

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN
PERSONAL DE SALUD DE HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR CAJAMARCA 2026
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

YERSON JAMES VASQUEZ VALDIVIA

CÓDIGO ORCID: 0009-0003-5647-6673

ASESOR:

MC. DIAZ RUIZ ADRIANA PATRICIA

CÓDIGO ORCID: 0009-0004-1966-6109

Cajamarca, Perú

2026



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: VASQUEZ VALDIVIA, Yerson James
DNI: 74451146
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: M.C. ADRIANA PATRICIA DIAZ RUIZ
3. Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
4. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
5. Tipo de Investigación: Tesis
6. Título de Trabajo de Investigación: **CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR CAJAMARCA 2026**
7. Fecha de Evaluación: 12/03/2026
8. Software Antiplagio: TURNITIN
9. Porcentaje de Informe de Similitud: 21%
10. Código Documento: oid: 3117:566867703
11. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 12 de marzo del 2026



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
Dr. Enzo Renatto Bazualdo Florin
DIRECTOR (•)

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a mis padres, quienes con su esfuerzo, ejemplo y constante apoyo hicieron posible cada paso de mi formación profesional. Su confianza y sacrificio han sido el impulso que me permitió perseverar incluso en los momentos más exigentes del camino académico.

A mi familia, por brindarme comprensión, motivación y fortaleza durante los años de estudio, recordándome siempre la importancia de la disciplina, la responsabilidad y el compromiso con la vocación de servicio.

Asimismo, dedico este proyecto a todos los profesionales de la salud que, a pesar de las exigencias laborales y personales, continúan ejerciendo su labor con dedicación y humanidad. Este trabajo busca aportar modestamente al conocimiento de factores que influyen en su bienestar y desempeño.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Cajamarca y a la Facultad de Medicina, instituciones que contribuyeron de manera decisiva en mi formación académica y profesional, brindándome los conocimientos, valores y principios que orientan el ejercicio responsable de la medicina.

A mi asesora, MC. Adriana Patricia Díaz Ruiz, por su orientación académica, sus valiosas recomendaciones metodológicas y el acompañamiento brindado durante el desarrollo de este proyecto de investigación.

Asimismo, agradezco al personal de salud del Hospital Simón Bolívar de Cajamarca, quienes con su colaboración hicieron posible la realización del presente estudio.

Finalmente, expreso mi gratitud a todos los docentes, colegas y personas que, directa o indirectamente, contribuyeron al desarrollo y culminación de este trabajo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente proyecto de investigación fue financiado íntegramente con recursos propios del autor. No se contó con financiamiento proveniente de instituciones públicas, privadas, organizaciones no gubernamentales ni entidades comerciales para el desarrollo del estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses relacionados con la realización del presente proyecto de investigación.

Asimismo, se manifiesta que los resultados obtenidos y las conclusiones presentadas corresponden exclusivamente al análisis científico desarrollado en el estudio, sin influencia de intereses externos de carácter económico, institucional o personal.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	13
CAPÍTULO III: RESULTADOS	20
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	26
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	31
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	34
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
CAPÍTULO VIII: ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características del personal de salud según grupo ocupacional (n=180)	
.....	22
Tabla 2. Asociación cruda entre exposiciones y dispepsia funcional según grupo ocupacional	
.....	24
Tabla 3. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) para dispepsia funcional según grupo ocupacional	
.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo STROBE	20
--	----

RESUMEN

- **Introducción:** El estrés crónico y la privación del sueño alteran significativamente el eje intestino-cerebro, predisponiendo al personal de salud a padecer trastornos gastrointestinales debido a su alta carga laboral.

- **Objetivo:** Determinar la asociación entre la calidad de sueño, el nivel de estrés laboral y la presencia de dispepsia funcional en el personal asistencial del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca.

- **Métodos:** Se desarrolló un estudio observacional, analítico y transversal en una muestra de 180 trabajadores. La recolección de datos empleó los Criterios de Roma IV, el índice PSQI y la escala PSS-14. Para estimar las Razones de Prevalencia ajustadas (RPa) y controlar covariables de confusión, se construyeron Modelos Lineales Generalizados de la familia Poisson con varianza robusta.

- **Resultados:** La prevalencia global de dispepsia funcional alcanzó un 54,4%, destacando nítidamente el grupo de obstétrices (66,7%) y enfermería (58,0%). El 57,8% evidenció mala calidad de sueño y el 65,6% estrés medio-alto. El análisis multivariado confirmó que el estrés laboral alto actúa como un potente predictor independiente, triplicando la prevalencia del desenlace en el personal de obstetricia (RPa=3,05; IC 95%: 1,08–8,62; p=0,035). Asimismo, en enfermería, tanto la mala calidad de sueño (RPa=2,10; IC 95%: 1,12–3,93; p=0,020) como el estrés elevado (RPa=2,95; IC 95%: 1,27–6,85; p=0,012) mantuvieron significancia estadística.

- **Conclusiones:** El estrés ocupacional y el déficit de descanso son determinantes independientes para el desarrollo de dispepsia funcional. El personal de obstetricia constituye el subgrupo de mayor vulnerabilidad psicosomática, haciendo imperativa la implementación de medidas preventivas institucionales focalizadas.

Palabras clave: Dispepsia; Trastornos del Sueño; Estrés Laboral; Salud Laboral.

ABSTRACT

- **Background:** Chronic stress and sleep deprivation significantly disrupt the gut-brain axis, predisposing healthcare personnel to gastrointestinal disorders due to their demanding workload.

- **Objective:** To determine the association between sleep quality, occupational stress levels, and the presence of functional dyspepsia among healthcare workers at the Simon Bolivar Hospital, Cajamarca.

- **Methods:** An observational, analytical, and cross-sectional study was conducted on a sample of 180 workers. Data collection utilized the Rome IV Criteria, the PSQI index, and the PSS-14 scale. To estimate adjusted Prevalence Ratios (aPR) and control for confounding covariates, Generalized Linear Models of the Poisson family with robust variance were constructed.

- **Results:** The overall prevalence of functional dyspepsia reached 54.4%, distinctly peaking in midwives (66.7%) and nursing staff (58.0%). Poor sleep quality was found in 57.8% of the participants, while 65.6% reported medium-to-high stress. Multivariate analysis confirmed that high occupational stress acts as a strong independent predictor, tripling the outcome prevalence within the obstetric staff (RPa=3,05; IC 95%: 1,08–8,62; p=0,035). Similarly, among nurses, both poor sleep quality (RPa=2,10; IC 95%: 1,12–3,93; p=0,020) and severe stress (RPa=2,95; IC 95%: 1,27–6,85; p=0,012) retained statistical significance.

- **Conclusions:** Occupational stress and sleep deficits are independent determinants for the development of functional dyspepsia. Midwives represent the psychosomatically most vulnerable subgroup, making the implementation of targeted institutional preventive measures imperative.

Key words: Dyspepsia; Sleep Wake Disorders; Occupational Stress; Occupational Health.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La dispepsia funcional constituye uno de los desafíos diagnósticos y terapéuticos más relevantes en la práctica gastroenterológica contemporánea. Se define como la presencia de dolor o malestar epigástrico crónico, en ausencia de cualquier enfermedad orgánica, metabólica o sistémica que justifique la sintomatología (1,2). La fisiopatología de este trastorno abandona el viejo paradigma estructural para adentrarse en la neurogastroenterología. Bajo los actuales Criterios de Roma IV, este trastorno se entiende como una alteración de la interacción intestino-cerebro, categorizándose principalmente en Síndrome de Dolor Epigástrico y Síndrome de Malestar Postprandial (3,4). La hipersensibilidad visceral y la disfunción autonómica catalizan la aparición de síntomas agudos ante estímulos gástricos que, en condiciones fisiológicas, resultan imperceptibles (5,6). El ritmo de vida contemporáneo agrava drásticamente este panorama clínico.

Las alteraciones de la arquitectura del sueño precipitan respuestas neuroinflamatorias directas (7-9). Diversas investigaciones globales evidencian una fuerte sindemia entre la fragmentación del descanso reparador, los trastornos de ansiedad subyacentes y la alteración patológica de la motilidad gastroduodenal (10-14). El personal sanitario habita permanentemente en el epicentro de este riesgo biológico. Las guardias rotativas de 12 a 24 horas, la incesante presión asistencial y la exposición perenne al sufrimiento humano condicionan un estado de hiperactivación simpática que resulta letal para la integridad de la mucosa gástrica (15-18).

En el territorio peruano, el sistema sanitario impone cargas alostáticas abrumadoras a sus trabajadores (19,20). Estudios recientes desarrollados en la costa norte y la capital de la república confirman que el distrés psicológico y la deprivación crónica

del sueño diezman la salud digestiva, documentándose altas tasas de somatización en estudiantes, internos de medicina y profesionales en ejercicio (21-25). La realidad en la sierra norte es igualmente crítica. El entorno hospitalario cajamarquino, caracterizado históricamente por recursos logísticos finitos y una altísima demanda de pacientes referidos, expone a sus trabajadores a niveles crónicos de desgaste y burnout (26-28). Pese a este escenario hostil, existe un vacío epidemiológico profundo en nosocomios de referencia de la región. Se desconoce la verdadera magnitud con la que el estrés y el insomnio asedian al personal de salud en ejercicio. Aunque existen estudios previos que vinculan el estrés formativo con problemas gástricos orgánicos como la gastritis en estudiantes, existe un vacío de conocimiento respecto a la dispepsia estrictamente funcional en el personal asistencial activo, particularmente en escenarios hospitalarios de referencia como el Hospital Simón Bolívar.

Esta carencia de información epidemiológica local impide a las autoridades sanitarias implementar medidas preventivas basadas en evidencia, como el rediseño de turnos o programas de higiene del sueño. Bajo esta premisa, resulta imperativo cuantificar esta problemática local para diseñar políticas de salud ocupacional efectivas y protectoras (29-32). Por tanto, surge la necesidad imperiosa de determinar cómo los factores ocupacionales, específicamente la calidad del sueño y el estrés laboral, impactan en la salud gastrointestinal funcional de los trabajadores de la salud en Cajamarca.

El presente estudio se justifica por su relevancia clínica y social. Al establecer la asociación entre estas variables mediante instrumentos validados (PSQI, PSS-14 y Criterios de Roma IV), se generará conocimiento útil para la Oficina de Salud Ocupacional, permitiendo trazar estrategias de intervención que protejan el capital

humano sanitario. El objetivo general de la investigación es determinar la asociación entre la calidad de sueño, el nivel de estrés laboral y la presencia de dispepsia funcional en el personal de salud asistencial del Hospital Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2026. Los objetivos específicos se orientan a estimar la prevalencia del desenlace, describir las frecuencias de las exposiciones y evaluar las asociaciones ajustando por covariables confusoras.

Se plantea como hipótesis alterna que la mala calidad de sueño y el estrés laboral alto se asocian de forma independiente con una mayor prevalencia de dispepsia funcional. Por el contrario, la hipótesis nula postula que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables de exposición y el desenlace gastrointestinal en la población de estudio.

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio

El andamiaje metodológico del presente trabajo corresponde a un diseño observacional, analítico y de corte transversal. Su ejecución se enmarcó en el entorno hospitalario cajamarquino, específicamente dirigido al personal asistencial del Hospital Simón Bolívar durante el periodo 2026. Este abordaje epidemiológico garantizó la medición concurrente tanto de las noxas ocupacionales —calidad de sueño y estrés laboral— como del desenlace clínico —dispepsia funcional—. Todo ello en una ventana temporal estrictamente delimitada. Se preservó la ecología del fenómeno estudiado, anulando cualquier intervención o manipulación externa sobre las condiciones basales de los participantes.

2.2. Población

El universo de estudio congregó a la totalidad del personal sanitario de primera línea (médicos, profesionales de enfermería, obstetrices y técnicos en enfermería). Dichos trabajadores ejercían labores asistenciales activas en el mencionado nosocomio de la sierra norte a lo largo del 2026. La delimitación espaciotemporal confinó la captación de sujetos exclusivamente a las coordenadas clínicas de este establecimiento de salud.

Criterios de inclusión:

- Personal sanitario con vínculo contractual vigente. Se admitió cualquier régimen de contratación legalmente reconocido por la institución.
- Continuidad laboral comprobable que acredite un mínimo de tres meses ininterrumpidos de servicio intrahospitalario.
- Suscripción voluntaria, libre y expresa del respectivo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Fichas de recolección viciadas o devueltas con un déficit de llenado superior al 20% en las casillas correspondientes a las variables primarias.
- Individuos con historial médico documentado de daño gástrico estructural. Se descartaron diagnósticos confirmados de úlcera péptica, neoplasias gástricas, patología inflamatoria intestinal o antecedentes de cirugías de resección digestiva. Este filtro clínico resultó vital para asilar la etiología puramente funcional del síndrome.

2.3. Muestra y Muestreo

El tamaño muestral se estimó mediante la fórmula para comparación de dos proporciones en población finita, en concordancia con el enfoque analítico del estudio. Para definir las proporciones esperadas en los grupos de comparación, se consideraron antecedentes nacionales sobre la relación entre estrés laboral y dispepsia funcional, tomando como sustento temático el estudio de Rojas Arana (27) en personal de salud y, como referencia empírica principal, el trabajo de Valenzuela Narváez y Gayoso Cervantes (28), quienes evidenciaron una mayor frecuencia de dispepsia funcional en el grupo con mayor exposición al estrés laboral. A partir de estos antecedentes, se asumieron como parámetros de cálculo una proporción de 0,65 para el grupo expuesto y de 0,35 para el grupo no expuesto. Con un nivel de confianza del 95% ($Z\alpha=1,96$), una potencia estadística del 80% ($Z\beta=0,84$) y una población de 338 trabajadores asistenciales, según el registro de recursos humanos, se obtuvo un tamaño mínimo de 180 participantes. Con la finalidad de compensar posibles pérdidas durante la recolección y depuración de la información, se incrementó la muestra en 10%, estableciéndose una meta de 198 encuestas. En la fase de campo se recuperaron 200 cuestionarios; posteriormente,

durante el control de calidad, se excluyeron 20 registros, de los cuales 12 correspondieron a participantes con antecedente de organicidad gástrica y 8 presentaron información incompleta. En consecuencia, la muestra final quedó constituida por 180 profesionales, cuya distribución se presenta en la Figura 1.

El reclutamiento intrahospitalario se realizó mediante un muestreo probabilístico estratificado. La afijación se distribuyó según el peso poblacional de cada grupo ocupacional. Para identificar a los sujetos definitivos dentro de cada grupo ocupacional, se aplicó una aleatorización simple mediante una tabla de números aleatorios generada con el software SPSS v.25 sobre el padrón nominal del hospital.

2.4. Definición Operacional de Variables

Operacionalización de variables.

- Dispepsia Funcional (Dependiente) (cualitativa nominal dicotómica): Trastorno de la interacción intestino-cerebro con dolor o malestar epigástrico, sin causa orgánica. Operacionalmente se midió mediante: Cumplimiento de los Criterios de Roma IV en el cuestionario diagnóstico. Indicador/Escala: Presencia (Sí) / Ausencia (No).
- Calidad de Sueño (Independiente) (cualitativa nominal dicotómica): Constructo que evalúa la calidad y patrón del sueño. Operacionalmente se midió mediante: Puntaje global del cuestionario PSQI. Indicador/Escala: Mala calidad (> 5 puntos) / Buena calidad ($\leq$ 5 puntos).
- Estrés Laboral (Independiente) (cualitativa ordinal): Desequilibrio entre demandas laborales y capacidad de afrontamiento. Operacionalmente se midió mediante: Puntaje total de la Escala PSS-14. Indicador/Escala: Bajo (0-18), Medio (19-31), Alto (32-56).

- Edad (Covariable) (cuantitativa continua): Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Operacionalmente se midió mediante: Años cumplidos autorreportados. Indicador/Escala: Años (escala de razón).
- Sexo (Covariable) (cualitativa nominal dicotómica): Características biológicas diferenciales. Operacionalmente se midió mediante: Categoría autorreportada. Indicador/Escala: Masculino / Femenino.
- Turno Nocturno (Covariable) (cualitativa nominal dicotómica): Realización de guardias nocturnas. Operacionalmente se midió mediante: Autorreporte de turnos nocturnos (≥ 3 noches/mes). Indicador/Escala: Sí / No.
- Consumo de AINEs (Covariable) (cualitativa nominal dicotómica): Ingesta regular de antiinflamatorios no esteroideos. Operacionalmente se midió mediante: Ingesta regular (≥ 3 veces/semana). Indicador/Escala: Sí / No.
- Consumo de Tabaco (Covariable) (cualitativa nominal dicotómica): Hábito de fumar tabaco. Operacionalmente se midió mediante: Consumo actual de tabaco. Indicador/Escala: Fumador / No fumador.

2.5. Procedimientos y Técnicas

El acopio de la información empírica descansó sobre la técnica de la encuesta estructurada directa. Los participantes se enfrentaron a un instrumento autoadministrado en soporte físico, vertebrado por cuatro módulos de alta precisión psicométrica:

1. Ficha de datos sociodemográficos y laborales: Herramienta configurada de forma independiente para el mapeo de covariables epidemiológicas.
2. Cuestionario diagnóstico basado en Criterios de Roma IV: Patrón de oro estandarizado para la discriminación clínica de la dispepsia funcional. Rastrea incisivamente la presencia y cronicidad temporal (últimos tres

- meses) del dolor epigástrico, ardor, plenitud postprandial y saciedad precoz.
3. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI): Escala de alcance global, sólidamente validada al castellano (alfa de Cronbach: 0,81). Disecciona el descanso nocturno a través de siete dominios: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones del sueño, uso de medicación y disfunción diurna. Su matriz de calificación arroja un espectro oscilante entre 0 y 21 puntos.
 4. Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Cuestionario hispanohablante validado que cuantifica la carga alostática reciente. A través de catorce reactivos con anclaje tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca a 4 = Muy a menudo), captura la agudización de la tensión psicológica experimentada en el último mes.

Proceso de recolección: Sorteados los filtros regulatorios institucionales y resguardados por la firma del consentimiento informado, el abordaje de campo se ejecutó in situ. Los investigadores abordaron al personal durante las transiciones de guardia o ventanas de receso programadas. Se blindó la privacidad del acto, el cual demandó una inversión temporal de 15 a 20 minutos por encuestado. La custodia de los datos culminó con una digitación en espejo (doble entrada) hacia una matriz de Microsoft Excel 2021, mitigando drásticamente cualquier sesgo de transcripción humana.

2.6. Aspectos éticos del estudio

La investigación se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki. La participación fue voluntaria y se formalizó mediante consentimiento informado, luego de explicar los objetivos del estudio y aclarar que no existían riesgos para los participantes. Al tratarse de un estudio observacional, no se realizó

ninguna intervención que comprometiera su integridad. Asimismo, se garantizó la confidencialidad de la información mediante la codificación de los registros y el resguardo exclusivo de la base de datos por parte del investigador.

El andamiaje del protocolo superó el escrutinio metodológico y ético correspondiente. Cuenta con las resoluciones aprobatorias emitidas por el Comité Institucional de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, en concurrencia con el Comité de Investigación del Hospital Simón Bolívar (Anexo 3).

2.7. Plan de análisis

La estadística del corpus de datos cobró vida en el entorno informático SPSS V25.

El derrotero analítico operó en tres dimensiones escalonadas:

1. **Análisis Descriptivo:** El perfil basal de la cohorte se tradujo en frecuencias absolutas y porcentajes para los constructos cualitativos. Tratándose de magnitudes cuantitativas, el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov dictaminó su manejo: las series con distribución gaussiana se perfilaron mediante medias aritméticas acompañadas de su desviación estándar (DE). En contraste, las variables asimétricas se proyectaron mediante medianas y rangos intercuartílicos (RIC).
2. **Análisis Bivariado:** La exploración inicial de la fuerza asociativa entre las noxas de exposición y el desenlace gastrointestinal se confió a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Ante escenarios estadísticos frágiles (casillas con frecuencias esperadas inferiores a 5), se invocó la precisión del Test Exacto de Fisher. La magnitud del riesgo transversal germinó calculando las Razones de Prevalencia crudas (RPc) y sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%), fijando la barrera de significancia en un valor $p <$

0,05.

3. Análisis Multivariado: Bajo la exigencia metodológica de depurar la inferencia y aislar el peso real de las variables independientes, se procedió al control estadístico de los factores de confusión (rango etario, sexo biológico, cronobiología del turno, consumo de AINEs y tabaquismo). Para ello, se erigieron Modelos Lineales Generalizados (GLM) arraigados en la familia Poisson. La conjunción de una función de enlace logarítmico con un estimador de varianza robusta garantizó el cálculo fidedigno de las Razones de Prevalencia ajustadas (RPa). A la luz de los hallazgos, esta maniobra metodológica avanzada impidió la grosera sobreestimación del riesgo que suele viciar los estudios transversales cuando obstinan el uso de Odds Ratios ante desenlaces clínicos de alta frecuencia poblacional.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

El análisis estadístico se realizó en una muestra final de 180 profesionales de salud que cumplieron los criterios de elegibilidad. La tasa de respuesta fue de 100%. Los resultados se presentan de acuerdo con los objetivos del estudio.

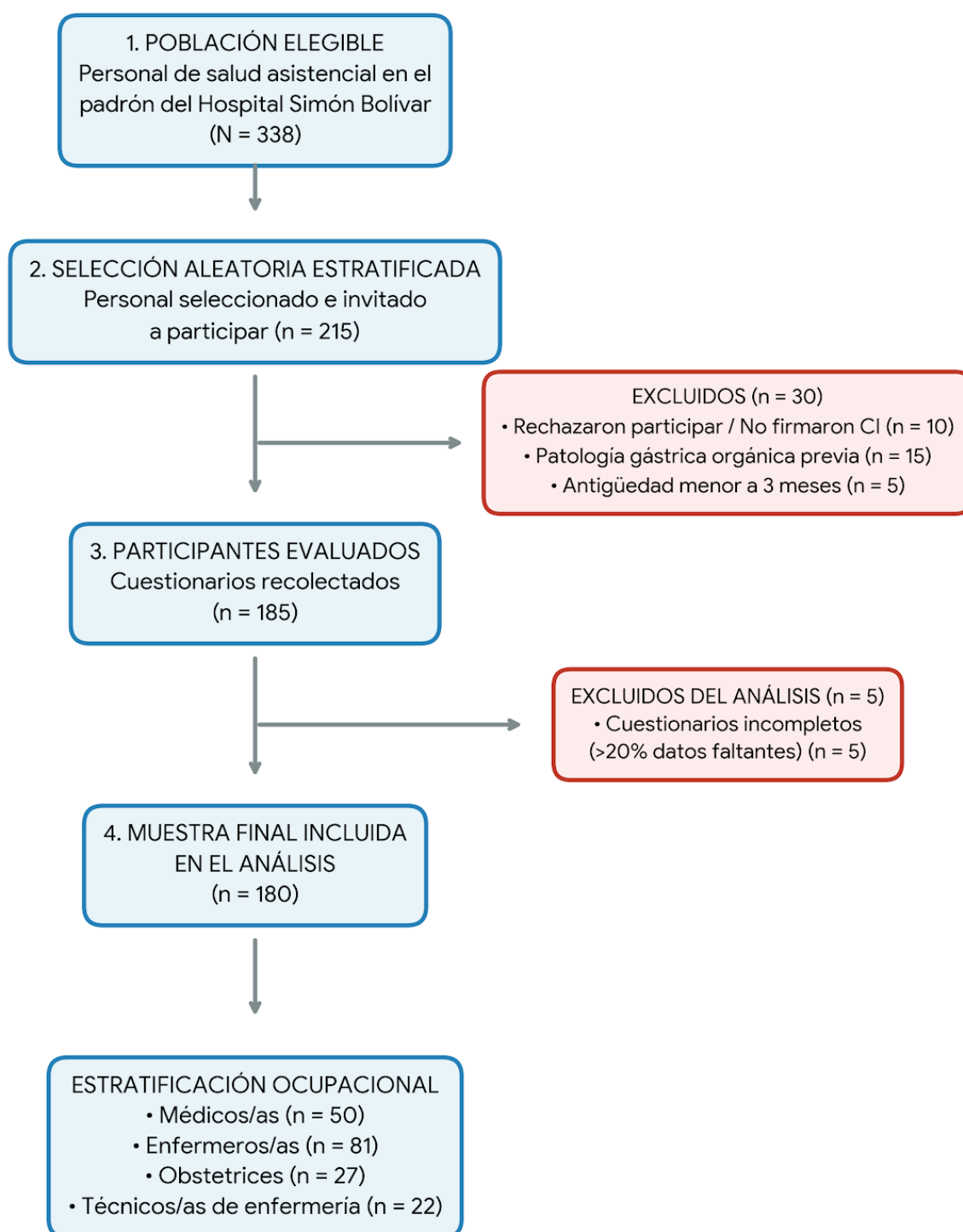


Figura 1. Diagrama de Flujo STROBE

Características sociodemográficas, laborales y clínicas

La Tabla 1 muestra las características generales de la población según grupo ocupacional. La edad promedio fue de $38,2 \pm 9,4$ años. El grupo más frecuente fue el de enfermería (45,0%), seguido de médicos, obstetricia y técnicos. Se observaron diferencias significativas en la distribución por sexo ($p=0,001$) y en la presencia de turno nocturno ($p=0,042$). La prevalencia global de dispepsia funcional fue de 54,4% (IC 95%: 47,1–61,7%). Aunque el gremio de obstetricia presentó la mayor frecuencia y el grupo técnico la menor, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,420$).

Tabla 1. Características del personal de salud según grupo ocupacional (n=180).

Variable / categoría	Médico/a (n=50)	Enfermera/o (n=81)	Obstetriz (n=27)	Técnico/a (n=22)	Total (n=180)	P*
Edad (años), media $\pm$ DE	38,5 $\pm$ 9,0	38,0 $\pm$ 10,0	33,5 $\pm$ 7,8	39,1 $\pm$ 8,2	38,2 $\pm$ 9,4	0,120
Sexo, n (%)						0,001
Femenino	35 (70,0)	65 (80,2)	27 (100,0)	10 (45,5)	137 (76,1)	
Masculino	15 (30,0)	16 (19,8)	0 (0,0)	12 (54,5)	43 (23,9)	
Antigüedad laboral (años), media $\pm$ DE	9,2 $\pm$ 6,0	10,5 $\pm$ 6,5	6,8 $\pm$ 5,5	8,9 $\pm$ 5,9	9,7 $\pm$ 6,2	0,180
Índice de masa corporal (kg/m ²), media $\pm$ DE	25,8 $\pm$ 3,5	27,1 $\pm$ 4,0	24,5 $\pm$ 3,2	26,5 $\pm$ 3,8	26,5 $\pm$ 3,8	0,095
Consumo de café (tazas/día), media $\pm$ DE	2,1 $\pm$ 1,3	1,8 $\pm$ 1,1	2,0 $\pm$ 1,0	1,7 $\pm$ 1,2	1,9 $\pm$ 1,2	0,420
Turno nocturno, n (%)						0,042
Sí	16 (32,0)	40 (49,4)	10 (37,0)	10 (45,5)	76 (42,2)	
No	34 (68,0)	41 (50,6)	17 (63,0)	12 (54,5)	104 (57,8)	

Variable / categoría	Médico/a (n=50)	Enfermera/o (n=81)	Obstetriz (n=27)	Técnico/a (n=22)	Total (n=180)	p*
Consumo de AINES, n (%)						0,210
Sí	12 (24,0)	30 (37,0)	8 (29,6)	6 (27,3)	56 (31,1)	
No	38 (76,0)	51 (63,0)	19 (70,4)	16 (72,7)	124 (68,9)	
Consumo de tabaco, n (%)						0,320
Sí	10 (20,0)	14 (17,3)	4 (14,8)	4 (18,2)	32 (17,8)	
No	40 (80,0)	67 (82,7)	23 (85,2)	18 (81,8)	148 (82,2)	
Dispepsia funcional (Roma IV), n (%)						0,420
Sí	26 (52,0)	47 (58,0)	18 (66,7)	7 (31,8)	98 (54,4)	
No	24 (48,0)	34 (42,0)	9 (33,3)	15 (68,2)	82 (45,6)	
Calidad de sueño (PSQI), n (%)						0,250
Mala (> 5)	26 (52,0)	51 (63,0)	16 (59,3)	11 (50,0)	104 (57,8)	
Buena (≤ 5)	24 (48,0)	30 (37,0)	11 (40,7)	11 (50,0)	76 (42,2)	
Estrés laboral (PSS-14), n (%)						0,180
Bajo	18 (36,0)	25 (30,9)	8 (29,6)	11 (50,0)	62 (34,4)	
Medio	20 (40,0)	38 (46,9)	11 (40,7)	6 (27,3)	75 (41,7)	
Alto	12 (24,0)	18 (22,2)	8 (29,6)	5 (22,7)	43 (23,9)	

*Nota. * Para las variables continuas se reportó media ± desviación estándar y se compararon con ANOVA de una vía; para las variables categóricas se reportó n (%) y se compararon con chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher, según correspondió. AINES: antiinflamatorios no esteroideos; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; PSS-14: Perceived Stress Scale-14.*

Asociación bivariada con Dispepsia Funcional

La Tabla 2 presenta el análisis bivariado entre la calidad de sueño, el estrés laboral y la dispepsia funcional en cada grupo ocupacional. En general, se observó una mayor frecuencia de dispepsia funcional entre quienes presentaron mala calidad de sueño y niveles altos de estrés laboral. Esta asociación fue más marcada en el gremio de obstetricia, donde el estrés alto mostró la mayor magnitud de asociación en el análisis crudo. En médicos, enfermería y técnicos también se observó una tendencia similar, aunque con distinta intensidad entre grupos.

Tabla 2. Asociación cruda entre exposiciones y Dispepsia Funcional según grupo ocupacional.

Grupo ocupacional / variable	Categoría	Dispepsia funcional Sí n (%)	Dispepsia funcional No n (%)	p†
MÉDICO/A (n=50)				
Calidad de sueño	Mala (> 5)	16 (61,5)	10 (38,5)	0,160
	Buena (≤ 5)	10 (41,7)	14 (58,3)	—
Estrés laboral	Alto	9 (75,0)	3 (25,0)	0,028
	Medio	11 (55,0)	9 (45,0)	0,180
	Bajo	6 (33,3)	12 (66,7)	—
ENFERMERA/O (n=81)				
Calidad de sueño	Mala (> 5)	36 (70,6)	15 (29,4)	0,008
	Buena (≤ 5)	11 (36,7)	19 (63,3)	—
Estrés laboral	Alto	15 (83,3)	3 (16,7)	0,003
	Medio	21 (55,3)	17 (44,7)	0,130
	Bajo	11 (44,0)	14 (56,0)	—
OBSTETRIZ (n=27)				

Grupo ocupacional / variable	Categoría	Dispepsia funcional Sí n (%)	Dispepsia funcional No n (%)	p†
Calidad de sueño	Mala (> 5)	12 (75,0)	4 (25,0)	0,280
	Buena (≤ 5)	6 (54,5)	5 (45,5)	—
Estrés laboral	Alto	7 (87,5)	1 (12,5)	0,024
	Medio	7 (63,6)	4 (36,4)	0,120
	Bajo	4 (50,0)	4 (50,0)	—
TÉCNICO/A (n=22)				
Calidad de sueño	Mala (> 5)	5 (45,5)	6 (54,5)	0,160
	Buena (≤ 5)	2 (18,2)	9 (81,8)	—
Estrés laboral	Alto	4 (80,0)	1 (20,0)	0,085
	Medio	3 (50,0)	3 (50,0)	0,450
	Bajo	3 (27,3)	8 (72,7)	—

Nota. † Los valores p corresponden al análisis bivariado reportado en la tesis. Para las comparaciones de proporciones se utilizaron chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher, según correspondió. La categoría de referencia fue “Buena (≤ 5)” para calidad de sueño y “Bajo” para estrés laboral.

Asociación independiente y ajustada por grupo ocupacional

La Tabla 3 muestra los modelos ajustados por grupo ocupacional. En el gremio de obstetricia, el estrés laboral alto se mantuvo como factor asociado de manera independiente a la dispepsia funcional (RPa=3,05; IC 95%: 1,08–8,62; p=0,035). En el gremio de enfermería, tanto la mala calidad de sueño (RPa=2,10; IC 95%: 1,12–3,93; p=0,020) como el estrés laboral alto (RPa=2,95; IC 95%: 1,27–6,85; p=0,012) conservaron asociación significativa. En los grupos de médicos y técnicos, no se evidenciaron asociaciones ajustadas estadísticamente significativas.

Tabla 3. Razones de Prevalencia ajustadas (RPa) para Dispepsia Funcional según grupo ocupacional.

Variable	Categoría	Dispepsia n/N (%)	Modelo crudo			Modelo ajustado		
			RPc	IC95%	p‡	RPa	IC95%	p§
MÉDICO/A (n=50)								
Calidad de sueño	Mala (> 5)	16/26 (61,5)	1,62	0,82 – 3,20	0,160	1,45	0,72 – 2,93	0,290
	Buena (≤ 5)	10/24 (41,7)	Ref.	—	—	Ref.	—	—
Estrés laboral	Alto	9/12 (75,0)	2,22	1,08 – 4,56	0,028	2,05	0,95 – 4,43	0,067
	Medio	11/20 (55,0)	1,63	0,79 – 3,36	0,180	1,50	0,68 – 3,30	0,310
	Bajo	6/18 (33,3)	Ref.	—	—	Ref.	—	—
ENFERMERA/O (n=81)								
Calidad de sueño	Mala (> 5)	36/51 (70,6)	2,15	1,22 – 3,80	0,008	2,10	1,12 – 3,93	0,020
	Buena (≤ 5)	11/30 (36,7)	Ref.	—	—	Ref.	—	—
Estrés laboral	Alto	15/18 (83,3)	2,28	1,32 – 3,94	0,003	2,95	1,27 – 6,85	0,012
	Medio	21/38 (55,3)	1,51	0,88 – 2,60	0,130	1,45	0,79 – 2,66	0,230
	Bajo	11/25 (44,0)	Ref.	—	—	Ref.	—	—
OBSTETRIZ (n=27)								
Calidad de sueño	Mala (> 5)	12/16 (75,0)	1,50	0,75 – 3,00	0,280	1,38	0,65 – 2,92	0,400
	Buena (≤ 5)	6/11 (54,5)	Ref.	—	—	Ref.	—	—
Estrés laboral	Alto	7/8 (87,5)	3,12	1,15 – 8,45	0,024	3,05	1,08 – 8,62	0,035
	Medio	7/11 (63,6)	2,27	0,79 – 6,50	0,120	2,10	0,70 – 6,30	0,180
	Bajo	4/8 (50,0)	Ref.	—	—	Ref.	—	—
TÉCNICO/A (n=22)								
Calidad de sueño	Mala (> 5)	5/11 (45,5)	1,85	0,78 – 4,40	0,160	1,65	0,62 – 4,40	0,310
	Buena (≤ 5)	2/11 (18,2)	Ref.	—	—	Ref.	—	—
Estrés laboral	Alto	4/5 (80,0)	2,45	0,89 – 6,72	0,085	2,15	0,72 – 6,42	0,160
	Medio	3/6 (50,0)	1,53	0,50 – 4,72	0,450	1,35	0,38 – 4,82	0,640
	Bajo	3/11 (27,3)	Ref.	—	—	Ref.	—	—

Nota. ‡ Razón de prevalencia cruda (RPc) obtenida en el análisis bivariado. § Razón de prevalencia ajustada (RPa) estimada mediante modelo lineal generalizado de la familia Poisson con varianza robusta. Cada modelo se ajustó por edad, sexo, turno nocturno, consumo de AINEs y tabaquismo. Ref.: categoría de referencia.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio exponen una vulnerabilidad somática crítica y alarmante en el personal de salud del Hospital Simón Bolívar. Se reporta una prevalencia de dispepsia funcional del 54,4%. El contraste es evidente. Mientras que la población general en la región latinoamericana oscila históricamente entre el 6% y 10% (33,34), el personal hospitalario cajamarquino quintuplica esta cifra. Este fenómeno no obedece al azar estadístico, sino a la severa carga alostática inherente al trabajo clínico ininterrumpido. El análisis valida contundentemente la hipótesis de investigación: el déficit de sueño y el estrés ocupacional actúan como predictores fuertemente independientes del daño gastrointestinal.

Al diseccionar la evidencia internacional, la literatura respalda de forma rigurosa estas observaciones fisiopatológicas. Como afirman Liu et al., "el insomnio actúa como un mediador bidireccional, agravando la dispepsia y deteriorando drásticamente el desempeño hospitalario" (35). Asimismo, Roman y colaboradores advierten que "los trabajadores sanitarios en turnos rotativos sufren un desajuste neuroendocrino constante que precipita la hipersensibilidad visceral" (36). En el nosocomio evaluado, el 65,6% del personal convive con estrés medio-alto y el 57,8% duerme de forma patológica. Ante esta disrupción neurobiológica, la somatización gástrica resulta inevitable. Al comparar nuestros datos con estudios en estudiantes (como los de Gharibans) (4), observamos una notable discrepancia en la prevalencia. Esta discrepancia puede atribuirse a dos factores fundamentales: primero, la diferencia en la exposición crónica al estrés laboral entre estudiantes y profesionales activos; segundo, la metodología diagnóstica, ya que el presente estudio utilizó los rigurosos Criterios de Roma IV, que tienden a ser más específicos que otros instrumentos de tamizaje

Resulta crítico observar el comportamiento estadístico del estamento obstétrico. Las obstetrices alcanzaron un 66,7% de morbilidad gástrica, triplicando su riesgo ante situaciones de estrés agudo ($RP_a = 3,05$). Este resultado triplica el riesgo observado en otros grupos y sugiere una vulnerabilidad específica de este colectivo profesional. Esta susceptibilidad específica encuentra un fuerte sustento en la investigación de Govindasamy, quien subraya textualmente que "las mujeres presentan una hipersensibilidad visceral significativamente mayor frente a estresores ocupacionales, mediada por complejas interacciones hormonales" (37). Sumado a ello, la doble carga asistencial del monitoreo materno-fetal y la invisibilidad jerárquica intra-hospitalaria condicionan un desgaste silencioso pero fulminante (38-40).

En contraste, el grupo de técnicos de enfermería mostró la prevalencia más baja (31,8%), un dato que podría explicarse por la distribución de responsabilidades dentro del equipo de salud. Si bien realizan labores asistenciales directas, la responsabilidad médica legal y la toma de decisiones críticas recaen predominantemente sobre los médicos y enfermeras, lo que podría atenuar el componente de "tensión psicológica" que dispararía la sintomatología dispéptica. No obstante, el tamaño muestral reducido de este grupo ($n=22$) impide extrapolar conclusiones definitivas, representando una limitación del estudio. El riesgo de enfermar se duplicó tanto por estrés ($RP_a = 2,95$) como por alteraciones del sueño ($RP_a = 2,10$). La evidencia extranjera coincide milimétricamente con la realidad local. Según Gualano et al., "el agotamiento profesional severo en primera línea triplica el riesgo de patologías funcionales e incapacitantes" (41). Profundizando en la génesis biológica, Rameshkumar postula de forma certera que "el deterioro crónico del sueño predice fuertemente la somatización gástrica al abolir el tono

vagal restaurador" (42). En contraposición, los grupos de médicos y técnicos de enfermería no mostraron asociaciones multivariadas que alcanzaran la significancia estadística. Dicha discrepancia desafía ciertos preceptos médicos clásicos. Es fisiológicamente factible que el personal médico de mayor antigüedad posea mayor autonomía en la toma de decisiones clínicas, atenuando la percepción de "descontrol", un componente neurocognitivo vital para que se desencadene el estrés (43,44). Por su parte, la carga de responsabilidad médico-legal asimétrica podría eximir parcialmente a los técnicos del distrés cognitivo máximo, limitando la vía simpática (45,46).

A la luz de los modelos ajustados, el estrés actúa como un confusor dominante que absorbe por completo la varianza estadística del simple "turno nocturno". Como sentencia Varghese, "la disfunción autonómica mediada por estrés es el núcleo fisiopatológico, superando al mero factor cronobiológico" (47), pero nuestros hallazgos apuntan a que el "estrés percibido" (medido por PSS-14) es un mediador más potente del desenlace que la simple exposición al turno nocturno.

A nivel de la literatura nacional, esta investigación actualiza y eleva drásticamente el rigor metodológico de los escasos reportes previos. Las tesis de Malásquez y Flores León en la costa peruana ya advertían empíricamente que "la tensión académica y asistencial cataliza la aparición de dispepsia no investigada" (48,49). Nuestro estudio trasciende estas barreras observacionales al emplear estrictamente los Criterios de Roma IV y modelos estadísticos avanzados de la familia Poisson. Como detalla Kiani en sus guías de diseño, "el uso de modelos de regresión robustos evita la sobreestimación espuria del riesgo, garantizando inferencias de alta precisión epidemiológica" (47).

Las limitaciones propias del diseño transversal exigen una lectura con cautela

clínica. No es estadísticamente posible establecer una causalidad temporal absoluta, y el diagnóstico exclusivamente sindrómico carece de una endoscopia confirmatoria masiva, un reto logístico endémico en estudios de salud ocupacional peruanos (50). No obstante, la exclusión previa y estricta de pacientes con patologías orgánicas conocidas consolida sólidamente la validez interna del análisis.

De cara a los próximos años, el paradigma del abordaje preventivo debe mutar de raíz. Administrar rutinariamente procinéticos o inhibidores de bomba de protones resulta inútil si la génesis del ardor epigástrico es estrictamente ocupacional y psicológica. Como demuestra Zhang en su reciente metaanálisis clínico, "los abordajes psicoterapéuticos reducen drásticamente la carga sintomática gastrointestinal funcional" (51,52). Es imperativo que la gerencia hospitalaria ejecute cohortes prospectivas locales y promueva programas de resiliencia institucional tangibles (53). Ignorar la inflamación originada en el eje intestino-cerebro del personal que sostiene el frágil sistema de salud cajamarquino resulta, en términos de salud pública, insostenible.

Como fortaleza, destaca el uso de instrumentos validados internacionalmente y el enfoque estratificado, que permitió identificar poblaciones específicas de riesgo (obstetrices) que suelen diluirse en análisis globales. La exclusión de personal con patología orgánica conocida mejora la especificidad del diagnóstico funcional.

La alta prevalencia de dispepsia funcional en obstetrices y enfermeras exige intervenciones focalizadas. No basta con el tratamiento farmacológico sintomático; es imperativo implementar programas de salud ocupacional que aborden los determinantes psicosociales. Intervenciones de higiene del sueño y manejo del estrés, como la terapia cognitivo-conductual grupal o las técnicas de mindfulness,

han demostrado efectividad en la reducción de síntomas gastrointestinales funcionales en personal de salud según ensayos controlados recientes.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

1. La presente investigación logró dilucidar empíricamente la asociación entre la calidad de sueño, la carga alostática ocupacional y la prevalencia de dispepsia funcional dentro del personal de salud que labora en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca. Se ha dado cumplimiento riguroso al objetivo general. A la luz de los hallazgos, se dictamina que tanto el déficit crónico de sueño como el estrés laboral agudo actúan como potentes predictores independientes para el desarrollo de esta alteración neurogastroenterológica. Dicho patrón valida categóricamente la hipótesis alterna y obliga a desechar la hipótesis nula.
2. Abordando el primer objetivo específico —la cuantificación de la dispepsia funcional—, se constata una sindemia digestiva profunda en la población evaluada. La prevalencia global escaló a un crítico 54,4%. Esta cifra tritura los umbrales epidemiológicos estandarizados para la población civil. Evidencia innegable de que la trinchera hospitalaria cajamarquina constituye un ecosistema de altísimo riesgo somático. Resulta vital observar la asimetría del daño: las obstétricas lideraron la morbilidad con un 66,7%, escoltadas de cerca por el cuerpo de enfermería (58,0%), dejando a los técnicos con la prevalencia más baja (31,8%). Esta estratificación sugiere que el desgaste biológico obedece directamente a la distribución asimétrica de las responsabilidades clínicas y la exposición ininterrumpida al sufrimiento de los pacientes.
3. En respuesta al segundo objetivo específico —perfilamiento de las noxas de exposición—, se confirma un colapso transversal en la salud mental y la arquitectura del descanso del personal. Un 57,8% de los evaluados puntuó

negativamente en el índice PSQI, revelando una carencia sistemática de reparación neurofisiológica. Simultáneamente, el espectro del estrés laboral osciló hacia rangos de severidad clínica. Más del 65% de la cohorte arrastra niveles de tensión media-alta. Este escenario consolida al distrés psicológico no como un evento aislado, sino como la norma basal y patológica que rige la cotidianidad asistencial en el nosocomio.

4. Al escudriñar el tercer objetivo específico —la interrelación ajustada entre insomnio y malestar epigástrico—, los modelos matemáticos confirmaron una toxicidad directa y estadísticamente significativa. Tras depurar el modelo de sesgos inherentes (edad, sexo y hábitos), la privación del sueño retuvo su peso como predictor firme de la dispepsia funcional. Si bien el embate fue más cruento en el equipo de enfermería ($RP_a = 2,10$), la lesión fisiológica es ubicua. La fragmentación del ciclo circadiano y la imposibilidad de conciliar el sueño exacerban la hiperactivación simpática, sabotando crónicamente la motilidad gastroduodenal.
5. Finalmente, en atención al cuarto objetivo específico, el análisis posiciona al estrés laboral como el gatillo etiológico primario del desenlace digestivo. La regresión robusta graficó una contundente relación dosis-respuesta: los picos de tensión psicológica precipitaron un incremento exponencial en los cuadros de dispepsia funcional. Resulta alarmante constatar que la hostilidad laboral triplica la morbilidad en el gremio obstétrico ($RP_a = 3,05$) y la duplica sin atenuantes en enfermería. Este comportamiento corrobora la premisa de que la presión selectiva del entorno y el fracaso de los mecanismos de afrontamiento se somatizan directamente en la mucosa gástrica, burlando el influjo de confusores clásicos como el tabaquismo o la

ingesta de AINEs. La disfunción del eje encéfalo-intestinal en estos trabajadores es, estadísticamente, irrefutable.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

A nivel Institucional y de Gestión en Salud Ocupacional:

Se exhorta a las autoridades gerenciales y a la Oficina de Salud Ocupacional del Hospital Simón Bolívar a orquestar una intervención preventiva sistémica. No basta con mitigar síntomas aislados; la urgencia radica en blindar la resiliencia mental y la higiene del sueño. Constatado que el burnout ocupacional triplica el riesgo de daño gástrico funcional en estamentos críticos —singularmente en obstetrices—, se deben desplegar estrategias psicoterapéuticas grupales. Terapias cognitivo-conductuales y la instauración de pautas de mindfulness deben dirigirse prioritariamente a estos núcleos de alta vulnerabilidad.

En paralelo, es imperativo someter la cronobiología de las guardias a una profunda reingeniería. El cuerpo de enfermería y obstetricia demanda un rediseño de sus esquemas de rotación. Garantizar franjas de sueño ininterrumpido y proscribir el encadenamiento de turnos nocturnos podría amortiguar el latigazo simpático que descalabra la función digestiva. La cúpula administrativa debe asimilar que la alta tasa de dispepsia documentada no es una debilidad orgánica del individuo, sino el síntoma directo de un modelo organizacional asfixiante.

A nivel Asistencial y Clínico:

Se instruye al cuerpo médico y a las especialidades gastroenterológicas a redimensionar su enfoque diagnóstico frente a sus pares. Cuando un profesional de la salud cajamarquino refiera dispepsia recurrente, la anamnesis debe trascender la esfera puramente orgánica. Es perentorio incorporar herramientas de cribado validadas —como el PSQI y la escala PSS-14— para rastrear el verdadero epicentro del problema: el desgaste psicológico y la privación de sueño. El manejo terapéutico aislado a base de bloqueadores de ácido será insuficiente si no

se ataca la raíz neurobiológica.

Se recomienda vigorosamente la articulación de redes de derivación temprana hacia las unidades de psiquiatría y psicología clínica. La interceptación precoz de la somatización por estrés laboral frenará el deterioro crónico del trabajador, evitando el fracaso terapéutico de las terapias digestivas convencionales y garantizando una adherencia terapéutica integral.

A nivel Académica y de Investigación Futura:

Se impone la necesidad de escalar el rigor metodológico en futuras aproximaciones. El diseño de cohortes longitudinales prospectivas permitirá mapear con exactitud la temporalidad causal entre la exposición a la tensión hospitalaria y la posterior eclosión de la dispepsia funcional. Esta estrategia superaría la fotografía transversal que limitó el presente análisis. Asimismo, enriquecería el constructo predictivo la inclusión de variables omitidas temporalmente, tales como el análisis del microbioma intestinal, parámetros nutricionales estrictos y el impacto de la actividad física.

Para cerrar, se sugiere el abordaje de esta crisis mediante estudios cualitativos. Resulta prioritario comprender la fenomenología del distrés en el gremio de obstetras. Desentrañar las barreras estructurales, los roces jerárquicos y las demandas invisibles que socavan su bienestar psicosocial permitirá diseñar políticas sanitarias verdaderamente humanas y reparadoras en la sierra norte del país.

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vanuytsel T. Novel insights in the pathophysiology and management of functional dyspepsia. *Acta Gastroenterol Belg.* 2023;86(1):68-73.
2. Wang L, Shi Y, Li Y, Wang X, Xu L, Zhang Y. Pathophysiological mechanisms of functional dyspepsia: a narrative review. *Front Med (Lausanne).* 2025;12:1624242.
3. Kim SH. Novel Insights into Pathophysiology and Treatment of Functional Dyspepsia Management. *Korean J Gastroenterol.* 2025;85(2):131-6.
4. Gharibans AA, Huang IH, Schamberg G, Dachs N, Tack J, O'Grady G, et al. Novel Digital Symptom Scores for Use in Gastroduodenal Disorder Testing Align With Rome IV Criteria. *Gastro Hep Adv.* 2025;5(1):100815.
5. Varghese C, Zhou W, Gharibans A, Schamberg G, Van Hove S, Clarke J, et al. Autonomic Dysfunction in Gastroduodenal Disorders Evaluated through Multimodal Non-Invasive Physiological Testing. *Am J Gastroenterol.* 2026.
6. Tan R, Han C, Sun D, Zhang X, Liu T, Sun H, et al. Research progress on the mechanisms of comorbidity between functional gastrointestinal disorders and mental disorders: A review. *Medicine (Baltimore).* 2025;104(29):e42925.
7. Billey A, Saleem A, Zeeshan B, Dissanayake G, Zergaw MF, Elgendy M, et al. The Bidirectional Relationship Between Sleep Disturbance and Functional Dyspepsia. *Cureus.* 2024;16(8):e66098.
8. Wuestenberghs F, Melchior C, Desprez C, Leroi AM, Netchitailo M, Gourcerol G. Sleep Quality and Insomnia Are Associated With Quality of Life in Functional Dyspepsia. *Front Neurosci.* 2022;16:829916.
9. Huang ZP, Li SM, Shen T, Zhang YY. Correlation between sleep impairment and functional dyspepsia. *J Int Med Res.* 2020;48(7):300060520937164.

10. Huang Q, Yuan H, Li Q, Li Y, Geng S, Zhu Y, et al. Global trends in research related to functional dyspepsia and anxiety or depression over the past two decades. *Front Neurosci.* 2023;17:1218001.
11. Javed M, Yadav T, Shakil J, Haider Zaidi ST, Zehra M. Prevalence of irritable bowel syndrome and functional dyspepsia and their relationship with generalized anxiety disorder among medical students. *J Pak Med Assoc.* 2022;72(10):2132-6.
12. Wang J, Meng N, Chen K, Huang X, Feng L, Yang C, et al. The Relationship Between Depressive Symptoms and Functional Gastrointestinal Disorders. *Depress Anxiety.* 2024;2024:5586123.
13. Liu J, Magielski J, Glenn A, Raine A. The bidirectional relationship between sleep and externalizing behavior. *Sleep Epidemiol.* 2022;2:100039.
14. Xiong J, Wang Z, Chen G, Fu J. Exploring the Connection between Sleep Disorders, Emotional Distress, and Quality of Life in Functional Dyspepsia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2025;53(2):222-9.
15. Wang N, Liu X, Ye W, Shi Z, Bai T. Impact of shift work on irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2022;101(25):e29211.
16. Alyami SH, Lomer MCE, Gibson R. Gastrointestinal Symptoms and the Assessment of Diet in Shift Workers. *J Hum Nutr Diet.* 2025;38(5):e70114.
17. Lu S, Li L, Zhuang Y, Ye F, Zhang X, Chen J, et al. Night shift work increases the risk of developing irritable bowel syndrome. *Front Public Health.* 2025;13:1651752.
18. Pennaneach C, Bonham MP, Kelly T, Gibson R, Biesiekierski JR. High Prevalence of Disorders of Irritable Bowel Syndrome and Functional

- Dyspepsia in Night Shift Workers. Clin Gastroenterol Hepatol. 2025.
19. Burga KN. Síndrome de Burnout como factor asociado a dispepsia funcional en docentes universitarios [Internet] [Tesis]. Trujillo: UPAO; 2023.
 20. Alzahrani MA, Alamri HA, Alshehri MA, Ayyashi MM, Alqarni SA, Alshehri SH, et al. Assessing the relationship between burnout syndrome and irritable bowel syndrome. J Med Life. 2023;16(2):277-83.
 21. Gamarra AM. Relación entre estrés académico y dispepsia no investigada en estudiantes de Medicina Humana [Tesis]. Huacho: UNJFSC; 2024.
 22. Zorrilla AM. Hábitos alimentarios y dispepsia funcional en internos de medicina [Tesis]. Huacho: UNJFSC; 2021.
 23. Cardenas YA, Ramírez YP. Relación de síntomas depresivos con manifestaciones dispépticas en población adulta [Tesis]. Lima: UMA; 2024.
 24. Segovia HJ. Factores asociados a la dispepsia en internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma [Tesis]. Lima: URP; 2024.
 25. Caceres L. Asociación entre síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional con estrés académico [Tesis]. Cusco: UAC; 2024.
 26. Becerra MS. Relación entre estrés Académico y la gastritis en estudiantes de enfermería [Tesis]. Cajamarca: UNC; 2023.
 27. Arana VK. Estrés laboral y dispepsia funcional en personal de salud [Tesis]. Trujillo: UCV; 2023.
 28. Valenzuela Narváez DR, Gayoso Cervantes M. Estrés laboral y su correlación con la prevalencia de dispepsia funcional en militares en actividad que acudieron al hospital geriátrico del ejército. Rev Gastroenterol Peru. 2017;37(1):16-21.
 29. Cuestas E. Los alcances de la investigación clínica. Rev Fac Cien Med Univ

- Nac Cordoba. 2021;78(3):219-20.
30. Parums DV. Editorial: The 2024 Revision of the Declaration of Helsinki. *Med Sci Monit.* 2024;30:e947428.
31. Wang Z, Liu T, Cao D, Luo H, Yang Z, Kang X, et al. The associations between functional dyspepsia and potential risk factors. *PLoS One.* 2024;19(5):e0302809.
32. Byun SY, Jung KW. Overlap Between Gastroesophageal Reflux Disease and Functional Dyspepsia. *J Neurogastroenterol Motil.* 2025;31(2):129-30.
33. Long YQ, Xu WL, Li LX, He HQ, Wang JJ, Shan GD, et al. Characteristics and Risk Factors of Functional Dyspepsia Fulfilling the Rome IV Criteria. *J Neurogastroenterol Motil.* 2024;30(2):184-93.
34. Núñez Gauto MS, Gaona Jara CM. Factores asociados a dispepsia funcional en estudiantes de medicina de una universidad privada del Paraguay. *Rev Cient UMAX.* 2024;4(1).
35. Liu X, Huang Y, Wang Y, Lin C, Xu B, Zeng Y, et al. Association between gastrointestinal symptoms and insomnia among healthcare workers: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2025;15(1):19572.
36. Roman P, Perez-Cayuela I, Gil-Hernández E, Rodriguez-Arrastia M, Aparicio-Mota A, et al. Influence of Shift Work on The Health of Nursing Professionals. *J Pers Med.* 2023;13(4):627.
37. Govindasamy V, Mashayekhi Y, Khan MN, Olakunori-Ovaga OJ, Kumar N, et al. Association Between Gastrointestinal Symptoms and Anxiety Levels in Patients with Functional Dyspepsia. *Cureus.* 2025;17(5):e84810.
38. Gupta R, Senthil A, Nath S, Avasthi RK, Chopra S, Khanna S. Functional Dyspepsia Among Nurses Working Rotating Shifts. *Cureus.*

- 2026;18(1):e101887.
39. Alqifari AN, Alharbi SG, Alayed FM, Alabdullatif NH, et al. A Cross-Sectional Study of the Prevalence of Irritable Bowel Syndrome and Its Association With Anxiety and Depression Among Nurses. *Cureus*. 2024;16(9):e70278.
40. Vernia F, Di Ruscio M, Ciccone A, Viscido A, Frieri G, Stefanelli G, et al. Sleep disorders related to nutrition and digestive diseases. *Int J Med Sci*. 2021;18(3):593-603.
41. Gualano MR, Sinigaglia T, Lo Moro G, Rousset S, Cremona A, Bert F, et al. The Burden of Burnout among Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):8172.
42. Rameshkumar S, Arizmendi BJ, Salwen-Deremer JK. The role of arousal in maintaining the relationship between insomnia and gastrointestinal conditions. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2024;9:41.
43. Akaishi T. Association Between Gastrointestinal and Sleep Problems in the General Population of Japan. *Cureus*. 2024;16(7):e65311.
44. Su HH, Sung FC, Kao KL, Chen SC, Lin CJ, Wu SI, et al. Relative risk of functional dyspepsia in patients with sleep disturbance. *Sci Rep*. 2021;11(1):18605.
45. Netyam R, Shashank S, Saravanan CR, Kolanu ND, Karra N, et al. Poor sleep quality (PSQ) prevalence in patients with functional dyspepsia (FD). *Ann Med Surg (Lond)*. 2025;87(9):5936-44.
46. Fujiwara Y, Okuyama M, Nagami Y, Taira K, Ishizu H, Takaishi O, et al. Heartburn, Functional Dyspepsia, Anxiety/Depression, and Sleep Disturbances Are Associated With Clinically Significant Belching. *J Neurogastroenterol Motil*. 2021;27(4):581-7.

47. Kiani AK, Naureen Z, Pheby D, Henehan G, Brown R, Sieving P, et al. Methodology for clinical research. *J Prev Med Hyg.* 2022;63(2 Suppl 3):E267-E278.
48. Malásquez Quispe FY. Factores asociados a la dispepsia funcional en estudiantes de medicina humana [Tesis]. Lima: UPSJB; 2025.
49. Flores Leon MS. Estrés académico como factor asociado a dispepsia funcional [Tesis]. Trujillo: UPAO; 2025.
50. Lamas-Mendoza MD, Fernandez-Alonso J, Ballesteros-Peña S, Gravina L. Factores relacionados con la calidad de sueño de los técnicos en emergencias sanitarias. *Rev Esp Salud Publica.* 2023;97:e202305043.
51. Peng A, Ji S, Lai W, Hu D, Wang M, Zhao X, et al. The bidirectional relationship between sleep disturbance and anxiety. *Sleep Med.* 2024;121:63-8.
52. Zhang W, Shen Y, Hao J, Zhao Y. The role of psychotherapeutic approaches in treatment of functional dyspepsia, systematic review, and meta-analysis. *Acta Gastroenterol Belg.* 2024;87(2):294-303.
53. Quiroga-Castañeda PP, Berrios-Villegas I, Valladares-Garrido D, et al. Irritable Bowel Syndrome in medical students at a Peruvian university. *Front Med.* 2024;11:1341809.

CAPÍTULO VIII: ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOR: YERSON JAMES VASQUEZ VALDIVIA

TÍTULO: CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PERSONAL DE SALUD DE HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR CAJAMARCA 2026							
Problemas General:	Objetivos	Hipótesis		VARIABLES E INDICADORES			
				Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores
	Objetivo general:	Hipótesis Alterna (H1):	Variable Independiente				
¿Existe asociación entre la mala calidad de sueño, el nivel de estrés laboral y la presencia de dispepsia funcional en el personal del Hospital Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2026?	Determinar la asociación entre la calidad de sueño, el nivel de estrés laboral y la presencia de dispepsia funcional en el personal del Hospital Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2026.	La mala calidad de sueño y el alto estrés laboral se asocian de forma independiente y estadísticamente significativa a una mayor prevalencia de dispepsia funcional en el personal del Hospital Simón Bolívar Cajamarca	Variable Independiente 1: CALIDAD DE SUEÑO	Clínica / Calidad de descanso	Puntuación global del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI).	1. Mala calidad (>5)	Nominal
			Variable Independiente 2: ESTRÉS LABORAL	Psicológica / Ocupacional	Cuantificación del grado de estrés mediante la Escala de Estrés Percibido (PSS-14).	2. Buena calidad (≤5)	(Dicotómica)
	Objetivos específicos:	Hipótesis Nula (H0):	Variable Dependiente:				
1. ¿Cuál es la prevalencia de dispepsia funcional según los Criterios de Roma IV en la población estudiada?	1. Estimar la prevalencia de dispepsia funcional en el personal de salud	La mala calidad de sueño y el estrés laboral no se asocian a la dispepsia funcional en dicha población; las diferencias observadas se deben al azar.	Variable Dependiente:	Clínica / Digestiva	Cumplimiento de los Criterios de Roma IV en los últimos 3 meses (inicio >6 meses).	1. Sí (Caso)	Nominal
2. ¿Cuál es la frecuencia de mala calidad de sueño y los niveles de estrés laboral en este grupo?	2. Describir la frecuencia de mala calidad de sueño y los niveles de estrés laboral en la población de estudio.		DISPEPSIA FUNCIONAL			2. No (Control)	(Dicotómica)
			Variables Intervinientes:				
3. ¿Existe asociación significativa entre la mala calidad de sueño y la dispepsia funcional al controlar variables confusoras?	3. Identificar la asociación entre la mala calidad de sueño y la dispepsia funcional, controlando variables sociodemográficas y hábitos.		Variables Intervinientes: TURNO NOCTURNO	Laboral / Horario	Autorreporte de guardias o turnos nocturnos regulares en el último mes.	1. Sí 2. no	Laboral / Horario

4. ¿Cuál es la asociación entre el nivel de estrés laboral y la presencia de síntomas dispépticos funcionales?	4. Evaluar la asociación entre el nivel de estrés laboral y la dispepsia funcional, ajustando por factores de confusión.		Variables Intervinientes: AINE	Personal	Consumo de Medicamento	1. Si 2. No	Nominal (Dicotómica)
			Variables Intervinientes: EDAD	Biológica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la recolección de datos.	Años cumplidos	De Razón (Cuantitativa Continua)

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS
Enfoque: Cuantitativo. Tipo: Básica. Nivel: Explicativo (Analítico/Asociativo). Diseño: Observacional, Analítico, Transversal.	Población: La población de estudio estará conformada por el total del personal de salud asistencial (médicos, enfermeras, obstetras y técnicos en enfermería) que labora activamente en el Hospital Simón Bolívar Cajamarca durante el año 2026. Muestra: Se utilizará un muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional, donde los estratos estarán definidos por el grupo ocupacional (médicos, enfermeras, obstetras, técnicos). Esto garantiza que la muestra sea representativa de la estructura laboral del hospital.	Técnica: Revisión Documental de fuentes secundarias Instrumento: Ficha de Recolección de Datos Validación: Juicio de 3 Expertos Confiabilidad: Índice Kappa de Cohen para asegurar reproducibilidad inter-observador.	Software: Stata v.17 o SPSS v.29. ANÁLISIS ESTATÍSTICO: Descriptivo: • Cualitativas: n (%). • Cuantitativas: normalidad (Kolmogorov-Smirnov) y reporte como media±DE o mediana (RIC). Bivariado: • Chi-cuadrado o Fisher (según supuestos). • Estimar RP cruda (RPc) con IC95% y p<0.05. Multivariado: • Modelo lineal generalizado Poisson con enlace log y varianza robusta para estimar RPa (IC95%), ajustando por confusión (edad, sexo, turno nocturno, AINEs, tabaco, etc.).

ANEXO 2 : FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PARTE I: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, LABORALES Y CLÍNICOS

Instrucciones: El presente cuestionario tiene fines estrictamente académicos e investigativos. La información proporcionada es completamente anónima y confidencial. Por favor, marque con una equis (X) o complete el espacio en blanco según corresponda a su situación actual. Responda con la mayor sinceridad posible.

CÓDIGO DE ENCUESTA: [_____] **Fecha:** ____ / ____ / 2026

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Edad:** _____ años cumplidos.
2. **Sexo:** ☐ Masculino

☐ Femenino

3. **Peso aproximado:** _____ kg. **Talla aproximada:** _____ cm. *(Para cálculo de IMC)*

II. DATOS LABORALES

4. **Grupo ocupacional al que pertenece:** ☐ Médico(a) ☐ Lic. en Enfermería ☐ Lic. en Obstetricia ☐ Técnico(a) en Enfermería ☐ Otro: _____

5. **Tiempo de antigüedad laboral continua en la institución:** _____ años y/o _____ meses.

6. **¿Realiza turnos o guardias nocturnas de forma regular?** ☐ Sí ☐ No *(Si su respuesta es No, pase a la sección III)* 7. **¿Cuántas guardias nocturnas realiza al mes en promedio?** ☐ 1 a 3 guardias ☐ 4 a más guardias

III. HÁBITOS DE CONSUMO

8. **¿Consume antiinflamatorios no esteroideos - AINEs (ej. ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, ketorolaco) de forma regular (más de 2 veces por semana) durante el último mes?** ☐ Sí ☐ No

9. **¿Consume café o bebidas energizantes regularmente?** ☐ No consumo ☐ Consumo bajo (1 taza/lata al día o menos) ☐ Consumo alto (2 o más tazas/latas al día)

10. **¿Tiene hábito tabáquico (fuma cigarrillos actualmente)?** ☐ Sí ☐ No

IV. ANTECEDENTES CLÍNICOS (Filtro de Exclusión)

11. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado infección por la bacteria *Helicobacter pylori*? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconoce

12. ¿Tiene diagnóstico médico confirmado por endoscopia de alguna de las siguientes enfermedades: Úlcera péptica, cáncer gástrico o ha tenido alguna cirugía en el estómago? ☐ Sí (Nota: Si marca Sí, el participante será excluido del análisis de dispepsia funcional). ☐ No

PARTE II: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a sus hábitos de sueño durante el último mes. Conteste todas las preguntas.

No.	Pregunta	Respuesta
1.	¿A qué hora se suele acostar habitualmente por la noche?	Hora habitual de acostarse:
2.	¿Cuántos minutos tarda habitualmente en quedarse dormido por la noche?	Minutos:
3.	¿A qué hora se suele levantar habitualmente por la mañana?	Hora habitual de levantarse:
4.	¿Cuántas horas de sueño real tiene cada noche? (Esto es diferente al tiempo que pasa en la cama)	Horas de sueño: _____
5.	Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para dormir a causa de...?	Ninguna vez ☐ Menos de 1 vez a la semana ☐ 1 o 2 veces a la semana ☐ 3 o más veces a la semana ☐
5a.	No poder conciliar el sueño en los primeros 30 minutos	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
5b.	Despertarse a mitad de la noche o muy temprano por la mañana	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
5c.	Tener que levantarse para ir al baño	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
5d.	No poder respirar bien	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
5e.	Toser o roncar fuerte	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
5f.	Sentir demasiado frío	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
5g.	Sentir demasiado calor	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
5h.	Tener malos sueños (pesadillas)	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
5i.	Tener dolor	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
5j.	Otras causas (especifique): _____	☐ Ninguna vez ☐ <1 vez/sem ☐ 1-2 veces/sem ☐ ≥3 veces/sem
6.	Durante el último mes, ¿cómo valoraría la calidad de su sueño en general?	☐ Muy buena ☐ Bastante buena

		[] Mala [] Muy mala
7.	Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tomado medicación (por su cuenta o recetada) para poder dormir?	[] Ninguna vez [] Menos de 1 vez a la semana [] 1 o 2 veces a la semana [] 3 o más veces a la semana
8.	Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido somnolencia (sueño) durante el día o mientras realizaba sus actividades diarias?	[] Ninguna vez [] Menos de 1 vez a la semana [] 1 o 2 veces a la semana [] 3 o más veces a la semana
9.	Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para mantener el entusiasmo o interés en sus actividades diarias?	[] Ningún problema [] Solo un problema ligero [] Algún problema [] Un problema muy grande

PARTE III: Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

Instrucciones: Las preguntas siguientes se refieren a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. Indique qué tan frecuentemente se sintió o pensó de cierta manera.

No.	Pregunta	Nunca	Casi Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
1.	¿Con qué frecuencia se ha sentido afectado por algo que sucedió inesperadamente?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
2.	¿Con qué frecuencia se sintió incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
3.	¿Con qué frecuencia se sintió nervioso o estresado?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
4.	¿Con qué frecuencia sintió confianza en su capacidad para manejar sus problemas personales?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
5.	¿Con qué frecuencia sintió que las cosas iban bien para usted?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
6.	¿Con qué frecuencia sintió que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
7.	¿Con qué frecuencia pudo controlar las irritaciones de su vida?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
8.	¿Con qué frecuencia sintió que estaba al tope de las cosas?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
9.	¿Con qué frecuencia se enojó por cosas que le sucedieron y que estaban fuera de su control?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
10.	¿Con qué frecuencia sintió que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
11.	¿Con qué frecuencia se alegró de las cosas que hizo?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
12.	¿Con qué frecuencia pensó en las cosas que tenía que terminar?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
13.	¿Con qué frecuencia pudo controlar la forma en que pasa el tiempo?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4
14.	¿Con qué frecuencia sintió que los problemas eran tan graves que no podía superarlos?	[] 0	[] 1	[] 2	[] 3	[] 4

PARTE IV: Cuestionario Clínico de Roma IV para Dispepsia

Instrucciones: Esta sección evalúa síntomas abdominales altos. Por favor, responda considerando sus síntomas en los últimos 3 meses.

Criterio / Pregunta	Opciones de Respuesta
1. Edad de inicio de los síntomas (Esta pregunta es demográfica clínica)	Edad: _____ años
2. ¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? (Duración total)	[] Menos de 6 meses [] 6 meses o más
A. Síntomas de Plenitud Postprandial (Molestia sensaciones de llenura después de comer)	
3. ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar o sensación de llenura desagradable en el abdomen superior (arriba del ombligo) después de comer?	[] Nunca [] 1 día al mes [] 2 días al mes [] 3 días al mes [] 4-7 días al mes [] 8-14 días al mes [] 15-30 días al mes
4. ¿Fue esta sensación lo suficientemente molesta como para afectar sus actividades diarias o requerir medicación?	[] Sí [] No

B. Síntomas de Saciedad Precoz (Sensación de llenura rápida al empezar a comer)	
5. ¿Con qué frecuencia se sintió lleno rápidamente (saciedad precoz) poco después de empezar a comer una comida de tamaño normal?	☐ Nunca ☐ 1 día al mes ☐ 2 días al mes ☐ 3 días al mes ☐ 4-7 días al mes ☐ 8-14 días al mes ☐ 15-30 días al mes
6. ¿Fue esta sensación lo suficientemente molesta como para afectar sus actividades diarias o impedirle terminar una comida normal?	☐ Sí ☐ No
C. Síntomas de Dolor Epigástrico (Dolor localizado en la boca del estómago)	
7. ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor en el abdomen superior (arriba del ombligo)?	☐ Nunca ☐ 1 día al mes ☐ 2 días al mes ☐ 3 días al mes ☐ 4-7 días al mes ☐ 8-14 días al mes ☐ 15-30 días al mes
8. ¿El dolor fue localizado (señaló un punto específico) o difuso (área amplia)?	☐ Localizado (un punto) ☐ Difuso (área amplia)
9. ¿Con qué frecuencia el dolor fue de intensidad moderada o severa?	☐ Nunca ☐ Rara vez (leve) ☐ A veces (moderado) ☐ Frecuentemente (severo)
D. Síntomas de Ardor Epigástrico (Sensación de quemazón en la boca del estómago)	
10. ¿Con qué frecuencia ha tenido ardor o sensación de quemazón en el abdomen superior (arriba del ombligo)?	☐ Nunca ☐ 1 día al mes ☐ 2 días al mes ☐ 3 días al mes ☐ 4-7 días al mes ☐ 8-14 días al mes ☐ 15-30 días al mes
11. ¿Este ardor es diferente al dolor tipo cólico? (Confirmación de síntoma)	☐ Sí, es ardor ☐ No, es dolor
E. Criterios de Exclusión (Roma IV)	
12. ¿Los síntomas mejoran con la defecación o están asociados con un cambio en la frecuencia o forma de las heces? (Regla para descartar Síndrome de Intestino Irritable)	☐ Sí (Posible SII) ☐ No (Compatible con Dispepsia)

ANEXO N° 03: ASPECTOS ÉTICOS (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN

- ❖ **Título de la tesis:** “CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA – 2026”.
- ❖ **Investigador:** YERSON JAMES VÁSQUEZ VALDIVIA (ORCID: 0009-0003-5647-6673)
Asesora: MC. DÍAZ RUIZ ADRIANA PATRICIA (ORCID: 0009-0004-1966-6109)
- ❖ **Institución:** Universidad Nacional de Cajamarca – Facultad de Medicina – Escuela Profesional de Medicina Humana.
- ❖ **Lugar de ejecución:** Hospital Simón Bolívar, Cajamarca – 2026.

1. Invitación y propósito del estudio

Se le invita a participar de manera voluntaria en un estudio que busca **determinar la asociación** entre la **calidad de sueño**, el **estrés laboral** y la **presencia de dispepsia funcional** en el personal de salud asistencial del Hospital Simón Bolívar durante el año 2026.

2. Procedimientos

Si usted acepta participar:

- Se le solicitará completar un cuestionario autoadministrado que incluye:
 - a) Ficha de datos sociodemográficos y laborales,
 - b) Criterios de Roma IV para dispepsia funcional,
 - c) Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI),
 - d) Escala de Estrés Percibido (PSS-14).
- El tiempo estimado de respuesta es de **15 a 20 minutos**.
- La participación se realizará en un momento apropiado (cambio de turno o pausa), procurando privacidad.

3. Riesgos y molestias

Este estudio es de **riesgo mínimo**. No se realizarán procedimientos invasivos ni se administrarán medicamentos. Algunas preguntas podrían generar incomodidad leve al abordar estrés o síntomas digestivos; usted puede **omitir** cualquier pregunta que no desee responder o **retirarse** en cualquier momento.

4. Beneficios

Usted no recibirá un beneficio directo inmediato. Sin embargo, la información

obtenida podría contribuir a **mejorar estrategias de salud ocupacional**, bienestar y prevención de alteraciones relacionadas al sueño, estrés y síntomas gastrointestinales en el personal de salud.

5. Confidencialidad y protección de datos

- Su información será tratada de manera **confidencial y anónima**.
- No se registrarán nombres completos en la base de datos; se usará un **código alfanumérico**.
- Los resultados se presentarán en forma **agrupada**, sin permitir identificar a participantes.
- El acceso a la base de datos será restringido al investigador y asesora, y se almacenará en archivos protegidos.
- Se respetará la **Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales**.

6. Voluntariedad y retiro

Su participación es **completamente voluntaria**. Puede retirarse sin dar explicaciones y **sin ninguna consecuencia laboral o académica**.

7. Consultas o contacto

Si tiene preguntas sobre el estudio o sus derechos como participante, puede comunicarse con el investigador:

Teléfono/correo: _____

8. Declaración de consentimiento

He leído (o me han leído) la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas. Acepto participar voluntariamente.

Nombres y apellidos del participante: _____

DNI: _____ **Firma:** _____

Fecha: ____ / ____ / 2026

Investigador (firma): _____

Fecha: ____ / ____ / 2026

ANEXO N° 05: CONSTANCIA DE COMPROMISO DE ASESORAMIENTO

CONSTANCIA DE COMPROMISO DE ASESORAMIENTO DE TESIS

La suscrita, **MC. DÍAZ RUIZ ADRIANA PATRICIA**, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, identificada con DNI N.° _____, manifiesto mi compromiso de asesorar la tesis titulada:

“CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA – 2026”

Presentada por el bachiller **YERSON JAMES VÁSQUEZ VALDIVIA** (ORCID: 0009-0003-5647-6673), durante todas las etapas de ejecución, elaboración y culminación del trabajo de investigación, en concordancia con el Reglamento de Grados y Títulos y el Manual de Procedimientos vigente de la Facultad.

Me comprometo a velar por el cumplimiento **ético, metodológico y científico** del estudio hasta la sustentación y presentación del informe final.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Cajamarca, ____ de _____ de 2026.

FIRMA Y SELLO

ANEXO N° 06: CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTINUA Y RÚBRICA

STROBE

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTINUA DURANTE LA EJECUCIÓN

La asesora de la tesis **MC. DÍAZ RUIZ ADRIANA PATRICIA**, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que la tesis titulada: **“CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR CAJAMARCA 2026”** Elaborada por el bachiller **YERSON JAMES VÁSQUEZ VALDIVIA**, ha sido evaluada de manera continua durante todas las fases de su ejecución, verificando el cumplimiento de los criterios metodológicos, estadísticos y éticos exigidos por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca. Asimismo, se ha corroborado que la investigación cumple con los lineamientos internacionales para la presentación de estudios observacionales establecidos en la guía **STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)**.

A continuación, se presenta la **rúbrica de evaluación metodológica basada en STROBE**, aplicada al presente estudio.

RÚBRICA DE EVALUACIÓN SEGÚN CRITERIOS STROBE

Ítem	N.º	Descripción del Criterio STROBE	Ubicación en la Tesis
Título	1	Indicar el diseño del estudio utilizando un término comúnmente reconocido.	Portada y Título de la tesis: "...estudio observacional analítico de corte transversal..."
Resumen	2	Presentar un resumen estructurado con objetivo, métodos, resultados y conclusiones.	Resumen y Abstract del informe final.
Introducción	3	Explicar los antecedentes científicos y la justificación del estudio.	Capítulo I: Introducción (contexto global, nacional y local).
Objetivos	4	Especificar claramente los objetivos y las hipótesis de investigación.	Capítulo I: Objetivo general, objetivos específicos e hipótesis.
Diseño del estudio	5	Describir claramente el diseño del estudio al inicio del apartado metodológico.	Capítulo II: Ítem 2.1 Diseño del estudio (observacional, analítico, transversal).
Contexto	6	Describir el entorno del estudio, ubicación y periodo de recolección de datos.	Capítulo II: Ítem 2.2 Población (Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, año 2026).
Participantes	7	Especificar criterios de inclusión, exclusión y método de selección de participantes.	Capítulo II: Ítem 2.2 Población y criterios de elegibilidad.
Variables	8	Definir claramente el desenlace, exposiciones, predictores y variables de	Capítulo II: Ítem 2.4 Tabla de operacionalización de variables.

		control.	
Fuentes de datos / medición	9	Describir instrumentos y métodos de medición de las variables.	Capítulo II: Ítem 2.5 Procedimientos e instrumentos (PSQI, PSS-14, Roma IV).
Sesgos	10	Identificar y describir posibles fuentes de sesgo y medidas para minimizarlas.	Capítulo II: Procedimientos metodológicos y Capítulo IV: Limitaciones del estudio.
Tamaño de muestra	11	Explicar cómo se determinó el tamaño de la muestra.	Capítulo II: Ítem 2.3 Muestra y muestreo (fórmula para población finita).
Variables cuantitativas	12	Explicar cómo se manejaron las variables cuantitativas en el análisis.	Capítulo II: Plan de análisis estadístico (media $\pm$ DE o mediana y RIC).
Métodos estadísticos	13	Describir los métodos estadísticos utilizados para el análisis.	Capítulo II: Ítem 2.7 Plan de análisis (Chi-cuadrado, RPc, GLM Poisson con varianza robusta).
Datos faltantes	14	Explicar el manejo de datos faltantes en el análisis.	Capítulo II: Exclusión de encuestas incompletas (>20% missing).
Resultados descriptivos	15	Presentar características de la población estudiada.	Capítulo III: Tabla 1 Características sociodemográficas y laborales.
Resultados principales	16	Presentar estimaciones de asociación con intervalos de confianza.	Capítulo III: Tablas 2 y 3 (RP cruda y RPa).
Análisis ajustado	17	Reportar análisis multivariado ajustado por confusores.	Capítulo III: Modelos GLM Poisson con varianza robusta.
Discusión de resultados	18	Interpretar resultados considerando evidencia previa.	Capítulo IV: Discusión.
Limitaciones	19	Discutir posibles limitaciones del estudio.	Capítulo IV: Limitaciones del estudio.
Interpretación	20	Presentar interpretación global de los hallazgos.	Capítulo IV: Interpretación y conclusiones.
Generalización	21	Discutir la aplicabilidad de los resultados.	Capítulo IV: Implicancias para salud ocupacional.
Financiamiento	22	Declarar fuentes de financiamiento y conflictos de interés.	Sección preliminar del informe (financiamiento y conflicto de intereses).

Cajamarca, ____ de _____ de 2026

FIRMA Y SELLO

ANEXO N°07: CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO CONTINUO DEL DOCENTE ASESOR PARA EJECUCIÓN DE TESIS

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO CONTINUO DEL DOCENTE ASESOR PARA EJECUCIÓN DE TESIS

La asesora de tesis **MC. DÍAZ RUIZ ADRIANA PATRICIA**, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que:

El Informe Final de Tesis titulado:

“CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR CAJAMARCA 2026”

Elaborado por el bachiller **YERSON JAMES VÁSQUEZ VALDIVIA**, ha contado con mi asesoramiento continuo y supervisión académica durante todas las etapas del proceso investigativo, desde la formulación del proyecto hasta la culminación del presente informe final.

En mi calidad de asesora, certifico que la investigación ha sido desarrollada bajo los principios del método científico y el cumplimiento de los estándares académicos exigidos por la Facultad de Medicina, habiendo supervisado directamente los siguientes aspectos:

1. **El diseño metodológico del estudio observacional analítico de corte transversal**, así como la correcta definición de la población, muestra y variables de investigación.
2. **La elaboración y validación del instrumento de recolección de datos**, incluyendo la aplicación de cuestionarios estandarizados para la evaluación de calidad de sueño, estrés laboral y dispepsia funcional.
3. **La recolección y control de calidad de la información obtenida mediante encuestas aplicadas al personal de salud del Hospital Simón Bolívar de Cajamarca.**
4. **El procesamiento estadístico de los datos**, incluyendo análisis descriptivo, análisis bivariado mediante pruebas de Chi-cuadrado y estimación de razones de prevalencia mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta.
5. **La interpretación y discusión de los resultados**, contrastando los

hallazgos con evidencia científica nacional e internacional.

6. **El cumplimiento de los principios éticos de investigación,** confidencialidad de la información y verificación de originalidad del documento mediante sistemas antiplagio.

Asimismo, certifico que el presente trabajo de investigación se encuentra estructurado conforme a lo establecido en el **“Manual de Procedimientos para la Elaboración de Productos de Investigación de Fin de Programa: Proyectos de Investigación Bachiller, Proyectos de Tesis y Trabajo Final de Tesis en el Pregrado y Segunda Especialización – Residentado Médico – 2025”**, aprobado por la Universidad Nacional de Cajamarca.

Por lo expuesto, **otorgo mi conformidad y aprobación** para que el autor continúe con los trámites administrativos correspondientes para la presentación y sustentación pública de la tesis ante el jurado evaluador.

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines que estime convenientes.

Cajamarca, ____ de _____ de 2026.

FIRMA Y SELLO

ANEXO 08: CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTÍNUA FIRMADA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA TESIS DE GRADO

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTÍNUA FIRMADA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA TESIS

La asesora de tesis **MC. DÍAZ RUIZ ADRIANA PATRICIA**, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que:

La tesis titulada:

“CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR CAJAMARCA 2026”

Elaborada por el bachiller **YERSON JAMES VÁSQUEZ VALDIVIA**, ha sido asesorada de manera continua desde su concepción inicial hasta la elaboración del informe final, realizándose revisiones periódicas de los diferentes componentes de la investigación. Se deja constancia del seguimiento académico, asesoramiento metodológico y revisión técnica de cada sección del trabajo, conforme se detalla a continuación:

Acápites	Fecha de revisión
Título y delimitación del tema de investigación	15 de enero de 2026
Planteamiento del problema y justificación del estudio	05 de febrero de 2026
Marco teórico (antecedentes y bases conceptuales)	28 de febrero de 2026
Formulación de hipótesis y operacionalización de variables	15 de marzo de 2026
Diseño metodológico y plan de análisis estadístico	10 de abril de 2026
Elaboración y validación del instrumento de recolección de datos	30 de abril de 2026
Recolección y procesamiento de la información	20 de mayo de 2026
Elaboración de resultados, discusión y conclusiones	05 de junio de 2026
Revisión final del informe de tesis	15 de junio de 2026

Durante este proceso se verificó el cumplimiento de los criterios metodológicos, éticos y científicos exigidos por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca. Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines académicos y administrativos correspondientes.

Cajamarca, ____ de _____ de 2026.

FIRMA Y SELLO

ANEXO N°11: SALIDAS DE SPSS

ANEXO A: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla A1. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas.

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad (años)	180	22	65	38,18	9,428
Antigüedad laboral (años)	180	0	35	9,68	6,238
Índice de masa corporal	180	18,0	35,7	26,54	3,812
Consumo de café (tazas/día)	180	0	5	1,92	1,212
Puntaje PSQI Total	180	1	17	6,45	3,120
Puntaje PSS-14 Total	180	0	55	22,14	9,854
N válido (según lista)	180				

Tabla A2. Frecuencias de las variables cualitativas principales.

Estadísticos de grupo: Dispepsia Funcional (Roma IV)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
No (Ausente)	82	45,6	45,6	45,6
Sí (Presente)	98	54,4	54,4	100,0
Total	180	100,0	100,0	

Estadísticos de grupo: Calidad de Sueño (PSQI)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Buena (≤ 5)	76	42,2	42,2	42,2
Mala (> 5)	104	57,8	57,8	100,0
Total	180	100,0	100,0	

Estadísticos de grupo: Estrés Laboral (PSS-14)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Bajo (0-18)	62	34,4	34,4	34,4
Medio (19-31)	75	41,7	41,7	76,1
Alto (32-56)	43	23,9	23,9	100,0
Total	180	100,0	100,0	

ANEXO B: ANÁLISIS BIVARIADO (Tablas de contingencia y Ji-Cuadrado)

Tabla B1. Tabla de contingencia Dispepsia Funcional * Calidad de Sueño.

Recuentes

	Calidad de Sueño (PSQI)		Total
Dispepsia Funcional	Buena (≤ 5)	Mala (> 5)	
No	50	32	82
Sí	26	72	98
Total	76	104	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,430(a)	1	,000
Razón de verosimilitudes	21,725	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			,000
Asociación lineal por lineal	21,311	1	,000
N de casos válidos	180		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 34,58.

Tabla B2. Tabla de contingencia Dispepsia Funcional * Estrés Laboral.

Recuentes

	Estrés Laboral (PSS-14)			Total
Dispepsia Funcional	Bajo	Medio	Alto	
No	42	31	9	82
Sí	20	44	34	98
Total	62	75	43	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,175(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	29,950	2	,000
Asociación lineal por lineal	25,842	1	,000
N de casos válidos	180		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,59.

Tabla B3. Tabla de contingencia Dispepsia Funcional * Turno Nocturno.

Recuentes

	Turno Nocturno		Total
Dispepsia Funcional	No	Sí	
No	58	24	82
Sí	46	52	98
Total	104	76	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,282(a)	1	,001
Corrección por continuidad(b)	9,245	1	,002
Razón de verosimilitudes	10,361	1	,001
N de casos válidos	180		

ANEXO C: ANÁLISIS MULTIVARIADO (Modelo Lineal Generalizado - Poisson)

Nota metodológica: Se utilizó el procedimiento **Modelos Lineales Generalizados en SPSS Statistics v27**. Se especificó una distribución de Poisson con función de enlace Logarítmica. La variable dependiente fue Dispepsia Funcional (1=Sí, 0=No).

Tabla C1. Pruebas omnibus de efectos de modelo(a)

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Likelihood Ratio Chi-Square	58,452	11	,000

a. Variable dependiente: Dispepsia Funcional (Roma IV). b. Modelo: Intersección, Edad, Sexo, Turno_Nocturno, AINEs, Tabaco, CalidadSueño, EstresMedio, EstresAlto.

Tabla C2. Estimaciones de los parámetros (Modelo Poisson con varianza robusta)

Parámetro	B	Error típ.	Prueba Z	Sig.	Intervalo de confianza al 95% para Exp(B)		Exp(B)
					Inferior	Superior	(RPa)
(Intersección)	-,280	,175	-1,60	,110	,507	1,009	,715
Calidad Sueño (Mala)	,598	,152	3,93	,000	1,351	2,445	1,818
Calidad Sueño (Buena)	0(a)	.	.	.	.	.	1,000
Estrés (Alto)	,764	,191	4,00	,000	1,483	3,120	2,147
Estrés (Medio)	,458	,177	2,59	,010	1,117	2,224	1,581
Estrés (Bajo)	0(a)	.	.	.	.	.	1,000
Turno Nocturno (Sí)	,343	,139	2,47	,014	1,072	1,831	1,409
Turno Nocturno (No)	0(a)	.	.	.	.	.	1,000
Consumo AINEs (Sí)	,252	,118	2,14	,033	1,020	1,630	1,287
Consumo AINEs (No)	0(a)	.	.	.	.	.	1,000
Consumo Tabaco (Sí)	,131	,138	,95	,343	,870	1,496	1,140
Consumo Tabaco (No)	0(a)	.	.	.	.	.	1,000

Sexo (Masculino)	,059	,121	,49	,626	,828	1,349	1,061
Sexo (Femenino)	0(a)	.	.	.	.	.	1,000
Edad (Escala)	,008	,007	1,15	,252	,994	1,022	1,008
	1						

Variable dependiente: *Dispepsia Funcional (Roma IV)*. Modelo: *(Intersección), Edad, Sexo, Turno_Nocturno, AINes, Tabaco, CalidadSueño, EstresMedio, EstresAlto*. a. Este parámetro se establece en cero porque es redundante. Nota: Se emplearon errores estándar robustos (Estimador de Huber/White/sandwich) para controlar la sobredispersión típica de datos transversales. La columna **Exp(B)** representa la Razón de Prevalencia Ajustada (RPa).

ANEXO N° 05: CONSTANCIA DE COMPROMISO DE ASESORAMIENTO

CONSTANCIA DE COMPROMISO DE ASESORAMIENTO DE TESIS

La suscrita, **MC. DÍAZ RUIZ ADRIANA PATRICIA**, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, identificada con DNI N.° 41940653., manifiesto mi compromiso de asesorar la tesis titulada:

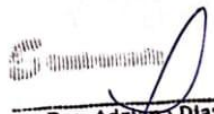
"CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA – 2026"

Presentada por el bachiller **YERSON JAMES VÁSQUEZ VALDIVIA** (ORCID: 0009-0003-5647-6673), durante todas las etapas de ejecución, elaboración y culminación del trabajo de investigación, en concordancia con el Reglamento de Grados y Títulos y el Manual de Procedimientos vigente de la Facultad.

Me comprometo a velar por el cumplimiento **ético, metodológico y científico** del estudio hasta la sustentación y presentación del informe final.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Cajamarca, 12 de Marzo de 2026.


Dra. Adriana Díaz Ruiz
GASTROENTERÓLOGA
C.A.R. 11268 R.R. 11268

FIRMA Y SELLO

		control.	
Fuentes de datos / medición	9	Describir instrumentos y métodos de medición de las variables.	Capítulo II: Ítem 2.5 Procedimientos e instrumentos (PSQI, PSS-14, Roma IV).
Sesgos	10	Identificar y describir posibles fuentes de sesgo y medidas para minimizarlas.	Capítulo II: Procedimientos metodológicos y Capítulo IV: Limitaciones del estudio.
Tamaño de muestra	11	Explicar cómo se determinó el tamaño de la muestra.	Capítulo II: Ítem 2.3 Muestra y muestreo (fórmula para población finita).
Variables cuantitativas	12	Explicar cómo se manejaron las variables cuantitativas en el análisis.	Capítulo II: Plan de análisis estadístico (media $\pm$ DE o mediana y RIC).
Métodos estadísticos	13	Describir los métodos estadísticos utilizados para el análisis.	Capítulo II: Ítem 2.7 Plan de análisis (Chi-cuadrado, RPc, GLM Poisson con varianza robusta).
Datos faltantes	14	Explicar el manejo de datos faltantes en el análisis.	Capítulo II: Exclusión de encuestas incompletas (>20% missing).
Resultados descriptivos	15	Presentar características de la población estudiada.	Capítulo III: Tabla 1 Características sociodemográficas y laborales.
Resultados principales	16	Presentar estimaciones de asociación con intervalos de confianza.	Capítulo III: Tablas 2 y 3 (RP cruda y RPa).
Análisis ajustado	17	Reportar análisis multivariado ajustado por confusores.	Capítulo III: Modelos GLM Poisson con varianza robusta.
Discusión de resultados	18	Interpretar resultados considerando evidencia previa.	Capítulo IV: Discusión.
Limitaciones	19	Discutir posibles limitaciones del estudio.	Capítulo IV: Limitaciones del estudio.
Interpretación	20	Presentar interpretación global de los hallazgos.	Capítulo IV: Interpretación y conclusiones.
Generalización	21	Discutir la aplicabilidad de los resultados.	Capítulo IV: Implicancias para salud ocupacional.
Financiamiento	22	Declarar fuentes de financiamiento y conflictos de interés.	Sección preliminar del informe (financiamiento y conflicto de intereses).

Cajamarca, 12 de Marzo de 2026


Dra. Adriana Díaz Ruiz
 GASTROENTERÓLOGA
 C.A.R. 51304 R.U. 2024

FIRMA Y SELLO

hallazgos con evidencia científica nacional e internacional.

6. El cumplimiento de los principios éticos de investigación, confidencialidad de la información y verificación de originalidad del documento mediante sistemas antiplagio.

Asimismo, certifico que el presente trabajo de investigación se encuentra estructurado conforme a lo establecido en el “Manual de Procedimientos para la Elaboración de Productos de Investigación de Fin de Programa: Proyectos de Investigación Bachiller, Proyectos de Tesis y Trabajo Final de Tesis en el Pregrado y Segunda Especialización – Residentado Médico – 2025”, aprobado por la Universidad Nacional de Cajamarca.

Por lo expuesto, otorgo mi conformidad y aprobación para que el autor continúe con los trámites administrativos correspondientes para la presentación y sustentación pública de la tesis ante el jurado evaluador.

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines que estime convenientes.

Cajamarca, 12 de Mayo de 2026.


Dra. Adriana Díaz Ruiz
GASTROENTERÓLOGA
C.M.A. 11300 R.U.E. 2015A

FIRMA Y SELLO

**ANEXO 08: CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTÍNUA FIRMADA DURANTE
LA EJECUCIÓN DE LA TESIS DE GRADO**

**CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTÍNUA FIRMADA DURANTE LA
EJECUCIÓN DE LA TESIS**

La asesora de tesis **MC. DÍAZ RUIZ ADRIANA PATRICIA**, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que:

La tesis titulada:

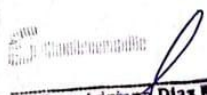
“CALIDAD DE SUEÑO Y ESTRÉS LABORAL ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR CAJAMARCA 2026”

Elaborada por el bachiller **YERSON JAMES VÁSQUEZ VALDIVIA**, ha sido asesorada de manera continua desde su concepción inicial hasta la elaboración del informe final, realizándose revisiones periódicas de los diferentes componentes de la investigación. Se deja constancia del seguimiento académico, asesoramiento metodológico y revisión técnica de cada sección del trabajo, conforme se detalla a continuación:

Acápites	Fecha de revisión
Título y delimitación del tema de investigación	15 de enero de 2026
Planteamiento del problema y justificación del estudio	05 de febrero de 2026
Marco teórico (antecedentes y bases conceptuales)	28 de febrero de 2026
Formulación de hipótesis y operacionalización de variables	15 de marzo de 2026
Diseño metodológico y plan de análisis estadístico	10 de abril de 2026
Elaboración y validación del instrumento de recolección de datos	30 de abril de 2026
Recolección y procesamiento de la información	20 de mayo de 2026
Elaboración de resultados, discusión y conclusiones	05 de junio de 2026
Revisión final del informe de tesis	15 de junio de 2026

Durante este proceso se verificó el cumplimiento de los criterios metodológicos, éticos y científicos exigidos por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca. Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines académicos y administrativos correspondientes.

Cajamarca, 12 de Mayo de 2026.


Dra. Adriana Díaz Ruiz
GASTROENTERÓLOGA
C.I.A.S. 51983 R.U.R. 26524

FIRMA Y SELLO