

Calidad del sueño y estrés percibido en profesionales sanitarios en España: un estudio con implicaciones para la salud laboral

Eva Romero Congosto⁽¹⁾, Álvaro José Solaz García⁽²⁾

¹Enfermera del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia, España. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6367-1959>

²Enfermero responsable de Investigación. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia, España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6713-8408>

Primer premio para comunicación oral de residentes del Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo celebrado en Burgos en marzo de 2026

Correspondencia:

Eva Romero Congost

*Dirección postal: Departamento de Salud Valencia-La Fe
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Avda. Fernando Abril Martorell, 106
Edif. H Dirección, Administración y
Docencia, Planta -1. 46026, Valencia*

Correo electrónico: romero_evacon@gva.es

La cita de este artículo es: Eva Romero Congosto et al. Calidad del sueño y estrés percibido en profesionales sanitarios en España: un estudio con implicaciones para la salud laboral. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2026; 35(3):276-288

RESUMEN.

Introducción: Los profesionales sanitarios son un colectivo vulnerable ante las alteraciones del sueño debido a la turnicidad, elevada carga asistencial y riesgos psicosociales. En España, la evidencia reciente sobre el impacto global de estos factores en la salud laboral es escasa.

Objetivos: Evaluar la calidad del sueño y el estrés percibido en sanitarios españoles, identificando determinantes personales y laborales, además de describir las barreras organizativas que impiden un descanso adecuado.

Material y Métodos: Estudio observacional transversal (n=507). Se emplearon el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y un cuestionario

SLEEP QUALITY AND PERCEIVED STRESS IN HEALTH CARE PROFESSIONALS IN SPAIN: A STUDY WITH IMPLICATIONS FOR WORKPLACE HEALTH

ABSTRACT

Introduction: Health professionals are a group vulnerable to sleep disturbances due to shift work, high care burden and psychosocial risks. In Spain, recent evidence on the global impact of these factors on occupational health is scarce.

Objectives: To evaluate the quality of sleep and perceived stress in Spanish healthcare workers, identifying personal and work-related determinants, in addition to describing the organizational barriers that prevent adequate rest.

ad hoc para variables sociodemográficas y organizativas. Se realizó estadística descriptiva, análisis bivalente (Chi-cuadrado) y regresión lineal simple para explorar la capacidad predictiva del estrés sobre el descanso.

Resultados: El 81,06% de los participantes presentó mala calidad del sueño (PSQI > 5). Se halló una asociación significativa con la categoría profesional ($p=0,011$) y las horas trabajadas semanalmente ($p<0,001$). El modelo de regresión confirmó que el estrés percibido predice significativamente el deterioro del sueño ($\beta=0,286$; $p<0,001$). Las principales barreras identificadas fueron las responsabilidades familiares, la sobrecarga laboral y los turnos rotatorios. Destaca que un 92,70% de los profesionales señaló la ausencia total de programas institucionales para la mejora del descanso.

Conclusiones: La calidad de sueño del colectivo está severamente comprometida por factores estructurales. La carencia de recursos organizativos y de formación específica subraya la necesidad urgente de implementar estrategias integrales de gestión de la fatiga desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

Palabras clave: Sueño; Personal de Salud; Calidad de Sueño; Estrés psicológico; Trabajo por turnos; Higiene del sueño; Salud laboral

Material and Methods: Cross-sectional observational study ($n=507$). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Perceived Stress Scale (PSS-10) and an ad hoc questionnaire for sociodemographic and organizational variables were used. Descriptive statistics, bivariate analysis (Chi-square) and simple linear regression were performed to explore the predictive capacity of stress on rest.

Results: 81.06% of participants had poor sleep quality (PSQI > 5). A significant association was found with professional category ($p=0.011$) and hours worked weekly ($p<0.001$). The regression model confirmed that perceived stress significantly predicts sleep impairment ($\beta=0.286$; $p<0.001$). The main barriers identified were family responsibilities, work overload and rotating shifts. It stands out that 92.70% of professionals pointed out the total absence of institutional programs to improve rest.

Conclusions: The quality of sleep of the group is severely compromised by structural factors. The lack of organizational resources and specific training highlights the urgent need to implement comprehensive fatigue management strategies from Occupational Risk Prevention Services.

Keywords: Dream; Health Personnel; Sleep Quality; Psychological stress; Shift work; Sleep hygiene; Occupational health

Fecha de recepción: 23 de abril de 2026

Fecha de aceptación: 2 de septiembre de 2026

Introducción

La importancia del sueño y el descanso para la salud física y mental

El sueño y el descanso constituyen procesos biológicos fundamentales para la homeostasis física y cognitiva del ser humano. Lejos de ser un estado de inactividad, se definen como un estado de consciencia relativa en el que el cerebro mantiene una actividad metabólica intensa, regulando funciones vitales y reduciendo la interacción con el entorno⁽¹⁾. Este periodo es crítico para la reparación tisular y la consolidación de procesos neurobiológicos derivados de la actividad diurna.

La literatura científica actual subraya la bidimensionalidad de sus beneficios. En el plano físico, el sueño es determinante para la reparación celular, el fortalecimiento del sistema inmunitario, la regulación neuroendocrina y la salud cardiovascular. A nivel neuropsicológico, resulta indispensable para la consolidación de la memoria, el aprendizaje y la regulación emocional, además de optimizar funciones ejecutivas como la atención, la capacidad de resolución de problemas y la toma de decisiones críticas^(1,2).

Por el contrario, la privación del sueño se asocia con el desarrollo de patologías crónicas, incluyendo enfermedades cardiovasculares,

diabetes mellitus y trastornos del espectro afectivo como la depresión. Un descanso reparador actúa, por tanto, como un modulador directo del rendimiento general y el bienestar emocional⁽³⁾.

Prevalencia de trastornos del sueño en el entorno sanitario

Si bien los trastornos del sueño afectan a un 30% de la población general —destacando el insomnio, la apnea obstructiva y las alteraciones del ritmo circadiano⁽²⁾—, el colectivo sanitario presenta una vulnerabilidad significativamente mayor.

La naturaleza de la labor asistencial, caracterizada por la turnicidad, la carga de trabajo elevada y la exposición a estresores psicosociales, impacta negativamente en la arquitectura del sueño. Estudios previos sugieren que la incidencia de fatiga crónica e insomnio en este sector puede superar el 50%, una cifra alarmante en comparación con otros grupos profesionales⁽⁴⁾.

Consecuencias en la salud laboral y la seguridad del paciente

La fatiga derivada del déficit de sueño conlleva repercusiones graves en la seguridad clínica. La somnolencia diurna incrementa la probabilidad de eventos adversos, tales como errores en la dosificación de fármacos, fallos diagnósticos o imprecisiones en procedimientos técnicos⁽⁵⁾. Asimismo, eleva la siniestralidad laboral, destacando el riesgo de accidentes in itinere tras jornadas prolongadas. A largo plazo, la privación crónica de sueño en sanitarios se correlaciona con un incremento del riesgo metabólico y cardiovascular, así como con el desarrollo de cuadros de ansiedad y burnout⁽⁶⁾.

Contexto actual y necesidad de estudio

En España, aunque existen intervenciones aisladas por parte de algunos Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), se carece de una base de datos sistemática y actualizada que analice la calidad del sueño de los profesionales a escala nacional. Persiste, además, un desconocimiento sobre las barreras organizativas y los facilitadores que influyen en el descanso del personal⁽⁷⁾.

Por ello, se plantea en el siguiente estudio que tiene como objetivo analizar de forma integral la calidad del sueño y el descanso en profesionales sanitarios en España, evaluando su prevalencia, los factores sociodemográficos, laborales y organizativos asociados, así como su relación con el estrés percibido y las principales barreras que dificultan un descanso adecuado, mediante instrumentos validados de medición.

Con este estudio se conseguirían los siguientes objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de la mala calidad de sueño en profesionales sanitarios en España mediante la aplicación del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI).
- Caracterizar el perfil sociodemográfico y laboral de la muestra en relación con sus patrones de descanso empleando un cuestionario ‘ad hoc’ diseñado para ello.
- Analizar las diferencias significativas entre las variables laborales, personales y organizativas con respecto a la calidad de sueño auto percibida por los trabajadores sanitarios.
- Correlacionar el nivel de estrés percibido con la calidad del sueño en la población de estudio, integrando las escalas del índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) y el Estrés Percibido (PSS-10)
- Identificar las principales barreras que impiden a los profesionales de la salud lograr un sueño y descanso adecuado según las barreras descritas en la bibliografía consultada

Material y Métodos

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal dirigido a profesionales sanitarios en activo en territorio español. El periodo de recogida de datos comprendió desde el 23 de octubre al 23 de noviembre de 2025 mediante cuestionario online estructurado.

Población de estudio y calculo muestral

La población diana estuvo constituida por profesionales sanitarios colegiados en España. Para el cálculo del tamaño muestral se tomó como referencia una población de 1.008.764 profesionales, según los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística⁽⁸⁾. Considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, se estimó un tamaño muestral mínimo de 385 participantes. Con el objetivo de compensar posibles pérdidas o exclusiones, se añadió un 20% adicional, estableciéndose una muestra final de 462 participantes tras la aplicación de los criterios de exclusión.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante la técnica de bola de nieve, lo que facilitó el acceso a una muestra heterogénea en cuanto a perfiles profesionales y ámbitos asistenciales. Con el fin de reducir posibles sesgos de selección, el cuestionario fue difundido a través de diversos canales y redes profesionales.

Los criterios de inclusión fueron: ser profesional sanitario en activo y otorgar el consentimiento informado para participar en el estudio. Por su parte, los criterios de exclusión incluyeron cuestionarios incompletos, así como participantes con diagnóstico previo de trastorno mental grave o en tratamiento psicofarmacológico activo, con el objetivo de evitar posibles factores de confusión en la evaluación de la calidad y arquitectura del sueño.

Variables e instrumentos de medida

La difusión del cuestionario se realizó a través de canales digitales y redes profesionales, incluyendo redes sociales (como Instagram, Twitter/X y LinkedIn). Del mismo modo, se contó con la colaboración de colegios profesionales de enfermería y otros ámbitos sanitarios. Asimismo, se emplearon grupos profesionales y contactos institucionales para favorecer la participación y ampliar el alcance de la muestra. El diseño y la administración del

estudio online siguieron las recomendaciones de la declaración CHERRIES (Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys), garantizando la transparencia en la recogida de datos, la descripción del proceso de reclutamiento y el control de posibles sesgos asociados a encuestas electrónicas.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado online que integró las siguientes escalas validadas:

- Calidad del sueño: se evaluó mediante el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI), un instrumento validado que permite valorar la calidad del sueño en el último mes. Consta de 19 ítems agrupados en siete componentes (calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones del sueño, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna), generando una puntuación global de 0 a 21, donde valores más altos indican peor calidad del sueño. Se estableció un punto de corte >5 puntos en la puntuación global del PSQI para definir la presencia de mala calidad del sueño, de acuerdo con la validación original del instrumento, en la que este umbral ha demostrado adecuada sensibilidad y especificidad para discriminar entre sujetos con sueño de buena y mala calidad⁽⁹⁾.
- Estrés percibido: se utilizó la Escala de Estrés Percibido en su versión de 10 ítems (Perceived Stress Scale, PSS-10), instrumento ampliamente validado que evalúa el grado en que las situaciones de la vida cotidiana son percibidas como impredecibles, incontrolables o sobrecargantes durante el último mes. La puntuación total oscila entre 0 y 40, indicando valores más altos mayores niveles de estrés percibido⁽¹⁰⁾.
- Variables sociodemográficas y laborales: Se categorizaron variables como edad, sexo, categoría profesional, titularidad del centro, régimen de jornada, carga horaria semanal y antigüedad en el puesto.

Análisis estadístico

El proceso analítico se estructuró en tres fases consecutivas. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo para caracterizar la muestra. Las variables categóricas (sexo, categoría profesional, tipo de turno, entre otras) se expresaron mediante frecuencias absolutas (n) y porcentajes relativos (%). Para las variables cuantitativas (puntuación global del PSQI y de la escala PSS-10), se emplearon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

En segundo lugar, se realizó un análisis bivalente con el objetivo de identificar factores asociados a la calidad del sueño. La variable dependiente (calidad del sueño: buena vs. mala) se cruzó con las variables independientes de carácter sociodemográfico y laboral. La asociación entre variables cualitativas se evaluó mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, estableciéndose el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de correlación y regresión para examinar la relación entre el estrés percibido y la calidad del sueño. Se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales de la escala PSS-10 y el índice PSQI. Posteriormente, se construyó un modelo de regresión lineal simple, en el que el estrés percibido actuó como variable predictora y la calidad del sueño como variable dependiente. Se estimaron los coeficientes de regresión (β), el error estándar y el coeficiente de determinación (R^2), con el fin de cuantificar la proporción de varianza de la calidad del sueño explicada por el nivel de estrés. Asimismo, se evaluaron los supuestos del modelo, incluyendo la linealidad, para garantizar la validez de los resultados. El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el software de código abierto jamovi (versión 2.7.12)⁽¹¹⁾.

Consideraciones éticas

El estudio cuenta con la aprobación y el beneplácito del Comité de Ética del Hospital Universitario y

Politécnico La Fe y el Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) La Fe, hospital de referencia e inicio del proyecto. (Nº de registro: 2025-0727-1 y Código de protocolo: Sueño_San_ES)

El estudio se rigió por los principios de la Declaración de Helsinki. Se garantizó en todo momento el anonimato, la confidencialidad de los datos (RGPD 2016/679) y la voluntariedad, obteniendo el consentimiento informado de cada participante antes del acceso al cuestionario.

Resultados

Descripción sociodemográfica y perfil laboral de la muestra

La muestra final, tras la aplicación de los criterios de exclusión, estuvo compuesta por 507 profesionales sanitarios. El análisis sociodemográfico, como se muestra en la Tabla 1, evidenció una clara feminización de la muestra, con un 84,4% de mujeres ($n = 428$) frente a un 15,6% de hombres ($n = 79$). La edad media fue de 42,3 años ($DE \pm 10,2$), concentrándose la mayor proporción de participantes en el rango de 40 a 49 años.

En relación con la distribución profesional, el grupo más representado fue el de enfermería (58,2%), seguido de facultativos especialistas (21,1%) y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) (10,8%). En cuanto a las condiciones laborales, el 54,2% de los participantes realizaba turnos rotatorios, incluyendo guardias y trabajo nocturno, mientras que el 42,6% refería una jornada laboral superior a 40 horas semanales. La antigüedad media en el ámbito sanitario fue de 16,8 años.

Calidad del sueño (PSQI)

Tras la aplicación del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), la puntuación media global obtenida fue de 9,24 puntos ($DE \pm 3,8$), situándose por encima del punto de corte establecido en 5. Como se muestra en la Tabla 2, la prevalencia de mala calidad del sueño alcanzó el 81,06% ($n = 411$) de los profesionales encuestados, mientras que el 18,93% ($n = 96$) fue clasificado con una buena calidad del sueño.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PROFESIONALES

VARIABLE	CATEGORIA	N (%)	PSQI (< 5) N (%)	PSQI (>5) N (%)
SEXO	Femenino	444(%)	84 (%)	360 (%)
	Masculino	74 (%)	13 (18,30%)	61 (%)
EDAD	< 21 Años	3 (%)	0	3 (%)
	21-29 Años	80 (%)	14 (%)	66 (%)
	30-39 Años	127 (%)	25 (%)	102 (%)
	40-49 Años	151 (%)	32 (%)	119 (%)
	50-59 Años	126 (%)	19 (15,70%)	107 (%)
	> 60 Años	31 (%)	7 (20%)	24 (80%)
COMUNIDAD AUTONOMA	Andalucía	8 (%)	2 (%)	6 (%)
	Aragón	16 (%)	4 (%)	12 (%)
	Asturias	2 (%)	1 (%)	1 (%)
	Islas Baleares	1 (%)	1 (%)	0
	Islas Canarias	11 (%)	2 (%)	9 (%)
	Cantabria	0	0	0
	Castilla La Mancha	10 (%)	2 (%)	8 (%)
	Castilla y León	54 (%)	11 (%)	43 (%)
	Cataluña	1	0	1
	Comunidad Valenciana	226 (%)	44 (%)	182 (%)
	Comunidad de Madrid	183 (%)	28 (%)	155 (%)
	Comunidad Foral de Navarra	2 (%)	0	2 (%)
	Extremadura	0	0	0
	Galicia	0	0	0
	La Rioja	0	0	0
	Región de Murcia	0	0	0
	País Vasco	3 (%)	2	1 (%)
	Ceuta	1 (%)	0	1 (%)
	Melilla	0	0	0
CATEGORIA PROFESIONAL	Medico/a	45 (%)	14 (%)	31 (%)
	Enfermero/a	380 (%)	71 (%)	309 (%)
	Auxiliar de Enfermería	60 (%)	4 (%)	56 (%)
	Técnico de Radiodiagnóstico	4 (%)	0	4 (%)
	Celador	7 (%)	0	7 (%)
	Auxiliar administrativo	5 (%)	2 (%)	3 (%)
	Otros	17 (%)	6 (%)	11 (%)

En relación con los componentes específicos del PSQI, se observaron peores resultados en la latencia y duración del sueño, así como en la disfunción diurna. En concreto, el 64% de los participantes refirió una latencia superior a 30 minutos para conciliar el sueño al menos tres veces por semana. Asimismo, la duración media del sueño fue de 6,15 horas diarias, considerada insuficiente en el 78% de la muestra. Por último, el 72% de los encuestados manifestó la presencia de disfunción diurna, evidenciada por dificultades para mantener el nivel de alerta o el rendimiento durante la jornada.

Estrés percibido (PSS-10)

Los niveles de estrés medidos mediante la escala PSS-10 revelaron una situación de alta carga psicosocial. La puntuación media fue de 24,8 puntos.

Tal como se puede comprobar en la Tabla 3, el 87,37% (n=443) de los profesionales presentó niveles de estrés moderado, mientras que un 9,46% (n=48) reportó niveles de estrés elevado/grave, y tan solo el 3,15% (n=16) mostró niveles de estrés bajo.

Análisis bivariante: Calidad del sueño (PSQI)

Se realizó un análisis bivariante con el objetivo de identificar los factores asociados a la calidad del sueño. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 4.

En relación con la categoría profesional, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,011$), evidenciándose una mayor prevalencia de mala calidad del sueño en el personal de enfermería y en los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), en comparación con el personal médico y administrativo.

La carga horaria semanal mostró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$), posicionándose como uno de los factores más relevantes. Los profesionales con jornadas superiores a 40 horas semanales presentaron una mayor proporción de mala calidad del sueño

en comparación con aquellos con menor carga horaria.

Por el contrario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ($p = 0,91$) ni de la edad ($p = 0,83$), lo que sugiere que estas variables no se asocian de forma significativa con la calidad del sueño en la muestra analizada.

Estrés como predictor del sueño

Con el objetivo de analizar la capacidad predictiva del estrés percibido sobre la calidad del sueño, se realizó un modelo de regresión lineal simple. Se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables ($R = 0,286$; $p < 0,001$).

El modelo indicó que el estrés percibido se asocia de forma significativa con un mayor deterioro de la calidad del sueño, explicando aproximadamente el 8,2% de la varianza total del PSQI ($R^2 = 0,082$). Los resultados del ajuste del modelo se representan de forma gráfica en la Figura 1.

Esto quiere decir que por cada punto de incremento en la escala de estrés PSS-10, la puntuación del PSQI (mala calidad del sueño) aumenta de forma lineal. El estrés percibido explica aproximadamente el 8,2% de la varianza total de la calidad del sueño en esta población. Estos datos pueden visualizarse mejor en el diagrama de la Figura 2.

Barreras percibidas para el descanso y apoyo institucional

Se analizaron las principales barreras percibidas por los profesionales sanitarios para lograr un sueño reparador, así como el grado de apoyo institucional disponible.

En cuanto a las barreras personales y familiares, el 47,14% de los participantes señaló que las responsabilidades relacionadas con el cuidado de hijos o familiares dependientes dificultaban su descanso adecuado.

Respecto a las barreras laborales, el 68% de la muestra identificó el estrés tras la jornada laboral —especialmente tras las guardias— y la rumiación

TABLA 2. PREVALENCIA TOTAL DE PSQI DE LA MUESTRA.

VARIABLE	N (%) (507)
BUENA CALIDAD DEL SUEÑO	96 (18,93 %)
MALA CALIDAD DEL SUEÑO	411 (81,06 %)

TABLA 3. PREVALENCIA TOTAL DE PSS-10 DE LA MUESTRA.

VARIABLE	N (%) (507)
INDICE DE ESTRES LEVE	16 (3,15 %)
INDICE DE ESTRES MODERADO	443 (87,37 %)
INDICE DE ESTRES GRAVE	48 (9,46 %)

TABLA 4. TABLA DE PREVALENCIA DE MALA CALIDAD SUEÑO, GLOBAL Y POR CATEGORÍAS.

VARIABLE	P-VALOR	N (%) (507)
SEXO	0,914	No significativo
EDAD	0,831	No significativo
COMUNIDAD AUTÓNOMA	0,642	No significativo
CATEGORÍA PROFESIONAL	0,011	Significativo
CENTRO DE TRABAJO	0,154	No significativo
ANTIGÜEDAD LABORAL	0,412	No significativo
CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO	0,298	No significativo
ANTIGÜEDAD EN PUESTO ACTUAL	0,673	No significativo
JORNADA LABORAL	0,231	No significativo
HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	< 0,001	Significativo

de pensamientos relacionados con el trabajo como factores que interfieren negativamente en la conciliación y calidad del sueño.

Por último, en relación con el apoyo institucional, el 92,70% (n = 470) de los participantes manifestó que su centro de trabajo no dispone de programas, formación o protocolos específicos orientados a la mejora de la higiene del sueño o a la gestión de la fatiga, lo que pone de manifiesto una limitada

implementación de estrategias organizativas en este ámbito.

Discusión

Análisis de la prevalencia y comparación con la literatura

El hallazgo más relevante de este estudio es la prevalencia de mala calidad del sueño entre los profesionales sanitarios en España,

FIGURA 1. AJUSTES DE MODELO DE LA ESTADÍSTICA INFERENCIA.

Regresión Lineal

Medidas de Ajuste del Modelo

Modelo	R	R ²
1	0.286	0.0819

Nota. Models estimated using sample size of N=506

Coeficientes del Modelo - PSQI

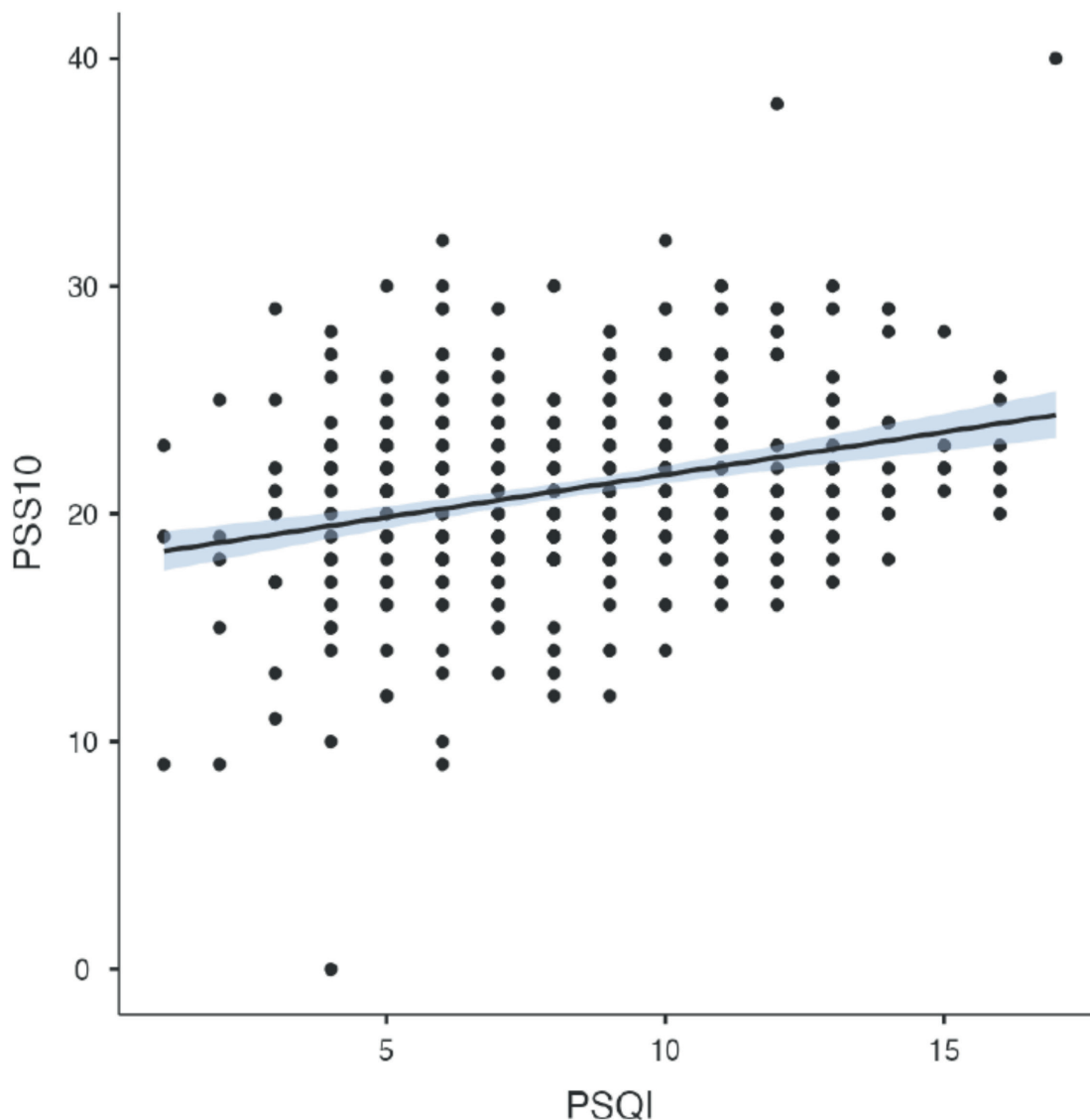
Predictor	Estimador	EE	t	p
Constante	3.608	0.6995	5.16	<.001
PSS10	0.219	0.0326	6.70	<.001

alcanzando al 81,06% de la muestra. Esta cifra no solo es alarmante por sí misma, sino que supera ampliamente los registros que se tienen y los datos de la población general adulta, donde la prevalencia de insomnio o mala calidad del descanso suele oscilar entre el 20% y el 30% ⁽²⁾.

Al contrastar los resultados con estudios específicos en el sector, se observa una tendencia al alza. Autores como Palazón y Sánchez⁽¹³⁾ ya

comentaban la deficiencia en la calidad de sueño en el personal de enfermería, pero los datos obtenidos sugieren que el problema se ha vuelto sistémico, afectando de forma transversal a todas las categorías profesionales. La puntuación media del PSQI^(11,23) se sitúa muy por encima del umbral patológico, lo que indica que el personal sanitario no solo duerme poco, sino que su descanso es de escasa eficiencia y alta fragmentación.

FIGURA 2. DIAGRAMA DE DISPERSIÓN Y RECTA DE REGRESIÓN PSS-10 VS PSQI.



El impacto de los factores laborales y la carga horaria

Los datos confirman que la calidad del sueño está condicionada primordialmente por la organización del trabajo. La asociación significativa entre las horas trabajadas semanalmente ($p < 0,001$) y el deterioro del descanso refuerzan la hipótesis de que la sobrecarga laboral impide una recuperación funcional adecuada. Por tanto, aquellos profesionales que exceden de las 40 horas semanales de trabajo entran en un ciclo de

fatiga acumulada donde el déficit de sueño no llega a resolverse.

Uno de los aspectos clave analizado es la turnicidad. Los resultados coinciden con la cronobiología clásica: el trabajo nocturno y rotatorio desincroniza los ritmos circadianos regulados por el hipotálamo⁽¹⁾. Esta desincronización altera la arquitectura del sueño, reduciendo la fase REM y el sueño profundo, lo que explica por qué el 72% de nuestra muestra refiere disfunción diurna y

dificultades para mantener la alerta. Como señala la bibliografía^(4,5), esta falta de vigilancia no es solo un riesgo para el trabajador, sino un factor crítico en la seguridad del paciente y la comisión de errores adversos.

El estrés como predictor del descanso

El modelo de regresión lineal simple confirmó que el estrés percibido explica una parte significativa de la varianza en la calidad del sueño. La correlación positiva encontrada indica que el estrés actúa como un activador del sistema de alerta que imposibilita el inicio del sueño.

Muchos de los participantes relacionaron la «rumiación de pensamientos» con la jornada laboral como la principal barrera para conciliar el sueño. Este fenómeno sugiere que el estrés psicosocial en el entorno sanitario no se limita al tiempo de trabajo, sino que invade el espacio de descanso, cronificando la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y manteniendo niveles elevados de cortisol durante la noche⁽⁹⁾.

El vacío preventivo y el papel de la salud laboral

Uno de los hallazgos más relevantes de este estudio es la percepción de escaso apoyo institucional por parte de los profesionales sanitarios. En concreto, el 92,70% de los participantes refirió no disponer de programas orientados a mejorar el descanso, lo que pone de manifiesto una posible carencia en la actuación de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) en este ámbito.

La gestión de la calidad del sueño en el entorno sanitario continúa siendo un reto pendiente. Los resultados obtenidos sugieren que las intervenciones centradas exclusivamente en recomendaciones individuales de higiene del sueño pueden resultar insuficientes. En este sentido, se hace necesario un enfoque más integral y estructural, que aborde los determinantes organizativos y laborales implicados.

Entre las posibles líneas de intervención, cabría destacar el rediseño de los turnos de trabajo, priorizando la reducción de los turnos

rotatorios rápidos y favoreciendo esquemas más compatibles con los ritmos circadianos. Asimismo, la implementación de programas de formación específica en estrategias de desconexión cognitiva y manejo del estrés podría contribuir a mejorar el descanso de los profesionales. Por último, la habilitación de espacios adecuados para el descanso durante las guardias prolongadas, incluyendo la posibilidad de realizar siestas terapéuticas, se plantea como una medida potencialmente eficaz para reducir la fatiga y mejorar el rendimiento clínico.

Limitaciones y líneas futuras

Este estudio presenta limitaciones propias de su diseño transversal, lo que impide establecer relaciones de causalidad definitiva. Asimismo, el uso de cuestionarios autoinformados (PSQI y PSS-10) introduce un componente de subjetividad. Futuras investigaciones podrían beneficiarse del uso de medidas objetivas como la polisomnografía para validar estos hallazgos.

A pesar de ello, la consistencia de los datos y el tamaño de la muestra proporcionan una base sólida para que las instituciones sanitarias españolas comiencen a considerar el sueño como un indicador de salud laboral y un elemento indispensable de la seguridad clínica.

Bibliografía

1. González Almela, A.J.; Bellido Diego-Madrado, R.A.; Marzo Lostalé, E.M.; Domingo Grau, A.; Corredor Isla, A.I.; González Corredor, P. "Relación entre el sueño y la salud: impacto en la calidad de vida y prevención de enfermedades". Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2025. Disponible en: <https://revistamedica.com/relacion-sueno-salud-prevencion-enfermedades/>
2. Calahorrano Yépez, M.F.; Larrosa Rodríguez, E.M.; Baño Paca, M.I.; Quintana Castillo, M.; Rejón Delgado, J.; Hernández Varona, Y. "Importancia del descanso y la calidad del sueño." Ocronos. 2024;7(1):84. Disponible en: <https://revistamedica.com/importancia-descanso-calidad-sueno/>

3. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep*. 2010;33(5):585-592. doi:10.1093/sleep/33.5.585.
4. Morales Anguisaca, C.M.; Reinoso Avecillas, M.B.; Narváez Zurita, C.I. "Factores asociados a la fatiga laboral y su influencia en los trastornos del sueño". *Rev Univ Soc* 16(3):108. Mayo, 2024. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-3
5. Reséndiz García, M.; Valencia Pérez, M.; Santiago Ayala, M.V.; Castaño, V.A.; Montes Rojas, J.; Sumano Hernández J.; García Ramos, G. "Somnolencia diurna excesiva: causas y medición". *Rev Mex Neuroci*; 5(2):147-155. 2004
6. Drake CL, Roehrs T, Richardson G, Walsh JK, Roth T. Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*. 2004;27(8):1453-1462.
7. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Directrices básicas para la vigilancia de la salud de los trabajadores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Economía Social; 2021. Disponible en: <https://www.insst.es/>
8. Instituto Nacional de estadística. Estadística de Profesionales sanitarios colegiados año 2024. Nota de Prensa. Mayo, 2025. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EPSC2024.htm#:~:text=El%20n%C3%BAmero%20de%20profesionales%20sanitarios%20colegiados%20en%20Espa%C3%B1a%20super%C3%B3%20por,2%2C9%25%20m%C3%A1s>
9. Buysse, DJ, Reynolds, CF, Monk, TH, Berman, SR y Kupfer, DJ (1989). El Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI): Un nuevo instrumento para la investigación y la práctica psiquiátricas. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
10. Remor E. & Carrobbles JA. (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.
11. The jamovi project (2025). jamovi. (Version 2.7) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
12. R Core Team (2025). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.5) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from CRAN snapshot 2025-05-25).
13. Palazón E, Sánchez JC. "Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas". *Revista Enfermería del Trabajo* 2017; 7:11(30-37). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5920690>
14. Díaz-Ramiro, E.M., Rubio-Valdehita, S., López-Núñez, M.I., Aparicio-García, M.E. "Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios". *Anales de Psicología / Annals of Psychology* , 36 (2), 242-246. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/analesps.350301>
15. Gómez-García T, Ruzafa-Martínez M, Fuentelsaz-Gallego C, et al. Nurses' Sleep Quality, Work Environment and Quality of Care in the Spanish NHS. *BMJ Open*. 2016;6:e012073.
16. Hita-Contreras F, Martínez-López E, Latorre-Román PA, et al. Reliability and Validity of the Spanish Version of the PSQI. *Rheumatol Int*. 2014;34(7):929-936.
17. Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index as a Screening Tool. *Sleep Med Rev*. 2016;25:52-73.
18. Carvalho VP, Barcelos KA, Oliveira EP, et al. Poor Sleep Quality and Daytime Sleepiness in Health Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:6864.
19. Del Rio João KA, de Jesus SN, Carmo C, Pinto P. Sleep Quality Components and Mental Health. *Psychiatry Res*. 2018;269:244-250.
20. Tello MEC, Dalmau Torres JM, Ibort EG, Jiménez Boraita R. Sleep Quality in Spanish University Professors. *PLoS One*. 2025;20(4):e0320352.
21. Vallejo MA, Vallejo-Slocker L, Fernández-Abascal EG, Mañanes G. Determining Factors for Stress Perception Assessed With the PSS-4. *Front Psychol*. 2018;9:37.
22. Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Simón Márquez MDM, Gázquez Linares JJ. Analysis

of Sociodemographic and Psychological Variables Involved in Sleep Quality in Nurses. Int J Environ Res Public Health. 2019;16:3846.

23. Rodríguez-González-Moro MT, Rodríguez-González-Moro JM, Rivera-Caravaca JM, et al. Work Shift and Circadian Rhythm as Risk Factors for Poor Sleep Quality in Public Workers From Murcia. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:5881.

Venosmil

(hidrosmina)



¿Tus piernas
pesan como
el cemento?

**Hinchazón - Tirantez - Pesadez
Hormigueo - Dolor - Picor**

Aligéralas con Venosmil, tratamiento
de los síntomas relacionados con
la insuficiencia venosa leve en adultos.



ACCEDE A LA
FICHA TÉCNICA
VENOSMIL CÁPSULAS



ACCEDE A LA
FICHA TÉCNICA
VENOSMIL GEL



PVP IVA: VENOSMIL cápsulas 14,38 €. VENOSMIL gel 8,30 €. REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y
DISPENSACIÓN: Sin receta médica.
Información dirigida a profesionales de la salud.

Venosmil ¡menos mal!

FAES FARMA
Pasión por la salud