

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**FACTORES PSICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD
DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA
UNJBG TACNA - 2012**

TESIS

Presentada por:

Bach. YOSHIMI MIDORI GUEVARA MORALES

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**FACTORES PSICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD
DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

DE LA UNJBG TACNA -2012

TESIS

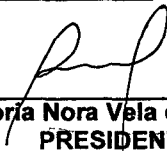
Presentada por:

BACH. YOSHIMI MIDORI GUEVARA MORALES


Para optar el Título Profesional de:

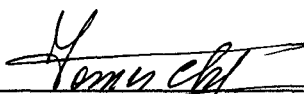
LICENCIADA EN ENFERMERIA

Aprobada por Unanimidad, ante el siguiente Jurado:


Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
PRESIDENTA


Lic. Jenny Concepción Mendoza Rosado
JURADO


Enf. Elizabeth Balbina Huerta Tovar
JURADO


Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez
ASESORA

DEDICATORIA:

A mis padres por la dedicación puesta en mí, porque gracias a ellos se cumplieron mis metas propuestas.

A mi hijo que es mi gran adoración, es la fuerza que hace que siga adelante y no me rinda jamás.

A mis asesoras por su gran empeño y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda apoyo y comprensión me alentaron a lograr este hermoso objetivo.

A DIOS, por permitirme disfrutar de las maravillas de esta vida y hacerme entender que después de una tormenta hay un nuevo amanecer.

A lo más grande que tengo en este mundo, mi hijo Jeanpierre Maycol por ser mi fortaleza y el ser que hace que no me derrumbe ante nada.

A mis padres Doberly Guevara y Aurelia Morales por darme la vida y por ser los guías en mi camino.

A mis docentes por haber contribuido en mi formación profesional inculcándome su ejemplo y la dicha de sentirme útil para los demás en esta prestigiosa carrera

CONTENIDO

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCION.....	III

CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO **Pág.**

1.-Fundamentos y formulación del problema.....	05
2.-Objetivos.....	09
Objetivo General.....	09
Objetivos Específicos.....	09
3.- Justificación.....	10
4. Formulación de la hipótesis.....	12
Hipótesis General.....	12
5.-Operacionalización de variables.....	13

CAPITULO II: MARCO TEORICO

1.- Antecedentes de la investigación.....	21
2.-Base Teóricas.....	28
3.- Definición conceptual de términos.....	63

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.-Material y métodos.....	74
2.-Población y muestra.....	74
Criterios de Inclusión.....	75
Criterios de Exclusión.....	75
3.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	75
4.-Procedimientos de recolección de datos.....	79
5.-Procesamiento de datos.....	79

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

1.Resultados.....	80
2.Discusión.....	107

CONCLUSIONES.....	IV
RECOMENDACIONES.....	V
REFERENCIAS.....	VI
ANEXOS.....	VII

RESUMEN

Los estudiantes subestiman la importancia del sueño en su vida diaria. Ellos renuncian a dormir durante los períodos de estrés, sin darse cuenta que están sabotando su salud física y mental. Entre los riesgos de salud asociados a la falta de sueño están las deficiencias del sistema inmunológico y cardiovascular, así como el aumento de peso. En el estudio se analiza la calidad del sueño con un total de 143 estudiantes de enfermería (124 mujeres y 9 varones) por medio del Índice de la Calidad de sueño de Pittsburg el cual consta de siete dimensiones: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Las preguntas hacen referencia al último mes. Además se evaluó la relación con los factores psicosociales. Se encontró que la mayoría de los estudiantes de la escuela de enfermería son malos dormidores con un 86,7% lo que indican que sufren de algún trastorno de sueño, con respecto a la duración de sueño se observa que un 31,47 % tienden a dormir menos de 5 horas, La latencia subjetiva del sueño menor a 15 minutos con un 56,6% y 21 % consume alguna de medicación hipnótica. En cuanto a la relación de los factores psicológicos que es el estrés encontramos que si existe correlación entre ambas variables con $0,028 < \alpha < 0,05$. Palabras claves: Factores psicosociales, calidad de sueño.

ABSTRACT

Students underestimate the importance of sleep in their daily lives. They forgo sleep during periods of stress, not realizing that they are sabotaging their physical and mental health. Among the health risks associated with lack of sleep are the deficiencies of the immune and cardiovascular systems, as well as increased peso. En the study, the quality of sleep a total of 143 nursing students (124 women and 9 men) through the quality Index Pittsburg dream which consists of seven dimensions: subjective sleep quality, latency, duration, efficiency, disturbances, use of hypnotic medication and daytime dysfunction. The questions refer to last month. We also evaluated the relationship with psicosociales. Se factors found that most students of the nursing school are poor sleepers with 86,7% which indicates that suffer from a disorder of sleep, with respect to the duration of sleep show that a 31,47% tend to sleep less than 5 hours, subjective sleep latency less than 15 minutes with a 56,6% and 21% consume any medication hipnótica. En the relationship of psychological factors that stress is found that if there is a correlation between the two variables with $0,028 < 0,05$. Keywords: psychosocial factors, quality of sleep.

INTRODUCCION

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la elevada prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes culturas y grupos de personas, se estima que alrededor de un tercio de la población presentará algún tipo de disfunción del sueño a lo largo de su vida. (1)

El sueño es una necesidad humana básica, es un proceso universal común a todas las personas. El sueño se caracteriza por una actividad física mínima, niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos orgánicos y disminución de la respuesta ante estímulos externos. El sueño se refiere a la constitución de un estado fisiológico por medio del cuál se eliminan o destruyen toxinas acumulativas por la fatiga y el trabajo excesivo de los tejidos nerviosos (Parker & Julia, 1993). Durante éste se observa que el tejido muscular se relaja. La sensibilidad disminuye notablemente, el ritmo de la circulación y de la respiración es más pausado y las reacciones químicas del organismo son más débiles.

La palabra "sueño" se refiere al acto de dormir y también da un segundo significado, describiéndolo como el acto de representarse en la fantasía de uno, mientras duerme, sucesos e imágenes. Nuestros sueños nos desvelan mediante símbolos, tanto nuestros más íntimos deseos como nuestros problemas, ya sean fobias, complejos, angustias, tensiones familiares o laborales, problemas sexuales o afectivos. (2)

Cuantificar la Calidad de sueño (CS) es una tarea difícil y compleja de definir con objetividad, ya que se deben integrar aspectos subjetivos y objetivos del dormir. La C.S influye en su definición aspectos cuantitativos del sueño, como la duración de éste, su latencia o el número de despertares nocturnos y aspectos cualitativos puramente subjetivos, como la profundidad de éste o la capacidad de reparación del mismo. (2)

La mala calidad de sueño y los trastornos de éste constituye uno de los problemas de Salud más relevantes en las sociedades occidentales. El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en la población general. Diversos estudios epidemiológicos estiman su prevalencia entre el 20-30%, si bien estos datos varían en gran medida, dependiendo de la definición que hagamos del insomnio.(3)

No es novedad que las circunstancias actuales en que se vive condicionan situaciones de tensión que pueden influir de alguna manera en el comportamiento, en las relaciones humanas y en el rendimiento de los estudios, pues se considera que el estudiante de enfermería está sometido a exigencias propias de la carrera y percibe que debe superar cualquier obstáculo con el objetivo final de conseguir lo que se ha propuesto.(4)

El estrés afecta la calidad del sueño mucho más que la cafeína y el alcohol, no sólo eso, más del 60% de los estudiantes universitarios han alterado sus patrones de sueño y muchos toman alcohol o drogas regularmente para ayudarse a hacer una u otra cosa. (5)

Los estudiantes subestiman la importancia del sueño en su vida diaria. Ellos renuncian a dormir durante los períodos de estrés, sin darse cuenta que están saboteando su salud física y mental. Entre los riesgos de salud asociados a la falta de sueño están las deficiencias del sistema inmunológico y cardiovascular, así como el aumento de peso. (6)

En cuanto métodos y técnicas se hizo mediante instrumentos: test para medir el estrés académico del estudiante a base de la escala de Likert y un instrumento que mide la Calidad de sueño.

La tesis se ha estructurado en capítulos que contienen los siguientes aspectos:

Capítulo I aborda el problema de la investigación, objetivos, justificación, formulación de la hipótesis y operacionalización de variables; capítulo II expone Marco teórico, antecedentes de la investigación , bases teóricas y definición conceptual de términos; capítulo III de Metodología de la investigación se encuentra material y métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos y procesamiento de datos; capítulo IV, aborda los resultados , discusión conclusiones y recomendaciones con respecto al trabajo de investigación realizado.

No hubo dificultades en la aplicación de los instrumentos pues los estudiantes colaboraron eficientemente respetando la confidencialidad. Considero que esta tesis puede ser útil para futuros estudios científicos relacionados con el estrés y la calidad de sueño.

Espero que las expectativas del presente trabajo satisfaga a cualquier profesional que tenga vocación para nuestra carrera.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. Fundamentos y formulación del problema

Los trastornos del sueño forman un grupo de enfermedades que por su creciente prevalencia y sus consecuencias sociosanitarias se consideran cada vez más seriamente como un problema de Salud Pública.(7)

Se observa que algunas estudiantes duermen en clase y refieren que no pudieron dormir por diferentes problemas entre ellos tenemos preocupación ante un examen, hijo enfermo, problemas familiares, otras refieren que trabajan en la noche o los fines de semana todo el día por lo que refirieron que les falta tiempo para hacer las tareas académicas, otras por no tener ingreso económico para pagar sus deudas en fin son muchas razones por las que las estudiantes de enfermería presentan este problema de sueño.

Cuando una persona no duerme en forma adecuada o está privada parcial o totalmente del sueño, presenta alteraciones de diferente índole,

como son: fallas en los procesos de atención y percepción, falta de interés, errores de memoria e irritabilidad, precipitando al sujeto afectado hacia un estado de ansiedad o estrés, con alteración y modificación de las funciones cerebrales superiores o cognoscitivas, de tal manera que se altera su capacidad para realizar eficazmente las actividades de la vida cotidiana.(8)

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye. En la actualidad, es uno de los términos más utilizados y lo definió como: La respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. El término estrés, partió de un concepto físico haciendo referencia a una fuerza o peso que produce diferentes grados de tensión o deformación en distintos materiales. Selye no hace referencia al estímulo (peso o fuerza), sino a la respuesta del organismo a éste. Utiliza el término estrés para describir la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular. Posteriormente, el término se ha utilizado con múltiples significados y ha servido tanto para designar una respuesta del organismo, como para señalar los efectos producidos ante repetidas exposiciones a situaciones estresantes.(8)

El modelo de adaptación de Callista Roy, describe al hombre como un ser Bio-psico-social, que interactúa con el medio ambiente y se adapta según los cambios que presente este entorno para tratar de satisfacer sus necesidades básicas. Los estudiantes de enfermería cumplen un papel muy importante en cuanto a la promoción, restablecimiento, cuidados y rehabilitación de la salud de los pacientes, debiendo cumplir a cabalidad con las acciones de atención integral, para así proporcionarle seguridad y bienestar elementos necesarios para el buen funcionamiento de cualquier institución.(8)

El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión.(8)

El estudiante de enfermería debe prestar un óptimo servicio a la comunidad, para ello además de los conocimientos teóricos y prácticos que deben poseer, de tener una elevada autoestima, deben contar con un equilibrio mental y físico que le permita ejercer su actividad de una manera eficiente y ser efectivo en la práctica diaria de atención a los pacientes.

Los estudiantes universitarios están sometidos a una carga curricular muy demandante tanto en su formación como a lo largo de su vida profesional y en el caso específico de los estudiantes de enfermería se agrega el estrés, guardias, hábitos de sueño, horarios de estudio y trabajo, problemas familiares y económicos que varían en cada uno, por lo tanto cobra relevancia conocer:

¿Cuál es la relación de los factores Psicosociales y la Calidad de sueño en las estudiantes de la Escuela académico profesional de Enfermería de la UNJBG- Tacna 2012?

2. Objetivos

Objetivo General

- Determinar la relación de los factores Psicosociales y la Calidad de sueño en las estudiantes de la Escuela académico profesional de Enfermería de la UNJBG- Tacna 2012

Objetivos Especificos

- Identificar los factores Psicológicos de las estudiantes de Enfermería.
- Identificar los factores sociales de las estudiantes de Enfermería.
- Describir la Calidad de Sueño mediante la aplicación del índice de Pittsburg en la Escuela de Enfermería de la UNJBG.
- Establecer la relación de los factores Psicosociales y la calidad de sueño en las estudiantes de enfermería.

3. Justificación

La sociedad actual es consciente del gran impacto que surte del sueño sobre la vida de las personas. Sus efectos no se limitan al propio organismo (necesidad de restauración neurológica) sino que afectan al desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad (rendimiento laboral, relaciones interpersonales, etc).(9)

El sueño es de suma importancia para la vida de cualquier ser humano. A través de éste se recuperan energías y, además, es el momento en que se procesa toda la información recopilada durante el día. Dormir es y ha sido siempre la actividad que más tiempo demanda a lo largo de nuestras vidas (aproximadamente el 35%).(10)

El estudio del sueño a lo largo de los años ha reincidido en dos aspectos "¿Por qué se da?" y "¿para que se da?", pero el sueño es un espacio de tiempo en el cual una persona recupera todas sus energías que ha gastado durante el día y lo único que decrece esa recuperación de energía son los trastornos del sueño, situación que merece ser estudiada porque puede alterar las actividades cotidianas con resultados negativos que en el caso de estudiantes de enfermería puede ser perjudicial a ellos mismos o a las personas que cuida en su práctica pre-profesional.(10)

Se dice que para lograr un buen descanso se necesitan por lo menos unas 8 horas de sueño ininterrumpido, esto se debe a que los seres humanos deben de pasar por los 5 estadios del sueño los cuales deben cumplir todo un ciclo, pasando primero por los sueños de onda corta hasta llegar a los sueños REM.

Todo esto se sabe debido a los estudios que se han hecho a través del tiempo, por científicos en el afán de conocer lo que sucedía mientras dormíamos, así como su importancia. Hoy en día es difícil que las personas puedan dormir sus 8 horas continuas debido al estilo de vida que se tiene. Las necesidades de las personas se han incrementado con el transcurso de los años llevándolos a tener jornadas de trabajo demasiado largas, esto ha contribuido a que sus desplazamientos sean más tardados y como consecuencia, que se tengan tiempos de descanso más cortos. Los resultados de la investigación servirán , por un lado, para que los estudiantes tomen conciencia y organicen su tiempo para que puedan desempeñarse bien y no presenten algún problema de sueño a lo largo de su vida, y por el otro lado, contribuirán a la reflexión de los docentes acerca de la repercusión de los factores psicosociales sobre la calidad de sueño de los estudiantes de tal forma que puedan generar estrategias de solución para los estudiantes y en consecuencia para las personas que ellos cuidan.

4. Formulación de la hipótesis

Hipótesis General

H1: Existe relación significativa de los factores Psicosociales y la calidad de sueño en las estudiantes de la Escuela académico profesional de Enfermería de la UNJBG- Tacna 2012

Ho: No existe relación significativa entre los factores Psicosociales y la calidad de sueño en las estudiantes de la Escuela académico profesional de Enfermería de la UNJBG- Tacna 2012

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores Psicosociales	Los factores psicológicos está relacionado con factores perceptuales, cognitivos, emocionales, como la personalidad, que también influyen en el desarrollo; cualidades de la personalidad mostrando o dando como resultado una conducta buena o mal	Estrés	<p>Se siente cansado(a) aun cuando duerme el tiempo necesario.</p> <p>Se siente insatisfecho.</p> <p>Se siente triste sin ninguna razón aparente.</p> <p>Es olvidadizo.</p> <p>Es irritable y poco cortés con los demás.</p> <p>Es poco comunicativo, introvertido.</p> <p>Siente presión por parte de su familia a causa de sus largas jornadas de estudio.</p> <p>Ha tenido alguna enfermedad (excepto menstruación).</p> <p>Su actitud hacia el estudio es indiferente.</p> <p>Tiene conflictos con sus compañeras.</p>	<p>Nunca o Rara vez</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>A menudo</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Siempre</p>

	<p>del individuo.</p> <p>Factores Sociales:son relaciones interpersonales sociales, culturales y étnicos, de acuerdo al entorno social que influyen en el desarrollo del individuo, y en el estudio académico.</p>		<p>Su desempeño en el estudio no es el deseable</p> <p>Consume alcohol y/o tabaco para sentirse mejor.</p> <p>Consume drogas (marihuana, cocaína , PBC).</p> <p>No se puede concentrar en sus estudios.</p> <p>Se aburre fácilmente.</p> <p>Estudia duro, pero sus logros no son buenos.</p> <p>Tiene dificultad para alcanzar sus metas.</p> <p>Tiene problemas entre su horario de estudio y otras cosas que debe hacer.</p> <p>Participa en actividades sociales</p> <p>Tiene mucho que hacer y no le alcanza el tiempo.</p>	
		<p>Lugar de procedencia</p>	<p>Arequipa</p> <p>Moquegua</p> <p>Puno</p> <p>Tacna</p> <p>Otros, especifique</p>	<p>nominal</p>

		Edad	16-19 20-23 24 a más	ordinal
		Sexo	Femenino Masculino	nominal
		Año académico	1er año 2do año 3er año 4to año	nominal
		Estado Civil	Soltero Casado Conviviente Otros	nominal
		Hijos	Si no	nominal

		Tipo de familia	Con ambos padres (papá y mamá) Sólo con uno de los progenitores (papá o mamá) Otros familiares menos padres(tíos, abuelos, primos,etc) Con tu pareja	nominal
		Nivel de instrucción de los padres	Primaria secundaria superior analfabeto	ordinal
		Trabajo	Si no	nominal
		Grupo juvenil o parroquial	Si no	nominal
		Comunicación familiar	Buena Regular Mala	nominal
		Ingreso familiar	s/500-1000 s/1000-1500	nominal

			s/1500-2000 s/2000 a más	
		ubicación de vivienda	a)urbano (centro de la ciudad) b)rural (campo) c)urbano marginal.(conos de la ciudad)	nominal

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad de Sueño	Fenómeno complejo que integra aspectos cuantitativos, cualitativos y subjetivos del sueño	Calidad subjetiva del sueño	-Calidad de su dormir	Muy buena Bastante buena Bastante mala Muy mala
		Latencia de sueño	-Tiempo que demora en quedarse dormido.	Menos de 15 min 16-30min 31-60 min Mas de 60min
		Duración de dormir	Horas que duerme durante la noche	mayor a 7 horas 6-7 horas 5-6horas Menor 5 horas
		Eficiencia del sueño	Hora que se duerme Hora se levanta	Núm. horas de sueño

		Perturbaciones del sueño	<p>el mes pasado, cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de.....</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se despierta durante la noche o madrugada -Tiene que levantarse para ir al sanitario -No puede respirar bien -Tose o ronca ruidosamente -Siente frío -Siente demasiado calor -Tiene pesadillas o "malos sueños": -Sufre de dolores -Otras razones 	<p>Ninguna vez al mes Menos de 1 vez a la semana 1 o 2 veces a la semana 3 o mas veces a la semana</p>
		Uso de medicamentos para dormir	<p>Medicinas por su cuenta o recetadas por el médico</p>	<p>Ninguna vez en el último mes Menos de 1 vez al mes 1 o 2 veces a la semana 3 o mas veces a la semana</p>

		Disfunción diurna	<p>-Tuvo somnolencia mientras, comía ,trabajaba,estudiaba o desarrollaba alguna otra actividad</p> <p>-Ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna actividad.</p>	<p>Nada problemático</p> <p>Solo ligeramente problemático</p> <p>Moderadamente problemático</p> <p>Muy problemático</p>
--	--	--------------------------	--	---

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

RODRIGO HEREDIA S. (11) Calidad del sueño en personal de enfermería. 2011 Madrid. cuyo objetivo es conocer la calidad del sueño de los profesionales de enfermería mediante el "Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh". Población: Profesionales de enfermería de las plantas de hospitalización de los servicios de Medicina Interna del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (HCSC). Se realizaría un estudio descriptivo transversal, que se llevaría a cabo durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2009 entre el personal de enfermería del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (HCSC), hospital docente y de referencia de la Comunidad de Madrid con un número de camas de entre 1,000 y 1,200. Los resultados fueron que los trabajadores sanitarios presentaban los siguientes trastornos: cefaleas, dorsalgias, dolencias gástricas, náuseas, dolores en las piernas, pérdida de apetito, insomnio, sueño agitado, astenias y fatiga general, también de que los trabajadores con turnos rotatorios y nocturno duermen entre cinco y ocho horas menos por semana que el resto, comparando con las

contestaciones obtenidas por trabajadores de turnos diurnos; además, también parece demostrado según el estudio que cada 15 años de trabajo de noche se produce un envejecimiento prematuro de cinco años. Conclusión: Dormir es una necesidad humana de primer orden, aunque no fuera medido más que en términos de tiempo, habría que considerar al sueño como una actividad vital importante ya que las personas pasan por término medio de un tercio a un cuarto del tiempo de sus vidas durmiendo. La enfermería es una profesión que en un alto porcentaje de casos desarrolla su jornada laboral en turnos rotatorios, turnos que en ocasiones provocan trastornos en los hábitos de vida de los profesionales incluido el sueño. Con este trabajo se pretende analizar e intentar poner de manifiesto como los turnos laborales en enfermería afectan a la calidad de sueño de los profesionales.

SIERRA J. y col. (12) Calidad de sueño en estudiantes Universitarios: Importancia de la Higiene del Sueño. Diciembre 2002. México. En el estudio se analiza la calidad subjetiva del sueño en una muestra de 716 estudiantes universitarios (584 mujeres y 132 varones) por medio del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg, y se evalúan los efectos del consumo de alcohol, cafeína y tabaco sobre la calidad del sueño. Es un estudio de tipo correlacional, descriptivo y pospectivo. El

Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg proporciona una puntuación global de la calidad del sueño y puntuaciones parciales en siete componentes distintos: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Los resultados encontrados muestran que aproximadamente 30% de la muestra presenta una mala calidad del sueño, una excesiva latencia y una pobre eficiencia del sueño; no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en ningún componente, a excepción del consumo de hipnóticos, donde las mujeres presentan una mayor puntuación. La falta de diferencias en la calidad del sueño entre hombres y mujeres se puede deber a la edad de la muestra (20,92 años), pues en las mujeres la menor calidad del sueño se hace más evidente a medida que avanza la edad. Si tenemos en cuenta la puntuación total del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg, encontramos que 60,33% de la muestra supera la puntuación de cinco, por lo que estos sujetos pueden ser definidos como malos dormidores. Por otro lado, está claramente demostrado que el uso excesivo de alcohol, cafeína y nicotina provoca alteraciones del sueño: aumento de la latencia, despertares nocturnos, reducción del sueño de ondas lentas, reducción del tiempo total de sueño y pobre calidad autoinformada del sueño. Sin embargo, el efecto que tiene el consumo social (consumo no

excesivo) de estas sustancias sobre el sueño es menos conocido. En este estudio hemos definido como consumidores sociales a los sujetos que ingieren entre dos y cuatro copas de alcohol, dos y cuatro tazas de café y fuman entre 20 y 30 cigarrillos diariamente. Encontramos que el consumo diario habitual no excesivo de alcohol, cafeína y tabaco, provoca una mala calidad del sueño, una mayor latencia, un mayor número de perturbaciones y una mayor disfunción diurna. Esto pone de manifiesto la necesidad de controlar el consumo de estas sustancias para mantener una correcta calidad del sueño

ROSALES E. EGOAVIL M. LA CRUZ C. REY DE CASTRO J.
(13). Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de la universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima 2007. Objetivo: Determinar el grado de somnolencia diurna y calidad del sueño en estudiantes de medicina. Diseño: Estudio transversal. Lugar: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Participantes: Estudiantes de medicina. Intervenciones: Muestra no probabilística de estudiantes de medicina del sexto (76 externos) y séptimo (74 internos) años de estudios. Cuestionarios: datos demográficos, escala de somnolencia de Epworth e índice de calidad del sueño Pittsburgh. Resultados: De todos los encuestados, 58% tenía mala calidad del sueño y 34% excesiva somnolencia diurna. La latencia subjetiva del sueño mayor de 30 minutos,

dormir 6 horas o menos, eficiencia subjetiva del sueño menor de 85% y el uso de medicación hipnótica estuvieron asociados con mala calidad del sueño. Asimismo, dormir 5 horas o menos, consumo de cafeína y tabaquismo estuvieron asociados a mala calidad del sueño y excesiva somnolencia diurna. La correlación entre calidad del sueño y somnolencia diurna fue $R=0,426$ $p<0,001$. Conclusiones: Encontramos alta frecuencia de pobre calidad del sueño y excesiva somnolencia diurna en los estudiantes de medicina encuestados. Ambas estuvieron asociadas a consumo de cafeína y tabaco, latencia subjetiva del sueño prolongada, corta duración del sueño, eficiencia subjetiva del sueño menor de 85% y uso de medicación hipnótica. Hubo correlación entre calidad del sueño y somnolencia diurna.

LOAYZA C. (14)Medición de la calidad de sueño y validación del índice de Pitsburg en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna. 2008. Cuyo objetivo es medir la Calidad de sueño mediante el Índice de calidad de sueño de Pitsburg y validar el instrumento mediante el alfa de Cronbach en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UPT. En el presente trabajo participaron los estudiantes de la Facultad de medicina conformados por estudiantes de la escuela de odontología y medicina respectivamente. Los resultados fueron que la mayoría de estudiantes de medicina presentan una mala

calidad de sueño en comparación con los estudiantes de odontología. La quinta parte de la población en estudio presentó una alta latencia subjetiva de sueño (conciliación de sueño mayor de 30 minutos. Cuyas conclusiones fueron que los estudiantes de la Escuela de Medicina presentan mayores trastornos del sueño, además la calidad de sueño disminuye con el paso de los años según el año académico de las escuelas.

TICONA S. y col. (15). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de Enfermería-UNSA Arequipa 2006. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento, para tal efecto se realizó un estudio de tipo transeccional con diseño correlacional, la muestra en estudio fue de 234 estudiantes de primero a cuarto año, seleccionada mediante un muestreo probabilístico estratificado. Para la recolección de información se utilizó como método, la encuesta; técnica el cuestionario y como instrumentos: la Escala de Estrés de Holmes y Rahe y el Cuestionario de estimación de Afrontamiento de COPE, que considera estrategias enfocadas al problema, emoción y percepción. Como conclusiones se obtuvo que: la mayor parte de la población estudiada fue de sexo femenino, con rango de edad de 19 a 20 años, el año de estudio que apuntó mayor número de estudiantes y mayor nivel de

estrés fue el primer año, seguido de segundo, tercero y cuarto año; además la gran mayoría de estudiantes registra matrícula regular, el nivel de estrés se encontró severo (29,91%).

MOARRI S. (16)Nivel de estrés Rendimiento académico en los estudiantes de Medicina Humana en la UNJBG- Tacna 2005.

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la relación entre los factores productores de estrés, el nivel de estrés y el rendimiento académico de los alumnos de la escuela académico profesional de Medicina Humana de la UNJBG durante el año 2005. Se contó con una población de 133 estudiantes así mismo se utilizó como instrumentos de recolección de datos test validados (α 0,81) para medir el nivel de estrés y los factores productores de estrés, en cuanto resultados de la medición de estrés se encontró que la mayoría, en el límite había un 33,1%, estudiantes que necesitaban ayuda especial 11,33%, no se encontró alumnos con estrés franco. Referente al rendimiento académico se encontró los siguientes resultados: malo 30,1%; regular 36,8%; bueno 22,6% y muy bueno 10,5%.

2.2. Base Teórica

Factores psicosociales

Toda condición que experimenta el hombre en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que le rodea.

Los factores psicosociales repercuten en las situaciones sociales, por ello se plantea una relación entre la psicología y la sociología por cuanto que son disciplinas que estudian al hombre desde ángulos distintos. Ahora bien, esta relación da origen a una nueva disciplina llamada PSICOLOGIA SOCIAL que se encarga de investigar las relaciones entre la sociedad y el individuo, es decir estudia el factor psicológico dentro de la sociedad.

Otto Klineberg

Ha definido la psicología social como el estudio científico de las actividades del individuo influido por otros individuos. Esos otros pueden ejercer un efecto separadamente o en grupo; pueden obrar directamente mediante su presencia en el ambiente inmediato o indirectamente, a través del medio de los modos tradicionales o esperados de conducta que afectan al individuo aun cuando este se encuentre solo.

Gino Germani

Dice que el objetivo de la psicología social es el estudio de aquellos aspectos variables de la conducta manifiesta y encubierta (o psíquica) de individuos o grupos en su relación con los aspectos típicos de los que se ocupa la sociología como tal.

De lo anterior se desprende que, GINO GERMANI dice que la psicología social estudia al hombre en sociedad tanto en forma individual o en grupo. Entiéndase por grupo social como todo conjunto de individuos que posea alguna forma de pensar y de obrar común y que además, consciente o inconscientemente, actual o potencialmente, posee la noción o el pensamiento de esa comunidad de actitudes, valores, estados psíquicos o formas de obrar.

Es importante decir que no debe confundir la sociología con la psicología social, esto atendiendo al objeto de su estudio. La sociología estudia las condiciones estructurales de los grupos sociales (situación en el proceso productivo, propiedad sobre los medios de producción, vivienda, alimentación, diversiones, etc.). en la psicología social su objeto de estudio es comprender los rasgos psicosociales que corresponden a cada nivel estructural (actitudes, opiniones, dinámica de grupo, liderazgo, etc.) (17).

ESTRES

Desde 1935, Hans Selye, (considerado padre del estrés) introdujo el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química. “El estrés (stress) es un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles. La persona se siente ansiosa y tensa y se percibe mayor rapidez en los latidos del corazón.”(18)

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.(18)

El Diccionario de la Lengua Española (2001) define estrés como “la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”. (18)

Navarrete (2002) nos dice que el estrés es un estímulo que agrede emocional o físicamente, esto sin importar si el peligro presente es real o se percibe como si lo fuera. Suele desencadenar tensión, ansiedad y diversas reacciones en nuestro organismo. Es la respuesta fisiológica,

psicológica y de comportamiento de una persona, quien busca adaptación y reajuste a presiones que pueden ser externas como internas. (18)

Lazarus y Folkman (1984) nos plantean que la respuesta del estrés es el resultado de la interacción entre las características de una persona y las demandas que el medio exige, es decir que depende tanto de las demandas de la situación como de los propios recursos del individuo para hacer frente a él. (19)

Según Jean Benjamin Stora: El estrés es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo. Este instinto es bueno en emergencias, como el de salirse del camino si viene un carro a velocidad. Pero éste puede causar síntomas físicos si continua por mucho tiempo, así como una respuesta a los retos de la vida diaria y los cambios.(18)

CLASIFICACION DEL ESTRÉS

Estrés Agudo

El estrés agudo es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo es emocionante y

fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador. (20)

Dado que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo.

Los síntomas más comunes son:

- Agonía emocional: una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés;
- Problemas musculares que incluyen dolores de cabeza tensos, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarro muscular y problemas en tendones y ligamentos;
- Problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable;
- Sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

El estrés agudo puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.(20)

Estrés Agudo Episódico:

Si bien el estrés agudo es común y en ocasiones hasta podría pasar desapercibido, el estrés agudo episódico es perjudicial para los seres humanos y podría requerir ayuda médica. Ambos tipos de estrés son semejantes, la diferencia entre ellos es que el estrés agudo episódico afecta a una persona de manera recurrente.

Comúnmente, esta clase de estrés afecta a aquellas personas que llevan una vida desordenada, que siempre andan con apuro y que las cosas por lo general suelen resultarles adversas. Estas personas suelen asumir muchas responsabilidades y luego no pueden lidiar con todas ellas.

Quienes padecen estrés agudo episódico suelen tener mal carácter, suelen ser irritables, ansiosos, tensos, e incluso pueden volverse hostiles. Esta clase de estrés también afecta las relaciones interpersonales, así como la relación que esta persona mantenga con su trabajo.

Los síntomas de este tipo de estrés son una agitación prolongada, dolores de cabeza, hipertensión, enfermedades cardíacas, etc. El estrés agudo episódico puede desencadenar otros males que afecten al

organismo, por ello, requiere de ayuda profesional. Además, la recuperación del paciente suele ser larga, e incluso podría durar varios meses. (20)

Existe además otra clasificación de estrés de acuerdo al efecto que genera en el sujeto (Selye 1936):

Distrés:

Podríamos definir el distres como el estrés desagradable. Es un estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a la carga. Va acompañado siempre de un desorden fisiológico, las catecolaminas producen una aceleración de las funciones y éstas actúan alejadas del punto de equilibrio, hiperactividad, acortamiento muscular, somatizaciones, en suma: envejecimiento prematuro, son los efectos secundarios del estrés negativo. (20)

Pueden ser estresores: el trabajo, la familia, las enfermedades, el clima, el alcohol, el tabaco, las frustraciones, en suma centenares de estímulos internos o externos de carácter físico, químico o social.

Eustrés:

Es el estrés positivo, la relación con las impresiones del mundo externo y del interior no producen un desequilibrio orgánico, el cuerpo es

capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello, el eustrés permite experimentar el mundo como un lugar en que cada milímetro es delicioso. (20)

El eustrés es asimismo un estado de conciencia, en el cual pensamiento, emoción y sensación parecen organizarse para proporcionar un efecto general de alegría, satisfacción y energía vital. El objetivo de las técnicas de relajación sería lograr actuar en el mundo sin los efectos negativos del distres, preparándonos para una vida creativa, en la que puedan llegar a disfrutarse sin miedos de los momentos felices y afrontando con realismo otros que sucederán de forma inevitable. La creatividad facilita una vida en que los problemas tienden a resolverse, los problemas existen para todos, unos demoran su solución y otros se enfrentan a ella. (20)

Podemos comprender que el Eustrés no solo incrementa la vitalidad, salud y energía sino que además facilita la toma de decisiones que permitirán llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano, permitiendo un nivel de conciencia capaz de sentir la vida como una experiencia única y valiosa. (20)

Estrés crónico

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.

El estrés crónico mata a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer. Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Debido a que los recursos físicos y mentales se ven consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico y de conducta y manejo del estrés. (20)

Fases de estrés

El húngaro Hans Selye (1907-1982), concibió por mera casualidad la idea del Síndrome de Adaptación General (SAG), sobre el cual escribió por primera vez en el British Journal Nature en el verano de 1936. El SAG, también conocido como síndrome del estrés, es lo que Selye señaló como el proceso bajo el cual el cuerpo confronta lo que desde un principio designó como: agente nocivo.

El Síndrome de Adaptación General de Selye, se basa en la respuesta del organismo ante una situación de estrés ambiental distribuida en tres fases o etapas:

Fase de alarma

Ante la percepción de una posible situación de estrés, el organismo empieza a desarrollar una serie de alteraciones de orden fisiológico y psicológico (ansiedad, inquietud, etc.) que lo predisponen para enfrentarse a la situación estresante. La aparición de estos síntomas está influida por factores como los parámetros físicos del estímulo ambiental (ejm. intensidad del ruido), factores de la persona, el grado de amenaza percibido y otros como el grado de control sobre el estímulo o la presencia de otros estímulos ambientales que influyen sobre la situación.(19)

Fase de resistencia

Supone la fase de adaptación a la situación estresante. En ella se desarrollan un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales destinados a "negociar" la situación de estrés de la manera menos lesiva para la persona. Si finalmente se produce una adaptación, esta no está exenta de costos, ejm. disminución de la resistencia general del organismo, disminución del rendimiento de la

persona, menor tolerancia a la frustración o presencia de trastornos fisiológicos más o menos permanentes y también de carácter psicossomático. (19)

Fase de agotamiento

Si la fase de resistencia fracasa, es decir, si los mecanismos de adaptación ambiental no resultan eficientes se entra en la fase de agotamiento donde los trastornos fisiológicos, psicológicos o psicossociales tienden a ser crónicos o irreversibles. (19)

Efectos fisiológicos

El estrés afecta al sistema nervioso, al funcionamiento general del organismo y en especial al sistema inmunológico. En la actualidad cabe hablar de hasta cinco sistemas biológicos diferentes, aunque integrados y estrechamente relacionados entre sí: el Sistema Nervioso Central; el Sistema Nervioso Autónomo Neuro-Vegetativo; el Sistema Nervioso Somático o Músculo-Esquelético; el Sistema Neuro-Endocrino y el Sistema Inmunológico o Neuro-Inmunológico.

El estrés produce cambios químicos en el cuerpo. En una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas (catecolaminas y entre ellas, la adrenalina) en la glándula

suprarrenal. Las hormonas inician una reacción en cadena en el organismo: el corazón late más rápido y la presión arterial sube; la sangre es desviada de los intestinos a los músculos para huir del peligro; y el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo metabolice más energía. Estas reacciones permiten evitar el peligro. A corto plazo, no son dañinas. Pero si la situación persiste, la fatiga resultante será nociva para la salud general del individuo. El estrés puede estimular un exceso de ácido estomacal, lo cual dará origen a una úlcera o puede contraer arterias ya dañadas, aumentando la presión y precipitando una angina o un paro cardíaco.

Asimismo, el estrés puede provocar una pérdida o un aumento del apetito con la consecuente variación de peso en la persona.

Periodos prolongados de estrés pueden ser la causa de enfermedades cardiovasculares, artritis reumatoide, dolores de cabeza, migrañas calvicie, asma, tic nerviosos, sarpullidos, disfunción sexual, impotencia, irregularidades en la menstruación, colitis, diabetes, dolores de espalda, depresión o ansiedad, insomnio, indigestión, sarpullidos, diarrea o estreñimiento. (19)

Estrés académico

El estrés académico es definido como aquel que se produce en el ámbito educativo que podría afectar tanto a profesores en el abordaje de sus tareas docentes, como a estudiantes en cualquier nivel educativo, en especial el del ámbito universitario. (Hernandez, Polo y Poza, 1996).

Es un proceso sistémico de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta de manera descriptiva en tres momentos:

El alumno se ve sometido en procesos educativos a una serie de demandas que bajo la valoración del propio alumno son consideradas como estresores.

Esos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio).

Ese equilibrio sistémico obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico (Barraza Macías 2006)

Estrategias de afrontamiento

Son aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (Lazarus y Folkman, 1986).

Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias (Lazarus y Folkman, 1986).

Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.

Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema

SUEÑO

Para S. Freud

El sueño es el resultado de nuestra propia actividad anímica, representado por imágenes visuales surgidas por representaciones involuntarias y por imágenes auditivas proyectadas en su espacio exterior. (21)

Según Obiols (2010)

El sueño es un estado normal y reversible del organismo en el que se entra de manera recurrente. El sueño está controlado por un grupo de sistemas interconectados que se activan y/o inhiben entre ellos y que se encuentran localizados en el tronco cerebral. (22)

Fuero Cabrera, Fernández y Portuondo (2000)

El sueño es un fenómeno elemental de la vida y una fase indispensable de la existencia humana. Se puede definir como la disolución fisiológica del estado de conciencia o como uno de los cambios o fenómenos básicos que ocurren en el sistema nervioso en cada ciclo de 24 horas.(22)

Vallejo (2000):

El sueño es un estado fisiológico, activo y rítmico que aparece cada 24 horas en alternancia con el otro estado de conciencia básico que es la vigilia". (22)

Acevedo et al (2006)

El sueño es considerado como una necesidad universal del reino animal, aun cuando la variedad de longitud y profundidad es diferente en cada especie. Este estado ocupa aproximadamente un tercio de toda la vida de un ser humano promedio y para su cumplimiento son necesarias algunas modificaciones metabólicas, hormonales, bioquímicas y como también de temperatura. (22)

Según Segarra (1994)

Dice "El concepto de sueño está íntimamente relacionado con el de vigilia. Para estar despierto es preciso haber dormido antes. (22)

Según Trisants Shandy:

El sueño es el refugio del desdichado, la liberación del prisionero, el blando regazo del desesperado, del extenuado, del acongojado, de todas las funciones agradables y deliciosas de la naturaleza, esta es la primera y principal; que felicidad desciende sobre el hombre, cuando las ansiedades y pasiones de la jornada han concluido"(22)

Real Academia Española de la Lengua

El termino sueño proviene del latín *somnus*, siendo definido como "acto de dormir", y éste como la "suspensión de sentidos y movimientos

voluntarios"; hoy este concepto de suspensión se considera erróneo. El sueño es un estado de inercia de actividad, motriz controlada por el sujeto y que cumple todos los aspectos de un ciclo circadiano.(21)

El diccionario define la palabra "sueño" como acto de dormir y también le da un segundo significado, describiéndolo como el acto de representarse en la fantasía de uno, mientras duerme, sucesos e imágenes. Nuestros sueños nos desvelan mediante símbolos, tanto nuestros más íntimos deseos como nuestros problemas, ya sean fobias, complejos, angustias, tensiones familiares o laborales, problemas sexuales o afectivos.(21)

FASES DEL SUEÑO

Durante el período en que descansamos el sueño pasa por diferentes fases:

Fase REM: característica en la cual el cerebro está muy activo, el tronco cerebral bloquea las neuronas motrices de manera que no nos podemos mover. REM proviene de los vocablos ingleses "Rapid Eye Movement" debido al característico movimiento de los globos oculares bajo los párpados. Ésta es la fase donde soñamos y captamos gran

cantidad de información de nuestro entorno debido a la alta actividad cerebral que tenemos.

Fase NO REM:

Etapa 1 (Adormecimiento): es un estado de somnolencia que dura unos minutos. Es la transición entre la vigilia y el sueño. Se pueden dar alucinaciones tanto en la entrada como en la salida de esta fase. (5% del tiempo total del sueño).

Etapa 2 (Sueño ligero): Disminuyen tanto el ritmo cardíaco como el respiratorio. Sufrimos variaciones en el tráfico cerebral, períodos de calma y súbita actividad. Es más difícil despertarse que en la fase 1. (50% del tiempo).

Etapa 3: Fase de transición hacia el sueño profundo. Pasamos unos 2 - 3 minutos aproximadamente en esta fase.

Etapa 4 (Sueño Delta): Fase de sueño lento, las ondas cerebrales en esta fase son amplias y lentas así como el ritmo respiratorio. Cuesta mucho despertarnos estando en esta fase que dura unos 20 minutos aproximadamente. No suelen producirse sueños. (20% del tiempo total del sueño). (23)

A lo largo de la noche el sueño lento (NREM) se alterna con sueño paradójico (REM). El total del sueño paradójico es un 25% del sueño. En esta fase se muestra una actividad cerebral semejante a la de la vigilia.

Funciones del sueño

Se considera que el sueño es instintivo, tiene funciones de restauración y protección y sirve para reajustar o conservar los sistemas biológicos. Los efectos del sueño sobre el cuerpo no se conocen por completo. El sueño ejerce efectos fisiológicos tanto sobre el sistema nervioso como sobre otras estructuras corporales. De alguna manera, el sueño restaura los niveles normales de actividad y el equilibrio normal entre las partes del sistema nervioso. El sueño también es necesario para la síntesis de proteínas, que permite que se produzcan los procesos de reparación. (24)

El papel del sueño en el bienestar psicológico se aprecia mejor al constatar el deterioro del funcionamiento mental relacionado con la privación de sueño. Las personas que duermen poco tienden a estar irritables, a concentrarse mal y experimentan dificultades para tomar decisiones. (25)

Patrones de sueño

Se ha sugerido que mantener un ritmo de sueño – vigilia regular es más importante que el número de horas de sueño.

Adultos jóvenes:

Duermen un promedio de 6 a 8 horas por la noche, en este periodo de edad es frecuente que el estrés induzca el empleo de medicamentos cuyo uso prolongado puede alterar los patrones de sueño y causar otras alteraciones de la salud.

Adultos:

El tiempo total dedicado al sueño por la noche empieza a disminuir, a expensas principalmente de la fase 4 de sueño NREM, el tiempo de descanso suele ser de unas 7 u 8 horas. Las alteraciones del sueño son frecuentes y suelen deberse a ansiedad, depresión o ciertas dolencias físicas.

Mujeres en edad fértil:

Sufren como consecuencia de la influencia de las hormonas, cambios en el patrón del sueño, después de la menopausia, también se producen trastornos del mismo. (26)

La clasificación de los patrones del sueño son los siguientes:

Patrón de sueño corto: Los sujetos duermen una media de 5 horas y media o menos

Patrón de sueño intermedio: Duermen aproximadamente entre 7-8 horas al día.

Patrón de sueño largo: Duermen más de 9 horas cada día.

Patrón de sueño variable: Se caracterizaría por la inconsistencia en los hábitos de sueño.

La mayoría de las personas se encuentran en el patrón de sueño intermedio que según diversas investigaciones actuales indican que estas personas son las que obtienen las mejores puntuaciones de salud física o psicológica, hay entre ellos menos depresión, ansiedad o abuso de sustancias. (27)

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.

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 consideramos 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. (28)

Por otro lado, está claramente demostrado que el uso excesivo de alcohol, cafeína y nicotina provoca alteraciones del sueño: aumento de la latencia, despertares nocturnos, reducción del sueño de ondas lentas, reducción del tiempo total de sueño y pobre calidad autoinformada del sueño. Sin embargo, el efecto que tiene el consumo social (consumo no excesivo) de estas sustancias sobre el sueño es menos conocido. (28)

INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG

En 1988 Daniel J. Buysse y colaboradores diseñaron el Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh con la intención de disponer de un instrumento que analice la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos, enseguida fue ampliamente utilizado y adoptado.

En España fue traducido al español el cual se hizo adaptado, validado y utilizado en numerosos trabajos de investigación y diferentes grupos de pacientes por A. Royuela Rico y JA Macías Fernández. (29)

Por primera vez existe una validación de castellano en Perú. El PSQI ofrece una medida estandarizada y cuantitativa de la calidad del sueño que rápidamente identifica a “buenos” y “malos” dormidores, pero no proporciona un diagnóstico, aunque orienta al clínico hacia las áreas del sueño más deterioradas.(30)

TRASTORNOS DE SUEÑO

Clasificación de los trastornos del sueño

La clasificación de los trastornos del sueño varía de acuerdo con el autor, algunos colocan más trastornos del sueño, mientras que otros menos ya que no los consideran como tales. Cada división de los trastornos del sueño (disomnias y parasomnias) serán previamente definidas por dos de las grandes guías para los psicólogos que son el DSM IV-TR y el CIE 10, también se brindara la definición del ICSD (international clasiffication of sleep disorders).

DEFINICION DE DISOMNIAS

Definición de disomnias según el DSM IV TR

Las disomnias son trastornos primarios del inicio o el mantenimiento del sueño, o de somnolencia excesiva, que se caracterizan por un trastorno de la cantidad, la calidad y el horario del sueño.

Definición de disomnias según el CIE 10

Trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debida a causas emocionales.

Definición de disomnias según el ICSD (International Classification of Sleep Disorders)

Las disomnias son trastornos que producen o somnolencia excesiva o dificultad para iniciar o mantener el sueño.

LAS DISOMNIAS

Insomnio

El insomnio es la dificultad para poder conciliar o mantener el sueño de manera repetida, se nota que uno sufre de insomnio cuando no puede dormir durante un mes o no tiene un sueño reparador. Durante este trastorno el sujeto se siente cansado y eso repercute en su vida social, laboral estudiantil y hasta sentimental. Las personas que no pueden dormir de manera adecuada tienden a martirizarse con ese hecho y mediante este acto el insomnio se vuelve un círculo vicioso. La prevalencia mayormente es en las mujeres y a medida que aumenta la edad como también las personas con un mayor nivel socioeconómico o

que tienen una patología psiquiátrica. Un 30 - 35 % de la población adulta aqueja dificultades en el sueño. En el caso de los adultos mayores un 25 % presentan insomnio (Barlow y Durant, 2008).

Chamorro (2004) clasifica al insomnio:

Según su intensidad

Puede ser leve, moderado o grave. La intensidad del insomnio no debe valorarse exclusivamente en función del número de horas dormidas. La queja verbalizada por el paciente tampoco es el único factor, ya que muchos de los que sufren insomnio tienden a exagerar sobre la gravedad de su trastorno.

Según la naturaleza de sus problemas

- Insomnio de conciliación o inicial: Dificultades para conciliar el sueño. Es la forma más frecuente.
- Insomnio de mantenimiento: Dificultades para mantener el sueño de una vez conciliado con varios despertares a lo largo de la noche.
- Insomnio tardío o despertar precoz: el paciente se despierta pronto (al menos 2 horas antes de lo habitual en él) sin poder volver a retomar el sueño.

- Sueño de mala calidad: No hay problemas con la duración del sueño pero es poco reparador

Según la duración del insomnio

- Insomnio transitorio. Duración inferior a una semana.
- Insomnio de corta duración. Duración entre 1 y 3 semanas.
- Insomnio crónico. Duración superior a 3 semanas.

Según su etiología

- Insomnio primario (psicofisiológico o idiopático): Supone un 25 % de los insomnios. Es un problema clínicamente independiente y no un síntoma de otra enfermedad somática o psiquiátrica.
- Insomnio secundario:

Hipersomnia

La hipersomnia es un trastorno del sueño caracterizado por la somnolencia excesiva durante al menos 1 mes que evidencia prolongadas horas de sueño, de 10 a 12 aproximadamente, y con siestas de mínimo una hora, de igual manera que el insomnio crea malestar, deterioro social y mareos. Luego de despertar de las excesivas horas de sueño el sujeto

sufre de algo llamado "borrachera del sueño" que es un estado de confusión e inestabilidad que dura unos minutos. En la mayoría de los casos es acompañada de apnea del sueño que son dificultades respiratorias (Barlow y Durant, 2008).

Esta somnolencia es un estado fisiológico básico que puede ser comparado con el hambre o la sed y que constituye una necesidad esencial para la supervivencia de los seres vivos (Segarra, 1994). Este trastorno se da en el 4 o 5 % de la población en general y no es tratado de manera correcta.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración

Se define este trastorno como una desestructuración del sueño que da lugar a una somnolencia excesiva o insomnio, y que se considera secundaria a las alteraciones de la ventilación durante el sueño. Tiene un inicio insidioso y progresa gradualmente hasta cronificarse. El motivo de consulta más frecuente de quienes padecen este trastorno es la somnolencia excesiva, que es producida por los frecuentes intentos por respirar normalmente que el sujeto realiza durante el sueño nocturno. La somnolencia se hace más evidente en situaciones de relajación (por ejemplo, durante la lectura o mientras ve televisión).(31)

Síndrome de apnea obstructiva del sueño

Se demuestra por episodios en los cuales se obstruyen las vías nasales en el transcurso del sueño. Es algo muy común y usual en las personas con sobrepeso, ya que el sueño no se realizó de manera correcta ni fue reparador el sujeto por las mañanas y tardes tiene una somnolencia excesiva. Algo que puede caracterizar y ayudar a diagnosticar este trastorno son los ronquidos bruscos e intensivos que duran entre 20 y 30 segundos aproximadamente (DSM IV-TR, 2002).

Esta apnea se desarrolla durante la primera y segunda fase del sueño, como también en la fase REM. Y poco a poco causa microdespertares que desestructuran el sueño y hace que los pacientes se levanten por la mañana cansados. (31)

Cambio de turno de trabajo

Aparece una gran cantidad de insomnio durante las horas que el individuo debería dormir o una somnolencia excesiva en las horas que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido en el horario del trabajo (Barlow y Durant, 2008).

Fase de sueño demorada

Se da cuando el sueño se retrasa más de la hora normal de acostarse, se da en noctámbulos nocturnos, ya que de manera frecuente alteran su horario de dormir. (Barlow y Durant, 2008)

Fase de sueño retrasada

Este tipo de fase de sueño se da cuando las personas se acuestan muy pronto (antes de lo habitual) y se levantan temprano, de esa manera el sueño se atrasa o se da antes de la hora regular de dormir (Barlow y Durant, 2008).

DEFINICIÓN DE PARASOMNIAS

Según el DSM IV TR

Las parasomnias son trastornos caracterizados por comportamientos o fenómenos fisiológicos anormales que tienen lugar coincidiendo con el sueño, con algunas de sus fases específicas o con las transiciones sueño-vigilia. A diferencia de los trastornos del sueño, las parasomnias no implican una anomalía de los mecanismos que rigen el ritmo circadiano ni de los horarios de sueño y despertar. En realidad, las parasomnias representan la activación de sistemas fisiológicos en momentos inapropiados del ciclo sueño-vigilia.

Según el ICSD (International Classification of Sleep Disorders)

Las parasomnias consisten en trastornos clínicos que no son anomalías de los procesos responsables de estados de sueño y vigilia , sino más bien, no son deseables los fenómenos físicos que se producen sobre todo durante el sueño. Las parasomnias son trastornos de la excitación, la excitación parcial, y la transición del sueño-etapa. Muchas de las parasomnias son manifestaciones de la activación del sistema nervioso central. Cambios en el sistema nervioso y la actividad del músculo esquelético son las características predominantes de este grupo de trastornos.

LAS PARASOMNIAS

Pesadillas (antes trastornos por sueños angustiosos)

Son sueños en los cuales se desarrolla una historia de contenido aterrador que altera la tranquilidad del sueño y lleva al individuo a un nivel de intranquilidad que muchas veces lo lleva a despertarse de esa manera se fragmenta su sueño. Aparece en la segunda mitad de la noche, exactamente en la 3ra y 4ta fase del sueño NMOR, y en pocas cantidades en el sueño MOR. En los adultos puede ser yatrogénico (sin abstinencia farmacológica) o tóxicas (alcohol), aunque también es frecuente su

aparición en individuos con trastornos de personalidad (Centro medico Mediplaza, 2002).

Terrores nocturnos

Es una reacción de angustia hacia un hecho que no se recuerda, el sujeto se despierta desesperadamente con una sudoración excesiva, piloerección y taquicardia. Se pueden producir gestos no coordinados y rápidos, y una fijación de la mirada en algún punto frontal (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Alfageme y Hernández (2006) nos explica que los terrores nocturnos pueden ser creados por factores precipitantes tales como la fiebre, cansancio excesivo, privación del sueño, uso de medicamentos. Esos terrores son producidos durante el primer tercio de la noche en la fase 3 y 4 del sueño.

Sonambulismo

El sonambulismo se desarrolla mediante acciones propias del estado de vigilia tales como pararse, sentarse, caminar, en algunos casos extremos se sale de la casa, trota, pero sin saber lo que está sucediendo.

Es un síntoma muy próximo al terror nocturno, pero en el que esta inhibida la expresión de angustia, encontrándose mucho menos bloqueada la vía eferente motriz. En cambio el estado de conciencia oscurecida y la consecuente amnesia posteriormente son similares (Maffei, 2004).

Mientras que Esquerra (2006) dice que se trata de una alteración del sueño, donde los mecanismos encargados de la relajación y la inmovilidad que normalmente se produce durante el sueño, son inmaduros y no actúan. (31)

Somniloquia

La somniloquia es el habla o emisión de sonidos con un significado casi indescriptible aunque en algunos casos es muy claro lo que se dice pero no se puede entablar una conversación con el sujeto ya que no está consciente que está hablando, dichas palabras no tienen una concepción crítica subjetiva del episodio.

Bruxismo

Es caracterizado por movimientos bruscos estereotipados de la boca que hace rechinar o apretar los dientes durante el sueño, en algunos casos se relaciona con el estrés y la tensión emocional. (Amaro, s/a).

Tiene prevalencia con la edad, 10 % entre las edades de 3 y 10 años, 13 % entre las edades de 18 y 20 años y un 3 % a los 60 años.

Síndrome de piernas inquietas

Consiste en la percepción de incomodidad en las piernas con una irresistible necesidad de moverlas para aliviarse. Según Pareja (2011) tiene una prevalencia del 1,9 % desde los 8 a los 11 años de edad, de un 2.0 % entre las edades de 12 y 17 y entre un 5 y 10 % para los adultos con un 50 % de prevalencia en familiares.

Despertar confusional

También llamada borrachera del sueño, es una forma peculiar de hipersomnía caracterizada por la incapacidad de lograr un estado total de alerta después del despertar (Obiols, 2010), en algunos casos también se puede manifestar una leve parálisis que afecta al individuo por unos segundos que puede crear una gran desesperación. (31)

OTRAS PARASOMNIAS

Estos trastornos de sueño no son incluidos en las clasificaciones de muchos autores como tampoco en clasificaciones internacionales pero según el aporte que brinda Segarra (1994), tenemos:

Calambres nocturnos

Es una sensación dolorosa o una tensión muscular que se observa habitualmente en la parte inferior de las piernas o en el pie y que aparece durante el sueño, ocasionando algunos despertares nocturnos. Ocasionalmente se han relacionado con una falta de potasio. (31)

Parálisis del sueño

Consiste en períodos de incapacidad para mover de forma voluntaria un grupo de músculos al inicio del despertar, aunque a veces también se pueden ver en el momento de dormirnos. Si se producen en el inicio del sueño se denominan hipnagógicas y si se observan al despertar se denominan hipnapómpicas.

Se manifiesta cuando la persona está despierta pero no puede hablar ni gritar. Trata desesperadamente de moverse y no consigue mover ni un solo músculo. Ceden espontáneamente después de unos minutos. (31)

3. Definición conceptual de términos

Sueño: El vocablo «sueño» (del latín *somnus*, raíz original que se conserva en los cultismos *somnífero*, *somnoliento* y *sonámbulo*) designa tanto el acto de dormir como el deseo de hacerlo (tener sueño). Metafóricamente, se afirma que una parte del cuerpo *se le ha dormido* a uno, cuando se pierde o reduce pasajeramente la sensibilidad en la misma (parestesia).

Dormir :Estar en un estado de reposo en el que se suspende toda actividad consciente y todo movimiento voluntario.

Ritmos circadianos (del latín *circa*, que significa 'alrededor de' y *dies*, que significa 'día') o ritmos biológicos son oscilaciones de las variables biológicas en intervalos regulares de tiempo. Los ritmos circadianos constituyen el reloj biológico humano que regula las funciones fisiológicas del organismo para que sigan un ciclo regular que se repite cada 24 horas, y que coincide con los estados de sueño y vigilia.

Vigilia: es la acción de estar despierto o en vela. Se trata, en este sentido, de un estado de conciencia que antecede al sueño.

Disfunción del sueño ,es uno de los síntomas más habituales manifestado por los pacientes con desórdenes psiquiátricos, y específicamente éstos que sufren de ansiedad y de desórdenes depresivos.

Latencia de sueño: indica el tiempo transcurrido desde que se apagan las luces hasta que se identifica la fase I sostenida por más de tres minutos.

Eficiencia de sueño: resulta de la división del tiempo total de sueño por el tiempo total que el sujeto permanece en cama después de haber apagado luces

Los trastornos del sueño o desórdenes del sueño (también conocidos con el nombre de enfermedades del sueño o incluso trastornos del dormir, según el país hispanohablante de que se trate) son un amplio grupo de padecimientos que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia.

Insomnio inicial Dificultad para conciliar el sueño al acostarse

Insomnio intermedio: despertarse frecuente durante la noche

Insomnio terminal: despertarse muy temprano por la mañana, antes de lo planeado

Medicamento es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.

Sueño Delta: Fase de sueño lento, las ondas cerebrales en esta fase son amplias y lentas así como el ritmo respiratorio. Cuesta mucho despertarnos estando en esta fase que dura unos 20 minutos aproximadamente. No suelen producirse sueños. (20 % del tiempo total del sueño)

Las pesadillas son sueños perturbadores que hacen que el soñante al despertar se sienta ansioso y asustado. Las pesadillas pueden ser respuestas a situaciones y traumas reales.

El ronquido es un fenómeno acústico que tiene lugar durante el sueño como consecuencia de la vibración de las estructuras nasoorales. Es consecuencia de una resistencia al flujo aéreo en la vía aérea superior.

CALLISTA ROY “MODELO DE ADAPTACIÓN”

Nació el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles, California. inició su carrera como enfermera en 1963, tras recibir su BS en enfermería en el Mount Saint Mary's College, en los Angeles, en 1966 obtuvo su MS en enfermería y en 1977 su doctorado en Sociología por la Universidad de California.

Callista Roy elaboró en 1970 un modelo de adaptación, el Roy Adaptation Model (RAM), y señala que las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.⁸ Su modelo nos presenta una herramienta de gran utilidad para poder comprender la función de la enfermera y su intervención para reducir los mecanismos productores de estrés.

Roy, en su trabajo como enfermera, observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y también su capacidad para adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes, concretamente, le impactó su nivel de adaptación. Al factor que pone en marcha la conducta lo denomina estímulo focal, que es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el ser humano. Los factores del entorno que se le presentan a la persona los denomina estímulos contextuales y los

estímulos residuales son aquellos que singularizan a la persona, le dan sentido, en definitiva, esencia.

La enfermera que se guía mediante los cuatro modos adaptativos de la teoría de Roy puede encontrar una valoración de las conductas que manifiesta la persona que son generadoras de estrés.

Modo fisiológico de adaptación: el modo fisiológico se evidencia en las conductas y reacciones fisiológicas que la enfermera observa en la persona con cierto grado de estrés. La enfermera puede intervenir enseñando a la persona a reconocer sus propias reacciones ante estímulos determinados y iniciar técnicas que la ayuden a controlar las reacciones del sistema nervioso autónomo por estimulación simpática, como es el aumento respiración, la frecuencia cardíaca, la sudoración, la elevación de la tensión arterial, etc. El poder ofrecer técnicas como son la relajación en todas sus variedades, la respiración profunda, hace que las personas tengan una mayor agudeza sensorial y puedan reducir y llegar a neutralizar dichas respuestas, pues entra en juego la reacción del parasimpático y se establece el equilibrio necesario para mantener la homeostasis interna.

Modo de adaptación del autoconcepto de grupo: se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, la autoestima, concepto que tiene la persona de sí misma, de unidad, significado y finalidad en el universo para poder existir bajo un sentido. Refleja como se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno, la persona que tiene una visión de sí misma positiva, favorable "autoestima" y dispone de forma natural de recursos suficientes para poder afrontar la situación de estrés. La enfermera puede ayudar en el reconocimiento de los recursos propios de que dispone la persona y centrar su intervención fundamentalmente en fortalecer estos recursos y no descuidar las debilidades y los temores.

Modo de adaptación de desempeño de rol: se trata de un modo de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad, la necesidad que se tiene de saber quien es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar. La enfermera puede identificar en qué posición se encuentra la persona socialmente hablando, si está sobrecargada, cual es su cotidianidad, Roy lo llama el "*comportamiento expresivo*", qué piensa de su situación, lo que siente, gustos, manías, factores que influyen en el desempeño de su papel. La enfermera puede ayudar a la persona a encontrar qué papel es insustituible o esencial, cual es importante y lo que representa una

sobrecarga, a través de técnicas de reconocimiento de cómo distribuye el tiempo, establecer prioridades y estableciendo espacios para poder trabajar conjuntamente.

Modo de adaptación de la interdependencia: la necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones. Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, fruto de su aplicación en la vida de los individuos. Las personas intentan adaptarse cuando se ven delante de situaciones difíciles, buscan ayuda, apoyo, amor en los otros. La enfermera debe detectar las dificultades que presentan las personas y ofrecer sistemas de apoyo, tanto desde el ámbito social como de recursos asistenciales dirigidos a paliar el conflicto.

El modelo de Roy, en general, se puede extrapolar a todos los ámbitos de la enfermería, independientemente de cual sea el motivo del malestar. El papel de la enfermera es esencial para reducir el estrés sin descuidar otros tratamientos más específicos los cuales contribuirán a alcanzar el objetivo principal que va dirigido principalmente al concepto de adaptación de la persona y su entorno.

MODELO DE ENFERMERÍA POR NANCY ROPER

Nació en el régimen Unido el 29 de Septiembre del 1918. Luego de terminar el programa general de educación abandonó su centro de enseñanza en 1936 e inició estudios de tres años en un hospital de niños, donde obtuvo el título de Registered Sick Children's Nurse (RSCN).

Desarrollo un Modelo de Enfermería basado en el modelo de vida, con los siguientes fundamentos básicos:

1. La vida se describe como una mezcla de Actividades Vitales.
2. Lo propio del individuo viene marcado por como realiza estas actividades.
3. El Ser Humano es valioso en todas sus fases de la vida, y va siendo progresivamente más independiente hasta ser adulto
4. La dependencia que pueda tener una persona no limita su dignidad.

Roper refiere que " Hay unos factores que influyen en el conocimiento, actitudes y conducta del individuo: como son los biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos".

Sin embargo, una persona enferma puede tener un problema real o potencial. A su vez, estos problemas surgen por diferentes hechos

importantes que parecen querer satisfacer sus actividades vitales conocido como Problema potencial el cual engloba además, del fomento y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad.

Jugando aquí un papel importante, la actuación de Las Profesionales de Enfermería las cuales deben ser en cierto modo educadoras de la salud, y su actuación, se basa en colaborar con el paciente, quien normalmente posee autonomía a la hora de tomar decisiones, es decir lo específico de la enfermera es prevenir, investigar, resolver o afrontar de forma positiva los problemas relacionados con las Actividades Vitales.

Es necesario primero definir algunos conceptos, para poder describir detenidamente el modelo de enfermería:

PERSONA: denominada el centro del modelo, es decir la persona individual, dentro de un contexto influido por factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.

SALUD: aquí se habla de independencia asistida. Una persona puede sentirse sana aun cuando tenga una discapacidad manifestada. El resultado que se espera es la adquisición y el mantenimiento de un estado de salud positivo.

ENTORNO: se refiere a todo aquello que es físicamente externo a la persona.

El modelo de Enfermería de Nancy Roper, basa su trabajo en las siguientes actividades para él y del paciente:

1. Actividades vitales: en este modelo se trata a la persona.

Y como persona se caracteriza por las siguientes 12 actividades vitales: mantenimiento de un entorno seguro, comunicación, respiración, comida y bebida, eliminación, higiene personal y vestido, control de la temperatura corporal, movilidad, trabajo y ocio, expresión de la sexualidad y sueño. En las actividades vitales, variaran completamente de una persona a otra, porque están compuestos por numerosos elementos que destacan por la prioridad que establecemos todas las personas sobre unos o sobre otros. Esta idea de prioridad de unas actividades vitales, ante otro es esencial en la enfermería, porque tendremos que tratar la relevancia que tienen cada dato que se ha recogido del paciente en estudio.

2. Tiempo de vida: este concepto se define como el momento que transcurre entre el nacimiento y la muerte de las personas.

3. Línea continua de dependencia e independencia: aquí se estudia la dependencia e independencia de la persona. Estudia lo relacionado con

cada actividad vital, por separado. Se reconoce además que hay fases de la vida en la que una persona todavía no ha perdido la capacidad de realizar las actividades vitales.

4. Individualidad Vital : aquí se estudian las influencias que tienen cinco factores a la hora de que la persona consiga satisfacer sus actividades vitales. Los factores influyentes, son los ya nombrados anteriormente: biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.

En el transcurso de su vida las personas requieren asistencia de enfermería. Las Profesionales de Enfermería deben ser conscientes de esta individualidad vital antes de evaluar, lo que quiere decir que antes de ser una enfermería individualizada se debe tener presente estos objetivos:

- 1) Prevenir los problemas potenciales que pueden convertirse en reales.
- 2) Mitigar o resolver los problemas reales.
- 3) Afrontar positivamente los problemas que no puedan resolverse.
- 4) Prevenir la reaparición de los problemas.
- 5) Afrontar positivamente la muerte y el estado agonizante del paciente dolor de los allegados.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1. Material y métodos

La población fue un total de 200 estudiantes de la escuela de enfermería de las cuáles la muestra fue de 143 (124 mujeres y 9 varones).

De acuerdo al objetivo que se persigue es una investigación básica de tipo descriptivo de corte transversal correlacional. Se trata de una investigación prospectiva, debido a que los datos requeridos para la investigación serán recolectados de las encuestas.

2. Población y muestra

La población de estudio estuvo constituido por 200 estudiantes de Enfermería de la UNJBG de 1er año al 4to año académico.

La muestra fue de 143 estudiantes de enfermería de 1er año al 4to año académico.

Criterios de Inclusión

- Estudiantes matriculados de 1er año hasta 4to año de Enfermería de la UNJBG.
- Estudiantes de Enfermería del 1er año académico hasta 4to año, previo consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Estudiantes que no participaron en la realización del cuestionario.
- Estudiantes que no participaron del cuestionario ya sea por ausentismo, abandono o traslado.
- Estudiantes de quinto año.

3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se hizo uso de 2 instrumentos:

- Cuestionario de estrés tipo Likert el que comprende:

- Hoja de instrucciones e ítems relacionados a acontecimientos y pensamientos estresantes.

- Test del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) que evalúa la Calidad de sueño.

Con la finalidad de comprobar la factibilidad en la aplicación del test previo a la recolección de datos, el cuestionario se sometió a una prueba piloto con una muestra de 18 estudiantes que no participarán en la muestra de estudio, asimismo se aplicó el alfa de Cronbach para la validación estadística de ítems obteniendo un resultado de 0,817 y 0,703 respectivamente.

Se utilizó también un valor $p < 0,05$ para determinar relación significativa entre las variables de estudio. Los resultados tienen un intervalo de confianza del 95%.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario validado en Chile (Marty, M., Lavin, G., Matías, Figueroa, M., Maximiliano, 2007), el cual consta de 20 preguntas referentes al estrés en el último mes con escala de Likert, cuya calificación según intensidad es de 1 a 5, siendo:

- Nunca o rara vez
- Ocasionalmente
- A menudo
- Frecuentemente
- Siempre

Se clasificaron las respuestas según el puntaje siguiente:

- 20 a 40 puntos = sin estrés
- 41 a 60 puntos = estrés leve
- 61 a 80 puntos = estrés moderado
- 81 a 100 puntos= estrés severo

Variables de Estudio

- **Variable independiente:** Factores psicosociales

Factores psicológicos:

- ✓ Estrés

Factores Sociales:

- ✓ Lugar de procedencia
- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado civil
- ✓ Hijos
- ✓ Tipo de familia
- ✓ Nivel de instrucción de los padres:
- ✓ Participación en algún grupo juvenil o parroquial
- ✓ comunicación familiar
- ✓ Ingreso familiar
- ✓ Ubicación de vivienda

- **Variable dependiente:** Calidad de sueño

4. Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de los datos se coordinó con las docentes de la escuela de enfermería para la aplicación de los instrumentos de las estudiantes de 1ro a 4to año.

Se realizó la aplicación del cuestionario, los cuáles fueron respondidos en forma voluntaria y en sus respectivos salones. Luego se recogió los cuestionarios en forma personal y anónima.

5. Procesamiento de datos

- Para constatar las hipótesis se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado.
- El procesamiento de datos se ejecutó utilizando el Software estadístico SPSS versión 18.
- Los resultados fueron presentados en gráficas y cuadros estadísticos de simple y doble entrada.

Además se hizo uso de:

- Índice de consistencia de Alfa de Cronbach para la confiabilidad de los instrumentos
- Distancia de puntos múltiples (DPP) Distancia Máxima (DMax) para establecer el grado de adecuación de los instrumentos.

CAPITULO IV
DE LOS RESULTADOS

CUADRO N° 01

**DISTRIBUCION SEGÚN FACTORES SOCIALES EN LOS
ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA
DE LA UNJBG-TACNA 2012**

FACTORES SOCIALES		N	%
LUGAR DE PROCEDENCIA	AREQUIPA	8	5,6
	MOQUEGUA	4	2,8
	PUNO	17	11,9
	TACNA	109	76,2
	OTROS	5	3,5
	Total	143	100
EDAD	16-19	71	49,7
	20-23	61	42,7
	24 a más	11	7,7
	Total	143	100,0
SEXO	MASCULINO	19	13,3
	FEMENINO	124	86,7
	Total	143	100,0
AÑO ACADEMICO	PRIMERO	49	34,3
	SEGUNDO	30	21,0
	TERCERO	38	26,6
	CUARTO	26	18,2
	Total	143	100,0
ESTADO CIVIL	SOLTERO	134	93,7
	CASADO	2	1,4
	CONVIVIENTE	6	4,2
	OTROS	1	,7
	Total	143	100,0
HIJOS	SI	8	5,6
	NO	135	94,4
	Total	143	100,0

CON QUIEN VIVE?	AMBOS PADRES	87	60,8
	CON UN SOLO PROGENITOR	36	25,2
	OTROS FAMILIARES	10	7,0
	CON PAREJA	8	5,6
	SOLA	2	1,4
	Total	143	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE	PRIMARIA	26	18,2
	SECUNDARIA	74	51,7
	SUPERIOR	43	30,1
	Total	143	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	PRIMARIA	52	36,4
	SECUNDARIA	59	41,3
	SUPERIOR	32	22,4
	Total	143	100,0
TRABAJO	SI	43	30,1
	NO	100	69,9
	Total	143	100,0
GRUPO JUVENIL O PARROQUIAL	SI	42	29,4
	NO	101	70,6
	Total	143	100,0
COMUNICACIÓN FAMILIAR	BUENA	85	59,4
	REGULAR	56	39,2
	MALA	2	1,4
	Total	143	100,0
INGRESO ECONOMICO DE LOS PADRES	500-1000	79	55,2
	1000-1500	44	30,8
	1500-2000	15	10,5
	2000 a más	5	3,5
	Total	143	100,0
UBICACIÓN DE VIVIENDA	URBANO	49	34,3
	RURAL	16	11,2
	URBANO MARGINAL	78	54,5
	Total	143	100,0

Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N ° 01 se observa la distribución según factores sociales en los estudiantes de enfermería

En el factor social, la procedencia de los estudiantes fue explorada según lugar principal de residencia y que generó su desplazamiento por motivo de estudios o afín. El 76.5% procede de la Ciudad de Tacna, el 11,9%, procede de Puno, el 5,6% de Arequipa, el 2,8% de Moquegua y otras ciudades como Cañete, Trujillo y Cajamarca con un 3,5%.

En el factor social según sexo, el 86,7% son de sexo femenino y el 13,3% son sexo masculino. Con respecto a la edad el 49,7% oscila entre los 16 a 19 años de edad el 42,7% se encuentra entre los 20 a 23 años de edad y el 7,7 % de 24 años a más.

En el factor social según estado civil , el 93,7% de los estudiantes son solteros, el 1,4%, son casados , el 4,2% son convivientes, mientras en menor porcentaje con 0,7% es separado.

En el factor social según hijos se observa que el 94.4 % de los estudiantes encuestados no tienen hijos y un 5,6% % si tienen hijos.

En el factor social según con quién vive, el 60,8% vive con ambos progenitores, el 25% con un solo progenitor , el 7% vive con otros familiares , el 5,6% vive con su pareja, y el 1,4 vive solo

En el factor social según el nivel de instrucción del padre el 51,7% tienen un grado de instrucción de secundaria , el 30,1% presenta nivel superior y un 18,2% presentan grado de instrucción primaria. En el caso de la madre un 41,3% presentan grado de instrucción de secundaria, 36,4% presentan primara y por último un 22,4% nivel superior

En el factor social según trabajo , se observa que el 69,9 % de los estudiantes no trabajan y un 30,1 % si trabajan.

En el factor social según grupo juvenil o parroquial se observa que el 70,6% de los estudiantes encuestados no participan y un 29,4% si participan en algún grupo juvenil o parroquial.

En el factor social según comunicación familiar, se observa que un 59,4% tiene una comunicación buena, un 39,2% tiene una comunicación regular y un 1,4% presentan una comunicación mala.

En el factor social según ingreso económico el 55,2% de los estudiantes tiene un ingreso entre 500 a 1000 soles, el 30,8% presentan un ingreso económico de 1000 a 1500 soles , el 10,5% presenta un ingreso de 1500 a 2000 soles y finalmente el 3,5% presenta un ingreso económico de 2000 soles a más.

En el factor social según la ubicación de vivienda , el 54,5% de los estudiantes viven en la zona urbano marginal (conos de la ciudad),el 34,3% viven en la zona ubano (centro de la ciudad) y el 11,2% en la zona rural(campo).

CUADRO N°02

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA POR GRADO DE ESTRÉS ACADEMICO UNJBG - 2012

Estrés	N	%
Sin estres	54	37,8
Estres leve	64	44,8
Estres moderado	18	12,6
Estres severo	7	4,9
Total	143	100,0

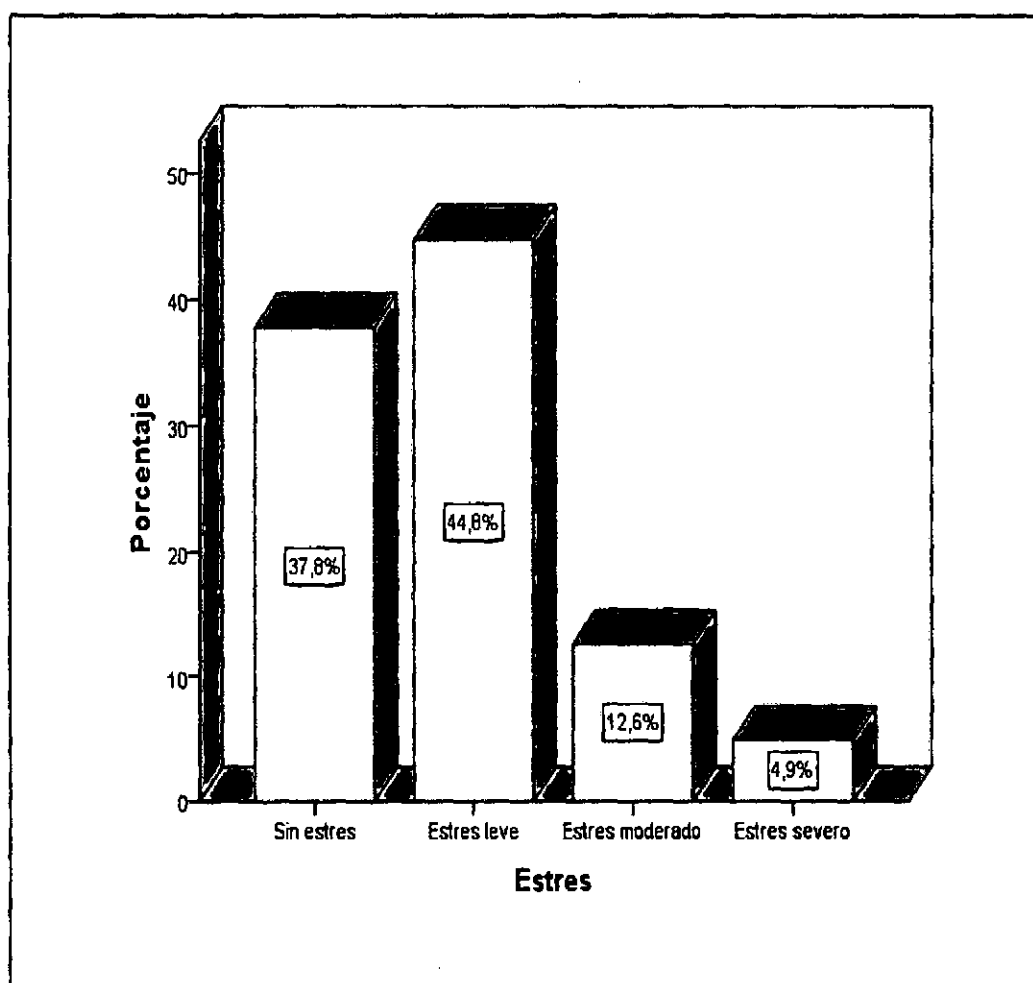
Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N° 02 según distribución de la población de estudiantes de la escuela de enfermería por grado de estrés se puede observar que el 44,8% de los estudiantes de enfermería presentan un estrés leve, el 37,8% no presentan estrés, el 12,6% presentan estrés moderado y el 4,9% presentan estrés severo.

GRAFICO N° 02

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA DE ENFERMERIA POR GRADO DE ESTRÉS
ACADEMICO UNJBG - 2012**



Fuente: Cuadro N° 02

CUADRO N°03

CALIDAD DE SUEÑO DURANTE EL ULTIMO MES EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012

CALIDAD DE SUEÑO SUBJETIVA	N	%
MUY BUENA	21	14,7
BASTANTE BUENA	55	38,5
BASTANTE MALA	61	42,7
MUY MALA	6	4,2
Total	143	100,0

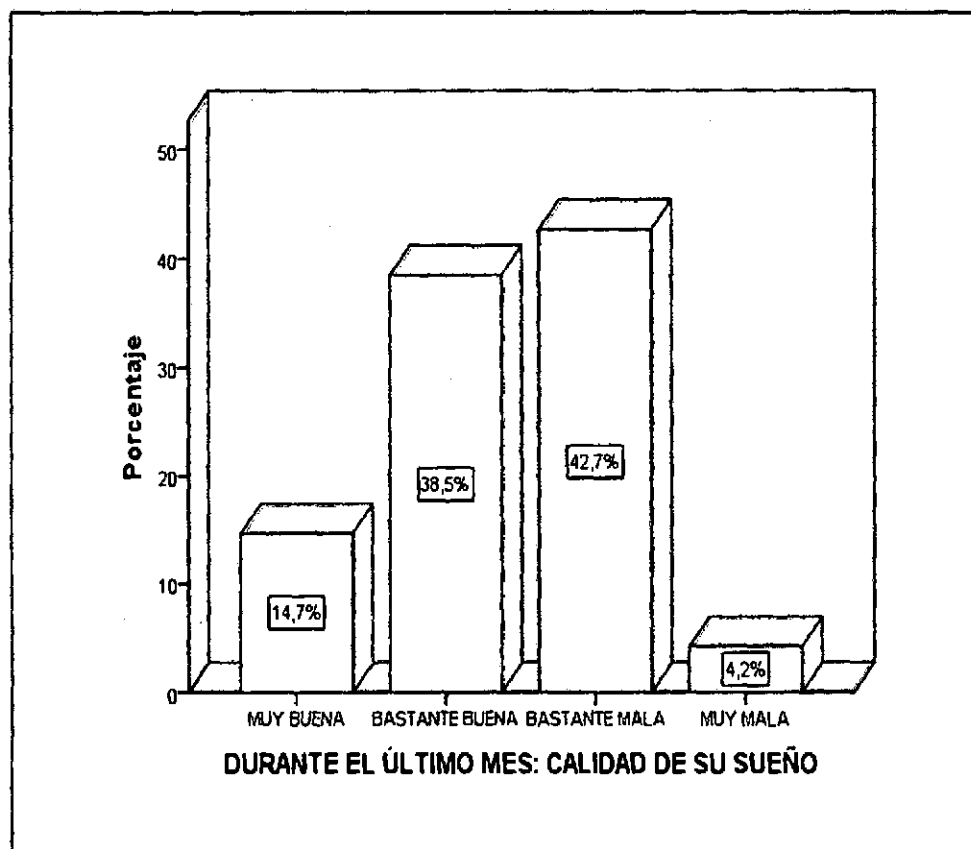
Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N ° 03. Calidad de sueño durante el ultimo mes en los estudiantes de la escuela de enfermería se puede observar que el 38,5% de los estudiantes presentan una calidad de sueño bastante buena, mientras que el 42,7% bastante mala, el 14,7% de los estudiantes tienen una calidad de sueño muy buena y el 4,2% muy mala.

GRAFICO N° 03

CALIDAD DE SUEÑO DURANTE EL ULTIMO MES EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012



Fuente: Cuadro N° 03

CUADRO N°04

LATENCIA SUBJETIVA DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012

LATENCIA DE SUEÑO	N	%
MENOS DE 15 MIN	81	56,6
16-30 MIN	48	33,6
31-60 MIN	12	8,4
MAS DE 60 MIN	2	1,4
Total	143	100,0

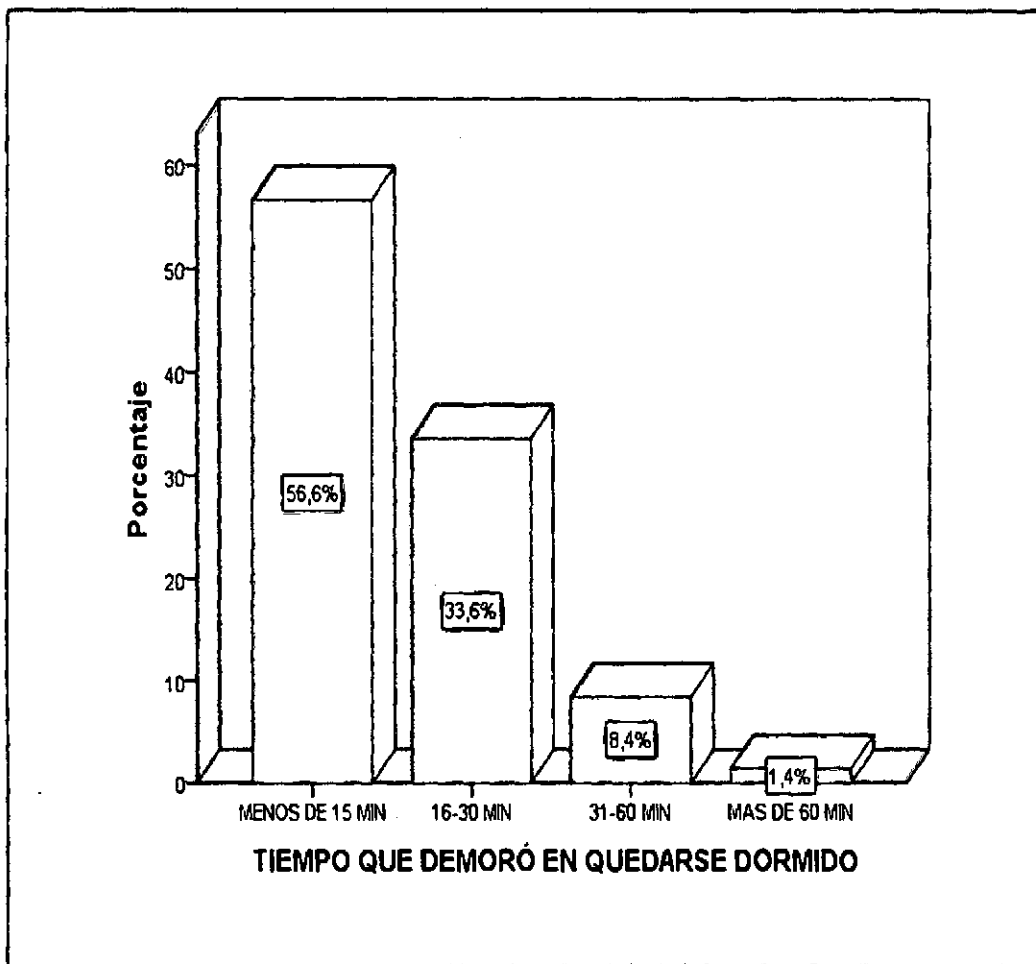
Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N° 04 según latencia subjetiva de sueño en las estudiantes de la escuela de enfermería se observa que el 56,6% tienen una latencia de sueño menor a 15 minutos, mientras que un 33,6% tienen una latencia entre 16 a 30 minutos, (dentro de los límites normales) sin embargo un 8,4% tienen una conciliación de sueño mayor a 30 minutos y un 1,4% mas de 60 minutos.

GRAFICO N° 04

**LATENCIA SUBJETIVA DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE
LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA
UNJBG – TACNA 2012**



Fuente:Cuadro N° 04

CUADRO N°05

DURACION DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012

DURACION DEL DOMIR	N	%
> A 7 HORAS	14	9,8
6-7 HORAS	21	14,7
5-6 HORAS	56	39,2
< 5 HORAS	52	36,4
Total	143	100,0

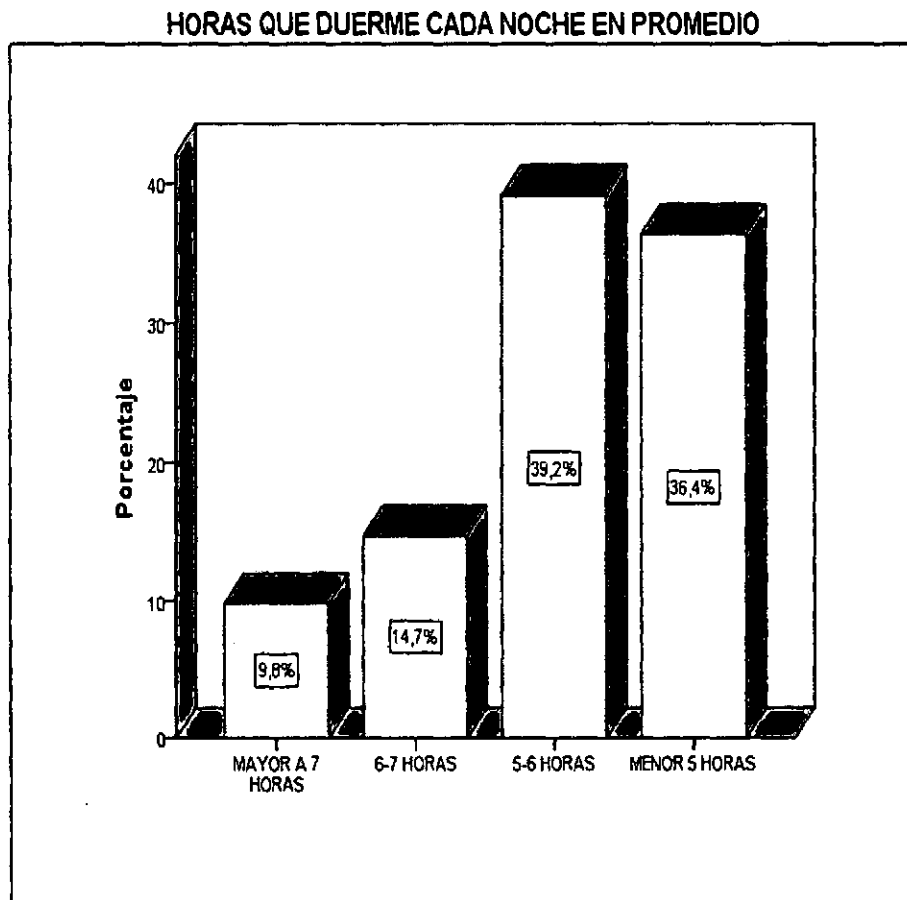
Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N° 05 Duracion de sueño en las estudiantes de la escuela de enfermería se observa que un 39,2% presenta una duración de sueño entre 5 a 6 horas, un 36,4% presenta una duración de sueño menor a 5 horas, un 14,7% entre 6 a 7 horas y por último un 9,8% presenta una duración de sueño mayor a 7 horas.

GRAFICO N° 05

DURACION DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012



Fuente: Cuadro N° 05

CUADRO N°06

EFICIENCIA DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG TACNA 2012

Eficiencia	N	%
mayor a 85%	75	52,4
75-84%	19	13,3
65-74%	28	19,6
menor 65%	21	14,7
Total	143	100,0

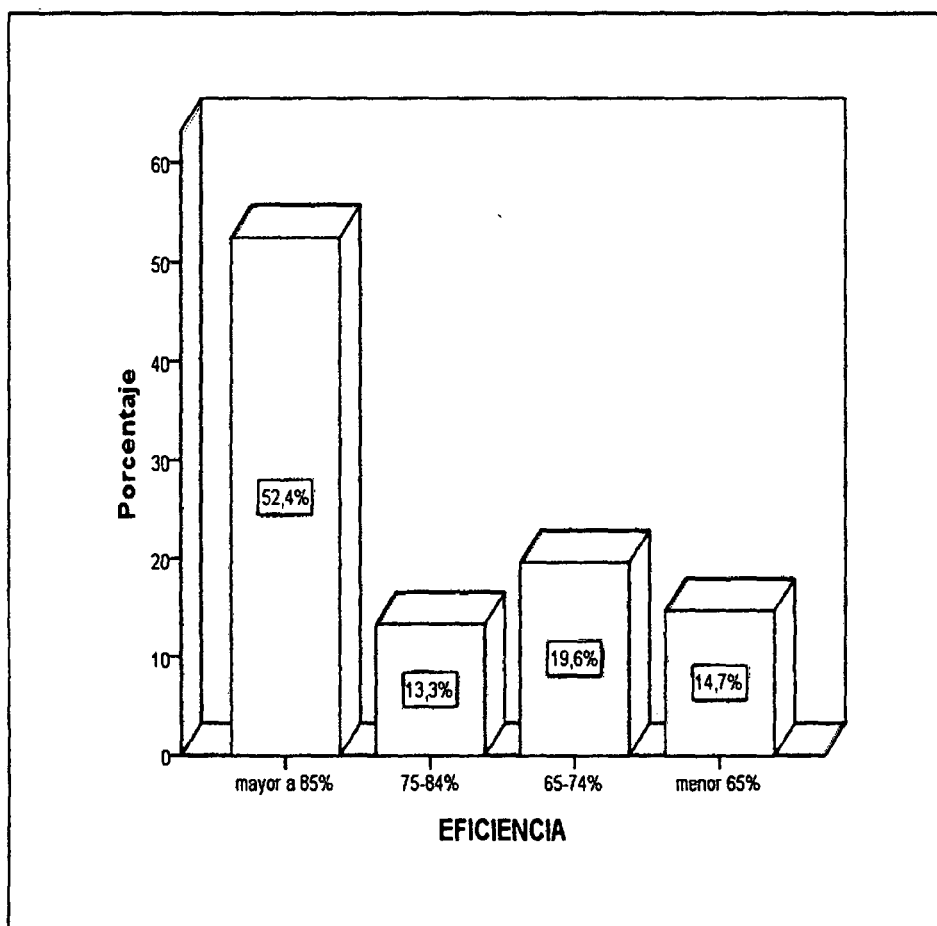
Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N° 06 según eficiencia de sueño en las estudiantes de la escuela de enfermería se observa que la mayoría de las estudiantes el 52,4% (75) presentan una eficiencia de sueño mayor a 85%(rangos normales) , el 13,3% presentan eficiencia de sueño entre 75-84%,el 19,6% presentan eficiencia de sueño de 65-74% y por último y lo cual quiere decir que presentan insomnio es de 14,7% que se encuentran en eficiencia menor a 65.

GRAFICO N°06

EFICIENCIA DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG TACNA 2012



Fuente: Cuadro N° 06

CUADRO N°07

**ALTERACIONES DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA
UNJBG – TACNA 2012**

PERTURBACIONES DEL SUEÑO	NINGUNA VEZ EN EL ULTIMO MES	MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	1 O 2 VECES A LA SEMANA	3 O MÁS VECES A LA SEMANA.	t
DESPERTARSE DURANTE LA NOCHE O MADRUGADA	44	53	33	13	143
	30,8	37,1	23,1	9,1	100,0
TENER QUE LEVANTARSE PARA IR AL BAÑO	58	47	30	8	143
	40,6	32,9	21,0	5,6	100,0
NO PODER RESPIRAR BIEN	93	38	9	3	143
	65,0	26,6	6,3	2,1	100,0
TOSER O RONCAR RUIDOSAMENTE	100	30	11	2	143
	69,9	21,0	7,7	1,4	100,0
SENTIR FRÍO	52	61	25	5	143
	36,4	42,7	17,5	3,5	100,0
SENTIR CALOR	46	58	33	6	143
	32,2	40,6	23,1	4,2	100,0
TENER MALOS SUEÑOS O PESADILLAS	54	57	23	9	143
	37,8	39,9	16,1	6,3	100,0
TENER DOLORES	72	39	27	5	143
	50,3	27,3	18,9	3,5	100,0
OTRAS RAZONES	63	20	43	17	143
	44,1	14,0	30,1	11,9	100,0

Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N° 07 según Alteraciones de sueño en las estudiantes de la escuela de enfermería , se observa que el 37,1% de las estudiantes se ha despertado durante la noche menos de una vez a la semana, el 40,6% no se ha levantado para ir al baño ninguna vez en el último mes, el 65% no tuvo problemas de respiración durante el último mes, el 69,9% no tuvo problemas de ronquidos en el último mes, el 42,7% sintió frío menos de una vez al mes, el 40,6% también menos de una vez al mes, el 39,9% presenta malos sueños o pesadillas, el 50,3% no presentó dolores en el último mes, y por otras razones la mayoría refirió que presentan problemas por preocupaciones ante un examen.

CUADRO N°08

USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012

USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR	N	%
NINGUNA VEZ EN EL ULTIMO MES	113	79,0
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	25	17,5
1 O 2 VECES A LA SEMANA	3	2,1
1 VEZ AL MES	2	1,4
Total	143	100,0

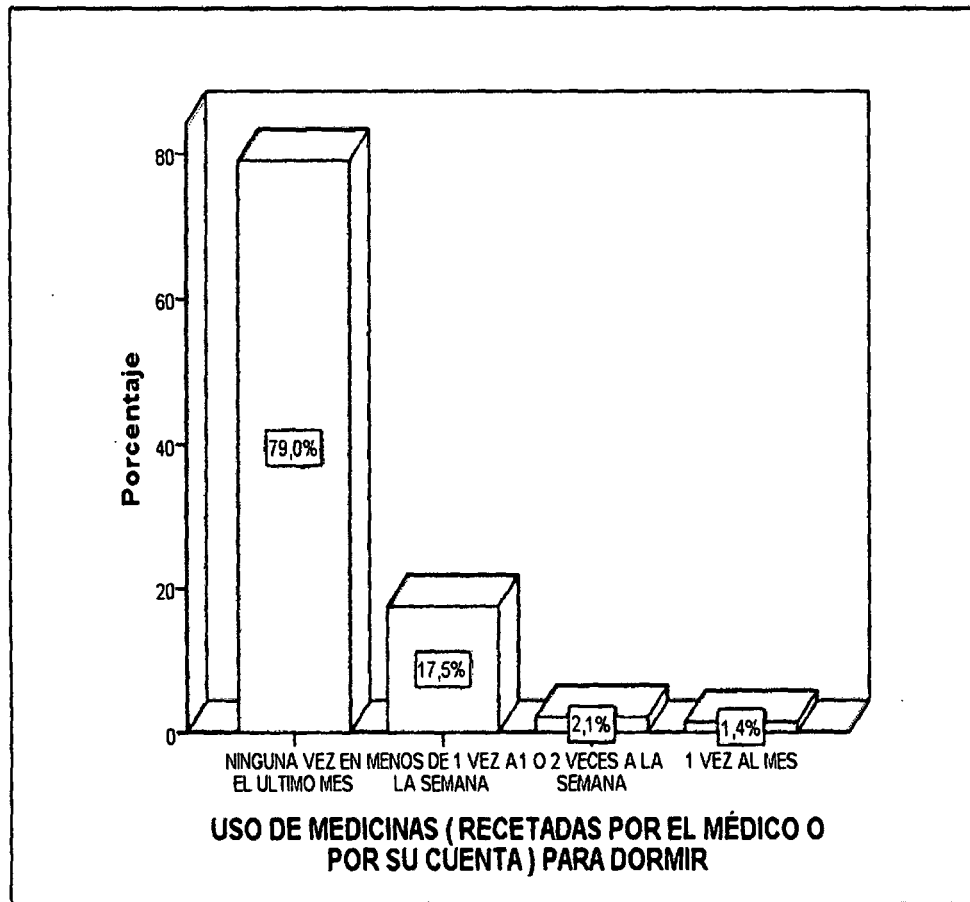
Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N° 08 Uso de medicamentos para dormir en las estudiantes de la escuela de enfermería se puede observar que el 79% de las estudiantes no han tomado ningún medicamento en el último mes, el 17,5% de las estudiantes han consumido medicamentos menos de una vez a la semana, el 2,1% 1 o 2 veces a la semana y finalmente con 1,4% de las estudiantes una vez al mes.

GRAFICO N°08

**USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR EN LAS ESTUDIANTES
DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA
UNJBG – TACNA 2012**



Fuente: Cuadro N° 08

CUADRO N°09

DISFUNCION DIURNA EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012

DISFUNCION DIURNA	NINGUNA VEZ EN EL ULTIMO MES	MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	1 O 2 VECES A LA SEMANA	3 O MÁS VECES A LA SEMANA.	Total
SOMNOLENCIA PARA REALIZAR ALGUN TIPO DE ACTIVIDAD.	30	58	36	19	143
	21	40,6	25,2	13,3	100

Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N° 09 .Disfuncion diurna en las estudiantes de la escuela de enfermería se observa que un 40,6% tuvo somnolencia menos de una vez a la semana para realizar algún tipo de actividad, el 25,2% tuvo problemas 1 o 2 veces a la semana, el 21% ninguna vez en el último mes, y por último un 13,3% tuvo somnolencia 3 o más veces a la semana

CUADRO N°10

CALIDAD DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012

SUEÑO	Frecuencia	Porcentaje
Buenos dormidores	19	13,3
Malos dormidores	124	86,7
Total	143	100,0

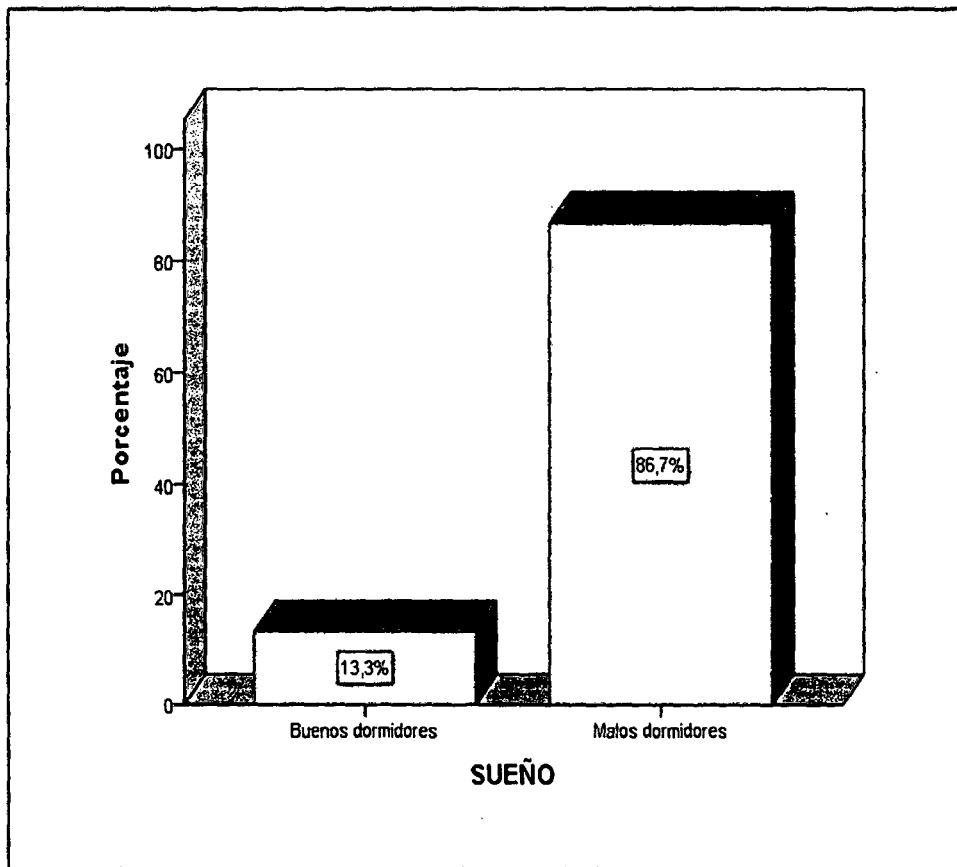
Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

DESCRIPCION:

En el cuadro N° 10 según la calidad de sueño en las estudiantes de la escuela de enfermería se observa que el 86,7% de las estudiantes son malos dormidores y el 13,3% de las estudiantes de la escuela de enfermería son buenos dormidores.

GRAFICO N°10

**CALIDAD DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA
DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012**



Fuente:Cuadro N° 10

CUADRO N°11

RELACION ENTRE LOS FACTORES SOCIALES CON LA CALIDAD DE SUEÑO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2012

			SUEÑO		Total	PRUEBA CHI CUADRADO
			Buenos dormidores	Malos dormidores		
LUGAR DE PROCEDENCIA	AREQUIPA	N	0	8	8	$\chi^2=6,727$ $P=0,151>0,05$ No hay relación
		%	0	0,1	0,1	
	MOQUEGUA	N	2	2	4	
		%	0	0	0	
	PUNO	N	2	15	17	
		%	0	0,1	0,1	
	TACNA	N	15	94	109	
		%	0,1	0,7	0,8	
OTROS	N	0	5	5		
	%	0	0	0		
total	N	19	124	143		
	%	0,1	0,9	1		
EDAD DEL ESTUDIANTE	16-19	N	15	56	71	$\chi^2=7,871$ $P=0,020<0,05$ Hay relación
		%	10,50	39,20	49,70	
	20-23	N	4	57	61	
		%	2,80	39,90	42,70	
	24 a más	N	0	11	11	
		%	0,00	7,70	7,70	
Total	N	19	124	143		
	%	13,30	86,70	100,00		
SEXO DEL ESTUDIANTE	MASCULINO	N	3	16	19	$\chi^2=0,119$ $P=0,730>0,05$ No hay relación
		%	2,10	11,20	13,30	
	FEMENINO	N	16	108	124	
		%	11,20	75,50	86,70	
Total	N	19	124	143		
	%	13,30	86,70	100,00		
EDAD DEL ESTUDIANTE	PRIMERO	N	10	39	49	$\chi^2=10,892$ $P=0,012<0,05$ SIGNIFICATIVO Hay relación
		%	7,00	27,30	34,30	
	SEGUNDO	N	7	23	30	
		%	4,90	16,10	21,00	
	TERCERO	N	2	36	38	
		%	1,40	25,20	26,60	
	CUARTO	N	0	26	26	
		%	0,00	18,20	18,20	
	Total	N	19	124	143	
		%	13,30	86,70	100,00	

ESTADO CIVIL	SOLTERO	N	19	115	134	$\chi^2=1,472$ P=0,689>0,05 No hay relación
		%	13,30%	80,40%	93,70%	
	CASADO	N	0	2	2	
		%	0,00%	1,40%	1,40%	
	CONVIVIENTE	N	0	6	6	
		%	0,00%	4,20%	4,20%	
	SEPARADO	N	0	1	1	
%		0,00%	0,70%	0,70%		
Total	N	19	124	143		
	%	13,30%	86,70%	100,00%		
HIJOS	SI	N	0	8	8	$\chi^2=1,298$ P=0,254>0,05 No hay relación
		%	0,00%	5,60%	5,60%	
	NO	N	19	116	135	
		%	13,30%	81,10%	94,40%	
total	N	19	124	143		
	%	13,30%	86,70%	100,00%		
TIPO DE FAMILIA	AMBOS PADRES	N	16	71	87	$\chi^2=5,461$ P=0,243>0,05 No hay relación
		%	11,20%	49,70%	60,80%	
	CON UN SOLO PROGENITOR	N	2	34	36	
		%	1,40%	23,80%	25,20%	
	OTROS FAMILIARES	N	1	9	10	
		%	0,70%	6,30%	7,00%	
	CON PAREJA	N	0	8	8	
%		0,00%	5,60%	5,60%		
SOLA	N	0	2	2		
	%	0,00%	1,40%	1,40%		
Total	N	19	124	143		
	%	13,30%	86,70%	100,00%		
NIVEL DE INSTRUCCION DE PADRE	PRIMARIA	N	2	24	26	$\chi^2=0,883$ P=0,643>0,05 No hay relación
		%	1,40%	16,80%	18,20%	
	SECUNDARIA	N	11	63	74	
		%	7,70%	44,10%	51,70%	
	SUPERIOR	N	6	37	43	
%		4,20%	25,90%	30,10%		
Total	N	19	124	143		
	%	13,30%	86,70%	100,00%		
NIVEL DE INSTRUCCION DE MADRE	PRIMARIA	N	4	48	52	$\chi^2=2,251$ P=0,324>0,05 No hay relación
		%	2,80%	33,60%	36,40%	
	SECUNDARIA	N	10	49	59	
		%	7,00%	34,30%	41,30%	
	SUPERIOR	N	5	27	32	
		%	3,50%	18,90%	22,40%	
Total	N	19	124	143		
	%	13,30%	86,70%	100,00%		

TRABAJO	SI	N	2	41	43	$\chi^2=3,980$ $P=0,046<0,05$ SIGNIFICATIVO Hay relación
		%	1,40%	28,70%	30,10%	
	NO	N	17	83	100	
		%	11,90%	58,00%	69,90%	
	Total	N	19	124	143	
%	13,30%	86,70%	100,00%			
PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE ALGUN GRUPO PARROQUIAL O JUVENIL	SI	N	6	36	42	$\chi^2=0,052$ $P=0,820>0,05$ No hay relación
		%	4,20%	25,20%	29,40%	
	NO	N	13	88	101	
		%	9,10%	61,50%	70,60%	
	total	N	19	124	143	
%	13,30%	86,70%	100,00%			
COMUNICACION FAMILIAR	BUENA	N	14	71	85	$\chi^2= 1,978$ $P=0,372>0,05$ No hay relación
		%	9,80%	49,70%	59,40%	
	REGULAR	N	5	51	56	
		%	3,50%	35,70%	39,20%	
	MALA	N	0	2	2	
		%	0,00%	1,40%	1,40%	
Total	N	19	124	143		
%	13,30%	86,70%	100,00%			
INGRESO FAMILIAR	500-1000	N	12	67	79	$\chi^2= 1,156$ $P=0,372>0,764$ No hay relación
		%	8,40%	46,90%	55,20%	
	1000-1500	N	5	39	44	
		%	3,50%	27,30%	30,80%	
	1500-2000	N	2	13	15	
		%	1,40%	9,10%	10,50%	
	2000 a más	N	0	5	5	
%		0,00%	3,50%	3,50%		
Total	N	19	124	143		
%	13,30%	86,70%	100,00%			
UBICACION DE VIVIENDA	URBANO	N	4	45	49	$\chi^2=9,465$ $P=0,009<0,05$ SIGNIFICATIVO Hay relación
		%	2,80%	31,50%	34,30%	
	RURAL	N	6	10	16	
		%	4,20%	7,00%	11,20%	
	URBANO MARGINAL	N	9	69	78	
		%	6,30%	48,30%	54,50%	
	Total	N	19	124	143	
%	13,30%	86,70%	100,00%			

DESCRIPCION:

En el cuadro N° 11 se observa que de todos los factores sociales existe relación con la calidad de sueño: edad del estudiante, año académico, trabajo, ubicación de vivienda. con $p < 0,05$. Con los demás factores se encontró que no hubo relación ya que el $p > 0,05$.

CUADRO N°12

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA POR GRADO DE ESTRÉS ACADEMICO Y CALIDAD DE SUEÑO

Estres		SUEÑO		Total
		Buenos dormidores	Malos dormidores	
Sin estres	N	13	41	54
	%	9,1	28,7	37,8
Estres leve	N	5	59	64
	%	3,5	41,3	44,8
Estres moderado	N	1	17	18
	%	0,7	11,9	12,6
Estres severo	N	0	7	7
	%	0	4,9	4,9
Total	N	19	124	143
	%	13,3	86,7	100,0

Fuente: Cuestionario del investigador, año 2012

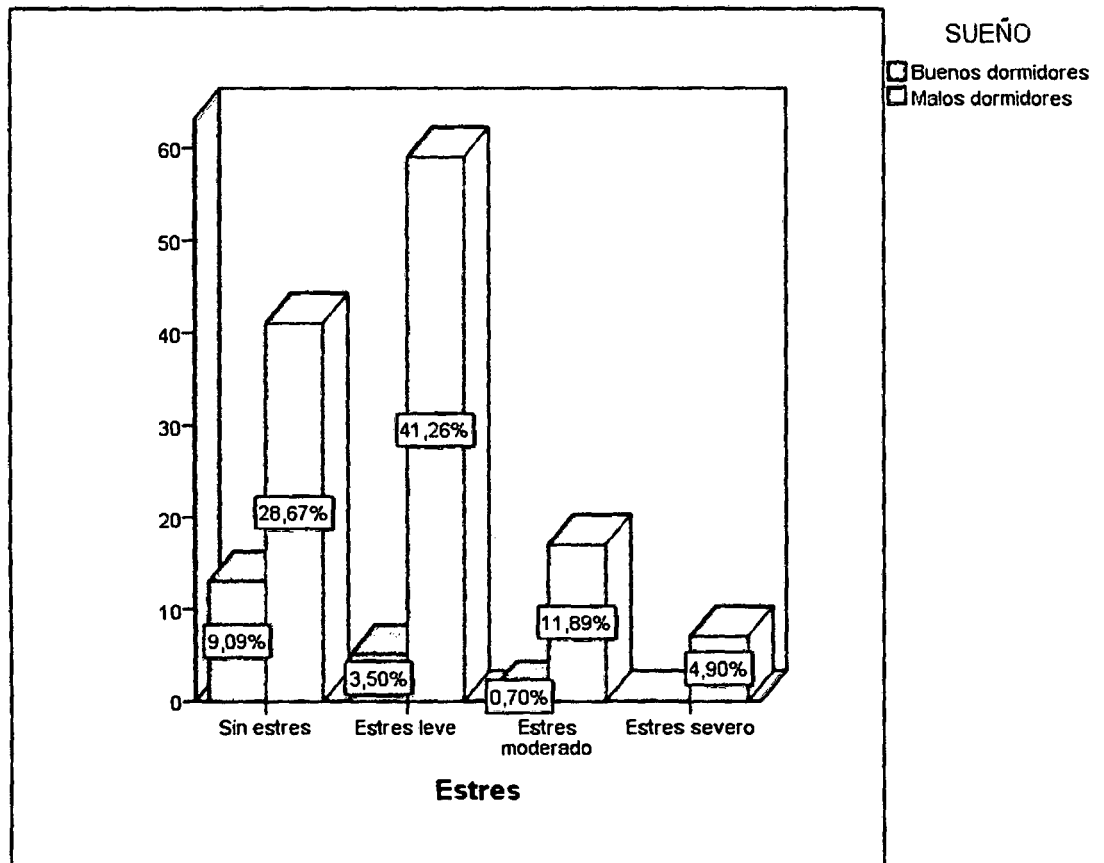
DESCRIPCION:

En el cuadro N° 12 se puede observar que un 9,1% son buenos dormidores y no presentan estrés, un 3,5% presentan estrés leve, un 0,7% presentan estrés moderado y ninguno presenta estrés severo en el caso de los buenos dormidores. En los estudiantes que son malos dormidores un 28,7% no presentan estrés, con un 41,3% presentan estrés leve, un 11,9% presenta estrés moderado y un 4,9% todo el porcentaje de estrés severo.

Existe relación entre ambas variables $\chi^2=9,125$ $P=0,028 < 0,05$

GRAFICO N°12

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA POR GRADO DE ESTRÉS ACADEMICO Y CALIDAD DE SUEÑO



Fuente: Cuadro N° 12

2.- Discusión

El ICSP (Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh) resultó ser un instrumento sencillo y accesible tanto en términos de llenado como de obtención de la puntuación, confiable para la medición de la calidad del sueño en población peruana tanto en el campo clínico como en el de investigación.(32)

El coeficiente de consistencia interna de 0,78 y los coeficientes de correlación significativos entre los reactivos y la suma total muestran además, que su versión en español posee una confiabilidad aceptable. Tanto en el reporte original como en uno posterior se obtuvieron coeficientes de confiabilidad ligeramente más elevados (0,83 y 0,80). (29) Con las versiones en castellano se han obtenido coeficientes de 0.81 en población española y de 0,77 en población colombiana.(33).

Como evidencia adicional de la validez del instrumento encontramos que permite distinguir a un grupo de sujetos en el que son frecuentes las alteraciones del dormir, de un grupo control sin psicopatología.

Se ha documentado entre el personal de enfermería y estudiantes de enfermería que la privación de sueño causa déficit en la atención, concentración, reacción y /o memoria que podrían poner en riesgo a los pacientes La pérdida de sueño y las guardias nocturnas tienen

consecuencias en el área de Salud mental. Se ha descrito cambios en el humor, depresión, incremento de estrés y aumento del consumo de alcohol. Asimismo, están documentadas repercusiones en la vida familiar y social, así como efectos negativos en las relaciones personales y disminución del tiempo que pasa con la familia.(34)

En este trabajo se ha evaluado la calidad subjetiva del sueño en estudiantes universitarios sanos sin trastornos médicos ni psicológicos graves y con nivel de funcionamiento normal. El total de alumnos matriculados durante el año académico 2012 fue de 200 estudiantes de 1er año hasta el 4to año académico, se obtuvo un total de 143 casos representando 71,5% del total.

Cuadro N° 01 se observa la distribución según factores sociales en los estudiantes de enfermería. Dentro de los factores sociales los que más se destacan es el factor hijos, trabajo, ingreso económico, ya que las estudiantes a parte de cumplir su rol tienen otras responsabilidades como por ejemplo el tener que trabajar para poder pagar sus estudios ya que algunas no viven con sus padres o de lo contrario no cuentan con los ingresos económicos necesarios, se observó que la tercera parte de todas las estudiantes de enfermería trabajan en un 30,1%, entonces eso

quiere decir que presentan alguna necesidad de ingreso económico. También según nuestros resultados de todas las estudiantes de la escuela de enfermería que son madres la mayoría tiene una mala calidad de sueño por lo que es algo preocupante ya que pueden presentar algún trastorno de sueño como el insomnio, a parte que tienen que cumplir también el rol de madre y por ende cuidar a sus hijos. El lugar donde vive también es un factor importante ya que el hacinamiento le puede provocar desconcentración en los estudios y una deficiencia de sueño, una comunicación inadecuada también causa deterioro en el aprendizaje y memoria ya que el estudiante no prestará atención en clases, la pelea con los hermanos, con los padres, amigos, etc, todos estos factores están presentes en cuanto a la calidad de sueño se refiere y por ende produce el estrés.

Cuadro N° 02 en nuestro estudio se puede observar que un 44,8% de los estudiantes de enfermería presentan un estrés leve, un 37,8% no presentan estrés, un 12,6% presentan estrés moderado y con un 4,9% presentan estrés severo. Comparando con un estudio que se hizo en Arequipa en las estudiantes de enfermería del total de la muestra estudiada la mayoría presenta niveles de estrés severo; por lo cual inferimos que las demandas del medio son percibidas como excesiva, intensas, prolongadas y desagradables, que podrían superar la capacidad

de resistencia del organismo llegando al distrés potencialmente perjudicial y nociva, generando trastornos de salud derivados del estrés como trastornos digestivos, cardiovasculares, endocrinos e inmunológicos, entre otros. Luego un 28,63% no presentaron estrés, un 26,07 presentó estrés moderado, y un 15,38 estrés leve.(35)

Las investigaciones sobre el estudio y el afrontamiento del estrés evidencian el interés de distintos profesionales, poniendo de manifiesto que el siglo XXI es el siglo de los problemas de la humanidad derivados del estrés. Se observa además que el primer año presenta estrés severo en mayor porcentaje seguido de segundo, tercero y cuarto año, ahora bien el grupo de estudiantes que ingresa por primera vez a una institución universitaria y la complejidad del proceso de adaptación a dicho ambiente, hace que los estudiantes se encuentren con la necesidad de establecer un cambio de perspectiva en su comportamiento para adaptarse al nuevo entorno; sin embargo, una gran parte de estos estudiantes carecen de estrategias adecuadas para el manejo para las nuevas demandas.(35)

Cuadro N° 03 En nuestro estudio el 42,7 % califica su calidad del sueño como 'mala' o 'bastante mala y un 38,5% lo califica como buena cuyo resultado no se asemeja al de Báez y col ya que un 73% refirieron

tener una calidad subjetiva de sueño buena al igual que el resultado de (y Sierra y col que se asemejan con un 69% .

Cuadro N° 04 Las proporciones encontradas de latencia subjetiva del sueño prolongada (≥ 30 minutos) no fueron similares a las informadas por Baéz y col, quienes la encontraron en 15% de estudiantes de medicina colombianos. En el estudio de Sierra y Col. llegó a 50% el cual se asemeja a nuestro estudio con 90,2% . En cambio, en la publicación de Sierra y col., en estudiantes españoles, se encontró mayor porcentaje de estudiantes con latencia del sueño mayor a 30 minutos, pero con porcentaje similar al nuestro en lo que a 'malos durmientes' se refiere. Aunque el objetivo del estudio y las herramientas empleadas no sirven para establecer diagnósticos de desórdenes del sueño, consideramos pertinente hacer algunos comentarios. El 9,8 % presentó dificultades para conciliar el sueño en la primera media hora y 69,2% tuvo despertares nocturnos.

En el cuadro N° 05 , la proporción de estudiantes que usaron medicación hipnótica en USMP fue más alta que la informada en otras universidades de nuestro país, colombianas y españolas con valores entre 6% y 13%. Según estudios comparativos con similar diseño, se

observó que 65% de los alumnos de la UPCH dormían seis o menos horas y 28% cinco a menos horas con una media de 6 horas de sueño. Por otro lado, alumnos de UNMSM presentan valores mayores; sin embargo, nuestro estudio tiene un porcentaje entre 5-6 horas.

En el cuadro N° 07 se observa todas las perturbaciones de sueño dentro de la calidad de sueño, el 37,1% de las estudiantes se ha despertado durante la noche menos de una vez a la semana, un 40,6% no se ha levantado para ir al baño ninguna vez en el último mes, el 65% no tuvo problemas de respiración durante el último mes, el 69,9% no tuvo problemas de ronquidos en el último mes, el 42,7% sintió frío menos de una vez al mes, el 40,6% también menos de una vez al mes, el 39,9% presenta malos sueños o pesadillas, el 50,3% no presentó dolores en el último mes, y por otras razones la mayoría refirió que presentan problemas por preocupaciones ante un examen.

En comparación con otros estudios un 30,1% roncaba ruidosamente, lo que configura el principal síntoma del síndrome de apneas hipopneas del sueño (SAHS). Los síntomas asociados a trastornos del sueño son frecuentes en nuestra población. Cerca de 30% a 40% de adultos presentan algún nivel de insomnio y aproximadamente en 10% a 15%, el insomnio es crónico y/o severo(32).

En cuanto al SAHS, éste es un desorden común y su prevalencia en estudios foráneos puede fluctuar entre 2 y 4 % de los adultos en la edad media de la vida. La mala calidad de sueño encontrada en nuestro trabajo fue de un 86,7% confirma la presencia de malos durmientes en una proporción considerable de estudiantes de enfermería con resultados parecidos a los alumnos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), y en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Además, se encontró un resultado global similar en el estudio realizado por Baez y col. se estableció un 83% de los estudiantes de Medicina son malos dormidores.(32)

Entre las limitaciones del estudio se encuentran los resultados negativos respecto a la relación entre la calidad del dormir, el sexo .No obstante que está bien documentada la asociación entre el insomnio y el sexo femenino y su relación positiva con la edad, el ICSP no ha mostrado sensibilidad al efecto de estas variables. Es difícil encontrar una explicación satisfactoria, sin embargo, suponemos que puede estar relacionada con el hecho de que el ICSP concede menor valor a la continuidad del dormir, específicamente a la presencia de insomnio intermedio y final, de los cuales el primero se considera el subtipo más frecuente. Cuando se han utilizado instrumentos que conceden una

importancia equitativa a los diferentes subtipos de insomnio, la relación con el sexo y la edad resulta significativa. El porcentaje de encuestados que empleaba medicación hipnótica en nuestro estudio fue 21 %. En estudiantes de medicina colombianos fue 9,5% y estudiantes universitarios españoles 13% . Nosotros encontramos que el uso de estos medicamentos estuvo relacionado con peor calidad del sueño. Un estudio realizado en nuestro país describe que las benzodiazepinas son los medicamentos hipnóticos más usados . En dos estudios hechos en estudiantes universitarios, se intentó ver el efecto de algunas sustancias sobre la calidad del sueño.

Báez y col. encontraron que el uso de sustancias estimulantes, como cafeína, nicotina, té o mate, ejercían un efecto negativo en la calidad del sueño. Asimismo, Sierra y col. describieron que la cafeína, alcohol y tabaco presentaban el mismo efecto, aunque en ambos estudios no se analizó las sustancias por separado. En nuestro estudio, los encuestados que consumían tabaco cafeína tuvieron mayor puntaje en el PSQI.

CONCLUSIONES:

1. El Análisis de confiabilidad del instrumento arroja un valor de alfa de Cronbach 0,817 y 0,703 > 0,7; obteniendo así un test válido para la población en estudio autoaplicable.
2. Entre la población en estudio encontramos que el 86,7% son malos dormidores y que el 42,7% tiene una mala calidad de sueño.
3. Existe relación entre la edad, trabajo, hijos, ubicación de vivienda, por lo que no existe relación con el lugar de procedencia y estado civil, según la hipótesis planteada.
4. Las horas de sueño en promedio fue de 5-6 horas y un 9,8% presentó una latencia mayor a 30 minutos.
5. La mala calidad de sueño y el estrés académico está presente en la población de estudiantes de enfermería estudiada, en un porcentaje importante. Además, los altos porcentajes de mala

calidad de sueño, lo que puede repercutir en el desempeño académico y no sólo eso sino a nivel psicológico. Consideramos que el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg son herramientas sencillas, económicas y útiles para ser empleadas en población universitaria. El presente trabajo ayudará a que se tomen las medidas adecuadas para una mejor programación de horarios de estudio y periodos de descanso, se promueva buena higiene del sueño en estudiantes de enfermería y que así se logre un adecuado desempeño académico y una mejor atención en nuestros pacientes.

6. Con respecto a nuestros resultados de estrés un 44,8% presentó estrés leve, pero de acuerdo a los años académicos se puede observar que del total 4,9% de los estudiantes que presentaban estrés severo el cuarto año académico obtuvo un mayor porcentaje con 3,5% esto nos quiere decir que conforme van avanzando los años presentan estrés académico.

RECOMENDACIONES

1. En el aspecto académico fomentar la motivación del estudiante mediante programas de tutoría y consejería por parte de docentes capacitados para mejorar el nivel de estudio que es de carácter prioritario. Por parte de las autoridades universitarias implementar recursos no sólo humanos sino también materiales indispensables que favorecerán el estudio del universitario.
2. Realizar programas de prevención en este problema entre los estudiantes, especialmente de la escuela de enfermería, diseñando estrategias adecuadas para mejorar la calidad de sueño y el estrés y que sean compartidos con docentes de la escuela. Las estrategias para afrontar el estrés buscan prevenir o controlar los excesos en las demandas procedentes del entorno o bien de nosotros mismos. En los casos en que la situación que nos genera estrés es inevitable, consiste en hacer frente a la situación de la manera más saludable posible, lo cual incluye no seguir haciendo aquello que sabemos, por el pasado, que no nos ha dado resultado.

3. Realizar un trabajo de estudio donde se asocien los problemas de sueño con problemas de efecto como ansiedad y depresión ya que estos se encuentran muy asociados a trastornos del sueño sobre todo en el sexo femenino.

4. Normalmente ante situaciones de estrés el ser humano reacciona de dos maneras. La primera es la de afrontar la situación con toda la voluntad, independientemente de si se logra solucionar o no: el tema es enfrentarla. El otro tipo de reacción es el escape, la evitación de la situación. Ninguna de estas dos reacciones son aconsejables, pues la primera puede tener serios problemas, mientras que la segunda no soluciona nada. Es por esto que lo mejor ante una situación de estrés es relajarse. Tomar la situación un problema que puede solucionarse, como todos los problemas, y que sólo puede ser encarado con un espíritu calmado y positivo.

5. Debería haber un contacto entre docentes y estudiantes sobre todo tomar conciencia de que a los estudiantes hay que motivarlos cada día y adoptar un compromiso de ambas partes para que conozcan sus limitaciones y que se le evalúe conforme a éstas, no que solamente se les tenga en cuenta las respuestas acertadas de un

test o cuestionario, sino un seguimiento y una evaluación constante de la materia impartida y que nos exijan una serie de cosas día a día eso por desgracia hoy en día en la universidad no es así, y los resultados de este estudio son claro indicadores de ello.

6. Desarrollar actividades de educación con enfoques en los patrones de comunicación, relaciones interpersonales, motivación interna, liderazgo y motivación de conductas seguras.
7. Diversos estudios muestran que el nivel de estrés disminuye a medida que van pasando los meses en el ambiente universitario, por lo tanto se podría decir que los estudiantes de nuevo ingreso en la vida universitaria son los que experimentan unos niveles más significativos de estrés; estrés que va disminuyendo en gran medida con el paso de los años en algunos casos. Los estudiantes hacen uso de diversos mecanismos para hacer frente al estrés; estos mecanismos podrían ser negativos como la evasión del problema, idealización de situaciones, aislamiento social, autocrítica excesiva, etc o positivos como el afrontamiento del problema, comunicación y manifestación de emociones.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. GERRIT. G, B. TIEMENS. B Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.6ta ed.Canadá. 8 julio del 2008. pag465–470
2. SIERRA J. Facultad de Psicología.Universidad de Granada, 1ra versión: 21 de enero de 2002. 2da versión: 4 de julio de 2002;aceptado: 24 de septiembre de 2002. España.pag 2-3.
3. BUYSSE R. The Pittsburg Sleep Quality Index: A new instrument for Psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989;28:193-213
4. Potter P, Griffin A. Fundamentos de enfermería. Madrid: Harcourt; 2002
5. Seward James P. Estrés Profesional.Mc Graw Hill 3° Edición. México. p.p. 557-587.1990.
6. La relación entre sueño, salud y estrés, canal woman 3, febrero 2010
7. Palanca Sánchez I. Barbé F.Elola Somoza J.Paniagua Caparrós J. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Unidad del sueño: estándares y recomendaciones. Madrid;; 2011.pag 90-95.

8. Del Río Portilla IY, Estrés y sueño, Revista Mexicana de Neurociencia.2006; 7(1): 15-20.

9.De las Cuevas CC, Henry BM,Gonzales JL: El insomnio como queja subjetiva en la población general. Anales de Psiquiatría1991;7:372-376.

10. Abad AF,Melendo. S.Perez. J.Alteraciones globales de sueño en una población juvenil: Malos dormidores y trasgresores del sueño.Psiquis 1994;15:438-444

11.Rodrigo S. Calidad del sueño en personal de enfermería Madrid.24 de enero del 2011.

12. ROYUELA-RICO, MACÍAS Y CONDE Calidad del sueño en ancianos. Madrid 2000

13. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ J. Calidad de Sueño y su Influencia en el carácter de los alumnos del V "B"de Secundaria del Colegio Lord Byron del año 2009.

14. LOAYZA C. Medición de la calidad de sueño y validación del índice de Pittsburg en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna.2008.

15. Ticona S, Paúcar Q, Llerena C. Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de Enfermería-UNSA Arequipa 2006.

16. Moarri Hoss S. Nivel de estrés Rendimiento académico en los estudiantes de Medicina Humana en la UNJBG- Tacna 2005

17. Factores psicológicos y emocionales en las alteraciones del sueño capítulo i. Módulo II: 164.187. nov 2009

18. Andrea M., Outomuro D. Medicina y estrés: antecedentes históricos y evidencia científica. Gac Méd Caracas 2011; 119(3): 183-187.

19. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986. (Original de 1984.)

20. Monago J. Tipos de estrés. 4ed. Marin Ferrer. 2007.

21. Valdizan JR, editor. Sueño: funciones y patología. Barcelona: Sociedad Científica Interdisciplinar del Sueño; 1999.

22. Ruesjas S. Funciones del sueño. Educatube, 30 julio 2011, publicado en: Documentales, Educación para la salud, El cuerpo humano. 10 pag

23. Miró E. Angeles I. Cano C. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ ISSN. International Journal of Clinical and Health Psychology 2002; Vol. 2, Nº 2, pp. 301 -326

24. Sierra- Freire J. Domingo. J. Martín-Ortiz, Carmen Giménez N. Salud mental. SM, Dialnet. 2002; Vol. 25, Nº. 6 , págs. 35-43.

25. Sierra- Freire J. Domingo. J. Martín-Ortiz, Carmen Giménez N. Calidad de sueño en estudiantes Universitarios: Importancia de la Higiene del Sueño. Diciembre 2002. Vol. 25, Nº. 6 pag. 20-25

26. Conde López VJM, Royuela Rico A, Macías Fernández J. Entrevistas, tests y cuestionarios de sueño aplicados a la realización de encuestas epidemiológicas. An Psiquiatr. 2000: vol 16; pag 351-365.

27. Royuela Rico A, Macías Fernández JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. Vigilia-Sueño 1997; mvol 2: pag 81-94.

28. Gállego J. Pérez-Larraya J. Toledo E. Urrestarazu J. Unidad de Sueño. Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. Anales.2007:Vol 30; pag 30.

29. VALVERDE A. Trastornos del Sueño: Diagnóstico y tratamiento, 2da ed, Sevilla Editorial: MAD, 2006: 244 págs.

30. MOYANO. M. El tabaco agrava los problemas de la apnea del sueño. Salud & Bienestar. 24 de Diciembre de 2010.

31. Acevedo, A., Cota, C., Guzmán, J., Helú, P., Tello, C. y Tena, M. (15 de enero de 2006). Aplicación de economía de fichas en un caso de trastorno en el patrón del sueño. Enseñanza e investigación en Psicología, 11(000), 177-184.

32. Jiménez-Genchi A. Monteverde Maldonado E. Nenclares Portocarrero A. Esquivel Adame G. y de la Vega Pacheco A. Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", México D.F., México 20 de junio de 2008.

33. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. RevNeurol 2005;4:150-155.

34. Sierra JC, Jiménez-Navarro C, Martín-Ortiz JD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Salud Mental. 2002;25:35-43.

35. Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. J Psychosom Res 1998;45:5-13.

36. BuelaCasal G, Miro Morales E. Que es el sueño: 4ta ed. Madrid editorial: biblioteca nueva : 488 págs.

ANEXOS

CUESTIONARIO

Estimado estudiante, a través del presente cuestionario deseo saber si los factores psicológicos y sociales se relacionan con la calidad de sueño e influye en todos los aspectos de nuestra vida.

El presente cuestionario es anónimo y agradezco tu colaboración respondiendo todas las preguntas sin obviar ninguna.

Para cada pregunta deberá marcar sólo una equis (X) .

Lugar de procedencia:

- a) Arequipa
- b) Moquegua
- c) Puno
- d) Tacna
- e) Otros, especifique.....

c) Otros familiares menos padres (tíos, abuelos, primos,etc)

d)Con tu pareja

Nivel de instrucción de los padres:

-Padre: a)Primaria b)secundaria c)superior
d)analfabeto

Edad:

- a) 16-19
- b) 20-23
- c) 24 a más

-Madre: a)Primaria b)secundaria c)superior
d)analfabeto

Sexo: a) M b) F

¿Trabajas ? a)Si b)No

Año académico:

- a)1er año
- b)2do año
- c) 3er año
- d) 4to año

¿Participas en actividades de algún grupo juvenil o parroquial? a)Si b)No

¿Cómo es la comunicación familiar?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

Estado civil:

- a)Soltero
- b) Casado
- c) Conviviente
- d) Otros. especifique.....

Ingreso familiar:

- a) s/500-1000
- b) s/1000-1500
- c) s/1500-2000
- d)s/2000 a más

¿Tiene hijos? a)Si b)No

Con quien vives:

- a)Con ambos padres (papá y mamá)
- b)Sólo con uno de los progenitores (papá o mamá)

ubicación de vivienda:

- a)urbano (centro de la ciudad)
- b)rural (campo)
- c) urbano marginal.(conos de la ciudad)

B. Responda las siguientes interrogantes considerando los últimos 30 días :

- 1.- Nunca o Rara vez 2.- Ocasionalmente 3.- A menudo
 4.- Frecuentemente 5.- Siempre

ELABORADO POR: Marty M. Matías Lavín G. Maximiliano Figueroa M. Demetrio Larraín de la C. Carlos Cruz
y MODIFICADO POR: Bach.Midori Guevara Morales (tesista)

ITEMS	Nunca o Rara vez	Ocasionalmente	A menudo	Frecuentemente	Siempre
1)Se siente cansado(a) aun cuando duerme el tiempo necesario					
2)Se siente insatisfecho					
3)Se siente triste sin ninguna razón aparente					
4)Es olvidadizo.					
5)Es irritable y poco cortés con los demás					
6)Es poco comunicativo, introvertido					
7) Siente presión por parte de su familia a causa de sus largas jornadas de estudio					
8) Ha tenido alguna enfermedad (excepto menstruación)					
9) Su actitud hacia el estudio es indiferente					
10) Tiene conflictos con sus compañeras					
11) Su desempeño en el estudio no es el deseable					
12) Consume alcohol y/o tabaco para sentirse mejor					
13)Consume drogas (marihuana, cocaína , PBC)					
14) No se puede concentrar en sus estudios					
15) Se aburre fácilmente.					
16)Estudia duro, pero sus logros no son buenos					
17) Tiene dificultad para alcanzar sus metas					
18) Tiene problemas entre su horario de estudio y otras cosas que debe hacer					
19)Participa en actividades sociales?					
20)Tiene mucho que hacer y no le alcanza el tiempo.					

Indice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.

Durante el último mes:

1. ¿A qué hora se acostó normalmente por la noche? ____:____
2. ¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido en promedio?

a) menos de 15 min	()	c) 31-60 min	()
b) 16-30 min	()	d) más de 60 min	()
3. ¿A qué hora se levantó habitualmente por la mañana?

a) 7am en adelante	()	c) entre 5am-6am	()
b) entre 6am-7am	()	d) antes de 5am	()
4. ¿Cuántas horas durmió cada noche en promedio? ____:____

5. ¿Durante el mes pasado, cuántas veces ha tenido UD. problemas para dormir a causa de.....?	0.Ninguna vez en el último mes	1.Menos de una vez a la semana	2.Una o dos veces a la semana	3.Tres o más veces a la semana.
a. No poder quedarse dormido en la primera media hora				
b. Despertarse durante la noche o madrugada				
c. Tener que levantarse para ir al baño.				
d. No poder respirar bien				
e. Toser o roncar ruidosamente.				
f. Sentir frío				
g. Sentir calor				
h. Tener malos sueños o pesadillas				
i. Tener dolores				
j. Otras razones (por favor, descríbala o mencione).....				
6.Durante el último mes,¿ Cómo calificaría en conjunto la Calidad de su Sueño?	0.Muy buena	1. Bastante buena	2.Bastante mala	3.Muy mala

<p>7. Durante el último mes. ¿Cuántas veces ha tomado medicinas (recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir?</p>	<p>0.Ninguna vez en el último mes</p>	<p>1.Menos de una vez a la semana</p>	<p>2.Una o dos veces a la semana</p>	<p>3.Tres o más veces a la semana.</p>
<p>8. Durante el último mes. ¿Cuántas veces ha tenido problemas para permanecer despierto mientras conducía, comía, trabajaba, estudiaba o desarrollaba alguna otra actividad social?</p>	<p>0.Ninguna vez en el último mes</p>	<p>1.Menos de una vez a la semana</p>	<p>2.Una o dos veces a la semana</p>	<p>3.Tres o más veces a la semana.</p>
<p>9. Durante el último mes. ¿ el “tener ánimos”, que tanto problema le ha traído a usted para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o alguna actividad social ?</p>	<p>0.Nada problemático</p>	<p>1.Solo ligeramente problemático</p>	<p>2.Moderadamente problemático</p>	<p>3 .Muy problemático</p>

ANEXO N° 2

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES

Instrucciones:

El presente documento, tiene como objeto recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

FACTORES PSICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE SUEÑO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

DE LA UNJBG TACNA -2012

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada
2. Representa una absolución escasa de la interrogante
3. Representa la absolución del ítem en términos intermedios
4. Representa una estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con una "X", en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opinión que merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera usted que los ítems de los instrumentos mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
<p>¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendría que aumentar o que aspectos habría que suprimirse?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					

MUCHAS GRACIAS

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

Nº de ítems	EXPERTOS			PROMEDIO
	A	B	C	
1	5	5	5	5,00
2	4	5	5	4,67
3	5	5	5	5,00
4	5	5	5	5,00
5	5	5	5	5,00
6	5	5	5	5,00
7	5	5	5	5,00
8	5	5	5	5,00
9	5	5	5	5,00

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: DPP = 0,33

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.

Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$D_{\max} = 12.00$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

A.

0,00 2,40

B.

2,40 4,80

C.

4,80 7,20

D.

7,20 9,60

E.

9,60 12,00

En el caso nuestro, El valor DPP fue **0,33** cayendo en la zona "A" lo cual significa una ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio

ANEXO N° 3

CONFIABILIDAD

La confiabilidad del instrumento se refiere al grado de precisión o exactitud de la medida, es decir, si aplicamos repetidamente el instrumento al mismo sujeto produce iguales resultados, para el cálculo se ha tomado una prueba piloto: 18 sujetos con características muy similares a la población examinada, la técnica empleada fue el alfa de Cronbach que tiene como rango desde 0 hasta 1; 0 significa confiabilidad nula y 1 confiabilidad total.

El resultado del alfa de Cronbach asciende a 0,817 y 0,703 ; el cual es aceptable, por consiguiente el instrumento presenta confiabilidad.