir de los instrumentos elegidos para que sean aplicados. Respecto a la recolección de datos, el investigador acudió al Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú desde las 7:00 hrs hasta las 19:00 hrs, hasta completar la muestra requerida; abordó a los médicos residentes en su área de labor, ubicándose en un espacio que asegure privacidad; invitó e informó verbalmente acerca de la presente investigación, seguido de entregarles la Hoja Informativa (ANEXO G) para su lectura, enfatizando en la voluntariedad y anonimato de su participación; al ser aceptado se procedió a entregar la ficha sociodemográfica (ANEXO H) y los dos instrumentos a manera de encuestas de autorreporte: el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh que mide la calidad de sueño (ANEXO B) y el Cuestionario de salud SF-36 que mide la calidad de vida (ANEXO D), los cuales fueron llenados en aproximadamente 20 minutos; además, se les brindó las herramientas necesarias para su correcto llenado como el tablero de apoyo y el lapicero azul.

### 3.7. Análisis de datos

Para el análisis y procesamiento de los datos, se usaron los programas Microsoft Excel versión 2019 y SPSS versión 25, para obtener estadísticos descriptivos que permitieron visualizar los resultados para generar conclusiones y sugerencias, así como también para realizar inferencia estadística y para determinar la presencia o ausencia de asociación entre las variables de estudio mediante el estadístico chi-cuadrado (Valderrama, 2014).

#### 3.7.1. Confiabilidad del instrumento

- Calidad del Sueño

**Tabla 2.**

*Análisis de confiabilidad para la variable calidad de sueño*

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
Casos	Válido	54	100.0
	Excluido <sup>a</sup>	0	0.0

Total	54	100.0
-------	----	-------

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.752	7

La prueba de confiabilidad para el Índice de calidad sueño de Pittsburg aplicado a la muestra, a través de la prueba de Alfa de Cronbach arrojó un valor de 0.752, esto significa que los resultados obtenidos son aceptables.

- **Calidad del Vida**

**Tabla 3.**

*Análisis de confiabilidad para la variable calidad de vida*

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	54	100.0
	Excluido <sup>a</sup>	0	0.0
	Total	54	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.601	7

La prueba de confiabilidad para el Cuestionario de salud SF-36 aplicado la muestra, a través de la prueba de Alfa de Cronbach arrojó un valor de 0.601, esto significa que los resultados obtenidos son aceptables.

### **3.8. Consideraciones éticas**

Este estudio cumple las pautas de investigación propuestas por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal mediante el acatamiento de los principios éticos y por lo normado en el Código de Ética para la investigación en la UNFV, para lo cual se respetó la reserva de la identidad y área de trabajo de los médicos residentes encuestados mediante el anonimato, para así evitar posibles repercusiones que afecten su condición como residentes del hospital al que representan. Mediante la Hoja Informativa (ANEXO G) se les indicó: la voluntariedad de su participación, el porqué, cómo y cuál será el objetivo del estudio, quién será el responsable, cómo se asegurará la protección de sus datos y sus derechos, qué tipos de datos se recabarán, los beneficios y riesgos potenciales, así como la manera de absolver dudas.

Se consideró además el respeto y uso de las Normas APA en cuanto a la redacción y citación de todas las fuentes que han sido utilizadas, y respeto por la autoría propuesta por los teóricos citados en el estudio, evitando la copia. Además, se envió el proyecto de la presente investigación al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal, el cual fue evaluado y aprobado por dicha instancia (ANEXO I).

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis descriptivo

#### 4.1.1. Datos sociodemográficos

- Edad

**Tabla 4.**

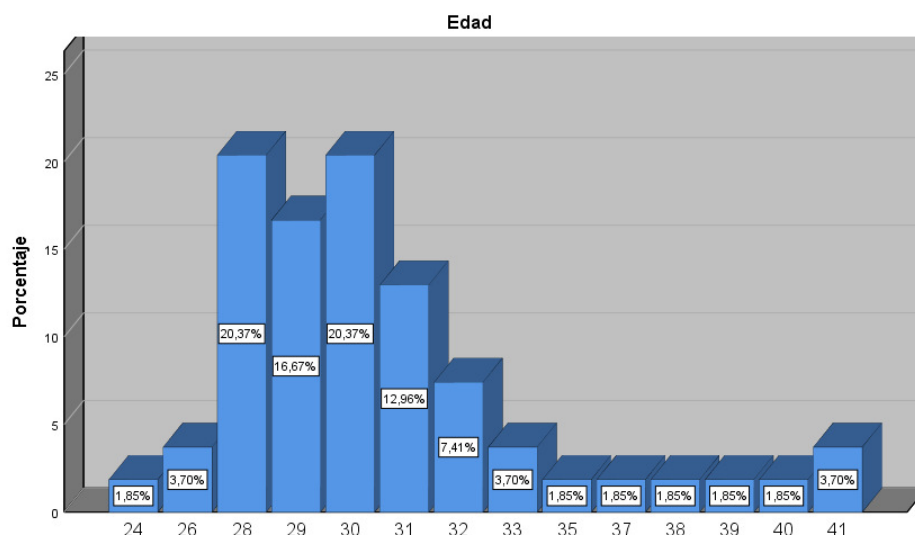
*Edad de los residentes encuestados*

Estadísticos		
Edad		
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		30.69
Mediana		30.00
Moda		30
Desv. Desviación		3.628
Mínimo		24
Máximo		41

Según los resultados obtenidos se puede observar la edad promedio de los encuestados fue de 30.69 años, mientras que la edad mínima fue de 24 años (1.9% de los encuestados) y la máxima fue de 41 años (3.7% de los encuestados); además, la edad más frecuente entre los residentes de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú fue de 30 y 28 años (20.4% de los encuestados cada uno) finalmente, la desviación estándar en la edad de los residentes encuestados fue de 3.628 años.

**Figura 1.**

*Distribución de edades de los residentes encuestados*



- **Sexo**

Según los resultados obtenidos se observa que el 50% de los residentes entrevistados son de sexo masculino, mientras que el otro 50% restante son residentes mujeres dentro de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú.

**Tabla 5.**

*Sexo de los residentes encuestados*

		<b>Sexo</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Masculino	27	50.0	50.0	50.0
	Femenino	27	50.0	50.0	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Religión**

Según los resultados del instrumento aplicado arrojaron que el 74.1% de los residentes entrevistados son profesantes de la religión católica, y un 7.4% son profesantes de la religión evangélica, mientras que un 3.7% son profesantes adventistas y finalmente, el 14.8% restante son profesantes de otras religiones o creencias.

**Tabla 6.***Religión de los residentes encuestados*

		<b>Religión</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Adventista	2	3.7	3.7	3.7
	Evangélico	4	7.4	7.4	11.1
	Católico	40	74.1	74.1	85.2
	Otro	8	14.8	14.8	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Año de residencia**

Según los resultados del instrumento aplicado arrojaron que el 29.6% de los entrevistados son residentes del primer año, mientras que el 31.5% son residentes del segundo año, otro 27.8% de residentes cursan el tercer año, 5.6% de cuarto año y finalmente, el 5.6% restante pertenecen al quinto.

**Tabla 7.***Año de residencia de los encuestados*

		<b>Año de residencia</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Primero	16	29.6	29.6	29.6
	Segundo	17	31.5	31.5	61.1
	Tercero	15	27.8	27.8	88.9
	Cuarto	3	5.6	5.6	94.4
	Quinto	3	5.6	5.6	100.0
Total		54	100.0	100.0	

#### 4.1.2. Variable calidad de sueño

- **Dimensión: Calidad subjetiva del sueño**

Según los resultados del Índice de calidad de sueño de Pittsburg aplicado arrojaron que el 50.0% de los residentes demuestra una calidad subjetiva de sueño bastante buena y otro

48.1% demuestra una calidad subjetiva de sueño bastante mala; y finalmente, el 1.9% de los residentes Hospital Nacional categoría III-1 de Lima muestran una calidad subjetiva de sueño muy mala.

**Tabla 8.**

*Dimensión calidad subjetiva del sueño*

		<b>Calidad subjetiva del sueño</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Bastante buena	27	50.0	50.0	50.0
	Bastante mala	26	48.1	48.1	98.1
	Muy mala	1	1.9	1.9	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Dimensión: Latencia del sueño**

Según los resultados del Índice de calidad de sueño de Pittsburg en su dimensión latencia del sueño, arrojaron que el 40.7% de los residentes entrevistados presenta una muy buena latencia de sueño, el 55.6% de los residentes presentan una latencia de sueño bastante buena, y finalmente un 3.7% de los residentes demuestra una latencia de sueño bastante mala.

**Tabla 9.**

*Dimensión latencia del sueño*

		<b>Latencia de sueño</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Muy buena	22	40.7	40.7	40.7
	Bastante buena	30	55.6	55.6	96.3
	Bastante mala	2	3.7	3.7	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Dimensión: Duración del sueño**

Según los resultados del Índice de calidad de sueño de Pittsburg para la dimensión duración del sueño aplicado arrojaron que el 55.6% registra una duración de sueño entre 5 y 6 horas; y finalmente, el 44.4% de los residentes muestran una duración de sueño menor a las cinco horas.

**Tabla 10.**

*Dimensión duración del sueño*

		<b>Duración del sueño</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Entre 5 y 6 horas	30	55.6	55.6	55.6
	Menos de 5 horas	24	44.4	44.4	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Dimensión: Eficiencia habitual del sueño**

Según los resultados del Índice de calidad de sueño de Pittsburg en su dimensión eficiencia habitual del sueño aplicado arrojaron que el 5.6% de los residentes entrevistados muestran una eficiencia de sueño superior al 85%, mientras que, el 48.1% presenta una eficiencia del sueño entre el 75% y 84%, otro 25.9% registra una eficiencia habitual de sueño entre el 65% y 75%; y finalmente, el 20.4% restante de los residentes muestran una eficiencia del sueño menor al 65%.

**Tabla 11.**

*Dimensión eficiencia habitual del sueño*

		<b>Eficiencia habitual del sueño</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	> 85%	3	5.6	5.6	5.6
	75 - 84%	26	48.1	48.1	53.7
	65 - 75%	14	25.9	25.9	79.6
	< 65%	11	20.4	20.4	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Dimensión: Perturbaciones del sueño**

Según los resultados del Índice de calidad de sueño de Pittsburg aplicado arrojaron que el 1.9% de los residentes encuestados presentan menos de una vez a la semana perturbaciones de sueño, mientras que un 74.1% presenta entre una y dos veces a la semana perturbaciones de sueño y el otro 24.1% presenta perturbaciones de sueño entre tres y más veces por semana.

**Tabla 12.**

*Dimensión perturbaciones del sueño*

		<b>Perturbaciones del sueño</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Menos de una vez a la semana, alguna vez al mes	1	1.9	1.9	1.9
	Una o dos veces a la semana	40	74.1	74.1	75.9
	Tres o más veces a la semana	13	24.1	24.1	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Dimensión: Uso de medicación para dormir**

Según los resultados del cuestionario aplicado para la dimensión uso de medicación para dormir arrojaron que un 33.3% de los residentes entrevistados no ha tomado ningún medicamento para dormir durante este último mes, mientras que un 42.6% de los residentes refiere que ha tomado medicamentos para dormir menos de una vez a la semana y otro 22.2% refiere que se ha medicado al menos una o dos veces por semana, para así poder dormir y finalmente, el 1.9% de los residentes refiere que ha tomado medicamentos para dormir entre tres y más veces por semana.

**Tabla 13.**

*Dimensión uso de medicación para dormir*

<b>Uso de medicación para dormir</b>
--------------------------------------

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna vez en el último mes	18	33.3	33.3	33.3
	Menos de una vez a la semana, alguna vez al mes	23	42.6	42.6	75.9
	Una o dos veces a la semana	12	22.2	22.2	98.1
	Tres o más veces a la semana	1	1.9	1.9	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Dimensión: Disfunción diurna del sueño**

Según los resultados del cuestionario aplicado para la dimensión disfunción diurna del sueño arrojaron que el 13.0% de los residentes entrevistados del Hospital Nacional categoría III-1 de Lima muestra estar siempre activo durante el día, mientras que un 61.1% de los presentan una a veces activo y finalmente, el 25.9% de los residentes demuestra encontrarse cansados y somnolientos durante el día.

**Tabla 14.**

*Dimensión disfunción diurna del sueño*

<b>Disfunción diurna del sueño</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bastante buena (siempre activo)	7	13.0	13.0	13.0
	Bastante mala (a veces activo)	33	61.1	61.1	74.1
	Muy mala (cansado y somnoliento)	14	25.9	25.9	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Variable: Calidad del sueño**

Según los resultados acumulados del cuestionario aplicado para la variable calidad de sueño arrojaron que el 7.4% de los residentes del Hospital Nacional categoría III-1 de Lima muestra una buena calidad de sueño, mientras que un 75.9% de los residentes presentan una

calidad de sueño bastante mala y finalmente, el 16.7% de los residentes del Hospital Nacional categoría III-1 de Lima demuestra una calidad de sueño muy mala.

**Tabla 15.**

*Variable calidad del sueño*

CALIDAD DE SUEÑO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bastante buena	4	7.4	7.4	7.4
	Bastante mala	41	75.9	75.9	83.3
	Muy mala	9	16.7	16.7	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

#### 4.1.3. Variable calidad de vida

- **Dimensión: Componente físico**

Según los resultados obtenidos para el indicador función física de la calidad de vida, se pudo observar que el puntaje promedio obtenido por los residentes fue de 74.63 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 100 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 15 puntos y el máximo de 100 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 13% de residentes encuestados demuestra un nivel de función física malo, mientras que otro 29.6% demuestra una función física regular y finalmente el 57.4% demuestra una función física buena.

**Tabla 16.**

*Indicador: Función física*

Estadísticos		
		Función física
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		74.63
Mediana		80.00
Moda		100
Desv. Desviación		22.858
Mínimo		15
Máximo		100

<b>Función física</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Malo	7	13.0	13.0	13.0
	Regular	16	29.6	29.6	42.6
	Bueno	31	57.4	57.4	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Según los resultados obtenidos para el indicador Rol físico de la calidad de vida, se pudo observar que el puntaje promedio obtenido por los residentes fue de 59.72 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 100 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 0 puntos y el máximo de 100 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 27.8% de residentes encuestados demuestra un nivel de rol físico malo, mientras que otro 40.7% demuestra un de rol físico regular y finalmente el 31.5% demuestra un rol físico bueno.

**Tabla 17.**

*Indicador: Rol físico*

<b>Estadísticos</b>		
<b>Rol físico</b>		
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		59.72
Mediana		75.00
Moda		100
Desv. Desviación		36.477
Mínimo		0
Máximo		100

<b>Rol físico</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Malo	15	27.8	27.8	27.8
	Regular	22	40.7	40.7	68.5
	Bueno	17	31.5	31.5	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Según los resultados obtenidos para el indicador dolor corporal de la calidad de vida, se pudo observar que el puntaje promedio obtenido por los residentes fue de 72.72 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 94 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 22 puntos y el máximo de 100 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 14.8% de residentes encuestados demuestra dolor corporal constante, mientras que otro 38.9% demuestra dolor corporal a veces y finalmente el 46.3% no presenta dolor corporal.

**Tabla 18.**

*Indicador: Dolor corporal*

Estadísticos		
		Dolor corporal
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		72.72
Mediana		72.00
Moda		94
Desv. Desviación		21.003
Mínimo		22
Máximo		100

Dolor corporal					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo (siempre)	8	14.8	14.8	14.8
	Regular (a veces)	21	38.9	38.9	53.7
	Bueno (ninguna)	25	46.3	46.3	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Según los resultados obtenidos para el indicador salud general de la calidad de vida, se pudo observar que el puntaje promedio obtenido por los residentes del Hospital Nacional categoría III-1 de Lima fue de 44.78 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 47 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 15 puntos y el máximo de 72 puntos. Según estos

resultados se pudo concluir que un 68.5% de residentes encuestados demuestra un nivel de salud general malo, mientras que el otro 31.5% demuestra un nivel de salud general regular.

**Tabla 19.**

*Indicador: Salud general*

Estadísticos		Salud general
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		44.78
Mediana		47.00
Moda		47
Desv. Desviación		11.305
Mínimo		15
Máximo		72

Salud general					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	37	68.5	68.5	68.5
	Regular	17	31.5	31.5	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Según los resultados obtenidos para la dimensión componente físico de la calidad de vida, se pudo observar que el puntaje promedio obtenido por los residentes del Hospital Nacional categoría III-1 de Lima fue de 63.19 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 84 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 26 puntos y el máximo de 91 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 25.9% de residentes encuestados demuestra un nivel de componente físico malo, mientras que otro 53.7% demuestra un nivel de componente físico regular y finalmente el 20.4% demuestra un nivel de componente físico bueno.

**Tabla 20.***Dimensión Componente físico*

<b>Estadísticos</b>		
		<b>Componente físico</b>
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		63.19
Mediana		65.50
Moda		84
Desv. Desviación		16.466
Mínimo		26
Máximo		91

<b>Componente físico</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Malo	14	25.9	25.9	25.9
	Regular	29	53.7	53.7	79.6
	Bueno	11	20.4	20.4	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

- **Dimensión: Componente mental**

Según los resultados obtenidos para el indicador vitalidad de la calidad de vida, se pudo observar que el puntaje promedio obtenido por los residentes de Lima fue de 48.80 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 50 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 10 puntos y el máximo de 70 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 38.9% de residentes encuestados demuestra un nivel de vitalidad malo, mientras que el otro 61.1% demuestra un nivel de vitalidad regular.

**Tabla 21.**

*Indicador: Vitalidad*

<b>Estadísticos</b>		
<b>Vitalidad</b>		
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		48.80
Mediana		50.00
Moda		50
Desv. Desviación		12.129
Mínimo		10
Máximo		70

<b>Vitalidad</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Malo	21	38.9	38.9	38.9
	Regular	33	61.1	61.1	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Los resultados obtenidos para el indicador función social de la calidad de vida, se pudo observar que el puntaje promedio obtenido por los residentes fue de 55.06 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 50 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 0 puntos y el máximo de 800 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 9.3% de residentes

encuestados demuestra un nivel de función social malo, mientras que otro 88.9% demuestra una función social regular y finalmente el 1.9% demuestra un nivel función social bueno.

**Tabla 22.**

*Indicador: Función social*

Estadísticos		Función social
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		55.06
Mediana		50.00
Moda		50
Desv. Desviación		15.522
Mínimo		0
Máximo		88

Función social					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	5	9.3	9.3	9.3
	Regular	48	88.9	88.9	98.1
	Bueno	1	1.9	1.9	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Según los resultados para el indicador rol emocional de la calidad de vida, se pudo observar que el promedio obtenido por los residentes fue de 43.13 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 0 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 0 puntos y el máximo de 133 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 66.7% de residentes encuestados demuestra un nivel de rol emocional malo, mientras que otro 9.3% demuestra un nivel de rol emocional regular y finalmente el 24.1% demuestra un nivel de rol emocional bueno.

**Tabla 23.**

*Indicador: Rol emocional*

<b>Estadísticos</b>		
		<b>Rol emocional</b>
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		43.13
Mediana		33.00
Moda		0
Desv. Desviación		40.794
Mínimo		0
Máximo		133

<b>Rol emocional</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Malo	36	66.7	66.7	66.7
	Regular	5	9.3	9.3	75.9
	Bueno	13	24.1	24.1	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Según los resultados obtenidos para el indicador de salud mental de la calidad de vida, se pudo observar que el puntaje promedio obtenido por los residentes fue de 40.96 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 44 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 4 puntos y el máximo de 76 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 87.0% de residentes encuestados demuestra un nivel de salud mental malo, mientras que el otro 13.0% demuestra una salud mental regular.

#### **Tabla 24.**

*Indicador: Salud mental*

<b>Estadísticos</b>		
		<b>Salud mental</b>
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		40.96
Mediana		42.00
Moda		44
Desv. Desviación		11.808

Mínimo	4
Máximo	76

<b>Salud mental</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Malo	47	87.0	87.0	87.0
	Regular	7	13.0	13.0	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Según los resultados obtenidos para la dimensión Componente mental de la calidad de vida, se pudo observar que el puntaje promedio obtenido por los residentes fue de 47.15 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 48 puntos, siendo el puntaje mínimo obtenido de 12 puntos y el máximo de 81 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 64.8% de residentes encuestados demuestra un nivel de componente mental malo, mientras que otro 33.3% demuestra un componente mental regular y finalmente el 1.9% demuestra un nivel de componente mental bueno.

**Tabla 25.**

*Dimensión Componente mental*

<b>Estadísticos</b>		<b>Componente mental</b>
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		47.15
Mediana		47.00
Moda		48
Desv. Desviación		12.624
Mínimo		12
Máximo		81

<b>Componente mental</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Malo	35	64.8	64.8	64.8

Regular	18	33.3	33.3	98.1
Bueno	1	1.9	1.9	100.0
Total	54	100.0	100.0	

- **Variable calidad de Vida**

De acuerdo con los resultados para la variable calidad de vida, se pudo observar que el promedio de puntaje obtenido por los residentes fue de 62.70 puntos, con una mayor frecuencia de obtención de 55 puntos, siendo el mínimo puntaje obtenido de 32 puntos y el máximo de 89 puntos. Según estos resultados se pudo concluir que un 16.7% de residentes encuestados demuestra un nivel de calidad de vida malo, además el 72.2% demuestra una calidad de vida regular y finalmente el 11.1% restante demuestra un nivel de calidad de vida bueno.

**Tabla 26.**

*Variable calidad de vida*

Estadísticos		
		CALIDAD DE VIDA
N	Válido	54
	Perdidos	0
Media		62.70
Mediana		63.00
Moda		55
Desv. Desviación		12.426
Mínimo		32
Máximo		89

CALIDAD DE VIDA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	9	16.7	16.7	16.7
	Regular	39	72.2	72.2	88.9
	Bueno	6	11.1	11.1	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

## 4.2. Contrastación de hipótesis

### 4.2.1. Hipótesis General

Para la hipótesis general:

H<sub>0</sub>: La calidad de sueño NO se relaciona significativamente a la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

H<sub>1</sub>: La calidad de sueño se relaciona significativamente a la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

### Tabla 27.

*Tabla cruzada Calidad de sueño - Calidad de vida*

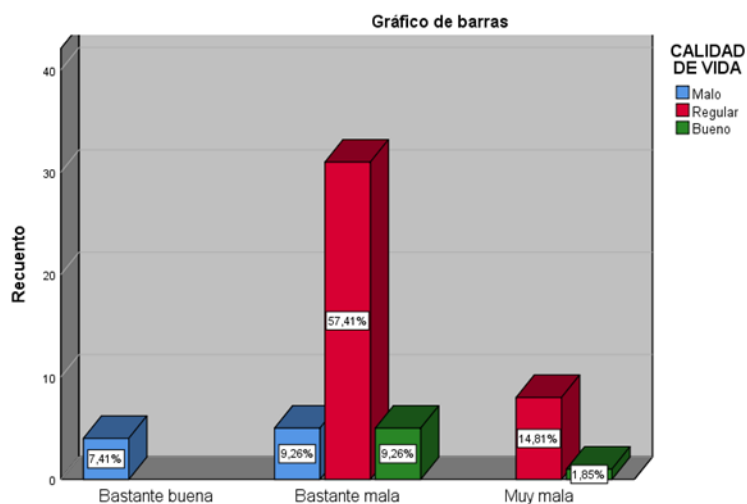
Tabla cruzada CALIDAD DE SUEÑO*CALIDAD DE VIDA						
			CALIDAD DE VIDA			Total
			Malo	Regular	Bueno	
CALIDAD DE SUEÑO	Bastante buena	Recuento	4	0	0	4
		% del total	7.4%	0.0%	0.0%	7.4%
	Bastante mala	Recuento	5	31	5	41
		% del total	9.3%	57.4%	9.3%	75.9%
	Muy mala	Recuento	0	8	1	9
		% del total	0.0%	14.8%	1.9%	16.7%
Total	Recuento	9	39	6	54	
	% del total	16.7%	72.2%	11.1%	100.0%	

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis general arrojaron que, un 57.4% de los residentes del hospital demuestran una calidad de sueño con nivel bastante malo, con una calidad de vida de nivel regular, además otro 14.8% de residentes demuestran una calidad de sueño muy mala y una calidad de vida regular, adicionalmente a esto un 9.1% de residentes demuestran una calidad de sueño de nivel bastante malo y un nivel de calidad de vida malo, otro porcentaje igual de residentes demuestran una calidad de sueño bastante mala, pero una calidad de vida buena. Finalmente, un 7.4% de los residentes encuestados demostraron un nivel

de calidad de sueño bastante bueno pero una calidad de vida mal y el 1.9% restante de los residentes demuestran una calidad de sueño bastante mala con una calidad de vida buena.

**Figura 2.**

*Análisis cruzado: Calidad de sueño - Calidad de vida*



**Tabla 28.**

*Contratación Hipótesis General.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,447 <sup>a</sup>	4	0.000
Razón de verosimilitud	18.305	4	0.001
Asociación lineal por lineal	7.939	1	0.005
N de casos válidos	54		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,44.

Los resultados para la prueba de hipótesis general arrojaron un chi de 22.447, con una significancia de  $0.000 < 0.05$ , por tanto, con una confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que “La calidad de sueño se relaciona significativamente a la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades

quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022”.

#### 4.2.2. Hipótesis específicas

- **Hipótesis específica 1**

Para la hipótesis específica 1:

H<sub>0</sub>: La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

H<sub>1</sub>: La calidad de sueño se relaciona significativamente con la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

**Tabla 29.**

*Tabla cruzada Calidad de sueño - Función física*

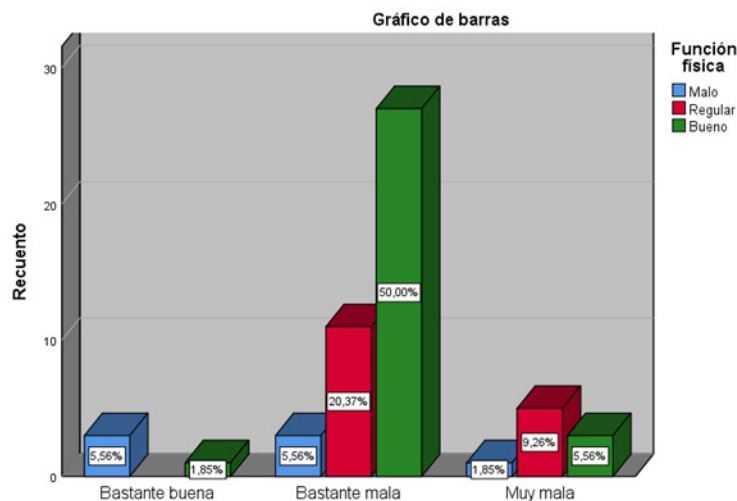
<b>Tabla cruzada CALIDAD DE SUEÑO*Función física</b>						
			<b>Función física</b>			<b>Total</b>
			<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	
CALIDAD DE SUEÑO	Bastante buena	Recuento	3	0	1	4
		% del total	5.6%	0.0%	1.9%	7.4%
	Bastante mala	Recuento	3	11	27	41
		% del total	5.6%	20.4%	50.0%	75.9%
	Muy mala	Recuento	1	5	3	9
		% del total	1.9%	9.3%	5.6%	16.7%
Total	Recuento	7	16	31	54	
	% del total	13.0%	29.6%	57.4%	100.0%	

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis específica 1, un 50.0% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con una función física buena, además otro 20.4% de residentes demuestran una calidad de sueño bastante mala

y una función física regular, adicionalmente a esto un 9.3% de residentes demuestran una calidad de sueño muy mala y una función física regular, otro 5.6% de residentes demuestran una calidad de sueño muy mala, pero una función física buena y dos grupos iguales presentan una función física buena pero una calidad de sueño bastante mala y bastante buena respectivamente. Finalmente, un 1.9% de los residentes encuestados demostraron un nivel de calidad de sueño muy malo bueno pero una función física mala y otro porcentaje igual de los residentes demuestran una calidad de sueño bastante buena con una función física buena.

**Figura 3.**

*Análisis cruzado: Calidad de sueño - Función física*



**Tabla 30.**

*Contratación Hipótesis específica 1.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,393 <sup>a</sup>	4	0.001
Razón de verosimilitud	13.382	4	0.010
Asociación lineal por lineal	0.489	1	0.484
N de casos válidos	54		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,52.

Los resultados para la hipótesis específica 1, arrojaron un chi de 18.393, con una significancia de  $0.001 < 0.05$ , por tanto, con un nivel de confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que “La calidad de sueño se relaciona significativamente con la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022”.

- **Hipótesis específica 2**

Para la hipótesis específica 2:

H<sub>0</sub>: La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con el rol físico en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

H<sub>1</sub>: La calidad de sueño se relaciona significativamente con el rol físico en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

**Tabla 31.**

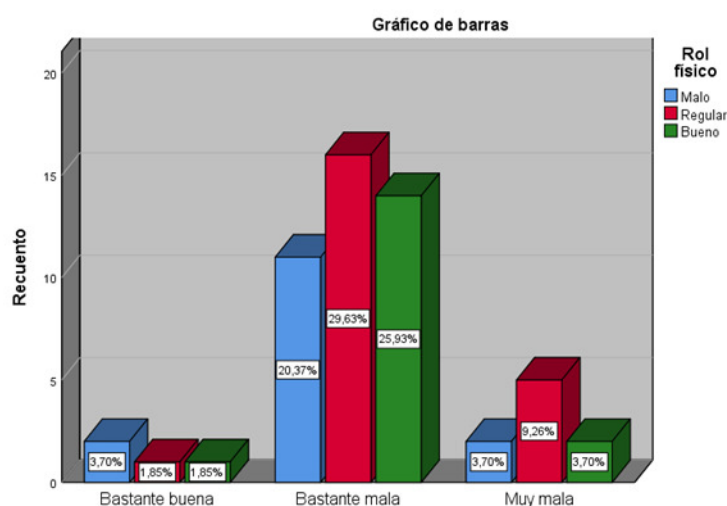
*Tabla cruzada Calidad de sueño - Rol físico*

<b>Tabla cruzada CALIDAD DE SUEÑO*Rol físico</b>						
			<b>Rol físico</b>			<b>Total</b>
			<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	
CALIDAD DE SUEÑO	Bastante buena	Recuento	2	1	1	4
		% del total	3.7%	1.9%	1.9%	7.4%
	Bastante mala	Recuento	11	16	14	41
		% del total	20.4%	29.6%	25.9%	75.9%
	Muy mala	Recuento	2	5	2	9
		% del total	3.7%	9.3%	3.7%	16.7%
Total	Recuento	15	22	17	54	
	% del total	27.8%	40.7%	31.5%	100.0%	

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis específica 2, un 75.9% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con un nivel de rol físico regular (29.6%), bueno (26.9%) y malo (20.4%); además otro 16.7% de residentes demuestran una calidad de sueño muy malo y un rol físico regular (9.3%), bueno (3.7%) y malo (3.7%). Finalmente, un 7.4% de residentes demuestran una calidad de sueño bastante buena y un rol físico regular (1.9%), bueno (1.9%) y malo (3.7%).

**Figura 4.**

*Análisis cruzado: Calidad de sueño - Rol físico*



**Tabla 32.**

*Contratación Hipótesis específica 2.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,973 <sup>a</sup>	4	0.741
Razón de verosimilitud	1.863	4	0.761
Asociación lineal por lineal	0.088	1	0.767
N de casos válidos	54		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,11.

Los resultados para la prueba de hipótesis específica 2, arrojaron un chi de 1.973, con una significancia de  $0.741 > 0.05$ , por tanto, con un nivel de confianza del 95%, se acepta la hipótesis nula que indica que “La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con el rol físico en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022”.

- **Hipótesis específica 3**

Para la hipótesis específica 3:

H<sub>0</sub>: La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

H<sub>1</sub>: La calidad de sueño se relaciona significativamente con el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

**Tabla 33.**

*Tabla cruzada Calidad de sueño - Dolor corporal*

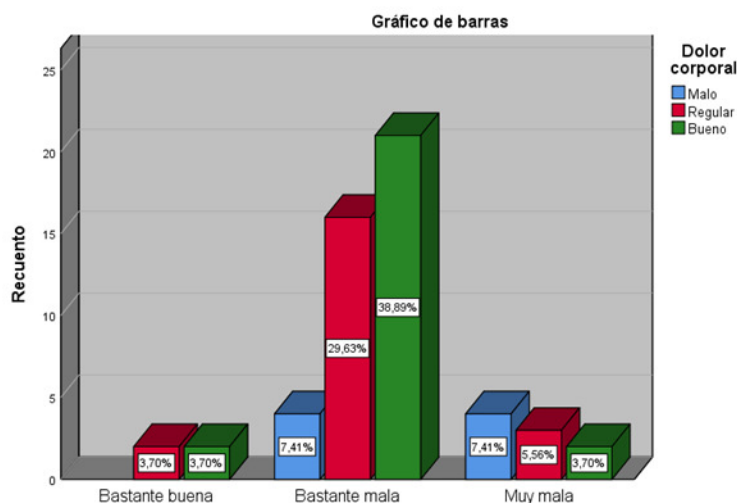
		Tabla cruzada CALIDAD DE SUEÑO*Dolor corporal			Total	
		Dolor corporal				
		Malo	Regular	Bueno		
CALIDAD DE SUEÑO	Bastante buena	Recuento	0	2	2	4
		% del total	0.0%	3.7%	3.7%	7.4%
	Bastante mala	Recuento	4	16	21	41
		% del total	7.4%	29.6%	38.9%	75.9%
	Muy mala	Recuento	4	3	2	9
		% del total	7.4%	5.6%	3.7%	16.7%
Total		Recuento	8	21	25	54
		% del total	14.8%	38.9%	46.3%	100.0%

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis específica 3, un 75.9% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con un nivel de

dolor corporal a veces (29.6%), nunca (38.9%) y siempre (7.4%); además otro 16.7%% de residentes demuestran una calidad de sueño muy malo y un nivel de dolor corporal a veces (5.6%), nunca (3.7%) y siempre (7.4%). Finalmente, un 7.4% de residentes demuestran una calidad de sueño bastante bueno y un dolor corporal a veces (3.7%) y nunca (3.7%).

**Figura 5.**

*Análisis cruzado: Calidad de sueño - Dolor corporal*



**Tabla 34.**

*Contratación Hipótesis específica 3.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,186 <sup>a</sup>	4	0.049
Razón de verosimilitud	7.255	4	0.123
Asociación lineal por lineal	4.751	1	0.029
N de casos válidos	54		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,59.

Los resultados para la prueba de hipótesis específica 3, arrojaron un chi de 10.186, con una significancia de  $0.049 < 0.05$ , por tanto, con un nivel de confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que “La calidad de sueño se relaciona

significativamente con el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022”.

- **Hipótesis específica 4**

Para la hipótesis específica 4:

H<sub>0</sub>: La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con la salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

H<sub>1</sub>: La calidad de sueño se relaciona significativamente con la salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

**Tabla 35.**

*Tabla cruzada Calidad de sueño - Salud general*

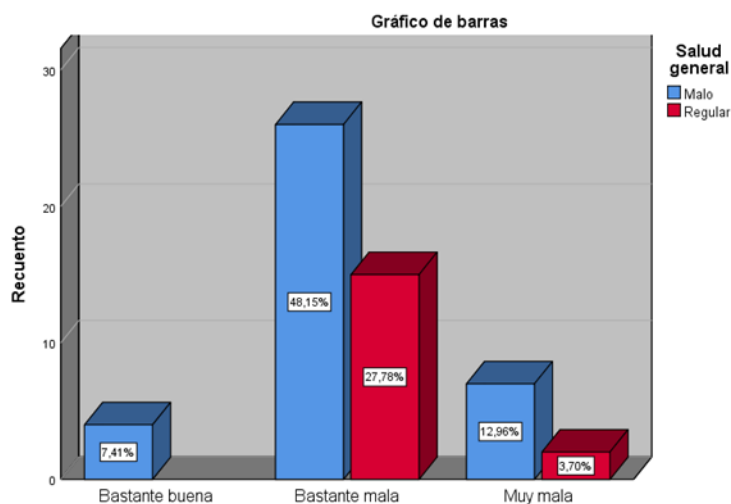
<b>Tabla cruzada CALIDAD DE SUEÑO*Salud general</b>					
		<b>Salud general</b>			<b>Total</b>
		<b>Malo</b>	<b>Regular</b>		
CALIDAD DE SUEÑO	Bastante buena	Recuento	4	0	4
		% del total	7.4%	0.0%	7.4%
	Bastante mala	Recuento	26	15	41
		% del total	48.1%	27.8%	75.9%
	Muy mala	Recuento	7	2	9
		% del total	13.0%	3.7%	16.7%
Total	Recuento	37	17	54	
	% del total	68.5%	31.5%	100.0%	

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis específica 4, un 75.9% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con un nivel de salud general regular (27.8%) y malo (48.1%); además otro 16.7%% de residentes demuestran una calidad de sueño muy mala y una salud general regular (3.7%) y malo (13.0%). Finalmente,

un 7.4% de residentes demuestran una calidad de sueño bastante bueno y un nivel de salud general malo (7.4%).

**Figura 6.**

*Análisis cruzado: Calidad de sueño - Salud general*



**Tabla 36.**

*Contratación Hipótesis específica 4.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,691 <sup>a</sup>	2	0.260
Razón de verosimilitud	3.888	2	0.143
Asociación lineal por lineal	0.066	1	0.797
N de casos válidos	54		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,26.

Los resultados para la prueba de hipótesis específica 4, arrojaron un chi de 2.691, con una significancia de  $0.260 > 0.05$ , por tanto, con un nivel de confianza del 95%, se acepta la hipótesis nula que indica que “La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con la

salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022”.

- **Hipótesis específica 5**

Para la hipótesis específica 5:

H<sub>0</sub>: La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con la vitalidad en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

H<sub>1</sub>: La calidad de sueño se relaciona significativamente con la vitalidad en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

**Tabla 37.**

*Tabla cruzada Calidad de sueño - Vitalidad*

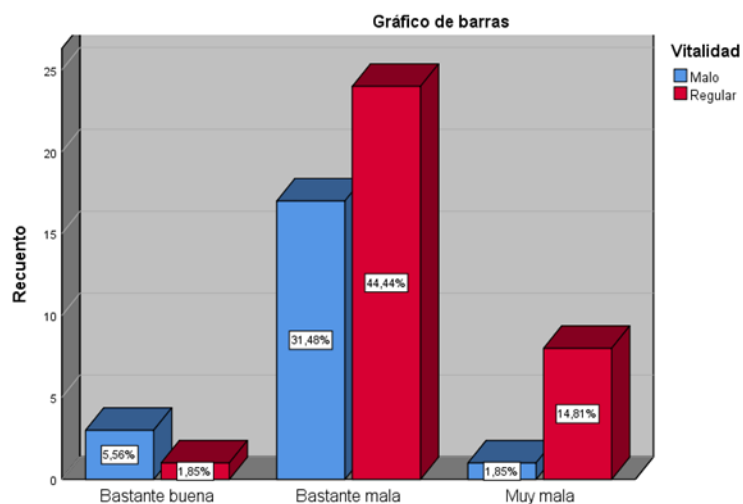
<b>Tabla cruzada CALIDAD DE SUEÑO*Vitalidad</b>					
			<b>Vitalidad</b>		<b>Total</b>
			<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	
CALIDAD DE SUEÑO	Bastante buena	Recuento	3	1	4
		% del total	5.6%	1.9%	7.4%
	Bastante mala	Recuento	17	24	41
		% del total	31.5%	44.4%	75.9%
	Muy mala	Recuento	1	8	9
		% del total	1.9%	14.8%	16.7%
Total	Recuento	21	33	54	
	% del total	38.9%	61.1%	100.0%	

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis específica 5, un 75.9% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con un nivel de vitalidad regular (44.4%) y malo (31.5%); además otro 16.7%% de residentes demuestran una calidad de sueño muy malo y un nivel de vitalidad regular (14.8%) y malo (1.9%). Finalmente,

un 7.4% de residentes demuestran una calidad de sueño bastante bueno y una vitalidad regular (1.9%) y mala (5.6%).

**Figura 7.**

*Análisis cruzado: Calidad de sueño – Vitalidad*



**Tabla 38.**

*Contratación Hipótesis específica 5.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,231 <sup>a</sup>	2	0.043
Razón de verosimilitud	5.756	2	0.056
Asociación lineal por lineal	5.125	1	0.024
N de casos válidos	54		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,56.

Los resultados para la prueba de hipótesis específica 5, arrojaron un chi de 10.231, con una significancia de  $0.043 < 0.05$ , por tanto, con un nivel de confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que “La calidad de sueño se relaciona significativamente con la vitalidad en el personal médico residente de las especialidades

quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022”.

- **Hipótesis específica 6**

Para la hipótesis específica 6:

H<sub>0</sub>: La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con la función social en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

H<sub>1</sub>: La calidad de sueño se relaciona significativamente con la función social en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

**Tabla 39.**

*Tabla cruzada Calidad de sueño - Función social*

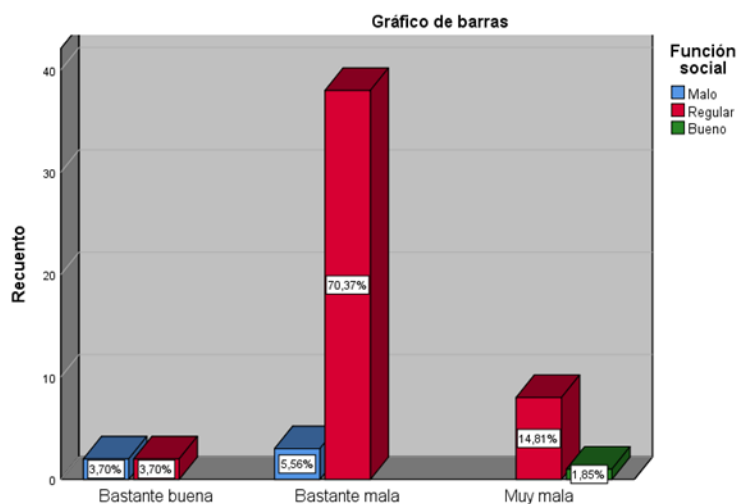
<b>Tabla cruzada CALIDAD DE SUEÑO*Función social</b>						
			<b>Función social</b>			<b>Total</b>
			<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	
CALIDAD DE SUEÑO	Bastante buena	Recuento	2	2	0	4
		% del total	3.7%	3.7%	0.0%	7.4%
	Bastante mala	Recuento	3	38	0	41
		% del total	5.6%	70.4%	0.0%	75.9%
	Muy mala	Recuento	0	8	1	9
		% del total	0.0%	14.8%	1.9%	16.7%
Total	Recuento	5	48	1	54	
	% del total	9.3%	88.9%	1.9%	100.0%	

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis específica 6, un 75.9% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con un nivel de función social regular (70.4%) y malo (5.6%); además otro 16.7% de residentes demuestran una calidad de sueño muy mala y una función social regular (14.8%) y mala (1.9%).

Finalmente, un 7.4% de residentes demuestran una calidad de sueño bastante bueno y un nivel de fusión social regular (3.7%) y malo (3.7%).

**Figura 8.**

*Análisis cruzado: Calidad de sueño - Función social*



**Tabla 40.**

*Contratación Hipótesis específica 6.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,918 <sup>a</sup>	4	0.008
Razón de verosimilitud	9.792	4	0.044
Asociación lineal por lineal	8.419	1	0.004
N de casos válidos	54		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Los resultados para la prueba de hipótesis específica 6, arrojaron un chi de 13.918, con una significancia de  $0.008 < 0.05$ , por tanto, con un nivel de confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que “La calidad de sueño se relaciona significativamente con la función social en el personal médico residente de las especialidades

quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022”.

- **Hipótesis específica 7**

Para la hipótesis específica 7:

H<sub>0</sub>: La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con el rol emocional en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

H<sub>1</sub>: La calidad de sueño se relaciona significativamente con el rol emocional en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

**Tabla 41.**

*Tabla cruzada Calidad de sueño - Rol emocional*

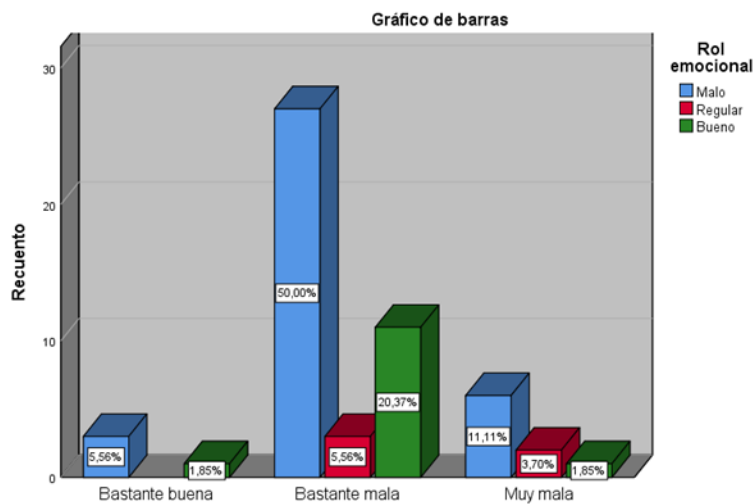
<b>Tabla cruzada CALIDAD DE SUEÑO*Rol emocional</b>						
			<b>Rol emocional</b>			<b>Total</b>
			<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	
CALIDAD DE SUEÑO	Bastante buena	Recuento	3	0	1	4
		% del total	5.6%	0.0%	1.9%	7.4%
	Bastante mala	Recuento	27	3	11	41
		% del total	50.0%	5.6%	20.4%	75.9%
	Muy mala	Recuento	6	2	1	9
		% del total	11.1%	3.7%	1.9%	16.7%
Total	Recuento	36	5	13	54	
	% del total	66.7%	9.3%	24.1%	100.0%	

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis específica 7, arrojaron que un 75.9% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con un nivel de rol emocional regular (5.6%), bueno (20.4%) y malo (50.0%); además otro 16.7%% de residentes demuestran una calidad de sueño muy malo y un rol emocional regular

(3.7%), bueno (1.9%) y malo (11.1%). Finalmente, un 7.4% de residentes demuestran una calidad de sueño bastante bueno y un rol emocional bueno (1.9%) y malo (5.6%).

**Figura 9.**

*Análisis cruzado: Calidad de sueño - Rol emocional*



**Tabla 42.**

*Contratación Hipótesis específica 7.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,975 <sup>a</sup>	4	0.562
Razón de verosimilitud	3.046	4	0.550
Asociación lineal por lineal	0.082	1	0.775
N de casos válidos	54		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,37.

Los resultados para la prueba de hipótesis específica 7, arrojaron un chi de 2.975, con una significancia de  $0.562 < 0.05$ , por tanto, con un nivel de confianza del 95%, se acepta la hipótesis nula que indica que “La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con el

rol emocional en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022”.

- **Hipótesis específica 8**

Para la hipótesis específica 8:

H<sub>0</sub>: La calidad de sueño NO se relaciona significativamente con la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

H<sub>1</sub>: La calidad de sueño se relaciona significativamente con la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

**Tabla 43.**

*Tabla cruzada Calidad de sueño - Salud mental*

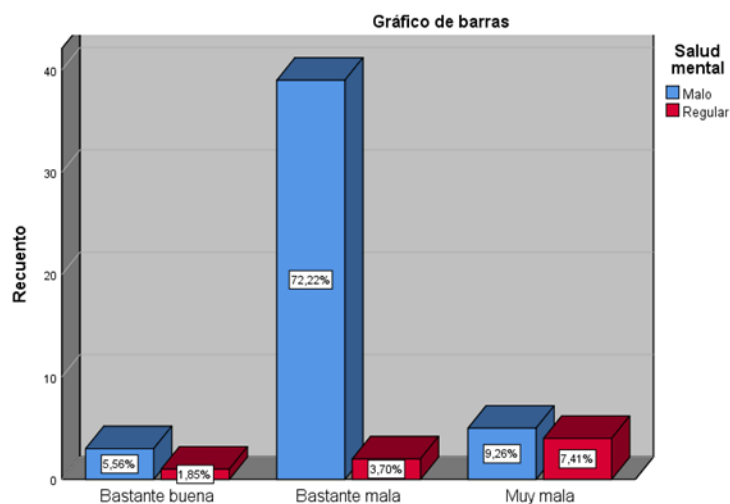
<b>Tabla cruzada CALIDAD DE SUEÑO*Salud mental</b>					
			<b>Salud mental</b>		<b>Total</b>
			<b>Malo</b>	<b>Regular</b>	
CALIDAD DE SUEÑO	Bastante buena	Recuento	3	1	4
		% del total	5.6%	1.9%	7.4%
	Bastante mala	Recuento	39	2	41
		% del total	72.2%	3.7%	75.9%
	Muy mala	Recuento	5	4	9
		% del total	9.3%	7.4%	16.7%
Total	Recuento	47	7	54	
	% del total	87.0%	13.0%	100.0%	

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis específica 8, un 75.9% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con un nivel de salud mental regular (3.7%) y malo (72.2%); además otro 16.7% de residentes demuestran una calidad de sueño muy mala y una salud mental regular (7.4%) y mala (9.3%). Finalmente, un

7.4% de residentes demuestran una calidad de sueño bastante buena y un nivel de salud mental regular (1.9%) y mala (5.6%).

**Figura 10.**

*Análisis cruzado: Calidad de sueño - Salud mental*



**Tabla 44.**

*Contratación Hipótesis específica 8.*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,795 <sup>a</sup>	2	0.005
Razón de verosimilitud	8.807	2	0.012
Asociación lineal por lineal	3.838	1	0.050
N de casos válidos	54		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,52.

Los resultados para la prueba de hipótesis específica 8, arrojaron un chi de 10.795, con una significancia de  $0.005 < 0.05$ , por tanto, con un nivel de confianza del 95%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que indica que “La calidad de sueño se relaciona significativamente con la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022”.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se puede suponer que la profesión de la medicina y sus especialidades afines son bastante abnegadas y deben ser tomada y asumida por profesionales que saben existe la posibilidad de sacrificar mucho tiempo; el residente debe invertir muchas horas para cubrir sus funciones y adquirir más experiencia, convirtiendo estos procesos en rutinas laborales que como consecuencia significan la disminución de las horas de descanso, tal como lo refieren Jensen et al. (2016), que indicaron que la rutina diaria provoca fatiga, trastorno de sueño y una mala calidad de sueño, además Blake et al (2020) refieren que los profesionales de la salud normalmente realizan jornadas laborales prolongadas e irregulares que los pueden someter a efectos de estrés y ansiedad que afectan su calidad de sueño y de vida.

Este estudio observó a los residentes de las especialidades de ortopedia, neurocirugía, cirugía general y traumatología, en un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022 , cuya edad promedio de fue de 30.69 años, cuya edad mínima fue de 24 años y la máxima fue de 41 años, además la distribución por sexo fue equivalente al 50% por cada género; en este grupo de residentes la religión que predomina es la católica, como lo demuestra el 74.1% de los residentes; además, un 29.6% corresponden a residentes del primer año, el 31.5% del segundo, 27.8% del tercero, el 5.6% del cuarto y finalmente el 5.6% restante son residentes del quinto año.

Según los resultados obtenidos para el Índice de calidad de sueño de Pittsburg se pudo comprobar que un 48.1% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad subjetiva de sueño bastante mala; y otro 1.9% presentan calidad subjetiva de sueño muy mala. Respecto a la latencia del sueño, solo un 3.7% de los residentes demuestra una conciliación de sueño bastante mala. Además, un 55.6% registra una duración de sueño entre 5 y 6 horas y el 44.4% muestran una duración de sueño menor a las cinco horas, por tanto, todos los residentes encuestados no duermen las horas apropiadas que necesitan para tener un buen descanso,

teniendo una eficiencia de sueño menor al 75% como lo refiere el 46.3% de los residentes encuestados. Ancoli y Roth (1999) citados en Bollu y Kaur, (2019) refieren que es recomendable que las personas tengan un tiempo de descanso apropiado que les permita recuperar su vitalidad, puesto que aquellos profesionales de la salud que no tienen un adecuado descanso sufren mucho de problemas de insomnio que afecta su rendimiento profesional y personal.

En los resultados del cuestionario que se aplicó, todos los residentes presentan perturbaciones de sueño, siendo la mayor parte (74.1%) los que presentan perturbaciones entre una y dos veces a la semana y el 24.1% entre tres y más veces por semana, lo cual demuestra que los residentes del hospital pasan por problemas que les generan problemas para conciliar el sueño de manera apropiada. Probablemente sean este tipo de situaciones las que les obligan a utilizar medicamentos para poder descansar adecuadamente, como lo refiere el 42.6% que ha tomado medicamentos al menos de una vez a la semana y otro 22.2% indica que los ha tomado que entre una o dos veces por semana para poder dormir y el 1.9% los ha tomado entre tres y más veces por semana. Respecto a los problemas de disfunción diurna del sueño, un 61.1% presentan problemas de somnolencia o cansancio que concluyen una disfunción bastante mala (es decir a veces) y otro 25.9% muy mala durante el día (es decir, casi siempre).

En base a este análisis se pudo determinar que solo el 7.4% de los residentes de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022, muestra una calidad de sueño bastante buena, mientras que el 75.9% una calidad de sueño bastante mala y el 16.7% una calidad de sueño muy mala.

En cuanto a la relación que tienen la calidad de sueño, con la calidad de vida de los residentes evaluados, los resultados permitieron determinar que el mayor porcentaje de los residentes demuestran niveles de calidad de sueño bastante malo con una calidad de vida de

nivel regular, mientras que el 14.8% de los residentes presentan calidad de sueño muy mala y calidad de vida regular, el 9.3 % de residentes demuestran una calidad de sueño bastante mala y una calidad de vida mala. Según Helvig *et al.* (2016), el sueño es un factor reparador que mejora, renueva y da bienestar al cuerpo mente y alma de las personas, por ello, estas deben descansar las horas recomendadas para así no afectar sus niveles de calidad de vida.

Bajo este análisis se pudo determinar que la prueba de hipótesis general arrojó un valor chi cuadrado de 22.447, con una significancia de  $0.000 < 0.05$ , bajo estos resultados se aceptó la hipótesis propuesta en la cual se indica que la calidad de sueño está relacionada significativamente a la calidad de vida dentro del personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. Acero (2021), en su estudio de investigación también concluye que la calidad de sueño del personal de enfermería en los hospitales es un factor muy influyente dentro de sus niveles de calidad de vida, y esto se refleja en el desempeño de las funciones que realizan día a día dentro de los hospitales, además de su vida familiar y social, por ende es recomendable que los trabajadores planifiquen de manera adecuada sus tiempos y que haceres para que así puedan tener un tiempo de descanso y reposición de energías adecuado. Los resultados obtenidos por Cabrera (2019), también concluye en su investigación que más del 51.4% residentes del hospital tienen problemas de calidad de vida, como consecuencia de la mala calidad de sueño que presentan, por tanto, es necesario que los hospitales planteen propuestas en la distribución de horarios y responsabilidades para el personal residente a fin de que estos puedan tener una adecuada calidad de vida que garantice mejores resultados en el desarrollo de sus funciones.

Respecto al análisis comparativo que relaciona la calidad de sueño con la función física de la calidad de vida, los resultados obtenidos en el estudio arrojaron que un 20.4% de residentes demuestran una calidad de sueño bastante mala y una función física regular, mientras que el 9.3% presentan calidad de sueño muy mala y una función física regular, otro 1.9% de

los residentes encuestados demostraron un nivel de calidad de sueño muy malo bueno con función física mala. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Becerra (2020), quien también refiere que los médicos residentes normalmente buscan llevar una buena calidad de vida por un lado, al realizar actividad física sin impedimentos (evidenciado por una buena función física); pero por el otro no siempre realizan lo apropiado, como llevar malos hábitos alimenticios por los factores de responsabilidades y esto afecta la calidad de sueño. Melnyk *et al.* (2018), refirieron también que una mala salud física y mental en el personal dedicado a la salud afecta sus habilidades motrices y de reacción ante las labores que desempeñan.

Sobre la relación entre la calidad de sueño y rol físico en el personal médico residente, se pudo determinar que un 75.9% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, de estos, un 29.6% tienen un nivel de rol físico regular y un 20.4% tienen un rol físico malo; además del 16.7% de residentes que tienen calidad de sueño muy mala existe un 9.3% que presenta un rol físico regular y otro 3.7% que lo presentan malo. Para esta afirmación propuesta, la prueba de chi arrojó un valor de 1.973, con una significancia mayor a 0.05, por ello se rechazó la hipótesis propuesta concluyendo que no existe relación significativa entre estas.

La relación existente entre la calidad de sueño con el dolor corporal en el personal médico residente del hospital, los resultados obtenidos arrojaron que, del 75.9% de los residentes que demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, un 29.6% presentan dolor corporal regular y otro 7.4% demuestran un nivel de dolor malo; además del 16.7% de residentes que tiene una calidad de sueño muy mala, el 5.6% demuestran niveles de dolor corporal regulares y otro 7.4% niveles malos de dolor corporal. Estos resultados permitieron corroborar la hipótesis planteada la cual arrojó un valor de chi 10.186, con una significancia menor a 0.05, por tanto, se pudo comprobar que la calidad de sueño si se relaciona significativamente con el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades

quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

Según los resultados obtenidos sobre la relación entre la calidad de sueño y la salud general de los residentes del hospital, se pudo observar que del 75.9% de los residentes que demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, un 27.8% arrojaron indicadores de salud general regular y el 48.1% indicadores de salud general malos; respecto al 16.7%% de residentes que demuestran calidad de sueño muy mala existe un 3.7% que presentan salud general regular (3.7%) el 13% mala salud. La prueba de hipótesis propuesta determinó un chi de 2.691, con una significancia de mayor a 0.05, por tanto, se rechazó la hipótesis propuesta y se afirma que no existe relación significativa entre la calidad de sueño y la salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

En cuanto a la relación entre calidad de sueño y vitalidad, para este estudio, se pudo observar que del 75.9% de los residentes del hospital que demuestran una calidad de sueño bastante malo, el 44.4% presentan una vitalidad regular y el 31.5% una vitalidad mala; mientras que del 16.7%% de residentes que tienen una calidad de sueño muy mala, el 14.8% presentan regular vitalidad y el 1.9% mala vitalidad. Sobre los resultados obtenidos para esta hipótesis, se pudo observar que el valor chi fue de 10.231, con una significancia menor a 0.05, aceptando la hipótesis propuesta que refiere que la calidad de sueño se relaciona significativamente con la vitalidad en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. Ortiz (2021), en su estudio refiere que la calidad de sueño de los estudiantes de medicina se puede ver afectada por factores físicos, como la carga laboral y estos pueden traer como consecuencia una baja vitalidad que como consecuencia pueden afectar sus niveles de rendimiento ya sea académico, como físico, por ende, es necesario que los estudiantes de medicina dispongan de tiempos

adecuados de descanso que les garanticen una buena calidad de vida, sobre todo en aspectos de vitalidad.

Los resultados del análisis cruzado para la hipótesis específica que mide el nivel de relación entre la calidad de sueño y la función social permitieron determinar que del 75.9% de los residentes que presentan un nivel de calidad de sueño bastante malo, un 70.4% presentan una función social regular mientras que el 5.6% presentan una función social mala; además del 16.7% de residentes que presentan una calidad de sueño muy mala, el 14.8% demuestran una función social regular, y el 1.9% mala. La prueba de hipótesis arrojó un chi de 13.918, con significancia menor a 0.05, por tanto, se acepta la hipótesis alterna que refiere que la calidad de sueño se relaciona significativamente con la función social en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. Diener y Labarthe (2022), en su estudio concluyeron que muchas veces los factores de tipo social pueden ser un determinante que afecte la calidad de vida y sueño en los residentes médicos, ya que, la sobrecarga de responsabilidades, sumada a la relación que tienen con los pacientes y los problemas que estos últimos presenta puede generar niveles de estrés y fatiga que ocasionen ansiedad y falta de sueño en los residentes afectando su calidad de vida.

La relación entre la calidad de sueño y el rol emocional permitió determinar que del 75.9% de los residentes que tienen un nivel de calidad de sueño bastante malo, el 5.6% presenta un rol emocional regular y el 50% uno malo; mientras que del 16.7% de residentes con calidad de sueño muy mala, el 3.7% presentan un rol emocional regular y el 11.1% uno malo. Además, se pudo constatar a través de la prueba de hipótesis que no existe relación entre ambas variables ya que estos presentan un valor de chi bajo y una significancia mayor a 0.05, por tanto, se rechazó la hipótesis planteada. Estos resultados difieren de los obtenidos por Juárez (2020), que en su estudio concluye que la relación existente entre la calidad de sueño y los factores

emocionales en los residentes de medicina de los hospitales tienen una relación directa pero que estos factores emocionales normalmente tienden a adaptarse conforme el residente se va acomodando a la rutina de trabajo y sus otras actividades diarias, y que uno de los factores que mayormente genera este tipo de problemas emocionales está relacionado al contacto que tienen con los pacientes, por ello para evitar este tipo de problemas es necesario que los residentes lleven sesiones de terapia o control que minimicen dichas probabilidades, esta práctica es un factor que se viene aplicando actualmente en favor del personal dentro de su establecimiento de salud.

Finalmente, respecto a la relación entre la calidad de sueño y la salud mental de los residentes del hospital, los resultados determinaron que del 75.9% de los residentes del hospital con un nivel de calidad de sueño bastante malo, el 72.2% presentan una salud mental mala y el 3.7% demuestran una salud mental regular; mientras que del 16.7% de residentes con calidad de sueño muy mala, el 7.4% presentan salud mental regular y el 9.3% salud mental mala. La prueba de hipótesis propuesta arrojó un valor de chi 10.795, con una significancia menor a 0.05, lo cual permitió demostrar y validar la hipótesis propuesta que confirma que la calidad de sueño se relaciona significativamente con la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. Cabrera y Vela (2020), en su estudio también refieren que la calidad de vida de los estudiantes del Internado Rotativo de Medicina en los hospitales si se relaciona directamente con su salud mental generando problemas como incrementos en el estrés por la presión que genera el trabajar durante jornadas altas y estudiar que pueden influir en sus estados de ánimo, además de otros factores externos que pueden ocasionarles algunos problemas de salud mental.

## VI. CONCLUSIONES

Se concluye que el 66.7% de los residentes de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022 demuestran niveles de calidad de sueño bastante mala, con una calidad de vida de nivel regular o mala, mientras que el 14.8% de los residentes presentan calidad de sueño muy mala y nivel de calidad de vida regular. Por ende, los factores que merman el tiempo adecuado que deben dormir los residentes del hospital si influyen directamente su calidad de vida afectando no solo su rendimiento profesional, sino también su rendimiento personal para con sus pacientes, las universidad y la sociedad; bajo este análisis se pudo determinar que las pruebas de hipótesis general, arrojaron un valor chi cuadrado de 22.447, con una significancia de  $0.000 < 0.05$ , que valida la hipótesis propuesta en la cual se indica que la calidad de sueño está relacionada significativamente a la calidad de vida dentro del personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

Para el primer objetivo específico, los resultados del estudio arrojaron que un 20.4% de residentes tiene una calidad de sueño bastante mala y una función física regular, y otro 9.3% presentan calidad de sueño muy mala y una función física regular, lo que demuestra que la falta de sueño si afecta el desempeño de los profesionales residentes del hospital, la prueba realizada dejo como resultado un chi de 18.393, con significancia menor a 0.05, lo cual aprueba la hipótesis planteada que confirma la relación entre la calidad de sueño con la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

En cuanto al segundo objetivo específico, los resultados del estudio permitieron concluir que un 50% de los residentes del hospital demuestran un nivel de calidad de sueño

bastante malo, de estos, el 29.6% tienen un nivel de rol físico regular y un 20.4% tienen un rol físico malo; además del 13% de residentes que tienen calidad de sueño muy mala con un rol físico regular o malo, lo cual reflejaría que la falta de sueño afecta físicamente el rendimiento laboral y diario de los residentes. Aun así, los resultados de contrastación de hipótesis obtenidos determinaron que no existe relación significativa entre la calidad de sueño y el rol físico de los residentes de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.

Para el tercer objetivo específico propuesta, los resultados obtenidos arrojaron que, el 37% de los residentes que demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con dolor corporal malo o regular (presente siempre o a veces); además del 13% de residentes que tiene una calidad de sueño muy mala, con dolor corporal malo o regular (presente siempre o a veces). Esto es corroborado por la prueba de hipótesis planteada que determina que la calidad de sueño si se relaciona significativamente con el dolor corporal en el personal médico residente de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima, en el periodo 2022.

En cuanto al cuarto objetivo específico, los resultados indicaron que el 75.9% de los residentes demuestran un nivel de calidad de sueño bastante malo, con una salud general regular o mala; y otro 16.7% demuestra calidad de sueño muy mala con salud general regular o mala; aun así, la hipótesis propuesta fue rechazada ya que la prueba de chi arrojó una significancia de mayor a 0.05, por tanto, se concluye que no existe relación significativa entre la calidad de sueño y la salud general en el personal médico residente de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima, en el periodo 2022.

Para el quinto objetivo específico se pudo observar que del 75.9% de los residentes del hospital que demuestran una calidad de sueño bastante malo, entre estos el 44.4% una vitalidad regular mientras que el 31.5% una vitalidad mala; además el 16.7%% de residentes que tienen

una calidad de sueño muy mala, con vitalidad regular y una menor proporción de residentes vitalidad mala. Adicional a esto resultados se puede concluir que, con una significancia menor a 0.05, se demuestra que la calidad de sueño se relaciona significativamente con la vitalidad en el personal médico residente de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima, en el periodo 2022.

Para el sexto objetivo específico, los resultados del análisis cruzado permitieron determinar que del 75.9% de los residentes que presentan un nivel de calidad de sueño bastante malo, y de estos la mayoría, el 70.4%, presentan una función social regular mientras que otros presentan una función social mala; el 14.8% de residentes que presentan una calidad de sueño muy mala también presenta una función social regular. La prueba de hipótesis arrojó un chi de 13.918, con significancia menor a 0.05, que permitió corroborar la hipótesis propuesta que refiere que si existe relación significativa entre la calidad de sueño con la función social en el personal médico residente de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima, en el periodo 2022.

Respecto al séptimo objetivo específico, los resultados arrojaron que del 55.6% de los residentes que tienen un nivel de calidad de sueño bastante malo, solo el 5.6% presenta un rol emocional regular y el 50% uno malo; mientras que del 16.7%, el 11.1% uno malo. En base a estos resultados la prueba de hipótesis arrojó un valor chi bajo con significancia alta que concluyeron con el rechazo de la hipótesis propuesta, por tanto, se demuestra que no existe relación significativa entre la calidad de vida y el rol emocional de los residentes del hospital en estudio.

Finalmente, para el octavo objetivo planteado, los resultados permitieron observar que respecto del 75.9% de los residentes del hospital con un nivel de calidad de sueño bastante malo, la mayor parte presentan una salud mental mala; mientras que del 16.7% de residentes con calidad de sueño muy mala, el 7.4% presentan salud mental regular y el 9.3% salud mental mala. La prueba de hipótesis propuesta arrojó un valor de chi 10.795, con una significancia

menor a 0.05; por tanto, se aprueba la hipótesis propuesta que señala que la calidad de sueño se relaciona significativamente con la salud mental en el personal médico residente de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima, en el periodo 2022.

## VII. RECOMENDACIONES

Es importante que las instituciones de salud y el estado planteen medidas que regulen y promuevan un adecuado plan de gestión para las funciones de los residentes de los hospitales, que garantice un adecuado uso de recursos, responsabilidades y horarios que faciliten a los residentes tiempos de descanso y recupero de energías a través del correcto uso en horas de sueño que les garanticen una correcta y adecuada calidad de vida, no solo por su edad y etapa, sino también para su futuro profesional.

Es necesario que las entidades de salud realicen un seguimiento constante y evaluaciones de rendimiento que determinen la situación física, emocional y mental de los médicos residentes a fin de plantear planes y programas de apoyo que mejoren la calidad de vida de los mismos para que estos otorguen mejores resultados en sus labores y funciones asignadas.

Es importante que las organizaciones de salud del país realicen y planteen seminarios y charlas constantes relacionadas a la adecuada gestión de sueño y calidad de vida, que permitan a su personal asimilar y aceptar que muchos de los problemas que generan estos conceptos están relacionados más a factores que el mismo residente desarrolla por presión y la necesidad de cubrir sus actividades en corto plazo para así asegurar su futuro profesional.

Finalmente, es necesario que los hospitales realicen informes y registros de ocurrencias relacionados a situaciones que se viven en las instituciones, para poder realizar un análisis y diagnóstico que, sobre la gestión del clima organizacional en salud, a fin de poder definir las causas que han generado dicha ocurrencia y al a vez diagnosticar o dar un régimen de mejora que permita el desarrollo positivo de su personal.

## VIII. REFERENCIAS

- AAMS (2005). *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño: Manual de Codificación y Diagnóstico*, 2ª ed.; Academia Americana de Medicina del Sueño.: Westchester, IL, EE. UU.
- Acero, Y. (2021). *Calidad de sueño en el profesional de enfermería del Hospital III ESSALUD, Puno – 2019*. [Tesis de grado, Universidad Nacional del Altiplano, Puno]. Repositorio institucional: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/16664>
- Albouy, V., Godefroy, P., & Lollivier, S. (2010). *Measuring quality of life*. Insee Références France, portrait social. <https://www.insee.fr/en/statistiques/fichier/1373572/FPORSOC10E.pdf>
- Altena, E.; Baglioni, C.; & Espie, C. (2020). Tratar los problemas de sueño durante el confinamiento en el hogar debido al brote de COVID-19: recomendaciones prácticas de un grupo de trabajo de la Academia Europea CBT-I. *J Sleep Res.*, 2020, e13052
- Ancoli, S.; and Roth, T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *I. Sleep* 1999; 22, S347-353. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10394606/>
- Anderson, C.; Platten, C. (2011). Sleep deprivation lowers inhibition and enhances impulsivity to negative stimuli. *Behavioural Brain Research*. 217(2), 463–6. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2010.09.020> 13.
- Arostegui, I. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192.
- Baglioni, C.; Battagliese, G.; Feige, B.; Spiegelhalder, K.; Nissen, C.; Voderholzer, U.; Lombardo, C.; Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J. Affect. Disord.* 135, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>
- Bahammam, A.; Alaseem, A.; Alzakri, A.; Sharif, M. (2012). The relationship between sleep and wake habits and academic performance in medical students: A cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2012(12), 61.

- Bakhouche, M. (2019). Measuring Quality of Life. *Int. J. Youth Eco.* 3(2), 75-87. <http://dx.doi.org/10.18576/ijye/03020>
- Barragán, V.; Fuentes, R.; Monsalvo, E.; & Fouilloux, C. (2013). *Efectos de la privación de sueño en las habilidades cognitivas, psicomotoras y su relación con las características personales de los médicos residentes.* *Cir Cir*, 81(4).
- Baskent, G.; Keskin, N.; & Gokçay, G. (2017). The quality of sleep in nurses. *European Respiratory Society*, 3, 1–5. <https://doi.org/10.1183/23120541> Bowm
- Basner, M.; Rubinstein, J.; Fomberstein, K. (2008). Effects of night work, sleep loss and time on task on simulated threat detection performance. *Sleep*. 31(9): 1251–9.
- Bazalakova, M. (2017). Sleep Disorders in Pregnancy. *Semin Neurol.*, 2017 Dec;37(6), 661-668.
- Becerra, A. (2020). *Calidad de vida de los médicos residentes del Hospital Central de Mendoza: Salud, Sueño, Alimentación y Actividad física.* [Tesis de grado, Universidad Juan Agustín Maza, Argentina]. Repositorio institucional: <http://repositorio.umaza.edu.ar/handle/00261/1839>
- Blake, H.; Bermingham, F.; Johnson, G.; & Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 17(9):2997. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>
- Bollu, P.; & Kaur, H. (2019). Sleep medicine: insomnia and sleep. *Missouri medicine*, 116(1), 68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6390785/>
- Bowling, A. (2005). *Ageing well: Quality of life in old age.* McGraw-Hill Education
- Bowman, M.; Duggan, K.; Brindle, R.; Kline, C.; Krafty, R. (2019). Prospective associations among objectively and subjectively assessed sleep and the metabolic syndrome. *Sleep Medicine*, 58, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.02.005>
- Buysse, D.; Reynolds, C.; Monk, T.; Berman, S.; & Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

- Brinkman, J.; Reddy, V.; Sharma, S. (2022) Physiology of Sleep. [Updated 2021 Sep 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*, 2022 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482512/>
- Cabrera, J.; y Vela, N. (2020). *Correlación entre calidad del sueño y niveles de estrés con los puntos de dolor de fibromialgia en estudiantes del Internado Rotativo de Medicina UCSG 2019-2020*. [Tesis de grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador]. Repositorio institucional: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15347>
- Cabrera, J. (2019). *Calidad del sueño según la escala de somnolencia de Epworth como factor asociado a la calidad de vida en médicos residentes*. Tesis de maestría, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo]. Repositorio institucional: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5059>
- CCPE. (2009). *Descanso o sueño insuficiente percibido entre adultos: Estados Unidos*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2008. 2009, 58(42), 1175–9.
- Chang, E.; Bidewell, J.; Huntington, A.; Daly, J.; Johnson, A; Wilson, H; Lambert, V; Lambert, C. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *Int J Nurs Stud.* 44, 1354-62. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.06.003>
- Chiang, Y.; Arendt, S.; Zheng, T.; and Hanisch, K. (2014). The effects of sleep on academic performance and job performance. *College Student J.* 48, 72–87.
- Colditz, G.; Philpott, S.; & Hankinson, S. (2016). The impact of the nurses' health study on population health: Prevention, translation, and control. *American Journal of Public Health*, 106, 1540–1545. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303343>
- Cox, S.; Benoit, J.; Brohard, C.; & McIntyre, T. (2022). Evaluation of sleep quality among nursing faculty: Application of the Pittsburgh Sleep Quality Index—A descriptive correlational study. *Nursing Open*, 9(1), 339-348. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.1067>
- Cuevas, H., Zgorski, R., Kring, J. y Caldwell, B. (2013). Factores humanos en las operaciones espaciales humanas comerciales. *Actas de la Reunión Anual de la Sociedad de Ergonomía y Factores Humanos.* 57(1): 16–20. <https://doi.org/10.1177/1541931213571006>

- Curcio, G., Ferrara, M. y De Gennaro L. (2006). Pérdida de sueño, capacidad de aprendizaje y rendimiento académico. *Sleep Med Rev.* 2006, 10(5), 323–337
- Debbia, F.; Medina, M.; García, A.; Garrido, A.; Rodríguez, M.; & López, P. (2021). Chronotype, general health and quality of sleep in a population of Spanish nurses. *Revista Da Escola De Enfermagem USP*, 55, e03752. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020010903752> Fan
- Diener E; Suh, E.; Lucas, R.; & Smith, H. (1999) Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276. <https://psycnet.apa.org/record/1999-10106-007>
- Diener, Ch.; y Labarthe, J. (2022). *Factores asociados a insomnio en médicos del Centro Médico Naval del Perú durante la pandemia por COVID-19*. [Tesis de grado, Universidad Científica del Sur, Lima]. Repositorio institucional: Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/2372>
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*. 64(1): 135–68. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dollander, M. (2002). Etiology of adult insomnia. *L'Encephale* 2002; 28(6 Pt 1): 493-502.
- Draper, K. and Ponsford, J. (2008). Cognitive functioning ten years following traumatic brain injury and rehabilitation. *Neuropsychology*. 22(5), 618–25. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.22.5.618>
- Edwards. J. (2019). The Importance of Quality Sleep how it Affects Your Health. *Volunteer Protection Programs Particip Associate Inc*. <https://www.vpppa.org/blog-entry/the-importance-of-quality-sleep-how-it-affects-your-health>
- Fabbri, M.; Beracci, A.; Martoni, M.; Meneo D.; Tonetti L.; Natable V. (2021). Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 1082. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031082>
- Fahrenkopf, A., Sectish, T., Barger, L., Sharek, P. and Lewin, D. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: *Prospective cohort study*. *BMJ*, 336, 488-91.
- Fenn, K. and Hambrick, D. (2012). Individual differences in working memory capacity predict sleep-dependent memory consolidation. *J Exp Psychol Gen*. 2012(141), 404–10.

- Fournet, N., Achachi, O., Roy, A., Besnard, J. and Lancelot, C. (2019). Impaired Executive Function in Everyday Life: ¿A Predictor of OCD Relapse? *Journal of Behavioral and Brain Science*. 9(3): 90–107. <https://doi.org/10.4236/jbbs.2019.93008>
- Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, C. and Belodoff, B. (2000). Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the women physicians' health study. *Arch Fam Med*. 9, 359-67
- Garbarino, S., Lanteri, P., Durando, P. & Sannita, W. (2016). Co-morbidity, mortality, quality of life and the healthcare/welfare/ social costs of disordered sleep: A rapid review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph13080831> G
- Galloway, S., Bell, D., Hamilton, C. & Scullion, A. (2006). *Well-being and quality of life: Measuring the benefits of culture and sport-a literature review and thinkpiece*. Edinburgh: Analytical Services Division, Scottish Executive Education Department.Scottish Government. <https://www.artshealthresources.org.uk/docs/quality-of-life-and-well-being-measuring-the-benefits-of-culture-and-sport/>
- Giorgi, F., Mattei, A., Notanicola, I., Petrucci, C. & Lancis, L. (2017). Can sleep quality and burnout affect the job performance of shiftwork nurses? A hospital cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 698–708. <https://doi.org/10.1111/jan.13484>
- Greeson, J., Toohey, M. & Pearce, M. (2015). An adapted, fourweek mind-body skills group for medical students: Reducing stress, increasing mindfulness, and enhancing self-care. *Explore*, 11(3), 186–192. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.02.003>
- Helvig, A., Wade, S. & Hunter-Eades, L. (2016). Rest and the associated benefits in restorative sleep: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 62–72. <https://doi.org/10.1111/jan.12807>
- Hernández, R. (2010) *Metodología de la investigación*. (5ta ed.). McGraw Hill Interamericana.
- Hicks, S., Tinkler, L. & Allin, P. (2013). Measuring Subjective Well-Being and its Potential Role in Policy: Perspectives from the UK Office for National Statistics. *Social Indicators Research*, 114(1), 73–86. <http://www.jstor.org/stable/24719526>
- Holmes, S. (2005). Assessing the quality of life - Reality or impossible dream? A discussion paper. *International Journal Of Nursing Studies*, 42(4), 493-501.

- Huang, Y.; & Zhu, M. (2020). Increased global PSQI score is associated with depressive symptoms in an adult population from the United States. *Nature and Science of Sleep*, 12, 487–549. <https://doi.org/10.2147/NSS.S256625>
- Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja. (2021, 12 de abril). Reglamento de Docencia Residentado Médico. [https://www.insnsb.gob.pe/docencia/wp-content/uploads/2021/04/N\\_08\\_REGLAMENTO\\_RESIDENTES\\_2021.pdf](https://www.insnsb.gob.pe/docencia/wp-content/uploads/2021/04/N_08_REGLAMENTO_RESIDENTES_2021.pdf)
- Iemura, A., Iwasaki, M. and Yamakawa, N. (2016). Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants: japan Children’s cohort study. *Brain Dev.* 2016(38), 364–372. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2015.10.003>
- Jensen, H.; Markvart, J.; Holst, R.; Thomsen, T.; Larsen, J.; Eg, D.; Nielsen, L. (2016). Shift work and quality of sleep: effect of working in designed dynamic light. *Int Arch Occup Environ Health.* 89(1):49-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00420-015-1051-0>
- Juárez, J. (2020). *Calidad de sueño asociado a la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar 57.* [Especialización, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México]. Repositorio institucional: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11271>
- Kaliyaperumal, D., Elango, Y., Alagesan, M. & Santhana, I. (2017). Effects of sleep deprivation on the cognitive performance of nurses working in shift. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(8), CC01–CC03. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/26029.10324>
- Karahan, A., Abbasoğlu, A., Uğurlu, Z., Işık, S. & Elbaş, N. (2020). Determination of sleep quality, fatigue, and concentration in nurses according to their shifts and chronotype. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 98–105. <https://doi.org/10.14744/phd.2019.90277>
- Karimi, M. & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
- Krystal, A. and Edinger, J. (2008). Measuring sleep quality. *Sleep Med.* 2008, 9 (Suppl. 1), S10–S17. [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(08\)70011-X](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(08)70011-X).

- Lee, S., Crain, T., McHale, S., Almeida, D. & Buxton, O. (2017). Daily antecedents and consequences of nightly sleep. *Journal of Sleep Research*, 26, 498–502. <https://doi.org/10.1111/jsr.12488>
- Leger, D., Bayon, V., Ohayon, M.M., Philip, P., Ement, P., Metlaine, A., Chennaoui, M. and Faraut, B. (2014). Insomnia and accidents: Crosssectional study (EQUINOX) on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from 10 countries. *J. Sleep Res.* 2014, 23, 143–152, <https://doi.org/10.1111/jsr.12104>.
- Levenson, J., Kay, D. and Buysse, D. (2015). The pathophysiology of insomnia. *Chest* 2015 Apr, 147(4), 1179-1192.
- Lins, L. and Carvalho, F. (2016). Puntuación total del SF-36 como medida única de la calidad de vida relacionada con la salud: revisión de alcance. *SAGE Open Med.* 2016, 4, 2050312116671725.
- Liu, D., Kahathuduwa, C. & Vazsonyi, A. (2021). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): Psychometric and clinical risk score applications among college students. *Psychological Assessment*, 33(9), 816–826. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pas0001027>
- Lomelí, H., Pérez, I., Talero, C., Moreno, C. and González, R. (2008). Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(1). <https://medes.com/publication/39345>
- Luna-Solis Y., Robles-Arana, Y. and Agüero-Palacios, Y. (2015). Validación del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*, XXXI (2), pp. 23-30. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3676615/Anales%20de%20Salud%20Mental%20Articulos%202015%20%28Julio%20-%20Diciembre%29.pdf.pdf?v=1663938984>
- Machi, M., Staum, M., Callaway, C. and Moore, C. (2012). The Relationship Between Shift Work, Sleep, and Cognition in Career Emergency Physicians. *Academic Emergency Medicine*. 19(1): 85–91. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01254.x>
- Malley, J., Towers, A., Netten, A., Brazier, J. and Forder, J. (2012). An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 10(1).

- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J. and Beautrais, A. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA* 294, 2064-74.
- Marquie, J., Tucker, P., Folkard, S. and Gentil, C. (2015). Chronic effects of shift work on cognition: findings from the VISAT longitudinal study. *Occupational and Environmental Medicine*. 72(4), 258–64. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101993>
- McLeod, S. (2007). Maslow's Hierarchy of Needs Simply Psychology; Disponible en: <http://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- Melnyk, B., Orsolini, L., Tan, A., Arslanian, C. Melkus, G. & Lewis, L. (2018). A national study links nurses' physical and mental health to medical errors and perceived worksite wellness. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 60(2), 126–131. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29065061/>
- Mellinger, G. (1985) Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Archives of general psychiatry* 1985; 42(3), 225-232.
- Melnyk, B. (2020). Burnout, depression and suicide in nurses/clinicians and learners: An urgent call for action to enhance professional well-being and healthcare safety. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 2–5. <https://doi.org/10.1111/wvn.12416>
- Mendes, S. & Martino, M. (2012). Trabajo por turnos: estado de salud general relacionado con el sueño en trabajadores de enfermería. *Rev Esc Enferm USP*. 46(6), 1471-6. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600026>
- Miyake, A. and Friedman, N. (2012). The Nature and Organization of Individual Differences in Executive Functions: Four General Conclusions. *Curr Dir Psychol*. 21(1), 8–14. <https://doi.org/10.1177/0963721411429458> 11.
- Mollayeva, T., Thurairajah, P., Burton, K., Mollayeva, S., Shapiro, C.M. and Colantonio, A. (2016). The Pittsburgh Sleep Quality Index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 25, 52–73, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.01.009>.
- Muñoz, B., Pérez, M., Rodríguez, Varela, C. y Sanz, J. (2021). Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19. *Med Segur Trab (Internet)*. 67(264), 169-190. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2021000300004>

- Natale, V., Leger, D., Bayon, V., Erbacci, A., Tonetti, L., Fabbri, M. and Martoni, M. (2015). The consensus sleep diary: Quantitative criteria for primary insomnia diagnosis. *Psychosom. Med.* 2015, 77, 413–418. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000177>
- O'Hagan, J.; Richards, J. (1998). *In: Sickness and in Health. 2nd ed. Wellington, (New Zealand): Doctors Health Advisory Service; p. 1-9.*
- Ohayon, M. (2011). Epidemiological overview of sleep disorders in the general population. *Sleep Med. Res.* 2, 1–9, Disponible en: [doi:10.17241/smr.2011.2.1.1](https://doi.org/10.17241/smr.2011.2.1.1)
- OMS. (1993). Protocolo de estudio para el proyecto de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar un instrumento de evaluación de la calidad de vida (WHOQOL): *Quality of Life Research*, 1993;2:153-9
- OMS (1995). Evaluación de la calidad de vida de la organización mundial de la salud (WHOQOL): documento de posición de la organización mundial de la salud. *Ciencias Sociales y Medicina*, 41(10): 1403-1409. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- OMS (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En Organización Mundial de la Salud. (Eds.), *Documentos básicos - Suplemento (45ª Ed.)*: 1-18. Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2015). Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.*
- Ortiz, B. (2021). *Asociación entre calidad del sueño y el rendimiento académico de los estudiantes de medicina de cursos clínicos de forma virtual durante la pandemia por COVID-19.* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Piura, Piura]. Repositorio institucional: <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/3021>
- Pérez, M.; Jurado, M.; Márquez, M.; Martín, A.; y Linares, J. (2019). Efectos emocionales de la duración, eficiencia y calidad subjetiva del sueño en personal sanitario. En t. J. Medio Ambiente. *Res. Salud pública.* 16(19):3512. <https://dx.doi.org/10.3390/2Fijerph16193512>
- Paudel, M., Taylor, B., Ancoli, S., Blackwell, T. and Stone, K. (2010). Rest/activity rhythms and mortality rates in older men: MrOS Sleep Study. *Chronobiol Int.* 2010, 27(2), 363–77.

- Querstret, D., O'Brien, K., Skene, D. & Maben, J. (2020). Improving fatigue risk management in healthcare: A systematic scoping review of sleep-related/fatigue-management interventions for nurses and midwives. *International Journal of Nursing Studies*, 106, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103513>
- Salazar, F., & Bernabé, E. (2012). The spanish SF-36 in Peru: Factor structure, construct validity. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 1-9. doi:10.1177/1010539511432879
- Salim, S., Yamin, M., Alwi, I. and Setiati, S. (2017). Validity and Reliability of the Indonesian Version of SF-36 Quality of Life Questionnaire on Patients with Permanent Pacemakers. *Acta Med. Indones* 2017, 49, 10–16.
- Saravia, J. C. (2013). *Factores psicológicos y conductuales de la salud en un grupo de universitarios de*. [Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica de la salud, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Saguem, B. N., Nakhli, J., Romdhane, I., & Nasr, S. B. (2022). Predictors of sleep quality in medical students during COVID-19 confinement. *L'encephale*, 48(1), 3-12.
- Siegel, J.; Moore, R.; Thannickal, T.; Nienhuis, R. (2001). A brief history of hypocretin/orexin and narcolepsy. *Neuropsychopharmacology*. 2001 Nov;25(5 Suppl):S14-20. [PMC free article] [PubMed]
- Siegel, J. (2005). Clues to the functions of mammalian sleep. *Nature*. 2005 Oct 27;437(7063):1264-71.
- Silva, M. (2021). Calidad de sueño en estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud en una universidad pública peruana. [Artículo de Investigación, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. *Revista Médica Basadrina*, 15(3), 19-25. <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1152/1273>
- Shah, J., Bourguignon, C., Esau, S. and Truwit, J. (2009). Night vs. Day Shift Work in Residents and Impact on Cognition. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 179(1). [https://doi.org/10.1164/ajrccm-conference.2009.179.1\\_MeetingAbstracts.A2112](https://doi.org/10.1164/ajrccm-conference.2009.179.1_MeetingAbstracts.A2112)
- Shanafelt, T., Balch, C., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P., Sloan, J. and Freischlag, J. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*. 250, 463-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19730177/>

- Shanafelt, T., Sloan, J., Satele, D. and Balch, C. (2011). Why do surgeons consider leaving practice? *J Am Coll Surg.* 212, 421-2.
- Stiglitz, J.; Sen A.; and Fitoussi, J. (2009). *Report by the Commission on the measurement of economic performance and social progress*, Éditions Odile Jacob, 2009.
- Taylor, D., Lichstein, K. and Durrence, H. (2001). Insomnia as a health risk factor. *Behavioral sleep medicine; 1*(4), 227-247.
- Thorndike, F., Ritterband, L., Saylor, D., Magee, J., Gonder, L. and Morin, C. (2011). Validation of the insomnia severity index as a web-based measure. *Behav. Sleep. Med.* 9, 216–223. <https://doi.org/10.1080/15402002.2011.606766>.
- Torre, F, Martin-Corral, J (2008). Calidad de vida relacionada con la Salud y Estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del dolor*,
- Tuesca, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte (21)*, 76-86.
- Travassos, C. (2020). Health services research and the COVID-19 pandemic. *Cad. Saúde Pública.* 36(9), 1-3. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243920>
- Valderrama, S. (2014) *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica: Cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial San Marcos.
- Vindegaard, N.; & Benros, M. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.* 89, 531-42. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Wallace, J.; Lemaire, J.; Ghali, W. (2009). A. Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet.* 374, 1714-21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Wang, F. & Biro, E. (2021). Determinants of sleep quality in college students: *A literature review.* *Explore,* 17, 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.003>
- West, C., Tan, A., Habermann, T., Sloan, J. and Shanafelt, T. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 302, 1294-300.
- Whitehead, S.; & Ali, S. (2010). Health outcomes in economic evaluation: The QALY and utilities. *British Medical Bulletin,* 96(1), 5-21.

- Wondie, T., Molla, A., Mulat, H., Damene, W., Bekele, M, Madoro, D. and Yohannes, K. (2021). Magnitude and correlates of sleep quality among undergraduate medical students in Ethiopia: Cross sectional study. *Sleep Sci Pract.* 5(7). <https://doi.org/10.1186/s41606-021-00058-2>
- Zuraikat, F., Makarem, N., Liao, M., St-Onge, M. & Aggarwal, B. (2020). Measures of poor sleep quality are associated with higher energy intake and poor diet quality in a diverse sample of women from the Go Red for Women Strategically Focused Research Network. *Journal of the American Heart Association*, 9, e014587. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014587>.
- Zielinski, M., McKenna, J. and McCarley, R. (2016). Functions and mechanisms of sleep. *AIMS Neurosci* 2016, 3(1), 67–104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28413828/>

## IX. ANEXOS

### 9.1. Anexo A. Operacionalización de las variables

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa
V1. Calidad de sueño	La calidad del sueño tiene implicaciones para los problemas psicosociales, conductuales y de salud, así como para la calidad de vida relacionada con la salud; por lo tanto, representa un importante problema de salud pública. Como componente indispensable de la vida, el sueño juega un papel importante en la salud y el crecimiento; muchas funciones fisiológicas y actividades cerebrales significativas ocurren durante el sueño, como el alivio de la fatiga y el desarrollo del cerebro en la primera infancia (Iemura et al., 2016).	Calidad subjetiva del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percepción de la calidad del sueño</li> </ul>	Ordinal	Escala de Likert  1. Ninguna vez 2. Menos de una vez 3. Una o dos veces 4. Tres o más veces  Respuestas múltiples
		Latencia del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempo entre acostarse y lograr conciliar el sueño</li> </ul>		
		Duración del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de horas de sueño</li> </ul>		
		Eficiencia habitual del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Horas dormidas entre el número de horas que permanece en la cama</li> </ul>		
		Perturbaciones del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas al momento de dormir o al mantenerlo</li> </ul>		
		Uso de medicación para dormir	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de medicación hipnótica con o sin prescripción médica</li> </ul>		
		Disfunción diurna del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultad o sueño durante el día</li> </ul>		
V2. Calidad de vida	Percepción que tienen los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS, 1995)	Componente físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Función física</li> </ul>	Nominal	Escala de Likert  Respuestas múltiples
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Rol físico</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor corporal</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Salud general</li> </ul>		
		Componente Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vitalidad</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Función social</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Rol emocional</li> </ul>		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Salud mental</li> </ul>		

## 9.2. Anexo B. Instrumento para medir calidad de sueño: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

- En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuál ha sido su hora de irse a acostar? (utilice sistema de 24 horas)  
Escriba la hora habitual en que se acuesta: /\_\_ / \_\_ /
- En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuánto tiempo habrá tardado en dormirse (conciliar el sueño) en las noches? /  
Escriba el tiempo en minutos: \_\_ / \_\_ / \_\_ /
- En las últimas 4 semanas**, habitualmente ¿A qué hora se levantó de la cama por la mañana y no ha vuelto a dormir? (Utilice sistema de 24 horas)  
Escriba la hora habitual de levantarse: /\_\_ / \_\_ /
- En las últimas 4 semanas**, en promedio, ¿cuántas horas efectivas ha dormido por noche?  
Escriba la hora que crea que durmió: /\_\_ / \_\_ /
- En las últimas 4 semanas**, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:....

	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
a. No poder quedarse dormido(a) en la primera media hora?					
b. Despertarse durante la noche o la madrugada?					
c. Tener que levantarse temprano para ir al baño?					
d. No poder respirar bien?					
e. Tosar o roncarse ruidosamente?					
f. Sentir frío?					
g. Sentir demasiado calor?					
h. Tener pesadillas o "malos sueños"?					
i. Sufrir dolores?					
j. Otras razones: _____?					

- En las últimas 4 semanas**, (marcar la opción más apropiada).

	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
6.1 ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?					
6.2 ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por el médico?					

- En las últimas 4 semanas** (marcar la opción más apropiada)

	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
7.1. ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?					
7.2. ¿Ha representado para usted mucho problema el "mantenerse despierto(a)" cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?					

	0. NADA	1. POCO	2. REGULAR O MODERADO	3. MUCHO O BASTANTE
8. ¿Qué tanto problema ha tenido para mantenerse animado (a) o entusiasmado (a) al llevar a cabo sus tareas o actividades? (acepte una respuesta).				

	0. BASTANTE BUENO	1. BUENO	2. MALO	3. BASTANTE MALO
9. ¿cómo valoraría o calificaría la calidad de su sueño?				

(Tomado de Luna-Solis Y, 2015)

### 9.3. Anexo C. Tabla de Puntuación para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg

Componente 1.	#9 puntuación	C1.....
Componente 2.	#2 puntuación (menos de 15 min: 0, 16-30 min: 1, 31-60 min: 2, más de 60 min: 3)+#5a puntuación ( si la suma es igual a =:0; 1-2:1; 3-4:2; 5-6:3)	C2.....
Componente 3.	#4 puntuación (más de 7:0, 6-7:1, 5-6:2, menos de 5:3)	C3.....
Componente 4	(total # de horas dormido) / (Total # de horas en cama) x100. Mas del 85%:0, 75-84%: 1, 65-74%:2, menos del 65%: 3	C4.....
Componente 5	#Suma de puntuaciones 5b a 5j (0: 0; 1-9:1; 10-18:2; 19-27: 3	C5.....
Componente 6	#6 puntuaciones	C6.....
Componente 7	#7 puntuaciones + #8 puntuaciones (0:0; 1-2:1; 3-4:2; 5-6:3)	C7.....
Sume las puntuaciones de los siete componentes.....		ICSP puntuación global.....

(Tomado de Luna-Solis Y, 2015)

#### 9.4.. Anexo D. Instrumento para medir la calidad de vida: Cuestionario de Salud SF-36

##### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- (1) Excelente    (2) Muy buena    (3) Buena    (4) Regular    (5) Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- (1) Mucho mejor    (2) Algo mejor    (3) Más o menos    (4) Algo peor    (5) Mucho peor

##### LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE PODRÍAS HACER EN UN DÍA NORMAL.

Lee cada ítem y elige la mejor respuesta que se ajuste a su caso, hay tres posibles respuestas:

- 1 significa “si, me limita mucho”  
 2 significa “si, me limita un poco”  
 3 significa “no, no me limita nada”

**Su salud actual:**

3	¿Le limita hacer esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1	2	3
4	¿Le limita esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer jugar, o caminar más de una hora?	1	2	3
5	¿Le limita para coger o llevar la bolsa o mochila pesada?	1	2	3
6	¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?	1	2	3
7	¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?	1	2	3
8	¿Le limita para agacharse o arrodillarse?	1	2	3
9	¿Le limita para caminar un kilómetro o más?	1	2	3
10	¿Le limita para caminar varias manzanas?	1	2	3
11	¿Le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	1	2	3
12	¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1	2	3

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS**

Lee cada ítem y elige la mejor respuesta que se ajuste a su caso, hay dos posibles respuestas

13	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al estudio o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	SI	NO
14	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	SI	NO
15	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su centro de estudios o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	SI	NO
16	¿Tuvo dificultad para hacer sus tareas o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	SI	NO
17	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al estudio o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	SI	NO
18	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	SI	NO
19	¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	SI	NO

**DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS:**

Lee cada ítem y elige la mejor respuesta que se ajuste a su caso, hay cinco posibles respuestas:

- 1 significa "nada"
- 2 significa "un poco"
- 3 significa "regular"
- 4 significa bastante
- 5 significa "mucho"

20	¿Su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	1	2	3	4	5
21	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?:	1	2	3	4	5
22	¿El dolor le ha dificultado sus actividades habituales?	1	2	3	4	5

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO**

**LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA**

**PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO**

**USTED.**

Lee cada ítem y elige la mejor respuesta que se ajuste a su caso, hay seis posibles respuestas

- 1 significa "nunca"
- 2 significa "solo alguna vez"
- 3 significa "algunas veces"
- 4 significa "muchas veces"
- 5 significa "casi siempre"
- 6 significa "siempre"

23	¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? (vitalidad)	1	2	3	4	5	6
24	¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
25	¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
26	¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
27	¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
28	¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
29	¿Cuánto tiempo se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
30	¿Cuánto tiempo se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
31	¿Cuánto tiempo se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6
32	¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1	2	3	4	5	6

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

Lee cada ítem y elige la mejor respuesta que se ajuste a su caso, hay cinco posibles respuestas

- 1 significa "totalmente falsa"
- 2 significa "bastante falsa"
- 3 significa "no lo sé"
- 4 significa "bastante cierta"
- 5 significa "totalmente cierta"

33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
34	Estoy tan sano como cualquiera.	1	2	3	4	5
35	Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
36	Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

SALUD GENERAL (AQUÍ SE INCLUYE LA PREGUNTA 1)

(Tomado y modificado de Salazar y Bernabé, 2012)

### 9.5. Anexo E. Tabla de recodificación para el cuestionario de Salud SF-36

Números de ítem	Cambiar categoría de respuesta original (impreso en el cuestionario)	Para recodificar el valor de:
1, 20, 21, 22, 33, 35	1 →	100
	2 →	75
	3 →	50
	4 →	25
	5 →	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1 →	0
	2 →	50
	3 →	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1 →	0
	2 →	100
24, 25, 28, 29, 31, 32	1 →	100
	2 →	80
	3 →	60
	4 →	40
	5 →	20
	6 →	0
23, 26, 27, 30	1 →	0
	2 →	20
	3 →	40
	4 →	60
	5 →	80
	6 →	100
34, 36	1 →	0
	2 →	25
	3 →	50
	4 →	75
	5 →	100

(Tomado y modificado de Organización RAND)

### 9.6. Anexo F. Tabla de Escalas para el Cuestionario de Salud SF-36

<b>Escala</b>	<b>Número de ítems</b>	<b>Después de recodificar según la Tabla R, promedie los siguientes elementos</b>	<b>Componente</b>
<b>Función física</b>	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	Sumatoria del Componente Físico
<b>Rol físico</b>	4	13, 14, 15, 16	
<b>Dolor Corporal</b>	2	21, 22	
<b>Salud general</b>	5	1, 33, 34, 35, 36	
<b>Rol emocional</b>	3	17, 18, 19	Sumatoria del Componente Mental
<b>Vitalidad</b>	4	23, 27, 29, 31	
<b>Salud mental</b>	5	24, 25, 26, 28, 30	
<b>Función social</b>	2	20, 32	

(Tomado y modificado de Organización RAND)

## 9.7. Anexo G. Hoja Informativa

### HOJA INFORMATIVA PARA EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN

**Título de la investigación:** Calidad de sueño y calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un hospital nacional categoría III-1 - Lima - Perú. Julio - diciembre 2022

**Investigador principal:** Bachiller en medicina, Erik Joel Cornejo Jaimés

**Universidad:** Universidad Nacional Federico Villarreal

**Facultad:** Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

Estimado/a doctor/a: Se le invita a participar de la presente investigación, la cual es parte de una tesis para optar el título de médico cirujano. Se le recomienda leer con calma la información que a continuación se le presentará, para que pueda decidir su participación o no, además de poder llevársela consigo para evaluarla tranquilamente si así lo creyera necesario. Se le recuerda también que puede consultar las preguntas que sean necesarias al investigador, quien contestará y resolverá toda duda surgida respecto al estudio en cualquier momento. Se le enfatiza que su participación es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio cuando usted así lo desee y sin dar explicaciones, lo cual no modificará en absoluto su relación (de así tenerla) con el investigador.

#### **¿Por qué se realiza el estudio?**

El dormir es una de las necesidades básicas de la humanidad, y puede tener repercusión en diferentes aristas de la vida. El personal de salud, en especial los médicos residentes, suele sacrificar horas de sueño debido a las jornadas laborales y su irregularidad horaria, los cuales podrían mellar su salud. Es por eso que la presente investigación reúne características tanto del sueño como de la salud para evidenciar la forma en la que estas variables se podrían relacionar e incluso afectar su calidad de vida.

#### **¿Cuál es el objetivo del estudio?:**

El presente estudio tiene como objetivo principal reconocer la relación entre la calidad de sueño y la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas del hospital donde usted labora, en el periodo julio - diciembre 2022.

#### **¿En qué consiste su participación?:**

Después de leer la hoja informativa y aceptar su participación se le brindará una ficha sociodemográfica y dos encuestas de autorreporte: el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (que mide la calidad de sueño) y el Cuestionario de salud SF-36 (que mide la calidad de vida) para su llenado en un tiempo aproximado de 20 minutos. Con la base de datos obtenida al finalizar el muestreo se procederá a los análisis estadísticos correspondientes para la obtención de los resultados.

### **¿Cuáles son los beneficios potenciales?**

Tener el conocimiento de los resultados de la presente investigación si usted así lo desea, por lo que se le invita a escribir voluntariamente un correo electrónico al cual se le enviará dicha información: .....

Cabe mencionar que los resultados se considerarán de forma grupal, por lo que no se darán resultados de cada sujeto de estudio por separado.

### **¿Qué riesgos y/o molestias pueden derivarse de su participación en el estudio?:**

No tiene riesgos ni costo alguno por ser participante.

### **¿Cómo se protegen sus derechos?:**

La presente investigación se realiza tomando en cuenta normas tanto nacionales (la Ley N° 29733- “Ley de Protección de Datos Personales” y su reglamento) como internacionales (Declaración de Helsinki). El proyecto evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

### **¿Qué datos se van a recoger?**

Se recogerán datos personales en la ficha sociodemográfica (edad, sexo, religión, año que cursa la residencia médica) y datos que correspondan a los ítems del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh y del Cuestionario de salud SF-36 mediante dichas encuestas de autorreporte. El encargado de recabar dicha información será el investigador.

### **¿Cómo se tratarán los datos de carácter personal?**

Se asegura el anonimato para todos los participantes. El encargado de custodiar los datos recabados será únicamente el investigador y su uso será limitado solo para fines de la presente investigación.

**¿Con quién puede contactarse en caso de duda?**

El investigador será quien conteste y resuelva toda duda surgida respecto al estudio en cualquier momento, para lo cual se adjunta su correo electrónico:

2015027087@unfv.edu.pe

He leído y entendido esta hoja informativa, también he recibido las repuestas a todas mis preguntas, por lo que:

- Acepto voluntariamente participar en esta investigación
  
- No acepto voluntariamente participar en la investigación

### 9.8. Anexo H. Ficha Sociodemográfica

**Instrucciones:**

Llene los espacios en blanco o encierra el número que corresponde a su respuesta:

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

**Sexo:** (1) Femenino (2) Masculino

**Religión:** (1) Adventista (2) Evangélico (3) Católico (4) Otro

**Año de residencia:** (1) Primero (2) Segundo (3) Tercero (4) Cuarto (5) Quinto

## 9.9. Anexo I. Dictamen de evaluación y aprobación por el comité de ética UNFV-FMHU



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

*"Año de la Universalización de la Salud"*

### DICTAMEN 13-2022- CIEI FACULTAD DE MEDICINA "HIPOLITO UNANUE"

#### Proyecto de Investigación:

**"CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL MÉDICO RESIDENTE DE LAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE UN HOSPITAL NACIONAL CATEGORÍA III-1 - LIMA – PERÚ. JULIO-DICIEMBRE 2022."**

Investigadora: **Cornejo Jaimes, Erik Joel.**

El Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal (CIEI FMHU), después de haber realizado una evaluación al proyecto de investigación mencionado y haber recibido el levantamiento de observaciones enviadas al investigador, concluye que:

1. El protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos.
2. La hoja informativa brinda la información requerida.

Por tanto, el Comité expide el presente documento de **APROBACION y OPINION FAVORABLE** al presente proyecto.

El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 28 de diciembre del 2023.

La investigadora deberá remitir al CIEI FMHU una copia del informe final al término de la investigación y/o un informe de avance de ser necesario.

Lima, 29 de diciembre de 2022.

Estela Quiroz Malca

Presidenta del CIEI FMHU

### 9.10. Anexo J. Matriz de consistencia

#### Título de Investigación: “CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL MÉDICO RESIDENTE DE LAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE UN HOSPITAL NACIONAL CATEGORÍA III-1 – LIMA – PERÚ. JULIO - DICIEMBRE 2022”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>Problema General</b> ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?</p> <p><b>Problemas Específicos</b> ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022? ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y el rol físico en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022? ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022? ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022? ¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la vitalidad en el</p>	<p><b>Objetivo General</b> Establecer la relación entre la calidad de sueño y la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Establecer la relación entre la calidad de sueño y la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. Establecer la relación entre la calidad de sueño y el rol físico en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. Establecer la relación entre la calidad de sueño y el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. Establecer la relación entre la calidad de sueño y la salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. Establecer la relación entre la calidad de sueño y la vitalidad en el</p>	<p><b>Hipótesis general</b> La calidad de sueño se relaciona significativamente a la calidad de vida en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> La calidad de sueño se relaciona significativamente con la función física en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. La calidad de sueño se relaciona significativamente con el rol físico en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. La calidad de sueño se relaciona significativamente con el dolor corporal en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022. La calidad de sueño se relaciona significativamente con la salud general en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima</p>	<p><b>Variable 1</b> Calidad de sueño</p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad subjetiva del sueño</li> <li>• Latencia del sueño</li> <li>• Duración del sueño</li> <li>• Eficiencia habitual del sueño</li> <li>• Perturbaciones del sueño</li> <li>• Uso de medicación para dormir</li> <li>• Disfunción diurna del sueño</li> </ul> <p><b>Variable 2</b> Calidad de Vida</p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente físico</li> <li>• Componente Mental</li> </ul>	<p>Tipo de investigación: Descriptivo correlacional</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Método y diseño de la investigación</p> <p>Población: Personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022</p> <p>Muestra: Subconjunto del personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022</p>

<p>personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?</p> <p>¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la función social en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?</p> <p>¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y el rol emocional en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?</p> <p>¿Qué relación existe entre la calidad de sueño y la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022?</p>	<p>personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p> <p>Establecer la relación entre la calidad de sueño y la función social en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p> <p>Establecer la relación entre la calidad de sueño y el rol emocional en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p> <p>Establecer la relación entre la calidad de sueño y la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p>	<p>- Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p> <p>La calidad de sueño se relaciona significativamente con la vitalidad en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p> <p>La calidad de sueño se relaciona significativamente con la función social en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p> <p>La calidad de sueño se relaciona significativamente con el rol emocional en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p> <p>La calidad de sueño se relaciona significativamente con la salud mental en el personal médico residente de las especialidades quirúrgicas de un Hospital Nacional categoría III-1 de Lima - Perú, en el periodo julio - diciembre 2022.</p>		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

### 9.11. Anexo K. Tabulación de los resultados

Autoguardado DATA ESTADISTICA - CALIDAD DE SUEÑO - FINAL Buscar Erik Joel Cornejo Jaimes

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Automatizar Programador Ayuda Comentarios Compartir

Portapapeles Fuente: Times New Roman 10 Alineación: Número: % 000 00 Estilos: Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Celdas: Insertar Eliminar Formato Edición: Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Analizar datos Confidencialidad

A7 TABULACION DE LAS ENCUESTAS

DATOS GENERALES							CALIDAD DE SUEÑO												
ITEM	Edad	Sexo	Religión	Facultad	Año de estudios	1	2	3	4	5a	5b	5c	5d	5e	5f	5g	5h		
						1	2	3	4	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:									
						Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, normalmente su hora de acostarse?	Durante el último mes, ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse normalmente? (marque con una "X" la casilla correspondiente)	Durante el último mes, ¿A qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?	Durante el último mes, ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?	a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora	b. Despertarse durante la noche o de madrugada	c. Tener que levantarse para ir al sanitario	d. No poder respirar bien	e. Toser o rocar ruidosamente	f. Sentir frío	g. Sentir demasiado calor	h. Tener pesadillas		
1	32	1	3	4	1	00:10	20	06:00	5.90	4	4	2	4	2	1	1	1		
2	30	2	3	4	1	00:00	30	05:30	5.50	3.5	3	4	1	1	1	2	2		
3	29	1	4	4	1	00:00	60	05:00	5.00	3.2	4	4	1	2	4	1	3		
4	40	1	3	4	2	23:00	30	05:50	6.80	5.3	1	2	2	1	2	2	1		
5	28	1	3	4	2	23:00	60	05:30	6.50	4.5	4	4	3	1	3	4	3		
6	29	1	2	4	2	00:00	15	05:30	5.50	6	1	3	2	2	1	1	1		
7	28	2	3	4	1	00:00	30	06:10	6.10	4.5	2	3	1	1	4	2	2		
8	38	2	3	4	1	00:00	30	05:00	5.00	3.5	4	4	2	1	1	1	1		
9	28	2	4	4	1	22:00	60	06:00	8.00	6	4	4	3	1	2	1	2		
10	30	2	3	4	1	23:00	15	05:00	6.00	6	1	1	1	1	2	1	2		
11	33	2	3	4	2	00:00	1	06:00	6.00	4	1	2	2	2	3	3	2		
12	31	2	3	4	1	00:00	60	04:00	4.00	3	3	3	2	2	1	2	2		
13	28	1	2	4	2	22:00	20	05:30	7.50	6	2	2	3	2	1	2	1		
14	29	1	3	4	2	00:00	10	06:00	6.00	5	1	3	2	1	1	2	1		
15	30	2	3	4	4	23:00	30	06:00	7.00	5	2	1	1	1	4	3	2		
16	31	2	3	4	4	23:00	15	05:00	6.00	5	1	1	1	1	1	4	1		

... TABULACIÓN FINAL (SPSS) TABULACIÓN FINAL (SPSS mod) (2) CONFIABILIDAD DATOS GENE ...

Listo Accesibilidad: es necesario investigar 55%

Autoguardado DATA ESTADISTICA - CALIDAD DE SUEÑO - FINAL Buscar Erik Joel Cornejo Jaimes

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Automatizar Programador Ayuda Comentarios Compartir

Pegar Times New Roman 11 General Formato condicional Insertar Eliminar Formato Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Analizar datos Confidencialidad

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición Análisis Confidencialidad

CB9

	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD
1																			
2	<b>Questionario de Salud SF-36</b>																		
3																			
4																			
5																			
6	PF8	PF9	PF10	RP1	RP2	RP3	RP4	RE1	RE2	RE3	SF1	BP1	BP2	VT1	MH1	MH2	MH3	VT2	MH4
7	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
8	10. ¿Le limita para caminar varias manzanas?	11. ¿Le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	12. ¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismos?	13. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al estudio o sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	14. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	15. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su cuarto de estudios o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	16. ¿Tuvo dificultad para hacer sus tareas o actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	17. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al estudio o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	18. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	19. ¿Tuvo poco su trabajo o sus actividades cotidianas cuidadosamente, como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	20. ¿Su estado físico o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos o otras personas?	21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?	22. ¿El dolor le ha dificultado sus actividades habituales?	23. ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	24. ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	25. ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	26. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	27. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	28. ¿Cuánto tiempo se sintió decaído y triste?
9																			
10	2	3	3	2	2	2	2	1	1	1	4	6	6	5	2	2	5	5	2
11	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	3	3.1	3	3	4	2	3	5	3
12	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	3.1	3	2	5	4	2	2	5
13	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2.2	3	3	3	6	1	3	3
14	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	4.2	5	3	2	3	3	3	3
15	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	5	5.4	2	2	1	1	3	1	2
16	2	3	3	1	1	2	1	1	1	2	4	4.2	4	2	3	4	3	2	4
17	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	3	4.2	4	3	2	2	4	4	2
18	1	3	3	2	2	2	2	1	1	2	2	4.2	3	5	4	3	4	5	3
19	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	5.4	5	4	3	3	5	4	4
20	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	4.2	2	3	3	3	4	3	3
21	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	4.2	4	4	4	3	3	4	3
22	2	3	3	2	1	2	2	1	1	2	4	4.2	4	4	3	1	4	5	1
23	2	3	3	2	1	2	2	1	1	2	3	4.2	5	3	2	2	3	3	2
24	3	3	3	1	2	2	2	1	1	2	4	5.4	5	4	2	2	5	5	3
25	3	3	3	2	1	1	2	2	2	2	5	3.1	5	4	3	2	4	2	2

... TABULACIÓN FINAL (SPSS) TABULACIÓN FINAL (SPSS mod) (2) CONFIABILIDAD DATOS GENE ...

Listo Accesibilidad: es necesario investigar 55%

Autoguardado DATA ESTADISTICA - CALIDAD DE SUEÑO - FINAL Buscar Erik Joel Cornejo Jaimes

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Automatizar Programador Ayuda

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición Análisis Confidencialidad

CB9

	BO	BQ	BR	BT	BV	BW	BY	CA	CE	CC	CD	CE	CF	CG	CH	CI	CJ
7	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5	Dimensión 6	Dimensión 7			Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7	Indicador 8
8	CALIDAD DE SUEÑO									Componente físico				Componente mental			
9	Calidad subjetiva del sueño	Latencia de sueño	Duración del sueño	Eficiencia habitual del sueño	Perturbaciones del sueño	Utilización de medicación para dormir	Disfunción durante el día	CALIDAD DE SUEÑO		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
10	2	2	3	2	2	2	2	2	85	100	100	47	45	50	0	44	
11	3	2	3	3	2	2	2	2	45	75	41	57	55	75	0	40	
12	3	2	3	3	3	2	2	3	70	0	41	45	50	63	33	52	
13	2	1	2	1	2	2	2	2	15	25	32	30	70	50	100	44	
14	2	2	3	2	3	2	3	2	55	0	72	45	35	50	0	40	
15	2	1	2	0	2	1	1	1	20	50	54	32	15	63	100	12	
16	3	1	3	2	3	1	2	2	65	25	62	30	45	75	33	44	
17	3	2	3	2	2	3	2	2	100	100	62	32	60	50	0	36	
18	2	2	2	1	2	2	2	2	60	100	52	52	65	63	33	44	
19	2	1	2	0	2	2	1	1	15	25	84	27	55	25	33	56	
20	2	1	3	2	3	1	2	2	100	100	42	52	45	0	100	48	
21	3	2	3	1	2	3	2	2	50	0	62	47	55	38	33	48	
22	2	1	2	1	2	2	2	2	80	75	62	42	45	63	33	24	
23	3	1	2	1	2	1	2	2	75	75	72	47	40	63	33	28	
24	2	1	2	2	2	1	1	2	85	75	84	52	45	50	33	44	
25	2	1	2	1	2	2	2	2	85	50	61	62	55	63	100	32	
26	2	1	2	1	2	2	2	2	90	100	100	52	50	50	0	44	
27	2	2	3	2	3	3	3	3	65	75	84	47	50	50	100	44	
28	2	2	2	1	2	3	3	2	100	100	82	52	50	38	100	40	
29	3	2	3	3	2	3	2	3	100	100	94	40	50	88	0	40	
30	2	2	2	1	1	1	2	2	90	0	94	52	55	63	33	44	
31	3	2	3	3	3	3	2	3	65	0	32	45	55	75	0	76	

... TABULACIÓN FINAL (SPSS) TABULACIÓN FINAL (SPSS mod) (2) CONFIABILIDAD DATOS GENE ...

Listo Accesibilidad: es necesario investigar 55%

Autoguardado DATA ESTADISTICA - CALIDAD DE SUEÑO - FINAL Erik Joel Cornejo Jaimes

Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Automatizar Programador Ayuda

Comentarios Compartir

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición Análisis Confidencialidad

CO9

	CC	CD	CE	CF	CG	CH	CI	CJ	CK	CL	CM	CN	CO	CP	CQ	CR	CS	
7	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7	Indicador 8	Coa_Fis	Coa_mea				Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	
8	Composate físico				Composate mental				Coa_Fis	Coa_mea	CALIDAD DE VIDA				Composate físico			
9	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Composate físico	Composate mental	CALIDAD DE VIDA				Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general
10	85	100	100	47	45	50	0	44	83	35	471	59		3	3	3	1	
11	45	75	41	57	55	75	0	40	55	43	388	55		1	2	1	2	
12	70	0	41	45	50	63	33	52	39	50	354	51		2	1	1	1	
13	15	25	32	30	70	50	100	44	26	66	366	52		1	1	1	1	
14	55	0	72	45	35	50	0	40	43	31	297	42		2	1	2	1	
15	90	50	94	62	60	63	100	40	74	66	559	80		3	2	3	2	
16	65	25	62	30	45	75	33	44	46	49	379	54		2	1	2	1	
17	100	100	62	32	60	50	0	36	74	37	440	63		3	3	2	1	
18	60	100	52	52	65	63	33	44	66	51	469	67		2	3	2	2	
19	100	100	84	52	55	75	100	56	84	72	622	89		3	3	3	2	
20	100	100	42	52	45	0	100	48	74	48	487	70		3	3	1	2	
21	50	0	62	47	55	38	33	48	40	44	333	48		2	1	2	1	
22	80	75	62	42	45	63	33	24	65	41	424	61		3	2	2	1	
23	75	75	72	47	40	63	33	28	67	41	433	62		2	2	2	1	
24	85	75	84	52	45	50	33	44	74	43	468	67		3	2	3	2	
25	85	50	61	62	55	63	100	32	65	63	508	73		3	2	2	2	
26	90	100	100	52	50	50	0	44	86	36	486	69		3	3	3	2	
27	65	0	84	47	50	50	0	44	49	36	340	49		2	1	3	1	
28	100	100	82	52	50	38	100	40	84	57	562	80		3	3	3	2	
29	100	100	94	40	50	88	0	40	84	45	512	73		3	3	3	1	
30	90	0	94	52	55	63	33	44	59	49	431	62		3	1	3	2	
31	65	0	32	45	55	75	0	76	36	52	348	50		2	1	1	1	

TABULACIÓN FINAL (SPSS) TABULACIÓN FINAL (SPSS mod) (2) CONFIABILIDAD DATOS GENE ...

Listo Accesibilidad: es necesario investigar 55%

## 9.12. Anexo L. Procesamiento de datos en SPSS v.25

DATA FINAL 17.01.23.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 91 de 91 variables

	Edad	Sexo	Religión	Facultad	Año_est	pre_1	pre_2	pre_3	pre_4	pre_5a	pre_5b	pre_5c	pre_5d	pre_5e	pre_5f	pre_5g
1	32	Masculino	Católico	Ciencias d...	Primero	00:10	20	06:00	4	4	2	4	2	1	1	1
2	30	Femenino	Católico	Ciencias d...	Primero	00:00	30	05:30	35	3	4	1	1	1	2	2
3	29	Masculino	Otro	Ciencias d...	Primero	00:00	60	05:00	32	4	4	1	2	4	1	3
4	40	Masculino	Católico	Ciencias d...	Segundo	23:00	30	05:50	53	1	2	2	1	2	2	1
5	28	Masculino	Católico	Ciencias d...	Segundo	23:00	60	05:30	45	4	4	3	1	3	4	3
6	29	Masculino	Evangélico	Ciencias d...	Segundo	00:00	15	05:30	6	1	3	2	2	1	1	1
7	28	Femenino	Católico	Ciencias d...	Primero	00:00	30	06:10	45	2	3	1	1	4	2	2
8	38	Femenino	Católico	Ciencias d...	Primero	00:00	30	05:00	35	4	4	2	1	1	1	1
9	28	Femenino	Otro	Ciencias d...	Primero	22:00	60	06:00	6	4	4	3	1	2	1	2
10	30	Femenino	Católico	Ciencias d...	Primero	23:00	15	05:00	6	1	1	1	1	1	2	1
11	33	Femenino	Católico	Ciencias d...	Segundo	00:00	1	06:00	4	1	2	2	2	3	3	2
12	31	Femenino	Católico	Ciencias d...	Primero	00:00	60	04:00	3	3	3	2	2	1	2	2
13	28	Masculino	Evangélico	Ciencias d...	Segundo	22:00	20	05:30	6	2	2	3	2	1	2	1
14	29	Masculino	Católico	Ciencias d...	Segundo	00:00	10	06:00	5	1	3	2	1	1	2	1
15	30	Femenino	Católico	Ciencias d...	Cuarto	23:00	30	06:00	5	2	1	1	1	4	3	2
16	31	Femenino	Católico	Ciencias d...	Cuarto	23:00	15	05:00	5	1	1	1	1	1	4	1
17	30	Femenino	Católico	Ciencias d...	Segundo	23:00	25	06:30	5	2	2	1	1	1	1	1
18	31	Femenino	Otro	Ciencias d...	Tercero	23:00	60	05:00	4	3	3	2	3	2	2	2
19	33	Masculino	Católico	Ciencias d...	Segundo	00:00	15	06:30	5	4	2	3	1	1	3	1
20	29	Masculino	Católico	Ciencias d...	Segundo	00:00	60	05:00	3	3	3	2	1	1	3	2
21	28	Masculino	Católico	Ciencias d...	Segundo	23:00	30	05:30	5	3	1	1	1	1	1	1
22	26	Femenino	Católico	Ciencias d...	Segundo	00:00	5	05:00	3	3	3	2	1	1	4	4

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

DATA FINAL 17.01.23.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 91 de 91 variables

	GH5	CS_Dim1	CS_Dim2	CS_Dim3	CS_Dim4	CS_Dim5	CS_Dim6	CS_Dim7	CAL_SU E	PF	RP	BP	GH	VT	SF
1	4	Bastante b...	Bastante b...	Menos de ...	65 - 75%	Una o dos ...	Menos de ...	Bastante ...	Bastante ...	85	100	100	47	45	50
2	4	Bastante ...	Bastante b...	Menos de ...	< 65%	Una o dos ...	Menos de ...	Bastante ...	Bastante ...	45	75	41	57	55	75
3	3	Bastante ...	Bastante b...	Menos de ...	< 65%	Tres o más...	Menos de ...	Bastante ...	Muy mala	70	0	41	45	50	63
4	1	Bastante b...	Muy buena	Entre 5 y 6...	75 - 84%	Una o dos ...	Menos de ...	Bastante ...	Bastante ...	15	25	32	30	70	50
5	3	Bastante b...	Bastante b...	Menos de ...	65 - 75%	Tres o más...	Menos de ...	Muy mala	Bastante ...	55	0	72	45	35	50
6	1	Bastante b...	Muy buena	Entre 5 y 6...	> 85%	Una o dos ...	Ninguna ve...	Bastante b...	Bastante b...	20	50	54	32	15	63
7	1	Bastante ...	Muy buena	Menos de ...	65 - 75%	Tres o más...	Ninguna ve...	Bastante ...	Bastante ...	65	25	62	30	45	75
8	4	Bastante ...	Bastante b...	Menos de ...	65 - 75%	Una o dos ...	Una o dos ...	Bastante ...	Bastante ...	100	100	62	32	60	50
9	4	Bastante b...	Bastante b...	Entre 5 y 6...	75 - 84%	Una o dos ...	Menos de ...	Bastante ...	Bastante ...	60	100	52	52	65	63
10	2	Bastante b...	Muy buena	Entre 5 y 6...	> 85%	Una o dos ...	Menos de ...	Bastante b...	Bastante b...	15	25	84	27	55	25
11	3	Bastante b...	Muy buena	Menos de ...	65 - 75%	Tres o más...	Ninguna ve...	Bastante ...	Bastante ...	100	100	42	52	45	0
12	4	Bastante ...	Bastante b...	Menos de ...	75 - 84%	Una o dos ...	Una o dos ...	Bastante ...	Bastante ...	50	0	62	47	55	38
13	3	Bastante b...	Muy buena	Entre 5 y 6...	75 - 84%	Una o dos ...	Menos de ...	Bastante ...	Bastante ...	80	75	62	42	45	63
14	2	Bastante ...	Muy buena	Entre 5 y 6...	75 - 84%	Una o dos ...	Ninguna ve...	Bastante ...	Bastante ...	75	75	72	47	40	63
15	4	Bastante b...	Muy buena	Entre 5 y 6...	65 - 75%	Una o dos ...	Ninguna ve...	Bastante b...	Bastante ...	85	75	84	52	45	50
16	5	Bastante b...	Muy buena	Entre 5 y 6...	75 - 84%	Una o dos ...	Menos de ...	Bastante ...	Bastante ...	85	50	61	62	55	63
17	3	Bastante b...	Muy buena	Entre 5 y 6...	75 - 84%	Una o dos ...	Menos de ...	Bastante ...	Bastante ...	90	100	100	52	50	50
18	1	Bastante b...	Bastante b...	Menos de ...	65 - 75%	Tres o más...	Una o dos ...	Muy mala	Muy mala	65	75	84	47	50	50
19	4	Bastante b...	Bastante b...	Entre 5 y 6...	75 - 84%	Una o dos ...	Una o dos ...	Muy mala	Bastante ...	100	100	82	52	50	38
20	4	Bastante ...	Bastante b...	Menos de ...	< 65%	Una o dos ...	Una o dos ...	Bastante ...	Muy mala	100	100	94	40	50	88
21	4	Bastante b...	Bastante b...	Entre 5 y 6...	75 - 84%	Menos de ...	Ninguna ve...	Bastante ...	Bastante ...	90	0	94	52	55	63
22	2	Bastante ...	Bastante b...	Menos de ...	< 65%	Tres o más...	Una o dos ...	Bastante ...	Muy mala	65	0	32	45	55	75

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

DATA FINAL 17.01.23.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Edad	Numérico	8	0	Edad	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Escala	Entrada
2	Sexo	Numérico	8	0	Sexo	{1, Masculin...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
3	Religión	Numérico	8	0	Religión	{1, Adventis...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
4	Facultad	Numérico	8	0	Facultad	{1, Ciencias...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
5	Año_est	Numérico	8	0	Año de estudios	{1, Primero}...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
6	pre_1	Cadena	5	0	Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, normalmente su hora de acostar...	Ninguna	Ninguna	5	Centro	Nominal	Entrada
7	pre_2	Numérico	8	0	Durante el último mes, ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse norm...	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
8	pre_3	Cadena	5	0	Durante el último mes, ¿A qué hora se ha levantado habitualmente por l...	Ninguna	Ninguna	5	Centro	Nominal	Entrada
9	pre_4	Numérico	8	0	Durante el último mes, ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verd...	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
10	pre_5a	Numérico	8	0	a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
11	pre_5b	Numérico	8	0	b. Despertarse durante la noche o de madrugada	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
12	pre_5c	Numérico	8	0	c. Tener que levantarse para ir al sanitario	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
13	pre_5d	Numérico	8	0	d. No poder respirar bien	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
14	pre_5e	Numérico	8	0	e. Toser o roncar ruidosamente	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
15	pre_5f	Numérico	8	0	f. Sentir frío	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
16	pre_5g	Numérico	8	0	g. Sentir demasiado calor	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
17	pre_5h	Numérico	8	0	h. Tener pesadillas o "malos sueños"	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
18	pre_5i	Numérico	8	0	i. Sufrir dolores	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
19	pre_5j	Numérico	8	0	j. Otras razones (describirlas a continuación):	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
20	pre_6a	Numérico	8	0	a. ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
21	pre_6b	Numérico	8	0	b. ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por ...	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
22	pre_7.a	Numérico	8	0	a. ¿Cuantas veces a sentido somnolencia mientras estaba en clase, co...	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
23	pre_7b	Numérico	8	0	b. ¿Ha representado para usted mucho problema el "mantenerse despie...	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
24	pre_8	Numérico	8	0	¿Qué tanto problema ha tenido para mantenerse animado(a) o entusias...	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
25	pre_9	Numérico	8	0	¿Cómo califica su conjunto de calidad de su dormi...	Ninguna	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

