Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Nutrición

Asociación entre calidad del sueño y adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición

AUTOR

Andersson Piero OBLITAS GUTIERREZ

ASESORA

Mg. Ivonne Isabel BERNUI LEO

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Oblitas A. Asociación entre calidad del sueño y adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Nutrición; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Andersson Piero Oblitas Gutierrez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72976020
URL de ORCID	----------
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Ivonne Isabel Bernui Leo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10271541
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-5289-8084
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Juan Pablo Aparco Balboa
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40069843
Miembro del jurado 1	

Nombres y apellidos	Hally Ruth Huillca Maldonado
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	46235452
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Lilia Teodosia Ponce Martell De Alarco
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07534509
Datos de investigación	
Línea de investigación	Nutrición y Desarrollo humano
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Villa El Salvador Latitud: 12°13'09.0"S Longitud: 76°56'45.7"W
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2026
URL de disciplinas OCDE	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00

Firmado digitalmente por HUAMÁN GUTIÉRREZ Oscar Gustavo FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15.09.2026 13:25:49 -05:00

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Nutrición

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.10.2026 14:01:22 -05:00

ACTA Nº 30-2026

SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN NUTRICIÓN

Autorizado por RR-01242-20

1. **FECHA DE LA SUSTENTACIÓN** : 14 de setiembre del 2026

   HORA INICIO :12:00 pm
   HORA TÉRMINO :1:00 pm

2. **MIEMBROS DEL JURADO**

   PRESIDENTE: Dr. Juan Pablo Aparco Balboa
   MIEMBRO: Dra. Hally Ruth Huillca Maldonado
   MIEMBRO: Lic. Lilia Teodosia Ponce Martell De Alarco
   ASESORA: Mg. Ivonne Isabel Bernui Leo

3. **DATOS DEL TESISTA**

   APELLIDOSY NOMBRES: Andersson Piero Oblitas Gutierrez
   CÓDIGO 21010580

   TÍTULO DE LA TESIS: "Asociación entre calidad del sueño y adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026"

4. **RECOMENDACIONES:**

5. **NOTA OBTENIDA**

17 (diecisiete)

Que corresponde a la mención de: **Aprobado con mención honrosa.**

6. **PÚBLICO ASISTENTE**

Nº	Nombres y Apellidos	DNI
1	Israel Sebastian Hurtado	74199663

FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

Estando de acuerdo con la presente acta, el Jurado de Sustentación firma en señal de conformidad:

Dr. Juan Pablo Aparco Balboa
Docente Asociado
Presidente

Dra. Hally Ruth Huillca Maldonado
Docente Asociado
Miembro

Lic. Lilia Teodosia Ponce Martell De Alarco
Docente Auxiliar
Miembro

Mg. Ivonne Isabel Bernui Leo
Docente Principal
Asesora

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Ivonne Isabel Bernui Leo** en mi condición de asesor acreditado mediante Resolución Decanal N° 000212-2026-D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título es **"**Asociación entre calidad del sueño y adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026**"** presentado por el bachiller **Andersson Piero OBLITAS GUTIERREZ** para optar el título profesional de Licenciado en Nutrición CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con 17% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional de Licenciado en Nutrición.

Lima, 02 de setiembre de 2026



Firma del Asesor _____

Nombres y apellidos del asesor: Ivonne Isabel Bernui Leo

DNI: 10271541

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia

Agradecimiento

A Dios, por otorgarme la salud, fortaleza y constancia necesarias para culminar con éxito esta importante meta profesional.

A mi asesora, la Mg. Ivonne Isabel Bernui Leo, por su valiosa guía, dedicación y conocimientos compartidos a lo largo de este proyecto.

A la DIRIS Lima Sur y al personal de salud participante, por las facilidades otorgadas y su valioso apoyo en la aplicación de las encuestas.

A la Escuela Profesional de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por brindarme una formación profesional de excelencia.

Dedicatoria

A mis padres, Carlos y Marcela, quienes son mis pilares para seguir adelante; su guía, sus palabras y su apoyo incondicional son invaluables.

A mis hermanos, Melanie y Thiago, por alentarme día a día, por su alegría y por estar siempre para mí.

A mi novia, Brendy, por su paciencia, comprensión y por ser mi motivación constante en cada etapa de este proceso.

A mis mascotas, por su fiel e incondicional compañía en las noches de desvelo.

A quienes ya no están físicamente, pero permanecen por siempre en mi corazón; mis ángeles en el cielo.

Con profunda gratitud, dedico este trabajo a todos ustedes, por su amor, apoyo y confianza, que me impulsan cada día a ser una mejor persona y profesional.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 9

I.1. Introducción 9

I.2. Bases teóricas 11

I.3. Antecedentes internacionales y nacionales 13

I.4. Importancia de la investigación 17

I.5. Objetivos 17

I.6. Finalidad 18

II. MÉTODOS 19

II.1. Tipo de investigación 19

II.2. Diseño de investigación 19

II.3. Población 19

II.4. Muestra 20

II.5. Hipótesis 21

II.6. Variables 21

II.7. Técnicas e instrumentos, Plan de recolección de datos 22

II.8. Análisis estadístico 25

II.9. Consideraciones éticas 26

III. RESULTADOS 27

IV. DISCUSIÓN 34

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 39

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 41

VII. ANEXOS 47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Características sociodemográficas, laborales y de estilo de vida del personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026 (n=127) 28

Tabla N° 2: Clasificación de la calidad del sueño según sexo y edad en el personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026 (n=127) 30

Tabla N° 3: Distribución del cumplimiento de los componentes del índice chileno de dieta mediterránea en el personal de salud de Lima, 2026 (n = 127) 31

Tabla N°4: Asociación entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en el personal de salud de un Centro Materno Infantil, Lima, 2026 (n=127) 33

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1: Distribución porcentual de los componentes de la calidad del sueño en el personal de salud de un Centro Materno Infantil, Lima, 2026 (n=127) 29

Figura N°2: Distribución porcentual de la adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud según sexo y total de un Centro Materno Infantil, Lima, 2026 (n=127) 32

Figura N°3: Distribución porcentual del nivel de adherencia a la dieta mediterránea según edad en el personal de salud de un Centro Materno Infantil, Lima, 2026 (n=127) 32

RESUMEN

Introducción: La calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea son factores relacionados con la salud y el bienestar del personal de salud. Sin embargo, la evidencia disponible en el contexto peruano que evalúe conjuntamente ambas variables en el primer nivel de atención es limitada. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en el personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026. **Métodos:** Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y diseño no experimental-transversal en 127 integrantes del personal de salud seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La calidad del sueño se evaluó mediante el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la adherencia a la dieta mediterránea mediante el Índice Chileno de Dieta Mediterránea (IDM-Chile), instrumentos que cuentan con estudios previos de validación. La asociación entre ambas variables se analizó mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson considerando un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. **Resultados:** La mala calidad del sueño afectó al 73,2 % del personal de salud y el 59,1 % presentó una adherencia media/alta a la dieta mediterránea. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 0.613$; $p = 0.434$). **Conclusión:** No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea. La elevada frecuencia de mala calidad del sueño sugiere la necesidad de fortalecer estrategias de salud ocupacional orientadas a mejorar la calidad del sueño y promover hábitos alimentarios saludables en el personal de salud encuestado.

Palabras clave: Calidad del Sueño; Dieta Mediterránea; Personal de Salud; Salud Ocupacional.

ABSTRACT

Introduction: Sleep quality and adherence to the Mediterranean diet are factors related to the health and well-being of healthcare workers. However, the available evidence in the Peruvian context that jointly assesses both variables at the primary care level is limited. **Objective:** To determine the association between sleep quality and adherence to the Mediterranean diet among healthcare workers at a maternal and child health center in Lima, 2026. **Methods:** A quantitative, correlational, non-experimental, cross-sectional study was conducted with 127 healthcare workers selected using non-probability convenience sampling. Sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and adherence to the Mediterranean diet was assessed using the Chilean Mediterranean Diet Index (IDM-Chile), both of which have undergone previous validation studies. The association between the two variables was analyzed using Pearson's chi-squared test, considering a significance level of $\alpha = 0.05$. **Results:** Poor sleep quality affected 73.2% of the healthcare staff, and 59.1% showed medium/high adherence to the Mediterranean diet. No statistically significant association was found between the two variables ($\chi^2 = 0.613$; $p = 0.434$). **Conclusion:** No statistically significant association was found between sleep quality and adherence to the Mediterranean diet. The high frequency of poor sleep quality suggests the need to strengthen occupational health strategies aimed at improving sleep quality and promoting healthy eating habits among the surveyed healthcare staff.

Keywords: Sleep Quality; Mediterranean Diet; Health Personnel; Occupational Health.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Introducción

En los últimos años, la investigación en salud pública ha puesto especial énfasis en el análisis de los factores del estilo de vida que influyen en la salud integral. Dentro de este escenario, la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea constituyen aspectos de interés en el estudio de la salud y el bienestar. La dieta mediterránea es un patrón alimentario saludable caracterizado por un elevado consumo diario de vegetales, frutas, legumbres, frutos secos y cereales integrales, utilizando el aceite de oliva como principal fuente de grasa. Asimismo, promueve el consumo de pescado, aves y lácteos descremados, limita la ingesta de carnes rojas procesadas, dulces y harinas refinadas, y contempla un consumo moderado de vino durante las comidas[1].

Por otra parte, la calidad del sueño comprende una naturaleza multidimensional e incluye componentes como la latencia para conciliar el sueño, las perturbaciones del sueño, la duración y la eficiencia del sueño, entre otros; estos elementos, al alterarse, pueden afectar el funcionamiento diario y diversos aspectos de la salud del individuo[2,3].

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud estima que cerca del 40 % de las personas presenta algún problema relacionado con la calidad del sueño. Asimismo, un estudio global desarrollado por Philips en 2019 —que evaluó 12 países— reportó que el 76 % de los adultos experimentaba al menos un trastorno del sueño, identificando el insomnio como el principal indicador[4].

Adicionalmente, otros estudios revelan un panorama crítico, reportando que la mala calidad del sueño afecta desde un tercio hasta más de la mitad de la población adulta [5–7]. En América Latina, los reportes de mala calidad de sueño son similares y, en el Perú, el Ministerio de Salud ha señalado que más del 60% de los ciudadanos refirió problemas de mala calidad de sueño, lo que evidencia la relevancia de esta problemática como asunto de salud publica[8–11].

Diversos estudios señalan que la calidad del sueño puede verse afectada negativamente por conductas alimentarias deficientes. En este sentido, un bajo consumo de verduras y un alto consumo de dulces se han asociado con una peor calidad del sueño[12].Asimismo, se ha estudiado la relación entre la ingesta de macro y micronutrientes y los parámetros del sueño, encontrándose asociaciones entre el consumo de determinados nutrientes y frutas y una mejor calidad del sueño. Por otro lado, una ingesta excesiva de energía, particularmente de carbohidratos y grasas, se ha relacionado con una menor duración del sueño[13].

Estos hallazgos sugieren que las características de la alimentación pueden estar relacionadas con la calidad y duración del sueño. Dicha problemática cobra mayor relevancia en el personal de salud, debido a que tanto las exigencias del entorno sanitario como diversos factores personales y del estilo de vida pueden interactuar y favorecer el desarrollo de trastornos del sueño[14–16].

Entre los patrones alimentarios asociados con beneficios para la salud, la dieta mediterránea ha recibido especial atención. Este patrón alimentario saludable ha demostrado beneficios cardiovasculares y metabólicos, además de ser adaptable a diversas culturas fuera de la región mediterránea[17,18].

La evidencia científica señala que una alta adherencia a la dieta mediterránea se vincula con una mejor calidad del sueño[19-21]. No obstante, en el ámbito peruano, no se identificaron estudios que hayan evaluado simultáneamente la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud. Este vacío de conocimiento sugiere la necesidad de generar información local que permita comprender mejor la relación entre ambas variables y contribuir al desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de la salud del personal sanitario.

En este contexto, resulta pertinente evaluar la asociación entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en el personal de salud de un centro materno infantil, población expuesta a exigencias laborales que podrían influir tanto en los hábitos alimentarios como en la calidad de sueño.

I.2. Bases teóricas

I.2.1. Calidad de sueño

- Sueño

El sueño es un proceso fisiológico activo, reversible y periódico, esencial para el mantenimiento de la salud y la homeostasis del organismo. Está regulado por mecanismos circadianos y homeostáticos, organizándose en ciclos de aproximadamente 90 a 110 minutos que se repiten entre cuatro y seis veces durante la noche. Comprende dos fases principales: el sueño NREM (sin movimientos oculares rápidos) y el sueño REM (con movimientos oculares rápidos).

El sueño NREM progresa desde etapas superficiales hasta el sueño profundo y desempeña un papel fundamental en la recuperación física y metabólica del organismo. Por su parte, el sueño REM se caracteriza por una intensa actividad cerebral y atonía muscular, siendo esencial para la consolidación de la memoria, el aprendizaje y otros procesos cognitivos. La alternancia ordenada de ambas fases favorece el adecuado funcionamiento del organismo y contribuye al mantenimiento de la homeostasis[22-24].

- Calidad del sueño

La calidad del sueño es la percepción subjetiva del grado de satisfacción con el descanso, evaluada mediante dimensiones como la calidad subjetiva del sueño, la latencia (tiempo necesario para conciliar el sueño), la duración, la eficiencia, las perturbaciones del sueño, el uso de medicación para dormir y la disfunción diurna. Puede verse influida por diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Una buena calidad del sueño favorece la recuperación física y mental, el rendimiento cognitivo, la regulación emocional y el bienestar general; por el contrario, una mala calidad del sueño puede ocasionar fatiga, irritabilidad, dificultades de concentración, disminución del rendimiento y alteraciones en las actividades cotidianas[2,3].

I.2.2. Adherencia a la dieta mediterránea

- Dieta mediterránea

La dieta mediterránea es un patrón alimentario saludable caracterizado por un elevado consumo diario de vegetales, frutas, legumbres, frutos secos y cereales integrales, utilizando el aceite de oliva como principal fuente de grasa. Asimismo, promueve el consumo de pescado, aves y lácteos descremados, limita la ingesta de carnes rojas procesadas, dulces y harinas refinadas, y contempla un consumo moderado de vino durante las comidas[1,25,26].

- Adherencia a la dieta mediterránea

Se refiere al grado de concordancia entre los hábitos alimentarios reales y las recomendaciones propias de este patrón alimentario. En España se desarrolló el Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS), un cuestionario de 14 ítems utilizado para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea, cuya puntuación total oscila entre 0 a 14 puntos. Posteriormente, Leighton et al. (2009) desarrollaron en Chile un índice de alimentación mediterránea de 14 componentes y un puntaje de 0 a 14, adaptado a las características de la alimentación chilena. A partir de este índice, Echeverría et al. (2016) desarrollaron y validaron el Índice Chileno de Dieta Mediterránea (IDM-Chile), adaptado a la realidad alimentaria chilena y diseñado para su aplicación autoaplicada. El IDM-Chile permite clasificar la adherencia en niveles bajo, medio y alto[27-29].

I.3. Antecedentes internacionales y nacionales

I.3.1. Antecedentes internacionales

Debido a la limitada evidencia disponible sobre la asociación entre ambas variables en personal de salud, se incluyeron estudios realizados en otras poblaciones que evaluaron la calidad del sueño mediante el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), así como investigaciones que analizaron su relación con la adherencia a la dieta mediterránea.

Godos et al. (2019), en Italia, analizaron la asociación entre calidad del sueño y dieta mediterránea en 1936 adultos mediante un diseño cuantitativo transversal, utilizando un cuestionario de frecuencia alimentaria (FFQ) y el PSQI. Los resultados indicaron que el 32.1% tuvo mala calidad de sueño y que, por cada punto de incremento en la adherencia a la dieta mediterránea, aumentó aproximadamente un 10 % la probabilidad de presentar una adecuada calidad del sueño (OR = 1.10; IC 95%: 1.04–1.16). Se concluyó que la adherencia a la dieta mediterránea se asoció significativamente con una mejor calidad de sueño[30].

Fernández-Medina et al. (2020), en España, evaluaron la asociación entre calidad del sueño y dieta mediterránea en 334 estudiantes de enfermería a través de un diseño descriptivo transversal con los instrumentos PSQI y MEDAS. Se halló una correlación inversa y significativa entre ambas variables ($r = -0.28$; $p < 0.05$), confirmando que, a peor calidad de sueño, menor fue la adherencia a la dieta mediterránea. Se concluyó que una mejor calidad del sueño se asocia con una mayor adherencia a la dieta mediterránea[31].

Mohammadi et al. (2023), en Irán, estudiaron la asociación entre la dieta mediterránea y la calidad del sueño en 535 adultos mediante un diseño cuantitativo transversal, aplicando el PSQI y un FFQ de 168 ítems. El análisis multivariable arrojó que la alta adherencia redujo significativamente la probabilidad de mala calidad de sueño (OR = 0.48; IC 95%: 0.22–0.96). Sin embargo, al estratificar por IMC, este efecto solo fue significativo en personas con peso normal (OR = 0.16; IC 95%: 0.03–0.84), perdiéndose en sujetos con sobrepeso u obesidad (OR = 0.58; IC 95%: 0.23–1.45). Se concluyó que la alta adherencia mediterránea disminuye el riesgo de mala calidad del sueño, siendo un beneficio modulado por el estado nutricional[32].

Vinaccia et al. (2021), en Colombia, analizaron la asociación entre dieta mediterránea y calidad del sueño en 179 universitarios mediante un enfoque cuantitativo transversal con los cuestionarios de Mediterranean Diet Quality Index for Children and Adolescents (KIDMED) y PSQI . La asociación entre adherencia dietética y calidad de sueño no fue estadísticamente significativa ($r = -0.10$; $p > 0.05$). Se concluyó que ambas variables se comportaron de manera independiente en la población estudiada[33].

Bakirhan et al. (2023), en Turquía, investigaron la asociación entre adherencia a la dieta mediterránea, turnos, calidad del sueño y desgaste profesional en 91 trabajadores de salud de emergencias. Utilizaron un diseño cuantitativo transversal con las herramientas MEDAS y PSQI. Descriptivamente, el 91.3% de mujeres y el 77.8% de hombres sufrieron de mala calidad de sueño, mientras que la adherencia dietética fue mayormente baja o moderada. La prueba de Pearson reveló que el puntaje total de dieta mediterránea y la calidad del sueño no se asociaron significativamente ($r = -0.11$; $p = 0.29$). Los autores atribuyeron la ausencia de asociación a la homogeneidad del nivel de adherencia y al impacto del desgaste emocional[34].

I.3.2. Antecedentes nacionales

En el contexto nacional, no se identificaron estudios que asociaran simultáneamente las dos variables principales de la presente investigación en el sector salud. Ante este vacío, los antecedentes se seleccionaron de forma independiente para cada variable de estudio, priorizando investigaciones desarrolladas en personal de salud y en poblaciones con formación o actividades vinculadas al ámbito sanitario. Para una mejor organización, primero se presentan los estudios relacionados con la calidad del sueño y, posteriormente, aquellos que abordaron la adherencia a la dieta mediterránea o sus componentes.

Arriola et al. (2021), en el Perú, describieron las características de la calidad del sueño en médicos residentes. Mediante un diseño observacional, prospectivo y transversal analítico en 107 profesionales de hospitales de referencia nacional, se aplicó el PSQI Se registró una prevalencia de mala calidad del sueño del 89.71%, identificándose como único predictor independiente la realización de actividades ajenas a la especialidad (OR = 4.34; p = 0.037). Se concluyó que este grupo ocupacional presentó una elevada frecuencia de mala calidad del sueño, caracterizada por una duración del sueño críticamente insuficiente y una percepción insatisfactoria de su calidad en el entorno laboral[35].

De manera concordante, Allende et al. (2021) en el Perú, evaluaron la asociación entre el estrés académico y la calidad del sueño en 410 estudiantes de medicina mediante un diseño analítico transversal, utilizando los cuestionarios PSQI y el Inventario SISCO SV-21 de Estrés Académico. Los resultados revelaron que el 90.48% de la muestra presentaba mala calidad del sueño. El análisis multivariado evidenció que el estrés académico, no vivir con familiares y estudiar y trabajar simultáneamente se asociaron significativamente con la mala calidad del sueño. Se concluyó que existe una prevalencia críticamente elevada de alteraciones en la calidad del sueño dentro de esta población, determinada de forma directa por la sobrecarga psicológica y las demandas de rendimiento[36].

De la Cruz Llanos et al. (2024), en el Perú, estudiaron la asociación entre la calidad del sueño y el síndrome metabólico en 137 trabajadores administrativos de un programa de salud en Ayacucho. Se realizo un estudio cuantitativo y transversal utilizando el PSQI y los criterios diagnósticos para síndrome metabólico. Los resultados revelaron que el 34.3% de los evaluados presentaba una mala calidad de sueño y que esta se asoció significativamente con el síndrome metabólico ($p < 0.001$). Concluyeron que existe una asociación estadísticamente significativa entre la mala calidad del sueño y el síndrome metabólico en el personal expuesto a entornos laborales estresantes y sedentarios[37].

Vera-Ponce et al. (2023), en el Perú, evaluaron los factores asociados a la adherencia a la dieta mediterránea en 387 estudiantes de medicina mediante un diseño analítico transversal, utilizando los cuestionarios PREDIMED e IPAQ. Solo el 38.5% de los participantes presentó una alta adherencia. El exceso de peso, el tabaquismo y el consumo frecuente de alimentos fuera del hogar se asociaron negativamente con la adherencia, mientras que la actividad física mostró una asociación positiva. Se concluyó que la adopción de este patrón alimentario saludable es baja en la población universitaria, estando limitada por el exceso de peso y los hábitos de vida nocivos[38].

Asimismo, Melgar-Benavides et al. (2024), en el Perú, evaluaron el consumo de componentes característicos de la dieta mediterránea en 163 trabajadores de salud del Callao mediante un estudio transversal. Los resultados evidenciaron que el cumplimiento en la ingesta de cereales integrales y leguminosas se asoció con una mayor probabilidad de presentar buena salud mental (RP = 6.19; $p = 0.01$) y buena salud física (RP = 0.45; $p = 0.02$). Se concluyó que determinados componentes del patrón mediterráneo se relacionan con mejores indicadores de salud en el personal de salud[39].

I.4. Importancia de la investigación

El personal de salud constituye una población especialmente vulnerable a presentar alteraciones en la calidad del sueño debido a las características de su actividad laboral, las cuales también pueden dificultar el mantenimiento de hábitos alimentarios saludables. Además, en el contexto peruano existe escasa evidencia que evaluara simultáneamente la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en el personal de salud.

En este sentido, la presente investigación adquiere importancia científica al generar evidencia local sobre ambas variables en el personal de salud de atención primaria, contribuyendo a ampliar el conocimiento disponible en este campo. Asimismo, posee relevancia social e institucional, ya que los hallazgos podrán servir como referencia para el diseño de estrategias orientadas a promover la salud ocupacional, mejorar el bienestar integral del personal de salud y fortalecer futuras investigaciones relacionadas con estilos de vida saludables en el ámbito sanitario.

I.5. Objetivos

I.5.1. Objetivo General:

Determinar la asociación entre calidad del sueño y adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026.

I.5.2. Objetivos específicos:

- Determinar la calidad de sueño en personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026.
- Determinar la adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026.

I.6. Finalidad

La presente investigación tiene como finalidad proporcionar información actualizada y con rigor metodológico que contribuya a ampliar el conocimiento sobre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en el personal de salud. Los resultados obtenidos podrán servir como referencia para el diseño de estrategias orientadas a la promoción de estilos de vida saludables y al fortalecimiento de la salud ocupacional en los establecimientos sanitarios. Asimismo, se espera que los hallazgos contribuyan al desarrollo de futuras investigaciones que profundicen en los factores asociados al bienestar integral de los trabajadores de la salud.

II. MÉTODOS

II.1. Tipo de investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo y un alcance correlacional, ya que permitió medir las variables de estudio y analizar estadísticamente la asociación entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea[40].

II.2. Diseño de investigación

El presente estudio tuvo un diseño no experimental-transversal, debido a que no se manipularon las variables de estudio y la información fue recolectada en un único momento[40].

II.3. Población

La población estuvo conformada por 201 integrantes del personal de salud (profesionales y técnicos), de ambos sexos, mayores de edad y con vínculo laboral o contractual activo con el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

Criterio de inclusión

- Personal de salud de ambos sexos con edad mayor o igual a 18 años.
- Personal con vínculo laboral o contractual activo con el Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el año 2026.
- Personal de salud que se encuentre ejerciendo funciones clínicas o asistenciales en el establecimiento.
- Personal de salud que acepte participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado y complete los instrumentos de recolección de datos.

Criterio de exclusión

- Personal de salud que presente condiciones fisiológicas particulares que alteren el patrón nutricional, tales como gestación o periodo de lactancia.
- Personal de salud que siga regímenes dietéticos terapéuticos o patrones alimentarios restrictivos que puedan interferir con la evaluación de la adherencia a la dieta mediterránea.

II.4. Muestra

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando al personal de salud del Centro Materno Infantil que se encontraba disponible durante el periodo de recolección de datos, cumplía los criterios de inclusión, aceptó y expresó su deseo de participar mediante la firma de la ficha de consentimiento informado. Este enfoque se justificó debido a la naturaleza del entorno laboral y a las rotaciones del personal en el establecimiento de salud.

$$n = \frac{N.(Z_{1-\alpha})^2\, p.q}{d^2(N-1)+(Z_{1-\alpha})^2 p.q}$$

Donde:

N =	Tamaño de la población	201
α =	Error α	0.05
1- α =	Nivel de confianza	0.95
Z (1- α/2) =	Valor crítico de la distribución normal	1.96
p=	p = Proporción poblacional asumida para cualquiera de las variables, correspondiente a la máxima variabilidad	0.50
q=	Complemento de p (1-p)	0.50
d=	Precisión o error máximo permisible	0.05

El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95 %, un margen de error del 5 % y una proporción asumida para cualquiera de las variables de 0.50 (p = q = 0.50), debido a que este valor permite obtener el máximo tamaño de muestra y representa la máxima variabilidad para cualquier variable, ante la ausencia de una proporción poblacional previamente establecida. Durante el proceso de recolección de datos, algunos integrantes del personal de salud no aceptaron participar o no respondieron el cuestionario, por lo que la muestra final efectiva quedó constituida por 127 integrantes del personal de salud de ambos sexos del Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

II.5. Hipótesis

Existe asociación entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026.

II.6. Variables

II.6.1. Definición conceptual

- Calidad de sueño: Es la percepción subjetiva del grado de satisfacción con el descanso. Comprende aspectos como la latencia para conciliar el sueño, la duración, la eficiencia, las perturbaciones del sueño y la repercusión que este tiene sobre el funcionamiento diurno[2,3].
- Adherencia a la dieta mediterránea: Se refiere al grado de concordancia entre los hábitos alimentarios de una persona y las características del patrón alimentario mediterráneo[27-29].

II.6.2.Operacionalización de variables

Variables	Definición operacional	Indicadores	Categorías y puntos de corte	Escala de medición
Calidad del sueño	Es la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada uno de los 7 componentes a través del índice de calidad de sueño de Pittsburgh.	Índice de calidad de sueño de Pittsburgh[41]	Buena calidad del sueño: ≤5 puntos Mala calidad del sueño: > 5 puntos	Ordinal
Adherencia a la dieta mediterránea	Es la sumatoria de los puntajes obtenidos en las 14 preguntas o ítems a través del cuestionario Índice Chileno de Dieta Mediterránea (IDM-Chile)	Índice Chileno de Dieta Mediterránea (IDM-Chile)[29]	Alta: 9 - 14 puntos Media: 5-8.5 puntos Baja <5 puntos	Ordinal

Nota: Debido al sistema de puntuación del IDM-Chile, los puntajes totales se expresan en incrementos de 0.5 puntos. Por ello, no existen valores de 8.6 a 8.9 puntos; después de 8.5, el siguiente puntaje posible es 9 puntos.

II.7. Técnicas e instrumentos, Plan de recolección de datos

Para el desarrollo del estudio, se utilizó la técnica de la encuesta. Como instrumentos de recolección de datos se empleó una ficha de datos generales y dos cuestionarios autoadministrados en formato físico: el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) y el Índice Chileno de Dieta Mediterránea (IDM-Chile).

II.7.1. Ficha de datos generales

Se elaboró una ficha de datos generales con el propósito de registrar información sociodemográfica, laboral, antropométrica y de hábitos de vida de los participantes. Esta incluyó las variables sexo, edad, ocupación, turno laboral, peso habitual, talla, nivel de actividad física, hábito tabáquico y consumo de alcohol. El estado nutricional se determinó mediante el componente antropométrico, a través del cálculo del índice de masa corporal (IMC), a partir del peso habitual y la talla autorreportados por los participantes.

II.7.2.Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)

El Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), desarrollado por Buysse et al. (1989), presentó adecuada consistencia interna (α = 0,83), además de evidencia de confiabilidad y validez. Posteriormente, fue adaptado al español por Royuela et al. (1997), quienes reportaron adecuada consistencia interna (α = 0,81), así como evidencia de confiabilidad y validez de la versión castellana. En población peruana, el PSQI también ha sido validado, encontrándose evidencia de validez de constructo y consistencia interna[42-44].

El instrumento evalúa las características del descanso durante el último mes mediante siete componentes: percepción subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente recibe una puntuación de 0 a 3 donde '0' significa que la persona "no presenta dificultad" y ´3´ que presenta "dificultad grave", obteniéndose una puntuación global de 0 a 21. Un puntaje superior a 5 indica mala calidad del sueño, mientras que una puntuación igual o inferior a 5 indica buena calidad del sueño.

II.7.3.Índice chileno de dieta mediterránea (IDM-Chile)

El Índice Chileno de Dieta Mediterránea (IDM-Chile), desarrollado y validado por Echeverría et al. (2016), se elaboró a partir del índice de alimentación mediterránea desarrollado por Leighton et al. (2009) en población chilena. Echeverría et al. (2016) desarrollaron el IDM-Chile como un cuestionario autoaplicable, adaptado a la realidad y los hábitos alimentarios de la población chilena[27-29]. Su proceso de validación de la autoaplicabilidad comparó los resultados obtenidos mediante autoaplicación con aquellos obtenidos por una nutricionista en una muestra de adultos chilenos, evidenciando una correlación positiva y significativa ($r = 0.94$; $p < 0.001$) y una concordancia satisfactoria (Kappa > 0,61). Estos resultados respaldan la validez de la autoaplicación del IDM-Chile para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea[29].

Consta de 14 grupos de alimentos que evalúan la frecuencia de consumo semanal de grupos de alimentos clave. Cada ítem se puntúa con 0, 0,5 o 1 punto, según el nivel de cumplimiento de las recomendaciones nutricionales. El puntaje total del instrumento oscila entre 0 y 14 puntos y, debido a la escala de puntuación utilizada, los valores obtenidos se presentan en incrementos de 0,5 puntos. La adherencia se clasifica como alta para puntuaciones de 9 a 14 puntos, media para puntuaciones de 5 a 8,5 puntos y baja para puntuaciones menores de 5 puntos[29].

II.7.4. Plan de recolección de datos

El trabajo de campo se ejecutó de forma presencial y secuencial, iniciándose con la obtención de la resolución formal de la DIRIS Lima Sur a través de la Oficina de Epidemiología, Investigación y Docencia, tras contar con la aprobación de su Comité de Ética. Posteriormente, esta constancia institucional se presentó ante la Jefatura del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, lo que permitió coordinar directamente con la encargada de Docencia e Investigación y los respectivos jefes de servicio para asegurar un acceso ordenado al establecimiento.

Previo a la aplicación definitiva, se realizó una prueba piloto en 20 integrantes del personal de salud de un establecimiento de salud de similar complejidad, con características comparables a la población de estudio. Esta permitió verificar la comprensión de las preguntas, estimar el tiempo promedio de aplicación y realizar adecuaciones lingüísticas para facilitar su comprensión en el contexto peruano, sin modificar el contenido esencial de los instrumentos. Finalmente, las encuestas fueron aplicadas de manera individual durante los horarios administrativos y de refrigerio para evitar interferencias con las actividades asistenciales.

En este proceso, el investigador realizó un filtro verbal previo basado en los criterios de exclusión establecidos. La información sobre gestación, lactancia, dietas terapéuticas o restrictivas se obtuvo mediante autorreporte de los participantes. Tras verificar el cumplimiento de los criterios de selección, se procedió con la lectura y firma del consentimiento informado y, posteriormente, con la aplicación del cuestionario general y de los instrumentos del estudio.

Inicialmente, se calculó un tamaño muestral de 133 participantes. No obstante, luego de la recolección y depuración de los datos, la muestra efectiva estuvo conformada por 127 participantes, lo que significó una reducción de seis participantes respecto del tamaño inicialmente previsto. Como consecuencia, el margen de error pasó de 5.0 % a 5.29 %, equivalente a un incremento de 0.29 puntos porcentuales. Sin embargo, la muestra final representó el 63.1 % de la población de referencia, por lo que se considera que esta reducción no comprometió significativamente la representatividad ni la validez estadística de los hallazgos.

II.8. Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó en dos etapas mediante el programa estadístico IBM SPSS versión 27, utilizando Microsoft Excel 2021 para la depuración inicial y la elaboración de las tablas y figuras. Con el fin de garantizar los principios éticos de confidencialidad, cada participante fue identificado mediante un código alfanumérico.

En la etapa descriptiva, se calcularon frecuencias absolutas y relativas para todas las variables y subvariables del estudio, dado que fueron manejadas de forma categórica. Esto permitió estructurar el análisis sociodemográfico y ocupacional (sexo, rangos de edad, ocupación, estado nutricional, turno laboral, actividad física, consumo de alcohol y tabaquismo), así como el desglose individual de los componentes y clasificación globales tanto de la calidad del sueño como de la adherencia a la dieta mediterránea.

En la etapa inferencial, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para evaluar la asociación entre las variables principales. Debido a la baja frecuencia observada en la categoría de alta adherencia a la dieta mediterránea ($n = 1$), las categorías media y alta fueron agrupadas en una sola categoría (media/alta) para el análisis inferencial, con el fin de garantizar la validez estadística de la prueba. Para este análisis, se estableció un nivel de confianza del 95%, considerando un resultado estadísticamente significativo cuando $p < 0.05$.

II.9. Consideraciones éticas

La ejecución de este estudio se fundamenta estrictamente en los lineamientos de la Declaración de Helsinki, orientada a la protección de los seres humanos en investigaciones de salud. Corresponde al investigador velar por la vida, salud, dignidad e integridad física y psicológica de los sujetos, garantizando el respeto absoluto a su autonomía, privacidad y confidencialidad[45].

Bajo este marco, el estudio se sustenta en los cuatro principios bioéticos fundamentales:

- Autonomía: Se garantiza la libre decisión del personal de salud mediante una explicación detallada de los objetivos del proyecto, la voluntariedad de su colaboración y el derecho a retirarse en cualquier etapa del proceso sin sufrir consecuencias negativas. Como constancia formal de su aceptación, cada trabajador completó y firmó de manera voluntaria el consentimiento informado por escrito antes de iniciar el llenado de los cuestionarios.
- Beneficencia y No maleficencia: Se aseguró la ausencia de riesgos para la integridad física o mental de los evaluados al tratarse de un estudio no experimental sin intervenciones invasivas, procurando que los resultados contribuyan al conocimiento científico y a la mejora de las estrategias de promoción de la salud ocupacional.
- Justicia: Se aplicó un trato equitativo, inclusivo y sin distinciones de ningún tipo durante el proceso de selección y el filtro de los participantes del establecimiento asistencial.

Asimismo, para garantizar el resguardo ético institucional, el protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur a través de su Oficina de Epidemiología, Investigación y Docencia, asegurando además el anonimato de los participantes mediante la codificación confidencial de las encuestas físicas.

III. RESULTADOS

Al evaluar las características sociodemográficas del personal de salud, predominó el sexo femenino. Respecto a la edad, aproximadamente dos tercios de la población evaluada se concentró en el grupo de 18 a 44 años. Respecto al estado nutricional, evaluado mediante el componente antropométrico con el índice de masa corporal (IMC), calculado a partir del peso y la talla autorreportados, el exceso de peso afectó a más de la mitad del personal de salud evaluado, manifestándose principalmente como sobrepeso y, en menor proporción, obesidad; en contraposición, un poco más de la mitad reportó un nivel de actividad física moderado o alto. Finalmente, prevalecieron los hábitos de vida saludables, donde la gran mayoría refirió ser no fumador y manifestó un consumo de alcohol nulo o bajo (Tabla N°1).

Tabla N° 1: Características sociodemográficas, laborales y de estilo de vida del personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026 (n=127)

Características	***n***	***%***
Sexo		
Femenino	105	82.7
Masculino	22	17.3
Edad		
18 a 44 años	83	65.4
45 años a más	44	34.6
Ocupación		
Médico	30	23.6
Enfermería y obstetricia	52	40.9
Otros profesionales de salud	19	15.0
Personal técnico de salud	26	20.5
Turno laboral		
Fijo diurno (Mañana/Tarde)	47	37.0
Rotativo	42	33.1
Mixto (Turno diurno + guardias)	38	29.9
Estado nutricional		
Bajo peso	5	3.9
Normal	49	38.6
Sobrepeso	54	42.5
Obesidad	19	15.0
Actividad física		
Baja	62	48.8
Moderada / Alta	65	51.2
Tabaquismo		
No fumador	108	85.0
Antecedente / Consumo de tabaco	19	15.0
Consumo de alcohol		
Nunca/bajo	122	96.1
Moderado / Alto	5	3.9

Al evaluar los componentes de la calidad del sueño, la mayoría del personal de salud presento menor frecuencia de dificultades en los componentes: uso de medicamento para dormir y eficiencia del sueño. En contraste, las perturbaciones del sueño, la calidad subjetiva del sueño y la duración del sueño fueron los componentes más afectados, ya que alrededor de tres cuartas partes de los participantes presentaron algún grado de dificultad, predominando las dificultades leves (Figura N° 1).

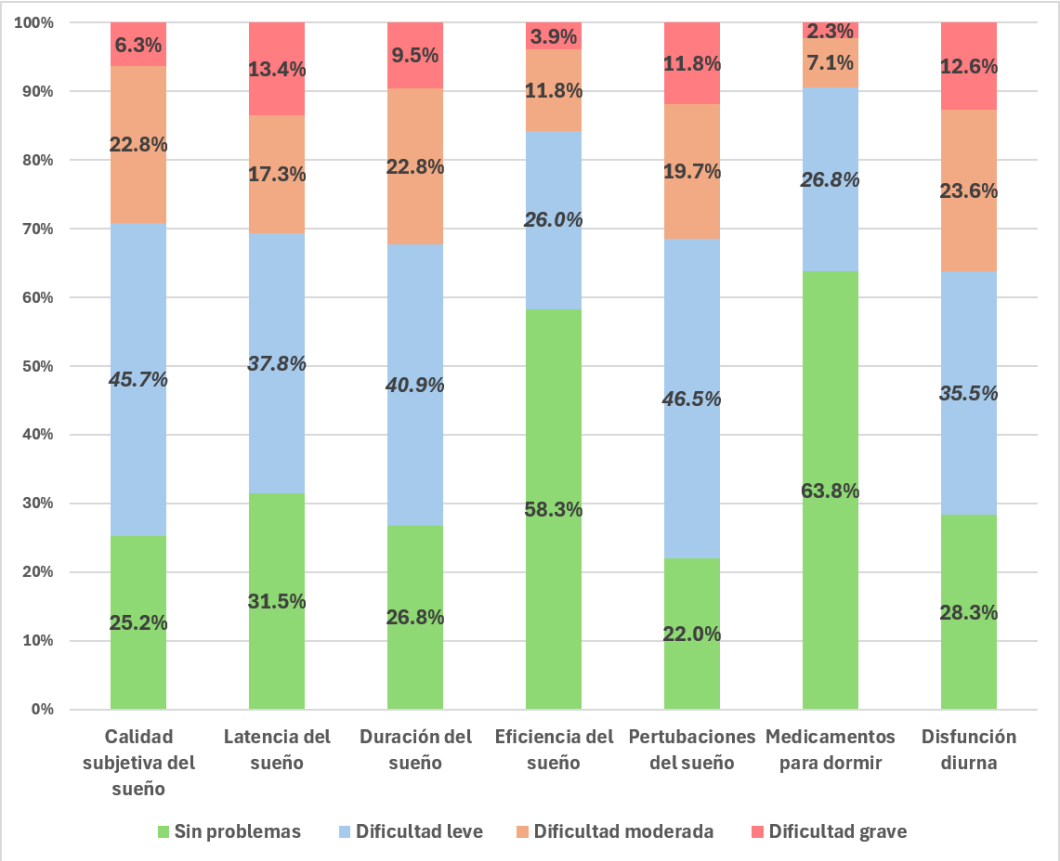

Figura N°1: Distribución porcentual de los componentes de la calidad del sueño en el personal de salud de un Centro Materno Infantil, Lima, 2026 (n=127)

Al evaluar la clasificación de la calidad del sueño según el sexo y la edad del personal de salud, se evidenció que la mala calidad de sueño afectó a poco más de siete de cada diez participantes, con proporciones similares entre el sexo femenino y masculino. No obstante, al analizar la edad, el grupo de 18 a 44 años registró la mayor proporción de mala calidad de sueño, en comparación con el grupo de mayor edad, donde se observó una presencia ligeramente superior de buena calidad de sueño (Tabla N°2)

Tabla N° 2: Clasificación de la calidad del sueño según sexo y edad en el personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026 (n=127)

Datos demográficos	Clasificación de la calidad del sueño					
	Mala		Buena		Total	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
Sexo						
Femenino	77	73.3	28	26.7	105	100.0
Masculino	16	72.7	6	27.3	22	100.0
Edad						
18 a 44 años	64	77.1	19	22.9	83	100.0
45 años a más	29	65.9	15	34.1	44	100.0

Al analizar los componentes del cuestionario del índice chileno de adherencia mediterránea, el consumo de frutas, la restricción de carnes rojas grasas y procesadas, y la restricción de azúcar y snacks y/o bebidas azucaradas registraron las mayores proporciones de cumplimiento total, alcanzando a aproximadamente una cuarta parte del personal de salud en cada indicador. En contraposición, las mayores frecuencias de no cumplimiento se concentraron en el consumo de vino, omitido de forma predominante en los participantes; el aceite de oliva, ausente en casi tres cuartas partes del personal; y otras grasas saludables como palta y canola, cuyo incumplimiento se observó en cerca de dos tercios de la muestra (Tabla N°3).

Tabla N° 3: Distribución del cumplimiento de los componentes del índice chileno de dieta mediterránea en el personal de salud de Lima, 2026 (n = 127)

Componentes del IDM-Chile	No cumple		Cumplimiento parcial		Cumplimiento total	
	n	***%***	***n***	***%***	***n***	***%***
1.Verduras	35	27.6	60	47.2	32	25.2
2.Legumbres	37	29.1	67	52.8	23	18.1
3. Frutos secos	63	49.6	57	44.9	7	5.5
4. Frutas	24	18.9	69	54.3	34	26.8
5. Cereales integrales	48	37.8	51	40.2	28	22.0
6. Carnes blancas y rojas magras	37	29.2	61	48.0	29	22.8
7. Restricción de carnes rojas grasas y carnes procesadas	34	26.7	59	46.5	34	26.8
8. Pescados y mariscos	48	37.8	62	48.8	17	13.4
9. Lácteos fermentados y descremados	56	44.1	67	52.8	4	3.1
10. Restricción de lácteos enteros	62	48.9	37	29.1	28	22.0
11. Aceite de oliva	89	70.1	29	22.8	9	7.1
12. Otras grasas saludables (palta y aceite de canola)	81	63.8	33	26.0	13	10.2
13. Vino	118	92.9	7	5.5	2	1.6
14. Restricción de azúcar y snacks y/o bebidas azucaradas	50	39.4	44	34.6	33	26.0

Al evaluar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea en el total de la muestra, se determinó que más de la mitad del personal salud presentó un nivel de adherencia media/alta, mientras que una menor proporción registró un nivel bajo. Al desglosar este resultado según sexo, se observó una distribución similar en ambos grupos, predominando el nivel de adherencia media/alta tanto en el sexo femenino como en el masculino (Figura N°2)

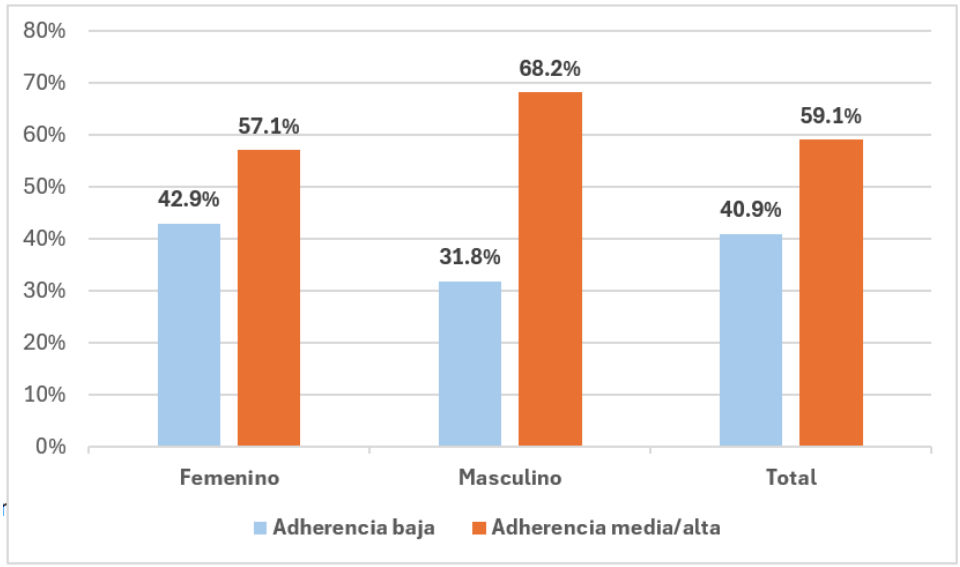

Figura N°2: Distribución porcentual de la adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud según sexo y total de un Centro Materno Infantil, Lima, 2026 (n=127) .

Por otra parte, al evaluar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea según la edad, se observó que el personal de salud de 18 a 44 años presentó una distribución relativamente equilibrada entre quienes alcanzaron una adherencia media/alta y aquellos que presentaron un nivel bajo. En el grupo de 45 años a más predominó el nivel de adherencia media/alta, mientras que una minoría registró un nivel bajo (Figura N°3).

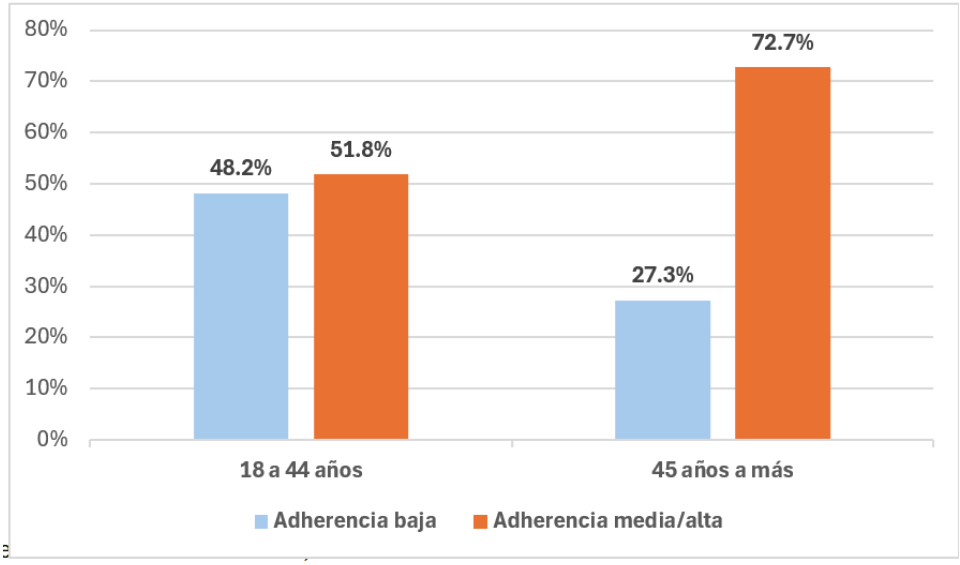

Figura N°3: Distribución porcentual del nivel de adherencia a la dieta mediterránea según edad en el personal de salud de un Centro Materno Infantil, Lima, 2026 (n=127)

Respecto a la clasificación de la calidad del sueño según el nivel de adherencia a la dieta mediterránea, se observó un predominio de mala calidad del sueño tanto en el grupo con baja adherencia como en el grupo con adherencia media/alta. No obstante, la prueba de Chi-cuadrado de Pearson no evidenció una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (Tabla N.° 4).

Tabla N°4: Asociación entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en el personal de salud de un Centro Materno Infantil, Lima, 2026 (n=127)

Nivel de adherencia a la dieta mediterránea	**Clasificación de la calidad del sueño**				X^2	*p*
	Mala		**Buena**			
	n	***%***	***n***	***%***		
Baja	40	76.9	12	23.1		
Media / Alta	53	70.7	22	29.3	0.613	0.434
Total	93	73.2	34	26.8		

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación permitió evaluar conjuntamente la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en personal de salud de un centro materno infantil de Lima. Los resultados evidenciaron una elevada frecuencia de mala calidad del sueño y un predominio de la adherencia media/alta a la dieta mediterránea. Asimismo, se identificaron componentes del patrón mediterráneo con menores niveles de cumplimiento. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea. Estos resultados aportan evidencia local sobre ambas variables en el personal de salud de atención primaria y permiten contextualizar los hallazgos considerando las características laborales y alimentarias de la población estudiada.

Entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea no se evidenció una asociación estadísticamente significativa. Este hallazgo fue similar a lo reportado por Vinaccia et al. (2021)**,** en Colombia, y Bakirhan et al. (2023), en Turquía, quienes tampoco encontraron una asociación entre ambas variables[33,34]. Sin embargo, difiere de lo descrito por Godos et al. (2019), en Italia, y Mohammadi et al. (2023), en Irán, quienes reportaron una asociación significativa entre una mayor adherencia a la dieta mediterránea y una mejor calidad del sueño[30,32]. Cabe señalar que ambos estudios observaron que esta asociación variaba según el estado nutricional, siendo menos consistente o perdiendo significancia en participantes con exceso de peso, condición que estuvo presente en más de la mitad de la población evaluada en el presente estudio. Esta característica podría haber contribuido a la ausencia de asociación observada entre ambas variables.

Una posible explicación de la ausencia de asociación podría ser que la calidad del sueño es un fenómeno multifactorial influenciado por determinantes biológicos, psicológicos y laborales. En el personal de salud, factores como la carga asistencial, el estrés laboral y la organización de los turnos podrían influir sobre el descanso, independientemente de los hábitos alimentarios evaluados. Asimismo, el predominio de mala calidad del sueño en la población estudiada pudo dificultar la identificación de diferencias según el nivel de adherencia a la dieta mediterránea.

En relación con el sexo, el personal femenino constituyó la mayoría de la fuerza laboral. Este hallazgo fue superior a lo reportado por Bakirhan et al. (2023), Melgar-Benavides et al. (2024) y Chávez-Sosa et al. (2020), este último realizado en personal de salud peruano[34,39,46]. Esta predominancia podría explicarse por las características propias de un centro materno-infantil, donde existe una mayor demanda de profesionales de enfermería y obstetricia para la atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido, profesiones que históricamente presentan una mayor participación femenina. En concordancia con ello, enfermería y obstetricia representaron el grupo ocupacional predominante en la presente investigación, debido a que estos profesionales concentran gran parte de las actividades asistenciales propias del primer nivel de atención materno-infantil, como el control prenatal, la planificación familiar, la atención del parto y el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

En relación con la edad, aproximadamente dos tercios de los trabajadores se concentraron entre los 18 y 44 años. Al comparar este resultado con los estudios de Bakirhan et al. (2023) y Melgar-Benavides et al. (2024), se observaron diferencias que podrían estar influenciadas por la distinta forma de categorizar y presentar la edad entre las investigaciones. Una posible explicación es que los establecimientos del primer nivel de atención cuentan con una importante participación de profesionales y técnicos que inician su ejercicio laboral en edades relativamente tempranas, lo que contribuye a una mayor concentración de adultos jóvenes en la fuerza laboral[34,39]. Con respecto al turno laboral, la modalidad no fija, que comprende los turnos rotativos y mixtos con guardias nocturnas, afectó a poco más de seis de cada diez trabajadores de la institución. Una posible explicación de este hallazgo radica en las características propias de los centros materno-infantiles, donde la atención de emergencias obstétricas y neonatales requiere cobertura continua durante las veinticuatro horas del día, favoreciendo la implementación de sistemas de rotación y guardias entre el personal de salud.

El exceso de peso afectó a más de la mitad de los participantes, presentando una frecuencia superior a la reportada por Bakirhan et al. (2023) y Chávez-Sosa et al. (2020), aunque inferior a la observada por De la Cruz et al. (2024). Este hallazgo podría relacionarse con características propias del trabajo asistencial, como las jornadas prolongadas, los horarios irregulares de alimentación y la limitada disponibilidad de tiempo para mantener hábitos saludables[34,37,46]. Respecto a la actividad física, el bajo nivel de actividad física estuvo presente en una proporción importante de trabajadores, siendo más frecuente que lo descrito por Melgar-Benavides et al. (2024). Una posible explicación es que las jornadas laborales prolongadas, las guardias y las responsabilidades asistenciales podrían reducir las oportunidades para realizar actividad física de manera regular[39].

El antecedente o consumo de tabaco afectó aproximadamente a uno de cada siete trabajadores. Respecto al consumo de alcohol, el consumo moderado o alto se presentó en una proporción reducida de participantes. Estos resultados describen la frecuencia de estos comportamientos en la población estudiada; sin embargo, no es posible establecer los factores que explicarían su menor frecuencia, debido a que las variables relacionadas con estas conductas no fueron evaluadas específicamente.

Respecto a la calidad del sueño, se evidenció que la mala calidad del sueño afectó a poco más de siete de cada diez participantes, siendo las perturbaciones del sueño, la calidad subjetiva del sueño y la duración del sueño los componentes más afectados. Este hallazgo fue similar a lo reportado por Bakirhan et al. (2023), en Turquía, y Arriola et al. (2021), en Perú, quienes también describieron una elevada frecuencia de alteraciones del sueño[34,35]. En contraste, al comparar únicamente al personal que laboraba en turno fijo diurno, la frecuencia de mala calidad del sueño observada en el presente estudio fue superior a la reportada por De la Cruz et al. (2024), quienes evaluaron trabajadores de un programa de salud con predominio de jornada diurna[37]. Esta diferencia podría estar relacionada con características propias del trabajo asistencial, como la carga laboral, la atención directa de pacientes y las responsabilidades asociadas al puesto. Asimismo, la realización de actividades laborales adicionales fuera de la jornada habitual podría limitar el tiempo disponible para el descanso. Sin embargo, estos factores no fueron evaluados directamente en el presente estudio, por lo que estas explicaciones deben considerarse como posibles interpretaciones de los hallazgos.

Poco menos de seis de cada diez trabajadores de salud presentaron un nivel de adherencia media/alta a la dieta mediterránea. Este hallazgo fue superior a lo reportado por Vinaccia et al. (2021) en universitarios colombianos y por Vera-Ponce et al. (2023) en estudiantes de medicina peruanos, quienes evidenciaron una menor proporción de participantes con adherencia media/alta[33,38]. Una posible explicación de estas diferencias radica en las características de las poblaciones evaluadas. A diferencia de los estudiantes universitarios, el personal de salud corresponde a una población laboralmente activa que podría presentar mayor autonomía en la organización de sus hábitos alimentarios y mayor conocimiento sobre alimentación saludable, factores que podrían favorecer una mejor adherencia a este patrón alimentario.

La interpretación de la adherencia a la dieta mediterránea también debe considerar las características del instrumento utilizado. El Índice Chileno de Dieta Mediterránea (IDM-Chile) evalúa 14 componentes del patrón alimentario mediante un sistema de puntuación y fue desarrollado y validado en población adulta chilena. Su aplicación en la población estudiada debe interpretarse con cautela, debido a que no se dispone de una validación específica del instrumento en población peruana. A diferencia de instrumentos desarrollados en contextos mediterráneos, el IDM-Chile fue adaptado a las características alimentarias de una población latinoamericana, lo que constituye una característica relevante para su aplicación en contextos no mediterráneos; sin embargo, las diferencias entre los hábitos alimentarios de la población chilena y peruana deben considerarse al interpretar sus resultados. Asimismo, al tratarse de un instrumento autoaplicable basado en la frecuencia de consumo de diferentes componentes del patrón alimentario, la estimación de la adherencia puede estar influida por la percepción y el reporte de los propios participantes. Por ello, los resultados obtenidos mediante el IDM-Chile deben interpretarse considerando tanto las características del instrumento como el contexto alimentario de la población estudiada.

Entre las limitaciones del presente estudio, en primer lugar, se encuentra la reducción de la muestra inicialmente calculada de 133 a 127 participantes lo que incremento el error de 5% a 5.29%. Sin embargo, la muestra final representó el 63.1% de la población considerada y la pérdida de seis participantes fue relativamente pequeña respecto de la población de estudio, por lo que no comprometió significativamente la representatividad y validez estadística de los hallazgos. No obstante, la reducción del tamaño muestral podría haber disminuido la capacidad del estudio para detectar una asociación existente, por lo que no se descarta la posibilidad de un error de tipo II. Asimismo, el elevado p-valor obtenido en la prueba Chi-cuadrado (χ^2) indica que la ausencia de significancia no se atribuiría únicamente a dicha reducción muestral. En segundo lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea. Asimismo, el uso de instrumentos autorreportados puede generar sesgos de memoria y de deseabilidad social, particularmente en la estimación del patrón alimentario. Este último podría ser relevante en el personal de salud, cuyo conocimiento sobre alimentación saludable podría favorecer respuestas acordes con las recomendaciones nutricionales. Además, la falta de validación específica del IDM-Chile en población peruana; asimismo, componentes como el aceite de oliva, el vino y los pescados azules, pueden presentar una frecuencia de consumo baja o nula en el contexto alimentario peruano afectando la puntuación global y la clasificación de la adherencia. Por otro lado, la inclusión exclusiva de personal de salud podría generar un sesgo de trabajador saludable. En particular, se incluyeron tres profesionales de nutrición, equivalentes al 2.36% de la muestra, cuya formación y condiciones laborales podrían constituir una característica diferencial; sin embargo, su reducida proporción hace poco probable una influencia relevante sobre los resultados. Asimismo, no se evaluaron factores potencialmente relacionados con la calidad del sueño, como estrés laboral, ansiedad, síndrome de burnout, consumo de cafeína, carga laboral y trastornos respiratorios del sueño, como la apnea obstructiva del sueño. Finalmente, al realizarse el estudio en un único Centro Materno Infantil de Lima, la generalización de los resultados a otros establecimientos o poblaciones es limitada.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1. Conclusiones

- Entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea no se evidenció una asociación estadísticamente significativa en el personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026.

- La mala calidad del sueño afectó a más de siete de cada diez trabajadores de salud evaluados. Los componentes más afectados del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) fueron las perturbaciones del sueño, la calidad subjetiva del sueño y la duración del sueño.

- Predominó el nivel de adherencia media/alta a la dieta mediterránea en el personal de salud evaluado; no obstante, los componentes con menores niveles de cumplimiento fueron el consumo de vino, aceite de oliva y otras grasas saludables.

V.2. Recomendaciones

- Para la dirección y las áreas responsables de salud ocupacional del Centro Materno Infantil donde se realizó el estudio, se recomienda implementar programas de promoción de la salud orientados a mejorar la calidad del sueño del personal, mediante actividades de educación sobre higiene del sueño, manejo del estrés laboral y fortalecimiento de hábitos saludables que favorezcan un adecuado descanso.

- Para el servicio de nutrición y las áreas de bienestar institucional, se recomienda fortalecer las acciones de educación alimentaria dirigidas al personal de salud, promoviendo una mayor incorporación de alimentos característicos de la dieta mediterránea, especialmente aquellos componentes que evidenciaron menor nivel de cumplimiento, a través de sesiones educativas, material informativo y campañas de alimentación saludable.

- A los futuros investigadores, se recomienda desarrollar estudios longitudinales y multicéntricos que incluyan variables psicológicas, laborales y conductuales, tales como estrés laboral, ansiedad, síndrome de burnout, consumo de cafeína, carga horaria y trastornos respiratorios del sueño, como la apnea obstructiva del sueño, con el propósito de comprender de manera integral los factores asociados a la calidad del sueño y los hábitos alimentarios del personal de salud. Asimismo, se recomienda evaluar instrumentos de adherencia a la dieta mediterránea que hayan sido validados específicamente en población peruana.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Finicelli M, Di Salle A, Galderisi U, Peluso G. The Mediterranean Diet: An Update of the Clinical Trials. Nutrients [Internet]. 19 de julio de 2022 [citado 5 de diciembre de 2025];14(14):2956. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9317652/

2. Nelson KL, Davis JE, Corbett CF. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. Nurs Forum [Internet]. 2022;57(1):144–51. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12659.

3. thensf. What Is Sleep Quality? [Internet]. National Sleep Foundation. 2024 [citado 5 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.thensf.org/what-is-sleep-quality/

4. Philips global sleep survey shows we want better sleep, but only if it comes easily [Internet]. Philips. [citado 5 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/standard/news/press/2019/20190307-philips-global-sleep-survey-shows-we-want-better-sleep-but-only-if-it-comes-easily.html

5. Madrid-Valero JJ, Martínez-Selva JM, Ribeiro do Couto B, Sánchez-Romera JF, Ordoñana JR. Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. Gac Sanit. 2017;31(1):18-22.

6. Guo H, Zhou J, Chen H, Cao X. Prevalence and associated factors of poor sleep quality among Chinese retirees: A multicenter cross-sectional study. J Affect Disord. 1 de enero de 2023;320:42-7.

7. Lage FF, Valim TAC, Fernandes LV, da Silva ACQ, Segheto W, De Melo CM. Sleep quality, frailty components and body composition of community-dwelling older adults: An exploratory study. Rev Espanola Geriatr Gerontol. 2025;60(3):101636.

8. Rodriguez-Alarcon C, Japon-Cueva D, Vinan-Paucar L, Gruezo-Realpea P, Hidalgo M, Moran R, et al. Insomnia Prevalence and Risk Factors Among Hispanic University Staff: A Cross-Sectional Study. Int J Med Stud [Internet]. 2023 [citado 5 de diciembre de 2025]; Disponible en: https://ijms.info/IJMS/article/view/2814

9. Ramos-Padilla P, Villavicencio-Barriga VD, Cárdenas-Quintana H, Abril-Merizalde L, Solís-Manzano A, Carpio-Arias TV. Eating Habits and Sleep Quality during the COVID-19 Pandemic in Adult Population of Ecuador. Int J Environ Res Public Health [Internet]. enero de 2021 [citado 5

de diciembre de 2025];18(7):3606. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3606

10. Santa Helena ET de, Machado NB, Sakae RT, Sousa CA de, Nunes CR de O, Völzke H, et al. Sleep quality and associated factors in adults living in the southern Brazil: A population-based study. Sleep Med X [Internet]. 3 de noviembre de 2024 [citado 5 de diciembre de 2025];8:100133. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11584591/

11. Ministerio de Salud. COVID-19: Supervivientes presentan deterioro en su salud mental tras sufrir la enfermedad [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2021 [citado 2025 dic 5]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/508998-covid-19-supervivientes-presentan-deterioro-en-su-salud-mental-tras-sufrir-la-enfermedad

12. Three-generation Study of Women on Diets and Health Study Group. Low Intake of Vegetables, High Intake of Confectionary, and Unhealthy Eating Habits are Associated with Poor Sleep Quality among Middle-aged Female Japanese Workers. J Occup Health [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 7 de diciembre de 2025];56(5):359-68. Disponible en: https://doi.org/10.1539/joh.14-0051-OA

13. Alruwaili NW, Alqahtani N, Alanazi MH, Alanazi BS, Aljrbua MS, Gatar OM. The effect of nutrition and physical activity on sleep quality among adults: a scoping review. Sleep Sci Pract [Internet]. 21 de octubre de 2023 [citado 7 de diciembre de 2025];7(1):8. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s41606-023-00090-4

14. Alrasheeday A, Alsaeed MA, Alshammari B, Alshammari F, Alrashidi AS, Alsaif TA, et al. Sleep quality among emergency nurses and its influencing factors during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Front Psychol [Internet]. 19 de julio de 2024 [citado 5 de diciembre de 2025];15. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1363527/full

15. Janatolmakan M, Naghipour A, Khatony A. Prevalence and factors associated with poor sleep quality among nurses in COVID-19 wards. Sci Rep [Internet]. 18 de julio de 2024 [citado 5 de diciembre de 2025];14(1):16616. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41598-024-67739-7

16. Kafle B, Tiwari S, Pokhrel A, Shrestha R, Bagale Y, Pahari N. Poor Quality of Sleep among Healthcare Workers in a Tertiary Care Centre. JNMA J Nepal Med Assoc. 24 de febrero de 2024;62(270):118-20.

17. Sotos-Prieto M, Del Rio D, Drescher G, Estruch R, Hanson C, Harlan T, et al. Mediterranean diet – promotion and dissemination of healthy eating: proceedings of an exploratory seminar at the Radcliffe institute for advanced study. Int J Food Sci Nutr [Internet]. 17 de febrero de 2022 [citado 7 de diciembre de 2025];73(2):158-71. Disponible en: https://doi.org/10.1080/09637486.2021.1941804

18. Guasch-Ferré M, Willett WC. The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. J Intern Med [Internet]. 2021 [citado 7 de diciembre de 2025];290(3):549-66. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/joim.13333

19. Dinu M, Pagliai G, Casini A, Sofi F. Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. Eur J Clin Nutr. enero de 2018;72(1):30-43.

20. Flor-Alemany M, Nestares T, Alemany-Arrebola I, Marín-Jiménez N, Borges-Cosic M, Aparicio VA. Influence of Dietary Habits and Mediterranean Diet Adherence on Sleep Quality during Pregnancy. The GESTAFIT Project. Nutrients [Internet]. 20 de noviembre de 2020 [citado 7 de diciembre de 2025];12(11):3569. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7699965/

21. Muscogiuri G, Barrea L, Aprano S, Framondi L, Di Matteo R, Laudisio D, et al. Sleep Quality in Obesity: Does Adherence to the Mediterranean Diet Matter? Nutrients [Internet]. 10 de mayo de 2020 [citado 7 de diciembre de 2025];12(5):1364. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7284844/

22. Exelmans L, Van den Bulck J. Sleep Research: A Primer for Media Scholars. Health Commun [Internet]. 16 de abril de 2019 [citado 10 de diciembre de 2025];34(5):519-28. Disponible en: https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1422100

23. Patel AK, Reddy V, Shumway KR, Araujo JF. Physiology, Sleep Stages. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 10 de diciembre de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526132/

24. Talero C, Durán F, Pérez I. Sueño: características generales: Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. Rev Cienc Salud [Internet]. diciembre de 2013 [citado 10 de diciembre de 2025];11(3):333-48. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692-72732013000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es

25. Davis C, Bryan J, Hodgson J, Murphy K. Definition of the Mediterranean Diet: A Literature Review. Nutrients [Internet]. 5 de noviembre de 2015 [citado 9 de diciembre de 2025];7(11):9139-53. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4663587/

26. Lăcătușu CM, Grigorescu ED, Floria M, Onofriescu A, Mihai BM. The Mediterranean Diet: From an Environment-Driven Food Culture to an Emerging Medical Prescription. Int J Environ Res Public Health [Internet]. marzo de 2019 [citado 9 de diciembre de 2025];16(6):942. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6466433/

27. Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. J Nutr [Internet]. 2011;141(6):1140–5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3945/jn.110.135566

28. Leighton F, Polic G, Strobel P, Pérez D, Martínez C, Vásquez L, et al. Health impact of Mediterranean diets in food at work. Public Health Nutr [Internet]. 2009;12(9A):1635–43. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1017/S1368980009990486

29. Echeverría G, Urquiaga I, Concha MJ, Dussaillant C, Villarroel L, Velasco N, et al. Validación de cuestionario autoaplicable para un índice de alimentación mediterránea en Chile. Rev Médica Chile [Internet]. diciembre de 2016 [citado 10 de diciembre de 2025];144(12):1531-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872016001200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

30. Godos J, Ferri R, Caraci F, Cosentino FII, Castellano S, Galvano F, et al. Adherence to the Mediterranean diet is associated with better sleep quality in Italian adults. Nutrients [Internet]. 2019;11(5):E976. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/nu11050976

31. Fernández-Medina IM, Ruíz-Fernández MD, Hernández-Padilla JM, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Jiménez-Lasserrotte MDM, et al. Adherence to the Mediterranean diet and

self-efficacy as mediators in the mediation of Sleep Quality and grades in nursing students. Nutrients [Internet]. 2020;12(11):E3265. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/nu12113265

32. Mohammadi S, Lotfi K, Mokhtari E, Hajhashemy Z, Heidari Z, Saneei P. Association between Mediterranean dietary pattern with sleep duration, sleep quality and brain derived neurotrophic factor (BDNF) in Iranian adults. Sci Rep [Internet]. 2023;13(1):13493. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-40625-4

33. Vinaccia Alpi S, Quiceno Sierra JM, Duque Chica G, Rincón Unigarro C, Restrepo Yepes OC, Molina Saldarriaga CA, et al. Dieta mediterránea y calidad de sueño en una muestra poblacional universitaria de la ciudad de Medellín, Colombia. Nutr clín diet hosp [Internet]. 2021;41(4). Disponible en: http://dx.doi.org/10.12873/414vinaccia

34. Bakirhan H, Bakirhan YE, Yaşar G. Shift work, sleep, and burnout: the impact of Mediterranean dietary pattern and nutritional status on emergency healthcare workers. Nutr Food Sci [Internet]. 2023;53(2):402–15. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1108/nfs-02-2022-0037

35. Arriola Torres LF, Palomino Taype KR, Quintana Castro L. Calidad de sueño y antojo por azúcares en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. Neurol Argent [Internet]. 2021;13(1):7–13. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.01.004

36. Allende-Rayme FR, Acuña-Vila JH, Correa-López LE, De La Cruz-Vargas JA. Estrés académico y calidad del sueño en tiempos de pandemia por COVID-19 en estudiantes de medicina de una universidad del Perú. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2021;70(3):e93475. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.93475

37. De la Cruz Llanos JE, Flores Luna JM, Lagos Mendieta NT. Asociación entre la calidad del sueño y síndrome metabólico en trabajadores de un Programa de Salud de la ciudad de Ayacucho (Perú) 2023. Nutr clín diet hosp [Internet]. 2024;44(4). Disponible en: http://dx.doi.org/10.12873/444delacruz

38. Vera-Ponce VJ, Guerra Valencia J, Torres-Malca JR, Zuzunaga-Montoya FE, Zeñas-Trujillo GZ, Cruz-Ausejo L, et al. Factors associated with adherence to the Mediterranean diet among medical students at a private university in Lima, Peru. Electron J Gen Med [Internet]. 2023;20(4):em483. Disponible en: http://dx.doi.org/10.29333/ejgm/13083

39. Melgar-Benavides G, Mamani-Urrutia V, Bustamante-López A. Asociación entre percepción del estado de salud y frecuencia de consumo de alimentos ricos en fibra en personal de salud del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, Perú. Nutr clín diet hosp [Internet]. 2024;44(2). Disponible en: http://dx.doi.org/10.12873/442mamani

40. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014

41. Fernández, JA & Royuela, Angel. (1996). La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Informaciones Psiquiatricas. 146. 465-472.

42. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res [Internet]. 1989;28(2):193–213. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4

43. Royuela A, Fernández J. Propiedades clinimetricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. Vigilia-Sueño. 30 de noviembre de 1997;9:81-94.

44. Solís YL, Arana YR, Palacios YA. Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana: Publicado: 5 de enero de 2016. Anales de Salud Mental [Internet]. 2015 [citado el 20 de agosto de 2026];31(2):ginas: 23-30. Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/91

45. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Ferney-Voltaire (FR): World Medical Association; 2024 [citado 2026 jul 27]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

46. Chávez Sosa J, Gaytan Caycho B. Factores de riesgo de los trabajadores de salud con COVID-19 en un hospital de Lima-Este, 2020. Rev Cient Cienc Salud [Internet]. 2021;14(1):67–72. Disponible en: http://dx.doi.org/10.17162/rccs.v14i1.1486

VII. ANEXOS

ANEXO 1: CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR - DIRIS LS

PERÚ Ministerio de Salud | Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur | DIRECCION GENERAL

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Barranco, 06 de Abril del 2026

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN N° D000073-2026-DG-DIRISLS

ACTA DE EXPOSICIÓN 10.03.2026 COM.ET.IN.DIRIS-LS
ACTA DE LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES

EXPEDIENTE N° 2026-0008946

El que suscribe, director general de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, hace constare que:

ANDERSSON PIERO OBLITAS GUTIÉRREZ

Investigador del Proyecto de Investigación **"ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DEL SUEÑO Y ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PERSONAL DE SALUD DE UN CENTRO MATERNO INFANTIL DE LIMA, 2026"**, ha concluido satisfactoriamente el proceso de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, motivo por el cual se autoriza a través del presente el desarrollo del mismo.

El presente proyecto se desarrollará en el C.M.I. Juan Pablo II, de la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

Hacemos de su conocimiento que, al término de la investigación, deberá presentar a la Dirección General de nuestra institución un ejemplar del informe final en formato físico y virtual (PDF), con la finalidad de socializar los resultados, que servirán para fortalecer las acciones de los establecimientos de salud.

De no cumplir con remitir lo indicado, se hará de conocimiento a la universidad de procedencia o institución a la que pertenecen, a fin de ejecutar las acciones que correspondan.

Esta constancia tiene validez por cuatro (04) meses, a partir de su expedición, la misma que puede ser renovable hasta la conclusión de la investigación; para tal fin, deberá presentarse la solicitud 10 días hábiles antes del vencimiento. No autoriza la publicación del estudio por ser un proceso independiente.

El investigador (a) se adecuará a las condiciones establecidas por la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, respecto a la factibilidad de desarrollar el proyecto de investigación bajo modalidad presencial o virtual. Asimismo, deberá cumplir con todos los protocolos de seguridad, como utilizar equipos de protección personal, a fin de evitar el riesgo de infección.

Documento firmado digitalmente

BRAULIO PACHECO SANDOVAL
DIRECTOR GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
(BPS/jgm)

MINSA DIRIS LIMA SUR

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN

Asociación entre la calidad del sueño y la adherencia a una dieta mediterránea en personal de salud de un centro materno infantil de Lima, 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: / /

Estimado/a participante,

Mi nombre es Andersson Piero Oblitas Gutierrez, estudiante de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Actualmente, desarrollo una investigación para determinar la relación entre la calidad del sueño y la adherencia a la dieta mediterránea en el personal de salud de este centro materno infantil.

Su participación es completamente voluntaria y no conlleva gasto alguno. Al colaborar, usted ayudará a generar evidencia científica valiosa sobre la salud de quienes trabajan en el sector sanitario.

Confidencialidad y Seguridad:

Este estudio es de carácter **estrictamente anónimo y no invasivo**. La información recolectada será tratada de forma confidencial y utilizada exclusivamente con fines académicos mediante el procesamiento agregado de datos; es decir, **sus respuestas no serán vinculadas con su nombre ni identidad**. Asimismo, el llenado del cuestionario no implica ningún riesgo para su salud física o integridad psicológica, ya que no se realiza ninguna intervención médica ni manipulación física.

Usted tiene la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto suponga ningún perjuicio o sanción. Los derechos que le asisten como participante serán respetados en todo momento. Completar el cuestionario le tomará, aproximadamente, menos de 20 minutos.

Al firmar este documento, usted declara haber comprendido la naturaleza del estudio y otorga su consentimiento libre e informado para participar.

Firma del/ de la participante	Firma de la persona que aplicó el consentimiento informado

ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE DATOS GENERALES

Instrucciones: Lea atentamente cada pregunta y marque con una (X) la opción que mejor describa su situación actual o complete los espacios en blanco según corresponda.

I. DATOS GENERALES:

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE	
SEXO	**MASCULINO ( ) FEMENINO ( )**
EDAD (años)	
OCUPACIÓN	
TURNO LABORAL (marcar sólo una opción)	● **( ) FIJO DIURNO (MAÑANA/TARDE)** ● **( ) FIJO NOCTURNO** ● **( ) ROTATIVO (CAMBIO PERIODICO DE HORARIO)** ● **( ) MIXTO CON GUARDIAS (TURNO DIURNO + GUARDIAS PROGRAMADAS)**

1. INFORMACIÓN ANTROPOMÉTRICA

PESO HABITUAL / USUAL (kg)	
TALLA (m)	

II. HÁBITOS DE VIDA:

1. **NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA**

BAJO ( )	Actividad mínima o sedentarismo. ● En el trabajo: Permanecer sentado la mayor parte del turno (ej. admisión, caja, escritorio) o con desplazamientos muy cortos y lentos. ● En la vida personal: Estar sentado frente a la TV/celular, caminar poco y lento (ej. ir a la bodega) o tareas del hogar que no cansan.
MODERADO ( )	Actividad que agita un poco la respiración la mayor parte de la semana (3 a 5 días, mín. 30 min/día). ● En el trabajo: Caminar rápido por pasillos o entre áreas, subir/bajar escaleras con frecuencia, bañar o movilizar niños, o limpieza en movimiento continuo.

	• En la vida personal: Caminar rápido como si tuviera prisa, bailar, hacer caminatas largas o cargar las compras pesadas del mercado.
ALTO ( )	Actividad vigorosa que hace sudar o cansa mucho, casi todos los días (6 a 7 días a la semana). • En el trabajo: Traslado constante de equipos médicos pesados, movilización de pacientes de gran volumen o guardias de alta demanda física sin descanso. • En la vida personal: Correr (running), ir al gimnasio (pesas/crossfit), practicar fútbol, vóley o ciclismo intenso.

2. HÁBITO TABÁQUICO (TABAQUISMO)

NO FUMADOR ( )	Nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida
EXFUMADOR ( )	Ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida, pero no fuma nada actualmente.
FUMADOR DE ALGUNOS DÍAS ( )	Ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y fuma actualmente, pero no todos los días
FUMADOR DIARIO ( )	Ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y actualmente fuma todos los días

3. CONSUMO DE ALCOHOL (EXCLUYENDO LA COPA DE VINO EN LAS COMIDAS): *(Considere cerveza, destilados como pisco/ron, o consumo excesivo de cualquier alcohol)*

NUNCA/BAJO CONSUMO ( )	No consume alcohol o lo hace de forma muy aislada (menos de una vez al mes, por ejemplo, solo un brindis en un evento especial).
CONSUMO MODERADO ( )	*Consume de **1 a 3 veces por semana**. (Ej. máximo 1 botella personal de cerveza aprox. 330ml o una copa de coctel o un shot de licor por vez).*
CONSUMO ALTO ( )	*Consume **4 o más veces por semana** (casi a diario) **O** consume grandes cantidades en una sola ocasión. (Ej. Beber 2 o más botellas de cerveza personal en un solo día, o cualquier consumo que llegue a la embriaguez).*

CUESTIONARIO SOBRE EL ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

Instrucciones: Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.

1. Durante el **último mes**, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

3. Durante el **último mes**, ¿a qué hora se ha levantado **habitualmente** por la mañana?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama)

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

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

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

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o "malos sueños":

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

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

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

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

( ) Bastante buena

( ) Buena

( ) Mala

( ) Bastante mala

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

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

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

( ) Ninguna vez en el último mes

( ) Menos de una vez a la semana

( ) Una o dos veces a la semana

( ) Tres o más veces a la semana

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

( ) Ningún problema

( ) Solo un leve problema

( ) Un problema

( ) Un grave problema

CUESTIONARIO NUTRICIONAL PARA CÁLCULO DEL ÍNDICE CHILENO DE DIETA MEDITERRÁNEA (IDM-CHILE)

Instrucciones Generales: Le solicitamos responder las siguientes preguntas de manera honesta y según sus hábitos alimentarios habituales. Marque con una **X** la opción que corresponda en cada ítem. Su participación es voluntaria y toda la información será tratada de manera confidencial.

> **IMPORTANTE:** Para efectos de este cuestionario, las palabras **"Regularmente"** o **"Habitualmente"** se refieren a un consumo frecuente de **al menos 3 a 4 veces por semana**, a menos que la pregunta indique una frecuencia distinta.

1. ¿Cuántas porciones de verduras consume al día? Considere todo tipo de verduras, crudas o cocidas, consumidas como ensaladas, guisos, sopas (hechas de verdura natural), y/o acompañamientos calientes. Las papas no se consideran en este ítem. *(1 porción: 1 taza o 1 plato de entrada)*

a. Ninguna o menos de 1
b. 1 a 2 porciones
c. 3 o más porciones

2. ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume un plato de legumbres? Considere lentejas, garbanzos, frijoles, arvejas secas o deshidratadas *(1 porción: 1 plato hondo o 1.5 tazas de legumbres cocidas)*

a. Ninguna o menos de 1 vez a la semana
b. 1 a 2 veces a la semana
c. 3 o más veces a la semana

3. ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume un puñado de frutos secos? Considere nueces, almendras, maní, avellanas, castañas de cajú, pistachos, etc. *(1 porción: 1 puñado de aprox. 30 g)*

a. Ninguna o menos de 1 vez a la semana
b. 1 a 2 veces a la semana
c. 3 o más veces a la semana

4.¿Cuántas porciones de frutas consume al día? Considere todo tipo de frutas, crudas, cocidas o deshidratadas (huesillos, pasas, higos secos, otros). *(1 porción de frutas: 1 fruta grande (manzana, pera, naranja, plátano, durazno), 2 frutas chicas (kiwis, mandarinas) o 1 taza de fruta picada*

a. Ninguna o menos de 1 porción
b. 1 porción
c. 2 o más porciones

5. ¿Cuántas porciones de cereales integrales consume regularmente cada día? Considere arroz integral, fideos integrales, quinua, avena, pan integral (molde o artesanal), cereales de desayuno integrales, galletas integrales de fibra, y preparaciones a base de harinas integrales. (1 porción: 1 taza de arroz o fideos integrales cocidos, 1 taza de avena o quinua cocida, 2 rebanadas de pan de molde integral o 1 unidad de pan integral tipo francés/artesanal)

a. Ninguna o menos de 1
b. 1 porción
c. 2 o más porciones

6. ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume carnes magras (con poca grasa)? Considere carne de ave, pavo (jamón de pavo), cerdo (filete, pulpa o lomo de cerdo) y carnes rojas (bistec, lomo o cortes magros). *(1 porción: 100-120g o el tamaño de la palma de la mano)*

a. Menos de 1 vez a la semana
b. 1 a 4 veces a la semana
c. 5 a 8 veces a la semana
d. 9 o más veces a la semana

7. ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume carnes altas en grasa o procesadas? Considere carne de cerdo grasa (chuletas, costillas), carne roja grasa (lomo vetado, costillas), cordero, tocino, jamón, cecinas y embutidos, entrañas, hamburguesas preelaboradas. *(1 porción: 100-120 g o el tamaño de la palma de la mano)*

a. Ninguna o menos de 1 vez a la semana
b. 1 a 2 veces a la semana
c. 3 o más veces a la semana

8. ¿Cuántas veces a la semana, en promedio, consume pescados o mariscos? *(1 porción: 1 presa mediana o 1 filete de 150 g)*

a. Ninguna o menos de 1 vez a la semana
b. 1 a 2 veces a la semana
c. 3 o más veces a la semana

9.1 ¿Consume algún producto lácteo semidescremado, descremado o fermentado al día? Considere leche descremada y semidescremada, todo tipo de yogurt, leche cultivada, quesillo, queso fresco y quesos.

a. Sí
b. No (*Si la respuesta es No, pasar directamente a la pregunta 10.1)*

9.2 ¿Cuántas tazas de lácteos descremados, semidescremados o fermentados consume al día?

a. No consumo
b. 1 taza o menos
c. Más de 1 taza

10.1 ¿Consume diariamente leche entera, mantequilla o crema?

a. Sí
b. No (*Si la respuesta es No, pasar directamente a la pregunta 11.1)*

10.2 ¿Consume regularmente más de 1 taza de leche entera al día?

a. Sí
b. No

10.3 ¿Consume regularmente más de 2 cucharaditas (de té) de mantequilla o crema al día?

a. Sí
b. No

11.1 ¿Consume regularmente aceite de oliva?

a. Sí
b. No *(Si la respuesta es No, pasar directamente a la pregunta 12.1)*

11.2 ¿Cuántas cucharaditas (de té) de aceite de oliva consume al día?

a. Ninguna
b. 1 a 2 cucharaditas
c. 3 o más cucharaditas

12.1 ¿Usa regularmente en casa aceite de canola u otro aceite vegetal para cocinar o aliñar ensaladas que según su etiqueta sea puro, es decir, no mezclado con otros aceites? (Ejemplos: Aceite de soya, de girasol, marcas como Wesson, Borges, o similares).

a. Sí
b. No
c. Ocasionalmente
d. No sabe / no lo conoce

12.2 ¿Cuántas paltas consume a la semana regularmente?

a. Ninguna o menos de ½ palta
b. ½ a 3 paltas
c. 4 o más paltas

13.1 ¿Consume regularmente vino con las comidas (4 o más veces a la semana)?

a. Sí
b. No *(Si la respuesta es No, pasar directamente a la pregunta 14.1)*

13.2 ¿Cuántas copas de vino consume al día en promedio?

a. Menos de 1 copa
b. 1 a 2 copas
c. Más de 2 copas

14.1 ¿Consume regularmente dulces, golosinas o postres con azúcar más de 1 vez al día? Considere dulces, gelatina normal (con azúcar), golosinas, chocolates, pasteles, tortas, queques, galletas azucaradas, etc.

a. Sí
b. No

14.2 ¿Consume habitualmente bebidas gaseosas o jugos no light o azucarados durante el día?

a. Sí
b. No

14.3 En promedio, ¿cuántas cucharaditas (de té) de azúcar consume al día?

a. Menos de 4 cucharaditas
b. 4 o más cucharaditas
c. Ninguna o usa endulzantes (sacarina, aspartame, sucralosa, Stevia u otro)

ANEXO 4: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





