

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN INTERNOS
COMUNITARIOS Y HOSPITALARIOS DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL CALLAO – 2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

ALEXANDRA ASUNTA ALVAREZ LOPEZ

MILAGROS DE LA CRUZ COLOS

MARITZA ISABEL ZUASNABAR DE LA CRUZ

Callao, 2022

PERÚ



Callao, 24 de Febrero del 2022

Señor
Presente

Con fecha 24 de Febrero del 2022, se ha expedido la siguiente Resolución:
RESOLUCIÓN DE DECANATO N°035-2022-D/FCS. - Callao; 24 de Febrero del 2022,
**EL DECANATO de LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

Visto el DICTAMEN N°02 DE SUSTENTACIÓN DE TESIS – PRE GRADO de fecha 23 de Febrero del 2022, presentado por el Jurado de Sustentación de Tesis, mediante el cual emiten dictamen favorable de la Tesis titulada “**CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN INTERNOS COMUNITARIOS Y HOSPITALARIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO- 2019**”, elaborado por los Bachilleres: **ZUASNABAR DE LA CRUZ, MARITZA ISABEL; ALVAREZ LOPEZ, ALEXANDRA ASUNTA Y DE LA CRUZ COLOS MILAGROS**.

CONSIDERANDO:

Que, según el Art. 90 del Estatuto de la Universidad Nacional del Callao, la investigación base fundamental de la actividad universitaria, es un proceso dinámico, multidisciplinario e integrador, orientada a lograr nuevo conocimiento científico y tecnológico, que permita el desarrollo sostenible y sustentable del país;

Que, en cumplimiento lo estipulado en el literal a) del artículo 81° del Reglamento de Grados y Títulos, aprobado mediante Resolución N°245-2018-CU de fecha 30 de octubre del 2018. Si el dictamen es favorable, el Decano emite la resolución de decanato, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad, mediante la cual declara expedita la tesis y comunica al jurado y al autor de la tesis, el local, la fecha y hora en que se realizará la sustentación;

Que, mediante Resolución de Decanato N°289-2020-D/FCS, del 10 de Diciembre del 2020, se designó Jurado de Sustentación de Tesis de Pregrado para optar el título Profesional de Licenciados en Enfermería, titulada “**CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN INTERNOS COMUNITARIOS Y HOSPITALARIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO- 2019**”, elaborado por los Bachilleres: **ZUASNABAR DE LA CRUZ, MARITZA ISABEL; ALVAREZ LOPEZ, ALEXANDRA ASUNTA Y DE LA CRUZ COLOS MILAGROS**;

Que, DICTAMEN N°02 DE SUSTENTACIÓN DE TESIS – PRE GRADO de fecha 23 de Febrero del 2022, presentado por el Jurado de sustentación de la Tesis mencionada, emite dictamen favorable de la tesis y propone fecha y hora de sustentación;

Que, en uso de las atribuciones que le confiere el Art. 189° del Estatuto de la Universidad Nacional del Callao; y debido a la emergencia nacional por COVID-19 y frente a la medida de aislamiento social obligatorio (cuarentena), dispuesta en el D.S. N° 044-2020-PCM y al amparo del D.U. N° 026-2020 que autoriza modificar el lugar de prestación de servicios de los trabajadores para implementar el trabajo remoto, y en cumplimiento de la resolución N° 068-2020-CU del 25 de marzo de 2020 que aprueba la modificación del lugar de la prestación de servicios de docentes y administrativos de la UNAC, así como Resolución de CF N°191-2020-CF/FCS, que aprueba el Trabajo Remoto de las labores académico administrativas en personal docente y administrativo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao y Decreto Legislativo N° 1505, Decreto Legislativo que establece medidas temporales excepcionales en materia de gestión de recursos humanos en el sector público ante la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19;



RESUELVE:

1. Declarar **EXPEDITO** para la Sustentación de la Tesis para optar título de Licenciado en Enfermería titulada "**CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN INTERNOS COMUNITARIOS Y HOSPITALARIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO-2019**", elaborado por los Bachilleres: **ZUASNABAR DE LA CRUZ, MARITZA ISABEL; ALVAREZ LOPEZ, ALEXANDRA ASUNTA Y DE LA CRUZ COLOS MILAGROS.**
2. El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo el día **LUNES 28 de Febrero del 2022** a las **14:00** horas, on line via internet mediante la aplicación multiplataforma de video conferencia Blackboard Collaborate.
3. Elévese la presente Resolución a Decanato, Unidad de Investigación, Jurado de Sustentación e interesadas.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

(FDO.): Dr. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA.- Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud.- Sello:

(FDO.): Dr. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA.- Secretario Académico.- Sello

Lo que transcribo a usted para los fines pertinentes.



DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA
DECANO



DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA
Secretario Académico

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, mi madre, familiares y profesores por haberme forjado como la persona que soy; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso y a nuestros padres por bendecirnos, Guiarnos, Cuidarnos y protegernos en todo momento frente a tantas adversidades de cada día de nuestras vidas, iluminando camino para la culminación de nuestro estudio.

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a toda mi familia, principalmente a mis padres que han sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, por brindarme la confianza, consejos, oportunidades y recursos para lograrlo, a mi esposo por estar siempre en esos momentos difíciles y por último a mi hijo Santiago que es mi motivo a seguir creciendo profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la vida, guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad.

Gracias a nuestros padres: Ricardo y Rosa; Nilda y Fermina, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos valores y principios inculcados.

Agradecemos a nuestras compañeras de tesis por ser perseverantes y por su dedicación.

INDICE

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
I. RESUMEN.....	xii
II. ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Objetivos.....	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1.3.2 Objetivos específicos.....	3
1.4. Limitantes de la Investigación.....	3
II. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 Antecedentes de estudio: Internacional y Nacional.....	4
2.1.1 Internacionales.....	4
2.1.2 Nacionales.....	6
2.2 Bases Teóricas.....	9
2.3 Conceptual:.....	14
2.3.1 Conceptos generales del sueño.....	14
2.3.2. Importancia de la Calidad de sueño:.....	15
2.3.3 Antecedentes de estudios del sueño.....	16
2.3.4 Fisiología del ritmo.....	18
2.3.5 Funciones del Sueño:.....	20

2.3.6 Higiene del sueño.....	22
2.3.7 Índice De Calidad Del Sueño De Pittsburg – Versión Peruana.....	24
2.3.8 Somnolencia.....	29
2.3.9 Escala De Somnolencia Diurna Epworth - Versión Peruana Modificada (ESE-VPM).....	30
2.3.10 Situaciones de evaluación de la Escala De Somnolencia Diurna Epworth	31
2.3.11 Niveles de clasificación de la Escala De Somnolencia Diurna Epworth	32
2.4 Definición De Términos Básicos	33
2.4.1. Calidad de Sueño:.....	33
2.4.2 Somnolencia Diurna:.....	34
2.4.3 Estudiante de Enfermería.....	34
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	35
3.1 Hipótesis.....	35
3.1.1 Hipótesis General	35
3.1.2 Hipótesis específicos.	35
3.2 Definición conceptual de variables.....	35
3.3 Operacionalización de variables.....	36
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	39
4.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	39
4.2 Método De Investigación	39
4.3 Población y muestra	40
4.3.1 Población	40
4.3.2 Criterios de inclusión.....	42
4.3.3 Criterios de exclusión.....	42
4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado.	42
4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	43
4.5.1 Técnica.....	43

4.5.2. Instrumento.....	43
4.6 Análisis y procesamiento de datos:	45
V. RESULTADOS	46
5.1 Resultados descriptivos.....	46
5.2 Resultados inferenciales.....	47
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	52
6.1 Contrastación de la hipótesis.....	52
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	53
6.3 Responsabilidad ética.....	54
VII. CONCLUSIONES.....	56
VIII. RECOMENDACIONES.....	57
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXO	62
MATRIZ DE CONSISTENCIA	63
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
MATRIZ DE DATOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1.1.	
Calidad de sueño de los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	46
Tabla 5.1.2.	
Nivel de somnolencia en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	46
Tabla 5.2.1.	
Calidad subjetiva del sueño en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	47
Tabla 5.2.2.	
Latencia del sueño en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	47
Tabla 5.2.3.	
Duración del dormir en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	48
Tabla 5.2.4.	
Eficiencia del sueño en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	48
Tabla 5.2.5.	
Perturbaciones del sueño en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	49

Tabla 5.2.6.	
Uso de medicamentos para dormir en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	49
Tabla 5.2.7.	
Disfunción diurna en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	50
Tabla 5.2.8.	
Relación entre la calidad de sueño con el nivel de somnolencia en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.	50
Tabla 6.1.1	
Pruebas de Chi-cuadrado para calidad de sueño y somnolencia.	52
Tabla 6.1.2	
Correlación de Spearman entre la calidad de sueño y somnolencia.	52

I. RESUMEN

El presente estudio titulado “**Calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019**”. Tiene como finalidad estudiar la calidad de sueño y la somnolencia diurna en los estudiantes internos de enfermería quienes conforman a un grupo de población de gran riesgo para desarrollar alteraciones en los patrones de sueño, debido a varios factores como: horario completo de guardias nocturnas y diurnas, clases, exámenes, elaboración de tesis, cursos extras y otras responsabilidades personales (labores de la casa, trabajo, hijos, etc.). Tiene por **objetivo** determinar la relación que existe entre la calidad de sueño y somnolencia diurna. La **metodología** de la investigación fue descriptivo con diseño correlacional de corte transversal de una población de 105 alumnos internos de enfermería, teniendo como muestra 46 estudiantes internos de enfermería matriculados en las asignaturas del Internado Comunitario y Hospitalario, durante los meses de Agosto a Diciembre del 2019 (duración de un semestre académico); se usaron dos instrumentos para el estudio: la escala de somnolencia de Epworth y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh debidamente validados. En los **resultados** se determinó la buena calidad de sueño debido a que presenta en sus siete indicadores, cuatro indicadores con respuesta positiva (calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración de dormir, eficiencia del sueño, medicamentos para dormir) y tres indicadores negativos (latencia del sueño, perturbación para dormir, disfunción diurna) lo que le da como resultado final una buena calidad del sueño y una leve somnolencia diurna en los internos de enfermería. Se **concluye** que existe una relación directa entre la calidad de sueño y somnolencia diurna con un nivel significativo de 6.5 % en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Palabras claves: Calidad de sueño, Somnolencia, sueño, internos.

II. ABSTRACT

The present study entitled "Sleep quality and daytime sleepiness in community and hospital inmates of the National University of Callao - 2019". Its purpose is to study the quality of sleep and daytime sleepiness in internal nursing students who make up a population group at high risk for developing sleep patterns alterations, due to various factors such as: full schedule of night and day shifts, classes, exams, thesis preparation, extra courses and other personal responsibilities (housework, work, children, etc.). Its objective is to determine the relationship between sleep quality and daytime sleepiness. The research methodology was descriptive with a cross-sectional correlational design of a population of 105 nursing intern students, having as a sample 46 nursing intern students enrolled in the Community and Hospital Internship subjects, during the months of August to December 2019 (duration of an academic semester); Two instruments were used for the study: the Epworth Sleepiness Scale and the Pittsburgh Sleep Quality Index, duly validated. In the results, good sleep quality was determined because it presents in its seven indicators, four indicators with a positive response (subjective quality of sleep, sleep latency, duration of sleep, sleep efficiency, sleep medications) and three negative indicators (sleep latency, sleep disturbance, daytime dysfunction) resulting in good sleep quality and mild daytime sleepiness in nursing interns. It is concluded that there is a direct relationship between sleep quality and daytime sleepiness with a significant level of 6.5% in community and hospital inmates of the National University of Callao - 2019.

Keywords: Sleep quality, Drowsiness, sleep, internal.

INTRODUCCIÓN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de sueño y la somnolencia diurna en los internos de enfermería, comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao. Por lo que se estudió sobre el sueño, el cual nos indica que es una necesidad inherente a la naturaleza humana, es tan necesario como mantenerse hidratado o alimentarse. Es fundamental recalcar la importancia de la cantidad de horas que duermes, como la calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas) lo que demuestra que dormir es necesario e imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico.

Uno de los principales problemas para permanecer despierto se conoce como somnolencia diurna (SD) que se asocia con el deterioro del desempeño, y se caracteriza por sentir un impulso fuerte de dormir con frecuencia seguido por un periodo de sueño, que no puede controlarse el quedarse dormido; que puede ocurrir luego de comer, hablar con alguien u otras situaciones, poniendo en peligro la vida.

A nivel fisiológico, la mala calidad de sueño puede producir la reducción de los reflejos, capacidad de concentración disminuida, problemas de apetito y gástricos que alteran el funcionamiento general de nuestro organismo, además de aumentar el riesgo de accidentes en la vida cotidiana; señala la OMS.

En cuanto a la salud mental, una buena noche de sueño puede ayudar a tener un buen estado de ánimo e incluso prevenir sentimientos de depresión.

Los estudiantes internos de enfermería son un grupo de población que resulta vulnerable a la mala calidad del sueño y la somnolencia diurna, debido a varios factores como horario completo de guardias que constan de 150 horas mensuales, horarios académicos, cursos extras y otras responsabilidades personales (labores de la casa, trabajo, hijos, etc.). En las guardias diurnas y nocturnas, el alumno interno de enfermería podría tener momentos de descanso,

sin embargo; no completa el ciclo del sueño que consta de 6-8 horas como mínimo, por lo tanto; no habrá una adecuada calidad de sueño y las consecuencias se notarán durante el día en su desempeño de actividades mostrando somnolencia diurna.

Es importante destacar que el estudio está dirigido a determinar la relación entre la calidad de sueño y la somnolencia diurna en los internos de la Universidad Nacional del Callao, pero no se profundizará en otros efectos que pueda ocasionar la mala calidad de sueño como por ejemplo el daño a nivel fisiológico, psicológicos y el mal rendimiento de las diferentes actividades físicas y académicas entre otros. Teniendo en cuenta lo anterior, nos planteamos a conocer ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y la somnolencia diurna de los internos de enfermería de la Universidad Nacional del Callao 2019?

El estudio consta de siete apartados; I: Planteamiento del problema, que incluye la determinación del problema, formulación del problema, objetivos y limitantes de la investigación, II: Marco teórico que incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, III: Hipótesis, considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, IV: Diseño metodológico; V: resultados VI: Discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En la actualidad la calidad de sueño se consideraría un problema de salud pública puesto el no tener una calidad de sueño saludable presenta consecuencias negativas que pueden repercutir en la salud y desenvolvimiento de la persona con su entorno.

En vista que no se observó muchos trabajos aplicados en la Escuela Profesional de Enfermería, acerca de la calidad de sueño y somnolencia, es que se decide proponer el tema de investigación y mediante la observación se demuestra la problemática que existe en los estudiantes internos de enfermería que realizaban la jornada comunitaria y hospitalaria, llegar a clases manifestando: “no he dormido bien, dormí pocas horas”, “tengo mucho sueño”, “cabeceo durante clases, no paro de bostezar”, afirmando que era causa de las exigencias académicas, debido a que tienen que cumplir jornadas de internado de 150 horas mensuales , además de acudir a clases que rigen en el semestre académico y en algunos casos actividades extracurriculares (trabajos laboral, cuidado de hijos, quehaceres en el hogar, etc.).

Debido a la importancia que tiene el factor calidad de sueño en el sector estudiantil, se menciona que es una necesidad fisiológica vital para el correcto funcionamiento del organismo, su privación parcial es acumulativa, conduciendo al déficit de este y como consecuencia repercute en el aprendizaje. Otros efectos que provoca la mala calidad de sueño son: cansancio, desgano e irritabilidad que pueden traer a corto o a largo plazo problemas que arriesgue la salud. La somnolencia diurna, puede llegar a interferir en el desempeño académico y profesional. Por lo que se hace necesaria la evaluación de la calidad de sueño y somnolencia.

Por tratarse de un tema de importancia médica y social es relevante realizar esta investigación para brindar información confiable y poder emprender medidas destinadas a cambiar, mejorar y/o disminuir la problemática con el fin de contribuir a una permanencia y culminación exitosa de la carrera universitaria.

Así mismo algunas teorías nos mencionan lo siguiente:

Según LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), asegura que no dormir lo necesario ya es una epidemia mundial, y cada vez es mayor el reconocimiento del sueño en la salud pública. Cuatro millones de personas, aproximadamente el 10 % de la población, padecen problemas de insomnio crónicos y graves, lo que supone una exposición importante a ciertos problemas de salud.

La mala calidad del sueño puede ser un desencadenante de determinados trastornos neurológicos como ictus, párkinson, o alzhéimer, el cual "Existe una relación bidireccional entre sueño y alzhéimer. La OMS considera que es necesaria una vigilancia continua de la salud pública en cuanto a la calidad, duración, conducta y trastornos del sueño con el objetivo de monitorear las dificultades para dormir y sus efectos sobre la salud. (1).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y la somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019?

Problemas Específicos

a) ¿Cómo es la calidad de sueño de los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019?

b) ¿Cuál es el nivel de somnolencia diurna en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

1.3.2 Objetivos específicos.

a) Identificar la calidad de sueño de los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

b) Identificar el nivel de somnolencia diurna en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

1.4. Limitantes de la Investigación

- Limitante teórica: Existe limitada y desactualizada información sobre referencias bibliográficas que aborden al tema de estudio.
- Limitante temporal: No se logró desarrollar el trabajo dentro de los tiempos planificados debido a los horarios académicos programados para los internos.
- Limitante espacial: No se presentaron limitantes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio: Internacional y Nacional

2.1.1 Internacionales

DE LA PORTILLA M. (Colombia – 2018), realizó el estudio titulado Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en universitarios de diferentes dominios, su **objetivo** fue determinar el estado de la calidad del sueño y de la somnolencia diurna excesiva en universitarios de diferentes carreras de pregrado, en una universidad pública de Manizales durante el primer semestre del 2016. La **metodología** del estudio fue descriptivo correlacional de carácter transversal en la que se trabajó con una muestra de 547 estudiantes que de manera voluntaria participaron de la investigación. Los **resultados** generales fueron que los estudiantes tienden a tener una calidad de sueño que merece atención y tratamiento médico (77,1 %). Asimismo, que el 70,3 % presenta somnolencia leve o moderada, **concluyendo** que la mala calidad del sueño y la somnolencia diurna se presentan en diferentes áreas de dominio y disciplinas, y no solo en los pregrados en salud requiriendo una mayor educación en relación con la higiene del sueño. (2).

DUSSAN C. (Colombia- 2017), realizó el estudio titulado Caracterización de la calidad del sueño y de la somnolencia diurna excesiva en una muestra de estudiantes del programa de medicina de la Universidad de Manizales Colombia, su **objetivo** fue caracterizar la calidad del sueño y la somnolencia diurna excesiva en estudiantes del pregrado de Medicina. La **metodología** del estudio fue descriptivo, correlacional y transversal. Los **resultados** evidenciaron que los estudiantes que han participado en la investigación presentan una calidad del sueño que requiere atención y tratamiento médico en el 91,9% de los casos, así mismo, que el 68,7% de los estudiantes presentó somnolencia moderada. Se **concluye** que existe mala calidad del sueño y la presencia de somnolencia

diurna excesiva en la población universitaria evaluada, por lo que se recomienda implementar programas de educación para mejorar la eficiencia y la higiene del sueño. (3).

ADORNO I. (Paraguay – 2016), realizó el estudio titulado Calidad del sueño en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de la Asunción – Paraguay, su **objetivo** fue determinar la calidad del sueño en estudiantes de Medicina de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, Asunción-Paraguay, 2015. La **metodología** del estudio fue analítico y transversal. Se planteó los **resultados** donde se analizaron 248 encuestas, 155 (62,5%) del sexo femenino y 93 (37,5%) del sexo masculino, las edades comprendidas fueron de 18 a 35 años, con una media de $22,2 \pm 2,6$ años. Según dicho Índice, 65 personas (26,21 %), con una puntuación menor o igual a 5 se les asignaron la calidad de Buenos Soñadores y 183 personas (73,79%), con una puntuación mayor a 5, a los que se les asignó la calidad de Malos Soñadores. El 49,18% de los malos soñadores realizan actividades antes de dormir que pudieran interferir en la calidad del sueño, **concluyendo** que los estudiantes tienen un alto porcentaje de mala calidad de sueño según el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. (4).

NUNES DE ARAUJO M. (Brasil-2016), realizó el estudio titulado Estándar del sueño en estudiantes de Enfermería de la Universidad Pública Estatal – Brasil, su **objetivo** fue evaluar el patrón de sueño de un estado a los estudiantes de enfermería de la universidad pública. La **metodología** del estudio fue descriptivo, transversal y cuantitativa. Los **resultados** según la prueba de PSQI mostró que el 100% de los estudiantes presentaron mala calidad de sueño o poco sueño reparador. La ESS demostró que 85,7% presentaron somnolencia diurna excesiva y, dentro de ese total, el 26,2% obtuvieron puntuaciones mayores de 16 puntos, presentando somnolencia diurna excesiva grave. En **conclusión**, el sueño de los estudiantes está comprometidos y con mala calidad, presentando somnolencia diurna excesiva que posiblemente se relaciona con las diversas actividades curriculares y extracurriculares (5).

MACHADO M. (Colombia-2015), realizó el estudio titulado Somnolencia diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento académico en estudiantes

de medicina con el **objetivo** de establecer la prevalencia de SED, la calidad del sueño y evaluar su asociación con bajo rendimiento académico en los estudiantes de medicina. La **metodología** del estudio fue descriptivo, observacional. Se planteó los **resultados** de los estudiantes evaluados tenían una edad promedio de $21,7 \pm 3,3$ años; el 59,4% eran varones. Se estableció que el 49,8% tenía criterios de SED y el 79,3% eran malos dormidores (ICSP ≥ 5). El 43,3% tuvo bajo rendimiento académico durante el último semestre. El análisis bivariado reveló que haber consumido tabaco o alcohol hasta la embriaguez, tener calidad de sueño subjetiva bastante mala, eficiencia $< 65\%$ y ser mal dormidor se asociaron con mayor riesgo de bajo desempeño. En el análisis multivariable, una eficiencia de sueño $< 65\%$ se asoció estadísticamente con pobre rendimiento académico ($p = 0,024$; odds ratio = 4,23; Intervalo de confianza del 95%, 1,12-15,42). Se **concluye** que la baja calidad del sueño determinada por baja eficiencia influye en un menor rendimiento académico al final del semestre de los estudiantes de Medicina (6).

2.1.2 Nacionales

QUISPE W. (Puno-2018), realizó el estudio titulado somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno-2017, su **objetivo** fue determinar la somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de la Facultad de Enfermería; con un **método** de estudio descriptivo, no experimental y transversal. Su **resultado** fue que el V semestre presentó una somnolencia leve 50.00%, y un total de 39.84% sin somnolencia; y en calidad de sueño se observó en ambos semestres que un 86,72% presentaron una mala calidad de sueño, en el primer componente ICSP se observaron en el V y VI semestre que un 49.22% tuvieron una mala calidad subjetiva de sueño, en el segundo componente: el V semestre 45.65% con una mala latencia de sueño, un total de 37.50% mala calidad de sueño; tercer componente V y VI semestre el 45.31% estuvo con una duración de sueño entre 5 a 6 horas; cuarto componente: ambos semestres en un 45.31% presentaron una eficiencia de sueño $> 85\%$; quinto componente: el V semestre 51.61%

presentó una moderada perturbación de sueño y en un total de 49.22% perturbación leve; sexto componente: en ambos semestres el 77.34% ninguna vez usaron medicación hipnótica; en el séptimo componente en ambos semestres el 43.75% presentaron una mala disfunción diurna, **concluyendo** que la somnolencia en el V semestre es leve y el VI semestre sin somnolencia; y ambos semestres presentan una mala calidad de sueño (7).

BALDERA M. (Lima – 2018), realizó el estudio titulado Calidad de sueño de los internos de enfermería del Hospital Sergio Bernales Comas 2018, su **objetivo** fue determinar la calidad de sueño de los internos de enfermería del Hospital Sergio Bernales. La **metodología** del estudio fue cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal. Se planteó los **resultados** donde la calidad de sueño de los internos de enfermería es mala en un 72.5% y solo el 27,5% presenta una buena calidad de sueño. Al analizar según dimensiones se obtuvo que en la calidad subjetiva el 50.0% se acostaba a las 24 horas y el 22.5% se acostaba a las 23 horas, en la dimensión latencia del sueño el 42,5% tarda en conciliar el sueño unos 20 a 25 minutos y el 22.5% tardaba entre 26 a 31 minutos en conciliar el sueño, en la dimensión duración del sueño el 40.0% manifestaron que solo dormían 5 horas , mientras que el 27,5% manifestó que solo dormía 4 horas ,en la dimensión eficiencia del sueño el 47.5% manifestó despertarse a las 5 de la mañana y el 25.0% manifestó despertarse a las 4 de la mañana, en la dimensión de perturbación del sueño el 45.0% manifestó sentir poca perturbación de sueño y el 7.5% no tener ningún problema. La dimensión de uso de medicamentos para dormir el 47.5% toma menos de una vez a la semana medicamento para dormir y el 25.0% manifestó que nunca toma medicamento. En la dimensión de disfunción diurna el 45.0% manifestó sentir somnolencia o sueño menos de una vez a la semana y el 10.0% ninguna vez en las últimas semanas. El 75.0% manifestó sentirse desganado o con pocos ánimos para realizar sus actividades y el 7.5% no manifestó nada. En **conclusión**, los internos de enfermería del Hospital Sergio Bernales el 72.5% presentaron mala calidad de sueño. (8)

LUYO K. (Lima -2017), realizó el estudio titulado Somnolencia diurna y calidad del sueño en internos de medicina del Hospital María Auxiliadora, su **objetivo**

fue determinar la asociación entre somnolencia diurna y calidad del sueño en internos de medicina del Hospital María Auxiliadora durante el año 2017. La **metodología** del estudio fue observacional, analítica y de estudio transversal. Se planteó los siguientes **resultados**, la edad promedio de la muestra fue 24 años. Siendo el 60% (65 alumnos) de sexo femenino. Según la escala de Somnolencia Epworth - Versión Peruana Modificada, el 84.62% de los internos de medicina del hospital María Auxiliadora eran malos dormidores y el 89.23% tenían somnolencia diurna excesiva. Según el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, se encontró que del componente de calidad de sueño la percepción subjetiva del sueño fue bastante mala en el 53.85% (35 alumnos), la latencia del sueño fue bastante buena en el 46.15% (30 alumnos), la duración del sueño fue de 5-6 horas en el 86,15% % (56 alumnos); la eficiencia del sueño fue mayor al 85% en el 78.13% (50 alumnos); las perturbaciones del sueño ocurrieron menos de una vez por semana en 66.15% (43 alumnos); el 75.38% (49 alumnos) no usa medicación hipnótica para dormir. Se **concluye** en el estudio, los estudiantes son malos dormidores presentando como un factor de riesgo para presentar somnolencia diurna. (9)

PAICO E. (Lima - 2016), realizó el estudio titulado Calidad de sueño y Somnolencia Diurna en internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el período setiembre - noviembre del 2015, su **objetivo** fue determinar la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el período setiembre - noviembre del 2015, la **metodología** del estudio fue descriptivo, transversal. Dentro de los **resultados** se halló que el 56.44 % tienen una calidad de sueño bastante mala y el 37.62 % presentan somnolencia marginal o moderada. En **conclusión**, los internos de medicina presentan una calidad de sueño bastante mala llevando a presentar una somnolencia excesiva (10).

PRETTY B. (Lima-2016), realizó el estudio titulado Calidad de sueño y adaptación a la vida universitaria en estudiantes universitarios, su **objetivo** fue examinar la relación entre la calidad de sueño y la adaptación a la vida universitaria en un grupo de 103 estudiantes de las Facultades de Letras y

Ciencias de una universidad privada de Lima, del segundo semestre en adelante. La **metodología** del estudio fue no experimental, descriptivo, correlacional. Se planteó a los **resultados** teniendo como hallazgo que la calidad de sueño se asocia significativamente con cuatro dimensiones de la adaptación a la vida universitaria: personal, interpersonal, estudio e institucional. Además, se encontró que el 51.5% de los alumnos padecen mala calidad de sueño. **Concluyendo** que la calidad de sueño está deteriorada en los estudiantes universitarios y que está relacionada con la adaptación a la vida universitaria (11).

2.2 Bases Teóricas

Teoría de las Necesidades Humanas

Según Abraham Maslow en su teoría de las Necesidades Humanas, preciso el sueño es una necesidad básica del ser humano. Es un proceso universal común a todas las personas. A pesar de una considerable investigación, no existe ninguna definición comúnmente aceptada del sueño. Históricamente se consideró un estado de inconsciencia, más recientemente se ha considerado un estado de conciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno está disminuido. Lo que parece que está claro es que el sueño se caracteriza por una actividad física mínima, unos niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos del organismo y disminución de la respuesta a los estímulos externos (3).

Según Maslow, las necesidades básicas son más potentes y tienen prevalencia sobre las otras necesidades. Una vez satisfechas las necesidades básicas, se manifiestan las necesidades superiores. De acuerdo con ELIZALDE A (13)

Teoría de las 14 Necesidades

De acuerdo con el boletín de NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO. Enfermería Comunitaria. Refiere que según Virginia Henderson se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse

a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. Las personas tenemos la necesidad de dormir y descansar durante toda la vida, pues es imprescindible recuperar la energía perdida en la realización de las actividades de la vida, para mantener la salud. Sin sueño y descanso, la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación implica un gasto adicional de energía. Con nuestra valoración, debemos describir la capacidad de la persona de cubrir esta necesidad, con el fin de intervenir eficazmente sobre un patrón ajustado que permita a la persona una adecuada interrelación con su entorno. (13)

Los cuidados básicos de V. Henderson son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, “este es el aspecto de su trabajo, de su función, que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación” RAILE M. (14).

Conceptos meta paradigmáticos

Persona:

Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad influyente por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para supervivencia necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana. (10)

Entorno:

Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su

independencia y, por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

- Físicos: aire, temperatura, sol, etc.
- Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia. (10)

Salud:

La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas. Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura) dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias), tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender). (10)

14 necesidades Fundamentales Humanas según V. Henderson.

1. Respirar Normalmente
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso. Vestirse y desvestirse.
6. Usar prendas de vestir adecuadas. Termorregulación.
7. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantener la higiene personal.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.

13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad. (10)

Tipología de Abdellah

Faye Glenn Abdellah considera la enfermería como un arte y una ciencia que moldea la actitud, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas individuales de la enfermera en su deseo y su capacidad de ayudar a las personas a afrontar sus necesidades de salud. En la publicación de NARANJO Y. (15)

Los 21 problemas de enfermería:

1. Mantener una buena higiene y bienestar físico.
2. Favorecer una actividad óptima: ejercicio, descanso, sueño.
3. Promover la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones y otros tipos de traumatismos, y mediante la prevención de la propagación de infecciones.
4. Mantener una buena mecánica corporal y prevenir y corregir las deformidades.
5. Facilitar el mantenimiento del aporte de oxígeno a todas las células del cuerpo.
6. Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo.
7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación.
8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico.
9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las enfermedades: patológicas, fisiológicas y compensadoras.
10. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos y funciones reguladoras.
11. Facilitar el mantenimiento de la función sensitiva.
12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivos y negativos.
13. Identificar y aceptar la interrelación entre las emociones y las enfermedades orgánicas.
14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz.

15. Favorecer el desarrollo de relaciones interpersonales productivas.
16. Facilitar el progreso hacia la consecución de los objetivos espirituales personales.
17. Crear o mantener un entorno terapéutico.
18. Facilitar la conciencia del propio yo como individuo, con necesidades físicas, emocionales y evolutivas variables
19. Aceptar los objetivos posibles óptimos a la luz de las limitaciones, tanto físicas como emocionales.
20. Utilizar recursos comunitarios como ayuda para resolver los problemas que surgen de las enfermedades.
21. Entender la importancia de los problemas sociales como factores que influyen en la causa de las enfermedades. (15)

Necesidades básicas en cuidados de enfermería

Los cuidados básicos de enfermería se encuentran en el origen de la propia humanidad, es decir, en las necesidades de alimentación, higiene, eliminación o necesidad de descanso y sueño que el ser humano tiene como tal y que se pueden ver afectadas o alteradas. Hay que tener en cuenta que las alteraciones del sueño no remiten con rapidez por lo que se deben establecer objetivos a corto plazo para establecer pautas de sueño rutinarias y los de largo plazo enfocados a mejorar el estado general de descanso.

Las medidas para proporcionar descanso y sueño adecuados se dirigen hacia la comodidad física, eliminación de la ansiedad y conseguir un sueño en calidad y cantidad suficiente desde la perspectiva individual (14).

1. Importancia de la necesidad: Todas las personas necesitan dormir cada día para proteger y restaurar las funciones corporales. Normalmente, el ciclo de sueño- vigilia se ajusta a un ritmo de 24 horas, coordinado con otras funciones fisiológicas, como la temperatura corporal. Tras quedarse dormido, el individuo atraviesa una serie de fases que contribuyen decisivamente al descanso y la recuperación.

2. Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad: Se deben tener en cuenta para realizar la valoración. Son los bio-fisiológicos (como la edad, recordemos que cada grupo de edad tiene diferentes necesidades y hábitos de sueño, el ejercicio, la nutrición y el estado de salud) Psicológicos (la ansiedad, el estrés, la depresión y el estilo de vida) Socioculturales (luz, ruidos, temperatura, ventilación).

3. Valoración de la necesidad de sueño y descanso: La valoración incluye una entrevista de Enfermería y un examen físico y del entorno para observar signos de dependencia.

4. Manifestaciones de dependencia/independencia: Las manifestaciones de dependencia son aquellos signos y síntomas que nos indican que la necesidad no está satisfecha.

5. Interrelación entre las necesidades: Existe una estrecha relación entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en una modifica las restantes. En la entrevista para la valoración se han de tener en cuenta esta interrelación.

6. Cuidados básicos en la necesidad de sueño y descanso: Los cuidados están orientados a mantener la comodidad física, la eliminación de la ansiedad y un entorno adecuado para asegurar un sueño suficiente y de calidad. (14).

2.3 Conceptual:

2.3.1 Conceptos generales del sueño

El sueño es uno de los grandes misterios de la vida. El ser humano para un tercio de la vida durmiendo, sin conciencia del mundo exterior. Parte de este tiempo, durante el ensueño, tenemos una actividad cognitiva bizarra y desconectada de la realidad, pautada por estímulos internos. ALARCON R. (16).

MINSA indica para tener un sueño más reparador y placentero, el director ejecutivo de la Dirección de Niños y Adolescentes recomendó algunas pautas que se deben de seguir antes de acostarse como: evitar el uso de café, tabaco y otros estimulantes; regularizar las rutinas de su vida cotidiana, incluyendo horarios de sueño, horarios de comida y de ejercicios; crear un ambiente tranquilo con adecuada luz y temperatura. (17).

Si se cumplen estas normas de sueño y no hay resultados positivos, se debe acudir a un especialista para su adecuado diagnóstico y tratamiento. (17).

2.3.2. Importancia de la Calidad de sueño:

Los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas de salud más relevantes en las sociedades occidentales. La importancia de una buena calidad de sueño no solamente es fundamental como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida. La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas). Ello hace que sea fundamental estudiar la incidencia de estos trastornos en distintos tipos de poblaciones, así como los factores que los determinan. SIERRA JC. (18)

Para alcanzar este objetivo, y ante las dificultades que implica la evaluación polisomnográfica en la detección de la calidad de sueño, en la mayoría de los casos se opta por el uso de instrumentos de autoinforme, entre los que destaca el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg. Desde la evaluación conductual se considera que el sueño está determinado por cuatro diferentes dimensiones: tiempo circadiano, esto es, la hora del día en que se localiza, factores intrínsecos del organismo (edad, sueño, patrones de sueño), conductas facilitadoras e inhibidoras realizadas por el sujeto y el ambiente en que duerme. (18)

2.3.3 Antecedentes de estudios del sueño.

El sueño ha recibido una gran atención a lo largo de la historia. El hecho de constituir el periodo de mayor vulnerabilidad del individuo, su relativo parecido con la muerte, y sobre todo lo mágico, sobrenatural, e inspirador de los ensueños, han generado interés no solo en la ciencia, sino también en la religión y en el arte THOMAS L. (19).

Los esfuerzos de entender qué ocurre durante sueño y su impacto en la salud de animales y de seres humanos igualmente se han documentado para los millares de años. Incluso hoy, los investigadores todavía están intentando conseguir una mejor comprensión del sueño y cómo ciertos trastornos del sueño se convierten. (19)

Los sabios, los egipcios, los griegos, y los romanos indios antiguos tienen todo el sueño descrito en diversas maneras, incluyendo el nombramiento de dioses que trajeron sueños a los durmientes. Era también bien sabido que sueño experimentado mucha gente en dos movimientos, con una hora o tres de vela de intervención, cuando uno podría tener tiempo reservado solamente o visitar a sus vecinos, o terminar una cierta tarea. (19)

Cerca de 50 años más adelante, Aristóteles comentó que el sueño era una detención de la conciencia en el corazón, que, cuando, estaba probablemente el asiento del sentido y de la sensibilidad, así que duraría más de largo. Él conectó el proceso digestivo con el inicio del sueño también. (19)

En los 1900, las neuronas fueron descubiertas para ser las unidades individuales del sistema nervioso. El año 1903 marcó la formulación del primer somnífero, barbital. En el plazo de 30 años, tenía convertido de las drogas abusadas en los Estados Unidos. Un descubrimiento aún más trascendental era el de ritmos circadianos en la carrocería. (19)

En 1925, Nathaniel Kleitman, que hizo eventual uno de los científicos más distinguidos del campo, comenzó a estudiar la patofisiología del sueño. Él descubrió la existencia del sueño rápido (REM) del movimiento de los ojos y

continuó estudiar sueño y vela, actividad cortical cerebral en el mentation, conciencia, movimiento voluntario, y los efectos de la privación del sueño. (19)

En 1924, el electroencefalograma (EEG) fue inventado; sin embargo, el artículo sobre este descubrimiento fue publicado 5 años después de su revelado original. Las ondas eléctricas del cerebro que diferían durante sueño y vela fueron descubiertas durante este proceso. Alrededor de este tiempo, los estimulantes comenzaron a ser utilizados para ascender vela en pacientes del narcolepsy. (19)

Era en 1953 que el sueño del REM primero fue descubierto en un muchacho joven, que era alarmante al investigador implicado porque contradijo la impresión general que la actividad cerebral cayó a un ciclón durante sueño. El próximo año, fue encontrado que el sueño de la noche consiste en varios ciclos que relanzan. El Melatonin fue descubierto en 1958 y demostrado ser dominante en sueño de regulación (19).

En 1959, una distinción crucial fue hecha entre el sueño del REM y de NREM por Miguel Jouvet. Con este fin, Jouvet encontró que el anterior no era sueño liviano, solamente sueño paradójico del `,' con la actividad cerebral creciente que era acompañada por la inhibición del músculo esquelético que previene a la carrocería que actúa fuera de las imágenes y de los sonidos vivos en los sueños experimentados durante el retiro. (19).

Comparativamente, en NREM, esta inhibición no se considera y la actividad cerebral es inferior. El mismo año, los ritmos circadianos fueron nombrados como tal por Halberg, que los determinó y estudió en seres humanos por primera vez, así sintiendo bien al padre de la cronobiología (19).

En los años 80, la conexión entre el ritmo circadiano y la duración del sueño era resuelta, así como con otras señales de entrada. El lazo entre el sueño y el aprendizaje fue estudiado, y la necesidad fisiológica absoluta del sueño a la vida finalmente fue confirmada. La biología molecular comenzó a desempeñar un papel principal en este campo. El libro más autoritario en la investigación,

principios y la práctica del sueño del remedio del sueño, fue publicado en 1989. (19)

Los años 90 consideraron la aparición de teorías de trabajo numerosas del sueño, incluyendo la teoría de grupo neuronal y la teoría del metabolismo energético del cerebro. El supuesto interruptor del sueño en el área preóptica ventrolateral fue determinado por Saper y sus personas. (19)

En 2003, Tononi y Cirelli propusieron la teoría sináptica de la homeostasis, que declaró que las redes sinápticas permitidas sueño para recuperar y para reducir su nivel de la activación para conservar su fuerza. La consolidación del sueño y de la memoria, así como privación del sueño y el riesgo de desvíos pobres del juicio y del motor, fue estudiada y los datos publicaron (19).

La búsqueda para una única teoría unificada de la causa y de los efectos del sueño en vida humana continuó, con centenares de centros del sueño que operaban actualmente en los Estados Unidos solamente. Los estudios actuales en sueño están observando para establecer los aspectos genéticos, ambientales, y sicosociales de trastornos del sueño (19).

2.3.4 Fisiología del ritmo

La investigación sobre la biología del sueño y sobre los efectos clínicos de sus trastornos deja en claro que el sueño es un proceso de vital importancia para la salud integral del ser humano. Sin embargo, la tendencia en la población mundial es hacia la reducción del tiempo total de sueño, lo cual se ha reflejado en el incremento en la incidencia de trastornos del sueño. En este sentido, la población joven es especialmente proclive a desarrollar trastornos del sueño principalmente debido a factores externos (sociales y ambientales) y a distintos hábitos que pueden afectar su calidad (consumo de alcohol, tabaco, cafeína, etc.). Internet Neurofisiología del Sueño (20).

El sueño no sólo es un fenómeno normal, sino que es considerado como un proceso fisiológico de vital importancia para la salud integral de los seres humanos (20).

Durante el sueño ocurren cambios característicos de la actividad eléctrica cerebral que son la base para dividir el sueño en varias fases. El sueño se divide en dos grandes fases que, de forma normal, ocurren siempre en la misma sucesión: todo episodio de sueño comienza con el llamado sueño sin movimientos oculares rápidos (No MOR), que tiene varias fases, y después pasa al sueño con movimientos oculares rápidos (MOR). (20).

Sueño No MOR:

Fase 1 (ahora denominada N1): Esta fase corresponde con la somnolencia o el inicio del sueño ligero, en ella es muy fácil despertarse, la actividad muscular disminuye paulatinamente y puede observarse algunas breves sacudidas musculares súbitas que a veces coinciden con una sensación de caída (mioclonias hípnicas). (20).

Fase 2 (ahora denominada N2): En el EEG se caracteriza por que aparecen patrones específicos de actividad cerebral llamados husos de sueño y complejos K; físicamente la temperatura, la frecuencia cardíaca y respiratoria comienzan a disminuir paulatinamente (20).

Fase 3 y 4 o sueño de ondas lentas (en conjunto llamadas fase N3): Esta es la fase de sueño No MOR más profunda, y en el EEG se observa actividad de frecuencia muy lenta (20).

Sueño MOR:

Ahora es llamado fase R y se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos; físicamente el tono de todos los músculos disminuye (con excepción de los músculos respiratorios y los esfínteres vesical y anal), así mismo la frecuencia cardíaca y respiratoria se vuelve irregular e incluso puede incrementarse y existe erección espontánea del pene o del clítoris. Durante el

sueño MOR se producen la mayoría de las ensoñaciones, y la mayoría de los pacientes que despiertan durante esta fase suelen recordar vívidamente el contenido de sus ensoñaciones (20).

2.3.5 Funciones del Sueño:

Existen diversas teorías acerca de las funciones fisiológicas del sueño en nuestro organismo, entre ellas: STICKGOLD R. (21).

Sistema Endocrino:

El insomnio causa alteración de la función endocrina, evidenciado en un estudio experimental realizado por Karine Spiege donde permitió a 11 varones jóvenes sanos dormir solo 4 horas cada noche. Al cabo de 5 noches, la funcionalidad de la hormona insulina se había reducido en un 40%, de igual manera restringió el sueño de forma similar a 12 hombres durante dos noches. (21).

Las concentraciones de grelina (hormona estimulante del apetito) habían aumentado un 28%. Al mismo tiempo la hormona leptina (indica al cerebro no comer más cuando estamos saciados), descendido un 18%. Tomados en conjunto, dichos estudios fisiológicos sugieren que la privación del sueño favorece la ganancia de peso (21).

Actividad Inmunológica:

El no cumplir algunas o todas las fases del ciclo del sueño altera distintas funciones corporales, como es la protección frente a infecciones. Dos estudios realizados en el 2003 a un grupo de estudiantes universitarios que recibieron la vacuna contra la hepatitis pusieron en manifiesto los efectos importantes que causa la falta de sueño en el sistema inmunitario. (21).

En el primer experimento se dejó dormir a la mitad de ellos, mientras que la otra mitad se le mantuvo despierta hasta la noche siguiente, posteriormente se tomaron muestras de sangre de todos los estudiantes y se observó que el grupo que había podido dormir presentaban valores altos de anticuerpos frente a la

hepatitis A en un 97% superiores a los del grupo que no había podido dormir (21).

Eliminación de radicales libres

Lulú Xie en el 2003, descubrió que el espacio entre las células del cerebro se ensancha durante el sueño, lo que facilita la circulación del líquido cefalorraquídeo entre el encéfalo y la médula espinal. El incremento del flujo de líquido cefalorraquídeo ayuda a eliminar del encéfalo moléculas potencialmente tóxicas y dañinas para el cerebro y nuestro cuerpo. (21).

Pávlov en el año 1952 afirmó que el sueño es la irradiación de inhibición por toda la corteza. Las partes de la corteza permanecen excitadas durante el sueño corresponden a la ensoñación y sugiere que el sueño protege el equilibrio del continuum excitación - inhibición (homeostasis general del cerebro) que quiere decir que las neuronas corticales tienden a estar menos activas durante el sueño lo que explica como una especie de “protección” al cerebro (21).

Consolidación de la memoria:

En gran Neurólogo Hughlings Jackson en 1932 propone una función interesante relacionando el sueño y la memoria, sugiere que el sueño cumple la doble función de borrar los recuerdos innecesarios y las conexiones establecidas durante el día y a la vez retener los recuerdos más necesarios. (21).

En la época moderna de la investigación sobre el sueño y la memoria cuando Avi Karni realizó un estudio demostrando que las personas entrenadas para realizar una tarea de selección de imágenes visuales mejoraban tras una noche de sueño. El experimento reveló que el sueño hace algo más que estabilizar los recuerdos, frena su deterioro causado por el paso del tiempo y además los mejora. (21).

Jessica Payne en el año 2008 realizó un estudio en el que mostraba a voluntarios diversas imágenes con objetos aversivos, como un gato muerto en la mitad de

la calle. Comprobó que, después de dormir, los sujetos recordaban con precisión la imagen del gato muerto, pero habían olvidado el trasfondo de la escena. (21).

Psicológico:

Dormir es una necesidad inherente a la naturaleza humana. Es tan necesario como mantenerse hidratado o comer. Dormir le da al cuerpo y especialmente al cerebro tiempo para recuperarse del estrés del día. Después de una noche de buen sueño somos más productivos, pensamos con claridad (y tomamos mejores decisiones), reaccionamos más rápido, nos sentimos más alertas y optimistas, y nos relacionamos mejor con quienes nos rodean. Es importante recalcar que tan importante es la cantidad de horas que duermes, como la calidad del sueño. LOPEZ S. (22).

La falta de sueño, por otro lado, afecta la motivación, la atención y la concentración, afecta el estado de ánimo y puede causar irritabilidad; lo cual, a su vez, se refleja en nuestro comportamiento. De igual forma, aquellos que no duermen bien tienen más probabilidades de sufrir depresión y ansiedad. De otra parte, estudios han demostrado que la falta de sueño aumenta el riesgo de accidentes automovilísticos y las probabilidades de tomar malas decisiones y asumir riesgos innecesarios. (22).

2.3.6 Higiene del sueño

Dormir bien es esencial para el organismo, tanto como llevar una alimentación saludable o realizar actividad física frecuentemente. Es por ello que el Ministerio de Salud (Minsa) recomienda para la higiene del sueño un buen descanso con las horas necesarias, entre 7 u 8, para controlar el estrés, mejorar la actividad intelectual y prevenir enfermedades como la hipertensión y la diabetes.

“La falta de sueño, afecta no solamente nuestro rendimiento, sino que influye en nuestra salud psicofísica. La salud está directamente asociada con el dormir y el insomnio está entre las patologías crecientes más preocupantes en el mundo”,

explicó Lady Pillaca Ogosi, equipo técnico de la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud. (23).

En España el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y las Comunidades Autónomas (CCAA), a través de las Agencias de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SEN), en colaboración con expertos de las Sociedades científicas implicadas, Neurofisiología, Neurología (SEN) y Neumología (SENEC) han elaborado recomendaciones para el manejo del insomnio y la higiene del sueño. Los Objetivos terapéuticos que se manejan en las Guías de prácticas clínica a pacientes con insomnio giran en torno a: En la Página de MURCIA+SALUD (24).

- Educación para la Salud. Información adecuada sobre el sueño.
- Higiene del sueño. Favorecer y mejorar los hábitos. Protegerse contra los factores perjudiciales para el sueño: estilos de vida y su entorno, incluyendo la alimentación, el ejercicio físico, el uso de sustancias alcohólicas, además de la luz, el ruido y la temperatura.
- Procedimiento de control de la respiración para facilitar el sueño. Reducir el nivel de activación fisiológica y el tiempo que uno tarda en dormirse.
- Control de estímulos. Romper el condicionamiento entre los estímulos ambientales y el insomnio; así como favorecer otros que induzcan a dormir.
- Restricción del sueño. Reducir la cantidad de horas que uno pasa en la cama intentando dormir, los insomnes tiende a pasar largo tiempo en cama, con lo que consiguen perpetuar el insomnio. (24).

La finalidad es conseguir unos hábitos de sueño saludable que faciliten que el sueño sea reparador, profundo, continuado y de calidad “sleep sound”. Las recomendaciones indicadas por los expertos, para conseguir un sueño reparador son:

1. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluidos fines de semana y vacaciones.
2. Permanecer en la cama el tiempo suficiente, adaptándolo a las necesidades reales de sueño.
3. Mantener una actividad física regular. Realizar ejercicio físico una hora al día y, tres horas antes de dormir, mejora la calidad del sueño y la intensidad.
4. Evitar la siesta. En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, con una duración no mayor de 30 minutos.
5. Evitar las bebidas que contienen cafeína y teína. Tomadas por la tarde alteran el sueño incluso en personas que no lo perciben.
6. El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
7. No realizar comidas copiosas que alteren el sueño. Evitar acostarse hasta pasadas dos horas después de cenar.
8. Mantener el dormitorio a temperatura agradable, con unos niveles mínimos de luz y ruido.
9. No utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno (24).

2.3.7 Índice De Calidad Del Sueño De Pittsburg – Versión Peruana

El Índice de calidad de sueño de Pittsburgh fue desarrollado por Buysse y Col., y validado en 1989 en Estados Unidos, con el objetivo de evaluar la calidad del sueño y sus alteraciones clínicas durante el mes previo. LUNA Y. (25).

El ICSP ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas. El cuestionario investiga los horarios para dormir,

eventos asociados al dormir como las dificultades para empezar a dormir, despertares, pesadillas, ronquido, alteraciones respiratorias, calidad del dormir, ingesta de medicamentos para dormir y existencia de somnolencia diurna. (7).

Buena calidad subjetiva de sueño. - Es el nivel aceptable que el encuestado(a) auto aprecia y autocritica acerca de su calidad de sueño que cumple suficientemente con los criterios idóneos según el encuestado. (7).

Mala calidad subjetiva de sueño. - Indica autoapreciación del encuestado que demuestra carencia de algunas cualidades, que empeoran su calidad de sueño ya que esta es una creencia propia del encuestado. (7).

Componentes del índice de calidad de sueño de Pittsburgh

a) Calidad de sueño:

Es la apreciación autocritica, subjetiva de cada sujeto, dicho de otra forma lo que el individuo cree sobre su propia calidad de sueño, el auto concepto es un aspecto importante que orienta la conducta humana, que trata de la percepción que las personas tienen de sí mismas de su calidad de sueño en un momento determinado, que puede ser positiva o negativa, esta implica una autoevaluación que surge de experiencias vividas en torno a la calidad de sueño algunas veces se hace permanente, pero puede cambiar a medida que la persona vive otras experiencias (7).

b) Latencia del sueño:

Mide el tiempo que el sujeto, cree que tarda en dormirse. En otras palabras, el tiempo transcurrido desde que se apagan las luces hasta que se identifica la fase I del sueño NO REM; el valor normal para adultos es de 10 a 25 minutos. Este tiempo se encuentra acortado en casos de privación previa de sueño y en hipersomnia, y prolongado en pacientes que se acuestan tarde o trabajan en turnos nocturnos, en el síndrome de piernas inquietas o insomnio. La latencia

de sueño depende de la edad, el sexo y otros factores genéticos y médicos y protocolo de las pruebas (7).

c) Duración del sueño:

Mide el tiempo en que cree que duerme un sujeto, una duración inadecuada del sueño en el último mes se considera cuando es menor de siete horas por noche; su distribución promedio de sentir frío o calor, pesadillas, sufrir dolores y otras razones (5). En adultos jóvenes (18 a 25 años) es entre 7 a 9 horas para que la persona se sienta despierta y alerta durante el día (7).

La duración y calidad del sueño varía de unos grupos de edad a otros: (3)

- Neonatos: Duermen una media de 16 horas con un rango de 23 a 10h. Durante la primera semana duermen casi constantemente para recuperarse del parto y un 50% es MOR. Sus No MOR son mayoría III y IV.
- Lactantes: El patrón nocturno se desarrolla hacia los 3-4 meses, Duermen 8-10 horas nocturnas y varias siestas. Hasta un año el promedio diario es de 14 horas con predominio MOR. Niño que empieza a andar: Hacia los dos años, duermen toda la noche y hacen un par de siestas durante el día. Duermen una media de 12 horas diarias, las siestas empiezan a disminuir a los 3 años.
- Edad preescolar: Duermen unas 12 horas por la noche, a los cinco años ya no hacen siestas si no hay una cultura de siesta en su entorno, les cuesta relajarse y tranquilizarse después de un día activo, pueden tener problemas como terrores nocturnos, pesadillas y suelen despertarse por la noche. Necesitan un ritual para acostarse.
- Escolares: La cantidad de sueño varía en función de su actividad y estado de salud. Pueden resistirse a ir a dormir por no ser Necesidad de descanso y sueño conscientes de su cansancio o para sentirse independientes. Tienen el ciclo de 90 minutos del adulto.

- Adolescentes: Duermen un promedio de 8-9 horas. El rápido crecimiento y el estilo activo de vida pueden causar cansancio.
- Adulto joven: La media de sueño es de 6 a 8 horas, el estrés y el estilo de vida pueden interrumpir el patrón de sueño e inducir al uso de medicación.
- Adultos: Empieza a disminuir el tiempo total de sueño a expensas de la fase IV No MOR, son frecuentes los trastornos por ansiedad y depresión.
- Personas de edad avanzada, La necesidad de descanso aparece antes que la de sueño. Se dedica tiempo a siestas durante el día. (3)

La duración de tiempo nocturno de sueño disminuye, con acortamiento de la fase MOR y reducción de las fases tres y cuatro No MOR, se despiertan con más frecuencia durante la noche y necesitan más tiempo para conciliar el sueño. El patrón de sueño se puede alterar por los cambios del SNC, el deterioro sensorial y las enfermedades crónicas. (3)

d) Eficiencia de sueño:

La eficiencia del sueño es la relación entre el tiempo total que se pasa dormido (tiempo total de sueño) en una noche y la cantidad total de tiempo que pasa en la cama. (Ver plan de análisis) Por ejemplo, si un hombre pasa 8 horas en la cama una noche determinada, pero solo duerme durante cuatro de esas horas, su eficiencia de sueño para esa noche sería del 50% (cuatro dividido por ocho multiplicado por 100 por ciento). Como otro ejemplo, una mujer que duerme seis de las 8 horas que pasó en la cama tendría una eficiencia de sueño del 75% (seis dividido por ocho multiplicado por 100 por ciento) (7).

Si una persona pasa la mayor parte del tiempo que está en la cama realmente dormida, entonces se considera que duerme bien (o que tiene una alta eficiencia de sueño). Sin embargo, si una persona pasa gran parte del tiempo total despierto en la cama, entonces eso no se considera que duerma bien (o la persona tiene una baja eficiencia de sueño) (7).

Un sueño eficiente conduce a un sueño más profundo de mayor calidad con menos interrupciones. Puede provocar sensaciones de energía y descansar bien al despertar, mientras que un sueño ineficaz puede provocar sentimientos de cansancio e inquietud. Para lograr una buena eficiencia de sueño, se recomienda que no se gaste tiempo extra en la cama (7).

e) Perturbaciones del sueño:

También llamada alteraciones del sueño, denominada así a cualquier condición que impide que las personas duerman de una manera normal (66) se determina interrogando a cerca de la frecuencia de las alteraciones tales como: despertares nocturnos, alteraciones miccionales, problemas respiratorios, tos o ronquido, problemas de sueño a causa (7).

f) Uso de medicación:

Cuando se habla de hipnótico se suele conocer como sedante, tranquilizante, ansiolítico, somnífero y relajante. En realidad, son depresores del SNC, lo que ocurre es que el termino es tan ambiguo como que muchos fármacos, alcaloides, drogas y medicamentos pueden tener un efecto depresor sobre el SNC y esto hace muy difícil mantener la clasificación como tales. La asignación de un fármaco a la clasificación sedante hipnótico indica que su principal uso terapéutico es producir la sedación (junto con alivio de la ansiedad) o estimular el sueño, su clasificación se basa en los usos clínicos más que en las similitudes de estructuras químicas, los estados de ansiedad y trastornos del sueño, son comunes, los sedantes hipnóticos se encuentran entre los fármacos más prescritos en todo el mundo (7).

g) Disfunción diurna:

Una disfunción es un desorden o alteración en el funcionamiento de un sistema u organismo predeterminado en una o más operaciones que le correspondan, en este sentido este término se emplea en diversos campos de estudio que lo vinculan a esta noción, pero en todos los casos implica un grado de anormalidad

en el cumplimiento de una expectativa, en ocasiones técnica o científica, y en ocasiones social o psicológica (7).

2.3.8 Somnolencia

Se refiere a sentirse anormalmente somnoliento durante el día. Las personas que son somnolientas pueden quedarse dormidas en situaciones o momentos inapropiados. La somnolencia excesiva durante el día (sin una causa conocida) puede ser un signo de un trastorno del sueño. (26).

La depresión, la ansiedad, el estrés y el aburrimiento pueden contribuir a una somnolencia excesiva. Sin embargo, estas afecciones con mucha frecuencia causan fatiga y apatía. (26).

Causas de la somnolencia puede deberse a lo siguiente:

- Dolor prolongado (crónico)
- Diabetes
- Tener que trabajar muchas horas o turnos diferentes (noches, fines de semana)
- Problemas de insomnio prolongados y otros problemas para dormirse o mantenerse dormido
- Cambios de los niveles de sodio en la sangre (hiponatriemia o hipernatriemia)
- Medicamentos (tranquilizantes, somníferos, antihistamínicos, ciertos analgésicos, algunos fármacos psiquiátricos)
- No dormir el tiempo suficiente
- Trastornos del sueño (tales como la apnea del sueño y la narcolepsia)
- Demasiado calcio en la sangre (hipercalcemia)

- Baja actividad de la tiroides (hipotiroidismo) (26)

Cuidados en el hogar:

La somnolencia se puede aliviar tratando la causa del problema.

- Primero, determine si su somnolencia se debe a la depresión, la ansiedad, el aburrimiento o el estrés. Si no está seguro, hable con su proveedor de atención médica.
- Cuando la somnolencia se debe a medicamentos, hable con su proveedor respecto a cambiarlos o suspenderlos. Pero, NO deje de tomar ni cambie sus medicamentos sin consultar primero con su proveedor.
- No conduzca cuando esté soñoliento. (26).

2.3.9 Escala De Somnolencia Diurna Epworth - Versión Peruana Modificada (ESE-VPM)

La Escala o cuestionario de somnolencia diurna de Epworth (ESS) es un cuestionario corto tipo Likert que intenta determinar o medir la somnolencia diurna. Esto puede ser de ayuda en el diagnóstico de trastornos del sueño. Fue introducido en 1991 por el doctor Murray Johns del Hospital Epworth en Melbourne, Australia. En la Página Web ENCICLOPEDIA LIBRE WIKIPEDIA (27).

La escala de somnolencia diurna de Epworth ha sido validada primordialmente en "Apnea del sueño" (apnea obstructiva), aunque ha sido también exitosa detectando narcolepsia e hipersomnia idiopática. Es usada para medir somnolencia diurna excesiva, y suele repetirse después de la administración de tratamiento (Por ejemplo, CPAP); para documentar la mejoría en los síntomas. En narcolepsia, este cuestionario tiene una sensibilidad y especificidad altas (100% y 93.5%, respectivamente) (27).

El cuestionario fue creado originalmente con la intención de mantener la redacción exacta, para proporcionar un test estandarizado y así preservar su validación estadística; el creador del cuestionario recomienda que el que administre la prueba, no comente los resultados con el entrevistado, hasta haberla terminado, porque esto podría afectar las respuestas del sujeto (27).

2.3.10 Situaciones de evaluación de la Escala De Somnolencia Diurna Epworth

a) Sentado leyendo: Se evalúa la posibilidad de quedarse dormido(a) cuando el estudiante adquiere una postura sentada y este realizando lectura ya que es la posición de lectura más confortable, y que produce una reducción de la fatiga corporal, disminuye el gasto de energía y se incrementa la estabilidad y la precisión (7).

b) Viendo televisión: Cuando la persona encuestada está viendo la televisión ya que es una situación que la mayoría de las personas lo realizan a menudo; este es uno de los equipos más presentes en los hogares peruanos siendo vista por 12 horas a la semana de lunes a viernes. Dicha tendencia se mantiene casi intacta en todos los niveles socioeconómicos (7).

c) Sentado (Por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, una conferencia, escuchando la misa o el culto): Denota adquirir una posición en el cual el cuerpo descansa sobre los glúteos ya sea en el teatro, en cualquier tipo de reunión, sentado mientras está en el cine, sentado mientras es participe de una conferencia y en el caso de personas devotas mientras asiste a misa escuchando al padre, ya que estas situaciones suelen parecer tedioso y monótono aumentando la probabilidad de quedar dormido. (7).

d) Como pasajero en el automóvil, ómnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido: Se evalúa la posibilidad de quedarse dormido mientras está viajando como pasajero en el ómnibus o automóvil. Por un lado, puede tratarse del término que refiere a una persona que realiza un viaje en algún tipo de medio

de transporte, sin ser quien lo conduce (chofer) y sin formar parte de la tripulación (cobrador ayudante). (7).

e) Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten: Se califica la posibilidad de quedarse dormido mientras está inclinando y apoyando la cabeza en un sitio y descansando en la tarde si las situaciones lo permiten. (7).

f) Sentado conversando con alguien: Es la posibilidad de quedarse dormido mientras se encuentra sentado(a) conversando con alguien. (7).

g) Sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol: Se califica la posibilidad de quedarse dormido cuando el encuestado está sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol. (7).

h) Parado apoyándose o no en una pared o mueble: Es la posibilidad de quedarse dormido mientras el encuestado está parado, situación en la que se encuentra de pie apoyado sobre las dos plantas del pie puede ser el caso donde se aplique en dos situaciones como estar apoyado en una pared o algún tipo de mueble. (7).

2.3.11 Niveles de clasificación de la Escala De Somnolencia Diurna Epworth

a) Sin Somnolencia: Es el resultado de la evaluación del cuestionario de somnolencia de Epworth. Si el resultado va desde 0 a 6 entonces se considera como sin somnolencia. Se denomina sin somnolencia al estado normal de conciencia comprende el estado de vigilia, conciencia o estado de alerta en el que la mayoría de los seres humanos están lúcidos mientras no están dormidos es un estado cerebral recurrente diario y un estado de conciencia en el que un individuo es consciente y se involucra en respuestas cognitivas y de comportamiento coherentes con el mundo externo. (7).

b) Somnolencia Leve: Es el resultado post-encuesta de la escala de somnolencia de Epworth, si la suma del resultado varía desde una puntuación de 7 a 13

entonces se considera como somnolencia leve. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral. (7).

c) Somnolencia Moderada: Es el resultado post-encuesta de la escala de somnolencia de Epworth, si la suma del resultado final va desde 14 hasta 19. En este estado existen síntomas de deterioro con algunos síntomas de somnolencia y exposición a factores que causan la misma. También es referida a sentir sueño o cansancio o ser incapaz de mantener los ojos abiertos. La somnolencia, puede ir acompañada de letargo, debilidad y falta de agilidad mental. (7).

d) Somnolencia Grave: Es el resultado post-encuesta de la escala de somnolencia de Epworth, si la suma de resultado final va desde 20 hasta 24 se le considera al encuestado con somnolencia grave también se la define como una incapacidad para mantenerse despierto y alerta a lo largo del día con episodios de larga duración que provocan periodos involuntarios de somnolencia o sueño y que en los últimos tres meses aparecen diariamente o casi a diario. La somnolencia excesiva o grave puede interferir con los niveles de alerta y vigilia necesarios para realizar las tareas de la vida diaria. Es uno de los síntomas más frecuentes relacionados con la privación del sueño o los trastornos del sueño. (7).

2.4 Definición De Términos Básicos

2.4.1. Calidad de Sueño:

El vocablo sueño (del latín «somnus», que es de origen: somnífero, somnoliento y sonámbulo) designa tanto el acto de dormir como la actividad de la mente durante ese periodo de descanso (27).

Es el hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día. A la vez es una colección de medidas que abarca latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño y el número de despertares (27).

2.4.2 Somnolencia Diurna:

La Somnolencia es una actitud exagerada para el sueño, es un estado en el que ocurre una fuerte necesidad de dormir o en el que se duerme durante periodos prolongado. (27).

Es la forma más habitual de hipersomnia. Este trastorno se caracteriza por una somnolencia más o menos permanente, en el cual, el paciente se queja de no estar nunca verdaderamente despierto o de estarlo en muy pocas ocasiones. Duerme largos períodos durante el día, y, cuando se despierta, se encuentra en un estado de somnolencia aún más evidente, en algunos casos, que antes de dormirse; experimenta este sueño como no reparador. Por la noche, duerme largo tiempo y se despierta tarde y con dificultad. El paciente tiene la impresión de funcionar «con radar»; piensa y habla lentamente. A veces, su conducta resulta inadecuada. También puede sufrir dolor de cabeza o accesos de calor. ((27).

Es el grado de déficit de sueño acumulado como resultado prolonga la vigilia más allá del ciclo natural circadiano propio de cada persona.

2.4.3 Estudiante de Enfermería

El estudiante de enfermería es un alumno matriculado al semestre académico y que está cursando el XI y X ciclo de educación universitaria. Desarrollando las asignaturas de Internado comunitario e internado hospitalario, forman parte del plan de estudio que se avanza a lo largo de la carrera de enfermería. Estos cursos son indispensables para que el alumno consolide sus conocimientos que adquirió durante los ciclos previos.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Existe relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

3.1.2 Hipótesis específicos.

- a) Existe mala calidad de sueño de los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.
- b) Existe somnolencia leve en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

3.2 Definición conceptual de variables.

Variable I: Calidad de sueño.

La calidad de sueño se refiere al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día; y no solamente es importante como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida.

Variable II: Somnolencia diurna.

La somnolencia diurna es el grado de déficit de sueño acumulado, entendido este último como aquella deuda hipotética que es resultado de prolongar la vigilia más allá del ciclo natural circadiano propio de cada sujeto.

3.3 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 1						
TITULO: "CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN INTERNOS COMUNITARIOS Y HOSPITALARIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO – 2019"						
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
VARIABLE 1 CALIDAD DE SUEÑO	Es la apreciación autocrítica, subjetiva de cada sujeto, dicho de otra forma, lo que el individuo siente y/o percibe sobre su propia calidad de sueño.	Es la expresión de referir al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento en el día, esta medida mediante el cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP).	A) Calidad subjetiva del sueño.	Índice de calidad de sueño	BUENA CALIDAD	DE 0 A 9 PUNTOS
			B) Latencia del sueño.	Tiempo de sueño		
			C) Duración del sueño.	Número de horas de sueño		
			D) Eficiencia del sueño.	Número de horas que pasa en la cama	MALA CALIDAD	DE 10 A 21 PUNTOS
			E) Perturbación del sueño.	Problemas para dormir		
			F) Uso de hipnóticos para dormir.	Consumo de medicamentos		
			G) Disfunción diurna	Dificultad del sueño durante el día.		

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 2

TITULO: "CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN INTERNOS COMUNITARIOS Y HOSPITALARIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO – 2019"

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
VARIABLE 2 SOMNOLENCIA DIURNA	Es la actitud exagerada para el sueño, es un estado en el que ocurre una fuerte necesidad de dormir o en el que se duerme por periodos prolongados.	Es la expresión de una fuerte necesidad de dormir durante situaciones en las que se debe mantener en estado de alerta, esta medida mediante el cuestionario de	Unidimensional: Somnolencia Diurna	1. Sentado y leyendo.	SIN SOMNOLENCIA	DE 0 A 6 PUNTOS
				2. Viendo televisión.		
				3. Sentado en un lugar público.		
				4. Viajando como pasajero en un auto durante 1 hora.	SOMNOLENCIA LEVE	DE 7 A 13 PUNTOS
				5. Descansando en la tarde cuando las		

		somnolencia de Epworth		circunstancias lo permiten.	SOMNOLENCIA MODERADA	DE 14 A 19 PUNTOS
				6. Sentado y conversando con alguien.	SOMNOLENCIA GRAVE	DE 20 A 24 PUNTOS
				7. Sentado en un ambiente tranquilo después de almuerzo.		
				8. En un auto, mientras se encuentra detenido por algunos minutos.		

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

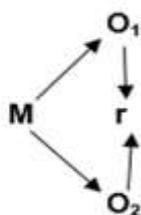
4.1 Tipo y Diseño de Investigación

Tipo de investigación:

Cuantitativa: Es un método estructurado de recopilación y análisis de información que se obtiene a través de diversas fuentes. Este proceso se lleva a cabo con el uso de herramientas estadísticas y matemáticas con el propósito de cuantificar el problema de investigación, que se obtuvo por medio de los instrumentos de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) y Escala de Somnolencia Diurna Epworth – Versión Peruana Modificada (ESE-VPM)

4.2 Método De Investigación

- Es de método descriptivo debido a que se describió y se evaluó las características de la población de estudio.
- Es de investigación correlacional debido a que su enfoque es científico y establece el grado de relación más no implica causalidad existente entre dos variables.
- Es de diseño transversal debido a que se analizó los datos de las variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra, el cual se empleó en estudiantes internos de la Escuela profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y así poder examinar la relación que presenta entre la variable calidad de sueño y somnolencia diurna.



Dónde:

M: Internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao.

Observación 1: Calidad de sueño en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao.

Observación 2: Somnolencia diurna en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao.

R: Relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

La población estuvo constituida por 105 alumnos estudiantes internos de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao, matriculados y asisten los cursos de Internado Comunitarios e Internado Hospitalarios, durante los meses de agosto a diciembre del 2019.

INTERNADO	ESTUDIANTES
COMUNITARIO	75
HOSPITALARIO	30
TOTAL	105

FUENTE: secretaria de coordinación académica de Facultad de Ciencias de la Salud año 2019.

Muestreo:

El presente estudio se trabajó con un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual se eligió a los alumnos solo por su proximidad (por orden de llegada), en este caso fueron 46 estudiantes internos asistentes a las asignaturas del internado comunitario y hospitalario.

Esta técnica de muestreo no probabilístico se utilizó para crear muestras de acuerdo a la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, de su proximidad al investigador en un intervalo de tiempo dado.

El uso de muestreo por conveniencia se utiliza por ser la más común, ya que es extremadamente rápida, sencilla, económica y, además, los miembros suelen estar accesibles para ser parte de la muestra.

Totales	Cantidad	Muestreo
Interno comunitario	75 x 0.44	33 alumnos internos
Interno hospitalario	30 x 0.44	13 alumnos internos
Total de internos	105 x 0.44	46 alumnos internos

Formula:

$$n_0 = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * p * q}{d^2} = \frac{1.645^2 * 0.5 * 0.5}{0.09^2} = 83$$

$$d = 0.09 \quad p = 0.5$$

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.645 \quad q = 0.5$$

$$n_f = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{83}{1 + \frac{83}{105}} = 46$$

El tamaño de muestra es de 46 alumnos internos, que representa $46 / 105 = 0.44$

Muestra:

La muestra estuvo constituida por 46 estudiantes internos matriculados y asistentes a las asignaturas de internado comunitario e internado hospitalario que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.2 Criterios de inclusión.

- Estudiantes asistentes en los cursos de internado comunitario y hospitalario del IX y X ciclo académico.
- Estudiantes del IX y X ciclo académico, que voluntariamente hayan aceptado el consentimiento informado.
- Estudiantes de ambos sexos.

4.3.3 Criterios de exclusión.

- Estudiantes que no desean participar del estudio.
- Estudiantes con reserva de matrículas.
- Se excluirán encuestas con falta de datos.

4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado.

Las encuestas se realizaron a los alumnos internos de enfermería que cursaron el IX y X ciclo en la Facultad de Enfermería de la Escuela profesional de Ciencias de la Salud y que se encontraron matriculados en las asignaturas del internado comunitario y hospitalario de la Universidad Nacional del Callao, la encuesta se realizó durante sus horarios de clases correspondiente al segundo semestre académico del 2019.

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

4.5.1 Técnica

La encuesta fue la técnica que se utilizó para recaudar información referente a las dos variables de la investigación.

4.5.2. Instrumento

Los instrumentos que se utilizaron fueron 02 cuestionarios: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) y Escala de somnolencia de Epworth (ESS).

a) Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh Versión Peruana (ICSP)

La original fue diseñada por Buysse DJ y cols en 1989, que es utilizada como instrumento para la práctica e investigación Psiquiátrica. El Cuestionario cuenta con 19 preguntas de autoevaluación y 5 preguntas dirigidas, siendo solo las primeras 19, las utilizadas para la obtención de la puntuación global. Estas preguntas se organizan en 7 componentes, como son: calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna. La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación total que varía entre 0 y 21 puntos, siendo una puntuación menor de 5, denominada “Sin problemas de sueño”, entre 5 a 7 como “Merece atención médica”, entre 8 y 14 como “Merece atención y tratamiento médico” y cuando la puntuación es de 15 a más, “se trata de un problema de sueño grave”. Por tanto, a mayor puntuación menor calidad de sueño. Buysse y col., encontraron, una consistencia interna, para los 19 ítems, de 0,83 (alfa de Cronbach). La consistencia test-retest, para el puntaje global ICSP, en ambos grupos, se correlacionaron significativamente. Para la validación, el ICSP se compara de manera favorable con los resultados del polisomnógrafo, observándose que un puntaje > 5, presentó una sensibilidad de 89,6% y especificidad de 86,5%, para indicar graves problemas de sueño. Concluyeron

que la ICSP es útil para la actividad asistencial y la investigación clínica psiquiátrica (27).

En América latina se utiliza la escala que ha sido validado en Colombia por Escobar- Córdoba con un alfa de cronbach de 0,78567; además tiene validación en una muestra de peruanos que consta de 10 preguntas que proporciona por medio de la puntuación global la calidad subjetiva del dormir y por las puntuaciones parciales siete dimensiones: calidad subjetiva del sueño, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones extrínsecas del sueño (frecuencia de alteraciones como tos, ronquidos, calor, etc), uso de medicación hipnótica y disfunción diurna (facilidad para dormirse en la realización de alguna actividad como cansancio). Las 4 primeras preguntas se contestan de forma concreta. Las restantes se contestan mediante una escala con 4 grados. Al ser corregido sólo se valoran las 10 primeras preguntas, que son las que debe contestar el propio sujeto; las 5 últimas (diferentes a las 10 primeras) las debería contestar el compañero de cama también con una escala de cuatro grados. Cada componente recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3. Una puntuación 0 indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que si es de 3 señala graves problemas a ese nivel. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT), que puede ir de 0-10. Una PT de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala; Una puntuación igual o inferior a 5 identificaría a los buenos dormidores. Igual o superior a 5 a los malos dormidores. A mayor puntuación peor calidad del dormir y mayor deterioro de cada componente. La pregunta octava interroga específicamente sobre somnolencia diurna y la novena sobre problema para “mantener el entusiasmo por hacer las cosas”

b) ESE-VPM: Escala de Somnolencia de Epworth – Versión Peruana Modificada

El instrumento le hace preguntas al sujeto investigado, con relación a la frecuencia (o probabilidad) de quedarse dormido/a en una escala de incremento de 0 a 3, para ocho diferentes situaciones cotidianas, que la mayoría de las personas pueden verse involucradas, en su vida diaria, aunque no

necesariamente todos los días. Se suma el puntaje de las 8 situaciones para obtener un número total. Un resultado entre 0 y 9 es considerado normal; mientras uno entre 10 y 24 indica que se deberá referir el paciente a un especialista. Por ejemplo, un puntaje entre 11 y 15 nos indica la posibilidad de apnea del sueño leve a moderada, mientras que un puntaje de 16 en adelante, nos indica la posibilidad de una apnea del sueño severa o narcolepsia. Algunas de las preguntas en el cuestionario han demostrado ser mejores productores de trastornos del sueño específicos, aunque siempre se requerirá de un estudio más minucioso y profundo para realizar un diagnóstico más preciso (28).

Murray W. Johns diseñó en 1991 un breve cuestionario que consiste en responder, en ocho situaciones de la vida diaria, la tendencia a quedarse dormido. En la actualidad es la herramienta más utilizada y de la que más publicaciones en formato impreso o electrónico se encuentran hechas, además de haber sido traducida en varios idiomas. (27).

4.6 Análisis y procesamiento de datos:

El estudio se llevó a cabo mediante el análisis del programa de Prueba de Chi – cuadrado, el cual se utiliza para ver el sentido de la correlación entre dos variables en una determinada muestra lo cual nos permite indicar si existe o no relación entre las variables.

El resultado obtenido por medio de la Prueba de Chi- cuadrado rechaza la hipótesis alternativa y acepta la hipótesis nula que enuncia que no existe relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna.

Asimismo, se usó el programa Microsoft Excel para el procesamiento de datos, que nos permite confeccionar la base de datos para la elaboración de nuestras tablas estadísticas con el fin de interpretar los resultados.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

Tabla 5.1.1. Calidad de sueño de los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Calidad de sueño	N	%
Buena	32	69,6
Mala	14	30,4
Total	46	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería.

Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: Se observa en la variable calidad del sueño, el 69.6 % (32) nos indica que existe una buena calidad de sueño, siendo el valor de 0 a 9 puntos de acuerdo al cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) y un 30.4% (14) mala calidad de sueño, siendo los valores de puntuación 10 a 21. Por lo tanto, se concluye que existe una buena calidad de sueño en los internos de enfermería.

Tabla 5.1.2. Nivel de somnolencia en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Somnolencia	N	%
Sin somnolencia	11	23,9
Somnolencia leve	25	54,3
Somnolencia moderada	9	19,6
Somnolencia grave	1	2,2
Total	46	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: Se observa que existe en su mayoría somnolencia leve, moderada y grave (76.1%) y sin somnolencia (23.9%) a pesar de presentarse una buena calidad de sueño en los internos, por lo cual se concluye que la presencia de la somnolencia no obedece a la calidad de sueño por el contrario

pueden estar habiendo otros factores que estén generando esta somnolencia en los estudiantes internos.

5.2 Resultados inferenciales.

Tabla 5.2.1. Calidad subjetiva del sueño en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Calidad subjetiva del sueño	N	%
Muy buena	6	13,0
Bastante buena	21	45,7
Bastante mala	17	37,0
Muy mala	2	4,3
Total	46	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería.

Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: Se observa en la dimensión calidad subjetiva del sueño que existe 58.7% (27) muy buena y bastante buena calidad subjetiva del sueño y un 41.3% (19) bastante mala y muy mala calidad subjetiva del sueño. Por lo cual se determina que en esta dimensión existe buena calidad de sueño.

Tabla 5.2.2. Latencia del sueño en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Latencia del sueño	N	%
Muy buena	7	15,2
Bastante buena	12	26,1
Bastante mala	16	34,8
Muy mala	11	23,9
Total	46	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: Se observa la dimensión latencia de sueño de los internos de enfermería, el 41.3% (19) responde a muy buena y bastante buena, el 58.7% (27) responde a bastante mala y muy mala, por lo tanto, se concluye que en esta dimensión el interno de enfermería presenta en su mayoría mala calidad de sueño.

Tabla 5.2.3. Duración del dormir en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Duración del dormir	N	%
Más de 7 horas	5	10,9
Entre 6 a 7 horas	13	28,3
Entre 5 a 6 horas	11	23,9
Menos de 5 horas	17	37,0
Total	46	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería.

Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: En la dimensión duración de sueño de los internos, el 63.1% (29) son buenos dormidores, duermen entre 5 a 7 horas y otros más de 7 horas, el 37.0% (17) refieren dormir menos de 5 horas, se evidencia que la mayoría son buenos dormidores por lo cual presentan una buena calidad de sueño.

Tabla 5.2.4. Eficiencia del sueño en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Eficiencia del sueño	N	%
Muy buena	29	63,0
Bastante buena	8	17,4
Bastante mala	4	8,7
Muy mala	5	10,9
Total	46	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería.

Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: En la dimensión eficiencia del sueño en los internos de enfermería, el 80.4% (37) presentaron una eficiencia muy buena y bastante buena, mientras que el 19.6% (9) presentaron una eficiencia bastante mala y muy mala, por lo cual se concluye que en esta dimensión existe buena calidad de sueño.

Tabla 5.2.5. Perturbaciones del sueño en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Perturbaciones del sueño	N	%
Ninguna vez en el último mes	2	4,3
Menos de una vez por semana	30	65,2
1 - 2 veces a la semana	12	26,1
3 a más veces a la semana	2	4,3
Total	46	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: En la dimensión perturbaciones del sueño en los internos, se evidencia que el 4.3% (2) refiere no haber tenido ninguna perturbación del sueño en el último mes, el 95.6% (44) refiere haber tenido menos de una vez por semana alguna perturbación del sueño, de 1 -2 veces a la semana y de 3 a más veces en la semana presentaron perturbaciones en el sueño. Por tanto, se concluye que la mayoría de los internos presentaron mala calidad de sueño debido a que manifiestan perturbaciones del sueño.

Tabla 5.2.6. Uso de medicamentos para dormir en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Uso de medicamentos para dormir	N	%
Ninguna vez en el último mes	39	84,8
Menos de una vez por semana	3	6,2
1 - 2 veces a la semana	2	4,3
3 a más veces a la semana	2	4,3
Total	46	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: En la dimensión uso de medicamentos para dormir, el 84.8% (39) refieren no haber usado medicamentos, el 15.1% (7) refieren haber usado medicamentos menos de una vez por semana, de 1 – 2 veces a la semana y 3 a más veces a la semana. Se concluye que tienen una buena calidad de sueño debido a que no usan medicamentos para dormir.

Tabla 5.2.7. Disfunción diurna en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Disfunción diurna	N	%
Ninguna	5	10,9
Leve	20	43,5
Moderada	18	39,1
Severa	3	6,5
Total	46	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: En la dimensión disfunción diurna en los internos el 10.9% (5) no presentan ninguna disfunción diurna mientras que el 89.1% (41) presentan disfunción diurna leve, moderada y severa. Se evidencia que existe una mala calidad de sueño debido a la disfunción diurna que presentan los internos de enfermería.

Tabla 5.2.8. Relación entre la calidad de sueño con el nivel de somnolencia en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Calidad de sueño	Somnolencia								Total	%
	Sin somnolencia	%	Somnolencia leve	%	Somnolencia moderada	%	Somnolencia grave	%		
Buena	9	19.6	19	41.3	3	6.5	1	2.2	32	69.6
Mala	2	4.4	6	13.0	6	13.0	0	0	14	30.4
Total	11	24.0	25	54.3	9	19.5	1	2.2	46	100.0

Fuente: Encuesta aplicado a los internos de enfermería. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: En la Tabla 5.2.8. Relación entre la calidad de sueño con el nivel de somnolencia se evidencia que el 19.6% presentan buena calidad de sueño y se encuentran sin somnolencia, el 50% presentan buena calidad de sueño y en su mayoría somnolencia leve, moderada y grave. El 4.4% presentan mala calidad de sueño y se encuentran sin somnolencia y el 26% se encuentran con mala calidad de sueño y con somnolencia leve y moderada. Se concluye que existe en su mayoría somnolencia leve, moderada y grave a pesar de presentarse una buena calidad de sueño en los internos, por lo cual se determina que la presencia de la somnolencia no obedece a la calidad de sueño por el contrario puede estar habiendo otros factores que estén generando esta somnolencia.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

Este Capítulo tiene el propósito de demostrar la hipótesis de la relación entre calidad de sueño y la somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios que son una población de estudiantes internos que atraviesan semestres prácticos y corren un mayor riesgo de poseer una mala calidad de sueño y consecuentemente una mala calidad de vida por las guardias y los horarios prácticos donde tienen que adecuarse a horarios diferentes de las asignaturas, siendo perjudicial para el desarrollo de las actividades académicas normales de parte del estudiante.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis general

Ho: No existe relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

H1: Existe relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

Estadístico de prueba: Rho de Spearman.

Tabla 6.1 Correlación de Spearman entre calidad de sueño y somnolencia

			Calidad de sueño	Somnolencia
Rho de Spearman	Calidad de sueño	Coeficiente de correlación	1,000	,287
		Sig. (bilateral)	.	,053
		N	46	46
	Somnolencia	Coeficiente de correlación	,287	1,000
		Sig. (bilateral)	,053	.
		N	46	46

51

Decisión: En la Tabla 6.1. la prueba de Spearman de acuerdo a valor del coeficiente de correlación 0.287, según la regla de interpretación de 0.2 a 0.4 relación BAJA. Por ello aceptamos que existe una relación baja entre las dos variables.

Conclusión: Las evidencias estadísticas nos conducen a rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar H_1 , es decir que Existe relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

52

El siguiente estudio se contrasto con estudios similares, dando como resultado que:

Variable Calidad de sueño:

De lo investigado no se pudo contrastar con otros estudios citados ya que nuestros resultados dieron que el 69.6% de los internos presentan buena calidad de sueño, debido a que cuatro de sus siete dimensiones son favorables para presentar una buena calidad de sueño, el 58.7% presentan muy buena y bastante buena Calidad subjetiva del sueño, el 58.7% presenta muy mala y bastante mala Latencia de sueño, el 63.1% son buenos dormidores presentan buena Duración del sueño, el 80.4% presentan muy buena y bastante buena Eficiencia del sueño, el 95.6% refieren presentar Perturbaciones del sueño, el 84.8% no usan medicamentos para dormir, el 89.1% presentan Disfunción diurna. Por lo tanto, se concluye que existe una buena calidad de sueño en los internos de enfermería.

Variable Somnolencia diurna:

Del análisis correspondiente se puede contrastar que: En relación con nuestra investigación “Calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios

y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019” guarda relación con el estudio realizado por NUNES DE ARAUJO M. (Brasil-2016), realizó el estudio titulado Estándar del sueño en estudiantes de Enfermería de la Universidad Pública Estatal – Brasil, su objetivo fue evaluar el patrón de sueño de un estado de estudiantes de enfermería de la universidad pública. La metodología del estudio fue descriptivo, transversal y cuantitativa. Se planteó los resultados según la prueba de PSQI mostró que el 100% de los estudiantes presentaron mala calidad de sueño o poco sueño reparador. La ESS demostró que 85,7% presentaron somnolencia diurna excesiva y, dentro de ese total, el 26,2% obtuvieron puntuaciones mayores de 16 puntos, presentando somnolencia diurna excesiva grave. En conclusión, el sueño de los estudiantes está comprometidos y con mala calidad, presentando somnolencia diurna excesiva que posiblemente se relaciona con las diversas actividades curriculares y extracurriculares.

Sobre esta variable podemos afirmar que nuestros resultados indican que existe en su mayoría somnolencia leve, moderada y grave (76.1%) y sin somnolencia (23.9%) a pesar de presentarse una buena calidad de sueño en los internos, por lo cual se concluye que la presencia de la somnolencia no obedece a la calidad de sueño por el contrario pueden estar habiendo otros factores que estén generando esta somnolencia en los estudiantes internos.

6.3 Responsabilidad ética

En nuestra investigación se ha respetado la opinión de cada uno de los usuarios encuestados se consideró los principios éticos de anonimidad y confidencialidad, con acciones dirigidas a hacer el bien o activar la promoción del bien entre los estudiantes internos de enfermería. Se le recordó el principio de libre participación y los datos obtenidos serán exclusivamente para nuestra investigación.

Las tres tesistas nos responsabilizamos de la información que contiene la tesis, dado que la información es inédita propia de nosotras.

VII. CONCLUSIONES

1. En función a los resultados se concluye que si existe relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.
2. Se concluye que existe una buena calidad de sueño en los internos comunitario y hospitalario de la Universidad Nacional del Callao – 2019.
3. Se concluye que existe somnolencia leve, moderada y grave a pesar de presentarse una buena calidad de sueño por lo cual se determina que la presencia de la somnolencia no obedece a la calidad de sueño por el contrario puede estar habiendo otros factores que estén generando esta somnolencia en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao– 2019.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los estudiantes de enfermería en las próximas investigaciones ampliar el tema de estudio no sólo en el ámbito preprofesional en estudiantes de enfermería y otras carreras afines a la salud sino también en el ámbito profesional de la salud.
2. Se recomienda a los profesores de la facultad y alumnos de enfermería incentivar la investigación sobre la calidad de sueño y la somnolencia diurna en estudiantes de enfermería y otras carreras afines a la salud con la finalidad de crear conciencia acerca de los trastornos del sueño e higiene del sueño debido al impacto que tiene en la realización adecuada de las labores ya que se ha demostrado en otros países que la mala calidad de sueño y la somnolencia excesiva diurna ha duplicado el riesgo de tener accidentes laborales y de tránsito.
3. Se recomienda a los profesores de la facultad de enfermería brindar pausas activas en horario de clase exponiendo técnicas que permitan mejorar la calidad de sueño.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [Internet]. España: Revista EFE SALUD. Día Mundial del Sueño: Dormir mal, claro problema de salud [Citado 2021 May]; Disponible en: <https://www.efesalud.com/dia-mundial-sueno-dormir-mal-problema-salud>
2. DE LA PORTILLA S, DUSSÁN C, MONTOYA D, TABORDA J, NIETO L. Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. *Hacia Promoción. Salud.* 2019. [Disertación].; 24 (1): 84-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00084.pdf>
3. DUSSAN C. Caracterización de la calidad del sueño y de la somnolencia diurna excesiva en una muestra estudiantes del programa de medicina de la Universidad de Manizales, Colombia. 2017. *Archivos de Medicina.* [Internet]. 2017 Dic. [Citado 2019 May.]; Vol.17 (2). Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2036>
4. ADORNO I, GATTI L, GOMEZ L. Calidad del sueño en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Asunción – 2016. [Disertación] Asunción: UCA; 2016.
5. NUNES M. PEREIRA F. BORTOLON R. LUNARDI D. ILHA S. MARTINS M. Patrones de sueño en estudiantes de enfermería de la Universidad Estatal Pública, Cuba. 2016. *Revista Cubana de Enfermería* [internet]. [citado 2019 Jul.] Vol.32. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/810/164>
6. MACHADO M. ECHEVERRI J. MACHADO J. Somnolencia diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento Académico en estudiantes de Medicina. *Rev. El Sevier.* [Internet]. Colombia. 2015 Set. (Citado 2019 May.); Vol.44 (3): 129-196. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-somnolencia-diurna-excesiva-mala-calidad-S0034745015000426>

7. QUISPE W. Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes del V y VI semestre de la facultad de enfermería de la universidad nacional del altiplano puno – 2017. [Disertación] Puno: UNAP; 2018. 110p.
8. BALDERA M. Calidad de sueño de los internos de Enfermería del Hospital Sergio Bernales, Comas- 2018. [Disertación]. Lima: UCV; 2018.
9. LUYO K. Somnolencia diurna y Calidad del sueño en internos de medicina del Hospital María Auxiliadora, 2017. [Disertación]. Lima: UNFV; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1725>
10. PAICO E. Calidad de sueño y somnolencia diurna en internos de medicina del hospital dos de mayo periodo setiembre – noviembre 2015. [Disertación]. Lima: URP; 2015. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/461>
11. PRETTY B. Calidad de sueño y adaptación a la vida universitaria en estudiantes universitarios. Lima. PUCP; 2016. [Disertación]. Lima: PUCP; 2016. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7703>
12. ELIZALDE A. MARTI M. MARTINEZ F. Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona [Internet]. Chile, 2006 (Citado 2021May.) Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/305/30517306006.pdf>
13. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO. MATERIAL COMPLEMENTARIO – Enfermería Comunitaria. México: [Internet]; 2013. [Citado 2019 Jul.] Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wpcontent/uploads/2013/05/necesidades.pdf>
14. RAILE M. Y MARRINER A. Modelos y teorías en Enfermería . España , 2011 ed. ELSEIVER disponible en: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7_ed_medilibros
15. NARANJO Y, RODRIGUEZ M, CONCEPCION JA. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana [Internet]. REVISTA CUBANA DE ENFERMERIA. 2016 [citado 8 enero

- 2021]. Disponible en:
<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986/217>
16. ALARCÓN R. Avances en Neurociencias del Sueño. 1ra. Ed. Perú: Editorial Sánchez; 2012.
17. MINSa [Internet]. Lima: Ministerio de Salud: c 2018 Boletín del tiempo adecuado de sueño es entre 7 u 8 horas. [Citado 2019 Ene.]; Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=51¬a=18505>
18. SIERRA JC, JIMENEZ- NAVARRO C, MARTIN-ORTIZ JD. Calidad de sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño [Internet]. 2012 [citado 8 mayo 2021]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam026e.pdf>
19. THOMAS L. Historia del sueño [Internet]. España: New Medical Life Sciences: (Citado 2021 May.) Disponible en:
[https://www.news-medical.net/health/History-of-Sleep-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-Sleep-(Spanish).aspx)
20. NEUROFISIOLOGÍA DEL SUEÑO [Internet]. (Citado 2019 Jul.) . Disponible en:
http://images.shoutwiki.com/villaizan21/4/46/Neurofisiolog%C3%ADa_del_sue%C3%B1o.pdf
21. STICKGOLD R. Las Funciones vitales del Sueño. Rev. Investigación y ciencia [Internet]. 2015 Dic. (Citado 2019 Ago.) Disponible en:
<file:///C:/Users/USUARIO1/Desktop/sueño%20pdf.pdf>
22. LOPEZ S. La Importancia de Dormir para Cuidar la Salud Mental [Internet]. esmental. 2020 [citado 4 octubre 2021]. Disponible en:
<https://www.esmental.com/la-importancia-de-dormir-para-cuidar-la-salud-mental/#:~:text=Dormir%20le%20da%20al%20cuerpo,mejor%20con%20quienes%20nos%20rodean.>
23. PILLACA L. MINSa recomienda un buen descanso para controlar estrés y prevenir enfermedades como hipertensión y diabetes [Internet]. MINISTERIO DE SALUD. 2016 [citado 19 mayo 2021]. Disponible en:
<https://www.esmentahttps://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/15086-minsa-recomienda-un-buen-descanso-para-controlar-el-estres-y-prevenir->

enfermedades-como-hipertension-y-diabetesl.com/la-importancia-de-dormir-para-cuidar-la-salud-mental/#:~:text=Dormir%20le%20da%20al%20cuerpo,mejor%20con%20qui- nes%20nos%20rodean.

24. Hábitos de Higiene de Sueño Saludable [Internet]. MURCIA + SALUD. 2019 [citado 21 noviembre 2021]. Disponible en: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2015/09/23/habitos-de-higiene-del-sueno-saludables/>
25. LUNA Y. ROBLES Y. AGÜERO Y. Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. Rev. Academia [internet]. Lima. 2015 (Citado 2019 Jul.) Vol.31 (2). Disponible desde: https://www.academia.edu/34647099/VALIDACION_DEL_INDICE_DE_CALIDAD_DE_SUEÑO_DE_PITTSBURGH_EN_UNA_MUESTRA_PERUANA_VALIDATION_OF_THE_PITTSBURGH_SLEEP_QUALITY_INDEX_IN_A_PERUVIAN_SAMPLE
26. MEDLINE PLUS. Somnolencia [Internet]. (Citado 2021Jul.) Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003208.htm>
27. ENCICLOPEDIA LIBRE - WIKIPEDIA [Internet]. Escala de somnolencia Epworth. [Citado 2019 Jul.]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Somnolencia_Epworth
28. LUYO K. Somnolencia diurna y calidad del sueño en internos de medicina del Hospital María Auxiliadora, 2017 [bachiller Medico general]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2017.

ANEXO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Proyecto de investigación descriptivo correlacional

TITULO: “CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN INTERNOS COMUNITARIOS Y HOSPITALARIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO – 2019”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	MUESTRA	DISEÑO
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y la somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019</p>	<p>Variable 1</p> <p>Calidad de sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> Buena calidad de sueño (0 a 9 puntos) Mala calidad de sueño (10 – 21 puntos) <p>. Variable 2</p>	<p>Población:</p> <p>Internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao</p> <p>Total: 105</p> <p>Muestra:</p> <p>46 internos de la Universidad</p>	<p>Método:</p> <p>Descriptivo</p> <p>Nivel de investigación:</p> <p>Descriptivo</p> <p>Diseño:</p> <p>Descriptivo Correlacional de diseño transversal.</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --> O1 M --> O2 O1 -- r --> O2 O2 -- r --> O1 </pre> </div> <p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> M: Internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao.
<p>Problemas Específicos</p> <p>a. ¿Cómo es la calidad de sueño de los internos comunitarios y hospitalarios de la</p>	<p>Objetivo Específicos</p> <p>a. Identificar la calidad de sueño de los internos comunitarios y hospitalarios de la</p>	<p>Hipótesis Especifica</p> <p>a. Existe mala calidad de sueño de los internos comunitarios y hospitalarios de la</p>	<p>(10 – 21 puntos)</p>	<p>46 internos de la Universidad</p>	<p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> M: Internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao.

<p>Universidad Nacional del Callao – 2019?</p> <p>b.¿Cuál es el nivel de somnolencia en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019?</p>	<p>Universidad Nacional del Callao – 2019.</p> <p>b. Identificar el nivel de somnolencia en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019</p>	<p>Universidad Nacional del Callao – 2019.</p> <p>b. Existe somnolencia leve en los internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao – 2019.</p>	<p>Somnolencia diurna.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sin somnolencia (0-5 puntos) ● Con somnolencia (7 – 24 puntos) 	<p>Nacional del Callao - 2019.</p> <p>(33 internos de comunidad y 13 internos hospitalarios)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●O1: calidad de sueño en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao ●O2: somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao. ● R: Relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos comunitarios y hospitalarios de la Universidad Nacional del Callao - 2019.
---	--	---	---	--	--

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TECNICA: ENTREVISTA

- I. **OBJETIVO:** Recoger datos sobre la calidad de sueño y somnolencia diurna en internos de enfermería de la Universidad Nacional del Callao – 2019.

- II. **PRESENTACION:** Sr. (a) Buenos días, en este momento nos encontramos trabajando en coordinación con la docente encargada de los cursos de Internado comunitario e internado hospitalario de la Universidad Nacional del Callao. Estos cuestionarios anónimos, le solicitamos que responda con veracidad y precisión las preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y su colaboración. Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X) la respuesta correcta según usted crea conveniente. Muchas gracias.

INSTRUMENTO N° 1

CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO.

Sexo: M – F

Fecha:

Tipo de internado:

Edad:

1. En las últimas 4 semanas, normalmente ¿cuál ha sido su hora de irse a acostar? (utilice sistema de 24 horas)

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

2. En las últimas 4 semanas, normalmente ¿cuánto tiempo habrá tardado en dormirse (conciliar el sueño) en las noches? /

Escriba el tiempo en minutos: __/_/

3. En las últimas 4 semanas, habitualmente ¿A qué hora se levantó de la cama por la mañana y no ha vuelto a dormir? (Utilice sistema de 24 horas)

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

4. En las últimas 4 semanas, en promedio, ¿cuántas horas efectivas ha dormido por noche?

Escriba la hora que crea que durmió: /__/_/

	O. NIN GUNA VEZ EN LAS ULTI MAS 4 SEMA NAS	1. MEN OS DE UNA VEZ A LA SEMA NA	2. UNO O DOS VECE S A LA SEMA NA	3. TRES O MAS VECE S A LA SEMA N	NO RESP ONDE
5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:					
a. No poder quedarse dormido(a) en la primera media hora?					
b. Despertarse durante la noche o la madrugada?					
c. Tener que levantarse temprano para ir al baño?					
d. No poder respirar bien?					
e. Toser o roncar ruidosamente?					
f. Sentir frío?					
g. Sentir demasiado calor?					
h. Tener pesadillas o “malos sueños”?					
i. Sufrir dolores?					

j. Otras razones: _____? (Especifique)

--	--	--	--	--	--

En las últimas 4 semanas (marcar la opción más apropiada)	0. NADA	1. POCO	2. REGULAR O MODERADO	3. MUCHO O BASTANTE
6. ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?				

7. En las últimas 4 semanas, (marcar la opción más apropiada).	0. NINGUN A VEZ EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RES PON DE
7.1 ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?					

8. En las últimas 4 semanas (marcar la opción más apropiada)	0. NINGUN A VEZ EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VEC ES A LA SEM ANA	3. TRE S O MAS VEC ES A LA SEM AN	NO RES PON DE
8.1. ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?					

	0. NINGUN PROBLEMA	1. SOLO UN LEVE PROBLEMA	2. UN PROBLEMA	3. UN GRAVE PROBLEMA
9. Durante el último mes ¿Ha representado para ud. mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?				

INSTRUMENTO N° 2

CUESTIONARIO DE: ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH (VERSIÓN PERUANA MODIFICADA)

¿Qué tan probable es que usted cabecee o se quede dormido en las siguientes situaciones? Considere los últimos meses de sus actividades habituales. No se refiere a sentirse cansado debido a actividad física. Aunque no haya realizado últimamente las situaciones descritas, considere como le habrían afectado. Use la siguiente escala y marque con una X la opción más apropiada para cada situación.

- Nunca cabecearía
- Poca probabilidad de cabecear
- Moderada probabilidad de cabecear
- Alta probabilidad de cabecear

Situación	Probabilidad de Cabecear			
	NUNCA	POCA	MODE RADA	ALTA
Sentado leyendo				
Viendo televisión				
Sentado (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto)				
Como pasajero en un automóvil, ómnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido				
Recostado en el tarde si las circunstancias lo permiten				
Sentado conversando con alguien				
Sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol				
Conduciendo el automóvil cuando se detiene algunos minutos por razones del tráfico				
Parado y apoyándose o no en una pared o mueble				

¿Usted maneja vehículos motorizados (auto, camioneta, ómnibus, micro, combi, etc)?

SI ()

NO ()

ANEXO 2

VALIDEZ DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (ICSP)

FACTOR	COMPONENTES	CARGA FACTORIAL
F1	- Calidad subjetiva del sueño	
	- Latencia del sueño	- 0,55
	- Duración del sueño	- 0,64
	- Eficiencia del sueño	- 0,70
	- Perturbaciones del sueño	- 0,52
	- Uso de Medicación hipnótica	
	- Disfunción durante el día	
F2	- Disfunción diurna	- 0,57
F3	- Duración del sueño	- 0,58
	- Uso de medicamentos para dormir	- 0,59

ANEXO 3

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LAS PUNTUACIONES DE LOS COMPONENTES Y LA SUMA TOTAL DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG (ICSP)

Componentes del ICSP	Coefficiente de Correlación
Calidad Subjetiva del Sueño	0,51
Latencia del sueño	0,61
Duración del dormir	0,59
Eficiencia del sueño	0,66
Perturbaciones del sueño	0,48
Uso de medicamentos para dormir	0,37
Disfunción diurna	0,48

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo en pleno uso de mis facultades mentales declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación **CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA DE LOS INTERNOS DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO -2019** , que están realizando las Srta. ALVAREZ LOPEZ ALEXANDRA ASUNTA, Srta. DE LA CRUZ COLOS MILAGROS y Srta. ZUASNABAR DE LA CRUZ, MARITZA ISABEL, Bachilleres de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao, por ello responderé un cuestionario, cuyos datos que brinde serán anónimos y toda la información será usada solo para la investigación y no me dañara ni a mí ni a mi familia.

.....

Firma del Interno

.....

Firma del Investigador

ANEXO 5

INSTRUCCIONES PARA LA BAREMACIÓN DEL TEST DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño

Examine la pregunta nº 6 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Muy buena	0
Bastante Buena	1
Bastante Mala	2
Muy Mala	3

Puntuación ítem 1: _____

Ítem 2: Latencia de Sueño

1.- Examine la pregunta nº 2 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
≤ 15 minutos	0
16 - 30 minutos	1
31 - 60 minutos	2
≥ 60 minutos	3

Puntuación pregunta 2: _____

2.- Examine la pregunta nº 5a y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación pregunta 5a: _____

3.- Sume la pregunta nº 2 y nº 5a

Suma de la pregunta 2 y 5a: _____

4.- Asigne la puntuación al ítem 2 como se explica a continuación:

Suma de la pregunta 2 y 5a:	Puntuación:
1	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación ítem 2: _____

Ítem 3: Duración del Sueño

Examine la pregunta nº 4 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Más de 7 horas	0
Entre 6 y 7 horas	1
Entre 5 y 6 horas	2
Menos de 5 horas	3

Puntuación ítem 3: _____

Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño

1. Escriba el número de horas de sueño (Pregunta Nº 4) aquí: _____

2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:

a. Hora de levantarse (Pregunta nº 3): _____

b. Hora de acostarse (Pregunta nº 1): _____

Hora de levantarse – Hora de acostarse: _____ Número de horas que pasas en la cama

3. Calcule la eficiencia habitual de sueño como sigue:

(Número de horas dormidas/Número de horas que pasas en la cama) x 100=
Eficiencia Habitual de Sueño (%) (_____/_____) x 100 = ____%

4.- Asigne la puntuación al ítem 4:

Eficiencia habitual de sueño (%):	Puntuación:
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Puntuación Ítem 4: _____

Ítem 5: Perturbaciones del sueño

1. Examine las preguntas nº 5b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación 5b _____

Puntuación 5c _____

Puntuación 5d _____

Puntuación 5e _____

Puntuación 5f _____

Puntuación 5g _____

Puntuación 5h _____

Puntuación 5i _____

Puntuación 5j _____

2. Sume las puntuaciones de las preguntas nº 5b-j:

Suma puntuaciones 5b-j: _____

3. Asigne la puntuación del ítem 5:

Respuesta:	Puntuación:
------------	-------------

1	0
---	---

1-9	1
-----	---

10-18	2
-------	---

19-27	3
-------	---

Puntuación ítem 5: _____

Ítem 6: Utilización de medicación para dormir

Examine la pregunta nº 7 y asigne la puntuación

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación ítem 6: _____

Ítem 7: Disfunción durante el día

1. Examine la pregunta nº 8 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación pregunta 8: _____

2. Examine la pregunta nº 9 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3. Sume la pregunta nº 8 y la nº 9

Suma de la pregunta 8 y 9: _____

4. Asigne la puntuación del ítem 7:

Suma de la pregunta 8 y 9:	Puntuación:
1	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación ítem 7: _____

Puntuación PSQI Total

Sume la puntuación de los 7 ítems

Puntuación PSQI total: _____

MATRIZ DE DATOS

Nº	DEMOGRAFICAS					Cuestionario Pittsburg de calidad del sueño							CUESTIONARIO ESCALA S. EPWORTH			
	D1	D2	D3	D4	D5	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	GLOBAL C	GLOBAL 1	GLOBAL 2	GLOBAL 3
1	1	0	1	2	1	2	2	1	0	2	0	2	9	2	8	1
2	1	0	1	1	1	0	3	1	0	1	0	2	7	1	11	1
3	1	0	3	1	1	2	1	1	0	1	3	2	10	2	12	1
4	1	0	1	2	3	2	1	1	0	1	0	1	6	1	5	0
5	0	0	1	1	1	2	3	2	1	2	0	2	12	2	14	2
6	0	0	1	1	3	2	2	2	2	1	2	1	12	2	10	1
7	1	0	2	1	2	2	0	3	0	1	0	2	8	2	20	3
8	1	0	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	8	2	5	0
9	0	0	3	1	3	2	2	3	0	3	0	0	10	2	13	1
10	0	0	3	1	2	0	1	3	2	1	0	0	7	1	7	1

11	1	0	1	1	3	2	3	3	3	2	0	3	16	3	14	2
12	1	0	2	2	3	2	3	3	3	2	0	2	15	3	7	1
13	1	0	2	1	2	2	3	3	2	2	0	1	13	2	4	0
14	1	1	1	4	4	2	2	1	1	2	1	2	11	2	9	1
15	1	1	2	4	4	1	0	1	0	1	0	2	5	1	6	0
16	1	1	3	4	4	2	0	1	0	2	0	2	7	1	16	2
17	1	1	1	4	4	2	1	0	0	1	0	2	6	1	7	1
18	1	1	1	4	4	2	2	1	1	2	0	1	9	2	16	2
19	1	1	3	4	4	2	2	1	1	3	1	2	12	2	15	2
20	1	1	1	4	4	3	3	1	0	0	2	3	12	2	17	2
21	1	1	1	4	4	2	2	0	1	1	0	1	7	1	9	1
22	0	1	1	4	4	3	2	0	3	1	3	3	15	3	17	2
23	1	1	1	4	4	1	2	3	0	1	0	1	8	2	6	0
24	0	1	1	4	4	1	2	3	0	1	0	1	8	2	5	0

25	1	1	3	4	4	1	1	2	1	2	0	2	9	2	8	1
26	1	1	1	4	4	1	3	3	1	1	0	1	10	2	4	0
27	1	1	2	4	4	1	1	3	0	1	0	1	7	1	7	1
28	1	1	1	4	4	1	3	2	0	1	0	2	9	2	5	0
29	0	1	3	4	4	0	2	2	0	1	0	0	5	1	8	1
30	0	1	3	4	4	1	3	3	3	1	0	1	12	2	7	1
31	1	1	1	4	4	1	1	0	0	1	0	1	4	0	5	0
32	1	1	1	4	4	1	1	3	0	1	1	1	8	2	11	1
33	1	1	2	4	4	1	2	2	0	1	0	1	7	1	10	1
34	0	1	3	4	4	1	2	3	0	0	0	2	8	2	12	1
35	0	1	1	4	4	0	1	0	0	1	0	1	3	0	1	0
36	1	1	2	4	4	1	3	3	0	1	0	1	9	2	11	1
37	0	1	3	4	4	0	2	2	0	1	0	0	5	1	4	0
38	1	1	2	4	4	1	2	2	0	1	0	1	7	1	7	1

39	1	1	1	4	4	1	0	2	3	2	0	2	10	2	16	2
40	1	1	1	4	4	1	0	3	0	1	0	2	7	1	19	2
41	1	1	1	4	4	1	1	1	0	2	0	2	7	1	13	1
42	0	1	1	4	4	1	3	3	0	1	0	1	9	2	10	1
43	1	1	1	4	4	1	1	2	0	1	0	2	7	1	11	1
44	1	1	1	4	4	1	0	1	0	1	0	1	4	0	8	1
45	1	1	1	4	4	1	0	3	2	1	0	1	8	2	7	1
46	1	1	1	4	4	0	1	1	1	2	0	0	5	1	8	1

DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA

PREMISA: D1	Descripción : SEXO
Valor 0	Masculino
Valor 1	Femenino

PREMISA: D2	Descripción : TIPO DE INTERNADO
Valor 0	Internado Hospitalario
Valor 1	Internado Comunitario

PREMISA: D3	Descripción : EDAD
Valor 1	Menores de 24 años
Valor 2	Entre 25 y 29 años
Valor 3	Mayores de 30 años

PREMISA: D4	Descripción : SEDE DE LUGAR DE INTERNADO
Valor 1	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion
Valor 2	Hospital Nacional Dos de Mayo
Valor 3	Hospital Lanfranco La Hoz
Valor 4	Centro de Salud

PREMISA: D5	Descripción : SERVICIOS DE ROTACION
Valor 1	Servicio de Medicina
Valor 2	Servicio de Cirugia
Valor 3	Servicio de Emergencia
Valor 4	Consultorio externo

CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO	
PREMISA: C1	Componente: CALIDAD SUBJETIVA DE SUEÑO
PREMISA: C2	Componente: LATENCIA DEL SUEÑO
PREMISA: C3	Componente: DURACION DEL SUEÑO
PREMISA: C4	Componente: EFICIENCIA DEL SUEÑO
PREMISA: C5	Componente: PERTURBACIONES DEL SUEÑO
PREMISA: C6	Componente: USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR
PREMISA: C7	Componente: DISFUNCION DIURNA

PREMISA: GLOBAL C	Descripción : RESULTADO CUESTINARIO PITTSBURG
-------------------	---

PREMISA: GLOBAL 1	Descripción :CALIFICACION ESCALA PITSBURG
Valor: 0	Descripción: Sin problemas de sueño
Valor: 1	Descripción: Merece atención medica

PREMISA: GLOBAL 2	Descripción : SUMATORIA RESULTADO EPWORTH
-------------------	---

PREMISA: GLOBAL 3	Descripción :CALIFICACION EPWORTH
Valor: 0	Descripción: Sin Somnolencia (0-5 puntos)
Valor: 1	Descripción: Con Somnolencia (7-24 puntos)