



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL

TEMA

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DEL
SUEÑO EN PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD TIPO C JOYA DE LOS SACHAS –
2025

**Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster en
Higiene y Salud Ocupacional**

AUTOR/A: Cristhian Alexander Gallegos Jiménez

DIRECTOR: Ing. Lisbeth Dolores Mendoza Moreira

ASESOR: Dr. Jorge Luis Anaya González. Ph.D

IBARRA - ECUADOR

2026

DEDICATORIA

En primera instancia, dedico este trabajo a mis padres, pues su amor, paciencia, sacrificio y cuidados esenciales han moldeado el individuo en el que me he convertido, y por ellos continúo mejorando cada día en este recorrido llamado vida. Su ejemplo de esfuerzo y perseverancia constituyen el pilar fundamental de inspiración y motivación para alcanzar este nuevo logro académico.

A una gran amiga y colega, quien, de no ser por su insistencia y apoyo, no hubiera decidido dar este paso en mi carrera profesional. Pues no solo ha sido una compañera más de la maestría, sino alguien en quien pude apoyarme para superar juntos las adversidades.

Finalmente, dedico este trabajo a todos ustedes lectores, graduados o apasionados por la ciencia, quienes están esforzándose constantemente por superarse, por transformar la vida y las condiciones de trabajo de todo el mundo. Utilicen este trabajo como una potencial herramienta para mejorar el futuro.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a dios, por sobre todas las cosas. Por colocar en mi camino las personas y circunstancias que han favorecido mi desarrollo como profesional y como persona.

A la Universidad Técnica del Norte y a la facultad de Posgrado, por brindarme la oportunidad de continuar mi formación académica y profesional, ampliando mis horizontes y abriendo nuevas oportunidades para un futuro prometedor. Así mismo, agradezco a los docentes de la Maestría en Higiene y Salud Ocupacional, así como a mí tutora y asesor de tesis, por compartir su conocimiento y experiencia en pro de formar individuos que velen por el bienestar de los trabajadores, pilares de la sociedad misma.

Además, extendiendo un profundo agradecimiento al Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas, por su apertura para poder llevar a cabo esta investigación. A todos los trabajadores de dicha unidad, por su colaboración y disposición para la realización del presente estudio, pues este trabajo está diseñado por y para ustedes.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	2200395198		
APELLIDOS Y NOMBRES	Gallegos Jiménez Cristhian Alexander		
DIRECCIÓN	Joya de los Sachas, Orellana, Ecuador		
EMAIL	crishtiangellegos123@gmail.com		
TELÉFONO FIJO	062898076	TELÉFONO MÓVIL:	0960611555
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD TIPO C JOYA DE LOS SACHAS – 2025		
AUTOR:	Gallegos Jiménez Cristhian Alexander		
FECHA: DD/MM/AAAA	12/02/2026		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA POSGRADO	DE	MAESTRÍA EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL	
TITULO POR EL QUE OPTA		MAGÍSTER EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL	
DIRECTOR	Dra. RUIZ MARTINEZ SONIA ELIZABETH		

2. CONSTANCIAS

El autor GALLEGOS JIMÉNEZ CRISTHIAN ALEXANDER manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 12 días del mes de febrero del año 2026.

EL AUTOR:

Firma _____

Nombre: Gallegos Jiménez Cristhian Alexander



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO



Ibarra, 12 de febrero del 2026.

Dr. Jorge Gordón
Decano (e)
Facultad de Posgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Decano(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “FACTORES DE RIESGO PSISOCIAL Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD TIPO C JOYA DE LOS SACHAS – 2025” del maestrante CRISTHIAN ALEXANDER GALLEGOS JIMENEZ, de la Maestría en HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	Mendoza Moreira Lisbeth Dolores	LISBETH DOLORES MENDOZA MOREIRA  Firmado digitalmente por LISBETH DOLORES MENDOZA MOREIRA Fecha: 2026.02.17 18:44:53 -05'00'
Asesor/a	Anaya González Jorge Luis	 Jorge Luis Anaya Gonzalez 

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	4
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	10
ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
CAPÍTULO I.....	14
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.1 Contextualización del problema.....	14
1.2 Identificación de la problemática.....	15
1.3 Relación con la literatura y el estado del arte.....	15
1.4 Planteamiento de la tesis o argumento central.....	16
1.5.1 Objetivo general.....	17
1.5.2 Objetivos específicos.....	17
1.6 Justificación de la investigación.....	18
CAPÍTULO II.....	20
2. MARCO REFERENCIAL.....	20
2.1 Marco teórico.....	20
2.1.1 Fundamentación del problema.....	20
2.1.2 Conceptualización de la problemática.....	22
2.1.3 Teorías que respaldan el estudio.....	23

2.1.4 Investigaciones previas y su relación con el problema.....	28
2.2 Marco legal	31
CAPÍTULO III	33
3. MARCO METODOLÓGICO	33
3.1 Diseño de investigación.....	33
3.2 Enfoque investigación	33
3.3 Tipo de investigación.....	33
3.4 Descripción del área de estudio	33
3.4.1 Población y muestra.....	33
3.4.2 Criterios de inclusión.....	34
3.4.3 Criterios de exclusión	34
3.5 Procedimiento.....	34
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.7 Técnicas de análisis de datos.....	36
3.8 Consideraciones éticas.....	36
CAPITULO IV	37
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
4.1 Resultados.....	37
4.1.1 Datos sociodemográficos.....	37
4.1.2 Estrés laboral	38
4.1.3 Calidad de sueño.....	42
4.1.4 Estrés laboral y calidad de sueño.....	45
4.2 Discusión	48
4.2.1 Discusión de resultados y análisis crítico	48
4.2.2 Fortalezas y limitaciones	50

CAPÍTULO V.....	52
5. PROPUESTA	52
5.1. Título de la propuesta:	52
5.2 Objetivo general:	52
5.3 Objetivos específicos.....	52
5.4 Estrategias y acciones.....	52
5.5 Recursos materiales y humanos.....	54
5.6 Cronograma de ejecución	55
5.7 Limitaciones de la propuesta	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
Conclusiones.....	56
Recomendaciones	57
REFERENCIAS	58
Anexos	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad y sexo de los trabajadores.	37
Tabla 2: Estado civil de los entrevistados.	37
Tabla 3: Perfil ocupacional de los entrevistados.	38
Tabla 4: Resultados del cuestionario de estrés laboral de la OIT – OMS.	38
Tabla 5: Estrés laboral por sexo, edad, estado civil y profesión.	39
Tabla 6: Asociación entre estrés laboral y variables sociodemográficas.	41
Tabla 7: Nivel de calidad de sueño en los participantes.	42
Tabla 8: Calidad de sueño por sexo, edad, estado civil y profesión.	42
Tabla 9: Asociación entre calidad de sueño y variables sociodemográficas.	44
Tabla 10: Nivel de estrés laboral y calidad de sueño.	45
Tabla 11: Prueba estadística de estrés y calidad de sueño.	45
Tabla 12: Prueba de normalidad de las puntuaciones de estrés laboral y calidad de sueño.	46
Tabla 13: Rho de Spearman para correlación entre los puntajes de estrés laboral y calidad de sueño.	47
Tabla 14: Cronograma de ejecución de la propuesta.	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de puntuaciones del cuestionario de estrés laboral OIT-OMS.	46
Figura 2: Distribución de puntuaciones del PSIQ.	47

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL

**FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DEL
SUEÑO EN PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD TIPO C JOYA DE LOS SACHAS –
2025**

Autor: Cristhian Alexander Gallegos Jiménez

Director: Lisbeth Dolores Mendoza Moreira

ASESOR: Dr. Jorge Luis Anaya González. PhD

Año: 2026

RESUMEN

El personal de salud constituye un grupo altamente vulnerable frente a riesgos psicosociales, entre los que destacan el estrés laboral con prevalencias entre 7.7% hasta 54.15%, y las alteraciones del sueño cuya frecuencia varía desde el 33.74% hasta un 71% en distintos estudios. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de estrés laboral, la calidad de sueño y la asociación entre ambas variables en una muestra de 94 trabajadores de la salud en una unidad de atención de primer nivel. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional y de corte transversal aplicando el cuestionario de estrés laboral de la OIT – OMS y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Los resultados evidenciaron que el 90.4% de los participantes presentó un bajo nivel de estrés, el 5.3% a nivel moderado, 3.2% en nivel de estrés laboral y 1.1% en alto nivel de estrés. En cuanto a la calidad de sueño, el 70.2% presentó mala calidad. No se identificó una asociación significativa entre las categorías de estrés y calidad de sueño; sin embargo, el análisis de las puntuaciones mostró una correlación positiva débil y estadísticamente significativa entre ambas variables.

Palabras clave: Personal de salud; estrés laboral; calidad de sueño.

ABSTRACT

Healthcare personnel is a group highly vulnerable to psychosocial risks, among which occupational stress stands out, with reported prevalence ranging from 7.7% to 54.15%, as well as sleep disturbances whose frequency varies from 33.74% to 71% in different studies. The objective of this study was to evaluate the level of occupational stress, sleep quality and the association between both variables in a sample of 94 healthcare workers from a primary healthcare unit. A quantitative, correlational, cross-sectional study was conducted using the ILO-WHO Work Stress Questionnaire and the Pittsburgh Sleep Quality Index were applied. The results showed that 90.4% of participants presented a low level of stress, 5.3% a moderate level, 3.2% an occupational stress level, and 1.1% a high level of stress. Regarding sleep quality, 70.2% presented poor sleep quality. No significant correlations were found between stress and sleep quality categories; however, the analysis of the scores showed a weak but statistically significant positive correlation between both variables.

Keywords: health personnel, occupational stress, sleep quality.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Contextualización del problema

Posterior a la pandemia de COVID-19 se ha hecho aún más evidente la cantidad de riesgos psicosociales a los cuales los trabajadores de la salud se encuentran expuestos, lo que repercute no solo en el trabajador, sino también en el propio sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud [OMS, 2024] estimó que durante en el año 2019 cerca del 15% de los adultos que desarrollan una actividad laboral presentaron por lo menos un trastorno mental, encontrándose al personal de salud en esas cifras.

A nivel global, entre los múltiples estudios que abordan el riesgo psicosocial, Franklin y Gkiouleka (2021) evidenciaron que, de 55 artículos originales y revisiones sistemáticas, los niveles más altos de ansiedad, depresión y estrés se observan empíricamente en los trabajadores de la salud. Algunos de los estudios que analizaron se centraron en síntomas de estrés post-traumático, con prevalencias que oscilaban desde el 3.8% hasta el 56.6%. Por otro lado, las alteraciones del sueño también son frecuentes en la población general, obteniendo que el 26.4-39.4% en países orientales, y 10-30% en países occidentales cursan con esta problemática. Específicamente, el sector de salud es el más afectado, con prevalencias del 30 a 46% en Estados Unidos, y en China entre 37% a 63.9% (Deng et al., 2021).

América Latina no está exenta de presentar estos problemas. En una revisión (Girón y Carrera, 2025) que incluyó 50 estudios de varios países, se observó prevalencias en médicos residentes y adscritos de México correspondientes a 61% con estrés leve, 15% con estrés moderado y 1% con estrés severo; en Colombia se ha reportado 73.3% de médicos con estrés laboral leve y 6% presentó estrés laboral severo y en Perú se encontró estrés laboral bajo en el 77.6% de los participantes. De igual forma, los trastornos del sueño resultan frecuentes: En Argentina, el 84.7% de los participantes reportó mala calidad de sueño (Giardino et al., 2020); Restrepo et al., (2023) en Medellín, Colombia, encontraron que el 25.7% de las mujeres y 19.8% de los hombres presentaron problemas de sueño e insomnio.

El personal de salud de Ecuador al igual que otros países, manifiesta problemas en la esfera psicológica. En un estudio que participaron profesionales en 16 de las 24 provincias, los problemas más frecuentemente manifestados fueron síntomas de estrés post traumático

en un 43.8% de los individuos, seguido de 39.2% que indicaron síntomas de ansiedad, 27.3% tenía síntomas de cuadro depresivo y un 16.3% refirió presentar insomnio (Pazmiño et al., 2021).

1.2 Identificación de la problemática

Cada día se hace más énfasis en los efectos que generan los factores de riesgo psicosociales y del estrés en relación al trabajo. El estrés laboral es un problema prácticamente global, presentando efectos negativos que pueden derivar en enfermedades físicas y psicosociales. Tanto la OMS como la Organización Internacional del Trabajo [OIT, 2016] consideran que es un fenómeno natural que todos experimentamos, como una respuesta de supervivencia ante estímulos físicos, sociales, emocionales e incluso económicos; y su prolongación en el tiempo es lo que lo vuelve un fenómeno destructivo para la salud integral del trabajador.

De igual forma, resulta importante mantener una adecuada higiene del sueño, pues, una buena calidad de sueño influye en el desarrollo tanto emocional como psicológico de las personas, especialmente para el cumplimiento de actividades, metas y objetivos, dado que facilita funciones cognitivas como la capacidad de concentración, atención, y la memoria. De hecho, se ha evidenciado una mayor accidentabilidad en personas con trastornos del sueño por la disminución de la capacidad de vigilia y atención en comparación a personas con una adecuada higiene del sueño (Guevara y García, 2023).

1.3 Relación con la literatura y el estado del arte

El área de salud es generalmente visto como un grupo vulnerable frente al desarrollo de estrés. Por ejemplo, el meta análisis de Girma et al. (2021) reporta que, aproximadamente el 50.75 al 54.15% de los profesionales de la salud de Etiopía presentan estrés en relación a la actividad laboral, destacando una amplia lista de factores de riesgo, entre los que se incluyó sexo, estado civil y experiencia laboral. Se observó mayor prevalencia en el sexo femenino, sin asociación significativa con los dos últimos factores.

Los trabajadores de la salud en América Latina no están exentos de presentar estrés. Gonzalez et al. (2023) mediante un estudio transversal, estudiaron 833 profesionales de salud de Colombia que trabajaron en instituciones sanitarias durante el 2017-2021, incluyendo personal médico, de enfermería y auxiliar. Entre los resultados obtenidos, se evidenció que

el estrés agudo moderado tuvo una prevalencia de 21.91% mientras que el estrés agudo extremo se presentó en 3.53%, siendo este último significativo en mujeres (86.7%).

De igual forma, la mala calidad de sueño es un problema frecuente en el personal sanitario. Samaniego et al. (2022) realizaron un estudio descriptivo transversal en el cual se reportó que, de 53 médicos residentes, el 37.74% presentan mala calidad de sueño, con una asociación significativa entre mala calidad del sueño y el nivel de satisfacción laboral. Resultados que coinciden con los obtenidos por Zurutuza et al. (2024) que, con una muestra de 233 trabajadores, encontraron una prevalencia de 56.7% para una pobre calidad del sueño, identificándose además como factores de riesgo puntuaciones altas en el Inventario de Depresión de Becket, el ser médico, y consumir alcohol.

Respecto a las intervenciones de mejora del sueño y nivel de estrés, Scott et al. (2021) realizaron un metaanálisis en el que evaluaron varios métodos de mejora de sueño, obteniendo que, una intervención exitosa en la calidad del sueño tiene efectos significativos de forma leve-moderada en el estrés; afecta de forma significativa en los trastornos de depresión, ansiedad, ideas suicidas, rumiación y estrés post-traumático; con casi ningún efecto en el burnout. Pese a la fuerte asociación entre sueño y salud mental, no hay muchas investigaciones que estudien la mejora del sueño y su impacto a nivel psicológico, debido a las técnicas ineficientes, así como al pobre seguimiento a los pacientes.

1.4 Planteamiento de la tesis o argumento central

De acuerdo a la teoría de diátesis – estrés, se menciona que los trastornos psicológicos resultan de una interacción entre predisposición del individuo (diátesis) y estresantes ambientales. El sector de salud constituye un entorno en el cual los trabajadores se encuentran expuestos a una serie de eventos estresantes, como son: jornadas extenuantes, la alta demanda de los servicios de salud, falta de insumos para llevar a cabo su actividad y situaciones clínicas catastróficas, que influyen directamente sobre el estado psicológico y físico del personal sanitario. Por lo cual, presentan mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos del sueño, ansiedad, depresión, etc, los cuales se manifestarán cuando sea expuesto a situaciones estresantes (Broerman, 2020).

Las alteraciones del sueño en las actividades relacionadas a la atención sanitaria representan una importante problemática en el personal, dado que afecta la capacidad de

concentración, atención, desenvolvimiento cognitivo, estado de ánimo, repercutiendo en la salud mental del trabajador y entorpeciendo la calidad del servicio a los usuarios. Además, los trastornos del sueño a su vez puede aumentar el estrés, con una relación bidireccional entre las dos variables. (Kalmbach et al., 2018).

Al tener como denominador comun al estrés y las alteraciones del sueño dentro del personal sanitario, es importante definir el estado actual de los profesionales de salud del centro de salud tipo C Joya de los Sachas que presenten estas alteraciones, con el fin de que, en un futuro se puedan elaborar e implementar medidas y/o reglamentos que vayan encaminados a la prevención de estos factores. Por lo que este trabajo investigativo se centrará en la determinación cuantitativa de los niveles de estrés y su incidencia en la calidad de sueño en los trabajadores de esta institución de salud.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación entre los factores de riesgo psicosocial y la calidad del sueño de los profesionales del Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas en 2025, mediante la medición del nivel de estrés laboral y calidad del sueño de los trabajadores, con la finalidad de implementar políticas de salud laboral.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de estrés de los profesionales del Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas en 2025.
- Evaluar la calidad de sueño de los profesionales del Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas en 2025.
- Relacionar el nivel de estrés y calidad de sueño de los profesionales del Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas en 2025.
- Diseñar un plan de mejora de calidad de sueño en relación con el nivel de estrés en los profesionales del Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas en 2025.

1.6 Justificación de la investigación

Esta investigación resulta relevante debido a que el estrés laboral representa un verdadero problema dentro de los trabajadores de salud, especialmente en la esfera mental. Si bien no existe una estadística global que presente ambas problemáticas, individualmente los trastornos de sueño son sumamente prevalentes con cifras que oscilan entre 26.4% a 39.4% en países de Asia, y 10% a 30% en países de Occidente (Deng et al., 2021). Por otra parte, el estrés no cuenta con estadísticas claras, pues se ha evidenciado heterogeneidad en los resultados de varios estudios, sin embargo, durante la pandemia de Covid-19 la OMS (2021, como citó Hoover et al., 2023) indicó que al menos el 10% de personal de salud presentaría síndrome de Burnout.

En el ámbito de la salud laboral, los factores de riesgo psicosocial constituyen uno de los principales determinantes del bienestar físico y mental del personal sanitario. Diversos estudios en los últimos años evidencian que la exposición continua a altos niveles de estrés ocupacional, carga emocional, turnos rotativos y demandas laborales excesivas genera consecuencias negativas en la salud del trabajador, afectando su rendimiento y su calidad de vida. En Ecuador, las investigaciones sobre este fenómeno comienzan a tomar relevancia en el contexto postpandemia debido al impacto del agotamiento profesional (burnout), el estrés traumático secundario y la fatiga emocional en el personal sanitario (Alarcón et al., 2025; García et al., 2024)

Un estudio realizado en médicos ecuatorianos muestra que más del 25% presenta altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, siendo los principales factores asociados los conflictos trabajo-familia, las jornadas extensas y la percepción de soledad (Alarcón et al., 2025). De manera complementaria, García et al. (2024) identifican que más de la mitad de los profesionales de la salud en Ecuador manifiestan niveles moderados de burnout y estrés traumático secundario, lo cual revela una carga psicosocial significativa en este grupo ocupacional. Estos hallazgos son consistentes con los reportes internacionales que señalan la vulnerabilidad del personal de enfermería y médico ante las exigencias del entorno hospitalario, la presión asistencial y la escasa recuperación entre turnos (Pérez et al., 2022; Wang et al., 2022)

Sin embargo, pese a la abundante evidencia internacional, en Ecuador la investigación sobre la incidencia de los factores de riesgo psicosocial en la calidad del sueño del personal de salud sigue siendo limitada. La mayoría de los estudios nacionales se centran en el burnout o en la salud mental general, por ejemplo, Alarcón et al. (2025) quienes se enfocaron en las esferas de burnout con el nivel de depresión y agotamiento emocional; así como García et al. (2024) quien evaluó la satisfacción, fatiga y burnout en proveedores de instituciones públicas durante la pandemia de COVID-19. Este vacío en la literatura justifica la necesidad de investigaciones que permitan comprender cómo el estrés y la calidad de sueño se encuentran asociados, dado que ambos factores pueden afectar no solo la salud individual, sino también repercutir en el desempeño profesional y la calidad de la atención brindada a los usuarios del sistema de salud.

Por otra parte, la presente investigación es viable y factible dado que la población de estudio, el personal de salud, es accesible dentro de la institución en la que desarrollará la investigación. De igual forma, las variables: estrés laboral y calidad de sueño, pueden ser evaluadas mediante instrumentos validados y de fácil aplicación, lo que permite una recolección de datos eficiente con la carga laboral del personal sanitario. Logísticamente, el estudio no requiere equipamiento especializado ni intervenciones clínicas, lo que reduce costos y facilita la ejecución del mismo. Desde el punto de vista ético, se trata de una investigación sin riesgo, con encuestas anónimas y voluntarias, lo que garantiza la confidencialidad de la información y respeto a los principios bioéticos.

Los resultados de este estudio no solo contribuirán al fortalecimiento de la literatura académica a nivel nacional, sino que también podrían servir como cimiento para la formulación de estrategias institucionales orientadas a mejorar las condiciones laborales y de salud del personal sanitario, generando un impacto positivo tanto en los trabajadores como el sistema de salud, resultando así beneficiados el propio personal como los usuarios.

CAPÍTULO II

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 Fundamentación del problema

El personal de salud se caracteriza por enfrentar de manera constante a exigencias físicas, cognitivas y emocionales derivadas de la naturaleza asistencial de su trabajo. La atención continua a personas enfermas, la toma de decisiones clínicas bajo presión y la responsabilidad directa sobre la salud de terceros generan un entorno laboral con elevadas demandas psicosociales. Estas condiciones, acompañadas de alta carga asistencial, exposición al sufrimiento humano, presión por resultados y, en muchos casos, limitación de recursos, los convierte en una población altamente vulnerable frente a los riesgos psicosociales (Jensen et al., 2022).

La evidencia científica señala que la exposición sostenida a los factores de riesgo psicosocial, en especial el estrés laboral, se asocia con un deterioro progresivo en la salud mental y física de los trabajadores, generando síntomas de agotamiento emocional, despersonalización, ansiedad, depresión y alteraciones del sueño, los cuales reflejan la incapacidad del individuo para adaptarse de forma adecuada a las demandas laborales persistentes (Broerman, 2020; Franklin & Gkiouleka, 2021). En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud destacan que el estrés laboral constituye una de las principales amenazas emergentes para la salud ocupacional, debido a su impacto tanto en el bienestar del individuo como en el funcionamiento y productividad institucional (OIT–OMS, 2016).

El sueño representa un proceso biológico esencial para la recuperación física y psicológica frente a las demandas laborales. Una adecuada calidad de sueño favorece las funciones cognitivas, la memoria, la toma de decisiones y el control emocional, aspectos fundamentales para el desempeño profesional en contextos de alta exigencia. Sin embargo, la literatura reciente ha evidenciado una asociación bidireccional entre el estrés laboral y la calidad del sueño, donde niveles elevados de estrés reducen la duración y eficiencia del descanso, mientras que un sueño deficiente intensifica la percepción del estrés y el malestar psicológico (Kalmbach et al., 2018; Scott et al., 2021).

Estudios realizados en personal sanitario de distintos países han reportado prevalencias elevadas de estrés laboral y mala calidad del sueño, con cifras que en algunos contextos superan la mitad de la población estudiada. En América Latina, se ha documentado tanto alteraciones del sueño como niveles significativos de estrés en trabajadores de la salud, lo que refuerza la consideración de estos fenómenos como riesgos psicosociales asociados a la práctica asistencial sanitaria (Giardino et al., 2020; Girón y Carrera, 2025; Restrepo et al., 2024). En Ecuador, investigaciones recientes también han señalado la coexistencia de manifestaciones de estrés y trastornos del sueño en el personal sanitario, lo que sugiere que los riesgos psicosociales se expresan de manera consistente en distintos escenarios profesionales y sistemas de salud (Paccha y Torres, 2024; Zapata y Riera, 2024)

En este contexto, la evidencia teórica y empírica permite comprender que la práctica sanitaria se desarrolla en un entorno con dinámicas laborales complejas, caracterizado por altas demandas físicas, cognitivas y emocionales, lo que incrementa la exposición del personal de salud a riesgos psicosociales, particularmente el estrés laboral. La persistencia de estas condiciones favorece la aparición de manifestaciones de deterioro en la salud mental y física, entre los cuales las alteraciones del sueño adquieren un papel central como indicador de afectación de los procesos de recuperación. La interacción entre estrés laboral y calidad de sueño evidencia la complejidad de los riesgos psicosociales en el ámbito sanitario y la necesidad de abordarlos.

2.1.2 Conceptualización de la problemática

Uno de los principales fenómenos asociados a la salud mental de los trabajadores de la salud es el estrés. La OIT lo considera como una respuesta física o emocional hacia un estímulo, originado por el desequilibrio entre las capacidades y recursos del individuo, y las exigencias de la actividad laboral. Aunque originalmente el estrés es un fenómeno natural como mecanismo de huida o preparación, el mantenimiento crónico lo convierte en un elemento destructivo e incapacitante (O.I.T., 2016).

Como tal, la respuesta ante estos desafíos estresantes puede ser positiva (eustress) o negativa (diestress), condicionado por cómo se organiza el trabajo, el puesto de trabajo, las relaciones interpersonales con los compañeros y líderes, así como elementos propios del trabajador. Surge cuando las responsabilidades laborales no corresponden o exceden la capacidad del sujeto, sus recursos o necesidades, o el conocimiento y destrezas para ejecutar la tarea, y la carga mental de no cumplir las expectativas de la empresa empleadora (Buitrago et al., 2021).

Por otro lado, existen diferencias sustanciales en la definición del sueño. Benavides y Ramos (2019) consideran dos enfoques para establecer qué es el sueño: en neurociencias, es concebido como una conducta o proceso biológico, y en psicología se trata más de un estado de la conciencia. En ambos casos, se trata de un acto fisiológico en el ser humano que está regulado por una serie de procesos tanto químicos, como mentales. Mientras que, la calidad del sueño es definida como la satisfacción del individuo en base al acto de dormir.

Habitualmente, para hablar de calidad de sueño, solo se toma en cuenta la cantidad de horas o la cualidad de sentirse descansado. Sin embargo, se trata de un constructo esencial y complejo formado de un componente tanto objetivo como subjetivo, y es que, la calidad del sueño en realidad integra aspectos desde la conciliación del sueño, la duración del mismo, su mantenimiento, sensación de descanso al despertar, hasta incluso la somnolencia durante el desarrollo de sus actividades diarias (Nelson et al., 2022).

2.1.3 Teorías que respaldan el estudio

Anteriormente se consideraba que para desarrollar patologías psicológicas se requería únicamente de factores predisponentes en el individuo, y eventualmente esta se manifestaría. Sin embargo, Meehl (1962, como se citó en Broerman, 2020) introdujo un nuevo elemento a la ecuación: las condiciones ambientales en las que se sumergía el sujeto. Por lo que Bleuler y Rosenthal (1963, como se citó en Broerman, 2020) estipularon que, para que estos factores ambientales logren disparar el trastorno en un individuo vulnerable, deben causar el suficiente nivel de estrés creando así el modelo de diátesis – estrés.

El modelo de diátesis – estrés explica cómo se desarrolla cualquier problema en la esfera psicosocial (por ejemplo, ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.) a partir del estrés. Acorde a Broerman (2020), las personas poseen características individuales que facilitan o dificultan desarrollar un trastorno ante un estímulo estresante. Es decir, no todos los individuos presentamos la misma vulnerabilidad, por lo que se requerirá diferente intensidad del estímulo estresante para poder desencadenar el desorden. Lo que explicaría porque personas pese a tener las mismas condiciones ambientales que otros, pueden o no presentar alteraciones con el mismo evento.

Por supuesto, esta teoría presenta evidentes limitaciones, remarcadas por McKeever et al. (1991, como se citó en Broerman, 2020), pues asume que un desorden psicológico se presenta solo cuando el estrés activa la diátesis, pero no toma en cuenta cómo la propia diátesis puede afectar el estrés o cómo estos dos elementos pueden interactuar a través del tiempo generando una interacción bidireccional entre ellos. Incluso no toma en cuenta los tipos de diátesis existentes: hereditario, hereditario-ambiental y ambiental (Xie, 1984; como se citó en American Psychological Association, 2025).

El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa (Effort-Reward Imbalance, ERI), propuesto por Siegrist (1996), explica el origen del estrés laboral a partir de la falta de correspondencia entre el esfuerzo que un trabajador realiza y las recompensas que percibe a cambio. Este modelo sostiene que el estrés surge cuando el empleado invierte un alto nivel de energía física o psicológica y recibe recompensas insuficientes en términos de salario, apoyo social, reconocimiento o estabilidad laboral (Siegrist, 2009; 2016).

Según García-Maroto, Luceño-Moreno, y Martín-García (2022), el modelo ERI integra dos componentes principales: el esfuerzo extrínseco, que abarca las demandas del entorno laboral, y el esfuerzo intrínseco o sobrecompromiso, referido a la motivación interna del trabajador y a su necesidad de aprobación. Un desequilibrio prolongado entre esfuerzo y recompensa, especialmente acompañado de un alto nivel de sobrecompromiso, incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos físicos y psicológicos, tales como ansiedad, depresión, agotamiento profesional, alteraciones musculoesqueléticas y enfermedades cardiovasculares.

La revisión sistemática realizada por García-Maroto et al. (2022) demostró que los profesionales sanitarios con altos niveles de desequilibrio esfuerzo-recompensa tienen entre dos y once veces más probabilidad de sufrir depresión, burnout, mala salud mental o pobre calidad de vida que aquellos con niveles bajos de desequilibrio. Estos resultados evidencian la estrecha relación entre las condiciones psicosociales del trabajo y la salud del personal sanitario, sugiriendo la necesidad de diseñar estrategias organizacionales que restablezcan el equilibrio entre las exigencias laborales y las recompensas obtenidas.

Por su parte, Alvarado, Bretones, y Rodríguez (2021) comprobaron empíricamente la vigencia del modelo de Siegrist en una muestra de enfermeras ecuatorianas. Los resultados confirmaron que el esfuerzo laboral presenta un efecto directo y significativo sobre el desgaste emocional, mientras que la recompensa percibida ejerce un efecto indirecto, mediado por la experiencia laboral. Este hallazgo confirma que, aunque el reconocimiento y la compensación laboral no actúan de forma inmediata, su influencia acumulativa es determinante para prevenir el agotamiento profesional.

En síntesis, la teoría del desequilibrio esfuerzo-recompensa proporciona un marco conceptual sólido para comprender cómo los factores psicosociales laborales impactan en la salud del personal sanitario. Este modelo resalta la importancia de promover entornos laborales donde exista correspondencia entre los esfuerzos exigidos y las recompensas percibidas, como condición indispensable para el bienestar psicológico, la satisfacción laboral y la prevención del síndrome de burnout.

Karasek (1979) propuso la teoría demanda-control para explicar el estrés laboral en dependencia de las demandas psicológicas del trabajo y el nivel de control sobre estas. En

este modelo, las demandas se refieren a las exigencias que el trabajo implica para la persona, es decir, cantidad, tiempo, nivel de atención, imprevistos, entre otros. Mientras que el control hace referencia a la autonomía en el trabajo y la oportunidad de desarrollar las propias habilidades. De este modo, se pueden presentar cuatro niveles ocupacionales: activos (alta demanda, alto control), pasivas (baja demanda, bajo control), de baja tensión (baja demanda, alto control) y de alta tensión (alta demanda, bajo control); resultando más perjudicial aquella con alta exigencia y bajo control.

Johnson & Hall (1988) amplían el modelo al introducir la dimensión de apoyo social, dado que esta incrementa la habilidad para hacer frente a una situación de estrés sostenido, actuando como regulador del efecto del estrés laboral en la salud del trabajador. Hace referencia al clima laboral, las relaciones interpersonales entre compañeros y superiores, abordando tanto la parte emocional como soporte instrumental. Sin embargo, Kain y Jex (2010) remarcan que la principal limitación de esta teoría es la inconsistencia de variables utilizadas para medir la demanda, control e impacto, dando lugar expansiones del modelo que han resultado parcialmente exitosas.

Para Kalmbach et al. (2018), “la respuesta al estrés es sumamente compleja, como lo demuestra el hecho de que factores estresantes idénticos de igual potencia provocan reacciones diferentes en los individuos” (Sección de introducción, párrafo 2). Por lo que, las patologías relacionadas al estrés se manifiestan frecuentemente en sistemas débiles, afectando en primera instancia el sistema del sueño.

La necesidad de sueño resulta fisiológica en un ciclo diario de sueño-vigilia como parte del ritmo circadiano endógeno. Dicho ciclo se basa en un período aproximado de 24h, actuando como un reloj biológico que indica cuándo despertar y cuándo dormir en dependencia de estímulos externos como la cantidad de luz en el ambiente. Gracias a este ciclo, se genera esta necesidad de dormir estimada en 1h de sueño por cada 2h despierto. (Benavides y Ramos, 2019; Pilcher y Morris, 2020).

Las alteraciones del sueño afectan directamente al ritmo circadiano, con ello los procesos endógenos que ocurren durante el ciclo sueño-vigilia. Por ejemplo, se ha observado repercusiones en el sistema inmunológico cuando se omite el sueño generando un aumento de sustancias proinflamatorias por parte de la línea blanca, así como una disminución de la

generación de anticuerpos de respuesta. Además, las alteraciones del ritmo circadiano afectan en gran medida el sistema neuroendocrino, por lo que se espera que trabajadores con trastornos del sueño desarrollen patologías cardiovasculares, neurológicas, digestivas, etc. Así como trastornos de índole psicológico (Pilcher y Morris, 2020).

De hecho, se ha evidenciado que tanto el sueño como la regulación emocional influyen en el sistema inmune. Las alteraciones en cualquiera de los dos afecta la actividad de los linfocitos NK, con descenso de los linfocitos T y el aumento de catecolaminas; esto debido en gran parte a la secreción de productos desde el eje hipotálamo – hipofisiario tales como estimulantes del cortisol, el cual posee un efecto inmunosupresor (Moraes et al., 2021).

Incluso, se ha observado que en trabajadores con turnos nocturnos rotativos, por ende, con alteración del ciclo circadiano, presentan un riesgo elevado respecto al desarrollo de síndrome metabólico así como de enfermedades cardiovasculares tales como eventos coronarios, infarto agudo de miocardio (IAM) y evento cerebrovascular (ECV) isquémico. Además, se ha observado que trabajadores nocturnos presentan ratios aumentados de tabaquismo, consumo de productos con cafeína, aumento de peso; lo que genera un círculo vicioso negativo para la salud del trabajador (Carpio et al., 2021).

El sueño es un proceso fisiológico esencial que cumple funciones de restauración física, cognitiva y emocional, indispensable para mantener la homeostasis del organismo. La mala calidad del sueño o su privación crónica genera alteraciones fisiopatológicas complejas que repercuten directamente en la salud general del individuo. Desde una perspectiva neuroendocrina, la reducción o fragmentación del sueño altera el eje hipotálamo–hipófisis–adrenal, incrementando la secreción de cortisol y catecolaminas, lo que conlleva un estado de activación simpática persistente y un aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca (Direksunthorn, 2025).

La evidencia científica reciente demuestra que la falta de sueño afecta de manera significativa los sistemas metabólico, cardiovascular e inmunológico. Du et al. (2024) encontraron que los trastornos del sueño modifican el metabolismo de la glucosa y los lípidos, favoreciendo la resistencia a la insulina, el aumento de peso corporal y la inflamación sistémica. Estas alteraciones fisiopatológicas elevan el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares. De igual forma, la privación

del sueño altera la liberación de citocinas proinflamatorias y disminuye la actividad de los linfocitos T, lo que debilita la respuesta inmunológica y aumenta la susceptibilidad a infecciones respiratorias (Hou et al., 2023).

En el ámbito cardiovascular, estudios recientes evidencian que la alteración crónica del ritmo circadiano y la fragmentación del sueño producen disfunción endotelial, estrés oxidativo y activación plaquetaria, mecanismos que favorecen la aparición de aterosclerosis y eventos coronarios agudos. De manera complementaria, Hong y Kim (2024) describen el papel regulador de la melatonina sobre el metabolismo energético y la inflamación, destacando que los niveles bajos de esta hormona durante el sueño insuficiente se asocian con hipertensión, hipertrigliceridemia y mayor riesgo de obesidad.

En el contexto laboral, la mala calidad del sueño constituye un factor de riesgo emergente dentro de la salud ocupacional. Trabajadores expuestos a turnos nocturnos o rotativos, como el personal de salud, presentan mayor prevalencia de alteraciones del sueño y fatiga crónica. La evidencia indica que estas condiciones no solo deterioran la salud física, sino que también se asocian con estrés laboral, burnout, ansiedad y disminución del rendimiento profesional (Kiss et al., 2024; Rozmann et al, 2025). En personal de enfermería, se ha documentado que la somnolencia diurna y la reducción de horas de descanso incrementan los errores clínicos y la incidencia de dolor musculoesquelético, afectando la seguridad del paciente y la calidad del cuidado (Souza et al., 2023)

Por tanto, la literatura contemporánea coincide en que la falta de sueño adecuado constituye un determinante crítico de la salud integral. Su impacto trasciende el ámbito individual, generando implicaciones laborales, sociales y económicas. La comprensión de los mecanismos fisiopatológicos involucrados y la identificación temprana de los grupos vulnerables permiten orientar intervenciones preventivas, especialmente en el personal de salud, donde la exposición a horarios extensos y trabajo nocturno potencia el riesgo de deterioro físico y mental.

2.1.4 Investigaciones previas y su relación con el problema

Ogunsemi et al. (2017) estudiaron los efectos del sueño y estrés en la salud mental del personal asistencial mediante un estudio correlacional, en el cual se analizó 123 trabajadores de la salud incluyendo enfermeras, farmacéuticos y laboratoristas, pertenecientes a hospitales en Arabia Saudí. Se evaluó la calidad de sueño de los mismos mediante el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), encontrándose que 42.3% de los trabajadores presentaron mala calidad de sueño. Así mismo, el 84.6% de las personas con mala calidad calificaron los últimos 12 meses de su profesión como “un poco” o “bastante” estresante. El 46.2% de trabajadores con afecciones del sueño indicaron que tienen una pobre habilidad para enfrentar las situaciones y problemas inesperados, frente al 14.1% en las personas que duermen bien.

Deng et al. (2021) llevaron a cabo un estudio transversal de tipo correlacional en 472 profesionales de la salud de hospitales comunitarios en China. Su objetivo fue demostrar cómo el desequilibrio entre esfuerzo y balance generaba estrés en los trabajadores, y a su vez inducía alteraciones en el sueño. Para ello, se utilizó el Cuestionario de Desequilibrio Esfuerzo – Recompensa (ERI), así como el PSQI. Se obtuvo proporciones de ERI de 1.17 ± 0.22 , y un 57.84% presentaron PSQI >7 punto. Mediante una regresión logística multinomial, se evidenció que existía asociación estadísticamente significativa entre la percepción de mayor trabajo y mala calidad del sueño.

Zurutuza et al. (2024) también aborda el burnout y la mala calidad de sueño. En su estudio analítico transversal, se indagó 233 trabajadores pertenecientes a unidades de salud de atención primaria. Se encontró que, aplicando el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), el 32.6% de los participantes tenían afectada un área, 26.2% dos áreas y 17.2% comprometidos los 3 dominios; mientras que el PSQI reveló que un 56.7% presentaron mala calidad de sueño. Las puntuaciones bajas en la esfera de despersonalización del MBI constituyen un factor protector (OR: 0.5, IC 95%: 0.26-0.99), indicando que a menor desgaste mejor es la calidad de sueño.

El sueño influye no solo por su calidad, sino también por el horario en que se realiza. Coelho et al. (2023) analizaron la prevalencia de burnout, la calidad de sueño y el tiempo de acostarse en una muestra de 4971 de trabajadores tanto de servicios públicos como privados.

A través del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) se observó que el 56.6% presentaron burnout. Por otro lado, la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos reportó depresión en el 29.8%, mientras el PSQI indicó que el 64.5% presentaban mala calidad de sueño. Finalmente, el análisis de regresión logística evidenció asociación entre el horario de sueño tanto con la aparición de burnout como la mala calidad de sueño.

En una revisión sistemática se analizó 4 artículos para determinar la prevalencia de alteraciones y calidad de sueño en paramédicos, así como su relación con otros aspectos de salud mental. Los cuatro artículos reportaron resultados utilizando PSQI, dos emplearon la Escala de Somnolencia de Epworth (ESS) y uno utilizó el Índice de Severidad del Insomnio (ISI). Se evidenció mala calidad del sueño y somnolencia excesiva diurna en un 71% y 30%, respectivamente. Solo uno de los estudios reportó correlaciones entre sueño y salud mental, destacando una asociación positiva entre depresión y calidad de sueño, una asociación positiva moderada entre depresión y somnolencia diurna, y una fuerte asociación positiva entre ansiedad, estrés y calidad de sueño (Kendrick et al., 2024).

Se ha observado que el sueño altera la percepción de satisfacción en los empleados. Samaniego et al. (2022) realizaron un estudio transversal con muestreo no probabilístico con 60 médicos residentes de un hospital militar. Se reportó calidad del sueño con puntajes de 12.9 ± 6 puntos en la escala de PSQI, llamando la atención horas de conciliación del sueño a las 0:00 en el 45.3% de los participantes, con un promedio de 5h de sueño en 49.1%. En cuanto a satisfacción laboral, se obtuvo una media de 109.8 ± 19 puntos en la escala de S/20. Existió asociación entre ambas variables (OR 5.57, IC 95%: 1.64-18.9, p valor = 0,04). Así mismo, se encontró correlación positiva entre horas de sueño y calidad, y correlación negativa entre horas de sueño y satisfacción laboral.

En Bangladesh, durante la pandemia de Covid 19, se realizó un estudio para determinar la relación entre sensación de soledad con la mala calidad de sueño. Se incluyó 211 participantes entre estudiantes y profesionales de la salud. A través de la Escala de Soledad se observó que casi la mitad (48.3%) experimentaban soledad severa y 70.01% presentaban un sueño pobre acorde al PSQI. Además, se reportó asociación entre niveles más altos de ansiedad por Covid 19 y la mala calidad de sueño (Bakul y Heanoy, 2022).

En base a la evidencia disponible, se puede observar que existe una importante relación entre factores psicosociales, especialmente el estrés, con el nivel de calidad de sueño en los diferentes profesionales de la salud.

2.2 Marco legal

Considerando que en la Constitución de la República del Ecuador (2008) en su artículo 32 se establece que, todos los ciudadanos tenemos derecho a la salud, misma que estará ligada al ejercicio de otros derechos que garanticen una salud plena tanto física, psicológica y social, siendo uno de estos medios para la realización personal el empleo, el cual está amparado en el artículo 33 del mismo documento donde se establece que el ejercicio profesional es un derecho y deber social.

Por lo que, en concordancia con el artículo 326 numeral 5 “toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar” (Const., 2008, art. 326).

Así mismo, la decisión 584: Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo (2004) indica que todos los países miembros, entre los que incluye la República del Ecuador, deben garantizar condiciones adecuadas de seguridad y salud en el ámbito laboral. En este sentido:

“Sin excepción alguna deben brindar el mejoramiento continuo de las condiciones higiénicas y de seguridad en el trabajo con el fin de precautelar el bienestar integral de los empleados, evitando daños a su salud física o mental que sean consecuentes a su actividad laboral” (Comunidad Andina, 2004, art. 4).

Cabe mencionar, además, la resolución WHA74.14, para proteger y salvaguardar la integridad del personal asistencial sanitario, en la cual la OMS indicó a sus estados miembros adoptar las medidas necesarias para la protección de la salud de este grupo. Incluso, en el Plan de Acción de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021-2030, considera dentro del mismo el aplicar medidas de salud ocupacional al personal sanitario de forma prioritaria para garantizar a su vez la seguridad del paciente (OMS, 2022).

Se reitera en la Ley Orgánica de Salud (2006) en su artículo 3 que, la salud es un estado de completo bienestar en tres esferas: física, mental y social, constituyendo un derecho humano fundamental garantizado por el estado. De hecho, la misma ley en su artículo 6 numeral 16 establece que:

“El Ministerio de Salud Pública en articulación con el Ministerio del Trabajo, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y cualquier otro ente regulador pertinente, deben regular, vigilar y controlar que las condiciones laborales en las que se llevan a cabo las actividades, y deben prevenir y controlar las enfermedades ocupacionales, reduciendo al mínimo los riesgos y accidentes en el trabajo” (Ley Orgánica de Salud, 2006).

Es más, en el caso de los servidores públicos, su actividad profesional debe ser desarrollada en un entorno que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar; de acuerdo a la Ley Orgánica de Servicio Público (2009) en su artículo 228. Así como otras prestaciones relacionadas a salud ocupacional contempladas en su capítulo VIII.

De igual manera, el Código del Trabajo (2005) en su artículo 410, indica que es obligación de los empleadores asegurar que el trabajador tenga condiciones de trabajo las cuales no representen un riesgo para su salud. Por supuesto, es obligación de los trabajadores acatar todas las medidas destinadas a la prevención, seguridad e higiene ocupacional facilitadas por el empleador.

Recientemente, el Decreto Ejecutivo N° 255: Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo (2024) indica en su artículo 15 y 16 que:

“Todo empleador deberá identificar los peligros, evaluar y controlar riesgos laborales, monitorizar y analizar continuamente las condiciones de trabajo y salud, así como adoptar todas las medidas que sean necesarias para prevenir los riesgos que afecten a la salud y bienestar de los trabajadores ... todo trabajador tiene el derecho a desarrollar su actividad laboral en un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el pleno desarrollo de sus facultades físicas y mentales, que garanticen su seguridad y salud en el trabajo” (Decreto Ejecutivo N° 255, 2024).

Por último, la Norma para la prevención y atención a todo caso de discriminación, violencia y acoso laboral en el sector privado (2025) establece que “es obligación del empleador elaborar, observar y aplicar el Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales destinado a la mitigación de los mismos, más aun en instituciones que cuentan con más de 10 trabajadores” (Acuerdo MDT-2025-102, art. 6).

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de investigación

Se trata de un estudio estructurado bajo un diseño no experimental, ya que no se realizó ninguna intervención sobre las variables de interés, las cuales fueron observadas y analizadas tal como se presentan en la población investigada. Así mismo, corresponde a un diseño transversal, debido a que la recolección de la información se realizó en un único momento temporal durante el año 2025, para establecer la relación entre estrés laboral y calidad de sueño.

3.2 Enfoque investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, dado que el objetivo del presente estudio es medir de manera objetiva la relación entre estrés laboral y la calidad de sueño en el personal de salud. Este enfoque permitió la operacionalización de las variables a través de indicadores numéricos obtenidos mediante la aplicación de cuestionarios estandarizados, así como análisis estadístico para identificar niveles, tendencias y asociaciones.

3.3 Tipo de investigación

Finalmente, esta investigación es de tipo correlacional, dado a que tuvo como finalidad analizar la asociación existente entre las variables del estudio: estrés laboral y calidad de sueño, mediante la aplicación de pruebas estadísticas, sin establecer relaciones de causalidad.

3.4 Descripción del área de estudio

3.4.1 Población y muestra

El Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas, cuenta con un total de 110 trabajadores en su totalidad, de los cuales 94 corresponden a profesionales de la salud, quienes constituyen la población de estudio.

Dado que el tamaño de la población es pequeño y logísticamente manejable, se optó por una muestra censal conformada por la totalidad del personal de salud que labora en la institución. Esto permite obtener información directa de todos los participantes, evitando el

proceso de selección muestral y, por ende, el error muestral, lo que fortalece la validez interna de los resultados.

3.4.2 Criterios de inclusión

Dado que la población objeto de estudio son los trabajadores de la salud, se decidió en primer lugar incluir únicamente a los profesionales que por definición corresponden a dicho sector, siendo estos:

- Médicos
- Enfermeros
- Obstetras
- Odontólogos
- Psicólogos y terapistas
- Fisioterapeutas
- Nutricionistas
- Químico-farmacéuticos
- Laboratoristas
- Paramédicos

3.4.3 Criterios de exclusión

Se excluyó trabajadores de la salud que cumplen actividades administrativas y no se encuentran relacionadas con el trato directo a pacientes.

3.5 Procedimiento

En primera instancia, se socializó la investigación con el administrador técnico de la unidad de salud, y a su vez, con los representantes de los diferentes grupos de profesionales que pertenecen a dicha institución. En ese primer acercamiento, además, se solicitó la participación de los profesionales del centro de salud que lo conforman. Posterior a la aceptación del proceso, se planificó de forma estructurada las fechas para la aplicación de los cuestionarios, mismos que fueron llevados a cabo en dos períodos distintos.

Se aplicó el cuestionario para la medición de nivel de estrés laboral de forma individual, previo consentimiento informado de cada participante. La aplicación del cuestionario se dio de forma presencial, en una sala de reuniones únicamente con el entrevistado para evitar posibles influencias en los resultados por parte de otros miembros de la institución. Algunos participantes no se encontraban en las instalaciones durante el período planificado de la entrevista, por lo que se optó por aplicar el cuestionario de forma remota mediante un formulario de Google.

Posteriormente, un día después del primer cuestionario se aplicó el segundo cuestionario de calidad de sueño, con la finalidad de no sobrecargar con preguntas a cada participante. De igual forma, la entrevista se realizó de forma individual, tomando en cuenta las mismas condiciones anteriores. Al finalizar cada entrevista, fueron guardadas y recopiladas para su posterior análisis.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a la recopilación, tabulación y procesamiento de los mismos. Para posteriormente analizar los resultados y establecer los puntos más importantes a considerar para el desarrollo de un plan de intervención de mejora de los niveles de estrés y calidad del sueño. Para la elaboración del mismo, se recurrió a la investigación de varias fuentes bibliográficas que incluyeran el uso de técnicas de control sobre una de estas variables, con resultados significativos de la intervención.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó el cuestionario de estrés laboral de la OIT – OMS, mediante la técnica de entrevista en la cual el trabajador contesta una serie de 25 preguntas que reportan la frecuencia en la que determinadas situaciones le han resultado estresantes, puntuando del 1 al 7 cada una. La puntuación global del cuestionario se divide en 4 rangos: menor o igual a 90 – bajo nivel de estrés, 91 a 117 – nivel intermedio, 118 a 153 – estrés, y desde 154 o más – alto nivel de estrés.

Martinez et al. (2022), validó el instrumento en una muestra de 1515 trabajadores con edades que oscilan entre 18 a 76 años y nueve grupos de profesiones, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.961. En Latinoamérica se han llevado a cabo estudios en poblaciones menores a 1000 e incluso de 500 individuos, que arrojan coeficientes similares a 0.966; lo que indica una gran consistencia interna (Suárez, 2013).

La variable calidad de sueño fue estudiada mediante el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, originalmente desarrollado en pacientes con insomnio para discriminar entre buena o mala calidad. Consta de 24 ítems, de los cuáles 19 deben ser respondidos por el individuo y 5 por su compañero de dormitorio, si existiese. Cada componente puntúa desde 0 a 3, de modo que puntuaciones elevadas indican mayores dificultades o perturbaciones. La puntuación global oscila entre 0 a 21, con puntuaciones bajas indicando mejor calidad del sueño, considerando buena calidad de sueño con 5 puntos o menos (Buysse et al., 1988).

Cuenta con una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.73 (Jia et al., 2018). En su versión en español, para su validación se llevó a cabo en grupo de estudiantes de medicina y logopedia en dos ocasiones, estimándose un coeficiente alfa de Cronbach de 0.81, con una sensibilidad del 88.63%, especificidad de 74.99% y un valor predictivo positivo de 80.66% (Royuela y Macías, 1997; como se citó en Carralero et al., 2013).

3.7 Técnicas de análisis de datos

Se utilizó el software de análisis estadístico IBM SPSS Statistics 27.0.1, en el cual se determinó en primera instancia las medidas de tendencia central y dispersión de los resultados obtenidos previamente. Además, mediante el programa estadístico se aplicó la prueba de Chi cuadrado para determinar la asociación entre las categorías de estrés laboral y calidad de sueño, y *Rho* de Spearman para determinar la correlación de las puntuaciones obtenidas en ambos cuestionarios.

3.8 Consideraciones éticas

En base a los cuatro principios de la bioética: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, establecidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2024) esta investigación pretende no ocasionar ningún daño a los participantes del mismo, por el contrario, busca obtener información para en un futuro mejorar sus condiciones de trabajo, respetando su decisión y libre voluntad sobre aceptar o rechazar participar en la investigación mediante el consentimiento informado. Así mismo, en base al acuerdo ministerial 5316 (2016) la identidad y datos obtenidos de los participantes serán confidenciales y únicamente divulgados los resultados con fines investigativos.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

4.1.1 Datos sociodemográficos

Tabla 1:

Edad y sexo de los trabajadores.

VARIABLE	VALOR
Edad	40.6 ± 10.5
20 a 30 años	21 (22.3%)
31 a 40 años	23 (24.5%)
41 a 50 años	28 (29.5%)
51 años o más	22 (23.4%)
Sexo	-
Femenino	70 (74.5%)
Masculino	24 (25.5%)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 1 se puede apreciar que, la población estudiada presentó una edad promedio de 40.6 años con una distribución etaria concentrada en adultos de mediana edad (41 a 50 años). Existe una marcada disparidad de sexo en este grupo, con una muestra abrumadoramente femenina, superando ampliamente a la presencia masculina.

Tabla 2:

Estado civil de los entrevistados.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero/a	70	74.5%
Unión libre	11	11.7%
Casado/a	10	10.6%
Divorciado/a	3	3.2%
TOTAL	94	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se observa un claro predominio de los participantes que se encuentran solteros, representando más de tres cuartas partes de la población entrevistada, en contraste, los demás estados civiles representan considerablemente una minoría.

Tabla 3:*Perfil ocupacional de los entrevistados.*

PROFESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermero/a	27	28.7%
Médico/a	25	26.6%
Laboratorista	9	9.6%
Obstetra	8	8.5%
Odontólogo	7	7.4%
Farmacéutico	5	5.3%
Paramédico	4	4.3%
Psicólogo	4	4.3%
Rehabilitación	3	3.2%
Nutrición	1	1.1%
Rayos X	1	1.1%
TOTAL	94	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3 se observa el perfil ocupacional de los participantes. La muestra estuvo conformada principalmente por profesionales de enfermería y medicina como las ocupaciones más representadas, por otra parte, existe una presencia variada de otras especialidades en menor cuantía de la población analizada.

4.1.2 Estrés laboral

Tabla 4:*Resultados del cuestionario de estrés laboral de la OIT – OMS.*

NIVEL DE ESTRÉS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo nivel de estrés (≤ 90 pts.)	85	90.4%
Nivel intermedio de estrés (91 a 117 pts.)	5	5.3%
Estrés laboral (118 a 153 pts.)	3	3.2%
Alto nivel de estrés (≥ 154 pts.)	1	1.1%
TOTAL	94	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4 se evidencia que tras la aplicación del cuestionario de estrés laboral de la OIT - OMS, casi la totalidad de los participantes se encuentra en la categoría de “bajo nivel

de estrés”, de modo que las otras categorías representan un grupo pequeño. Se encuentra un único registro en la categoría “alto nivel de estrés”.

Estrés laboral por sexo, edad, estado civil y profesión

Tabla 5:

Estrés laboral por sexo, edad, estado civil y profesión.

ESTRÉS LABORAL					
VARIABLE		Bajo nivel de estrés	Nivel intermedio de estrés	Estrés laboral	Alto nivel de estrés
Sexo	Femenino	62 (65.9%)	4 (4.3%)	0	1 (1.1%)
	Masculino	23 (24.4)	1 (1.1%)	3 (3.2%)	0
Edad	20 a 30 años	21 (22.3%)	0	0	0
	31 a 40 años	20 (21.3%)	2 (2.1%)	1 (1.1%)	0
	41 a 50 años	23 (24.4%)	3 (3.2%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)
	51 años o más	21 (22.3%)	0	1 (1.1%)	0
Estado civil	Soltero	65 (69.0%)	3 (3.2%)	2 (2.1%)	0
	Unión libre	9 (9.6%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	0
	Casado	8 (8.5%)	1 (1.1%)	0	1 (1.1%)
	Divorciado	3 (3.2%)	0	0	0
Profesión	Enfermero	25 (26.6%)	1 (1.1%)	0	1 (1.1%)
	Médico	25 (26.6%)	0	0	0
	Laboratorista	8 (8.5%)	0	1 (1.1%)	0
	Obstetra	7 (7.3%)	1 (1.1%)	0	0
	Odontólogo	7 (7.3%)	0	0	0
	Farmacéutico	3 (3.2%)	2 (2.1%)	0	0
	Paramédico	3 (3.2%)	0	1 (1.1%)	0
	Psicólogo	2 (2.1%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	0
	Rehabilitación	3 (3.2%)	0	0	0
	Nutrición	1 (1.1%)	0	0	0
	Rayos X	1 (1.1%)	0	0	0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5 se observó un predominio de bajo nivel de estrés laboral en todos los subgrupos evaluados, independientemente de la variable sexo, edad, estado civil o profesión. Aunque las mujeres son el grupo más numeroso y mayoritariamente reportan estrés bajo, existe un caso extremo de alto nivel, por el contrario, los hombres presentan una tendencia proporcionalmente mayor hacia el estrés laboral.

En cuanto a edad, el riesgo psicosocial parece distribuirse de forma similar en todas las edades, pero el nivel más alto de estrés se manifiesta en el grupo de adultos de mediana edad.

Los solteros al ser el grupo predominante, es donde se concentra la mayor parte de casos con algún grado de estrés laboral. No obstante, el nivel crítico de estrés aparece en una persona casada.

Finalmente, en cuanto al perfil profesional, se observa que los participantes pertenecientes a personal de enfermería son quienes presentan un registro con alto nivel de estrés. Sin embargo, en otras profesiones también se muestran con elevados niveles de estrés proporcionalmente mayores a otros grupos.

Tabla 6:*Asociación entre estrés laboral y variables sociodemográficas.*

VARIABLE	ESTRÉS LABORAL			
	Valor	gl	Significancia asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Sexo	Chi cuadrado	1.556	3	0.669
	Razón de verosimilitud	2.546	3	0.467
	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	1.128	-	0.870
	N de casos válidos	94		
Edad	Chi cuadrado	8.163	12	0.772
	Razón de verosimilitud	10.752	12	0.550
	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	13.598	-	0.584
	N de casos válidos	94		
Estado civil	Chi cuadrado	11.332	9	0.254
	Razón de verosimilitud	7.464	9	0.589
	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	12.221	-	0.212
	N de casos válidos	94		
Profesión	Chi cuadrado	38.155	30	0.146
	Razón de verosimilitud	27.317	30	0.607
	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	47.886	-	0.029
	N de casos válidos	94		

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en SPSS.

Dada la distribución del estrés laboral por cada variable sociodemográfica, se optó por realizar la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton. En la tabla 6 se evidencia que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables de sexo, edad y estado civil en relación al estrés laboral. Por otra parte, la variable profesión representa una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés laboral y ocupación.

4.1.3 Calidad de sueño

Tabla 7:

Nivel de calidad de sueño en los participantes.

CALIDAD DE SUEÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena	28	29.8%
Mala	66	70.2%
TOTAL	94	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 7 se observa que la gran mayoría del personal presenta una calidad de sueño deficiente, con una proporción superior a 2:1 en cuanto a buena calidad de sueño.

Calidad de sueño por sexo, edad, estado civil y profesión

Tabla 8:

Calidad de sueño por sexo, edad, estado civil y profesión.

VARIABLE		CALIDAD DE SUEÑO	
		Buena calidad	Mala calidad
Sexo	Femenino	19 (20.2%)	51 (54.3%)
	Masculino	9 (9.6%)	15 (15.9%)
Edad	20 a 30 años	9 (9.6%)	12 (12.8%)
	31 a 40 años	6 (6.4%)	17 (18.1%)
	41 a 50 años	5 (5.3%)	23 (24.5%)
	51 años o más	8 (8.5%)	14 (14.8%)
Estado civil	Soltero	20 (21.3%)	50 (53.2%)
	Unión libre	5 (5.3%)	6 (6.4%)
	Casados	2 (2.1%)	8 (8.5%)
	Divorciados	1 (1.1%)	2 (2.1%)
Profesión	Enfermero	8 (8.5%)	19 (20.2%)
	Médico	11 (11.7%)	14 (14.8%)
	Laboratorista	1 (1.1%)	8 (8.5%)
	Obstetra	3 (3.2%)	5 (5.4%)
	Odontólogo	0	7 (7.4%)
	Farmacéutico	0	5 (5.4%)
	Paramédico	2 (2.1%)	2 (2.1%)
	Psicólogo	2 (2.1%)	2 (2.1%)
	Rehabilitación	1 (1.1%)	2 (2.1%)
	Nutrición	0	1 (1.1%)
	Rayos X	0	1 (1.1%)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 8 se evidencian diferencias relevantes según el sexo, observándose que las mujeres concentran una mayor proporción de casos con mala calidad de sueño en comparación con los hombres, quienes presentan una menor frecuencia de esta condición. Respecto a los grupos etarios, el análisis por rangos de edad muestra que las alteraciones del sueño se concentran principalmente en el grupo de adultos de mediana edad, mientras que en los adultos jóvenes (20 a 30 años) se observa una distribución más equilibrada de la calidad del sueño.

En relación con el estado civil, se identifica una tendencia marcada, ya que las personas solteras, que constituyen la mayoría de la muestra, presentan también la mayor cantidad de registros de sueño deficiente. Por su parte, quienes se encuentran en unión libre muestran una menor frecuencia, aunque con una ligera inclinación hacia la mala calidad del sueño. Los casados y divorciados registran pocos casos con buena calidad de sueño, siendo este fenómeno más evidente en el grupo de divorciados.

Finalmente, al analizar la profesión, el personal de enfermería se identifica como el grupo más afectado, al reportar la mayor cantidad de casos con mala calidad de sueño. En contraste, los médicos presentan una distribución más equilibrada entre buena y mala calidad del sueño, aunque esta última continúa siendo predominante. Las áreas de odontología, farmacia y nutrición destacan por no registrar casos de buena calidad de sueño.

Tabla 9:

Asociación entre calidad de sueño y variables sociodemográficas.

	VARIABLE	Valor	gl	Significancia asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Sexo	Chi cuadrado	0.917	1	0.338	-
	Razón de verosimilitud	0.892	1	0.345	-
	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	-	-	-	-
	N de casos válidos	94			
Edad	Chi cuadrado	4.889	4	0.299	0.304
	Razón de verosimilitud	5.230	4	0.264	0.285
	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	-	-	-	-
	N de casos válidos	94			
Estado civil	Chi cuadrado	1.817	3	0.611	0.682
	Razón de verosimilitud	1.758	3	0.624	0.752
	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	2.022	-	-	0.607
	N de casos válidos	94			
Profesión	Chi cuadrado	11.664	10	0.308	0.304
	Razón de verosimilitud	15.616	10	0.111	0.186
	Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	11.617	-	-	0.249
	N de casos válidos	94			

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en SPSS.

Tomando en cuenta la distribución de frecuencias entre las variables sociodemográficas y calidad de sueño, se optó por realizar prueba de Chi-cuadrado para las variables de sexo y edad, mientras que para las variables de estado civil y profesión se utilizó la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton. Tras la aplicación de las mismas, se evidenció que no existe asociación estadísticamente significativa entre calidad de sueño y ninguna de las variables.

4.1.4 Estrés laboral y calidad de sueño

Tabla 10:

Nivel de estrés laboral y calidad de sueño.

NIVEL DE ESTRÉS	CALIDAD DE SUEÑO	
	Buena	Mala
Bajo nivel	27 (28.7%)	58 (61.7%)
Nivel intermedio	0	5 (5.3%)
Estrés laboral	1 (1.1%)	2 (2.1%)
Alto nivel	0	1 (1.1%)
TOTAL	28	66

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 10 se aprecia una mala calidad de sueño predominante en casi todos los niveles de estrés laboral. Es notable que a medida que el estrés aumenta, las personas con buena calidad de sueño desaparecen casi por completo, concentrándose la gran mayoría de casos de buen descanso únicamente en el grupo con bajo nivel de estrés.

Tabla 11:

Prueba estadística de estrés y calidad de sueño.

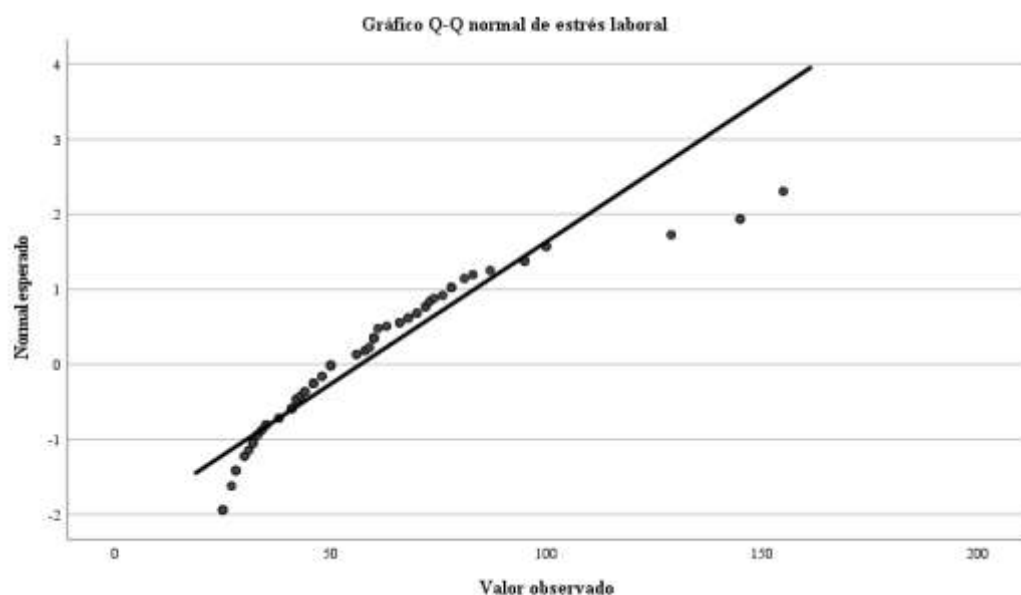
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado		2.722	3	0.436	0.524
Razón de verosimilitud	de	4.418	3	0.220	0.401
Prueba exacta de Fisher-Freeman Halton	de	2.549	-	-	0.624
N de casos válidos		94			

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en SPSS.

Se aplicó prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton para determinar la relación entre las dos variables de estudio. Como se evidencia en la tabla 11, no se observó asociación estadísticamente significativa (f prueba 2.549, p valor 0.624).

Figura 1:

Distribución de puntuaciones del cuestionario de estrés laboral OIT-OMS.



Fuente: Elaboración propia, gráfico generado en SPSS.

Se procedió al análisis de las puntuaciones de ambos cuestionarios mediante pruebas de normalidad. En la Figura 1 se observa que las puntuaciones del cuestionario de estrés presentan una notoria desviación, marcada en los valores elevados y bajos, especialmente en la cola derecha, que sugieren una anormalidad aproximada. La prueba de Kolmogorov-Smirnov (tabla 12) indica que existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de estrés laboral (p valor <0.001).

Tabla 12:

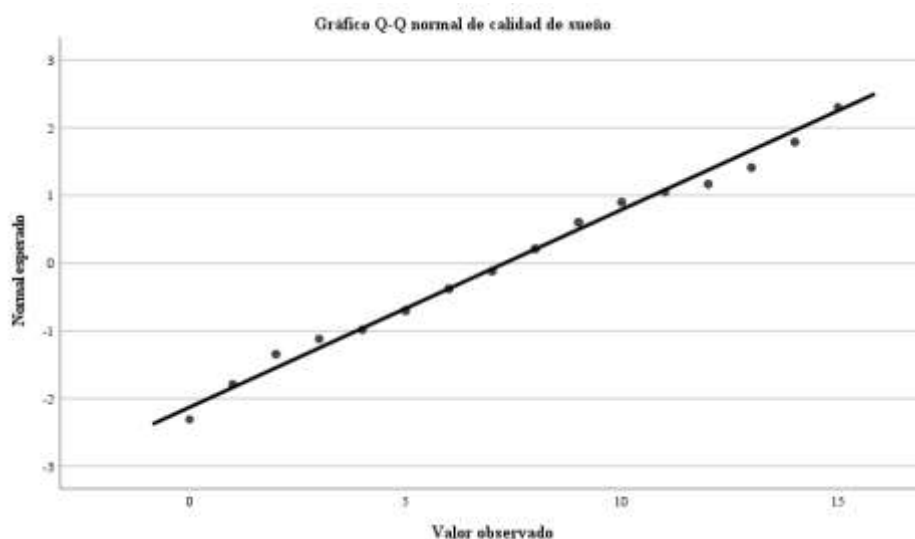
Prueba de normalidad de las puntuaciones de estrés laboral y calidad de sueño.

VARIABLE	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Estrés laboral	0.146	94	<0.001
Calidad de sueño	0.096	94	0.033

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en SPSS.

Figura 2:

Distribución de puntuaciones del PSIQ.



Fuente: Elaboración propia, gráfico generado en SPSS.

En la Figura 2 se grafica las puntuaciones del cuestionario sobre calidad de sueño. Se observa que no existe una aparente desviación aleatoria alrededor de la línea, excepto en los extremos, sin ser una notoria anormalidad en los valores. Sin embargo, en la tabla 12 se observa la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la cual evidenció diferencias estadísticamente significativas (p valor 0.03).

Tabla 13:

Rho de Spearman para correlación entre los puntajes de estrés laboral y calidad de sueño.

		Estrés laboral		Calidad de sueño
Rho de Spearman	Estrés laboral	Coeficiente de correlación	1.000	0.250
		Sig. (bilateral)	-	0.015
		N	94	
	Calidad de sueño	Coeficiente de correlación	0.250	1.000
		Sig. (bilateral)	0.015	-
		N	94	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en SPSS.

Dado que ambos cuestionarios no cumplieron el supuesto de normalidad, se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para evaluar la asociación entre las variables. En la tabla 13 se observa que existe relación positiva débil estadísticamente significativa entre las puntuaciones de estrés laboral y calidad de sueño.

4.2 Discusión

4.2.1 Discusión de resultados y análisis crítico

En el presente estudio, los niveles de estrés laboral observados en la población analizada fueron predominantemente bajos, lo que sugiere una carga psicosocial limitada en el contexto evaluado. Este hallazgo es consistente con lo reportado en estudios previos realizados en personal de salud, tanto en entornos de menor demanda laboral (Idiani y Warris, 2022), como en contextos con alta exigencia, como durante la pandemia por COVID-19 (Sahin et al., 2021, Le-Thi et al., 2022).

No obstante, otros trabajos, como la revisión sistemática de Girma et al. (2021), informan prevalencias considerablemente más elevadas de estrés laboral. Estas discrepancias podrían atribuirse a diferencias en las variables sociodemográficas de las poblaciones estudiadas, así como a factores contextuales y temporales, particularmente el período de realización de los estudios, muchos de los cuales fueron desarrollados durante la emergencia sanitaria, un escenario asociado a un incremento de demandas laborales y estrés psicosocial.

La ausencia de niveles elevados de estrés en el presente estudio podría reflejar condiciones laborales más favorables o la implementación de estrategias preventivas en el entorno evaluado. Sin embargo, la presencia de niveles moderados y elevados de estrés, aunque minoritaria, resalta la necesidad de un seguimiento continuo e intervención oportuna.

En esta investigación se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés laboral y la profesión; no obstante, este hallazgo debe interpretarse con cautela debido al carácter bivariado del análisis. Al contrastar estos resultados con los reportados por Grünheid y Hazem (2023), quienes no encontraron diferencias significativas entre los grupos profesionales, es importante considerar que, aunque ambos emplearon análisis estadísticos similares, el presente trabajo mostró una distribución asimétrica de las profesiones y un menor tamaño muestral, factores que podrían haber influido en la detección de asociaciones estadísticas.

Por otra parte, la mala calidad de sueño se evidenció como un problema altamente prevalente en la población analizada. Este resultado es consistente con múltiples investigaciones que reportan una elevada frecuencia de alteraciones del sueño en el personal de salud, tanto durante la pandemia por COVID-19 (Bakul y Heanoy, 2022; Scott et al., 2021) como en periodos posteriores (Coelho et al, 2023; Kendrick et al., 2024; Samaniego et al., 2022; Zurutuza et al., 2024), lo que sugiere que los trastornos del sueño constituyen una problemática persistente en este sector laboral.

La elevada prevalencia de mala calidad de sueño en el sector salud podría estar relacionada con las características inherentes del ejercicio profesional en salud, tales como la exposición a turnos rotativos, las jornadas prolongadas y los horarios irregulares; factores que alteran el equilibrio sueño-vigila y favorecen la desregulación del ritmo circadiano (Zurutuza et al., 2024). En este sentido, las condiciones laborales podrían desempeñar un papel relevante en la persistencia de alteraciones del sueño, independientemente del contexto epidemiológico.

En cuanto a la asociación entre estrés laboral y calidad de sueño, en el presente estudio no se encontró correlación entre las categorías de ambas variables. De manera complementaria, el análisis de las puntuaciones evidenció una correlación positiva débil y estadísticamente significativa entre las puntuaciones de ambas variables. Sin embargo, este resultado debe ser interpretado con cautela, dado que los instrumentos empleados fueron diseñados para la clasificación categórica y no para la comparación de puntuaciones continuas. En este sentido, el análisis categórico resulta más consistente con el objetivo principal de esta investigación.

Los resultados difieren con los hallazgos reportados por Deng et al. (2021), quienes encontraron una asociación entre la percepción de desequilibrio esfuerzo-recompensa y una mala calidad de sueño en personal sanitario. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias metodológicas, ya que dicho estudio utilizó el cuestionario ERI, que genera puntuaciones continuas, junto con el PSQI que categoriza el sueño, permitiendo el análisis entre variables cuantitativas y cualitativas. En contraste, el presente estudio se basó en el análisis categórico de las variables, sin evidenciar asociación estadísticamente significativa.

Finalmente, otra posible explicación de las diferencias observadas con respecto a estudios previos podría estar relacionada con la ausencia de control de variables de confusión. Factores como la edad, el sexo, el tipo de turno laboral, la carga horaria y otras condiciones laborales o individuales pueden influir tanto en la percepción de estrés como la calidad de sueño. Aunque se realizó análisis bivariados entre las variables sociodemográficas y las variables principales, esto no sustituye el uso de modelos multivariados que evalúen el efecto independiente de cada una. Por ello, futuros estudios deberían incorporar el control de variables de confusión, lo que permitirá una comprensión más integral de la relación entre factores psicosociales laborales y calidad de sueño.

4.2.2 Fortalezas y limitaciones

Este estudio aporta información relevante sobre la relación entre estrés laboral y la calidad de sueño en la población específica de trabajadores de la salud, mediante la implementación de instrumentos psicométricos validados internacionalmente, lo que fortalece la confiabilidad de las mediciones realizadas. Además, se aplicaron análisis tanto categóricos como de puntuaciones, lo que permitió una aproximación más amplia al comportamiento de las variables de estudio.

Entre las principales limitaciones del estudio, se encuentra el tamaño reducido de la muestra, lo que generó una distribución desigual entre el sexo, el estado civil y las profesiones, afectando la representatividad de los datos, por lo que los resultados obtenidos deben interpretarse con cautela y no deberían ser extrapolados a la población general. Así mismo, el diseño transversal limita la capacidad para determinar relaciones causales entre el estrés laboral y calidad de sueño, permitiendo únicamente identificar asociaciones en un momento específico del tiempo. Otra limitación importante corresponde al uso de instrumentos de autoinforme, lo que podría introducir sesgo de información, asociado a la percepción de los participantes y a posibles errores de recuerdo o deseabilidad social.

Finalmente, el análisis se basó en relaciones bivaridas, sin la aplicación de modelos multivariados que permitieran controlar posibles variables de confusión. Debido al diseño transversal y correlacional de la investigación, no fue posible controlar ni medir de manera exhaustiva todos los factores potencialmente asociados a estas variables. Entre las principales variables no controladas se incluyen:

- La presencia de patologías médicas o psiquiátricas previas (ansiedad, depresión, trastornos del sueño diagnosticados).
- El consumo de sustancias como cafeína, alcohol, tabaco o fármacos (hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos).
- Las características específicas de la jornada laboral, como número exacto de guardias mensuales, rotación de turnos, horas extraordinarias o trabajo nocturno continuo.
- Factores personales y contextuales como estrés familiar, responsabilidades de cuidado, nivel de actividad física y hábitos de higiene del sueño.

La ausencia de control de estas variables podría haber actuado como factores de confusión, influyendo en la relación observada entre el estrés laboral y la calidad del sueño, lo que limita la posibilidad de establecer relaciones causales directas.

En consecuencia, se recomienda que futuras investigaciones incluyan muestras más amplias y representativas, así como diseños longitudinales con análisis multivariados que permitan un mejor control, con el fin de profundizar en la comprensión de la relación entre el estrés laboral y calidad de sueño en el personal de salud.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

Considerando los hallazgos del presente estudio, que evidencian la presencia de estrés y una elevada prevalencia de mala calidad de sueño en el personal de salud, se plantea la necesidad de implementar estrategias orientadas a la prevención y promoción del bienestar físico, mental y social del entorno laboral. En base a ello, se propone una intervención dirigida a mejorar la calidad de sueño de los trabajadores del Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas, basada en recomendaciones de la literatura científica y adaptadas a la realidad institucional.

5.1. Título de la propuesta:

Dormir bien, sentirse bien

5.2 Objetivo general:

Mejorar la calidad del sueño y reducir el nivel de estrés laboral en los profesionales de la salud del Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas mediante la implementación de intervenciones educativas, organizativas y de apoyo psicológico.

5.3 Objetivos específicos

- Promover hábitos saludables del sueño mediante capacitaciones periódicas.
- Optimizar la organización de turnos y carga laboral.
- Habilitar espacios físicos adecuados para el descanso y autocuidado.
- Implementar un sistema de monitoreo y seguimiento periódico de la calidad de sueño y nivel de estrés.
- Brindar apoyo psicológico preventivo y terapéutico a los trabajadores

5.4 Estrategias y acciones

Educación y sensibilización:

- Talleres trimestrales sobre el manejo de estrés e higiene del sueño (modalidad virtual o presencial).
- Charlas sobre técnicas de relajación (mindfulness, respiración, pausas activas).
- Establecer un cronograma de sesiones en los que se aborden varios trastornos mentales relacionados a riesgo psicosocial, con énfasis en cómo reconocerlos y prevenirlos.

- Capacitaciones sobre hábitos dietéticos y de actividad física, y la reducción o eliminación de hábitos nocivos.
- Difusión de material educativo (guías impresas y audiovisuales).

Optimización de turnos y carga laboral

- Verificación y organización de horario, evitando más de 2 turnos diurnos o nocturnos consecutivos.
- En el caso de haber realizado jornadas extensas (turno diurno o nocturno) garantizar al menos 12 horas de descanso entre las jornadas.
- Revisión mensual de cargas laborales en áreas críticas.
- Redistribución y rotación del personal por todas las áreas, evitando el estancamiento en un solo servicio.
- Introducir obligatoriamente en todas las jornadas al menos 1 período de descanso en dos o más horarios, para que una parte del personal descanse, y posteriormente el personal faltante.

Áreas de descanso

- Instaurar áreas destinadas para la socialización entre los profesionales durante los períodos de descanso. Puede incluirse dentro de áreas para la alimentación del personal, mismo que debe incluir equipos para almacenar alimentos.
- Establecer áreas para el descanso del personal, a su vez esta deberá contar con al menos:
 - Iluminación de preferencia con luz natural o en su defecto con luces blancas durante el día respetando los umbrales establecidos. Para los descansos durante la noche, contar con un sistema de luces tenues con espectros de color cálidos.
 - Mobiliario para el descanso (sillas, muebles, camas) que cumpla estándares ergonómicos, así como mantenimientos preventivos de los mismos.
 - Ventilación adecuada del área, de ser posible, instaurar sistemas de aire acondicionado para evitar estrés térmico (tómese en cuenta las condiciones ambientales donde se encuentra establecida la unidad)
- Implementación de pausas activas programadas, las mismas pueden efectuarse cada

hora entre el personal disponible, respetando si estos se encuentran en período de descanso.

Apoyo y seguimiento de psicología

- Creación de una línea de atención psicológica solo para el personal de salud.
- Monitoreo de los niveles de estrés y calidad de sueño mediante la aplicación de instrumentos de forma semestral.
- Valoración preventiva de psicología de forma individual a los trabajadores, independiente de sus resultados en los cuestionarios, en períodos de 3 a 6 meses, con estrecho seguimiento a personal en el que se haya detectado alteraciones durante la consulta.
- Valoración inmediata en aquellos trabajadores en los que se haya evidenciado niveles altos de estrés o mala calidad de sueño, con seguimiento mensual de su estado.
- Sesiones grupales, puede organizarse por áreas de trabajo, para fortalecer el trabajo en equipo y redes de apoyo entre los empleados.

Evaluación y mejora continua

- Evaluación de indicadores: porcentaje de mejora de calidad de sueño, reducción del promedio de latencia, disminución de puntajes de estrés.
- Ajustes anuales del plan en base a los resultados

5.5 Recursos materiales y humanos

Se requiere la participación activa de todos los trabajadores, así como de los encargados de cada área. Es importante la vinculación del encargado distrital de salud ocupacional con el departamento de psicología existente en la unidad de salud, como capacitadores y educadores del presente programa. Los respectivos líderes de área y el administrador técnico pueden actuar como control logístico.

Entre el material necesario, se requiere aulas o espacios para las sesiones y talleres, material audiovisual como proyectores, computadores, pancartas, carteleras, folletos, entre otros. Inmuebles y mobiliarios para las áreas de descanso.

5.6 Cronograma de ejecución

Tabla 14:

Cronograma de ejecución de la propuesta

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Socialización del plan												
Talleres educativos												
Reorganización de turnos y constatación de horarios												
Adecuación de sala de descanso												
Aplicación de PSQI y OIT-OMS												
Valoración y seguimiento psicología												
Evaluación del plan de acción												

Fuente: Elaboración propia.

5.7 Limitaciones de la propuesta

Es importante señalar que algunas de las acciones propuestas, particularmente aquellas relacionadas con la reorganización de la carga laboral, adecuación de espacios físicos o modificaciones estructurales de la institución, exceden el alcance operativo directo del presente estudio y del rol del investigador. No obstante, su inclusión responde a la necesidad de abordar el estrés y la calidad de sueño desde una perspectiva integral, considerando que estos fenómenos están influenciados por varios factores organizacionales, ambientales y psicosociales.

La presente propuesta no pretende establecer intervenciones de ejecución inmediata, sino ofrecer lineamientos basados en evidencia que puedan servir como punto de partida para el diseño de políticas y programas de promoción del bienestar laboral adaptados al contexto institucional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En el personal sanitario del Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas, se observó un predominio de niveles bajos de estrés, con una baja proporción de participantes ubicados en niveles intermedios y elevados. Esto sugiere que, si bien en la población estudiada la carga psicosocial laboral percibida fue limitada, no es inexistente. Adicionalmente, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés laboral y la profesión, resultado que debe interpretarse con cautela tomando en cuenta las limitaciones del estudio.

La calidad de sueño se encontró afectada en una proporción considerable de los profesionales evaluados, evidenciándose una elevada prevalencia de mala calidad de sueño, lo que refuerza que las alteraciones del sueño constituyen una problemática importante en este grupo ocupacional.

En relación al objetivo principal de este estudio, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las categorías de estrés laboral y calidad de sueño. De forma secundaria, el análisis de las puntuaciones mostró una correlación positiva débil entre ambas variables, sin embargo, esto último debe ser interpretado con precaución, dado que los instrumentos empleados fueron diseñados para la clasificación categórica. En resumen, el presente estudio indica que, en la población analizada, las categorías de estrés laboral no se relacionan directamente con la calidad de sueño.

Finalmente, a pesar de que los niveles de estrés laboral son bajos en la población de estudio, la alta prevalencia de mala calidad de sueño evidencia la necesidad de una intervención temprana orientada a mejorar la higiene del sueño y factores relacionados con el trabajo, con la finalidad de preservar la salud integral del personal asistencial. Por lo que se diseñó una propuesta basada en estrategias de promoción del bienestar psicosocial reconociendo la necesidad de una intervención multidisciplinaria para su aplicación efectiva.

Recomendaciones

Implementar programas de higiene del sueño, desarrollando talleres y capacitaciones destinadas a promover hábitos saludables para el descanso, que incluyan pautas sobre rutinas de sueño y siestas, control de exposición a luces y pantallas, reducción de consumo de bebidas con cafeína o energizantes, y estrategias para mejorar el período de latencia del sueño.

Se sugiere a la institución fortalecer el clima laboral y la estructura organizacional, empezando desde los niveles inferiores hacia los superiores. También se recomienda mejorar la comunicación interna con los jefes inmediatos y con personal del distrito de salud, así como fomentar en los trabajadores la participación en la toma de decisiones competentes a su área y el establecimiento en general para que sientan que su opinión es escuchada y validada. Se debe establecer claridad en las funciones y responsabilidades de cada profesional.

De igual forma, considerar el diseñar cronogramas de horarios en los que se reduzca la frecuencia de turnos diurnos y nocturnos consecutivos, que permitan una adecuada recuperación del descanso entre jornadas, especialmente en los profesionales con una alta rotación de horarios. Implementar y fortalecer durante el desarrollo de sus actividades profesionales actividades de relajación, pausas activas, acompañamiento psicológico y campañas internas sobre la importancia de la salud mental.

Se recomienda el desarrollo de futuros estudios, que aborden esta problemática mediante muestras más amplias y representativas del personal de salud, incorporando diseños longitudinales y modelos de análisis multivariado que permitan evaluar el impacto independiente de diversos factores y profundizar en la comprensión de la relación entre estrés laboral y calidad de sueño.

REFERENCIAS

- Acuerdo ministerial MDT-2025-102. (2025). <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2025/08/Acuerdo-Ministerial-Nro.-MDT-2025-102-signed.pdf>.
- Acuerdo Ministerial No. MDT-2017-0082. (2017). Obtenido de <https://www.sersalud.com.ec/images/MDT-2017-0082.pdf>
- Alarcón, J., Pérez, M., & Ramírez, L. (2025). Burnout, associated factors, and mental health measures among Ecuadorian physicians: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 13. doi:10.3389/fpubh.2025.11989840
- Alvarado, L., Bretones, F., & Rodríguez, J. (2021). The effort-reward model and its effects on burnout among nurses in Ecuador. *Frontiers of Psychology*, 12, 760570. doi:10.3389/fpsyg.2021.760570
- American Psychological Association. (2025). *On the types of diathesis*. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/record/1987-10368-001>
- Asociación Médica Mundial. (Octubre de 2024). *Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-helsinki-amm-principios-eticos-para-investigaciones-medicas-seres-humanos>
- Bakul, F., & Heanoy, E. (28 de Octubre de 2022). Impact of COVID-19 anxiety on loneliness and sleep quality of students and professionals in Bangladesh. *Acta Psychologica*, 230, 103759. doi:10.1016/j.actpsy.2022.103759
- Benavides, P., & Ramos, C. (2019). Fundamentos Neurobiológicos del Sueño. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 73 - 80.
- Broerman, R. (2020). Diathesis-Stress Model. En V. Zeigler, & T. Shackelford (Edits.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (págs. 1193-1195). Cham, Suiza: Springer. doi:10.1007/978-3-319-24612-3_891

- Buitrago, L., Barrera, M., Plazas, L., & Catalina, C. (2021). Estrés Laboral: una revisión de las principales causas, consecuencias y estrategias de prevención. *Rev Investig Salud Univ Boyacá*, 131-146. doi:10.24267/23897325.553
- Buyse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (Mayo de 1988). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- Carpio, T., Mogrovejo, D., Nicolalde, T., Tapia, E., De Zeeuw, C., & Vinueza, M. (Enero-Febrero de 2021). Sleep quality does not mediate the negative effects of chronodisruption on body composition and metabolic syndrome in healthcare workers in Ecuador. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 15(1), 397-402. doi:10.1016/j.dsx.2021.01.017
- Carpio, T., Mogrovejo, D., Nicolalde, T., Tapia, E., De-Zeeuw, C., & Vinueza, M. (Enero-febrero de 2021). Sleep quality dos not mediate the negative effects of chronodisruption on body composition and healthcare workers in Ecuador. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(1), 397-402. doi:10.1016/j.dsx.2021.01.017
- Carralero, P., Hoyos, F., Deblas, Á., & García, M. (2013). Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 20(2), 44-48. doi:10.1016/j.medipa.2012.05.005
- Código del Trabajo. (2005). Obtenido de https://www.ces.gob.ec/lotaip/2020/Junio/Literal_a2/C%C3%B3digo%20del%20Trabajo.pdf
- Coelho, J., Lucas, G., Micoulaud-Franchi, Jean-Arthur, Tran, B., Yon, D., . . . Fond, G. (2023). Sleep timing, workplace well-being and mental health in healthcare workers. *Sleep Medicine*, 111, 123-132. doi:10.1016/j.sleep.2023.09.013
- Comunidad Andina. (2004). *Decisión 584. Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Obtenido de <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/INSTRUMENTO-ANDINO-DE-SEGURIDAD-Y-SALUD-EN-EL-TRABAJO.pdf>

- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Obtenido de https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Corredor, P., & Polanía, A. (2020). Calidad de sueño en estudiantes de la salud, Universidad de Boyacá (Colombia). *Medicina*, 8-18. Obtenido de <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1483/1853>
- Decreto Ejecutivo N° 255. (2024). Obtenido de <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/DECRETO-EJECUTIVO-255-REGLAMENTO-DE-SEGURIDAD-Y-SALUD-DE-LOS-TRABAJADORES.pdf>
- Deng, X., Fang, R., & Cai, Y. (22 de Mayo de 2021). Evaluation of correlation between effort-reward imbalance and sleep quality among community health workers. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 490. doi:10.1186/s12913-021-06526-w
- Direksunthorn, T. (2025). A narrative review of epidemiological evidence, mechanisms, and interventions. *Frontiers in Sleep Medicine*, 9(3), 1-14. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12482946/>
- Dominguez, S., Merino, C., & Torres, G. (Mayo de 2022). Análisis estructural y de fiabilidad de la Escala de estrés percibido (PSS) en profesionales de enfermería del Perú. *Enfermería clínica*, 32(3), 152-160. doi:10.1016/j.enfcli.2022.01.003
- Du, M., Yang, P., & Li, M. (2024). Impact of sleep problems on cardiometabolic risk: An integrated epidemiological and metabolomics study. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 16(1), 102. Obtenido de <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-024-01505-7>
- Dudutienė, D., Juodaitė, A., & Stukas, R. (3 de Abril de 2020). Developing Stress Management Programs in a Public Primary Healthcare Institution: Should We Consider Health Workers' Sociodemographics Groups? *Medicina (Kaunas)*, 56(4), 162. doi:10.3390/medicina56040162

- Flores, D., Boettcher, B., Quijada, J., Ojeda, R., Matamala, I., & González, A. (2019). Calidad del sueño en estudiantes de medicina de la Universidad Andrés Bello, 2019, Chile. *Medicas UIS*, 29-38. doi:<https://doi.org/10.18273/revmed.v34n3-2021003>
- Franklin, P., & Gkiouleka, A. (2021). A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*, 18(5), 2453. doi:[10.3390/ijerph18052453](https://doi.org/10.3390/ijerph18052453)
- García, P., López, E., & Sánchez, A. (2024). Measuring compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress among health-care providers in Ecuador during COVID-19 with the ProQOL-V5 questionnaire. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 18, e320. doi:[10.1017/dmp.2024.320](https://doi.org/10.1017/dmp.2024.320)
- García-Maroto, M., Luceño-Moreno, L., & Martín-García, J. (2022). Modelo esfuerzo-recompensa, salud y enfermedad en personal sanitario: una revisión sistemática. *Ansiedad y estrés*, 28(1), 16-29. doi:[10.5093/anyes2022a2](https://doi.org/10.5093/anyes2022a2)
- Giardino, D., Huck, C., Riddick, M., & Garay, A. (2020). The endless quarentine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep Medicine*, 76, 16-25. doi:[10.1016/j.sleep.2020.09.022](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.022)
- Girma, B., Nigussie, J., Molla, A., & Mareg, M. (2021). Occupational stress and asociated factors among health care professionals in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. doi:doi.org/10.1186/s12889-021-10579-1
- Girón, M., & Carrera, E. (2025). La incidencia del estrés y sobrecarga laboral en personal médico. *Journal Scientific MQRInvestigar*, 9(1). doi:[10.56048/MQR20225.9.1.2025.e296](https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.1.2025.e296)
- Gonzalez, M., Cortes, J., Rodriguez, D., Mira, J., Rodriguez, E., Salcedo, A., . . . Morales, J. (1 de septiembre de 2023). Acute Stress in Health Workers in Colombia 2017-2021: A cross-Sectional Study. *Int J Public Health*, 68. doi:[10.3389/ijph.2023.1606274](https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606274)

- Grünheid, T., & Hazem, A. (19 de Junio de 2023). Mental wellbeing of frontline health workers post-pandemic: lessons learned and a way forward. *Frontiers of Public Health*, 11, 1204662. doi:10.3389/fpubh.2023.1204662
- Guevara, M., & García, D. (2023). Calidad del sueño y su relación con el estrés laboral en los trabajadores. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 42-61. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4377
- Hassard, J., Teoh, K., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), 1-17. doi:10.1037/ocp0000069
- Hong, S. H., & Kim, J. (2024). Melatonin and metabolic disorders: Unraveling the interplay with glucose and lipid metabolism, adipose tissue, and inflammation. *Sleep Medicine Research*, 15(2), 45-59. Obtenido de <https://sleepmedres.org/upload/pdf/smr-2024-02159.pdf>
- Hoover, J., Bolton, P., Clonchmore, A., Sussman, L., & Frymus, D. (23 de Junio de 2023). Responding to the Impact of COVID-19 on the mental health and well being of health workers in LMICs. *Glob Ment Health (Camb)*, 23(10), e41. doi:10.1017/gmh.2023.30
- Hou, X., Hu, J., & Wang, E. (2023). Self-reported sleep disturbance as an independent predictor of all-cause and respiratory disease mortality. *International Journal of Public Health*, 68(10), 1605538. Obtenido de <https://www.ssph-journal.org/articles/10.3389/ijph.2023.1605538>
- Idiani, S., & Waris, L. (27 de Abril de 2022). Depression and Psychological Stress Among Health Workers in Remote Areas in Indonesia. *Frontiers in Public Health*, 10, 743053. doi:10.3389/fpubh.2022.743053
- Jensen, N., Lund, C., & Abrahams, Z. (1 de Marzo de 2022). Exploring effort-reward imbalance and professional quality of life among health workers in Cape Town, South Africa: a mixed-methods study. *Global Health Research and Policy*, 7(1), 7. doi:10.1186/s41256-022-00242-6

- Jia, Y., Chen, S., Deutz, N., Bukkapatnam, S., & Woltering, S. (2018). Examining the structure validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep and Biological Rhythms*. doi:10.1007/s41105-018-00201-0
- Johnson, V., & Hall, E. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-42. doi:10.2105/ajph.78.10.1336.
- Kain, J., & Jex, S. (2010). Karasek's (1979) job demands-control model: A summary of current issues and recommendations for future research. En P. Perrewé, & D. Ganster (Edits.), *New Developments in Theoretical and Conceptual Approaches to Job Stress*. EMERALD. doi:10.1108/S1479-3555(2010)0000008009
- Kalmbach, D., Anderson, J., & Drake, C. (Diciembre de 2018). The impact of stress on sleep: Pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian problems. *J Sleep Res*, 27(6), e12710. doi:10.1111/jsr.12710
- Karadas, A., & Duran, S. (4 de Noviembre de 2021). The effect of social support on work stress in health workers during the pandemic: The mediation role of resilience. *J Community Psychol*, 50(3), 1640-1649. doi:10.1002/jcop.22742
- Karasek, R. (Junio de 1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. doi:10.2307/2392498
- Kendrick, K., Ogeil, R. P., & Dunn, M. (9 de Noviembre de 2024). The prevalence and effect of poor sleep amongst paramedics: a systematic review. *Occupational Medicine*, 74(9), 639-646. doi:10.1093/occmed/kqae099
- Kiss, M., Cohen, O., McAlpine, C., & Swirski, F. (2024). Influence of sleep on pyshological systems in atherosclerosis. *Nature Cardiovascular Research*, 3(11), 1284-1300. doi:10.1038/s44161-024-00560-7
- Le-Thi Ngoc, A., Dang-Van, C., Lewycka, S., Van-Nuil, J., & Nguyen, P. (8 de Septiembre de 2022). Depression, anxiety, and stress among frontline health workers during the

- second wave of COVID-19 in southern Vietnam: A cross-sectional survey. *PLOS Global Public Health*, 2(9), e0000823. doi:10.1371/journal.pgph.0000823
- Ley Orgánica de Salud. (2006). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ley Orgánica de Servicio Público. (2009). Obtenido de https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic5_ecu_ane_mdt_4.3_ley_org_ser_p%C3%BAAb.pdf
- Litwiller, B., Snyder, L., Taylor, W., & Steele, L. (2016). The Relationship Between Sleep and Work: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 102(4), 682-699. doi:10.1037/apl0000169
- Ma, H.-Y., Chiang, N.-T., Kao, R.-H., & Lee, C.-Y. (Agosto de 2 de 2024). Health Workers' Mindfulness-Based Stress Reduction and Resilience During COVID 19 Pandemic. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 3691-3713. doi:10.2147/JMDH.S498084
- Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol*, 32(2), 634-645. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>
- Martinez, J., Santisi, G., Garofalo, A., Ramaci, T., & Barattucci, M. (2022). Validity and Psychometric Properties of the ILO-WHO Workplace Stress Scale: A Study with Workers from the Canarian Islands. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(7), 677-691. doi:10.3390/ejihpe12070051
- Miguel, J., Cooper, D., Avelar, F., Sanchez, L., Colin, T., Espinoza, E., . . . Jáuregui, K. (Marzo de 2020). Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to post-traumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Brain and Behavior*, 11(3), e02007. doi:10.1002/brb3.2007
- Miguel, J., Cooper, D., Avelar, F., Sanchez, L., Colin, T., Espinoza, E., . . . Jáuregui, K. (19 de Junio de 2021). Taking Care of Those Who Care. Attending Psychological Needs

of Health Workers in a Hospital in Madrid (Spain) During the COVID-19 Pandemic. *Current Psychiatry Reports*, 23(7), 44. doi:10.1007/s11920-021-01253-9

Miranda, U., & Acosta, Z. (2009). *BvSalud*. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/885032/texto-no-2-fuentes-de-informacion.pdf>

Moraes, K., Marín, H., & Jiménez, U. (20 de Mayo de 2021). Impact of Sleep Deprivation on Emotional Regulation and Immune System of Healthcare Workers as a Risk Factor for COVID 19: Practical Recommendations From a Task Force of the Latin American Association of Sleep Psychology. *Frontiers in Psychology*, 12. doi:10.3389/fpsyg.2021.564227

Moraes, K., Marín, H., & Jiménez, U. (2021). Impact of Sleep Deprivation on Emotional Regulation and the Immune System of Healthcare Workers as a Risk Factor for COVID 19: Practical Recommendations From a Task Force of the Latin American Association of Sleep Psychology. *Frontiers in Psichology*, 12, 564227. doi:10.3389/fpsyg.2021.564227

Murillo, M., Cejas, M., Liccioni, E., & Aldaz, S. (2023). *ENFOQUE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO: Una mirada de los métodos mixtos*. Barinas, Venezuela: FEDUEZ. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/374418696_ENFOQUE_CUANTITATIVO_y_CUALITATIVO_Una_mirada_de_los_metodos_mixtos

National Sleep Foundation. (3 de Noviembre de 2023). *Excessive sleepiness and Workplace Accidents*. (E. Suni, & A. Singh, Edits.) Obtenido de <https://www.sleepfoundation.org/excessive-sleepiness/workplace-accidents>

Nelson, K., Davis, J., & Corbett, C. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nurs Forum*, 144-151. doi:<https://doi.org/10.1111/nuf.12659>

O.I.T. (2016). *Estrés en el trabajo: Un reto colectivo*. Turín, Italia: Centro Internacional de Formación de la OIT.

- Ogunsemi, O., Afe, O., & Hesham, A. (Julio-Septiembre de 2017). Quality of sleep and well-being of health workers in Najran, Saud Arabia. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(3), 347-351. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_241_16
- Organización Mundial de la Salud. (7 de noviembre de 2022). *Salud ocupacional: los trabajadores de la salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2024). *La salud mental en el trabajo*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Paccha, M., & Torres, J. (2024). Impacto de trastornos del sueño en trabajadores de la salud. *Revista Multidisciplinaria Perspectivas Investigativas*, 4, 91-96. doi:10.62574/rmpi.v4iespecial.113
- Pazmiño, Edgar, Alvear, M., Saltos, I., & Pazmiño, D. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 166-175. doi:10.1016/j.rcp.2020.12.007
- Pérez, C., Torres, D., & Morales, S. (2022). Psychosocial risk factors in the health sector. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 18720-18735. doi:10.37811/cl_rcm.v6i3.18720
- Pilcher, J., & Morris, D. (31 de Enero de 2020). Sleep and Organizational Behavior: Implications for Workplace Productivity and Safety. *Frontiers in Psychology*, 11(45). doi:10.3389/fpsyg.2020.00045
- Quispe, A., Valentin, E., Gutierrez, A., & Mares, J. (2020). Serie de Redacción Científica: Estudios Transversales. *Rev. cuerpo méd. HNAAA*, 13(1), 72-77. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v13n1/2227-4731-rcmhnaaa-13-01-72.pdf>
- Restrepo, M., Escobar, M., Marín, L., & Restrepo, D. (2023). Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de salud en

Medellín durante la pandemia por COVID 19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(1), 51-57. doi:10.1016/j.rcp.2021.02.001

Rivera-Ávila, D., Rivera-Hermosillo, J., & Gonzáles, C. (2017). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación en Educación Médica*, 6(21), 25-34. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/invedumed/iem-2017/iem1721e.pdf>

Rozmann, N., Fusz, K., Macharia, J., Sipos, D., Kivés, Z., Kövesdi, O., & Raposa, B. (2025). Occupational stress and sleep quality among hungarian nurses in the post-COVID era: A cross-sectional study. *Healthcare*, 13(16), 2029. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare13162029>

Sahin, S., Arslan, E., Atalay, Ü., Demir, B., Elboga, G., & Altidang, A. (16 de Marzo de 2021). Psychological impact of COVID-19 outbreak on health workers in a university hospital in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 81-90. doi:10.1080/13548506.2021.1900578

Samaniego, M., Distefano, J., & Ayala, N. (2022). Calidad de sueño y satisfacción laboral en médicos residentes. *Medicina clínica y social*, 26-32. doi:<https://doi.org/10.52379/mcs.v6i1.235>

Scott, A., Webb, T., Martyn, M., Rowse, G., & Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicina Reviwes*. doi:10.1016/j.smr.2021.101556

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol*, 1, 27-43.

Siegrist, J. (2009). Job control and reward: effects on well-being. En S. Cartwright, C. Cooper, & O. u.a (Ed.), *The Oxford Handbook of Organization Well-Being* (págs. 109-132). Oxford University Press.

Siegrist, J. (2016). Effort-Reward Imbalance Model. En G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (Vol. 1). Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-800951-2.00009-1

- Souza, L., Mininel, V., & Sato, T. (2023). Sleep quality as a mediator of burnout, stress and multisite musculoskeletal pain in healthcare workers: a longitudinal study. *Healthcare (Basel)*, 11(18), 2476. doi:10.3390/healthcare11182476
- Suárez, Á. (2013). Adaptación de la Escala de Estrés Laboral de la OIT-OMS en trabajadores de 25 a 35 años de edad en un Contact Center de Lima. *Revista PsiqueMag*, 2(1), 33-50. Obtenido de <http://blog.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/8/8>
- Wang, Y., Liu, H., & Chen, X. (2022). The relationship between occupational stressors and insomnia in nurses: The mediating effect of psychological capital. *Frontiers in Psychology*, 13, 1070809. doi:10.3389/fpsyg.2022.1070809
- Yella, T., & Dmello, M. (11 de Julio de 2022). Burnout and sleep quality among community health workers during the pandemic in selected city of Andhra Pradesh. *Clin Epidemiol Glob Health*, 16, 101109. doi:10.1016/j.cegh.2022.101109
- Zapata, C., & Riera, V. (2024). Riesgos psicosociales y estrés laboral en trabajadores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Ambato, Ecuador. *Revista Electrónica de Ciencias Gerenciales*, 6(10), 4-23. doi:10.35381/gep.v6i10.60
- Zurutuza, J., Ovando, L., Lezama, M., Morales, J., Melgarejo, M., & Ortiz, C. (19 de Marzo de 2024). Factors Associated With Poor Sleep Quality Among Primary Healthcare During the SARS-CoV-2 Pandemic. *Cureus*, 16(3). doi:10.7759/cureus.56502

Anexos

Cuestionario sobre estrés laboral de la OIT – OMS

Para cada ítem se debe indicar con qué frecuencia la condición descrita es una fuente actual de estrés, anotando el número que mejor la describa. Marque con una X su elección según los siguientes criterios:

1. si la condición NUNCA es fuente de estrés.
2. si la condición RARAS VECES es fuente de estrés.
3. si la condición OCASIONALMENTE es fuente de estrés.
4. si la condición ALGUNAS VECES es fuente de estrés.
5. si la condición FRECUENTEMENTE es fuente de estrés.
6. si la condición GENERALMENTE es fuente de estrés.
7. si la condición SIEMPRE es fuente de estrés.

No.	Condición	1	2	3	4	5	6	7
1	La gente no comprende la misión y metas de la organización.							
2	La forma de rendir informes entre superior y subordinado me hace sentir presionado.							
3	No estoy en condiciones de controlar las actividades de mi área de trabajo.							
4	El equipo disponible para llevar a cabo el trabajo a tiempo es limitado.							
5	Mi supervisor no da la cara por mí ante los jefes.							
6	Mi supervisor no me respeta.							
7	No soy parte de un grupo de trabajo de colaboración estrecha.							
8	Mi equipo no respalda mis metas profesionales.							
9	Mi equipo no disfruta de estatus o prestigio dentro de la organización.							
10	La estrategia de la organización no es bien comprendida.							
11	Las políticas generales iniciadas por la gerencia impiden el buen desempeño.							
12	Una persona a mi nivel tiene poco control sobre el trabajo.							
13	Mi supervisor no se preocupa de mi bienestar personal.							
14	No se dispone de conocimiento técnico para seguir siendo competitivo.							
15	No se tiene derecho a un espacio privado de trabajo.							
16	La estructura formal tiene demasiado papeleo.							
17	Mi supervisor no tiene confianza en el desempeño de mi trabajo.							
18	Mi equipo se encuentra desorganizado.							
19	Mi equipo no me brinda protección en relación con injustas demandas de trabajo que me hacen los jefes.							
20	La organización carece de dirección y objetivo.							
21	Mi equipo me presiona demasiado.							
22	Me siento incómodo al trabajar con miembros de otras unidades de trabajo.							
23	Mi equipo no me brinda ayuda técnica cuando es necesario.							
24	La cadena de mando no se respeta.							
25	No se cuenta con la tecnología para hacer un trabajo de importancia.							

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh

Las siguientes preguntas se refieren a la forma en que normalmente ha dormido únicamente durante el último mes. Sus respuestas intentarán ajustarse de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor, conteste a TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes: ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse? _____
2. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, normalmente, las noches, del último mes? _____
3. ¿A qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana durante el último mes? _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama). _____

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

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

5a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora

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

5b. Despertarse durante la noche o de madrugada

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

5c. Tener que levantarse para ir al servicio

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

5d. No poder respirar bien

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

5e. Toser o roncar ruidosamente

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

5f. Sentir frío

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

5g. Sentir demasiado calor

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

5h. Tener pesadillas o malos sueños

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

5i. Sufrir dolores

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

5j. Otras razones. (por favor, descríbalas a continuación): _____

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

☐ Ninguna vez en el último mes

☐ Menos de una vez a la semana

☐ Una o dos veces a la semana

☐ Tres o más veces a la semana

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

☐ Ninguna vez en el último mes

☐ Menos de una vez a la semana

☐ Una o dos veces a la semana

☐ Tres o más veces a la semana

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

☐ Ningún problema

☐ Sólo un leve problema

☐ Un problema

☐ Un grave problema

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

☐ Bastante Buena

☐ Buena

☐ Mala

☐ Bastante mala