	<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAR113</b>
	<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
	<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>PAGINA: 1 de 8</b>

**FECHA** viernes, 30 de noviembre de 2018

Señores  
**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA**  
 BIBLIOTECA  
 Ciudad

<b>UNIDAD REGIONAL</b>	Extensión Facatativá
<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	Trabajo De Grado
<b>FACULTAD</b>	Ciencias Sociales, Humanidades Y Ciencias Póliticas
<b>NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO</b>	Pregrado
<b>PROGRAMA ACADÉMICO</b>	Psicología

El Autor(Es):

<b>APELLIDOS COMPLETOS</b>	<b>NOMBRES COMPLETOS</b>	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>
Peña Rodríguez	Iván Alfredo	1.070.956.865
Nieto Olarte	Lina Paola	1.070.975.943
Sánchez Preciado	Diana Mayerli	1.070.981.063

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca  
 Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000  
 www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
 NIT: 890.680.062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad  
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional



**MACROPROCESO DE APOYO  
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO  
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**CÓDIGO: AAAr113  
VERSIÓN: 3  
VIGENCIA: 2017-11-16  
PAGINA: 2 de 8**

Director(Es) y/o Asesor(Es) del documento:

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
Cortes Lugo	Rafael Leonardo

TÍTULO DEL DOCUMENTO
<b>RELACIÓN ENTRE ESTRÉS PERCIBIDO Y CALIDAD DEL SUEÑO EN ENFERMERAS DE LOS TURNOS NOCTURNO Y ROTATIVO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ</b>

SUBTÍTULO (Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)
NO APLICA

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía
Psicólogo / Psicóloga

AÑO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO	NÚMERO DE PAGINAS
20/11/2018	107 pág.

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS (Usar 6 descriptores o palabras claves)	
ESPAÑOL	INGLÉS
1. Estrés	1. Stress
2. Calidad del Sueño	2. Sleep Quality
3. Enfermeras	3. Nurses



**RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS**  
(Máximo 250 palabras – 1530 caracteres, aplica para resumen en español)

El estrés y la mala calidad en el sueño son hoy en día los acompañantes de la jornada laboral y de la vida en general, siendo el estrés un modificador o modulador de la cantidad y calidad de sueño, pero a su vez la calidad de sueño transforma los niveles de estrés.

En la investigación se buscó determinar la relación entre estrés percibido y calidad de sueño en las enfermeras de los turnos nocturno y rotativo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Facatativá, evaluando el estrés percibido por medio de la Escala de Estrés Percibido, Versión 14 y Calidad de sueño mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, Versión Colombiana (ICSP-VC). Relacionando y analizando los resultados de los componentes de las pruebas y estableciendo diferencias entre estas dos variables en las enfermeras que laboran en turno nocturno y en turno rotativo.

Siendo enfoque investigativo cuantitativo, de corte cognitivo y con un alcance correlacionar. Se evidenció que 55,10% poseían estrés leve y un 79,59% obtuvieron mala calidad de sueño. Con respecto a la relación entre variables, se halló que estas tienen una correlación positiva (.258) y significativa ( $p=0,010$ ), Asegurando con un 95% de confianza que mientras una variable aumenta, la otra también, es decir, entre más puntaje en la escala de estrés percibido el cual indica mayor estrés, mayor puntaje en el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, indicando peor calidad.

Stress and poor quality in sleep are today the companions of the workday and of life in general, with stress being a modifier or modulator of the quantity and quality of sleep, but at the same time the quality of sleep transforms stress levels.

The research sought to determine the relationship between perceived stress and sleep quality in the nurses of the night and rotating shifts of the E.S.E. San Rafael de Facatativá Hospital, evaluating perceived stress through the Perceived Stress Scale, Version 14 and Sleep Quality using the Pittsburg Sleep Quality Index, Colombian Version (ICSP-VC). Relating and analyzing the results of the components of the tests and establishing differences between these two variables in the nurses who work in the night shift and in the rotating shift.

Being quantitative research approach, cognitive and with a correlated scope. It was evidenced that 55.10% had mild stress and 79.59% had poor sleep quality. With regard to the relationship between variables, it was found that these have a positive (258) and significant ( $p = 0.010$ ) correlation, assuring with a 95% confidence that while one variable increases, the other also, that is, the more score on the perceived stress scale which indicates



higher stress, higher score on the Pittsburgh quality of sleep index, indicating worse quality.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN**

Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado una alianza, son:  
 Marque con una "X":

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)		SI	NO
1. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.	X		



2. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.	X	
3. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.	X	
4. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son



*propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.*

**NOTA:** (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

**Información Confidencial:**

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado.

**SI \_\_\_ NO \_X\_**

En caso afirmativo expresamente indicará (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

**LICENCIA DE PUBLICACIÓN**

Como titular(es) del derecho de autor, confiero (erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).
- b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.
- c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos;



ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en el "Manual del Repositorio Institucional AAAM003"

i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons: Atribución- No comercial- Compartir Igual.



j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.



**Nota:**

Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional está en el(los) siguiente(s) archivo(s).



Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. PerezJuan2017.pdf)	Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)
1. Relación entre Estrés Percibido y Calidad del Sueño en Enfermeras de los turnos Nocturno y Rotativo del Hospital San Rafael de Facatativá.pdf	Texto

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA (autógrafa)
Peña Rodríguez Iván Alfredo	
Nieto Olarte Lina Paola	
Sánchez Preciado Diana Mayerli	

12.1.50



**RELACIÓN ENTRE ESTRÉS PERCIBIDO Y CALIDAD DEL SUEÑO EN  
ENFERMERAS DE LOS TURNOS NOCTURNO Y ROTATIVO DEL HOSPITAL SAN  
RAFAEL DE FACATATIVÁ**



**IVÁN ALFREDO PEÑA RODRÍGUEZ  
LINA PAOLA NIETO OLARTE  
DIANA MAYERLI SÁNCHEZ PRECIADO**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANIDADES Y CIENCIAS POLÍTICAS  
PSICOLOGÍA  
FACATATIVÁ, CUNDINAMARCA  
20 de Noviembre de 2018**

**RELACIÓN ENTRE ESTRÉS PERCIBIDO Y CALIDAD DEL SUEÑO EN  
ENFERMERAS DE LOS TURNOS NOCTURNO Y ROTATIVO DEL HOSPITAL SAN  
RAFAEL DE FACATATIVÁ**



**IVÁN ALFREDO PEÑA RODRÍGUEZ  
LINA PAOLA NIETO OLARTE  
DIANA MAYERLI SÁNCHEZ PRECIADO**

**DOCENTE ASESOR  
RAFAEL LEONARDO CORTES LUGO**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANIDADES Y CIENCIAS POLÍTICAS  
PSICOLOGÍA  
FACATATIVÁ, CUNDINAMARCA  
20 de Noviembre de 2018**

## **Dedicatoria**

### ***Iván Alfredo Peña Rodríguez***

*Para ti mi Teo, porque con tú llegada haces que sea más fuerte. Para ti esposa, porque sin tu apoyo esto no sería posible. Para ustedes Mamá, Papá y hermanas por una vida compartida. Así mismo dedico esta investigación a mis ángeles del cielo por alumbrar siempre mi camino y a cada una y uno de mis colegas por el apoyo incondicional y por la contribución a la ciencia psicológica.*

### ***Diana Mayerli Sánchez Preciado***

*Este proyecto lo dedico al guía de mi vida, Dios, quien hizo posible que esto sucediera, además del apoyo absoluto de mi familia, quienes son mi fuerza, mi ánimo y los pilares, para continuar en el camino llamado vida.*

### ***Lina Paola Nieto Olarte***

*Dedico este proyecto a Dios por iluminarme, guiarme en cada momento de mi vida y premiarme con el fruto de la dedicación, y el esfuerzo. A mi familia, por su compañía, comprensión y ayuda en todo tiempo. A mi compañero de vida, amor y amigo, que con su apoyo incondicional, me anima continuamente a ser valiente y no desfallecer, en esta etapa que culmina y en aquellas que se avecinan.*

### **Agradecimiento**

*Agradecemos el resultado de todo nuestro trayecto y esfuerzo a Dios, a nuestros seres queridos, a aquellos que estuvieron a nuestro lado en el día a día y que con su apoyo aportaron buenos deseos y acciones para que lográramos culminar esta etapa.*

*Extendemos nuestra gratitud al Comité de Ética Médica del Hospital San Rafael de Facatativá por otorgarnos su colaboración en el desarrollo de este proyecto, sobre todo a la Enfermera Ángela Peña por mediar y creer en esta investigación.*

*A la Universidad de Cundinamarca y a cada uno de los docentes que con su tiempo y paciencia, contribuyeron a la culminación de este mismo, instruyéndonos y guiándonos para dar lo mejor, en especial, nuestro docente asesor Rafael Cortes y el docente Ricardo Narvárez.*

## Tabla de contenido

1. Lista de tablas .....	7
2. Lista de figuras .....	8
3. Resumen .....	9
4. Abstract.....	10
5. Introducción.....	11
6. Justificación .....	12
7. Planteamiento del problema .....	17
8. Objetivos.....	20
8.1. Objetivo General .....	20
8.2 Objetivos específicos.....	20
9. Marco Teórico .....	21
9.1. Estrés Percibido.....	21
9.1.2 Historia del término de estrés .....	28
9.1.3. Estrés en profesionales de la salud .....	30
9.2. Calidad de sueño .....	32
9.2.1 Historia y evolución en estudios del término sueño. ....	35
9.2.2. Calidad de sueño en profesionales de la salud. ....	36
9.3 Estrés y Calidad de Sueño en Enfermeras.....	38
10. Marco Empírico .....	39
11. Marco legal .....	48
12. Marco Metodológico.....	50
12.1. Paradigma epistemológico.....	50
12.2. Enfoque.....	51
12.2.1. Enfoque de investigación.....	51
12.2.2. Enfoque psicológico.....	51
12.3. Diseño o tipo de investigación.....	52
12.3.1. Subtipo de investigación. ....	52
12.4. Población .....	53
12.4.1. Muestra. ....	53
12.5. Variables.....	54
12.5.1. Datos Sociodemográficos .....	54
12.5.2. Estrés percibido.....	54

12.5.3.	Calidad de sueño.....	55
12.6.	Técnica de recolección de datos.....	56
12.6.1.	Instrumentos.....	56
12.7.	Plan estadístico.....	60
12.8.	Hipótesis.....	62
12.8.1.	Hipótesis de trabajo (Hi).....	62
12.8.2.	Hipótesis nula (Ho).....	62
12.9.	Procedimiento.....	62
12.9.1.	Etapas de Pre-Aplicación.....	62
12.9.2.	Etapas de aplicación.....	63
12.9.3.	Etapas de Post-Aplicación.....	63
12.9.4.	Cronograma.....	64
12.9.5.	Lineamientos éticos.....	64
13.	Resultados.....	65
14.	Discusión.....	7
15.	Conclusiones.....	15
16.	Recomendaciones.....	16
17.	Referencias.....	17
18.	Anexos.....	33

## 1. Lista de tablas

Tabla 1 Criterios de Selección .....	54
Tabla 2 Componentes de la Escala de Estrés Percibido.....	55
Tabla 3 Componentes del Índice de Calidad de Sueño.....	55
Tabla 4 Datos Sociodemográficos. ....	66
Tabla 5 Comparacion de turnos para cada variable .....	3
Tabla 6 Correlación entre estrés percibido y calidad del sueño.....	3
Tabla 7 Correlación de estrés percibido y calidad de sueño con los respectivos ítems de la EEP-14 .....	5
Tabla 8 Correlación de calidad de sueño y estrés percibido componentes del ICSP-VC.....	5
Tabla 9 Correlación ítems de la EEP-14 y los componentes del ICSP-VC .....	6

## 2. Lista de figuras

Figura 1: Valoración cognitiva propuesta por Lazarus.....	26
Figura 2: Porcentaje dimensiones de estrés percibido y calidad del sueño.....	2
Figura 3: En el diagrama de dispersión .....	4



### 3. Resumen

El estrés y la mala calidad en el sueño son hoy en día los acompañantes de la jornada laboral y de la vida en general, siendo el estrés un modificador o modulador de la cantidad y calidad de sueño, pero a su vez la calidad de sueño transforma los niveles de estrés.

En la investigación se buscó determinar la relación entre estrés percibido y calidad de sueño en las enfermeras de los turnos nocturno y rotativo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Facatativá, evaluando el estrés percibido por medio de la Escala de Estrés Percibido, Versión 14 y Calidad de sueño mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, Versión Colombiana (ICSP-VC). Relacionando y analizando los resultados de los componentes de las pruebas y estableciendo diferencias entre estas dos variables en las enfermeras que laboran en turno nocturno y en turno rotativo.

Siendo enfoque investigativo cuantitativo, de corte cognitivo y con un alcance correlacionar. Se evidenció que 55,10% poseían estrés leve y un 79,59% obtuvieron mala calidad de sueño. Con respecto a la relación entre variables, se halló que estas tienen una correlación positiva (,258) y significativa ( $p=0,010$ ), Asegurando con un 95% de confianza que mientras una variable aumenta, la otra también, es decir, cuanto más puntaje en la escala de estrés percibido el cual indica mayor estrés, mayor puntaje en el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, indicando peor calidad.

**Palabras clave:** Estrés, Calidad del Sueño, Enfermeras.

#### 4. Abstract

Stress and poor quality in sleep are today the companions of the workday and of life in general, with stress being a modifier or modulator of the quantity and quality of sleep, but at the same time the quality of sleep transforms stress levels.

The research sought to determine the relationship between perceived stress and sleep quality in the nurses of the night and rotating shifts of the E.S.E. San Rafael de Facativá Hospital, evaluating perceived stress through the Perceived Stress Scale, Version 14 and Sleep Quality using the Pittsburg Sleep Quality Index, Colombian Version (ICSP-VC). Relating and analyzing the results of the components of the tests and establishing differences between these two variables in the nurses who work in the night shift and in the rotating shift.

Being quantitative research approach, cognitive and with a correlated scope. It was evidenced that 55.10% had mild stress and 79.59% had poor sleep quality. With regard to the relationship between variables, it was found that these have a positive (258) and significant ( $p = 0.010$ ) correlation, assuring with a 95% confidence that while one variable increases, the other also, that is, the more score on the perceived stress scale which indicates higher stress, higher score on the Pittsburgh quality of sleep index, indicating worse quality.

**Keywords:** Stress, Sleep Quality, Nurses.

## **5. Introducción**

El sector salud se enfrenta de manera constante a algunos agentes psicológicos inmersos en el contexto laboral y en la atención de usuarios. Cuando se presentan dificultades como una mala calidad de sueño o un exceso de estrés, afectan el desempeño del mismo personal, por tal motivo surge la necesidad de investigar la calidad de sueño y el estrés percibido presente en la población de enfermeras y auxiliares de enfermería del Hospital San Rafael de Facatativá, una Institución que ofrece su servicio a Sabana de Occidente; que de manera continua ofrece su atención y profesionalismo en beneficio de los pacientes.

El estudio tomo una muestra de 104 enfermeras y auxiliares. Con base en esto se indagó el posible estado con respecto a la calidad de sueño y estrés percibido a través de la administración y aplicación de dos instrumentos en los turnos nocturno y rotativo con el fin de determinar la existencia de una relación e igualmente identificar las diferencias presentes en los datos obtenidos de la escala de estrés percibido y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh.

## 6. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (2010) y los estados miembros han propuesto que la cobertura de salud debe ser universal, donde todas las personas tengan acceso a los diferentes servicios de salud sin sufrir dificultades económicas al pagar por ellos. Este objetivo se va cumpliendo en algunos países y según el Banco Mundial (2017) se han registrado avances significativos en las últimas dos décadas en la mayoría de las regiones a pesar de los enormes desafíos que aún se presentan.

Un claro ejemplo de esto es España, donde el sector de la salud es el segundo de más rápido crecimiento y su fuerza laboral la desempeñan en mayor medida las mujeres, sin embargo, este crecimiento, el cual es producto de una mayor cobertura, ha traído consigo una variedad de riesgos para los profesionales tales como los pinchazos, lesiones, alergias, estrés, entre otros, produciendo a su vez un aumento en las tasas de lesiones y accidentes laborales en comparación de hace una década según lo refiere el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC (2016) del Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacional NIOSH, del mismo país.

En Colombia, el panorama no es diferente y el sector salud es uno de los de mayor crecimiento, el cual ha pasado de cubrir el 33% a cubrir el 96% de la población para el año 2012, movilizando recursos por cerca de 46 billones de pesos al año según indica Fedesarrollo (Núñez & Zapata, 2012). Así mismo, menciona la Superintendencia Nacional de Salud (2017) que se manejaron en el sector ingresos cercanos a los 45,9 billones de pesos en el año 2015 -cifra similar a la indicada por Fedesarrollo en el 2012- y de 49,9 billones de pesos en el año 2016, lo que muestra un incremento amplio, producto de una mayor cobertura de la población colombiana, pero a su vez, indicando un incrementando en la carga laboral, en los riesgos y las afectaciones de los profesionales de salud.

Uno de los riesgos ya mencionados es el estrés, el cual y según lo indica el CDC del NIOSH (2016) se relaciona directamente con los turnos, por lo que un aumento en la cantidad de los mismos, en la carga laboral o simplemente el turno asignado generan un impacto tanto en la atención que se le brinda a los usuarios/pacientes como en la propia calidad de vida del profesional de la salud (Marín & Usma, 2012).

Según el Ministerio del Trabajo (2013) los empleados del sector salud en Colombia realizan turnos de 9 a 12 horas (51,60%) ya sea en un turno fijo de día o de noche, o en turno rotativo (9,10%) y realizan de 9 a 12 horas adicionales con relación a la semana inmediatamente anterior (5,83%). No obstante, se ha demostrado que el trabajar por turnos, especialmente en el turno de la noche y rotativo, tiene efectos negativos en la salud y el bienestar físico y mental del trabajador tales como el estrés, ansiedad, depresión, fatiga, problemas relacionados a la calidad del sueño y trastornos del sueño, entre otros (Feo, 2007) siendo evidenciado por Cozzo y Reich (2016) en una investigación de tipo cuantitativa-correlacional realizada en enfermeros, fisioterapeutas y médicos, encontrando relación inversamente proporcional muy significativa entre estrés y calidad de vida (P.771), demostrando que a mayor nivel de estrés, menor calidad de vida y salud mental.

A su vez, la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la calidad del sueño, siendo este último un excelente indicador para conocer el estado de salud y la calidad de vida tanto de muestras clínicas como en población general (Miró, Cano & Buela, 2005).

Todo lo anterior revela que el estrés y la mala calidad en el sueño son hoy en día los acompañantes de la jornada o turno laboral y de la vida habitual (González, 2012) siendo el estrés en grados altos un riesgo tanto para el bienestar físico ya que trae consigo aumento en el ritmo cardiaco, tensión muscular, insomnio e hipersomnio, generando alteraciones gastrointestinales, respiratorias y/o cardiovasculares, pero a su vez siendo riesgoso para el bienestar psicológico del

sujeto, debido a que afecta su área mental, emocional y social y lo lleva a presentar conductas que denotan baja autoestima, frustración, incapacidad para la toma de decisiones, dificultad para concentrarse, angustia, depresión, enojo, problemas de memoria, hipersensibilidad, irritabilidad, culpa, dificultades para relacionarse y distanciamiento (Durán, 2010).

Todo lo anterior puede llegar a afectar el sueño de la persona, y una mala calidad del mismo repercute en el funcionamiento diurno deteriorando la capacidad de atención y concentración, alterando el estado de ánimo y llevando incluso a adquirir hábitos desadaptativos o disruptivos tales como el uso y abuso de drogas y/o alcohol, pasar tiempo excesivo en la cama y tener horarios irregulares de sueño, generando a su vez grados altos de estrés (Marín, Franco, Vinaccia, Tobón & Sandín, 2008). Acorde con lo anterior, se evidencia que el estrés y la calidad del sueño tienen una relación bidireccional, donde el estrés modifica o modula de la cantidad y calidad de sueño, pero a su vez la cantidad y calidad de sueño regula de los niveles de estrés (Del Río, 2006).

En personal de enfermería específicamente se ha encontrado que las mujeres son las más estresadas en comparación con los hombres, así mismo las que trabajan en el turno nocturno y turno rotativo, siendo el turno rotativo, a su vez, en donde se presenta la peor calidad de sueño (Pereira & de Sousa, 2011; Cremades, Maciá, López, Pedraz & González, 2017; Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas & Licon, 2014; De Melo & Ferraz, 2013; Téllez, Villegas, Juárez, Segura & Avilés, 2015). De igual manera, se ha evidenciado que algunos de los factores principales de estrés en esta población son la falta de personal con porcentajes que oscilan entre 17% y 92,4% y la carga de trabajo con porcentajes entre 48,8% y el 51,9% (Castillo et al., 2014; Cortaza & Francisco, 2014 & Martín, 2015).

En el municipio de Facatativá, el cual es cabecera municipal, se encuentra ubicado el Hospital San Rafael de Facatativá, un ente Público de II nivel de complejidad que presta atención médica

no sólo al municipio, sino a la Sabana de Occidente, y que para el año 2008 contaba con un recurso humano de 0,31 enfermeros y 0,86 auxiliares de enfermería por cada 1000 habitantes (Lobatón & Marín, 2011) lo que demuestra ser un problema social debido a la escasez de trabajadores y la alta demanda de pacientes, asumiendo que se presenta gran variedad de riesgos para el profesional de la salud tales como el estrés o la mala calidad del sueño, los cuales deterioran su bienestar psicosocial, generando un estado de vulnerabilidad ante los accidentes laborales y volviéndolo proclive a conductas que demuestran falta de interés o apatía, afectando la calidad de atención que se le brinda al paciente.

Esto último ha sido evidenciado en la Institución por Pico y Garay (2015) quienes demostraron que el 100% del personal de Cuidado Intensivo siente que el trabajo lo desgasta, el 66% se siente agotado, con poca energía, fatigado porque no descansa lo suficiente y sienten que los problemas laborales influyen en su familia, el 50% se siente vacío cuando termina su jornada laboral y el 33% siente que está afectando negativamente la vida de otras personas. Igualmente, se ha demostrado que en el III trimestre del año 2016 el 58,3% de quejas aproximadamente, fueron por motivos relacionados a la mala actitud y la atención inoportuna en la Institución (Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá, 2016), y se ha señalado, así mismo, la falta de atención pertinente y eficaz en el servicio de urgencias en el 32% de una muestra aleatoria (Ortiz, Rueda & Urbano, 2013).

Lo anterior hace del Hospital San Rafael de Facatativá el lugar idóneo para realizar esta investigación, puesto que al ser un ente público que abarca gran cantidad de usuarios y escaso personal para su atención, permite inferir que existe la posibilidad de que el personal de enfermería presente algún grado de estrés y por ende alguna deficiencia en su calidad del sueño, siendo beneficioso para la población porque se pueden tomar decisiones institucionales orientadas a

mitigar las falencias y mejorar los procesos, ya que este tipo de variables afectan directamente el bienestar y calidad de vida del sujeto, llevándolo a un inadecuado desarrollo y afectando sus diferentes áreas de ajuste, incluida el área laboral.

Lo anterior, conlleva a describir una de las líneas de investigación, definidas por el Programa Nacional de Ciencias Sociales y Humanas de Colciencias, en la disciplina de la psicología. Esta línea es el desarrollo humano, pues esta investigación busca indagar las condiciones, el bienestar y la calidad de vida en un sentido complejo. Abarca condiciones objetivas y subjetivas en un grupo poblacional, buscando, comprender la relación entre calidad de sueño y estrés percibido, aproximándose a las dinámicas de estas y sus implicaciones en las dimensiones psicobiológicas.

Haciendo una revisión en diferentes buscadores y bases de datos como PsycNet, PubMed, ScienceDirect, Scopus, SciELO, Dialnet y Google Scholar; con palabras clave tales como estrés, calidad de sueño, enfermería y profesional de salud, en idiomas como Español, Inglés y Portugués se hace evidente **1)** la falta de estudios regionales y locales en personal de enfermería, que evalúen el estrés percibido y la calidad del sueño por separado o en relación **2)** el impacto que tiene en la población general la mala atención del personal de salud como producto del estrés y la baja calidad de sueño **3)** el impacto negativo que tiene sobre la salud y el bienestar del profesional de salud, en este caso las enfermeras, el constante desempeño laboral en condiciones no aptas y con alta demanda de pacientes.

A partir de esto, se hace necesario la implementación de investigaciones en este tipo de temas que permitan ampliar y profundizar acerca de los fenómenos locales con el fin de describir, relacionar variables y hallar causalidades, además de permitir la creación de planes o rutas de mejora orientados al bienestar del profesional de la salud, en especial las enfermeras, las cuales



gozan de un nivel de importancia en el proceso de salud/bienestar del paciente, optimizando su desempeño personal y profesional.

## **7. Planteamiento del problema**

El rápido crecimiento del sector salud en el territorio Nacional, ha traído consigo una gran demanda de pacientes en los Hospitales, llegando, por ejemplo, a un 440% de hacinamiento en las salas de Urgencias para el año 2015 (Gómez, 2016). Este panorama conlleva que las instalaciones y el recurso humano de los hospitales no sean suficientes para la atención oportuna y eficaz, aumentando significativamente los tiempos de espera en la atención, así como un impacto negativo en el estado de salud del paciente (Ministerio de Salud, 2015). De igual manera, se tiene un impacto negativo sobre la salud del profesional sanitario, sumando a esto los turnos rotatorios a los que se someten la gran mayoría, aumentando el riesgo de percibir y presentar altos niveles de estrés y mala calidad del sueño, teniendo repercusión en la calidad de la atención (Martín, 2015; Palazón & Sánchez, 2017; Karadzinska, et al., 2014).

Estas variables que afectan al profesional sanitario han sido de vital importancia en investigaciones que demuestran su relación (Pires da Rocha & Figueiredo De Martino, 2010), entendiendo la variable estrés percibido como una reacción fisiológica y emocional que se da como consecuencia de la evaluación subjetiva que la persona hace de una situación desafiante o amenazante y la valoración sobre si posee o no las habilidades y/o recursos para afrontarla (Lazarus & Folkman, 1993).

Esta variable en el personal de enfermería se presenta por el contacto permanente con el sufrimiento y muerte, falta de personal, sobrecarga laboral, falta de especificidad en las funciones, riesgo psicosocial por violencia verbal de terceros y exposición permanente a enfermedades congénitas propias del contexto sanitario, generando consecuencias físicas evidenciadas en

problemas cardiovasculares, gastrointestinales, inmunitarios y en el patrón del sueño, además de ello, generando consecuencias psicológicas evidenciadas en el cambio de actitudes, cambios de humor, problemas de alimentación, hábitos inadecuados y consumo de sustancias (Abad, 2018).

Del mismo modo, se entiende la variable de calidad de sueño como un proceso que incluye tanto aspectos cuantitativos del sueño, tales como la duración de sueño, latencia del sueño o el número de despertares nocturnos, así como aspectos cualitativos puramente subjetivos, de igual manera la profundidad del sueño o la capacidad de reparación del mismo (Escobar & Eslava, 2005) y que en el personal de enfermería se deteriora cuando realizan turnos sin descansar adecuadamente, teniendo consecuencias a nivel cognitivo, evidenciado en investigaciones realizadas tanto en seres humanos como en animales, las cuales indican que el sueño ayuda en la consolidación de la memoria y los efectos de mala calidad del sueño incluyen distorsiones perceptivas, leves alucinaciones y dificultad para realizar tareas que requieran una concentración prolongada, demostrándose consecuencias en el funcionamiento cerebral (Carlson, 2014).

Las funciones cognitivas se ven involucradas también en la pérdida de sueño como falla en la atención, enlentecimiento cognitivo, prolongación del tiempo de reacción, disminución de la memoria a corto plazo y de trabajo, así como en la auto vigilancia y autocrítica, adquisición de tareas y flexibilidad cognitiva, toma de decisiones arriesgadas, desempeño deteriorado de tareas de larga duración, alteración de la capacidad de juicio, irritabilidad y fatiga excesiva, elementos que son materia de interés en el campo de la psicología, donde esta interviene (Carrillo, Ramírez & Magaña, 2013).

La prevalencia de estrés en el país para trabajadores asistenciales oscila entre un 33,9% y un 65%, una prevalencia alta que se asocia a características del rol (Sarsosa & Charria, 2018); mientras que la prevalencia de mala calidad de sueño oscila en un 64,8% del personal asistencial

del turno de la noche (Rodríguez, et al., 2016), desafortunadamente esta última cifra corresponde a población Española, ya que en Colombia no se tienen estimaciones al respecto, lo que resulta desesperanzador, ya que, uno de los factores que más contribuyen a alcanzar un estado de bienestar físico y psicológico es el sueño.

Por todo lo anterior, es necesario abordar este tipo de estudios desde la psicología, ya que estas variables traen consigo conductas y pensamientos que denotan desmotivación, apatía, irritabilidad, cambios de humor, uso y abuso de drogas o alcohol, ansiedad y depresión, alterando el bienestar físico, psicológico, emocional y social del sujeto, así como sus áreas de ajuste (Giraldo, López, Arango, Góez & Silva, 2013; Muñoz, Rumie, Torres & Villarroel, 2015; Cozzo & Reich, 2016; Rodríguez, Flores, López, Argilés, Buj & Prats, 2016; Sarsosa & Charria, 2018; Ered, Cooper & Ellman, 2018; Yildirim, Boysan & Yilmaz, 2018).

Así mismo, el buen manejo del estrés contribuye a la salud mental de las personas, que en el caso del personal sanitario del Hospital San Rafael de Facatativá estaría directamente relacionado con el bienestar del paciente como producto de una buena atención, por lo tanto, abordar este tipo de temas es de vital importancia para el campo psicológico y surge así el interrogante:

¿Existe relación entre el estrés percibido y la calidad del sueño en las enfermeras de los turnos nocturno y rotativo de la Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael de Facatativá?

## **8. Objetivos**

### **8.1. Objetivo General**

- Determinar la relación entre estrés percibido y calidad del sueño en las enfermeras de los turnos nocturno y rotativo de la Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael de Facatativá.

### **8.2 Objetivos específicos**

- Identificar el estrés percibido en las enfermeras por medio de la Escala de Estrés Percibido, versión 14 (EEP-14).
- Estimar la calidad de sueño de las enfermeras mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, versión Colombiana (ICSP-VC).
- Relacionar y analizar los resultados de los componentes de la EEP-14 y el ICSP-VC.
- Establecer diferencias entre el estrés percibido y la calidad del sueño en las enfermeras del turno nocturno y rotativo.

## 9. Marco Teórico

### 9.1. Estrés Percibido.

El estrés comúnmente se emplea para referirse a una preocupación o situación que sobrepasa los recursos del individuo, por lo que puede compararse al estrés, a la ansiedad, a la preocupación, a los nervios o a la irritabilidad; también se define como demandas psicológicas y fisiológicas, que el sujeto no puede afrontar (Kulkarni, O'Farrel, Erasi & Kochar, 1998).

Cohen, Kessler y Gordon (1997) citado por Campo, Bustos y Romero (2009), definen el estrés como “una respuesta adaptativa física y psicológica que se presenta ante las demandas y amenazas del entorno. Estas respuestas guardan relación con aspectos individuales, sociales y culturales que proporcionan una particularidad a la experiencia percibida de cada persona” (p.273). El estrés así mismo, puede definirse desde tres miradas: una perspectiva ambiental, que se centra en los eventos estresores, la psicológica que comprende la experiencia subjetiva y respuesta emocional frente a esos estresores y la biomédica, que estudia la respuesta y los sistemas fisiológicos involucrados en el afrontamiento de los asuntos vitales (Campos, Celina & Herazo, 2014).

En el aumento de los niveles de estrés intervienen estímulos como acontecimientos externos, eventos cotidianos, físicos, psicológicos y sociales. Así también, se encuentran respuestas que son reacciones subjetivas, cognitivas, comportamentales, las cuales pueden o no ser adecuadas y por último, se evidencia mediadores, que son la evaluación del estímulo como amenazante y de los recursos para afrontarlo como escasos (Dahan, Minici & Rivadeneira, 2010).

El estrés, es un proceso que se origina a partir de las demandas ambientales que superan la capacidad adaptativa de un organismo, son reacciones psico-biológicas que tienen lugar ante un estímulo ambiental denominado “estresor” que rompe el equilibrio de la persona. El individuo entonces, se dispone a hacerle frente a este estresor, y dependiendo los mecanismos que se pongan

en marcha, la persona se adapta o no al estrés (Benito, Matachana, Sánchez & Simón, 2013). La adaptación al estrés es la respuesta del organismo, tanto fisiológica como emocional, para disminuir los efectos del estrés y que supone cambios en el individuo.

En esta adaptación o “síndrome general de adaptación” abarca tres fases: la fase de alarma, que consiste en una alerta general, aparecen cambios para contrarrestar las demandas generadas por el agente estresor, es así como surge el aumento de la frecuencia cardiaca, variaciones de la temperatura o cambios en la tensión. Ya en la fase de adaptación, desaparecen los síntomas pues el individuo se adapta a los efectos del agente estresante mediante una serie de mecanismos de reacción que permiten hacer frente al mismo y conservar la homeóstasis. En la fase de agotamiento, disminuyen las defensas, pues el agente estresante, al permanecer en el tiempo, ha superado los mecanismos de reacción del organismo, dando lugar a síntomas semejantes a los de la fase de alarma, el organismo se debilita y puede llegar a morir. Estos agentes que provocan estrés en un individuo, pueden pertenecer a los distintos ámbitos de la vida cotidiana, como el trabajo o las amistades (Benito *et al.*, 2013).

A raíz del estrés, los individuos pueden presentar respuestas biológicas, donde se activan los mecanismos fisiológicos y se sincronizan para defenderse de la agresión. El sistema nervioso central y periférico, así como el sistema endocrino, incrementan la secreción de hormonas como adrenalina y noradrenalina o cortisol. Durante los episodios de estrés, existen sistemas se reducen su actividad. Elementos como la edad, el sexo o la raza pueden también afectar la respuesta biológica y un mismo agente estresor puede causar respuestas fisiológicas según las características propias de cada persona (Benito *et al.*, 2013). Los eventos estresores ejercen efectos directos sobre los procesos biológicos o patrones de comportamiento.

Existen dos sistemas de respuesta endocrina causadas por el estrés psicológico: el eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPA) y el sistema simpático suprarrenal-medular (SAM). El cortisol, el principal efector de la activación de HPA en humanos, regula procesos fisiológicos, incluidas las respuestas antiinflamatorias. Las catecolaminas, se liberan en respuesta a la activación de SAM, que funcionan conjuntamente con el sistema nervioso autónomo para ejercer efectos reguladores sobre el sistema cardiovascular, pulmonar, hepático, esquelético y el sistema inmune, la activación prolongada o repetida de los sistemas HPA y SAM puede interferir con otros sistemas fisiológicos. Estos sistemas median los efectos del estrés, En donde puede alterar la función inmune a través de la inervación directa del tejido linfático, por medio de la liberación de hormonas el HPA y SAM que se unen y alteran las funciones de las células inmunológicamente activas o cambios conductuales inducidos por estrés (Cohen, Janicki & Miller, 2007).

La respuesta a la alarma conlleva la activación de sistemas biológicos. La sustancia gris del lóbulo temporal (hipocampo y amígdala), el sistema nervioso autónomo, el eje Hipotálamo-Hipofiso-Adrenal y el sistema inmunológico. El estrés, a partir de la percepción del individuo, estimula la liberación de glucocorticoides, específicamente el cortisol y adrenalina, a través de la activación de estructuras límbicas e hipotalámicas. Esto es el componente principal de la reacción ante el estrés que determina la magnitud y la duración de la respuesta e integra los componentes neuroendocrino, nervioso y emocional. El sistema principal es el límbico-hipotalamo-hipofiso-adrenal, el cual combina los componentes nerviosos y endocrinos. La activación de este sistema es acorde a la activaciones de otros componentes neurohormonal dentro de la respuesta al estrés, como son el sistema simpático- adrenal o el sistema adreno-cortical (Serrano, 2006).

Las respuestas del individuo frente al estrés también pueden ser psicológicas, es decir emocionales, cognitivas o comportamentales. Emocionales como la pérdida de la energía física,

bajo estado de ánimo, apatía y pesimismo, temor a sufrir alguna enfermedad, baja autoestima, inestabilidad o tensión. Respuestas cognitivas como incapacidad para tomar decisiones, bloqueos mentales, sensibilidad ante las críticas, distracción, frecuentes olvidos y confusión, Además de respuestas comportamentales como hablar de manera atropellada, tartamudear, fumar o beber más, risa nerviosa, arrancarse el pelo nerviosamente, morderse las uñas, consumir tranquilizante, realizar actividad física exagerada o padecer desórdenes alimenticios (Benito *et al.*, 2013).

Desde una enfoque cognitivo, el estrés puede ser explicado por un modelo transaccional, el cual propone una definición desde la interacción de la persona y su medio. Desde un proceso de evaluación del organismo que se dirige en dos direcciones, su ambiente y sus propios recursos, el estrés se presentaría cuando la persona valora sus recursos como escasos e insuficientes para hacer frente a las demandas del entorno. “El estrés es un proceso dinámico, resultado de las discrepancias percibidas entre las demandas del medio y de los recursos para afrontarlas” (Dahan, Minici & Rivadeneira, 2010, p.2).

Según Cohen, Janicki y Miller (2007) el estrés psicológico ocurre cuando un individuo percibe demandas del ambiente, que imponen o exceden su capacidad de adaptación. El enfoque del estrés psicológico explica que la ocurrencia de los eventos ambientales que se juzgan de manera consensuada como exigencias sobre la capacidad de afrontamiento o en respuestas individuales a eventos, son indicativos de esta sobrecarga, como el estrés percibido y el afecto negativo provocado por un evento.

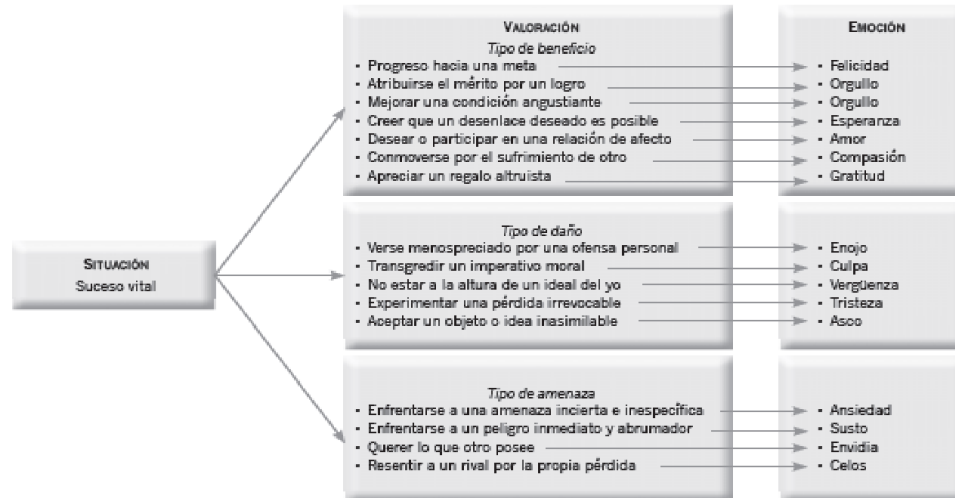
Desde la percepción, el estrés es evaluado de manera interna por el individuo. Un suceso, es estresante cuando el individuo lo valora cognitivamente de esa forma. La persona percibe y responde a los acontecimientos, viendo los estresores, respondiendo a ellos e interaccionando con el ambiente, así que, si evalúa el entorno como amenazante o desbordante, e identifica si su



bienestar corre un riesgo. Las diferencias individuales son significativas en el proceso de estrés y su valoración, dependiendo de características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias, permitiendo que el individuo perciba y valore las demandas, lo cual, determinará el afrontamiento, sus respuestas emocionales e incluso su salud, a largo plazo. Cada persona responde diferente al estrés, dependiendo su personalidad, el estado del estrés es producto de la apreciación que puede cambiar cuando la persona implementa diferentes estrategias (Fernández, 2009).

Según Lazarus y Folkman (1984), la respuesta del estrés, se activa psicológica y fisiológicamente por la percepción, la evaluación que el sujeto hace de la situación y sus habilidades para hacerle frente, a partir de ello es como realza la importancia de la cognición en la respuesta del estrés.

La perspectiva transaccional se centra en la evaluación cognitiva. El sujeto valora el significado de los sucesos a su alrededor, relacionándolo con su bienestar y los recursos que posee para responder a esos sucesos, es así que define el estrés es la percepción que hace el individuo de la situación estresante y los agentes. Se distingue tres tipos de evaluación. La primaria: Valoración de la situación, considerándola como irrelevante, positiva- beneficiosa o estresante, donde se adopta tres modalidades: amenaza o predicción de un daño que parece inmediato y que no ha ocurrido, el daño o pérdida que es un perjuicio real, en el cual se ha producido el daño y puede ocurrir nuevamente; el desafío donde la situación se aprecia como un reto, considerándose que se puede superar la amenaza con los recursos correctos e interpreta la posibilidad de aprender o ganar (Lazarus & Folkman, 1990, citado por Reeve, 2010).



*Figura 1:* En la gráfica se evidencia, la valoración cognitiva que se realiza en una situación problema y los tipos de valoración de beneficio, daño o amenaza propuesta por Lazarus. (Fuente Reeve, 2010).

La evaluación secundaria es la valoración dirigida a analizar que puede hacerse cuando ya se estaba bajo una amenaza o desafío. Es una búsqueda cognitiva de afrontamiento y pronóstico de opción con posible éxito para abordar el agente estresor, “un proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera” (Lazarus & Folkman, 1986, p. 27).

Los recursos incluyen las propias habilidades de afrontamiento, el apoyo social y material. La persona toma conciencia de las discrepancias entre sus estrategias, habilidades y capacidades, si la discrepancia es mayor, del mismo modo será el malestar. Si existe la capacidad para sobrellevar el agente estresor y es posible el éxito, y el estrés se reduce. La reevaluación es la retroalimentación de la interacción del sujeto con las demandas internas y externas, correcciones sobre valoración previa y la nueva información recibida por el entorno (Lazarus & Folkman, 1986).

Según Lazarus & Folkman (1986), Las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego, interaccionan entre si determinando el grado de estrés, la intensidad, la calidad o el contenido de la respuesta emocional. En igualdad de

condiciones, si el individuo se siente incapaz de enfrentarse con una demanda, el estrés que aparecerá será relativamente grande ya que el daño / pérdida no puede vencerse ni prevenirse.

Según López (2014) en el objetivo de entender el estrés desde la percepción del individuo:

Cuando un organismo se enfrenta a una novedad, a una amenaza o a un desafío, agudiza sus sentidos, escruta el entorno en estado de alerta o vigilancia, y su amígdala empieza a descifrar el significado emocional de los estímulos sensoriales. A la vez el hipocampo refiere la información sobre el entorno a la memoria espacial disponible a partir de experiencias previas, y como resultado del procesamiento de ambos tipos de información, la corteza límbica establece una cognición. Las cogniciones son adaptativas o desadaptativas dependiendo de la atribución que hace el sujeto en cuanto a sus posibilidades de controlar la situación (p.24).

Las cogniciones de control disminuyen el estado de alerta y de vigilancia, permitiendo que los parámetros fisiológicos vuelvan a sus valores basales. Las cogniciones de no control, incrementan la activación biológica y conducen al organismo al estrés. Existen tres tipos de cogniciones, la Cognición de control, que es la apreciación de que la situación es manejable con los propios recursos. De amenaza, que implica el manejo de estrategias de acción, partiendo de a las posibilidades adaptativas del individuo. Y la cognición de indefensión resulta cuando la situación no es manejable. Estas tres anteriores, ponen en marcha circuitos nerviosos centrales específicos, que suscitan patrones neuroendocrinos distintos (a partir de conexiones córticohipotalámico-hipofisarias) y respuestas inmunitarias diferentes. Cualquier estímulo exterior puede generar una inestabilidad de forma interna y producir un estado de alerta o de preparación para generar un cambio, siendo una respuesta del estrés (López, 2014).

Esta reacción consiste en un aumento de la activación fisiológica y psicológica; constituye un mecanismo para preparar el organismo para una intensa actividad motora, un procesamiento más

rápido y potente de la información disponible. Una mejor selección de las conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación (López, 2014, p.25).

### **9.1.2 Historia del término de estrés.**

El Concepto estrés se remonta a la década de 1930, cuando Hans Selye lo introdujo en el ámbito de las ciencias de la salud. El concepto de estrés giraba entorno en que su explicación se hallaba en la respuesta del organismo o en los estímulos y situaciones evocadores (Dahan *et al.*, 2010).

Según Lazarus & Folkman (1986), El término estrés aparece en escritos del siglo XIV para expresar dureza o tensión. A finales del siglo XVIII y Principios del XIX, es utilizado en el campo de la física para referirse a la fuerza generada en el interior de un cuerpo como respuesta de la aplicación de una fuerza externa que tiende a cambiarlo. En el año 1932, Walter Cannon considera en su trabajo, de manera ocasional, al concepto de estrés como una perturbación de la homeostasis ante distintos estímulos y da a entender que el estrés tenía una gradación y medición.

En el año 1936 en una carta a la publicación Nature, Hans Selye explica una tríada patológica compuesta por un aumento del tamaño de las glándulas suprarrenales, úlceras gastrointestinales e involución del sistema timo-linfático, pasando a definir al estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas ante un estímulo nocivo. Estas reacciones fueron llamadas síndrome general de adaptación y describió unas fases sucesivas de alarma, resistencia y agotamiento (Selye, 1956).

Para Selye (1956), el estrés era definido como una respuesta a una amenaza, denominada Síndrome General de Adaptación, el cual era atravesado por una fase de alarma que se caracteriza en como el organismo responde fisiológicamente a una circunstancias presentes en el entorno, una fase de resistencia centrada en como el organismo es sometido a amenazas prolongadas como agentes donde puede adaptarse paulatinamente o perder su capacidad de adaptación y avanzar a la fase de agotamiento, un cese de la respuesta de adaptación, que da lugar a algunas patologías.

En 1953, Wolf definió el estrés como una reacción del organismo. Explicándolo biológicamente como resultado de la interacción del organismo con circunstancias aversiva, en un estado dinámico del organismo, no un estímulo, ataque, carga, símbolo, peso, ni aspecto del entorno (Lazarus & Folkman, 1986).

Otros autores como Chrousos y Gold (1992) definieron el estrés como una homeostasis amenazada con capacidad de evocar respuestas fisiológicas y de conductas adaptativas, específicas o generalizada, que fuerzan a la homeostasis a superar el umbral de normalidad.

Pacak y Palkovit (2001) explicaron el estrés como un estado de homeostasis amenazada, que desencadena una respuesta adaptativa compensatoria para sostener la homeostasis, siendo la respuesta adaptativa reflejo de la activación de circuitos específicos centrales que están genéticamente y constitucionalmente programados por factores ambientales. Los estresores son estímulos con capacidad de alterar la homeostasis, los cuales son clasificados en físicos, químicos, psicológicos, sociales y otros como la actividad física, exposiciones al calor o hemorragias.

Lupien (2009), define el estrés como una respuesta del cerebro al detectar alguna amenaza o información amenazante. Existen tres características de una situación de estrés: la novedad, la impredecibilidad, la sensación de que no se tienen control de una situación y la amenaza que representa el suceso para la personalidad. Discrimino el estrés en dos tipos, el estrés absoluto como la amenaza que enfrenta una persona para su supervivencia y el estrés relativo, cuando se está expuesto a situaciones nuevas, impredecibles, que no se controlan. Así mismo, ha centrado sus estudios a evaluar los efectos del estrés a lo largo de la vida en el cerebro, el comportamiento y la cognición, a nivel biológico se interesó por estudiar biomarcadores de carga alostatica de estrés crónico y el impacto en la salud y la cognición, los efectos del estrés y las hormonas del estrés en el rendimiento cognitivo humano.

Sapolsky (1995), un profesor de biología y neurología de la Universidad de Standford. Ha evaluado el impacto del estrés en el funcionamiento físico y psicológico de los humanos. A través de sus investigaciones sobre como el estrés impacta el cuerpo y como la postura social define la susceptibilidad de este fenómeno, encogiendo el cerebro, añadiendo grasa al estómago y afectando genéticamente a la especie. Estudio una tropa de babuinos en Kenia para entender como modelo, los efectos del estrés social.

### **9.1.3. Estrés en profesionales de la salud.**

El personal sanitario está en constante contacto con demandas ambientales que requieren de exigencias altas, por ende Deschamps, Olivares, Zabala y Barco (2011) indican que “El estrés elevado que en el ambiente sanitario se da por las continuas demandas ambientales que recibe el médico cuando consulta a uno, otro y otro paciente, y debe enfrentarse dando una respuesta adecuada”(p.233).

El profesional que desempeña las competencias dentro del ámbito de salud se caracteriza por sus niveles de estrés moderado-elevado. “Los niveles de estrés varían en las diferentes profesiones en salud. Sin embargo, los estudios encuentran que las principales fuentes de estrés son compartidas y señalan la sobrecarga de trabajo como la principal” (Meza, 2006. p.1).

Puesto que, hace parte del personal al que repercuten de manera directa y negativa la diversidad de factores que se presentan internamente en el ambiente laboral, como agentes estresores, debido al grado de tensión al que se ven enfrentados a diario, representando como una de las áreas con los niveles de estrés más significativos (Aguado, Bátiz & Quintana, 2013).

Además de estar inmersos en ámbitos laborales que demandan situaciones con niveles de estrés alto, el profesional debe lograr generar la empatía y compromiso gracias a su vocación por el

servicio, pero sin dejar de lado la obligación de establecer límites en la relación terapéutica, lo cual, requiere que el personal sanitario cumpla la adquisición de herramientas, competencias y actitudes funcionales dentro de su labor cotidiana, para ello, actualizar dichos elementos y buscar nuevas formas en la aplicación dentro de su trabajo, se convierten en fuente primordial para incrementar el estrés (García & Gil, 2015).

Conjuntamente, como se mencionó anteriormente, existen diferentes relaciones que brinda el personal sanitario, dentro de ellas están las actitudes hacia las personas de su entorno, “En el ambiente de salud se ha encontrado que en ocasiones la interacción con pacientes, familiares y con los mismos miembros del personal constituye una fuente de estrés para el personal” (Marín & Usma, 2012. p.12).

Al mismo tiempo, se encuentran factores estresores específicos para esta área de la salud, que se hacen relevantes bajo elementos como las exigencias máximas, en cuanto a la práctica de su buen ejercicio profesional, en donde, se debe dar solución a las diversas necesidades del paciente, así mismo, que se dar en forma óptima y en el menor tiempo posible; todo lo anterior sin descuidar las diferentes áreas de ajuste en las cuales el profesional demanda responsabilidades particulares y civiles, como lo son las sociales (Marín & Usma, 2012).

Siendo el personal sanitario uno de los más vulnerables en cuanto a los elementos anteriormente nombrados Moreno y Peñacoba (1999) sustenta que “La falta de tiempo personal es precisamente citada como uno de los factores más importantes del estrés médico y de enfermería” (p.8). Lo cual se le otorga a la sobrecarga laboral y las condiciones mismas de su entorno gremial.

En cuanto al personal de enfermería específicamente, se encuentra que su trabajo de prestación de servicios de alto riesgo genera situaciones concretas para el aumento significativo en niveles de

estrés; puesto que, la responsabilidad sobre su trabajo, es altamente exigente. Sin contar con que este se realiza de forma intermitente, ya que, es interrumpido continuamente por diversas actividades que deben cumplir en sus labores profesionales. Sin perder de vista que los cambios en los horarios, cuando se realizan de forma rotativa y nocturna se convierten en condicionantes para las alteraciones a nivel fisiológico o en el ritmo circadiano (Campero, De Montis & González, 2013).

Sin perder de vista, que dentro del ambiente laboral se pueden presentar condicionantes que aumenten los niveles de estrés en el personal de enfermería. “Los estresores que condicionaron medias más altas en el personal de enfermería son relacionados al sufrimiento y muerte del paciente y la sobrecarga de trabajo” (Garza *et al.*, 2011, p.16).

El estrés es un estado cognitivo, resultado de la percepción que tiene el individuo frente a las demandas presentes en el entorno y la valoración cognitiva que realiza de la situación laboral. Esta variable es un presunto elemento, presente en el cuerpo de enfermería, y también es preciso indagar, para el interés de este estudio, sobre la calidad de sueño presente en estos sujetos y la posible relación que puede tener con el estrés percibido.

## **9.2. Calidad de sueño.**

La calidad de sueño se entiende como aquel proceso en el que la persona o más precisamente el cuerpo, logra descansar plenamente durante la noche para que durante el día consiga realizar todas sus actividades y así rendir en todos los contextos, así mismo, se estaría hablando de un factor que influye en la salud y en el estado de ánimo para generar lo que se conoce de una manera más general como calidad de vida (Sierra, Zubeldat, Ortega & Delgado, 2005).



La evaluación de la calidad de sueño, entendida como la integración de aspectos subjetivos y objetivos del dormir. Escobar y Eslava (2005) definieron este constructo en una validación Colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh, un instrumento psicométrico que intenta evaluar y conocer las alteraciones de sueño en una población, estableciendo la Calidad de Sueño. En este estudio, la definición de la calidad de sueño: “Incluye unos aspectos cuantitativos del sueño como la duración de sueño, la latencia del sueño o el número de despertares nocturnos, y aspectos cualitativos puramente subjetivos, como la profundidad del sueño o la capacidad de reparación del mismo” (p.150).

La latencia de sueño se define como “el tiempo transcurrido desde que se apagan las luces hasta que se identifica la fase I sostenida del sueño por más de tres minutos” (Murillo, 2000, p.177). Es el tiempo que se demora, una persona en conciliar el sueño.

Con relación a la duración del sueño, existen personas que duermen cinco horas o menos, otros que precisan más de nueve horas y un promedio de siete a ocho horas, se habla entonces de tres tipos de patrones de sueño: patrón de sueño corto, patrón de sueño largo y patrón de sueño intermedio. Estos influyen favorable o desfavorablemente en la salud, evidenciando en algunos estudios como los de Wiley y Camacho (1980), citado por Cano, Ibáñez y Miro (2002), demuestran que los sujetos que duermen de 7 a 8 horas por noche presentaban una salud mejor en comparación con aquellos que dormían menos de 7 horas, manifestando poca sensación de descanso, una duración insuficiente se ha relacionado con la presencia de depresión, ansiedad y otro tipo de problemas como el abuso de alcohol o drogas, los sujetos con patrones de sueño corto y largo, tienen quejas de somnolencia diurna, lo que anticipa bajo estatus funcional, pobre calidad de vida y aumento de tasa de accidentalidad (Buela, Cano & Miro, 2005).

Con relación a la profundidad del sueño, es pertinente saber que el dormir es resultado de una actividad cerebral. El sujeto no está desconectado y no hay una pérdida completa de las percepciones. Durante el sueño, el cuerpo humano atraviesa por cuatro fases (Carlson, 2014). En donde, gracias al electroencefalograma (EEG), un aparato empleado en investigaciones para determinar cómo actúa el cuerpo del ser humano cuando duerme, se ha logrado registrar ondas cerebrales que varían en intensidad o amplitud (altura de la onda) y en velocidad o frecuencia (ciclos de onda por segundos).

Según Morris y Maisto (2005) Cuando se entra a la fase 1 del sueño, las ondas cerebrales se hacen pequeñas e irregulares, por lo que es posible que la persona pueda despertarse con facilidad y no darse cuenta de que había dormido. La fase 2 inicia dos minutos después de la fase 1 y posee exposiciones de actividad de las ondas cerebrales que están representadas por ondas llamadas husos del sueño, esta fase es el estado más profundo de sueño, aunque también puede que la persona despierte. La fase 3 y 4, llamadas sueño delta u ondas lenta (SOL), poseen ondas cerebrales largas y lentas (Ondas delta), este periodo de sueño profundo se caracteriza porque la persona no puede despertarse fácilmente. Luego de estas fases, la persona entra al sueño MOR (Sueño de Movimiento Ocular Rápida), el material del que están hechos los sueños.

En términos biológicos, autores como Purves *et al.*, (2012) refieren que cuando el núcleo supraquiasmático encargado del control de los fenómenos biológicos circadianos se activa, provoca reacciones neuronales que generan respuestas provenientes del núcleo paraventricular, cuya síntesis se centra en las hormonas hipotalámicas, quienes a su vez modulan la secreción hipofisaria para la producción de nuevas hormonas. Luego de ello, descienden a las neuronas simpáticas preganglionales, para la segregación de acetilcolina y norepinefrina. Esto se receptorá en la zona intermediolateral de la médula espinal torácica, para que el proceso de los

axones posganglionales provenientes de los ganglios cervicales y así, continuar en la glándula pineal, que se encarga de la regulación de los ritmos circadianos, como lo es el sueño-vigilia, además de la segregación de la melatonina, que se encamina por el torrente sanguíneo, para que module los circuitos del tronco encéfalo, para finalizar el proceso de sueño-vigilia.

La capacidad de reparación del sueño, puede definirse como una función, puesto que restablece los recursos corporales perdidos, permite al cuerpo tener el tiempo para “renovarse y reabastecerse al ayudar al cerebro a recuperarse del desgaste diario y surtir las proteínas consumidas durante las múltiples actividades del día” (Morris & Maisto, 2005, p.142). La experiencia subjetiva de sentirse descansado y alerta, es resultado de un buen descanso, lo que da cuenta de la función reparadora.

### **9.2.1 Historia y evolución en estudios del término sueño.**

Investigaciones sobre el sueño se remontan civilizaciones antiguas, pero en el siglo de la ilustración se empieza a concebir el sueño como un estado quiescente capaz de mantener la energía y la vitalidad, se inicia los pasos para que en el futuro se pongan de manifiesto los ritmos circadianos y la demostración de la existencia de un reloj biológico intrínseco como el observado en las plantas de Mimosa Púdica, que se extiende en el día y retrae en la noche, hecha por M. Marchant (De Mairan, 1729).

Según Vizcarra (2000), en su artículo donde hace un recorrido histórico por los métodos de investigación en los trastornos del sueño. Para siglo XIX, la experimentación permitió observaciones sobre la obstrucción de la vía aérea superior y el fenómeno sueño o la somnolencia. En el año 1879, el ciclo de sueño sufre modificaciones a nivel global, atrasando la hora de acostarse, presentándose una privación del sueño y abandonando la sincronización con la luz del día, con la creación de la luz eléctrica, influyendo en todo un cambio que condicionan importantes

trastornos que se generaría en la población, en 1890 se propuso que las lesiones del tronco cerebral puede provocar somnolencia, ya que se interrumpe el estímulo sensorial periférico.

Para el siglo XX, en sus inicios algunos trastornos como la narcolepsia, la enfermedad del sueño, el insomnio y el sonambulismo eran muy poco conocidos y eran relacionados como resultado de factores, tales como la ansiedad, el ambiente o una enfermedad. En la primera década, la cronobiología adquiere importancia y toma fuerza, la idea de que un reloj biológico intrínseco juega un papel importante en el sueño, Constantin Von Economo (1876-1931) basándose en estudios sobre la encefalitis letárgica epidémica y autopsias de pacientes con insomnio, y somnolencia, defendió la existencia de un centro regulador de sueño, situado en el hipotálamo posterior y la porción rostral del mesencéfalo, cuya lesión produce somnolencia y estupor, que sería responsable de la vigilia y un centro en el hipotálamo anterior, responsable del sueño (Bove, 2015).

Con la llegada del electroencefalograma, en la década de 1970, nace la medicina del sueño y es allí donde se reconoce los trastornos del sueño por alteración de ritmos circadianos, trastorno de sueño por trabajo a turnos o fase retrasada de sueño (Bove, 2015).

### **9.2.2. Calidad de sueño en profesionales de la salud.**

Los profesionales de la salud se han caracterizado por sus extensas jornadas laborales, las cuales conllevan que a no duerman lo suficiente, influyendo de manera directa en la calidad de vida profesional, sin perder de vista la relación que dichos antecedentes tienen con la eficacia de la atención prestada en el servicio que brindan a las diferentes personas que tienen a cargo (Grimaldo & Reyes. 2015).

Así que, autores como Romero, Álvarez y Prieto (2015) hacen referencia en que “El trabajo a turnos y nocturno está asociado a trastornos del ciclo vigilia-sueño y de los sistemas orgánicos”

(p.20). Puesto que las jornadas laborales de los profesionales de la salud se vinculan a turnos con estas características, la influencia sobre dichas problemáticas es vertical.

Además, dentro de los efectos de los turnos rotativos y el trabajo nocturno en este tipo de personal, se encuentran características que funcionan como desencadenantes de diversas problemáticas como lo son los trastornos de salud, los que a su vez potencian el estrés, trastornos del sueño (Heredia, 2011).

Las personas encargadas de las labores en el ámbito de la salud, están inmersos en actividades ocupacionales precisas y específicas para los turnos en los cuales se desempeñan, ya que se ejecutan la mayoría en la noche; la prevalencia de que se evidencian efectos negativos en sectores como la salud y a su vez, un deterioro de en áreas sociales de dicho personal es mayor, debido a que en el ponen en práctica sus competencias y presentan un desgaste con respecto a los ritmos humanos, en efecto consecuencias en los sistemas orgánicos y el ciclo de vigilia-sueño (Pires & Figueiredo, 2010).

En cuanto se comprende que los niveles de estrés aumentan, es pertinente considerar los efectos que conllevan en las personas implicadas en el área sanitaria, como lo son las enfermeras. Los autores Pires & Figueiredo (2010) hacen énfasis en que “El nivel de estrés puede ser un factor directamente proporcional, positivo y correlacionado con el sueño, ya que cuanto mayor es el nivel de estrés de las enfermeras, mayor es el puntaje global de su índice de sueño, lo que indica un mal sueño calidad”(p.283).

La mayoría de estudios realizados a distintos profesionales de la salud registran cargas horarias que exceden las 48 horas semanales, la confederación latinoamericana de sociedades de anestesiología (CLASA), de acuerdo con el número de horas/semana laboradas, recomienda

respecto a la carga laboral, para los trabajadores del área de sector salud , que el riesgo se puede considerar significativo cuando se trabaja entre 50 y 70 horas/ semana, 14 horas consecutivas/día, 1 o 2 turnos nocturnos/ semana, tiene extensión de turno, menos de 10 horas de descanso y un día libre (Rivera, 2012). Es así como aquellos médicos que trabajan cargas horarias superiores a las 70 horas tienen alto riesgo para la salud y mayor probabilidad de riesgo de accidentes.

La privación de sueño trae consigo errores humanos como la falta de atención en una tarea, accidentes automovilísticos y errores en diagnóstico médico o tratamiento (Rivera, 2012).

### **9.3 Estrés y Calidad de Sueño en Enfermeras.**

El estrés en enfermeras tiene una relación directa con la aparición del insomnio, debido fundamentalmente al cumplimiento de las tareas docentes y a la rigurosidad de los estudios. Cualquier agente estresante, producirá una descarga adrenérgica, que determina la estimulación del sistema activador reticular ascendente (SARA) de la formación reticular y con ello la activación de locus cerúleo, también llamado por algunos autores centro del sueño, lo cual determina un estado de vigilia activa, con dificultad para conciliar el sueño (Vargas & García, 2012, citado por, García, et al, 2015).

Los hábitos tóxicos y las condiciones inadecuadas de la habitación o el dormitorio, seguidas del estilo de vida inadecuado, principalmente las alteraciones de los horarios de vida y las siestas prolongadas, son aspectos sociales que mayormente influyen en estudiantes y profesionales de enfermería que padecían insomnio (García, et al, 2015).

Los turnos nocturnos también se tornan estresantes, proporciona un déficit continuo de sueño, problemas de vigilia y alteraciones del estado de ánimo, lo que influye en la atención de usuarios, al aislamiento con secuelas en el área familiar u otras y disonancia de convivencia en relación a

las horas de trabajo, mostrándose entonces que las horas nocturnas no contribuyen a una buena calidad de vida en las enfermeras (Nipo, Marques y Pinheiro, 2015).

El cumplimiento de un horario semanal elevado es percibido como estresante, significando una productividad elevada con una demanda excesiva de energía, representando en el individuo un desequilibrio entre el individuo y su trabajo, viéndose reflejado en las relaciones entre compañeros y generando un desgaste. El desequilibrio puede presentar en el individuo dificultades para afrontar las situaciones cotidianas en el entorno laboral, la toma de decisiones y la resolución de problemas. La crisis que puede darse en el sector de la salud y los salarios bajos también genera tensión en mantener más de un trabajo (Nipo, Marques y Pinheiro, 2015).

### **10. Marco Empírico**

Según la revisión bibliográfica-científica que se realizó sobre las dos variables objeto de estudio, se contempló la posibilidad de describir investigaciones que den sustento hacia el estrés percibido, continuando con calidad de sueño y para finalizar con la correlación entre estas dos variables.

Son variadas las investigaciones que han encontrado estrés en el personal de enfermería relacionado a variables tanto del contexto laboral como del ámbito personal, por ejemplo, Castillo *et al.* (2014) en una investigación descriptiva con 156 enfermeras de diferentes servicios de dos Hospitales de la ciudad de Cartagena, determinaron una prevalencia del 33,9% de estrés asociado principalmente a ser mayor de 30 años, tener pareja, tener más de un hijo, laborar en consulta externa, tener un contrato a término fijo, estar vinculado a la empresa por más de dos años y tener más de cinco años de experiencia en el cargo.

Cavalheiro, Moura y López (2008) identificaron la presencia de estrés en enfermeros que trabajan en unidades de terapia intensiva, así como los agentes estresantes y los síntomas asociados

al estrés, según la percepción del enfermero, evaluando a su vez, la relación entre estos. La muestra estuvo conformada por setenta y cinco enfermeros pertenecientes al Hospital Israelita Albert Einstein, entidad privada de la ciudad de San Pablo, en la cual se aplicó un cuestionario auto aplicable que se dividía en datos personales, en las actividades realizadas por el enfermero y las posibles fuentes de estrés, así como de los síntomas percibidos.

El análisis fue realizado utilizando el coeficiente de correlación de Pearson y ajustando con modelos lineales generalizados. La Investigación mostró la presencia de estrés relacionada a la insatisfacción en el trabajo y a la presencia de situaciones críticas, así como a los síntomas relacionados con alteraciones cardiovasculares, al aparato digestivo y a los músculos del esqueleto con una media de 3, sin embargo no se encontró relación con los diferentes turnos de trabajo, tiempo de trabajo ni edad, concluyendo que el estrés está presente en la actividad propia del enfermero en las unidades de terapia intensiva y está correlacionado a factores pertinentes al sector, generando insatisfacción con la profesión y presentando síntomas correlacionados al estrés.

Cortaza y Francisco (2014) determinaron el nivel de estrés e identificaron los principales elementos estresores que afectan a enfermeros de un Hospital de segundo nivel de la Secretaría de Salud en el Sur de Veracruz, México por medio de la Nursing Stress Scale (NSS). Su estudio fue descriptivo transversal y fue realizado en 41 enfermeros seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, encontrando que el 100% de los enfermeros presentan algún nivel de estrés, de los cuales el 65,9% lo presenta a veces y el 34,1% de manera frecuente. Los factores generan más estrés son la carga de trabajo con un 48,8%, la muerte y sufrimiento con un 29,3% y la incertidumbre en el tratamiento con un 29,3%, siendo los varones los más estresados con un 83,3% versus las mujeres con un 25,7%, concluyendo que los enfermeros se perciben a sí mismos como personas estresadas, con sobrecarga de trabajo y sensibles al sufrimiento de los usuarios.



Muñoz *et al.* (2015) en un estudio no experimental, transversal, descriptivo realizado a 70 Enfermeras(os) que trabajan en Unidades de Paciente Crítico y Oncológico en la ciudad de Antofagasta, Chile.

Determinaron el impacto en la salud mental de las enfermeras(os) en situaciones estresantes, las cuales pertenecían a centros asistenciales de mediana y alta complejidad, públicos y privados. Administraron la escala “Nursing Stress Scale” con un 48.5% de las/los Enfermeras(os) que obtuvieron un puntaje promedio de 34 puntos, siendo de las 34 situaciones estresantes las de mayor frecuencia: observar el sufrimiento del usuario 68,2%; realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas al usuario 57,6%; tener que realizar tareas no relacionadas con la Enfermería 56,1% e insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad 53%, concluyendo que el 48,5% de las(los) enfermeras(os) generan algún grado de estrés, ya que otorgar cuidados en situaciones estresantes provoca impacto en la salud mental, viéndose afectados los ambientes psicológico, social y físico, principalmente.

Otro factor asociado a estrés es la escasez de personal, por lo que Martín (2015) buscó determinar el nivel de estrés generado por la escasez del personal en la plantilla de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Reina Sofía de Córdoba mediante el Inventario de Estresores Laborales para Enfermería, identificando que la escasez de personal es el principal generador de estrés, afectando a un 92,4% de los trabajadores, los cuales eran en mayor medida mujeres: 92,3% vs. 80%, concluyendo que podría repercutir indirectamente en la calidad asistencial hacia el paciente y en el grado de satisfacción personal con el trabajo realizado.

Sarsosa y Charria (2018) identificaron el nivel de estrés laboral en personal con cargos asistenciales de cuatro instituciones de salud nivel III de la ciudad de Cali-Colombia administrando el Cuestionario para la evaluación del estrés tercera versión del Ministerio de la Protección Social

a una muestra de 595 participantes. Los resultados indican un total general de 21,7, siendo un nivel alto de síntomas de estrés, donde el principal síntoma fue el fisiológico con un 28,6, síntoma que se relaciona con tensión muscular, dolor en el cuello, espalda o cabeza, problemas digestivos y trastornos del sueño. Este resultado indica que la cantidad y la frecuencia de presentación son indicativos de una respuesta de estrés severa y perjudicial para la salud.

Por otro lado, Cozzo y Reich (2016) describieron y analizaron la relación entre los niveles de Estrés Percibido, la percepción subjetiva de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y las características sociodemográficas y laborales de una muestra de profesionales del ámbito Sanitario Asistencial privado, donde el 55% de la muestra estuvo conformada por enfermeras y auxiliares de enfermería. La investigación fue de tipo no experimental, transversal, descriptiva, comparativa y correlacional y la muestra fue no-probabilístico, por conveniencia. Administraron la Escala de Estrés Percibido – Perceived Stress Scale (PSS), el Cuestionario de Salud MOS-SF-12 versión 2.0 y un Cuestionario de datos Sociodemográficos y laborales diseñado ad hoc para este estudio.

Los resultados indican que el 64% de los participantes estaban casados o viviendo en unión libre y el 14% se encontraban divorciados, el 55,3% tenían 2 o más hijos y el 63,6% vivía con su pareja y con al menos un hijo. En cuanto a los resultados de la PSS, se encontró un mínimo de 6,8 y un máximo de 48, con una media de 32,8, es decir, estrés percibido moderado, siendo concordante con otras investigaciones que muestran menores niveles de estrés en personal sanitario de entidades privadas, en comparación con los que trabajan en entidades del sector público. Las puntuaciones más bajas se obtuvieron en el ítem 6 ( $M=1,87$ ;  $DT=0,70$ ) e ítem 9 ( $M=1,80$ ;  $DT=0,65$ ), mientras que las puntuaciones más altas en el ítem 3 ( $M=3,22$   $DT=0,85$ ) e ítem 12 ( $M=3,68$   $DT= 0,92$ ), haciendo referencia estos últimos a elementos que definen particularmente al Estrés.

No se encontró relación significativa entre estrés percibido y variables sociodemográficas, pero si se constató relación entre estrés percibido y el componente de salud mental del cuestionario de salud MOS-SF-12 v.2, relación que demuestra que mayores niveles de estrés, peores resultados en la salud mental del personal sanitario asistencial (p.771).

Por último, Brito, Nava, Brito, Juárez y López (2016) exploraron la relación curvilínea entre el estrés percibido y el desempeño, en una muestra de 181 enfermeras de Morelos, México por medio de un modelo de análisis de regresión curvilínea cuadrático, confirmando una relación curvilínea (U-shaped) entre el estrés percibido y el desempeño ( $R^2 = 0.54$   $p < 0.05$ ). En cuanto al estrés percibido, los investigadores utilizaron la PPS-14 obteniendo resultados altos en el ítem 12 ( $M=3,52$   $DT=1,021$ ) e ítem 3 ( $M=3,02$   $DT=0,931$ ), así como resultados bajos en el ítem 6 ( $M=1,79$   $DT=0,730$ ) e ítem 7 ( $M=1,85$   $DT=0,799$ ), similar a los resultados de Cozzo & Reich.

En cuanto a Calidad de Sueño existe evidencia empírica que ha arrojado resultados relevantes en cuanto a la población de enfermeras, por ejemplo, un estudio sobre Calidad de sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios, hecho en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia perteneciente al Área de Salud VII del Servicio Murciano de Salud, en España, buscaba evaluar las características de la calidad de sueño en la muestra y determinar si existía diferencias según las categorías profesional, sexo y edad, siendo un estudio observacional, descriptivo, transversal y con la aplicación del índice de Calidad del sueño.

Los resultados arrojaron que un 44% de la muestra presentaba trastornos del sueño, en la calidad de sueño percibida, 19,1% de los encuestados la describieron mala, un 29,6% manifestó tardar más de media hora en quedarse dormidos y el 7.7% más de una hora (Aguado, 2016). El estudio concluyó en que “los trastornos del sueño se han convertido en un grave problema de salud

pública”, evidenciando un prevalencia en mala calidad de sueño descrita en la población investigada.

Una investigación similar quiso demostrar la hipótesis de que trabajar turnos afecta la calidad de sueño. Conociendo el tipo de turno de trabajo (de 8-12 horas) se puede estar afectando la calidad del sueño del personal de enfermería, la investigación quería evidenciar esta afectación como causa de problemas de salud, incapacidades y ausentismo laboral y buscaba conocer el tipo de turno de trabajo que afectaba más calidad del sueño del personal de enfermería. Partiendo de una muestra de 107 enfermeras y auxiliares de enfermería de tres hospitales, divididos en dos grupos (53 de turno a 8 horas y 54 de turnos a 12 horas).

Se aplicó el índice de Calidad de sueño de Pittsburgh y los resultados arrojaron que los profesionales con turno de 12 horas tenían una calidad de sueño peor a aquellos que manejaban turno de 8 horas. El estudio concluyó que los turnos de 12 horas afectan a la calidad total de sueño en mayor medida que los turnos de 8 horas, en ambos casos se superó el valor de 5, que es considerado el límite entre buenos y malos dormidores. Para aquellos profesionales con turnos de 12 horas, el valor fue de 6,3 mientras que para los trabajadores con turnos de 8 horas, se obtuvo un valor de 8,3, demostrando una calidad de sueño más deficiente (Palazón & Sánchez, 2017).

Otra investigación hecha por la universidad católica San Antonio, en el departamento de enfermería, buscaba observar la calidad de sueño y la somnolencia diurna en estudiantes de enfermería. Implementando una metodología cuantitativa y un diseño descriptivo, de secuencia transversal, usando una muestra de 401 alumnos. Los resultados obtenidos demostraron que en la aplicación del índice de calidad de sueño, 81.7% de los sujetos manifestaban presentar dificultad en la calidad subjetiva del sueño, en la latencia de sueño se encontró que el 46,4% tardaban un tiempo igual o superior a 16 minutos en dormirse, un 21,9% presentaba una latencia de sueño que

oscilaba entre los 31 y los 60 minutos y el 9,5% de la población (38 personas) tardaban más de 60 minutos para conciliar el sueño (Gallego, 2013).

“Habitualmente se ha asumido la relación entre las ideales 7-8 horas de sueño y el bienestar físico y mental, del total de la muestra analizada, 272 (67,8%) sujetos duermen menos de 7 horas. Concretamente, 154 (38,4%) alumnos duermen entre 5-6 horas cada noche y un 3,5% de los mismos, lo hacen con una duración inferior a 5 horas de sueño. Solo 129 (32.2%) estudiantes presentan una duración de sueño superior a 7 horas” (Gallego, 2013, p.108).

Un análisis de la calidad de sueño en una muestra de trabajadores del sector público donde se buscó analizar la calidad de sueño de los trabajadores del sector público para comprender su papel en los trastornos del sueño. Este análisis determinó que la calidad de sueño deteriorada se relaciona con un deterioro en el nivel de concentración, lo que da lugar a una disminución del rendimiento laboral e incluso posibilidades mayores de accidentabilidad. La muestra comprendía trabajadores de un centro de salud, los cuales se realizará un examen médico.

Para la medición de la calidad de sueño se empleó el índice de Pittsburgh. Los resultados de esta aplicación, arrojaron que un 40,4 % fueron clasificados como malos dormidores. Además a partir de un análisis bivariante señalo diferencias entre el deterioro de la calidad de sueño y variables sociodemográficas, laborales y de salud; a favor de las mujeres (Mañas & López, 2016).

En un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 108 profesionales asistenciales de Enfermería del turno de noche de un hospital de tercer nivel, se evidencio que presentan indirectamente alterada la calidad del sueño, principalmente en la calidad subjetiva, a la latencia y la alteración del sueño. En este análisis se administró el formulario de Pittsburgh y se obtuvo que el 64,8 % de la población presentó una mala calidad de sueño con una puntuación media de 7,77 en la escala de Pittsburgh (Rodríguez *et al.*, 2016). Una revisión bibliografía sobre Calidad del

sueño en la enfermera, enfatizando en la repercusión en la calidad y seguridad en los cuidados, demostraron que “los trastornos del sueño pueden disminuir la capacidad funcional y la calidad de vida de los Profesionales Sanitarios y que el estrés, y la turnicidad dificultan la conciliación de trabajo- descanso” (Diez, 2016, p.3).

La turnicidad y la nocturnidad laboral alteran el patrón habitual del sueño, y esto repercute en los cuidados asistenciales (Diez, 2016).

Por otra parte, Boysan, Yildirim y Yilmaz (2018) tuvieron el interés de investigar el efecto de mediación de una tendencia a provocar una preocupación incontrolable y excesiva sobre la relación entre el personal sanitario que no trabaja en turnos en 85 participantes entre 18 y 54, a quienes se les administró el cuestionario Penn State Worry (PSWQ), la Escala de Experiencias Disociativas (DES), el índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y un cuestionario demográfico fueron administrados. Utilizaron modelos de regresión de mediación para evaluar las asociaciones directas e indirectas entre la preocupación, la disociación y la calidad de sueño.

Controlaron variables como la edad, el sexo, el estado civil, la educación, carga familia y la el tiempo en que se ve televisión, Esos modelos de regresión indicaron que la relación dosis-respuesta directa entre la sintomatología disociativa y la calidad de sueño no fue estadísticamente significativa. Aunque los efectos indirectos de los síntomas disociativos a través de la preocupación patológica fueron sustanciales. La participación de absorción imaginativa y la amnesia disociativa tuvieron efectos indirectos significativos sobre la mala calidad del sueño a través de la preocupación medida por el Cuestionario de Penn State Worry. La investigación concluyó en que los síntomas disociativos se asocian indirectamente con el sueño a través de pensamientos negativos repetitivos, como la preocupación patológica.

La mala calidad del sueño, también se ha relacionado con experiencias psicóticas y varias psicopatologías como depresión o el trastorno de estrés postraumático. En estudiantes de Pregrado, se evaluaron síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, al igual que la calidad de sueño. Por medio del análisis de mediación se determinó si la mala calidad del sueño estaba asociada con las experiencias psicóticas. Los síntomas de depresión mediaron entre estas y la calidad de sueño (Cooper, Ered & Ellman, 2018).

Investigaciones han indagado sobre la calidad del sueño y estrés en personal de enfermería que trabaja en distintas áreas del sector hospitalario, por ejemplo Pires & Figueiredo (2010) abordaron estas variables en enfermeros que laboran en turnos diurnos y nocturnos de una institución hospitalaria de Sao Paulo, Brasil. Participaron 203 y se administraron la Escala Bianchi de Estrés modificado (EBSm) y el índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI). Los resultados indicaron una correlación significativa entre estrés y sueño (Correlación de Spearman  $r= 0,21318$ ;  $p= 0,0026$ ), demostrando que cuanto mayor es el nivel de estrés, peor es la calidad de sueño en los enfermeros.

## 11. Marco legal

Con respecto a la reglamentación pertinente, el cuerpo de enfermería, hace parte del sistema general de seguridad social en salud surgió a partir de la promulgación de la ley 100 de 1993, reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 692 de 1994. También reglamentada por el Decreto Nacional 1889 de 1994, Decreto Nacional 1748 de 1995, entre otras. El cual proporcionó un cambio en atención y solución estructural en el interior del sistema de salud.

Sus jornadas laborales se encuentran definidas en la Resolución 178 o Recomendación sobre el trabajo nocturno, publicada en el año 1990 y aprobada en Colombia con la ley 347 de 1997. La remuneración de trabajo por turnos, se encuentra presente en el código sustantivo del trabajo, la ley 50 de 1990 en el artículo 161, y la ley 789 de 2002 donde se especifica puntualmente la remuneración del trabajo nocturno y suplementario, como también la duración máxima legal de la jornada ordinaria de trabajo, la cual convienen las partes o a falta de convenio, la máxima legal de ocho horas diarias y cuarenta y ocho a la semana. Todo trabajo que supere la jornada máxima legal, trabajo suplementario o de horas extras, las cuales según el artículo 22 de la ley 50 de 1990, no podrán exceder de dos horas diarias y doce a la semana.

En el artículo 160 del Código Sustantivo de Trabajo, se menciona el trabajo ordinario el cual se realiza entre las seis horas y las veintidós horas, el trabajo nocturno que es comprendido entre las veintidós horas y las seis horas y la jornada de lunes a sábado. La jornada máxima de trabajo 48 horas a la semana, se infiere que entre los días lunes y sábado, se trabaja cada día ocho horas máximas. Todo trabajo que exceda el límite máximo de horas de lunes a sábado, constituida trabajo suplementario u horas extras, las cuales son remuneradas con tasas de recargo, establecidas en el artículo 168 del código, señala que el trabajo nocturno se remunera con un recargo del treinta y



cinco por ciento sobre el valor del trabajo diurno, con excepción del caso de la jornada de treinta y seis horas semanales, previstas en el artículo 20, literal C) de la presente ley.

En cuanto al cuerpo de enfermería o trabajadores de salud, existen legislaciones colombianas sobre el fenómeno, presente en el campo laboral. El código sustantivo del trabajo, estableció en sus artículos 200 y 201, una tabla donde se describe dieciocho patologías de origen profesional. El decreto 614 de 1984, en su artículo 2, literal C, también señala la importancia de proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral que pueda afectar la salud en los respectivos lugares de trabajo. El Decreto 778 de 1987, modificó la anterior tabla, completando cuarenta patologías y la Resolución 1016 de 1989, en su artículo 10, estableció la necesidad de diseñar programas de prevención y control de enfermedades generadas por los riesgos psicosociales en su numeral 12, 1, el cual dio origen también a la resolución 2646 de 2008.

Luego el Decreto 1832, extendió las patologías a cuarenta y dos, y el decreto 2566 de 2009, el cual actualmente rige, establece que una enfermedad presente en la tabla debe calificarse como enfermedad profesional, así como también establece aquellas causadas por el estrés.

El artículo 201, del Código Sustantivo de Trabajo, en cuanto al estrés señala que las patologías causadas por este, surgen por trabajos con sobrecarga cuantitativa o con demasiado tiempo de ejecución, trabajo repetitivo sumado la sobrecarga laboral. Trabajos con técnicas de producción en masa, monótonas. Así también menciona trabajos por turnos nocturno y trabajos con estresantes físicos con efectos psicosociales, los cuales producen estados de depresión, ansiedad, infarto u otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial o colon irritable. La secretaria de Salud también sustenta en la ley 266 de 1996, la reglamentación de la profesión de enfermería en Colombia y en donde se habla objeto, y de los principios de la practica profesional. Así como la

ley 911 de 2004, la cual dicta las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia, donde se expone las condiciones para el ejercicio y sus responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado.

## **12. Marco Metodológico**

### **12.1. Paradigma epistemológico.**

Este proyecto monográfico tiene como propósito central obtener conocimiento sobre el estrés percibido y la calidad del sueño en el cuerpo de enfermería de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá, para lo cual es conveniente estudiarlas a partir del paradigma positivista, también llamado empirista, ya que este paradigma, adoptado por las ciencias sociales de las naturales o físicas, tiene la función de volver ciencia a lo social, caracterizándose por la medición de las variables de estudio, así como por la comprobación y verificación de los resultados, todo a partir del uso de instrumentos estandarizados y métodos estadísticos que permitan comprobar hipótesis y generalizar el conocimiento (Ramos, 2015).

Así mismo, la disciplina psicológica se ha tenido una serie de paradigmas en función de la interacción de los componentes objeto de estudio que abarca la disciplina. En este sentido, Ribes (2000) postula ocho paradigmas en donde pretende explicar la ontología de la misma, relacionando mundo, mente, cuerpo, conducta, cerebro y organismo, evidenciando que el paradigma denominado la Mente y la Conducta es el más acorde a este estudio, ya que postula que la mente y la conducta actúan con respecto al mundo, construyendo una imagen del mismo y actuando en función de esta imagen, es decir, la mente es afectada por el mundo, teniendo así un papel fundamental no solo en la representación del mismo sino en el actuar del individuo frente a este.

El modelo Transaccional del estrés propuesto por Lazarus y Folkman y explicado anteriormente en el marco teórico corresponde con el paradigma propuesto, debido a que es la mente quien a

través de una valoración previa de su interacción con el mundo valida las situaciones y la capacidad para afrontarlas, generando en el cuerpo conductas específicas que dan respuestas a las demandas del mundo.

## **12.2. Enfoque**

Al ser un proyecto monográfico de la ciencia psicológica, se tiene un enfoque de investigación y un enfoque psicológico, los cuales orientan el rumbo del mismo.

### **12.2.1. Enfoque de investigación.**

El proyecto monográfico tiene un enfoque cuantitativo que se caracteriza por ser secuencial, donde cada etapa precede a la siguiente y tiene un orden riguroso. Su objetivo es medir y probar variables a través de herramientas, y procedimientos estandarizados aplicados en un determinado contexto, utilizando el apoyo de métodos estadísticos para su respectivo análisis y extrayendo conclusiones para la aprobación o no de la hipótesis (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### **12.2.2. Enfoque psicológico.**

Aquí resulta relevante el enfoque Cognitivo, puesto que, se caracteriza por el análisis científico de las estructuras y procesos mentales tales como las representaciones, las interpretaciones, las perspectivas, los esquemas, guiones, estados o modelos mentales, los cuales tienen como fin ser un antecedente o causa del comportamiento humano (Meza, 2005). Es decir, que partiendo de la percepción que tenga el sujeto sobre su propio estrés, por ejemplo, se pueden presentar conductas que lleguen a repercutir en una mala calidad del sueño, o viceversa.

### **12.3. Diseño o tipo de investigación.**

El proyecto monográfico sobre el estrés percibido y la calidad de sueño en el personal de enfermería pretende recopilar información de dicha población en su contexto laboral y sin la intención de manipular variables, por lo tanto la presente investigación opta por un diseño no experimental o ex post-facto, entendido por Hernández, Fernández & Baptista (2014) como un tipo de diseño que no manipula variables de forma intencional, sino que busca recopilar información de las mismas tal y como suceden en su contexto natural para posteriormente explicadas y analizadas.

#### **12.3.1. Subtipo de investigación.**

Esta monografía tiene un alcance correlacional, por lo que busca determinar la relación o grado de asociación estadística entre las variables de estrés percibido y calidad del sueño en enfermeras, midiendo, cuantificando, analizando y estableciendo vínculos entre las mismas. Este tipo de estudios es útil para saber, una vez establecida la correlación, cómo se puede comportar un concepto o variable a partir del conocimiento de la otra variable vinculada, dando a su vez una base para poder explicar un fenómeno, sin que su fin último sea llegar a establecer una causalidad (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Así mismo, cada una de las variables se estudia en un momento único en el tiempo, es decir, es una investigación correlacional-transversal, el cual, es definido por Gómez (2006) como un tipo de diseño en el cual se recolectan datos en un momento único en el tiempo, abarcando varios grupos, situaciones o eventos.

## **12.4. Población**

En el Hospital San Rafael de Facatativá existe una población aproximada de 220 personas que pertenecen al cuerpo de enfermería, el cual se compone por enfermeros y enfermeras tanto auxiliares como profesionales. A partir de lo anterior y apoyados en los cuadros de turno de cada uno de los servicios, se realizó una base de datos y se pudo establecer que la población objeto a estudio son 124 enfermeras y auxiliares de enfermería del Hospital San Rafael del municipio de Facatativá que cumplen con los criterios de inclusión presentados en la tabla 1, es decir, son mujeres enfermeras o auxiliares de enfermería que llevan trabajando en la Institución como mínimo un mes y laboran en turno nocturno o turno rotativo, entendiendo el turno nocturno como la jornada laboral desempeñada durante las horas de la noche, la cual, en las enfermeras del Hospital San Rafael, es de 7:00 pm a 7:00 am, mientras que el turno rotativo es entendido como la jornada que se cumple bien sea de día o de noche, alternando la secuencia de estas, cumpliendo horarios de 7:00 am a 7:00 pm o de 7:00 pm a 7:00 am durante el mes, sin contar con uno de estos de manera fija, como las que trabajan en el turno de la noche.

### **12.4.1. Muestra.**

Esta se eligió a través de un muestreo no probabilístico - por conveniencia, el cual tiene como característica la definición, por parte del investigador, de ciertos criterios para la selección de la muestra, así como su fácil acceso a ella (Otzen & Manterola, 2017).

A partir de lo anterior, 102 enfermeras participaron de manera voluntaria en el proyecto monográfico, de las cuales 4 se eliminaron por cumplir con los criterios de eliminación presentados en la tabla 1. Con esto en cuenta, la muestra final se compuso por 98 enfermeras y auxiliares de enfermería que representan el 79% de la población final.

Para el proyecto monográfico se tuvo acceso a la población durante su jornada laboral. Las enfermeras y auxiliares que cumplan los criterios de inclusión y deseen participar, se contarán como parte de la muestra.

Tabla 1  
*Criterios de Selección*

<b>Criterios</b>
<p><b>Criterios de Inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mujer.</li> <li>● Enfermera o auxiliar de enfermería.</li> <li>● Funcionaria de la E.S.E. Hospital San Rafael de Facatativá.</li> <li>● Labora en turno nocturno y/o rotativo.</li> </ul> <p>Lleva laborando en alguno de los anteriores turnos como mínimo un mes.</p>
<p><b>Criterios de Exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hombre.</li> <li>● Laborar solo en un turno diurno.</li> <li>● Llevar menos de mes trabajando en el turno nocturno y/o rotativo.</li> </ul>
<p><b>Criterios de Eliminación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● No firmas el consentimiento.</li> <li>● No responder completo cada uno de los instrumentos.</li> </ul>

## 12.5. Variables

### 12.5.1. Datos Sociodemográficos

Dentro de los datos recolectados en el perfil sociodemográfico se encuentran la variable de edad, tiempo laborando, cantidad de horas y promedio salarial, las cuales son de tipo cuantitativo ordinal. Para el caso de las variables de estado civil, profesión actual, servicio, turno y trabajo adicional, corresponden a variables de tipo nominal. Por último, la variable de personas a cargo se clasifica dentro de la escala de medición de razón.

### 12.5.2. Estrés percibido.

El estrés percibido es una variable que en función del instrumento es de tipo cuantitativa, con escala de medición ordinal, ya que la EEP-14 arroja un puntaje entre 0 y 56, indicando que a mayor puntaje, mayor estrés percibido (Ver tabla 2).

El instrumento sólo evalúa este constructo y no tiene componentes, por lo que no es posible definir y evaluar otro tipo de variables.

Tabla 2

*Componentes de la Escala de Estrés Percibido.*

<i>Estrés Percibido</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Resultado</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Tipo</i>	<i>Escala de Medición</i>
	EEP-14	0 – 56	No Estrés Estrés Leve Estrés Moderado Estrés Severo	Cuantitativa	Ordinal

### 12.5.3. Calidad de sueño.

En función del Instrumento, la calidad de sueño es una variable es de tipo cuantitativa, con escala de medición ordinal, ya que el ICSP-VC arroja un puntaje entre 0 y 21, permitiendo definir al sujeto como buen o mal dormidor. Así mismo, este abarca una serie de componentes de tipo cuantitativo con escala de medición ordinal, ya que se obtienen puntuaciones entre 0 y 3, por lo que a mayor puntuación, indica un problema más grave en ese componente. (Ver tabla 3.). Esto posibilita definir y evaluar otro tipo de variables.

Tabla 3

*Componentes del Índice de Calidad de Sueño.*

<i>Calidad de Sueño</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Resultado</i>	<i>Interpretación</i>	<i>Tipo</i>	<i>Escala de medición</i>
		0 - 21	Buena Mala	Cuantitativa	Ordinal
<i>Componentes</i>		--	--	--	--
	<i>ICSP-VC</i>				
C1 Calidad Subjetiva del Sueño		0 - 3	Ningún Problema Algún Problema Problema Problema Grave	Cuantitativa	Ordinal
C2 Latencia del Sueño		0 - 3		Cuantitativa	Ordinal
C3 Duración del Sueño		0 - 3		Cuantitativa	Ordinal
C4 Eficiencia del Sueño Habitual		0 - 3		Cuantitativa	Ordinal
C5 Perturbaciones del Sueño		0 - 3		Cuantitativa	Ordinal
C6 Medicamentos para Dormir		0 - 3		Cuantitativa	Ordinal
C7 Disfunción Diurna		0 - 3		Cuantitativa	Ordinal

La tabla señala cada uno de los componentes presentes en el índice de calidad de sueño de Pittsburg.

## **12.6. Técnica de recolección de datos**

### **12.6.1. Instrumentos.**

Para recolectar los datos se hará uso de tres instrumentos, uno de ellos es creado con el fin de recabar datos para caracterizar a la población y los otros dos son instrumentos validados para utilizar en población colombiana. Cada uno de ellos es descrito a continuación.

#### ***12.6.1.1 Perfil sociodemográfico (Ver anexo 1).***

Perfil diseñado para este estudio el cual recoge datos concernientes a la edad, el estado civil, la cantidad de personas a cargo, la profesión actual, el tiempo que lleva trabajando en dicha profesión, cantidad de horas trabajadas, servicio y turno durante el último mes, así como el promedio salarial, todo con el fin de poder caracterizar a la población.

Una vez recolectada la información de este instrumento y a medida que se iba tabulando, fue evidente que en la pregunta 7 “Servicio en el que trabaja” el 8,2% de las enfermeras y auxiliares colocaban más de una opción, por lo que se concluyó que trabajan en más de un servicio del hospital. A partir de esto, de manera unánime se decide agregar una opción adicional en este ítem al que se le denominó “dos o más servicios”, el cual se contará para las enfermeras que hayan seleccionado dos o más opciones.

#### ***12.6.1.2. Escala de estrés percibido – Versión 14 (Ver anexo 2).***

La Escala de Estrés Percibido EEP (PSS por sus siglas en inglés) es un Cuestionario de autoinforme de fácil administración el cual mide el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Sus ítems fueron diseñados para que el participante determine que tan incontrolable, impredecible y sobrecargada han experimentado su vida durante el último mes, siendo estos los tres componentes principales cuando se experimenta estrés (Cohen & Williamson, 1988).



La escala cuenta con tres versiones, una de 4 ítems (PSS-4), una de 10 ítems (PSS-10) y una de 14 ítems (PSS-14), siendo esta última la versión original y la cual se utilizó en esta investigación. Es una escala auto-administrada y requiere de 10 minutos para terminarla. Consta de un formato tipo Likert con 5 alternativas de respuesta las cuales van desde “nunca” a “muy a menudo”. Sus ítems están elaborados de forma positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13) y negativa (1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14) y deben ser calificados de 0 a 4 los negativos y de 4 a 0 los positivos.

La puntuación directa total de la escala va desde 0 a 56, entendiendo que a mayor puntuación, mayor estrés percibido (Cohen et al., 1983; Cohen & Williamson, 1988). Los autores no determinaron un punto de corte, sin embargo, para efectos de este estudio, se utilizarán los puntos de corte propuestos por Cázares & Moral (2016) en su investigación con dentistas mexicanos, los cuales van de 0-18 para casos de no estrés percibido, 19-28 para casos de estrés percibido leve, 29-38 para casos de estrés percibido moderado y 39-56 para casos de estrés percibido severo.

La PSS no vincula la evaluación a situaciones particulares, por lo que es sensible a todas las circunstancias de la vida en curso, al estrés resultante de un evento familiar o laboral, al estrés por la no ocurrencia de un evento o al estrés por la expectativa con respecto a un evento futuro (Cohen & Williamson, 1988).

La PSS-14 fue realizada por Cohen et al. (1983) A partir de los trabajos de Lazarus y Folkman sobre la evaluación del estrés, en ella se obtuvo correlaciones significativas ( $p < 0,01$  –  $p < 0,001$ ) con los puntajes de los eventos de la vida que son estresantes y la sintomatología física del estrés y se obtuvo un Alfa de Cronbach entre 0,84 y 0,86, lo que demuestra ser una escala válida y confiable para medir estrés percibido. Dicha versión fue adaptada y validada al idioma español por Remor & Carrobles (2001) con resultados en el alfa de Cronbach de  $\alpha = 0,67$ , correlación de  $r = 0,65$  con la subescala (HADS-A) de la escala de Ansiedad-Depresión en el Hospital (HADS),

correlación de  $r=0,54$  con el nivel de estrés durante el último mes, siendo estadísticamente significativas ( $p<0,001$ ) y Análisis de Regresión Lineal Simple de  $R^2c=0,42$  para Ansiedad y  $R^2c=0,28$  para el estrés durante el último mes.

Esto demuestra que la escala goza de alta confiabilidad y validez concurrente así como de aceptable validez predictiva, por lo que la PSS-14 en español (EEP-14) evalúa de manera óptima el constructo.

En Colombia la escala en español fue validada por Campo, Bustos & Romero (2009) con resultados en el Alfa de Cronbach de  $\alpha=0.87$  y con un análisis factorial que identificó dos factores (Afrontamiento y Percepción del estrés) con valores de 5,394 y 1,556 respectivamente, los cuales explicaban el 49,6% de la varianza, con correlación entre estos de  $r=0,649$  lo que demuestra ser una escala con excelente consistencia interna y aceptable estructura factorial, válida y confiable para aplicar en el contexto colombiano.

Así mismo, la validez y confiabilidad de la prueba se ha probado en otros países sudamericanos tales como Chile y Venezuela (Calderón, Gómez, López, Otálora & Briceño, 2017; Benítez, D'Anello & Noel, 2013) y en países de habla hispana como México (Torres, Vega, Vinalay, Arenas & Rodríguez, 2015; Moral & Cázares, 2014) lo que ha demostrado ser una escala eficaz para medir el estrés percibido.

Cabe aclarar que para esta investigación se tomó la EEP-14 ya que es el instrumento más acorde para evaluar el estrés desde una perspectiva predominantemente cognitiva, afín con el paradigma de la investigación. Además es de aclarar que se contó con la aprobación de los autores del estudio colombiano para la utilización del instrumento.

### ***12.6.1.3. Índice de calidad de sueño de Pittsburgh- Versión Colombiana (Ver anexo 3).***

El índice de Calidad de Sueño de Pittsburg ICSP (PSQI por sus siglas en inglés) es un cuestionario de autoevaluación que valora la calidad de sueño y las alteraciones del mismo durante el último mes (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989). Consta de 24 ítems y se requiere entre 5 y 10 minutos para completarlo. 19 ítems son autoaplicados y 5 ítems son evaluados por la pareja o compañero de habitación. Los ítems autoaplicados se agrupan en 7 componentes: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño habitual, perturbaciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna.

Cada uno de los componentes tiene un rango de puntuación discreta entre 0 y 3, por lo que 0 indica que no existen problemas al respecto, mientras que 3 indica graves problemas en dicho aspecto (Royuela & Macías, 1997). La suma de los puntajes de cada componente arroja la puntuación total o global, la cual puede ir desde 0 hasta 21, siendo el resultado final un indicador de qué tanta calidad de sueño se tiene. Según Buysse *et al.* (1989) una puntuación global  $\leq 5$  indica ser buen dormidor y/o tener una buena calidad del sueño, mientras que una puntuación global  $> 5$  indica ser un mal dormidor y/o tener una mala calidad del sueño.

El PSQI fue creado por Buysse et al (1989) y las preguntas del cuestionario fueron elaboradas a partir de la intuición clínica, la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con patologías del sueño, la revisión de cuestionarios de sueño y la experiencia que obtuvieron a partir de un trabajo de 18 meses del uso del cuestionario (Royuela & Macías, 1997).

En dicho trabajo se obtuvo un Alfa de Cronbach de  $\alpha=0,83$ , siendo administrado el cuestionario en dos ocasiones obteniendo una correlación de  $r=0,83$ , puntuación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). El punto de corte 5 representa de manera correcta el 88,5% de los pacientes, tanto los de experimentación como los de control ( $kappa = 0,75$ ), representando una sensibilidad y

especificidad del 89,6% y 86,5% respectivamente, lo que sugiere ser un cuestionario válido y confiable para medir la calidad de sueño en pacientes clínicos y no clínicos, bien sea en la práctica clínica-psiquiátrica o en actividades de investigación (Buysse et al, 1989).

El cuestionario fue adaptado y validado al idioma español por Royuela & Macías (1997) obteniendo una consistencia interna de  $\alpha=0,81$ , coeficiente kappa=0,61 y sensibilidad y especificidad del 88,63% y 74,99% respectivamente, para el punto de corte 5, lo que demuestra ser una versión válida y confiable para todo tipo de población. Así mismo, el cuestionario se adaptó y validó en Colombia por Escobar & Eslava (2005) denominándose ICSP-VC obteniendo resultados óptimos, con una consistencia interna de  $\alpha=0,78$  y diferencias clínicas y estadísticas significativas entre los sujetos con alguna alteración del sueño (U de Mann Whitney:  $z= -5,635$ ,  $p=0,0000$ ), los que tenían mala calidad del sueño y los que no (U de Mann Whitney:  $z= -2,90$ ,  $p=0,0037$ ), sin diferencias entre sexos, demostrando así ser una versión válida y confiable para estudiar la calidad del sueño en población colombiana.

El ICSP también ha sido validado en otras poblaciones de habla hispana con resultados confiables para su implementación (Luna, Robles & Agüero, 2015; Jiménez, Monteverde, Nenclares, Esquivel & de la Vega, 2008).

Cabe aclarar que para esta investigación se tomó el ICSP-VC ya que es el instrumento más adecuado y probablemente el único para evaluar calidad de sueño en población colombiana. Para esto se contó con la aprobación de los autores para utilizar el instrumento.

### **12.7. Plan estadístico**

El procesamiento de los datos obtenidos en la presente investigación se realizó por medio del Software estadístico SPSS, versión 23.0.0.0 en español, ofreciendo funcionalidad en cuanto al

análisis guiado hacia los objetivos. A partir de este, se caracterizó la muestra, utilizando estadística descriptiva. Posteriormente en la fase de análisis se dan dos momentos, uno en el que se comparan los resultados de los turnos y otro en el que se relacionan las categorías y a su vez se aplica una correlación numérica.

Para el primer momento, se revisó la distribución de normalidad para las variables, apoyados del Histograma y confirmando el resultado de este con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. A continuación, se comprobó si las variables estaban asociadas o eran independientes mediante la prueba de Chi-Cuadrado. Una vez definido esto y teniendo claridad sobre la independencia y la normalidad de las variables, se da paso al segundo momento estableciendo la comparación de medias de la variable de estrés percibido, la cual es paramétrica, en función del turno, utilizando para esto la prueba T de Student para muestras independientes. Así mismo, se hizo uso de la prueba de Levene para determinar igualdad de varianzas. Luego de esto se hizo comparación de medias de la variable calidad de sueño, no paramétrica, en función del turno, empleando las barras de error y contrastando la información por medio de la prueba U Mann-Whitney para muestras independientes, sin desconocer la comparación de medianas que se estableció desde un diagrama de cajas. Del mismo modo, se ratifica la igualdad de varianzas a través de la prueba ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis. Finalmente se hizo uso del coeficiente de correlación de Spearman para determinar la correlación entre la variable de estrés percibido y la variable de calidad de sueño, desarrollando al mismo tiempo una correlación entre los componentes de cada uno de los instrumentos con los resultados de las pruebas en general y correlación entre los componentes de cada uno de estos, mediante el mismo estadístico.

## **12.8. Hipótesis**

### **12.8.1. Hipótesis de trabajo (Hi).**

#### ***12.8.1.1. Hipótesis de relación.***

Existe relación entre el estrés percibido y la calidad del sueño en las enfermeras del turno nocturno y rotativo del Hospital San Rafael de Facatativá.

#### ***12.8.1.2. Hipótesis de comparación.***

Existe diferencia en el estrés percibido y la calidad de sueño de las enfermeras que trabajan en turno rotativo y las que trabajan en turno nocturno.

### **12.8.2. Hipótesis nula (Ho).**

#### ***12.8.2.1. Hipótesis nula de relación.***

No existe relación entre el estrés percibido y la calidad del sueño en las enfermeras del turno nocturno y rotativo del Hospital San Rafael de Facatativá.

#### ***12.8.2.2. Hipótesis nula de comparación.***

No existe diferencia en el estrés percibido y la calidad de sueño de las enfermeras que trabajan en turno rotativo y las que trabajan en turno nocturno.

## **12.9. Procedimiento**

El Proyecto monográfico consta de tres etapas que abarcan a su vez 4 fases, estipuladas a continuación.

### **12.9.1. Etapa de Pre-Applicación.**

Esta etapa está compuesta por la Fase 1, en la cual se hizo una revisión teórica sobre cada una de las variables en el contexto hospitalario, de esta manera se elaboró la justificación, el

planteamiento, el marco teórico, el marco empírico y el marco metodológico del proyecto monográfico, dando respuesta al por qué, el para qué y el cómo de la monografía. Una vez localizada la población objeto de estudio, se procedió a solicitar los permisos respectivos, tanto en el Hospital San Rafael (Ver anexo 4) como en la Universidad de Cundinamarca, los cuales avalan el acceso a la población y la aplicación de pruebas psicométricas que permitan dar cuenta de las variables a estudiar (Ver anexo 5).

### **12.9.2. Etapa de aplicación.**

Una vez asignados los permisos, se procederá con la etapa de aplicación que está compuesta por la Fase 2. En esta se pasará por cada dependencia con el fin de identificar a la población y comentarles los objetivos de la monografía, por lo que cada una de las enfermeras o auxiliares tomará la decisión de ser partícipe de manera voluntaria. Expresa su voluntad, se leerá y firmará el consentimiento informado e inmediatamente después se hará entrega de los tres instrumentos, los cuales contestarán en un tiempo de 15 a 30 minutos, aproximadamente. Ya recolectada la información, se procederá a tabular en Excel, el cual permitirá tener datos ordenados de cada una de las variables para posteriormente aplicar el tratamiento estadístico planteado. Este tratamiento permite dar una óptica diferente que lleva a un análisis completo de los datos, apuntando a los objetivos de la monografía.

### **12.9.3. Etapa de Post-Applicación.**

Esta etapa, compuesta por la fase 3 y fase 4 consta de la discusión, las conclusiones y las recomendaciones, así como de las correcciones de los docentes jurados.

En un primero momento se comparan, contrastan y discutirán los resultados a la luz de la teoría, permitiendo reconocer las fortalezas y limitaciones del proyecto monográfico, posteriormente se

extraerán las conclusiones las cuales responderán a la pregunta de investigación, finalmente se darán recomendaciones para ser consideradas en la población y se enviará el proyecto para que el docente asesor y los docentes jueces sugieren correcciones.

**12.9.4. Cronograma.**

Etapa	Fase	Actividad	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre												
			Semana				Semana				Semana				Semana							
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pre- Aplicación	Fase 1	Justificación																				
		Planteamiento																				
		Marco Teórico																				
		Marco Empírico																				
		Marco Metodológico																				
		Solicitud de Permisos																				
Aplicación	Fase 2	Recolección de Información																				
		Tabulación de Información																				
		Tratamiento Estadístico																				
		Análisis de Información																				
Post- Aplicación	Fase 3	Discusión																				
		Conclusiones																				
		Recomendaciones																				
	Fase 4	Correcciones Jurados y Asesor																				

**12.9.5. Lineamientos éticos.**

Para el proyecto de grado monográfico se tendrá en cuenta los principios de responsabilidad, autonomía, beneficencia y no maleficencia, así como el trato respetuoso y digno a cada uno de los participantes, velando por su bienestar y sus derechos tal y como se contempla en los artículos 2 numeral 1, 5, 6, 8 y 9 y los artículos 10, 13, 15, 16, 23, 29, 31,36, 49, 50, 51 y 55 de la Ley 1090 de 2006.

Con el fin de garantizar esto, se contará con la aprobación del Hospital San Rafael y de la coordinación del programa de Psicología de la Universidad para la aplicación de las pruebas



psicométricas, que serán supervisadas, a su vez, por el docente asesor. Así mismo se tendrá autorización por parte de cada una de las participantes, las cuales serán informadas del objetivo de la monografía, así como de sus derechos al ser participante, firmando como constancia el consentimiento informado (ver anexo 6).

En el caso de proyectos de investigación, en cualquiera de los ámbitos del desempeño del psicólogo, es deber del psicólogo, indicar de manera clara y comprensible para el participante o su representante legal, la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales, las molestias o los riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el participante, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del participante.

La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento, la seguridad de que no se identificará al participante y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar la voluntad del participante para continuar en el proyecto (Hernández & Sánchez, 2015).

### **13. Resultados**

Estos se exponen en tres partes: una con los resultados de los datos sociodemográficos, la siguiente con los resultados de la EEP-14 y el ICSP-VC mirando su distribución y dependencia, posteriormente se muestran los resultados de la comparación entre los turnos y se finaliza con la relación de las variables.

Los datos del Perfil Sociodemográfico son resumidos en la tabla 4, en la cual se estima un porcentaje significativo en cada una de las variables teniendo en cuenta que el 78,6 % de la muestra son auxiliares de enfermería y el 21,4 % restante son enfermeras profesionales que trabajan en turno nocturno y rotativo, demostrándose en un 41,8 % y 58,2 % correspondientemente. De ellas el 49 % tiene entre 28 y 37 años y el 20,4 % tiene entre 18 y 27 años, siendo a su vez la unión libre y la soltería los estados predominantes en el personal, con un 34,7 % y un 32,7 %, respectivamente, sin ignorar que el 2 % son viudas. Así mismo, el 80,6 % tienen a su cargo de una a tres personas, las cuales dependen económicamente de ellas.

Dentro del personal de enfermería, el 66,3 % lleva trabajando más de 6 años en su profesión y solo el 3,1 % lleva laborando entre 3 y 4 años. A su vez, en el último mes el 42,9 % trabajó entre 160 y 192 horas y el 5,1 % trabajó menos de 160 o más de 291 horas, siendo los servicios de Urgencias y Hospitalización donde se concentró mayor población, con un 25,5 % y 20,4 % respectivamente, y menor población en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, con un 2 %. Resulta relevante que el 8,2 % de la muestra trabaja en dos o más servicios de la Institución.

El 70,4 % tuvo ingresos mensuales entre 1-2 salarios mínimos, mientras que el 19,4 % tuvo ingresos entre 2-3 y el 10,2 % entre 3-4 salarios, resaltando que solo el 9,2 % cuentan con un trabajo adicional y el 90,8% restante, no.

Tabla 4  
Datos Sociodemográficos.

Variable	Rango	Porcentaje				
Edad	18 – 27	* 20,4 %	Personas a Cargo	Viuda	** 2 %	
	28 - 37	* 49 %		Ninguna	100 %	
	38 – 47	19,4 %		1 – 3	* 80,6 %	
	+ de 47	** 11,2 %		4 – 6	** 3,1 %	
		<b>100 %</b>		+ de 6	5,1 %	
Estado Civil	Unión Libre	* 34,7 %	Profesión Actual	Enfermera	** 21,4 %	
	Soltera	* 32,7 %		Auxiliar	* 78,6 %	
	Casada	16,3 %			<b>100 %</b>	
	Separada	11,2 %		Tiempo Laborado	1 Mes – 1 Año	7,1 %
	Divorciada	3,1 %			1 – 2 años	10,2 %

	2 – 3 años	4,1 %		Neonatos	10,2 %
	3 – 4 años	** 3,1 %		Sala de Partos	13,3 %
	4 – 5 años	4,1 %		ARO	** 2 %
	5 – 6 años	5,1 %		Otro	4,1 %
	+ de 6 años	* 66,3 %		2 o más servicios	8,2 %
		<b>100 %</b>			<b>100 %</b>
Variable	Rango	Porcentaje	Turno	Nocturno	** 41,8 %
	- de 160	** 5,1 %		Rotativo	* 58,2 %
	160 – 192	* 42,9 %			<b>100 %</b>
	193 – 225	* 22,4 %		1 – 2 SMMLV	* 70,4 %
Horas Trabajadas	226 – 258	16,3 %	Promedio Salarial	2 – 3 SMMLV	19,4 %
	259 – 291	8,2 %		3 – 4 SMMLV	** 10,2 %
	+ de 291	** 5,1 %			<b>100 %</b>
		<b>100 %</b>		Trabajo Adicional	Sí
	Urgencias	* 25,5 %			No
Servicio	Hospitalización	* 20,4 %			** 9,2 %
	Salas de Cirugía	6,1 %			* 90,8 %
	UCI	10,2 %			<b>100 %</b>

Se pueden apreciar los resultados de cada una de las variables sociodemográficas en términos del porcentaje de la muestra.

\* Datos más altos de cada variable.

\*\* Datos más bajos de cada variable

Fuente: Elaboración propia.

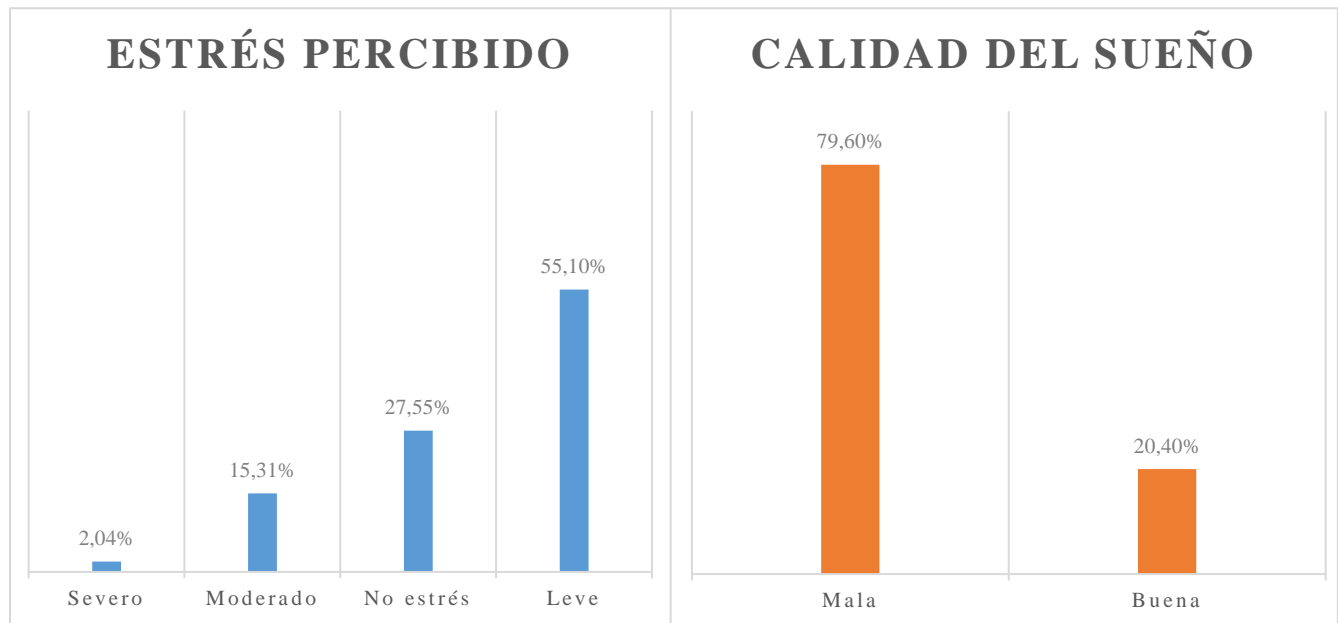


Figura 2: Se evidencia el porcentaje de cada una de las dimensiones de estrés percibido y calidad del sueño en el personal de enfermería.

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, los resultados de la EEP-14 y el ICSP-VC los cuales se muestran en la figura 2, evidencian una prevalencia del 72,45 % de estrés percibido, del cual el 55,1 % lo percibe de forma

leve, el 15,3 % moderada y el 2 % severo. El 27,55 % no percibió estrés. Así mismo se demuestra una prevalencia del 79,6 % de enfermeras con mala calidad del sueño y del 20,4 % con buena calidad del mismo.

Los datos descriptivos de la EEP14 muestran una media de 22,48; mediana de 22,5; moda de 19; desviación estándar de 6,495; varianza de 42,19; con un puntaje mínimo de 6 y máximo de 40, siendo el ítem 3 ( $M= 2,2$   $Dt= 0,98$ ) y el ítem 12 ( $M= 2,7$   $Dt= 0,96$ ) los que tuvieron mayor puntuación, mientras que el ítem 6 ( $M= 1,04$   $Dt= 0,81$ ) fue el que tuvo menor puntuación.

Para el ICSP-VC se obtuvo una media de 7,46; mediana de 7; moda de 6; desviación estándar de 3,607; varianza de 13,01; con un puntaje mínimo de 2 y máximo de 18, encontrando que en la mayoría de los componentes, se obtuvo puntuaciones altas a excepción del componente de eficiencia del sueño ( $M= 0,81$   $Dt= 1,15$ ) y uso de medicamentos ( $M= 0,34$   $Dt= 0,80$ ).

A su vez, la variable de estrés percibido presenta una distribución normal con buena simetría (,282) y mayor apuntamiento (-0,81), mientras que la variable de calidad de sueño no presenta una distribución normal, encontrando asimetría (,667) y menor apuntamiento (-,318). Esto fue demostrado en la prueba de Kolmogorov-Sminov, pudiendo asegurar con un 95 % que la variable de estrés percibido con un valor  $p = ,109$  se distribuye de manera normal, mientras que la variable de calidad del sueño con un valor  $p = ,000$  no se distribuye de manera normal. Igualmente, se estableció mediante la prueba chi-cuadrado que a nivel de categorías y con un valor  $p = ,430$  las variables son independientes.

Posteriormente se buscaron diferencias entre el personal que trabaja en el turno nocturno y el que trabaja en rotativo con respecto a las variables de estudio, encontrando que tanto en estrés percibido como para calidad del sueño en los turnos, no hay diferencias en medias ni en varianzas (ver Tabla 5).

Tabla 5  
Comparación de turnos para cada variable.

Medidas	Variable	Estadístico	Significancia	Interpretación
Media	Estrés Percibido	T de Student para muestras independientes	P = 0,942	Las medias son iguales para los turnos.
	Calidad del Sueño	U Mann-Whitney para pruebas independientes	P = 0,726	La distribución es la misma entre las categorías de Turno.
Varianza	Estrés Percibido	Prueba de Levene	P = 0,129	Las varianzas entre los turnos son iguales.
	Calidad del Sueño	ANOVA de un factor de Kruskal-Wallis. Prueba de Levene.	P = 0,057	Las varianzas son homogéneas.

Se aprecian los resultados de comparación de medias y varianzas de los turnos nocturno y rotativo, con el respectivo estadístico utilizado para cada variable.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las a la relación entre variables, la cual se hizo con el coeficiente de correlación de Spearman (tabla 6), se encuentra que la calidad de sueño y el estrés percibido tienen una relación positiva (0,258) y significativa ( $p = 0,010 < p = 0,05$ ), por lo que se puede asegurar, con un 95% de confianza que mientras una variable aumenta, la otra también lo hace. En la figura 3 se puede apreciar que los datos se dispersan dentro de un rango positivo, en su mayoría por debajo de línea de exactitud, demostrando visualmente una relación no tan fuerte y por ende no perfecta, sin embargo, el estadístico de Spearman nos indica que pese a no ser fuerte, es una relación estadísticamente significativa.

Tabla 6  
Correlación entre estrés percibido y calidad del sueño.

		Estrés Percibido	Calidad de Sueño
Correlación de Spearman	Estrés Percibido	Coef. de correlación	1
		Significancia.	,258*
	Calidad de Sueño	Coef. de correlación	,258*
		Significancia.	1

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

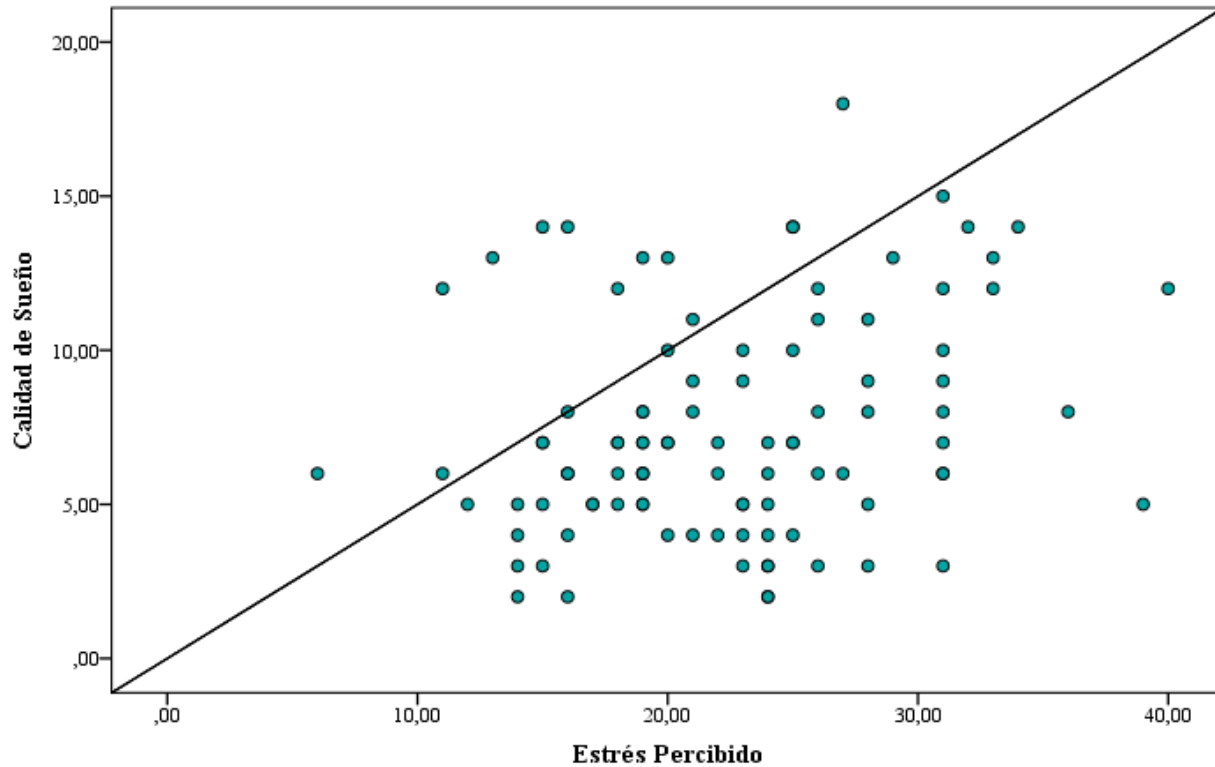


Figura 3: En el diagrama de dispersión se evidencia que los datos se dispersan en un rango positivo.

Así mismo, se hizo correlación entre el puntaje final de estrés percibido y sus ítems, así como entre el puntaje de calidad de sueño y los ítems de la escala de estrés, como se muestran en la tabla 7.

Estos arrojan que la mayoría de los ítems relacionan de manera significativa ( $p < 0,01$ ) con el puntaje de la prueba de estrés, sin embargo el ítem 12 no arroja relación fuerte ni significativa. Por lo anterior y pese a no estar en los objetivos de la presente monografía, fue relevante confirmar a través del Alfa de Cronbach la consistencia interna de la escala (tabla 21) obteniendo un resultado de  $\alpha = ,729$ .

La correlación entre el puntaje de calidad de sueño y los ítems de la prueba de estrés arrojan que los ítems 2, 6 y 14 tienen una relación no fuerte pero sí significativa ( $p < 0,01$ ), por lo que se puede asegurar con un 99% de confianza que los resultados de la prueba de calidad de sueño se relacionan con los ítems antes mencionados de la prueba de estrés.

Tabla 7

Correlación de estrés percibido y calidad de sueño con los respectivos ítems de la EEP-14

	Í1	Í2	Í3	Í4	Í5	Í6	Í7	Í8	Í9	Í10	Í11	Í12	Í13	Í14
<b>Estrés Percibido</b>	,532**	,726**	,482**	,426**	,347**	,549**	,580**	,518**	,559**	,455**	,648**	0,19	,457**	,709**
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,061	0	0
<b>Calidad del Sueño</b>	0,196	,288**	0,106	-0,041	0,12	,260**	0,197	0,035	-0,009	0,11	0,125	0,155	0,085	,262**
	0,053	0,004	0,301	0,691	0,239	0,01	0,052	0,729	0,93	0,283	0,219	0,128	0,407	0,009

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

De igual forma, se hizo correlación entre el puntaje final de calidad de sueño y sus componentes, así como entre el puntaje de estrés percibido y los componentes de la prueba de calidad de sueño, como se muestra en la tabla 8.

La primera correlación arroja que todos los componentes del índice de calidad de sueño relacionan de manera significativa ( $p < 0,01$ ) con el puntaje final de la misma, por esta razón se quiso corroborar la consistencia interna de la prueba obteniendo como resultado un  $\alpha = ,732$ .

La segunda correlación indica que el componente de alteraciones del sueño y el componente de disfunción diurna del ICSP-VC relacionan de buena manera con la escala de estrés percibido, con una significancia  $p < 0,01$  por lo que se puede asegurar, con un 99% de confianza, que mientras estas variables aumentan, la variable de estrés percibido también lo hará.

Tabla 8

Correlación de calidad de sueño y estrés percibido con los respectivos componentes del ICSP-VC.

	Calidad de Sueño Subjetivo	Latencia de Sueño	Duración del Dormir	Eficiencia del Sueño	Alteraciones del Sueño	Uso de Medicamentos	Disfunción Diurna
Calidad del Sueño	,650**	,577**	,649**	,614**	,464**	,461**	,458**
	0	0	0	0	0	0	0
Estrés Percibido	0,144	0,078	0,189	0,067	,454**	0,041	,338**
	0,158	0,444	0,062	0,512	0	0,69	0,001

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración Propia

Por último, se buscó relación entre los ítems de la EEP-14 y los componentes del ICSP-VC (ver tabla 9) pudiendo asegurar con un 99 % de confianza que existe relación entre el componente de eficiencia del sueño y el ítem 7; entre el componente de alteraciones del sueño y los ítems 2, 3, 11 y 14; y entre el componente de disfunción diurna y los ítems 1, 2, 11 y 14.

Así mismo, con un 95% de confianza se puede asegurar que hay relación entre el componente de calidad de sueño subjetivo y los ítems 10 y 12; entre el componente de duración del dormir y los ítems 2 y 7; entre el componente de eficiencia del sueño y el ítem 6; entre alteraciones del sueño y los ítems 10 y 13; y entre disfunción diurna y los ítems 3, 8 y 12.

El componente de latencia de sueño y uso de medicamentos para dormir no relacionaron con ningún ítem de la escala de estrés percibido.

*Tabla 9*  
*Correlación ítems de la EEP-14 y los componentes del ICSP-VC.*

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14
Calidad de Sueño Subjetivo	0,122	0,082	-0,027	-0,091	0,169	0,153	0,178	0,04	-0,059	,200*	-0,07	,234*	0,027	0,183
	0,233	0,422	0,795	0,374	0,096	0,133	0,079	0,699	0,562	0,049	0,491	0,02	0,793	0,071
Latencia de Sueño	-0,017	0,165	-0,012	-0,067	0,127	0,173	0,066	-0,114	0	0,124	0,08	-0,026	0,067	0,139
	0,866	0,105	0,905	0,511	0,213	0,088	0,516	0,264	0,997	0,223	0,435	0,798	0,513	0,172
Duración del Dormir	0,167	,230*	0,145	-0,014	-0,004	0,098	,199*	0,098	0,089	0,089	-0,033	0,091	0,054	0,186
	0,101	0,023	0,155	0,889	0,969	0,339	0,049	0,339	0,381	0,383	0,745	0,375	0,6	0,067
Eficiencia del Sueño	0,099	0,122	-0,051	0,048	0,078	,205*	,260**	0,002	-0,174	-0,035	0,024	-0,062	-0,067	0,074
	0,333	0,231	0,615	0,642	0,443	0,042	0,01	0,985	0,086	0,736	0,815	0,547	0,514	0,469
Alteraciones del Sueño	,246*	,415**	,301**	0,153	0,171	0,193	0,153	0,17	0,193	,226*	,356**	0,1	,219*	,383**
	0,014	0	0,003	0,131	0,092	0,057	0,132	0,095	0,057	0,025	0	0,33	0,03	0
Uso de Medicamentos	-0,001	0,145	0,029	-0,032	0,084	0,047	0,002	-0,175	-0,085	-0,03	0,127	-0,035	0,158	-0,058
	0,992	0,155	0,774	0,754	0,412	0,645	0,981	0,084	0,403	0,773	0,211	0,73	0,121	0,57
Disfunción Diurna	,263**	,291**	,236*	-0,008	0,085	0,18	0,102	,255*	0,036	0,091	,265**	,201*	0,03	,280**
	0,009	0,004	0,019	0,941	0,405	0,077	0,319	0,011	0,725	0,37	0,008	0,047	0,767	0,005

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.



## 14. Discusión

A partir de la revisión de los datos obtenidos con la teoría plasmada en el marco teórico y las investigaciones del marco empírico se da respuesta en primer lugar a los resultados generales de la variable de estrés percibido y calidad del sueño, en segundo lugar para hacer un análisis de las diferencias entre los turnos con respecto a cada una de las variables y se finalizará examinando la relación categórica y numérica entre las variables.

Los resultados obtenidos en cuanto al estrés percibido dan cuenta de que un alto porcentaje de enfermeras, 72% aproximadamente, percibe un nivel de estrés entre leve, moderado, y severo, porcentaje mayor al encontrado por Muñoz *et al.* (2015), siendo en el caso del estudio, el estrés leve el que mayormente se percibe en un 55,1 %. Teniendo en cuenta las características propias de la muestra, se evidencia semejanza con lo hallado por Castillo *et al.*, (2014) al ser personal que tiene entre 28 y 47 años generalmente, tienen pareja y conviven en unión libre, tienen a su cargo de 1 a 3 personas y llevan más de 6 años de experiencia.

Así mismo, el 69,3% del personal sanitario trabaja en servicios tales como urgencias con un 25,5%, hospitalización con el 20,4%, sala de partos con un 13,2% y Unidad de Cuidado Intensivo con un porcentaje de 10,2%, servicios que son álgidos por concurrencia de pacientes y la complejidad de patologías que allí se manejan, esperando por ende altos niveles de estrés en las enfermeras, sin embargo, como ya se mencionó, fue el estrés leve el que representó un porcentaje mayor, seguido de la no percepción de estrés, resultados no compatibles con lo hallado y postulado por Cavalheiro *et al.* (2008) y Campero *et al.* (2013).

Analizando el tiempo que llevan trabajando la mayor parte de las enfermeras, más de 6 años, se esperaría un mayor estrés, sin embargo la realidad es diferente, permitiendo dar cuenta del tipo de cognición que poseen (López, 2014). Esto, probablemente se debe a las características individuales

y procesos psicológicos que desarrollaron en dicho lapso de tiempo, permitiendo que esta adaptación se convierta en un mecanismo de defensa donde se emplean una gama de acciones y pensamientos que permiten el manejo de los niveles de estrés percibido, teniendo en cuenta que cada persona tiene una percepción diferente de los eventos de su vida y es ella misma quien aprende a desarrollar dicho mecanismo (Durán, 2010).

Con respecto a esto, es importante aclarar que probablemente, al inicio de sus labores se hayan presentado niveles de estrés severo, sin embargo la valoración de las situaciones que propone Lazarus y Folkman (1984) se va reforzando a medida que avanza el tiempo, permitiendo a la persona tener otros tipos de valoración de cada situación y tener mejor evaluación de sus propias capacidades para hacer frente a estas.

Así mismo, se esperaría que al tener niveles relativamente bajos de estrés emplearan mejores hábitos de vida para optimizar su bienestar físico, mental y social, como lo plantea Durán (2010), pero a pesar de esto, la prevalencia de mala calidad del sueño en la muestra fue del 79,5 %, resultado compatible con lo hallado por Gallego (2013) y Mañas y López (2016), los cuales señalan que por las características propias del contexto hospitalario las enfermeras no logran descansar plenamente durante la noche, trabajando largas jornadas que se presentan como variables incontrolables por la misma dinámica (Grimaldo & Reyes, 2015).

Teniendo en cuenta el turno, se encuentra implícito que durante las jornadas laborales de noche las enfermeras se privan del dormir con el fin de poder cumplir con su jornada laboral, esto es reforzado por la exposición constante a luces durante la noche y conlleva a no tener un horario bien establecido para ir a dormir. Estas condiciones son más perjudiciales para las personas que trabajan en turno rotativo, ya que en ocasiones no pueden solo cumplir su horario laboral en la noche e ir a dormir en la mañana, sino que tienen que seguir un turno de 24 horas o dormir menos

para ir a turno de la tarde, por ejemplo. En vista de esto, la mala calidad del sueño que presenta el personal es debido a las condiciones anteriores, que conllevan, a su vez, al desarrollo de una alteración fisiológica y por ende a una alteración en el ritmo circadiano (Campero *et al* 2013), involucrando a su vez un deterioro cognitivo y falta de consolidación de la memoria, afectando procesos psicológicos tales como la atención (Carlson, 2014).

Del mismo modo, se ven afectadas las áreas de la vida que son sobrepuestas por otras áreas, es decir, cuando no se tiene buena calidad del sueño por no tener el espacio durante la jornada laboral, se debe recuperar en otro momento, tal vez al llegar a casa, siendo incierto los momentos en que puede compartir con su familia o hacer otro tipo de actividades de ocio, en donde se ven afectadas su área social y/o familiar, siendo estas áreas indicadores que fomentan que modifican la percepción que se tiene sobre los eventos estresores, por lo que la afectación en dichas áreas repercute indirectamente en los niveles de estrés percibido (Feo, 2007).

Los resultados descriptivos referentes a la media, el mínimo, el máximo e ítems con mayor y menor puntaje de la escala de estrés percibido son compatibles con los resultados de Cozzo y Reich (2016) así como los resultados de Brito *et al.* (2016), quienes manifiestan que los ítems 3 y 12 definen particularmente al estrés.

En cuanto a los componentes con mayor y menor puntaje del índice de calidad de sueño, se encontró compatibilidad con los resultados de Luna *et al.* (2015). Estos afirman que los componentes con más bajos puntajes corresponden a eficacia del sueño y uso de medicamentos para dormir, indicando así una menor alteración, demostrando que las enfermeras no consumen medicamentos para poder dormir y los lapsos de tiempo que tienen para descansar son reparadores, así estos sean cortos, por lo que dichos componentes mejoran en parte el resultado final de la prueba.

Por otro lado, la comparación entre los turnos con respecto a las variables de estrés percibido y calidad del sueño se realizó en aras de comprobar y apoyar lo propuesto por Pereira y de Sousa (2011), Cremades *et al.* (2017), Castillo *et al.* (2014), De Melo & Ferraz (2013), Téllez *et al.* (2015), CDC (2016), Feo (2007), Palazón y Sánchez (2017) y Fernández y Piñol, (2000), quienes postulan que los diferentes turnos y características del mismo influyen de manera diversa en las variables estudiadas, esperando encontrar diferencias entre los mismos, no obstante, los resultados obtenidos en esta parte no muestran diferencias en medias ni varianzas, por lo que se puede comprobar algo opuesto a lo propuesto por los autores. Este resultado se debe talvez a características propias de la población, los cuales, al llevar tanto tiempo desempeñando la profesión se acostumbran a esta dinámica, ajustando su vida personal partiendo de dicha dinámica laboral.

Igualmente, autores como Palazón y Sánchez (2017) proponen que las diferencias en horarios tiene repercusiones en el personal de salud, siendo más impactante el turno de 8 horas que el de 12 horas esperando encontrar así diferencias al comparar a la población que trabaja en estos horarios, sin embargo para éste estudio y pese a que los turnos eran diferentes, la carga horaria era la misma, 12 horas por turno, por lo que se puede asumir que no se encuentran diferencias entre los turnos también por esta razón, afectando las diferentes áreas de ajuste de la enfermera de manera equilibrada, no como las afectaría trabajar en un turno con menos horas.

En lo que respecta a la relación categórica entre las variables, se puede observar, según el resultado de la prueba chi-cuadrado que las variables son independientes, sin embargo y haciendo un análisis con la relación numérica la cual será explicada más adelante, no existe coherencia al respecto. Al existir carencia con respecto a las investigaciones que relacionen estas variables de

manera categórica la única explicación plausible es con respecto a los puntos de corte de la escala de estrés percibido.

La escala no propone unos puntos de corte específicos, solo manifiesta que a mayor puntaje peor calidad del sueño, por lo cual y para efectos de esta monografía se utilizaron los puntos de corte propuestos por Cázares y Moral (2016) en una población de profesionales sanitarios mexicanos, siendo el más compatible con la monografía. Al encontrar carencia con respecto a los puntos de corte de la escala de estrés percibido en población Colombiana, se sugiere hacer un análisis y propuesta estadística al respecto.

La correlación numérica obtenida en esta monografía ( $r = 0,258$ ;  $p = 0,010$ ) es similar a la obtenida por Pires da Rocha & Figueiredo (2010) en su investigación con enfermeras de Brasil, los cuales evidenciaron una relación no fuerte pero si significativa entre el puntaje de la escala de estrés Bianchi y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh ( $r = 0,21318$ ;  $p = 0,0026$ ), por lo que a mayor puntaje de estrés, mayor puntaje en calidad de sueño, sugiriendo que el nivel de estrés es un factor que tiene relación directamente proporcional con el sueño, es decir, entre mayor estrés peor calidad de sueño. Lo anterior da mayor relevancia a lo propuesto por del Rio (2006), quien postula que el estrés y el sueño tienen una relación bidireccional, donde el primero modula o modifica al segundo pero a su vez el segundo regula al primero, afectando así el bienestar biopsicosocial de la persona.

Con respecto a la relación entre el estrés percibido y cada uno de sus ítems, se puede evidenciar una buena consistencia interna de la escala, determinando que cada ítem mide de manera acorde lo que quiere medir la prueba en general, obteniendo resultados con  $<0,01$  de significancia, corroborado así por el Alfa de Cronbach que arrojó un  $\alpha = 0,729$  de consistencia, siendo así una

escala valida y confiable para aplicar en mujeres enfermeras, resultado similar al encontrado por Torres, Vega, Vinalay, Arenas & Rodríguez (2015)

El ítem 12 es el único que no presenta una significancia estadística importante, con una correlación débil de 0,19 el cual es un resultado similar al encontrado por González & Landero (2007) en la adaptación mexicana, y por Pedrero, Ruiz, Lozoya, Rojo, Llanero & Puerta (2015) en población no clínica y adictos, quienes sugieren la ambigüedad de este ítem que postula “¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?” ya que se asume que el pensar sobre las actividades pendientes es algo que genera estrés y falta de control, sin embargo, para algunas personas este tipo de responsabilidades que están en marcha pueden ser algo beneficioso y positivo, por lo que se sugiere la eliminación o reformulación del mismo ítem, con el fin de mejorar la consistencia interna de la escala.

En lo que respecta a la relación entre la calidad de sueño y los ítems de la escala de estrés percibido, se puede evidenciar una relación no fuerte pero significativa ( $p < 0,01$ ) con los ítems 2, 6 y 14. Estos dan cuenta, respectivamente, sobre la incapacidad para controlar las cosas importantes de la vida, la seguridad y capacidad para manejar los problemas y la percepción de no poder superar las dificultades que se han acumulado durante el último mes.

Partiendo de las características de la muestra la cual está compuesta en mayor medida por personal de enfermería que vive en unión libre, tienen a su cargo de 1 a 3 personas, trabajan en el servicio de urgencias en turno rotativo y en promedio laboran de 160 - 225 horas, es evidente que la gran carga de actividades durante el día, incluido la atención, el cuidado y la organización de los hijos y la casa generan dificultades que se suman a la carga laboral y características propias del turno, el cual, en este caso es turno rotativo. Castillo *et al.* (2014) consideran que el turno rotativo interfiere en la vida social y familiar del sujeto, pues depende de su programación laboral para

poder tomar una decisión personal. Al momento de descansar la persona sigue planificando o programando su agenda diaria trayendo consigo preocupación por no poder cumplir con todas sus obligaciones, y este tipo de pensamientos negativos repetitivos que llevan a la preocupación patológica, están asociados indirectamente con el sueño (Boysan, Yildirim & Yilmaz, 2018).

Por otro lado, la correlación entre el ICSP-VC y sus componentes evidencia relación importante y significativa, con un  $\alpha = 0,73$ , similar al encontrado en la adaptación y validación colombiana por Escobar & Eslava (2005). Esto permite concluir que cada uno de los componentes evalúa de manera correcta el constructo en general, siendo a su vez una adaptación válida y confiable para evaluar la calidad de sueño en el personal de enfermería.

Referente a la relación entre el puntaje de la EEP-14 y los componentes del ICSP-VC, el componente de alteraciones del sueño y disfunción diurna son los que mejor correlacionan con una significancia importante  $p < 0,01$ . Lo anterior lleva a pensar que cuanto más estrés se perciba, más alteraciones del sueño y mayor disfunción diurna puede presentar la persona. García, Querts, Hierresuelo & Quesada (2015) evidenciaron este tipo de asociación, demostrando que los trastornos del sueño, como por ejemplo el insomnio, son causados por trastornos de tipo psicosocial como el exceso de estrés, estilos de vida inadecuados y alta frecuencia de hábitos tóxicos, llevando a tener más dificultades durante el día.

Por último, la relación entre el componente de eficiencia del sueño con los ítem 6 y 7; entre el componente de alteraciones del sueño con los ítems 2, 3, 10, 11, 13 y 14; entre el componente de disfunción diurna con los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14, entre el componente de calidad de sueño subjetivo con los ítems 10 y 12; y entre el componente de duración del dormir con los ítems 2 y 7 dan cuenta de que los componentes que más se relacionan con el estrés son las alteraciones del sueño y la disfunción diurna, corroborando lo anteriormente planteado.

El componente de latencia de sueño y uso de medicamentos para dormir no relacionaron con ningún ítem de la escala de estrés percibido. Este primer componente llevaría a pensar, de alguna manera, que no hay compatibilidad con el resultado anterior donde se sustenta que las personas estresadas al acostarse programan su día, generando aún más estrés y deficiente calidad del sueño, sin embargo, teniendo en cuenta el porcentaje de estrés, es evidente que el 55,10% de la muestra percibe estrés de forma leve, llevando a pensar que así el estrés se presente en menor medida, es una condición que se puede dar en parte del personal.

Así mismo y teniendo en cuenta el rango de edad de la muestra, donde un 88,8% está entre los 18 y los 47 años, tiene poca relevancia la no correlación de los componentes de latencia del sueño y uso de medicamentos para dormir de la prueba de calidad de sueño con los ítems de la prueba de estrés, ya que se empiezan a encontrar diferencias significativas tanto en la calidad de sueño general como en sus componentes a partir de los 54 años, especialmente en las mujeres (Romero, Vásquez, Álvarez, Carretero, Alonso & González, 2001), reforzando así lo dicho por Tello, Varela, Ortiz, Chávez & Revoredo (2009) quienes postulan que los trastornos del sueño son más prevalentes conforme las personas envejecen.

Todo lo anterior reconoce la relación entre la variable de estrés percibido y la variable de calidad de sueño, cumpliendo con cada uno de los objetivos para dar respuesta a la pregunta que orientó este proyecto monográfico y permitiendo, a su vez, apoyar la hipótesis de relación.



## 15. Conclusiones

El personal de enfermería del Hospital San Rafael de Facatativá del turno nocturno y rotativo presenta estrés leve y mala calidad del sueño, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas al hacer comparación entre los turnos.

Se encuentra relación positiva débil pero estadísticamente significativa entre las variables ( $r = 0,258$ ;  $p = 0,010$ ), por lo que se asegura que a mayor estrés percibido peor calidad del sueño y viceversa, a peor calidad de sueño, mayor estrés percibido.

No se halló relación categórica entre las variables, probablemente por la falta de validación de los puntos de corte para la escala de estrés percibido en población colombiana.

La escala de estrés percibido, versión 14 y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, versión colombiana, son instrumentos válidos y confiables para utilizar en población de enfermeras, sin embargo hace falta validar los puntos de corte para la escala de estrés percibido en la población de enfermería en el país.

## 16. Recomendaciones

En cuanto a la Institución se sugieren programas que orienten a los procesos de promoción y prevención para los buenos hábitos de vida, enfocados al buen manejo del estrés y calidad del sueño, mediante la implementación de nuevas técnicas psicológicas de Mindfulness, de respiración y de relajación, inoculación del estrés ,y entrenamiento de resolución de conflictos. Propendiendo a la mitigación de la mala calidad del sueño y los niveles de estrés en el personal de enfermería, puesto que el manejo de dichas variables contribuye al bienestar físico y mental de las personas.

Del mismo modo se propone para nuevas investigaciones, el involucrar a la mayor parte del personal de salud, incluidos médicos y personal administrativo. Relacionando calidad de sueño y estrés con otras variables de tipo sociodemográfico como sexo, oficio desempeñado en la institución o tipo de contrato. Estudios de las variables con procesos psicológicos tales como la atención, memoria, velocidad de procesamiento, toma de decisiones, motivación, emoción, percepción, aprendizaje, entre otras, que se ven involucradas con el mal manejo de los hábitos de sueño y el déficit en el afrontamiento del estrés que se presentan en contexto laboral del Hospital San Rafael. De esta forma, se puede contribuir al mejoramiento en la atención y bienestar tanto de los prestantes del servicio como de aquellos que lo reciben.

Por último, se sugiere hacer un análisis estadístico de los puntos de corte de la escala de estrés percibido versión 14, con el fin de adaptar y validar los mismos para población colombiana.

## 17. Referencias

- Abad, S. (2018). *El Estrés en la Enfermería y sus Consecuencias* (Trabajo de pregrado). Universidad de Cantabria, Santander, España. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14137/MiguezAbadS.pdf?sequence=1>
- Aguado, M., Bátiz, C. y Quintana P, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 259-275. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006>
- Aguado, T. (2016). Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6 (1); 12-18
- Banco Mundial. (2018). *Salud*. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview>
- Benito, M., Matachana, M., Sánchez, A. y Simón, M. (2013). Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. [https://www.blinklearning.com/coursePlayer/librodigital\\_html.php?idclase=743233&idcurso=103283#](https://www.blinklearning.com/coursePlayer/librodigital_html.php?idclase=743233&idcurso=103283#)
- Benítez, A., D´Anello, S. y Noel, G. (2012). Validación de la Escala de Estrés Percibido (EEP-13) en una muestra de funcionarios públicos venezolanos. *Anales*; 13(1); 117-133
- Bernal, D y Garzón, N. (2008). *Eventos Adversos durante la Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos*. (Trabajo de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>

- Bové, A. (2015). Historia del Sueño y de su Estudio. En T. Sagales. *Introducción al Estudio del Sueño: Evolución y Características esenciales*. Recuperado por <http://libreriaherrero.es/pdf/PAN/9788498352030.pdf>
- Boysan, M., Yildirim, A., & Yilmaz, O. (2018). The Mediating Role of Pathological Worry in Associations Between Dissociative Experiences and Sleep Quality Among Health Staff. *A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology*, 20 (3); 190-209.
- Buela, G., Cano, C. y Miro, E. (2005). Sueño y Calidad de Sueño. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.
- Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. Doi: [doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Brito, J., Nava, M., Brito, E., Juárez, A. y López, M. (2016). Estrés Percibido y Desempeño Laboral en Enfermeras: un Análisis Estructural. *Rev Mex Sal Trab*; 7(8): 10-17
- Calderón, C., Gómez, N., López, F., Otálora, N. y Briceño, M. (2017). Estructura Factorial de la Escala de Estrés Percibido (PSS) en una Muestra de Trabajadores Chilenos. *Salud & Sociedad*; 8 (3); 218-226. Doi: [10.22199/s07187475.2017.0003.00002](https://doi.org/10.22199/s07187475.2017.0003.00002)
- Campo, A., Bustos, G. y Romero, A. (2009). Consistencia interna y Dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Revista Aquichan*, 9(3), 271.280

- Campos, A., Celina, H. y Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 62 (3), 407-413.
- Campero, L., De Montis, J. y González, R. (2013). *Estrés laboral en el personal de Enfermería de Alto Riesgo*. (Trabajo de pregrado). Universidad Nacional del Cuyo. Argentina. Recuperado de [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/5761/campero-lourdes.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5761/campero-lourdes.pdf)
- Cano, M., Iañez, M. y Miro, E. (2002). Patrones de Sueño y Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud*, 2(2), 301-326.
- Carrillo, P., Ramírez, J y Magaña, K. (2013). Neurobiología del Sueño. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56 (4), 5-15.
- Carlson, N. (Ed.11). (2014). *Fisiología de la Conducta*. Madrid: Pearson.
- Castillo, I., Torres, N., Ahumada, A., Cárdenas, K. y Licon, S. (2014). Estrés laboral en Enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(1), 34-43. ISSN 0120-5552.
- Castillo, M. y González, P. (2010). Estrés y Ansiedad. Relación con la Cognición. En P. Moreno & J. Saiz (Presidencia). Congreso llevado a cabo en el XI Congreso Virtual de Psiquiatría, Tenerife, España.
- Cavalheiro., A., Moura, D. y Lopes, A. (2008). El Estrés de los Enfermeros que actúan en una Unidad de Terapia Intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem*: 16(1). Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_04.pdf)

- Cázares, F. y Moral, J. (2016). Diferencias sociodemográficas y de práctica profesional asociadas a estrés percibido entre dentistas colegiados de Monterrey. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 83-97. Doi: dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.06
- Cazares, F. y Moral, J. (2014). Validación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en la Población de Dentistas Colegiados de Monterrey. *Ansiedad y Estrés*; 20 (2-3); 193-209
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC. (2016). *Trabajadores de Salud*. Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacional NIOSH: España. Recuperado de <https://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html>.
- Chorousos, G., & Gold, P. (1992). The concepts of stress and stress systems disorders. *Revista JAMA*, 267, 9:1244-1252.
- Cohen, S., Janicki, D. y Miller, G. (2007). Psychological Stress and Disease. *Revista JAMA*, 298(14), 1685- 1687.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4),385-396.
- Cohen, S., Kessler, R & Gordon, L. (1997). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. *The Social Psychology of Health*. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health*, 31-67.
- Cortaza, L., y Francisco, M. (2014). Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz, México. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 4(1), 20-26.

- Cozzo, G., y Reich, M. (2016). Estrés Percibido y Calidad de Vida relacionada con la Salud en Personal Sanitario Asistencial. *Psiencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(1), 1-15. Doi: 10.5872/psiencia/8.1.21
- Cremades, J., Maciá, L., López, M., Pedraz, A. y González, V. (2017). Una nueva aportación de clasificar factores estresantes que afectan a los profesionales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25:e2895, 1-7. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2895.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2895.pdf)
- Cooper, S., Ered, A., & Ellman, L. (2018). Sleep Quality, Psychological Symptoms, and Psychotic-like experiences. *Journal of Psychiatric Research* 98; 95-98
- Dahan, J., Minici, A. y Rivadeneira, C. (2010). El enfoque cognitivo- transaccional del estrés. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (18), 1-6.
- De Mairan, J. (1729). *Observation Botanique: Histoire de l'Academie Royal des Sciences*. De L Imprimerie Royale: Paris.
- Deschamps, A., Olivares, A., Zabala, B., y Asunsolo, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Med Segur Trab.* 57(224), 224-241. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf>
- De Melo, K. y Ferraz, E. (2013). La relación estrés, resistencia, y turno de trabajo en enfermeros de un hospital de enseñanza. *Enfermería Global*, 12(29), 274-280. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000100014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100014)

- Del Río, I. (2006). Estrés y Sueño. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(1), 15-20. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn061d.pdf>
- Diez, G. (2016). *Calidad de Sueño en la enfermera: Repercusión en la calidad y seguridad en los cuidados*. (Tesis de Pregrado). Escuela de Enfermería de Palencia: España
- Durán, M. (2010). Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan044031.pdf>
- Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá. (2016). *Quejas, Sugerencias, Felicitaciones: III Trimestre 2016*. Recuperado de <http://www.hospitalfacatativa.gov.co/FTPMSRF/GEL/PQRS/PQRS%20TERCER%20TRIMESTRE%202016.pdf>
- Ered, A., Cooper, S., & Ellman, L. (2018). Sleep quality, psychological symptoms, and psychotic-like experiences. *Journal of Psychiatric Research*, 98, 95-98. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.12.0
- Escobar, F. y Eslava, J. (2005). Validación Colombiana del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. *Revista de Neurología*, 40(3), 150-155.
- Feo, J. (2007). *Influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana* (Tesis de especialista). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.
- Fernández, M. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional* (Tesis Doctoral). Universidad de León, León., España.



- Fernández, J. y Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 5(3), 207-222. Recuperado de [http://www.aepp.net/arc/04.2000\(3\).Fernandez-Pi%C3%B1ol.pdf](http://www.aepp.net/arc/04.2000(3).Fernandez-Pi%C3%B1ol.pdf)
- Flores, B., López, M., Argilés, N., Buj, L. y Prats, N. (2016). Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un Hospital de tercer nivel. *Metas de Enfermería*, 19(4), 18-22. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80907/>
- García, A., Querts, O., Hierresuelo, E. y Quesada, S. (2015). Algunos aspectos psicosociales del insomnio en estudiantes de primer año de medicina. *Medisan*, 19(4), 56-60.
- García, M. y Gil, M. (2015). Políticas de salud. El estrés en el ámbito de los profesionales sanitarios. *Dialnet*. 21, 253-275. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6087274>
- Garza, R., Meléndez, C., Castañeda, H., Aguilera, A., Acevedo, G. y Rangel, S. (2011). Nivel de Estrés en Enfermeras que Laboran en Áreas de Hospitalización. *Desarrollo Científ Enferm*. 19 (1). 15-19. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-015.pdf>
- Gallego, J. (2013). *Calidad de Sueño y Somnolencia Diurna en estudiantes de Enfermería: Estudio de Prevalencia* (Tesis de Pregrado). Universidad Católica de San Antonio, Murcia: España.
- Giraldo, Y., López, B., Arango, L., Góez, F. y Silva, E. (2013). Estrés laboral en auxiliares de enfermería. *Salud UIS*, 45(1), 23-31. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v45n1/v45n1a04.pdf>
- Gómez, Y. (2016). Hacinamiento se toma las salas de urgencia de hospitales de Bogotá. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16476992>

- González, M., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- González, N. (2012). Estrés en el ámbito laboral de las instituciones de salud. Un acercamiento a narrativas cotidianas. *Argumentos*, 25(70), 171-192. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/595/59524971009.pdf>
- Granados, Z., Bartra, A., Bendezú, D., Huamanchumo, J., Hurtado, E., Jiménez, J., Leó, F. y Chang, D. (2013). Calidad de sueño en una facultad de medicina de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(4), 311-314.
- Grimaldo, M. y Reyes, M. (2015). Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47 (1), 50-57. Recuperado de [https://ac.els-cdn.com/S0120053415300066/1-s2.0-S0120053415300066-main.pdf?\\_tid=4ca5e05e-9212-449a-a1af-b47ea38b8910&acdnat=1537400896\\_d91facb0bb0a75b96d05b5d7d7ff93c7](https://ac.els-cdn.com/S0120053415300066/1-s2.0-S0120053415300066-main.pdf?_tid=4ca5e05e-9212-449a-a1af-b47ea38b8910&acdnat=1537400896_d91facb0bb0a75b96d05b5d7d7ff93c7) +
- Gómez, M. (2006). Introducción a la metodología de la Investigación Científica. Recuperado de <https://books.google.com.co/books?id=9UDXPe4U7aMC&pg=PA102&dq=dise%C3%B1o+transversal+o+transeccional&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwixqSSkYvdAhUMrlkKHRxkDa8Q6AEIKDAA#v=onepage&q=dise%C3%B1o%20transversal%20o%20transeccional&f=false>
- Heredia, S. (2011). Calidad del sueño en personal de enfermería. *Reduca*. 3 (2): 1-24 .Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/280/299>
- Hernández, G. y Sánchez, M. (2015). Diseño y Evaluación de una lista de Chequeo para la Elaboración del Consentimiento Informado en el Ejercicio Profesional de la Psicología en Colombia. Bogotá D.C. Colegio Colombiano de Psicólogos.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (Ed.6). (2014). Metodología de la Investigación. México D.F: Mc Graw Hill.

Jiménez, A., Monteverde, E., Nenclares, A., Esquivel, G. y De la Vega, A. (2008). Confiabilidad y Análisis Factorial de la Versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en Pacientes Psiquiátricos. *Gac Med Mex*; 144 (6); 491-496.

Karadzinska, J., Basarovska, V., Mijakoski, D., Minov, J., Stoleski, S., Angeleska, N. & Atanasovska, A. (2014). Linkages between workplace stressors and quality of care from health professionals' perspective—Macedonian experience. *British Journal of Health Psychology*, 19, 425-441. Doi: 10.1111/bjhp.12040.

Kulkarni, S., O'Farrel, I., Erasi, M., & Kochar, M. (1998). Stress and Hypertension. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/9894438>.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company, Inc.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estres y Procesos Cognitivos*. Editorial Martínez Roca: Barcelona.

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Ley 1090. Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Bogotá, Colombia. 06 de septiembre 2006.

- Lobatón, M. y Marín, Y. (2011). *Diagnóstico base para el análisis ambiental territorial en el municipio de Facatativá (Cundinamarca)* (Tesis de pregrado). Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Bogotá, D.C., Colombia.
- López, M. (2014). Evaluación y Análisis Cuantitativo del nivel de afectación del Síndrome del Burnout y del nivel del constructo de Sentido de coherencia en Profesionales de la Salud Mental pertenecientes al ámbito público (Tesis de Pregrado). Universidad de Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Luna, Y., Robles, Y. y Agüero, Y. (2015). Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra Peruana. *Anales de Salud Mental*, 31(2), 23-30.
- Lupien, S. (2009). La receta del estrés. Entrevista de Eduard Punset. Programa REDES, emisión 42 (18 de octubre), temporada 14. Vídeo del programa: <http://www.smartplanet.es/redesblog/?p=562>. Recuperado de <http://www.eduardpunset.es/wpcontent/uploads/2009/10/entrev042.pdf>.
- Mañas, C. y López, M. (2016). Análisis de la Calidad de Sueño en una muestra de Trabajadores del Sector Público. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6 (1); 4-11
- Marín, A. y Usma, L. (2012). *El Estrés en el Personal de Salud y su Relación con la Calidad en la Atención del Paciente* (Tesis de Especialista). Universidad CES, Medellín, Colombia.
- Marín, H., Franco, A., Vinaccia, S., Tobón, S. y Sandín, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica*, 15 (1), 217-239. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604009.pdf>

- Martín, A. (2015). Estrés laboral en Enfermería: La escasez de personal actual en Cuidados Intensivos. *Enfermería del Trabajo*, 5, 76-81. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5213011>
- Meza, M. (2006). Estrés laboral en profesionales de Enfermería: Estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento. *Binasss*. 25 (1), 1-8. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n1/7.pdf>
- Meza, A. (2005). El Doble Estatus de la Psicología Cognitiva: Como Enfoque y Como Área de Investigación. *Revista IIPSI*; 8 (1); 145-163.
- Ministerio del Trabajo. (2013). *II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos*. Recuperado de [https://ccs.org.co/salaprensa/images/Documentos/INFORME\\_EJECUTIVO\\_II%20ENCSSST.pdf](https://ccs.org.co/salaprensa/images/Documentos/INFORME_EJECUTIVO_II%20ENCSSST.pdf)
- Ministerio de Salud. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
- Miró, E., Cano, M. y Buela, G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*, (14). 11-27. Recuperado de <http://bigital.unal.edu.co/13650/1/1215-6103-2-PB.pdf>
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). Estrés asistencial en los servicios de salud En: M.A. Simón (Ed), *Psicología de la salud. Siglo XXI*, 739-764. Recuperado de: <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Estres-asistencial-en-los-servicios-de-salud.pdf>

Morris, C. y Maisto, A. (2005). *Introducción a la Psicología*. México: Pearson

Muñoz, C., Rumie, H., Torres, G. y Villarroel, K. (2015). Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y Enfermería*, 21(1), 45-53. ISSN 0717-2079.

Murillo, L. (2000). Insomnio in Neurology. *Revista Guía Neurológica, ISBN: 0 ed: Exlibris Editores SA, v.2, p.175 – 187.*

Nipo, F., Marques, T. y Pinheiro, V. (2015). El estrés laboral de las enfermeras en la atención de emergencia: una revisión integradora de la literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000900024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900024)

Núñez, J. y Zapata, J. (2012). *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano*. Recuperado de <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/07/La-sostenibilidad-financiera-del-sistema-de-salud-Juan-G-Zapata-y-Jairo-N-Fedesarrollo.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029\\_spa.pdf;jsessionid=0241B9CDC26C70BCC781E4DFAE94A146?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=0241B9CDC26C70BCC781E4DFAE94A146?sequence=1)

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int.J. Morphot*; 35 (1); 227-232

- Ortiz, D., Rueda, Y. y Urbano, A. (2013). Evaluación de la Calidad de Atención del Servicio de Urgencias del Hospital San Rafael de Facatativá. *La Investigación en Posgrados*, 1 (1), 6-12. Recuperado de <http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/Jj/article/view/107/117>
- Pacák, K., & Palkovits, M. (2001). Stressor specificity of central neuroendocrine response: Implications for stress-related disorders. *Endocrine Reviews*, 22, 4:502-548.
- Palazón, E. y Sánchez, J. (2017). Calidad del sueño del personal de enfermería comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Enfermería del Trabajo*, 7(2), 30-37. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5920690>
- Pedrero, E., Ruiz, J., Lozoya, P., Rojo, G., Llanero, M. y Puerta, C. (2015). La “Escala de Estrés Percibido”: Estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Behavioral Psychology*, 23(2), 305-324.
- Pereira, V. y de Sousa, A. (2011). Factores generadores de estrés en enfermeros en Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), 1-9. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_23.pdf)
- Pico, L. y Garay, L. (2015). *Estrategias educativas para prevenir el Síndrome de Agotamiento en el personal de Enfermería en las Unidades de Cuidado Intensivo del Hospital San Rafael de Facatativá* (Tesis de Especialista). Universidad de la Sabana, Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/20229/Luisa%20Fernanda%20Pico%20Pico%20%28tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Pires da Rocha, M., & Figueiredo De. M. (2010). Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 280-286. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200006>
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W., Lamantia, A., McNamara, J., & Williams, S. (2012). *Neurociencia*. Buenos Aires. 3ra Ed. Panamericana.
- Ramos, C. (2015). Los Paradigmas de la Investigación Científica. *Av. Psicol*; 23(1); 9-17.
- Reeve, J. (2010). *Motivación y Emoción*. México D.F: Mc Graw Hill
- Remor, E. y Carrobbles, J. (2001). Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio Psicométrico en una muestra VIH +. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Ribes, E. (2000). Las Psicologías y la Definición de sus Objetos de Conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de Conducta*; 23 (3), 367-383
- Rivera, J. (2012). Sobrecarga Laboral en los Profesionales de la Salud y su Relación con la Seguridad del Paciente. Recuperado por <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2012/No%201/6-13%20Panorama%20-%20Sobrecarga%20laboral.pdf>
- Romero, M., Álvarez, C., & Prieto, A. (2016). Calidad de sueño en trabajadores a turnos-nocturnos y su relación con la incapacidad temporal y siniestralidad laboral. Un estudio longitudinal. *Revista Enfermería del Trabajo*. 6(1), 19-27. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5343580.pdf>



- Romero, T., Vásquez, V., Álvarez, A., Carretero, J., Alonso, F. y González, M. (2001). Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general. *Medifam*, 11(1), 11-15.
- Rodríguez, J., Flores, B., López, M., Argilés, N., Buj, L. y Prats, N. (2016). Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un Hospital de tercer nivel. *Metas de Enfermería*, 19(4), 18-22. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80907/>
- Royuela, A. y Macías, J. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, 9(2), 81-94.
- Sapolsky, R. (1995). *Porque las cebras no tienen ulcera: La guía del Estrés*. Madrid: Alianza
- Sarsosa, K. y Charria, V. (2018). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(1), 44-52. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00044.pdf>
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. Mc Graw Hill. New York
- Serrano, M. (2006). Adaptación Psicobiológica al Estrés Social en una Muestra de Profesores: Cambios Hormonales, Cardiovasculares y Psicológicos. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/15415>
- Sierra, J., Zubeidat, I., Ortega, V. y Delgado, C. (2005). Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad del sueño. *Salud Mental*, 28(3), 13-21
- Superintendencia Nacional de Salud. (2017). *Informe Resultados Financieros del Sector Salud* (Número 2). Recuperado de

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/Informes%20de%20Estudios%20Sectoriales/Resultados%20del%20sector%20%202016.pdf>

Téllez, A., Villegas, D., Juárez, D., Segura, L. y Avilés, L. (2015). Trastornos y calidad de sueño en trabajadores industriales de turno rotativo y turno fijo diurno. *Universitas Psychologica*, 14(2), 695-705. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64747729024.pdf>

Tello, T., Varela, L., Ortiz, P., Chávez, H. y Revoredo, C. (2009). Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el centro del adulto mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 26(1), 22-26.

Torres, M; Vega, E; Vinalay, I; Arenas, G. y Rodríguez, E. (2015). Validación Psicométrica de escalas PSS-14, AFA- R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12 (3); 122-133

Yıldırım, A., Boysan, M. & Yılmaz, O. (2018). The Mediating Role of Pathological Worry in Associations Between Dissociative Experiences and Sleep Quality Among Health Staff. *Sleep and Hypnosis*, 20(3), 190-209. Doi: <http://dx.doi.org/10.5350/Sleep.Hypn.2017.19.0152>

Vizcarra, D. (2000). Evolución histórica de los métodos de investigación en los trastornos del sueño. *Revista Med Hered* 11 (4), 136-143.

## 18. Anexos

### Anexo 1

#### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Por favor, indique con una "X" la opción que corresponda con cada uno de sus datos. Recuerde que esta información será recaudada netamente para fines investigativos y no será revelada información a terceros por parte de los investigadores.

#### 1. EDAD

- a. 18 – 27 años
- b. 28 – 37 años
- c. 38 – 47 años
- d. Más de 47 años

#### 2. ESTADO CIVIL

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión Libre
- d. Separada
- e. Divorciada
- f. Viuda

#### 3. PERSONAS A CARGO

(Hijos, Pareja, Padres u Otros que dependan económicamente de usted)

- a. Ninguna
- b. 1 – 3 personas
- c. 4 – 6 personas
- d. Más de 6 personas

#### 4. PROFESIÓN ACTUAL

- a. Enfermera
- b. Auxiliar de Enfermería

#### 5. TIEMPO QUE LLEVA TRABAJANDO EN ESTA PROFESIÓN

- a. Menos de 1 mes
- b. 1 mes – 1 año
- c. 1 – 2 años
- d. 2 – 3 años
- e. 3 – 4 años
- f. 4 – 5 años
- g. 5 – 6 años
- h. Más de 6 años

#### 6. CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS EN LA INSTITUCIÓN DURANTE EL ÚLTIMO MES

- a. Menos de 160 horas
- b. 160 – 192 horas
- c. 193 – 225 horas
- d. 226 – 258 horas
- e. 259 – 291 horas
- f. Más de 291 horas

#### 7. SERVICIO DE LA INSTITUCIÓN EN EL QUE HA TRABAJADO DURANTE EL ÚLTIMO MES

- a. Urgencias
- b. Hospitalización
- c. Salas de Cirugía
- d. Unidad de Cuidado Intensivo
- e. Neonatos
- f. Sala de Partos
- g. Alto Riesgo Obstétrico
- h. Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_

#### 8. TURNO EN EL QUE HA TRABAJADO DURANTE EL ÚLTIMO MES EN LA INSTITUCIÓN

- a. Nocturno
- b. Rotativo (Día y Noche)

#### 9. PROMEDIO DE INGRESO SALARIAL

- a. 1 – 2 SMMLV (\$ 781.242 – \$ 1.562.484)
- b. 2 – 3 SMMLV (\$ 1.562.485 – \$ 2.343.726)
- c. 3 – 4 SMMLV (\$ 2.343.727 – \$ 3.124.968)
- d. 4 – 5 SMMLV (\$ 3.124.969 – \$ 3.906.210)
- e. Más de 5 SMMLV (más de \$ 3.906.211)

#### 10. ¿CUENTA CON UN TRABAJO ADICIONAL?

- a. Sí, ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- b. No

## Anexo 2

**ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO\***  
*Perceived Stress Scale (PSS-14)*

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

\* Versión española del Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). Esta versión fue adaptada y validada en España por Remor, E. & Carrolles, J. (2001) y validada en Colombia por Campo, A., Bustos, G. & Romero, A. (2009)

### Anexo 3

#### *Índice de calidad de sueño de Pittsburgh, versión colombiana\**

#### *ICSP-VC*

Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren a su forma habitual de dormir únicamente durante el último mes, en promedio. Sus respuestas intentarán ajustarse de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayoría de los días y noches del último mes. Por favor, intente responder a todas las preguntas.

Durante el último mes:

1. ¿A qué hora se acostó normalmente por la noche?

Escriba la hora habitual en que se acuesta: /\_\_\_/\_\_\_/

2. ¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido en promedio?

Escriba el tiempo en minutos: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

3. ¿A qué hora se levantó habitualmente por la mañana?

Escriba la hora habitual de levantarse: /\_\_\_/\_\_\_/

4. ¿Cuántas horas durmió cada noche? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama.)

Escriba las horas que crea que durmió: /\_\_\_/\_\_\_/

5. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de...?

	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
a. No poder quedarse dormido en la primera media hora	0	1	2	3
b. Despertarse durante la noche o de madrugada	0	1	2	3
c. Tener que levantarse para ir al baño	0	1	2	3
d. No poder respirar bien	0	1	2	3
e. Toser o roncar ruidosamente	0	1	2	3
f. Sentir frío	0	1	2	3
g. Sentir calor	0	1	2	3
h. Tener 'malos sueños' o pesadillas	0	1	2	3
i. Tener dolores	0	1	2	3
j. Otras razones (por favor, descríbalas)	0	1	2	3
6. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tomado medicinas	0	1	2	3

(recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir?

	Nada Problemático	Sólo ligeramente problemático	Moderadamente problemático	Muy problemático
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para permanecer despierto mientras conducía, comía, trabajaba, estudiaba o desarrollaba alguna otra actividad social?	0	1	2	3
8. Durante el último mes, ¿el 'tener ánimos', qué tanto problema le ha traído a usted para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o alguna actividad social?	0	1	2	3

	Muy buena	Bastante buena	Bastante mala	Muy mala
9. Durante el último mes, ¿cómo calificaría en conjunto la calidad de su sueño?	0	1	2	3

	No tengo pareja ni compañero/a de habitación	Sí tengo, pero duerme en otra habitación	Sí tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama	Sí tengo y duerme en la misma cama
--	--	--	--	------------------------------------

10. ¿Tiene usted pareja o compañero/a de habitación?


Si no tiene pareja o compañero de habitación, no conteste las siguientes preguntas:

Si usted tiene pareja o compañero/a de habitación, pregúntele si usted durante el último mes ha tenido...

	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
a. Ronquidos ruidosos	0	1	2	3
b. Grandes pausas entre respiraciones, mientras duerme	0	1	2	3
c. Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme	0	1	2	3
d. Episodios de desorientación o confusión mientras duerme	0	1	2	3
e. Otros inconvenientes mientras usted duerme; por favor, descríbalos	0	1	2	3

\* Versión Colombiana del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh adaptada y validada por Escobar, F. & Eslava, J. (2005), tomando como base la versión Castellana de Royuela, A. & Macías, J. (1997) y la versión original de Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S. & Kupfer, D. (1989).

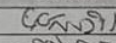

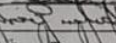
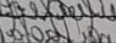
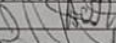
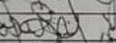
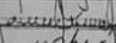
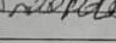
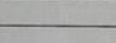
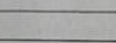
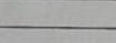
Anexo 4

R-388-V5 F.V. 0810452010	<b>ACTA DE REUNION</b>	
-----------------------------	------------------------	---

Fecha:	20.00/18	Hora:	10 AM	Lugar:	de alca cuetmuc
--------	----------	-------	-------	--------	--------------------

**ORDEN DEL DIA**

1. Revisión de actas de reuniones anteriores.  
2. Informe de avance de trabajos.  
3. Informe de actividades de campo.  
4. Informe de actividades de oficina.  
5. Informe de actividades de gestión.

PERSONAS QUE ASISTEN	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
Andrés Lucio García	82.216.009	EN F. ENCAK	
Edna Valdivia	19.402.15	EN F. ENCAK	
Las Soteras (Chalco)	89055008	EN F. ENCAK	
Trinidad Romero W	14.400.000	Asesoría de gestión	
León Rodríguez	50252318	EN F. ENCAK	
Juan Carlos Rodríguez	10401043	Asesoría de gestión	
Andrés Romero	10401008	ESTADISTA	
Harold (Carla) L. LARA	1252180	Docente Asesor	
Milena (Carla) L. LARA	10401043	Docente Asesor	
León Rodríguez	10401043	Asesoría de gestión	
León Rodríguez	10401043	Asesoría de gestión	

**ACUERDOS - COMPROMISOS Y RESPONSABILIDADES**

1. Se acuerda la realización de las actividades programadas para el mes de agosto.  
2. Se compromete a la entrega de los informes de avance de trabajos.  
3. Se compromete a la entrega de los informes de actividades de campo.  
4. Se compromete a la entrega de los informes de actividades de oficina.  
5. Se compromete a la entrega de los informes de actividades de gestión.  
6. Se compromete a la entrega de los informes de actividades de campo.  
7. Se compromete a la entrega de los informes de actividades de oficina.  
8. Se compromete a la entrega de los informes de actividades de gestión.

### DESARROLLO DE REUNION

El Dr. Vilharraga hace el saludo de bienvenida y la en nombre Angeles Lucia representante de la educacion de educacion presenta al grupo de marca Lina Nieto, Diana Sanchez e Ivan Pena y el profesor Rafael Cortez. y se da perlas de bienvenida del estudio "Entre Enfermería y Evaluación de Atención en Personal de Pacientes". Se anexa cuatro folios con como

La enfermera Angeles Pena sugiere adicionar la variable del tipo de contratación y hacer a todo el personal. El grupo se compromete a hacer retroalimentación de los resultados y hacer aportes a la institución. El profesor solicita e informa sobre la publicación solo si es autorizada por el comité, por ahora solo en el repositorio de la universidad.

La enfermera Angeles solicita la presentación de resultados y la participación en las actividades institucionales del tema relacionado. El Dr. Vilharraga interviene y hace referencias sobre los items de la muestra "perfil sociodemográfico" y su aplicación.

Se continúa el comité y la señora Teresa Ramirez comunica que su insistencia obedece al estado de salud. Interviene el Dr. Garcia (Gerente) sobre la atención al paciente en las áreas de UCI en la parte espiritual y psicológica y así instaurar música que ayude en el tratamiento y motivación a la recuperación de los pacientes. Transmite mensajes telefónicos a los pacientes en UCI y así hacer una visita virtual en apoyo a la recuperación y el acercamiento a la familia.

La señora Teresa León informa que fue autorizada por la Dra. Mary Pilo de la Secretaría de Salud municipal para participar como representante de los docentes y ayuda pendiente el documento para el próximo comité. Se hace entrega a la Dra. Olga León de los soportes de detalles y debidos.

La Dra. Teresa León felicita al Hospital y a los de la familia. Sobre la atención de un familiar. Siempre las 12m el Dr. Vilharraga da por terminada el comité.



## Anexo 5



Facatativá, 2018- 09- 07.

**Doctor**  
**LUIS ALBERTO GARCIA CHAVEZ**  
**Gerente**  
**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL**  
**Extensión Facatativá**  
**E. S. D.**

**Asunto y/o Ref.:** Aval para la aplicación de Instrumentos Psicológicos

Respetado Doctor:

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente solicito de manera respetuosa y amable el aval para que los estudiantes de la Universidad puedan aplicar instrumentos psicológicos necesarios para la realización del proyecto de grado monográfico titulado *Estrés y Calidad de Sueño en personal de Enfermería del Hospital San Rafael de Facatativá*, en las instalaciones del Hospital, realizado por los estudiantes del programa de Psicología, Iván Alfredo Peña Rodríguez identificado con Cédula de Ciudadanía N° 1.070.956.865, código universitario N° 440214290; Diana Mayerli Sánchez Preciado, identificada con Cedula de Ciudadanía N° 1.070.981.063, código universitario N° 440214414; Lina Paola Nieto Olarte, identificada con Cédula de Ciudadanía N° 1.070.975.943, código universitario N° 440214277 y asesorados por el docente Rafael Leonardo Cortes Lugo, identificado con cédula de ciudadanía N° 91.525.186 y tarjeta profesional 104397 del Colegio Colombiano de Psicólogos.

El objetivo de este proyecto es evaluar el estrés percibido en el personal de enfermería por medio de la Escala de Estrés Percibido, versión 14 (EEP-14), estimar la calidad del sueño mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, versión Colombiana (ICSP-VC) y relacionar los resultados de los distintos componentes de la EEP-14 y el ICSP-VC para establecer diferencias entre el estrés percibido y la calidad del sueño de los participantes, esperando así encontrar que existe una relación inversa y significativa entre estrés y calidad de sueño.. Como parte del proyecto, al obtener resultados y la previa revisión por parte del docente asesor, los estudiantes se comprometen a garantizar la confidencialidad de los datos recopilados y retroalimentar los mismos.

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca  
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000  
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad  
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*



**UDEC**  
UNIVERSIDAD DE  
CUNDINAMARCA  
-FACATATIVA-

Para nosotros es muy importante contar con su aprobación y agradecemos, de antemano, la atención prestada.

Quedamos en espera de su respuesta.

**GLENDIA KARINA REINOSO VALENCIA**  
Coordinadora  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
Extensión Facatativa

**RAFAEL LEONARDO CORTES LUGO**  
Psicólogo  
Docente programa de Psicología  
CC: 91.525.186 / TP: 104397  
Celular: 3176806811  
Correo: [rlcortes@ucundinamarca.edu.co](mailto:rlcortes@ucundinamarca.edu.co)

**IVÁN ALFREDO PEÑA RODRÍGUEZ**  
Estudiante programa de Psicología  
C.C. N° 1.070.956.865  
Código universitario N° 440214290  
Celular: 3102313129  
Correo: [ivanalfredop@gmail.com](mailto:ivanalfredop@gmail.com)

**DIANA MAYERLI SÁNCHEZ PRECIADO**  
Estudiante programa de Psicología  
C.C. N° 1.070.981.063  
Código universitario N° 440214414  
Celular: 3222485093  
Correo: [sanchezpreciadodiana@gmail.com](mailto:sanchezpreciadodiana@gmail.com)

**LINA PAOLA NIETO OLARTE**  
Estudiante programa de Psicología  
C. C. N° 1.070.975.943  
Código universitario N° 440214277  
Celular: 3156601473  
Correo: [lipaniol.24@gmail.com](mailto:lipaniol.24@gmail.com)

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá - Cundinamarca  
Teléfono (091) 6261483 Línea Gratuita 01800976000  
[www.ucundinamarca.edu.co](http://www.ucundinamarca.edu.co) E-mail: [info@ucundinamarca.edu.co](mailto:info@ucundinamarca.edu.co)  
NIT: 890.680.062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad  
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional

## Anexo 6



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE GRADO MONOGRÁFICO

ESTRÉS PERCIBIDO Y CALIDAD DE SUEÑO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ

DIA	MES	ANO
-----	-----	-----

Yo \_\_\_\_\_ identificada con Cédula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ certifico y autorizo mi participación en el proyecto de grado monográfico titulado Estrés Percibido y Calidad de Sueño en personal de Enfermería del Hospital San Rafael de Facatativá el cual es llevado a cabo por los estudiantes Iván Alfredo Peña Rodríguez, Lina Paola Nieto Olarte y Diana Mayerli Sánchez Preciado, quienes están siendo asesorados por el docente Rafael Leonardo Cortes Lugo, Psicólogo y Magister, identificado con CC. 91.525.186 y TP 104397 del Colegio Colombiano de Psicólogos COLOPSTIC.

Se me ha explicado el objetivo del proyecto monográfico, el cual consiste en determinar la relación entre Estrés Percibido y Calidad de Sueño en las enfermeras del Hospital San Rafael de Facatativá, sabiendo que la participación en éste no traerá para mí ningún daño físico, psicológico o social y se me tratará con dignidad.

Durante la participación tendré que responder una encuesta donde proporcionaré datos sociodemográficos, una escala sobre mi percepción de estrés (Escala de Estrés Percibido) y un instrumento sobre mi calidad de sueño (Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh) los cuales tendrán una duración total entre 15 y 30 minutos, aproximadamente.

De acuerdo a lo señalado en el Artículo 2º, Numeral 5º de la Ley 1090 de 2006 toda la información suministrada será tratada de manera confidencial, por lo que se me garantiza que mis datos personales o resultados individuales serán utilizados solo con fines académicos y no se revelaran por ningún motivo a terceros, salvo autorización mía. Así mismo, podré retirar en cualquier momento mi consentimiento para ser parte del proyecto monográfico, si así lo considero.

Ante cualquier duda e inquietud podré preguntar a los estudiantes:

- Iván Alfredo Peña Rodríguez – 3102313129 – ivanalfredop@gmail.com
- Lina Paola Nieto Olarte – 3156601473 – lipaniol.24@gmail.com
- Diana Mayerli Sánchez Preciado – 3222485093 - sanchezpreciadodiana@gmail.com

Firma del Participante

CC:

Celular:

Vº Bº Asesor  
Rafael Leonardo Cortes Lugo, Psicólogo - Docente programa de Psicología.  
CC: 91.525.186 / TP: 104397; Celular: 3176806811; Correo: rlcortes@uncundinamarca.edu.co