

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

ESCUELA DE POSGRADO



**MAESTRÍA EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DE LOS
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS**

TESIS

*Factores socio demográficos y ambientales en la calidad del sueño de los pacientes
hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021*

PRESENTADO POR: LIC. VALDIVIA MENDIOLA, MÓNICA RUTH

**Para optar el grado de Maestro en Terapia cognitiva conductual de los trastornos
psicológicos y psiquiátricos**

ASESOR: CÉSAR PALOMINO CASTRO
(<https://orcid.org/0000-0002-6882-1433>)

LIMA - PERÚ

2021

Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 02-feb.-2024 11:16 a. m. -05
 Identificador: 2284600275
 Número de palabras: 22311
 Entregado: 1

Índice de similitud

15%

Similitud según fuente

Internet Sources: 16%
 Publicaciones: N/A
 Trabajos del estudiante: 6%

Factores socio demográficos y ambientales en la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021 Por Mónica Ruth Valdivia Mendiola

3% match (Internet desde 15-dic.-2022)

http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/4208/FCMB-E-2014-0254.pdf?isAllowed=y&sequence=1

2% match (Internet desde 05-dic.-2020)

<https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/64567?show=full>

1% match (Internet desde 10-nov.-2022)

<https://zaguan.unizar.es/record/98499/files/TAZ-TFM-2021-001.pdf>

1% match (Internet desde 04-nov.-2017)

<http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2517/Tesis.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

1% match (Internet desde 24-sept.-2022)

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8182/Relacion_SilvaMostajo_Susana.pdf?isAllowed=y&sequence=1

1% match (Internet desde 02-nov.-2022)

<https://repositorio.udem.edu.mx/bitstream/61000/3497/1/33409003186594.pdf>

1% match (Internet desde 08-sept.-2017)

<http://docplayer.es/42815019-Universidad-ricardo-palma.html>

1% match (Internet desde 30-nov.-2020)

<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/27351/2/Valeria-Jarrin%20tesis%20biblioteca.pdf>

1% match (Internet desde 26-sept.-2022)

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15872/Huaman_or.pdf?isAllowed=y&sequence=1

1% match (Internet desde 26-sept.-2022)

https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/149396/Bellido_Cambron_MdelCarmen.pdf?isAllowed=y&sequence=3

1% match (Internet desde 28-nov.-2022)

https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5391/T061_43031821_M.pdf?isAllowed=y&sequence=1

1% match (Internet desde 24-jun.-2023)

<https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/issue/download/78/28>

1% match (Internet desde 25-dic.-2022)

<https://1library.co/document/yjdk296y-evaluacion-discrepancia-asentamiento-marginal-estructuras-metalicas-implantes-geometria.html>

1% match (trabajos de los estudiantes desde 20-mar.-2017)

[Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2017-03-20](#)

1% match (Internet desde 11-nov.-2022)

<http://www.ti.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1560/3/Joeniz%20Mayrana%20Rodr%c3%adguez%20Yucra>

1% match (Internet desde 23-feb.-2023)

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2954092?locale=es>

1% match (Internet desde 27-ene.-2023)

<https://magnasomnia.wordpress.com/categorias-generales/>

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS TESIS Factores socio demográficos y ambientales en la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021 PRESENTADO POR: LIC. VALDIVIA MENDIOLA, MÓNICA RUTH Para optar el grado de Maestro en Terapia cognitiva conductual de los trastornos psicológicos y psiquiátricos ASESOR: CÉSAR PALOMINO CASTRO LIMA - PERÚ 2021 DEDICATORIA A Dios, a María y mi familia. AGRADECIMIENTO A cada una de las personas que me brindaron su tiempo, sus conocimientos, experiencia y siempre su afecto. ÍNDICE DEDICATORIA

DEDICATORIA

A Dios, a María y mi familia.

AGRADECIMIENTO

A cada una de las personas que me brindaron su tiempo, sus conocimientos, experiencia y siempre su afecto.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE	4
ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE CUADROS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: Fundamentos Teóricos de la Investigación.....	13
1.1. Marco histórico.....	13
1.2. Marco Teórico	17
1.2.1. Sueño.....	17
1.3. Investigaciones	31
1.4. Marco Conceptual	37
Capítulo II: El problema, Objetivos, Hipótesis y Variables	42
2.1 Planteamiento del Problema	42
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	42
2.1.2. Definición del Problema.....	45
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación.....	46
2.2.1 Finalidad.....	46
2.2.2 Objetivo General y Específicos	46
2.2.3 Delimitación del Estudio	47
2.2.4 Justificación e Importancia del estudio.....	47
2.3 Hipótesis y Variables.....	48
2.3.1 Supuestos Teóricos.....	48
2.3.2 Hipótesis General y Específicas	49
2.3.3 Variables e Indicadores	50
CAPÍTULO III: Método, Técnica e Instrumentos	52
3.1 Población y Muestra.....	52
3.2 Diseño utilizado en el Estudio	52
3.3 Procesamiento de Datos.....	54
CAPÍTULO IV: Presentación y Análisis de los Resultados.....	55

4.1	Presentación de los Resultados	55
4.2	Contrastación de Hipótesis	71
4.3	Discusión de Resultados	74
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones		81
5.1	Conclusiones.....	81
5.2	Recomendaciones	82
BIBLIOGRAFÍA		83
ANEXOS.....		91
Anexo 1: Instrumento de Recolección de Datos.....		91
Instrucciones de Calificación – ICS Pittsburg		95
Anexo 2: Matriz de coherencia interna.....		99
Anexo 3: Consentimiento Informado		101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factores Sociales, Demográficos, Ambientales y Calidad de sueño	55
Tabla 2: Tipo de familia y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.	56
Tabla 3: Tipo de Familia y Calidad de Sueño de los Pacientes Hospitalizados en una Institución Pública en el Año 2021.	57
Tabla 4: Sueldo Mensual y Calidad del Sueño de los Pacientes Hospitalizados en una Institución Pública en el Año 2021.	58
Tabla 5: Rangos para Sueldo Mensual y Calidad de Sueño	59
Tabla 6: Edad y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.	60
Tabla 7: Edad y Calidad del Sueño de los Paciente Hospitalizados en una Institución Pública en el Año 2021.	61
Tabla 8: Sexo y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.	62
Tabla 9: Migrato y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.	63
Tabla 10: Luz y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.	64
Tabla 11: Ruido y Calidad del sueño de los Pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.	65
Tabla 12: Temperatura y Calidad del sueño de los Pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.	66
Tabla 13: Calidad del sueño de los Pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021... 67	
Tabla 14: Calidad del Sueño, según sus Componentes de los Pacientes Hospitalizados en una Institución Pública en el Año 2021.	68

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Variable Calidad de Sueño	50
Cuadro 2: Variable Factores Sociodemográficos y Ambientales	51
Cuadro 3: Pruebas de Chi-cuadrado para Tipo de Familia Cohesionado y Disfuncional.....	56
Cuadro 4: Pruebas de Chi-cuadrado para Tipo de Familia Nuclear y Extensa.....	58
Cuadro 5: Estadísticos de contraste ^{a,b}	59
Cuadro 6: Pruebas de Chi-cuadrado para Sexo y Calidad de Sueño	63
Cuadro 7: Pruebas de Chi-cuadrado para Migrato y Calidad de Sueño.....	64
Cuadro 8: Pruebas de Chi-cuadrado para Luz y Calidad de Sueño	65
Cuadro 9: Pruebas de Chi-cuadrado para Ruido y Calidad de Sueño.....	66
Cuadro 10: Pruebas de Chi-cuadrado para Temperatura y Calidad de Sueño	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fases del sueño NREM y REM	22
Figura 2: Hospitalización	45
Figura 3: Tipo de Familia y Calidad del Sueño	57
Figura 4: Edad y Calidad del Sueño	60
Figura 5: De Tabla 06: Edad y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021	61
Figura 6: De Tabla 06: Edad y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021	62
Figura 7: Calidad del Sueño	68

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar relación de los factores socio demográficos y ambientales con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021; se realizó el estudio bajo la metodología de enfoque cuantitativo. Diseño de investigación no experimental, transversal. La población de estudio correspondió a todos los pacientes hospitalizados en los Pabellones de Medicina Interna (240), siendo la muestra seleccionada 148 pacientes. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el Cuestionario Test de Calidad de Sueño de Pittsburgh, estandarizada en el Perú en 2012 por Luna S., Ybeth., Robles A., Yolanda, y Agüero P., Ysela.

Se obtuvieron como resultado, que tanto el factor social y demográfico presentaron un nivel de significancia estadística en: Tipo de familia (cohesionada, disfuncional) de $P=0.004$ y en el factor demográfico Edad de $P=0.031$. Siendo el factor ambiental no significativo estadísticamente en la calidad de sueño.

Así mismo, la calidad de sueño según la escala de Pittsburg que prevaleció fue: merece atención y tratamiento médico con un 61.5% de los pacientes y solo un 4.1% de los pacientes hospitalizados no presento problemas de sueño.

Se concluyó, a partir de los datos procesados, que los pacientes hospitalizados en un porcentaje mayoritario poseen una mala calidad del sueño. Si bien los resultados de los indicadores no fueron estadísticamente significativos, si lo fueron descriptivos.

Palabras clave: Factores, Social, Demográfico, Ambiental y Calidad de Sueño.

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between socio-demographic and environmental factors and the quality of sleep among hospitalized patients in a Public Institution in the year 2021. The study was conducted using a quantitative approach. It employed a non-experimental, cross-sectional research design. The study population consisted of all patients hospitalized in the Internal Medicine Wards (240), with a selected sample of 148 patients. The survey technique was utilized, employing the Pittsburgh Sleep Quality Index questionnaire as the instrument, standardized in Peru in 2012 by Luna S., Ybeth., Robles A., Yolanda, and Agüero P., Ysela.

The results showed that both the social and demographic factors exhibited a statistically significant level in relation to: Type of family (cohesive, dysfunctional) with a $P=0.004$, and within the demographic factor of Age with a $P=0.031$. However, the environmental factor did not show statistically significant significance in sleep quality.

Furthermore, according to the Pittsburgh scale, the prevailing sleep quality observed was: deserving attention and medical treatment, accounting for 61.5% of the patients, while only 4.1% of hospitalized patients did not present sleep problems.

In summary, this study concludes that a significant proportion of hospitalized patients experience poor sleep quality. Although the results of the indicators were not statistically significant, they did provide valuable descriptive information.

Keywords: Factors, Social, Demographic, Environmental, and Sleep Quality.

INTRODUCCIÓN

En el ciclo de vida tiene un papel preponderante el dormir y no solo el dormir por dormir sino también como un proceso biológico el cual pasa por 4 estadios. Este proceso se puede ver afectado por factores internos y externo, lo que puede incidir en la calidad de sueño, considerando la calidad como factor de adecuación inherente que permite que el sueño sea valorado como parte de la homeostasis y equilibrio de todo ser viviente y en particular del ser humano. El buen dormir conlleva al descanso no solo físico, emocional y psicológico, consecuentemente a una respuesta activa y positiva en la actividad diaria.

Sin embargo, el buen dormir se ve alterado por diferentes eventos en el diario vivir, se suma a ello las características propias y particulares de cada uno de los usuarios y la manera como se gestiona la misma. Según la OMS “el sueño es un proceso complejo que tiene la responsabilidad de mantener las funciones del cerebro y cuerpo activo y así mismo saludable al cuerpo”.

Se ha considerado como factores que interfieren con la calidad de sueño tres áreas importantes en la cual las personas se interrelacionan; lo social de ello se considera la empleabilidad, salario, familia (nuclear-extensa, cohesionada-disfuncional). En lo demográfico los criterios son edad, sexo y migración. Y de los ambientales, se tomaron tres (3) el ruido, nivel de luz y temperatura.

La ausencia de una buena calidad de sueño puede deberse a diversos condicionantes, obteniendo consecuentemente trastornos de sueño. La identificación en nuestra población de los condicionantes nos permitirá abordar estrategias para gestionar y lograr mejora la calidad de sueño.

Este trabajo está estructurado de en cuatro (4) Capítulos. Capítulo I: Fundamentos teóricos, Planteamiento del problema, Finalidad y objetivos de la investigación, Hipótesis y variables. Capítulo II: Metodología: Población y muestra, Diseño de estudio, Técnica e instrumento de recolección de datos y Procesamiento de datos. Capítulo III: Presentación y análisis de los resultados: Presentación de los resultados, Análisis y discusión de los resultados. Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones: Conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1.Marco histórico

1.1.1. Calidad del sueño

El estudio sobre sueño ha evolucionado desde siglos atrás, aparece en Grecia con las antiguas civilizaciones donde le daban una connotación divina. En Grecia, los principales estudiosos que trabajaron en los sueños datan de Alcmaeón quien formula la hipótesis vascular la cual es el “resultado del incremento de la cantidad de sangre”. Empédocles (s.V aC) quien propuso la definición de los elementos que son los cuatro fundamentales para la vida; el fuego, el agua, la tierra, y el aire, importantes componentes en todo lo existente. En relación con ello consideró el sueño como el enfriamiento del fuego en la sangre. Aristóteles (s.IV aC) propuso que el acto de dormir tenía un vínculo cercano a los alimentos consumidos en la razón que estos producían vapores que viajaban por el torrente sanguíneo al cerebro e inducían somnolencia. A diferencia Leucippus consideró que el sueño era el resultado de la división de átomos, tanto que Demoritus definió el insomnio como resultado de la ingesta de alimentos no saludables, lo cual mantenía una similitud con Aristóteles. (Vizcarra, D. 1998)

En la antigua Roma aproximadamente 50 aC Titus Lucretius Carus hizo un relato de Epicurus (s. IV aC) quien enunciaba en su escrito la conexión del control del dormir sobre la tonicidad muscular. Fue Galeno (s, II aC) quien contribuyó señalando que la alimentación saludable, el descanso y el deporte como tratamiento orientado para el abordaje de la dolencia.

La conceptualización teocéntrica del cristianismo en la edad media distanció a los médicos de la apreciación racional, teniendo como creencia que la enfermedad

comprendía un castigo divino. Es hasta el siglo XVII con Descartes a través de su enunciado teórico mecanicista que describe el sueño como anexo del impacto producido por el ganglio pineal sobre los ventrículos cerebrales lo que generaba la supresión del “espíritu animal” induciendo el sueño.

En el siglo XVII Thomas Willis contribuyo desde la práctica de la neurología a la patología del sueño con la descripción de la sintomatología de las piernas inquietas.

En el siglo XVIII los estudios de Carolus Von Linneo y de Jean Jacques d’Ortus de Mairan son considerados como precursores de las investigaciones cronobiológicas y Von Haller y Boerhaave proclamaron como causa del sueño a la congestión de vasos sanguíneos o vascular. (Valiensi, S. 2017)

El desarrollo en el estudio del sueño continuo de manera minuciosa es en el siglo XIX que se habla de cuatro teorías como la vascular o congestión que es la que ha tenido cambios desde que se iniciaron los estudios. Luego está la neural, química y conductual; las investigaciones siguientes descubrieron verdaderos cambios en la circulación, siendo estas asociadas a diversas fases que no son iniciadores del sueño, propuesta inicial.

La teoría química o humoral iniciada por la corriente aristotélica, generada esta por cambios químicos del organismo como explicación del sueño tiene como exponentes a Sommer en 1868 y Pfluger en 1875 siendo su hipótesis el cúmulo de sustancias toxicas y la consecuencia sobre el cerebro y el papel que cumple el sueño; Preyer en 1841, Du Bois y Errera proponen que el ácido láctico, los elementos tóxicos y el dióxido de carbono son propiciadores del sueño.

Teniendo como pilar la histología y con el concepto que se pueden desencadenar múltiples funciones a partir de que las células nerviosas podían variar su conformación, se desarrolla la teoría neural, teniendo como mentores a Golgi y Waldeyer. Ruckhardt en

1890 señala que hay una interrupción en la comunicación intercelular y que estas se paralizan de manera limitada de las dendritas lo que genera el sueño.

En 1899 se dieron otras propuestas que luego de estudios fueron abandonadas, instaurándose la de la biomolécula que trasmite información (neurotransmisor) para la transmisión de la información y los mecanismos presentes en el sueño.

Finalmente, la teoría de la conducta mostró diferentes propuestas, una de las más significativas relacionadas al dormir fue la que en 1889 Brown-Séguar propone citando el acto de dormir como un reflejo inhibitorio. Heubel en Kiew quien, durante el sueño, ensayó con la excitación exterior, En el siglo XX en las décadas primeras el fisiólogo ruso Pávlov reforzó y amplió la propuesta de Brown-Séguar, experimentando su mayor auge.

Las diferentes investigaciones y estudios condujeron a evidenciar diferentes fases del sueño las que en 1868 llevaron a Griesinger a establecer una relación en el sueño onírico con los movimientos oculares y en 1895 al psicoanalista Sigmund Freud a reconocer la parálisis muscular durante el ensueño imaginario, claro está antes de publicar su libro sobre los sueños.

En el siglo XIX, se dieron hallazgos como Hammond (1869) la irregularidad de la respiración en el curso del sueño y el pánico noctívago; es Gelineau quien acuña la terminología Narcolepsia en 1880.

Berger en 1929, registra por primera vez actividad eléctrica en el cerebro humano, denotando la diferencia entre el dormir y el estado de vigilia. Loomis, Harvey y Hobart en 1937, hicieron una clasificación del sueño en cinco estadios. Fue hasta 1953 donde identificaron rápidos movimientos oculares (REM) caracterizado por una clase de sueño con componente imaginativo en un electroencefalograma por Aserinsky y Kleitman. Es en 1957, donde se describe la presencia de fases del sueño por Kleitman y Dement. Se

publica en 1968, el “Manual de Terminología Estandarizada, Técnicas y Sistemas de Calificación para los Estadios de Sueño en el Humano” vigente hasta la actualidad y considerado como estándar a nivel mundial, méritos reconocidos a Kales y Rechtschaffen.

Se publica en 1979 la clasificación de los trastornos del sueño y del despertar, siendo esta la primera de tres que en la actualidad tenemos.

Durante la década de 1980 se inicia el manejo del síndrome de apnea del sueño con presión positiva de aire, se indaga sobre los factores inductores del sueño, se vincula el antígeno HLA con la narcolepsia, paralelamente a ello se relaciona, el insomnio familiar, la distonía paroxística nocturna, el trastorno del comportamiento del sueño REM. También en esta década se forma The World Federation of Sleep Research & Sleep Medicine Societies. Ya en la década siguiente, durante los años 90 se aplican los hipnóticos no benzodiazepínicos, y se halla la relación la somnolencia durante el día (narcolepsia) y la debilidad muscular (cataplejía) con el gen HLA-DQB1 *0602.

En el presente siglo se vende el oxibato sódico para abordar la cataplejía, así también se edita dos clasificaciones internacionales de las perturbaciones del sueño e inicia estudios para la especialización en Europa de especialistas los primeros en el campo del sueño. (Vizcarra, D. 1998).

En el 2014 se hace una tercera revisión de los trastornos del sueño y es la que hasta hoy está vigente.

Finalmente, los estudios sobre la calidad de sueño siguen siendo una inquietud permanente para los investigadores que indagan en las poblaciones de mayor vulnerabilidad y de aquellas patologías asociadas. Más allá de encontrar una etiología perfecta que ya tiene firmes fundamentos, está el abordaje y los estudios que se han

incrementado en esta nueva era que se da con la renombrada Pandemia por COVID-19, que azoto a la humanidad entre el año 2019 – 2021 y sigue dejado secuelas tanto físicas, cognitivas, psicológicas y emocionales.

1.2.Marco Teórico

1.2.1. Sueño

Las estructuras nerviosas principales implicadas en el sueño se consideran a: la corteza y tronco cerebral a nivel del puente, el tálamo, el hipotálamo; las actividades químicas y eléctricas del sueño puede iniciarse en el tallo cerebral caracterizándose por el gran número de neurotransmisores de acetilcolina, y una carencia de los neurotransmisores monoamónicos, histamina, noradrenalina serotonina. (Kleitman, 1963).

La Organización Mundial de la Salud (2014), hace mención, recomienda y sugiere la importancia del descanso y la edad, en tal sentido manifiesta que todo descanso debe estar relacionado y de acuerdo con la edad cronológica del sujeto, siendo para los adultos el tiempo promedio necesario es de 7 horas.

Señala también que la ausencia de descanso reparador puede conllevar a presentar dificultades gastrointestinales, aumento del apetito, las reflexión disminuida, bajo nivel en la capacidad cognitiva como la concentración, atención y por ende el funcionamiento general del organismo se altera, es por ello que el dormir no solo es un gozo o deleite, sino representa una necesaria actividad, que además el buen dormir contribuye y puede ser por varios motivos como una forma de aseptia, renovación energía del cerebro y organizar el sistema neuronal que podría verse afectado o tener un deterioro debido a la

carencia o exceso de actividad , así mismo el sueño disminuye la valoración metabólica y el desgaste de energía del individuo.

Por otro, lado no menos importante el sistema cardiovascular también se ve beneficiado con el buen dormir, el organismo posee la facultad de sustituir químicos y restaurar músculos, tejidos y células deterioradas y/o avejentadas.

Los neurotransmisores y neuromodeladores que intervienen en equilibrar el sueño es en primer lugar la serotonina que interviene en el dormir, puesto que la supervisión del L-triptófano conlleva al dormir y es conocido como hipnótico natural. La Noradrenalina, por otro lado, se localiza en las neuronas dado que los cuerpos celulares están en el locus coeruleus, manteniéndose altamente enérgicos durante la vigilia. Se observa alto los niveles de dopamina en la fase de vigilia y baja del estado de despierto a dormido. El neurotransmisor acetilcolina, forma parte también en la regulación del sueño, y de manera específica en el sueño REM. Otros elementos que intervienen en el sueño está la adenosina (nucleósido de purina) de consecuencias relajantes e inhibitorios en la actividad neuronal. En el caso de la Melatonina, y durante la oscuridad, alcanza niveles altos de acción de sus enzimas sintéticas, por lo que concluye que la fase de incremento de secreción es en la noche.

Kalat, 2004 en su libro Psicología Biológica, centra su estudio en los diferentes mecanismos biológico, relacionado estos a la psicología en cuanto a las cogniciones (atención, concentración, memoria entre otros), comportamentales y no es ajeno la vigilia y sueño, donde expone las teorías:

Considera en la *Teoría de reparación y restauración del sueño*, que este es vital para la recomposición y fortalecimiento del desarrollo fisiológico que mantiene el cuerpo y la mente saludables, siendo consistente con un correcto funcionamiento. Lo que esta

teoría sugiere es la restauración de las funciones fisiológicas, como la respiración, la excreción, la circulación, la coordinación, circulación y reproducción, se dan en el sueño NREM, tanto que, el restablecimiento de las funciones mentales tales como la atención, aprendizaje, lenguaje, pensamiento y más funciones ejecutivas están inmersos en la etapa del sueño REM.

La Teoría de la evolución del sueño es conocida como de adaptación de sueño, que probablemente tenga una relación con el ritmo circadiano propone que los intervalos de acción y la inacción se desarrollan como un medio de mantenimiento de energía. Lo que nos dice la teoría es que las especies en el transcurso del tiempo han ido modificando los periodos de dormir en relación con los de vigilia, siendo los primeros más cortos. El soporte o sustento de esta propuesta proviene de estudios e investigaciones comparativas de las diferentes especies animales; acentuando en aquellos que son menos amenazados, consecuentemente duermen más horas que aquellos que tienen muchos depredadores naturales en la cadena alimenticia, las horas de sueño son menores.

Teoría de la Información de la consolidación del sueño comparte elementos con la teoría de reparación y restauración. Siendo este elemento, el cognitivo, presentado y sustentado por la investigación cognitiva.

Lo que plantea esta teoría es que las personas duermen con el objetivo de procesar información, aprendizajes, conocimientos adquiridos en el periodo de vigilia. Adicionalmente a ello sustenta que el dormir da paso al cerebro a prepararse para la vigilia o día por venir. Así mismo sugieren algunas investigaciones que el dormir contribuye a fijar la información adquirida durante el día en la memoria a largo plazo. Otros estudios han afirmado: la falta o carencia de dormir posee un impacto fuerte en la competencia de evocar la información. (Kalat, 2004).

El sueño, desde las *perspectivas neurofisiológica*, presenta al sueño como una sucesión fisiológico, activo, rítmico y heterogéneo, señalado por otros como una situación de desconocimiento, siendo el despertar mayormente por estimulación sensorial, presentándose de manera alterna al estado de vigilia en ciclos de 24 horas. El sueño es un componente del reloj biológico y por ende del ritmo circadiano; hay inmerso múltiples procesos físicos, psicológicos y del ambiente que afectan y es afectado por múltiples procesos psicológicos, fisiológicos, emocionales y hasta del ambiente. Este proceso debe conllevar una tercera parte de la vida de la persona, la ausencia parcial o total genera efectos negativos; es por ello de suma importancia y responsabilidad en darle el justo tiempo y calidad de descanso. (Morales, 2009).

Hasta la década de 1950 aproximadamente, las investigaciones desarrolladas en gran número eran del sueño, donde concluían que el dormir representa un fenómeno único cuya función era sustancialmente pasiva y cuyo objetivo era básicamente restaurador.

A través de los registros electro encefalográficos de personas normales Kleitman y Aserinsky en 1953, que el dormir está comprendido por distintos estadios que se desarrollan en una sucesión característica. Esta secuencia se inicia en la primera hora luego de acostarse, los seres humanos discurren en sucesivas etapas del sueño.

Etapas del sueño

Las etapas o estadios característicos han sido definidos fundamentalmente por criterios electroencefalográficos. Se identificaron cuatro estadios No REM (No Movimientos Rápidos de los ojos).

- **Estadio I**, comprende el inicio, es la etapa de sentir adormecimiento, tiempo comprende los primeros 10 minutos, es el puente entre el estado de vigilia y e dormir o sueño.

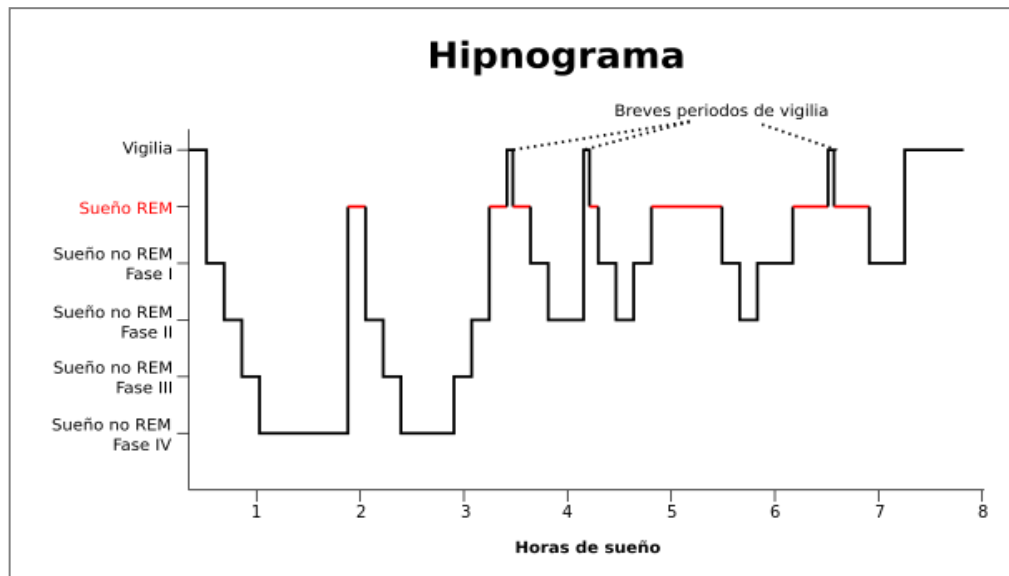
- **Estadio II**, en esta etapa o fase el sueño es superficial, es la más larga en tiempo ocupando aproximadamente la mitad del ciclo de sueño.
- **Estadio III**, que representa el sueño moderado a profundo, por lo que se le llama también de transición, lleva del tiempo de sueño dos o tres minutos llevando al cuerpo a un estadio de relajación profunda.
- **Estadio IV**, conocido también como sueño Delta, es el nivel más profundo de sueño, también llamado de ondas lentas, es responsable de la calidad del descanso ya que la determina y lleva un 20% del sueño.

A estos cuatro primeros estadios del sueño se llama sueño sin movimientos oculares rápidos (no-REM) siendo la característica principal el dormir de ondas lentas. Es considerada a esta etapa y en especial al estadio IV de más difícil despertar del sueño por ser de ondas lentas y del dormir profundo.

Luego del periodo de sueño de ondas lentas, el EEG evidencian que estas etapas cambian, de no movimiento oculares a otro diferente en el que se registra movimientos oculares rápidos conocidos como REM.

- **Estadio V**, conocido también como fase de movimientos oculares rápidos (REM), su duración aproximada es de 25% de duración en el periodo del sueño. Estos movimientos son muy similares a los del estado de vigilia. Durante la noche, regularmente se dan cuatro periodos de sueño REM, con mayor duración cada uno de ellos. (Rubín, 2019).

Figura 1: Fases del sueño NREM y REM



Fuente: L. Sanabria, 2016

Por tanto, de las 8 horas adecuadas de dormir que se debe mantener cada noche comprenden la alternancia de los cinco ciclos o etapas que alternan entre el sueño no-REM y el REM, es durante estas fases que el encéfalo se encuentra muy activo durante este período que supondría letargo y descanso. El Movimiento ocular rápido (REM) va modificándose con el paso del tiempo, disminuye alrededor de 8 horas al nacer hasta aproximadamente 2 horas a los 20 años y a tan solo 45 minutos a los 70 años. Aún se desconoce las razones a que o porque del cambio.

Trastornos del sueño

A través de los últimos años se han realizado clasificaciones de *los trastornos del sueño* y su respectiva revisión, la primera se dio en 1990 y revisada en 1997. La propuesta se realizó en unión con las Asociaciones Americana (ASDA), la de Japón (JSSR), la europea (ESRS) y la Latina (LASS).

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño se modificó, en su segunda edición, en el 2005 y corresponde a la edición tercera de la Clasificación

Internacional de Trastornos del Sueño ICSD-3 (2014) esta versión íntegramente examinada del manual de la Academia Americana de Medicina del Sueño sobre la clasificación de los trastornos del sueño, publicado como en las anteriores versiones con las diferentes asociaciones internacionales del sueño. La versión actualizada del ICSD-3 clasifica en VII jerarquías preponderantes los trastornos del sueño, siendo estos: trastornos del insomnio relacionados con la dificultad para iniciar, mantener o no ser un sueño reparador; trastornos de la respiración relacionados con el sueño, vinculado con las apneas, trastornos centrales de la hipersomnolencia, las que comprende seis categorías; trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia, parasomnias, conectada tanto al sueño REM y No REM; trastornos del movimiento relacionados con el sueño y otros trastornos del sueño. Estos a su vez comprenden categorías y subcategorías que se clasifican en:

A. *Trastornos del insomnio*, dentro de este trastorno se encuentran los siguientes, trastorno de Insomnio crónico, Trastorno de Insomnio de corta duración, otros Trastornos de Insomnio (se ubica en este trastorno a aquellos pacientes que tienen síntomas de insomnio, pero no cumplen los criterios para los otros 2 tipos de insomnio), Síntomas aislados y variantes normales (Tiempo excesivo en cama, Sueño corto).

B. *Trastornos de la respiración relacionados con el sueño*, se ubica a aquellas dificultades respiratorias directamente vinculadas al sueño: Síndromes de Apnea Obstructiva del Sueño, considerando dentro de estas dos subdivisiones. Síndromes de Apnea Central del Sueño, se subclasifica en siete categorías.

Trastornos de Hipoventilación relacionados con el Sueño, que se subclasifica en seis categorías. Trastorno de Hipoxemia relacionado con el Sueño, Síntomas

aislados y variantes normales, que comprende dos sub categorías (1. Ronquido, 2. Catatrenia).

C. *Trastornos centrales de la hipersomnolencia*: Se constituye por seis divisiones: Narcolepsia, subdividida en Tipo 1 y Tipo 2, Hipersomnolia Idiopática, Síndrome de Kleine-Levin, Hipersomnolia a causa de condiciones médicas, fármacos/sustancias o vinculada a trastornos psiquiátricos, Síndrome de insuficiencia de sueño, y, por último, síntomas aislados y variaciones normales como el sueño prolongado o la propensión a dormir más tiempo de lo usual (sueño o dormidos largos).

D. *Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia*. Comprende siete trastornos y uno del ritmo.

E. *Parasomnias*, comprende cuatro categorías: Parasomnias relacionadas con el Sueño No REM, que se subdivide en cuatro. Parasomnias relacionadas con el Sueño REM, se subdivide en tres. Otras Parasomnias,

F. *Trastornos del movimiento relacionados con el sueño*, comprende ocho categorías.

G. *Otros trastornos del sueño*, se considera en esta categoría la clasificación de otros síntomas que tienen alguna relación con el dormir pero que no se ajustan a los criterios estandarizados de un trastorno del sueño y que no pueden ser asignados adecuadamente en otra categoría.

Calidad del sueño

La clarificación de la calidad sueño es prioritario en cada persona porque se afirma si se está frente a una paciente con un mal o buen dormir, y así poder definir una dificultad de sueño que pueda estar relacionado o vinculado por alguna condición ambiental,

personal, que pueda contribuir al deterioro del bienestar y la calidad de vida. Si al evidenciar perturbaciones del sueño ya sea por incremento en las interrupciones nocturnas, sueños profundos o la duración de la somnolencia, el individuo puede definir su sueño como no reparador, (Buysse, y cols., 1989).

Rosa y Bonnet, (2000) afirmaron que la calidad del sueño no tiene una vinculación directa con la cantidad de horas que se duerme.

Cuando se habla de calidad de sueño se hace mención al hecho de dormir bien durante la noche y tener un activo accionar durante día (Sierra, et. al. 2002;) Sierra, 2006, Rosales, et. al. (2007); refieren que el sueño es importante no solo como como vector determinante del cuidado de la salud, sino también como factor facilitador de un óptimo estándar de salud y vida, consecuentemente un manejo adecuado de las capacidades de aprestamiento, intelectuales y cognitivas de las personas. (Sierra, et. al. 2002; Sierra, 2006).

La calidad del sueño puede ser valorada por medio de tres dimensiones específicas, siendo estas las Perturbaciones del sueño, Sueño efectivo y Calidad subjetiva de Sueño.

Con respecto a *la calidad subjetiva del sueño* es el registro del número de horas que un sujeto cree que duerme de manera correlativa y continua.

En lo que respecta a *sueño efectivo*, está relacionado con la calidad del dormir y la respuesta en que el cuerpo u organismo funciona luego del descanso que se da generalmente al otro día, va a depender del número total las horas que duerme de manera continua y de la duración de tiempo que se de en las distintas etapas (y el número de estas) de sueño que se tiene cada noche.

Al mencionar las *perturbaciones del sueño*, se refiere a situaciones que altera el equilibrio del desarrollo natural del proceso de sueño. Las complicaciones relacionadas con dormir, implican dificultades para iniciar, conciliar el sueño o mantenerse dormido o prolongar el sueño (insomnios), dificultad en mantenerse despierto y/o dormido en segmentos inoportunos, sueño excesivo y conductas inadecuadas durante el sueño, las dificultades para sostener un horario permanente de sueño, comportamientos poco usuales durante el sueño, otras conductas que irrumpen el dormir, como el uso de fármacos para dormir y la nicturia, entre otros y también como la cafeína, el alcohol.

Según los autores el sueño es clasificado en *calidad subjetiva*, denotando de manera atributiva la duración o permanencia del sueño. *La latencia*, descubre la competencia de restauración y el número de despertares nocturnos. *La duración*, se calcula de forma cualitativa así también la *profundidad del sueño*, como la *Eficiencia habitual*, que comprende la conexión de la duración del sueño y los despertares nocturnos. *Las Perturbaciones*, que son situaciones que perjudican al momento de reconciliar el sueño. El *uso de hipnóticos*, conocidas como drogas o sustancias psicotrópicas, psicoactivas que estimula al sueño. Y la *disfunción diurna*, que se manifiesta a través de la dificultad para iniciar o mantener el sueño.

1.2.2. Factores Sociodemográficos y Ambientales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud como todas aquellas circunstancias, entornos y contextos en los que "las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, abarcando una gama más amplia de fuerzas y sistemas que tienen impacto en las condiciones de la vida diaria". Estos elementos y procesos incluyen políticas gubernamentales, enfoques

económicos, programas de desarrollo social, regulaciones y políticas en el ámbito social, así como sistemas políticos.

Los ingresos económicos, la responsabilidad del sustento diario, el lugar de permanencia donde se establece y da lugar a proyectarse con su grupo familiar y/o la carga familiar y la dificultad al acceso de cubrir las necesidades básicas.

El nivel educacional que le dará una mejora remunerativa y valoración por el trabajo realizado.

La redes y soporte familiar y social debilitadas o estrechas serán unos de los factores determinante o desencadenantes, de desarrollo, crecimiento o debilitamiento de la salud psicológica y emocional y los posibles trastornos desencadenantes del sueño.

Las personas cambian de lugar de residencia y se movilizan de un lugar a otro pasan cambios en sus patrones culturales, este proceso de aculturación no siempre tiene los resultados esperados que es la adaptación, por tanto, se afectan los patrones familiares y sociales, alteraciones que repercute en salud física y mental y la mayor exposición a incurrir en conductas de riesgo, como por ejemplo la automedicación.

Determinantes Ambientales de Salud

Hoy y siempre un ambiente social, político, económico y familiar debe ser saludable, esto es vital para “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todos los grupos atareos”.

La salud pública ambiental, que se refiere a la relación entre el ambiente y la salud pública, incluye los factores ambientales que van a intervenir en la salud humana, y que incluyen factores bioquímicos, físicos, y todas las interacciones relacionadas con estos. Colectivamente, estas circunstancias se conocen como determinantes ambientales de la

salud, tenemos entre ellos a el ruido, la luz, la ventilación o temperatura, el estado de la cama se relacionan a diferentes trastornos y consecuentemente afecta la calidad de sueño.

El ruido produce alteración en el sueño este es el incremento de la actividad cerebral, de los movimientos del cuerpo y de las respuestas autónomas. El incremento de la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria.

La luz, puntualmente, la iluminación artificial reduce los niveles de la melatonina, hormona producida por la glándula pineal que se da durante el periodo del sueño cuya función es clave en el proceso de descanso, encargada de regular la presión sanguínea, así como los niveles de glucosa y de temperatura de nuestro cuerpo.

La temperatura y/o ventilación al igual que la luz y ruidos es un factor que beneficia o afecta el buen dormir, es así que la temperatura baja indica que es la hora de dormir y el aumento de la misma nos señala que ya es hora de despertar.

En una habitación donde la temperatura es alta, el sueño no es profundo, se sueña menos y por ser un dormir ligero se interrumpe con más frecuencia. Es por todo ello que la condición ambiental es importante para el descanso y la salud mientras se duerme; la adecuada ventilación y la calidad del aire en cuanto a la pureza y renovación dará como resultado un descanso reparador y un despertar activo y productivo.

Franco, (2000) observó luego de evaluar la influencia de la temperatura ambiente en el sueño del lactante y los parámetros cardiorrespiratorios durante el sueño; que las modificaciones en la temperatura ambiente asociados con aumentos leves en la temperatura corporal alteraron significativamente los parámetros cardiorrespiratorios y los controles autonómicos en bebés sanos. Se desprende de ello cambios asociados con los aumentos de temperatura principalmente durante el sueño REM.

En los últimos años se han realizado diferentes investigaciones relacionadas a la calidad de sueño y factores sociodemográficos y ambientales en el ámbito hospitalario, entre ellas tenemos: Park y Kim, (2017) trabajaron en pacientes adulto mayor en población japonesa ¿Qué afecta la calidad subjetiva del sueño de los ancianos hospitalizados? El propósito era determinar los elementos que inciden en la calidad subjetiva del sueño en adultos mayores hospitalizados. Se observó una discrepancia estadísticamente significativa en la calidad del sueño en relación con la edad, nivel educativo, estado civil, ingresos mensuales y cantidad de personas con las que conviven. Siendo el factor preponderante en la calidad del sueño la depresión. La variación total en la calidad del sueño fue de 43.0%, estas cinco variables, depresión, estado de salud percibido, diagnóstico, número de convivientes y tiempo de hospitalización; lo sustenta.

A las conclusiones que llegaron es que los ancianos hospitalizados tenían baja calidad del sueño, que la depresión es uno de los elementos que altera su sueño. Sugieren desarrollar y aplicar intervenciones teniendo en cuenta la depresión y el sueño propiamente, y/u otros factores que estén afectando a los adultos mayores hospitalizados.

En Inglaterra, Bevan, et. al. (2018) realizó un estudio en Calidad del sueño y ruido: comparaciones entre el hospital y el hogar. Tomando como referencia el tiempo total de sueño, eficiencia del sueño, niveles de sonido medidos durante la noche. A las conclusiones a las que llegó Bevan et. al. es que tanto las madres como los hijos tienen una deficiente calidad de sueño; lo que puede afectar el comportamiento, la recuperación y la tolerancia al dolor del niño. Y en los padres la privación del sueño aumenta la carga de estrés en los padres. Los niveles de ruido pueden contribuir a la falta de sueño. La reducción del nivel de ruido podría conducir a una mejora del sueño.

Wesselius, 2018, realizó el estudio de Calidad y cantidad del sueño y factores asociados a la alteración del sueño en pacientes hospitalizados. Estudio realizado en los Países Bajos. Realizando una comparación entre el sueño habitual en el hogar y el experimentado en el entorno hospitalario, se encontró que el tiempo de sueño en el hospital fue, en promedio, 83 minutos menor que en casa. Además, se observó que el número promedio de despertares nocturnos en casa fue de 2.0 veces, mientras que durante la estancia hospitalaria fue de 3.3 veces. Los pacientes hospitalizados presentaron un despertar, en promedio, 44 minutos antes en comparación con su horario habitual en casa.

El estudio encontró que el 70.4% de los sujetos refirieron que despertaron por causas externas, y el 35.8% por causa del personal del hospital. Los elementos que más se mencionaron como causantes de interrupciones en el sueño fueron el ruido generado por otros pacientes, los dispositivos médicos, el dolor y las visitas al baño.

El estudio realizado por Wesselius, evidenció que tanto la duración como la calidad del sueño en pacientes hospitalizados se vieron notablemente alteradas. Además, reveló la presencia de varios factores en el entorno hospitalario que podrían modificarse y que se relacionaban de forma negativa con el sueño de los pacientes.

Concluye haciendo referencia a la importancia del buen dormir en los pacientes que pernoctan en centros hospitalarios, abordando los factores que alteran el sueño y puedan mejorar de esta manera la curación.

Abhishek, (2019) ejecuta el Estudio de la cantidad y calidad del sueño en pacientes hospitalizados en sala médica general, investigación hecha en la India, hace referencia que el sueño inadecuado tiene una asociación negativa con la salud y el bienestar general; y la falta información sobre la cantidad y la calidad que duermen los pacientes ingresados en el hospital. Así mismo manifiesta que el sueño mejora el

funcionamiento cognitivo y emocional, que es necesario durante la estancia en el hospital. Adicionalmente el objetivo del estudio es identificar los factores modificables asociados con los trastornos del sueño que le ayudará a introducir medidas correctivas.

Finalmente concluye que el sueño se ve afectado en los pacientes internados en sala general, tanto en calidad como en cantidad. El sueño de los pacientes se puede mejorar mediante la reducción de la luz y el ruido molestos no deseados y mediante el uso de medidas estrictas para controlar los mosquitos en el hospital.

Mori et. al. Realizo un estudio similar el 2021 en Ohio -USA- de los factores relacionados con la interrupción del sueño en pacientes hospitalizados, donde establecen como objetivo de estudio explorar la calidad percibida del sueño y los trastornos del sueño en pacientes hospitalizados. Se reconocieron cinco elementos del entorno que resultaron más perjudiciales para el descanso: dolor, extracciones de laboratorio, presencia del personal, mediciones de presión arterial y alarmas de dispositivos intravenosos.

En conclusión, se observa una relación positiva entre dormir y niveles más altos de ruido. Mori, et. al., hacen referencia a tomar conciencia sobre la importancia del sueño en el entorno hospitalario e implementar intervenciones para promover un entorno tranquilo y disminuir los factores que perturban el sueño; considerando que ello aumentara las puntuaciones de satisfacción del paciente y mejorar así la curación.

1.3. Investigaciones

Nacionales

Carrillo A. Rosa, (2021) realizo la investigación en Calidad de Sueño y nivel de estrés del personal de guardia de emergencia de un Hospital de Lima, Contexto COVID

19, 2020. Estudio que ejecutó para obtener el Grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud Lima – Perú.

El objetivo planteado en esta investigación fue determinar la calidad de sueño y nivel de estrés del personal de guardia de emergencia de un hospital de Lima, contexto COVID-19, 2020. Se realizó el estudio en una población de 89 empleados, empleando el método hipotético-deductivo, descriptivo correlacional de corte transaccional, diseño no experimental, enfoque cuantitativo. Aplicó los cuestionarios de Calidad del Sueño Pittsburg de Royuela adaptado por Carrillo, A y Niveles de Estrés de C. Maslach, todos con escala de Likert. Hallando el coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0,436 indicando que existe relación negativa entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación moderada y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000$.

Huerta A. Catherine, (2020) expone en su estudio sobre Calidad de sueño y desempeño académico en estudiantes de maestría en docencia universitaria de una universidad privada de Lima. Investigación que realizó para optar el Grado de Maestro en Docencia Universitaria; que la calidad de sueño es un factor crucial en el bienestar físico y mental de las personas, pues su falta de renovación afectaría, a las habilidades cognitivas desencadenando un efecto a nivel de su desempeño académico, laboral y familiar. El estudio tiene un enfoque cuantitativo, tipo aplicado, nivel descriptivo-correlacional, corte transversal, diseño no experimental y método hipotético deductivo.

Los hallazgos evidenciaron que existe una relación significativa entre calidad de sueño y desempeño académico; la mayoría de dimensiones presentaron significancia $p < 0,002$.

Silva M., Susana, (Perú, 2020) En su estudio “Relación entre las Dimensiones de la Personalidad y la Calidad de Sueño en estudiantes universitarios”. Trabajo realizado

para obtener el Grado de Maestro en Psicología Clínica con mención en Neuropsicología. La muestra estuvo conformada por 367 estudiantes, universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud, de ellos 104 varones y 263 mujeres. Se emplearon dos instrumentos de evaluación, el primero el Big Five Personality Trait Short Questionnaire, para valorar las dimensiones de la personalidad, y el segundo, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, para evaluar la calidad de sueño. Los resultados señalaron que dos de las cinco dimensiones de la personalidad tienen asociaciones significativas con la calidad de sueño, siendo las dimensiones de amabilidad y estabilidad presentan un coeficiente de $r = .18$; y de $.21$ respectivamente, las que revelan una asociación significativa al nivel $0,01$.

Huamán O., Ramón, (2018) en su estudio Relación entre Calidad de Sueño y Somnolencia en Conductores de Transporte Interprovincial en la Carretera Central Lima – Huancayo 2018. Tesis realizada para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Ocupacional y Ambiental. Esta investigación es un Estudio descriptivo de corte transversal, con muestreo no probabilístico. Se obtuvo datos sociodemográficos y ocupacionales. Trabajaron con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y la Escala de Somnolencia de Epworth de manera controlada. Los resultados alcanzados: en cuanto a la edad promedio fue de 44 ± 10.2 años. La media de PSQI fue 8.1 ± 3.0 . El 87% son malos dormidores. La media de Escala de Somnolencia de Epworth fue 8.3 ± 4.6 . El 23.0 % presenta somnolencia excesiva diurna. La correlación entre Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y la Escala de Somnolencia de Epworth estadísticamente da un resultado sin grado de asociación relevante para ambas variables. Por tanto, concluye que: La relación entre la calidad de vida y la somnolencia en conductores de transporte interprovincial no es significativa. Los conductores presentaron una mala calidad de

sueño con grados variables y prevalencia ≥ 80 . En el grupo de estudio, estado de somnolencia tiene una prevalencia significativa.

Internacionales

En el estudio Calidad del sueño en las personas mayores en un centro sociosanitario realizado por Havrylyak, Iryna., (2020) para la obtención del Master en Investigación en Ciencias de Enfermería. Se propuso como objetivos de estudio: Valorar el sueño de personas mayores en un centro sociosanitario y la influencia en la ejecución de actividades, la toma de medicación en la calidad del sueño y de vida. El método utilizado fue observacional descriptivo transversal para valorar el sueño y la calidad de vida de residentes institucionalizados en el Centro Social Virgen del Pilar de Zaragoza. Se utilizó el cuestionario calidad del sueño de Oviedo y el cuestionario de Perfil de Salud de Nottingham y la valoración de dependencia con el Índice de Barthel y el cuestionario para información sociodemográfica. Se exploraron los elementos que influyen en la calidad del sueño a través de R Commander v. 3.6.2. Perfil de Salud de Nottingham da como resultado que el nivel de salud percibido se asocia significativamente con el nivel de actividades y el buen sueño, observando así un rol importante a la percepción subjetiva del estado de bienestar y estado de sueño según escala de Oviedo. El 85,2% de pacientes utiliza medicamentos lo que indica que los usuarios requieren de ayuda para el insomnio. Se concluye que los residentes menos activos e inmovilizados y con baja calidad de vida tienen más trastornos de sueño consecuentemente menor calidad de sueño y que necesitan ser medicados para mejorar el buen dormir.

Bellido, C., María, (2019) en su Tesis Doctoral del Programa de Doctorado en Investigación Traslacional de Salud Pública y Enfermedades de Alta Prevalencia. España

sobre los Trastornos del Sueño: Repercusión de la Cantidad y Calidad del sueño en el riesgo cardiovascular, obesidad y síndrome metabólico. El objetivo general que se planteó fue: Valorar el riesgo de desarrollar un síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño en la población trabajadora con los cuestionarios Stop-Bang y Epworth, así como la repercusión de la cantidad de horas de sueño y la repercusión del riesgo detectado de síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño de la población estudiada en el riesgo cardiovascular, los parámetros de obesidad, hipertensión arterial y la posibilidad de padecer un síndrome metabólico. Fue un estudio observacional descriptivo, transversal; en una población base de 1.110 trabajadores. Consideró datos sociodemográficos como la edad, sexo, clase social, tipo de trabajo, hábito tabáquico, parámetros antropométricos, cantidad y calidad del sueño.

Encuentra, que cuando está altera la calidad del sueño hay un mayor riesgo cardiovascular. Se observó que los valores más elevados de tensión arterial se dan a mayor riesgo de síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño todo ello según el test Stop-Bang. Sin embargo, a través del cuestionario de Epworth arroja resultados contrarios, los valores de la tensión arterial son menores cuanto peor es la calidad del sueño. Siendo significativos ambos resultados. Así mismo, se evidencia que no está relacionada la tensión arterial con la cantidad de sueño. Cuando la calidad de sueño disminuye, se observa un mayor riesgo de obesidad, evaluado según el Índice de Masa Corporal (IMC). Las conclusiones de este estudio indican que la detección del riesgo de la presentación del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño, mediante los cuestionarios Epworth y Stop-Bang, está asociada con un mayor riesgo cardiovascular, parámetros de obesidad y síndrome metabólico. Ambos cuestionarios muestran cuestionarios

significativos, si bien el cuestionario Stop-Bang resulta más sensible para establecer estas relaciones.

Vera C., Tomás en el 2017 en su estudio Calidad del sueño y confort en pacientes hospitalizados de la Región de Murcia, trabajo realizado para optar el Grado de Doctor. Refiere que los usuarios que hospitalizados pasan por un proceso de institucionalización, estadía que afecta el dormir de los pacientes. Considerando que la atención médica se prioriza únicamente la dolencia por la cual ha sido hospitalizada y no de manera holística a la persona. Manifiesta que para la mejora del paciente desde una visión biopsicosocial es importante que la atención sea integral y poner atención en la calidad del sueño y confort. Trabajo con 270 pacientes, donde se evidenció que un 66,3% el descanso no es reparador, un 20,7% ha tenido mucho sueño durante el día y un 50% tenía ritmo circadiano matutino. Vera, encontró que en Centros de salud menores se percibió mejor confort, mientras que en Centros de Salud de mayor nivel de especialización como hospitales se presentaron mejores dormidores. Infiriendo que probablemente se deba a la implementación de mejoras en los protocolos de cuidados. La administración de medicamentos se relacionó con un peor sueño, pudiendo ser tal vez a la presencia de problemas del sueño en estos pacientes. La edad es otro elemento que influye en el ritmo circadiano, teniendo en cuenta que a mayor edad mayor es la tendencia matutina. Finalmente concluye que la incomodidad se asoció con un mal dormir. Surgiendo la necesidad de la implantación de modelos de cuidados centrados en el paciente, y no solo en la enfermedad para así mejorar su confort, buen dormir, y salud integral.

Sáenz-Santolaya, Ana. (2017) realizo el presente estudio para estructurar un Plan de mejora para disminuir las interrupciones durante el sueño nocturno en los pacientes de UCI, en el hospital San Pedro de Logroño, Rioja – España, para optar la Maestría con

Mención en Gestión y Dirección en Enfermería. Considerando que el sueño es importante para todo ser viviente y en particular para el hombre. La falta de este puede o repercute tangencialmente en la salud y también retrasa la evolución del restablecimiento si la salud está afectada. Es por ello que los pacientes internados en una UCI se ven expuestos a diferentes cortes en el transcurso de la noche, claro está por diversos motivos. Se considera en este proyecto elaborar estrategias para disminuir las interrupciones nocturnas. Se enfoca el objetivo a analizar los factores que las producen, se utiliza para la elaboración un ciclo de mejoras utilizando el diagrama causa-efecto, revisión bibliográfica y se pasa a estructurar una serie de acciones con el fin disminuir el ruido, la luz y las intervenciones terapéuticas del personal.

1.4. Marco Conceptual

Sueño, Kleitman (1963) lo describe como periodo de descanso del cuerpo y de la mente en el que hay una paralización o inhibición de la conciencia y de la mayoría de las funciones cognitivas y corporales, ordinariamente las personas duermen según patrones que siguen cuatro fases progresivas; estas fases ocupan más de la mitad de un periodo de sueño típico, en su conjunto, reciben el nombre de movimientos oculares no rápidos, el resto de tiempo suele estar ocupado por el sueño de movimiento oculares rápidos, sueño REM..

Sueño, biológicamente, no es una falta total de actividad, sino que se puede considerar como un estado biológico concreto, un estado conductual, como se viene estableciendo desde los años ochenta del siglo pasado. (Velayos, 2007).

Sueño, es un período fisiológico de reposo que permite al cuerpo y a la mente descansar y recuperarse. En este proceso el ser humano emplea un tercio de su existencia y es, además, una de las actividades que más realiza a lo largo de ésta, diariamente y

noche tras noche. Cuando se presentan problemas durante el sueño los efectos negativos en el organismo no tardan en aparecer. (SEMAL, 2012).

El sueño es para Luna, et. al. (2015), “una de las funciones biológicas del ser humano que es muy importante en nuestras vidas, donde las perturbaciones pueden ser una dificultad latente en sí mismo, esto comprende efectos en el organismo y en su actividad psicológica o, una manifestación de otro problema corporal o mental, que consiga perturbar la calidad de vida de las personas”.

Calidad de sueño, Kleitman (1957) hace referencia que la calidad del dormir o sueño es complicado de precisar, puesto que es una medida más amplia e intrincado que concibe procesos cuantitativos, cuanto subjetivos de confort y de manejo durante el día.

Calidad de Sueño, Buysse et. al. (1989) la define como una serie de medidas que engloba, el periodo de latencia de sueño, duración del sueño que comprende desde que se duerme hasta el momento que despierta, eficiencia del sueño, está en relación a la disposición para dormir, y la cantidad de ocasiones que se despierta durante la noche, corresponde al número de despertares, entre otros. Considerando la propuesta de Kleitman (1957) en donde se precisa la calidad de sueño como "un fenómeno complejo, que es difícil de definir y medir de forma objetiva”.

Calidad del Sueño es definido por Baldera (2018) como “La capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna”.

Factores sociodemográficos, son el conjunto de características socio económico cultural que está presente en la población sujeta a estudio tomando aquellas que pueden ser medibles. (Rabines y Ángel, 2002).

Corresponde a los atributos comprendidos a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia. (OPS, 2020).

Ambiente, es para cada ser o grupo humano, la totalidad del mundo físico que lo rodea, incluidas las entidades vivientes, los demás seres o grupos humanos y sus interrelaciones. La Organización Mundial de la Salud define la salud ambiental como los elementos de la salud y enfermedad en las personas que están influenciados por factores del entorno. Además, se refiere tanto a la teoría como a la aplicación práctica relacionada con la evaluación y el control de los factores ambientales que puedan impactar en la salud. (Ordoñez, 1999).

Ambiente se refiere a la circunstancia que rodean a las personas o las cosas. (Diccionario de la Lengua Española 2020).

La concepción de ambiente es compleja debido a que depende del significado que le da el ser humano a la realidad, que va más allá de una relación dialógica o dialéctica entre el significado y objeto. (Leff, 2007).

Ingreso económico, es la suma de bienes monetarios, dinero, que se adjudica todos los elementos por la participación en el proceso de producción. El dinero asignado se le denomina ingreso y tomar de sueldo, salario, renta, dividendos, regalías, utilidades, honorarios. (Martínez, I. 1960)

Ingresos económicos de las familias pueden ser de diferentes fuentes, como trabajadores independientes, dependientes, como empresarios, perceptores de rentas inmobiliarias, financieras y como receptores de transferencias y donaciones públicas y privadas. (INEI, 2007)

Cohesión familiar, se define como el grado en que los miembros de la familia están vinculados entre sí, este vínculo emocional está relacionado al distanciamiento, separación o conexión, y los niveles de cohesión son; desligada, conectada, aglutinada y separada, aglutinada y separados. (Olson, 1982). O interconectados con el poder y la capacidad de integrarse, empatizar y darse apoyo unos a otros.

La cohesión está relacionada al proceso de formación de la identidad familiar y la individualización, de tal forma que crecen los integrantes de la familia en conjunto y se encuentran comprendidos fundamentalmente por límites y alianzas familiares, además del espacio de recreación. (Minuchin y Fishman, 2004).

Miembros en la familia, Conjunto de personas relacionadas por vínculos de matrimonio, por consanguinidad, adopción, afinidad u otras razones es acogida dentro de un grupo. (Martínez, 2021).

Número de años alcanzados, Se considera al tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta que muere a lo que se le denomina “edad cronológica”, periodo de vida que depende solamente de un concepto físico: el tiempo. (Megía, 2021).

Nivel educativo alcanzado, está definido por una secuencia ordenada de niveles educativos organizados en relación con la obtención de las experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias que imparte cada uno de estos programas. Estos niveles tienen una complejidad creciente. (UNESCO, 2011).

Se trata de la capacitación práctica y metodológica ofrecida a un individuo en su proceso de desarrollo y crecimiento. Constituye un procedimiento mediante el cual se proporcionan al individuo las herramientas y conocimientos fundamentales para su aplicación en la vida diaria. (Sánchez, 2022).

Toda esta experiencia de aprendizaje está reglamentada, normada, sustentada y supervisada por el estado.

Migración: Se entiende como el proceso de traslado de una o más personas de un lugar o territorio hacia otro, con ánimo de permanecer en el nuevo lugar de destino. (INEI 2017).

Nivel de luz, Cantidad de luz incidente sobre una superficie. Se expresa en forma de iluminancia, lux. (Diccionario de la Lengua Española, 2020).

Nivel de ruido, también llamado ruido de ambiente, ruido de fondo. curva de nivel de ruido: Curvas que representan los niveles admisibles de presión acústica, causada por los ruidos de fondo a través del espectro de frecuencias audibles, que son admisibles para el oído humano. (Diccionario de Arquitectura y Construcción, 2022).

Nivel de temperatura, La temperatura es una medida de energía calorífica, lo que afirma que el calor es el fenómeno, mientras que la temperatura es una forma de medirlo. (Ordoñez, 2021).

La temperatura ambiente es el rango de temperaturas del aire que las personas prefieren cuando están en interiores. (Clim MX., 2021)

Capítulo II: El problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

El sueño es un período de inconsciencia, no necesariamente de una falta de actividad, sino que se puede considerar un proceso biológico complejo que ayuda a las personas a procesar nueva información, aprendizajes a mantenerse saludables y a rejuvenecer. Durante el sueño, el cerebro pasará por ciclos de cinco fases distintivas: fase I - IV conocidas como fase No REM y el sueño de movimientos oculares rápidos fase REM. (NICHD, 2018)

Es importante el sueño y cada una de las fases para asegurar el descanso completo de la mente y el cuerpo, mantener la homeostasis física y emocional y no menos importante la lucidez en los procesos cognoscitivos en el estado de vigilia. Existen etapas necesarias para promover la relajación y fortalecimiento para el próximo día, mientras que otras fases contribuyen al aprendizaje de información y a la formación o recreación de recuerdos.

Según la Organización Mundial de la Salud, cerca del 40 % de la población mundial padece de insomnio y recomienda que quienes lo padezcan, busquen ayuda profesional y eviten la automedicación. (Minsa 2021)

Así mismo los especialistas del Hospital Víctor Larco Herrera del Ministerio de Salud (Minsa) advierten que las cifras de insomnio en la población peruana se han incrementado a causa de la pandemia por COVID-19. (Minsa, 2021)

Por otro lado, en el periodo de febrero del 2021 a mayo del 2021 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza se registraron 77 diagnósticos de trastornos de sueño, correspondiendo estos al 45% Insomnio no orgánico, 27% Trastorno no orgánico del

sueño no especificado, 21% Pesadillas y 4% los Trastornos no orgánicos del ciclo sueño – vigilia. (H. Loayza, 2021)

El no tener un descanso reparador trae dificultades en los diferentes ámbitos de la vida: personal, familiar, académica, laboral y social.

Siendo una de las grandes dificultades que se encuentra en la vida diaria que afecta la calidad del sueño entre otros es los trastornos del sueño (insomnio, apnea, pesadillas, somnolencia); la edad es otro elemento que si bien está relacionado con edad – horas de sueño, no siempre se logra alcanzar las horas de descanso por diferentes razones (trabajo, salud, juego, entre otros), la condición económica y laboral en estos nuevos tiempo donde la demanda laboral es escasa y por ende los ingresos se ven disminuidos y en algunos hogares ausente; otro elemento la integración familiar. Si a todo ello le sumamos la afección en la salud y la necesidad de internamiento en una sala hospitalaria donde se suman los elementos como condición de salud, distractores ambientales y la medicación.

Cuando se habla de calidad de sueño es imprescindible hablar de un sueño reparador y es el sueño aquel que no se ve ininterrumpido, que nos permite un descanso físico y mental, así mismo un despertar y sentirse livianos, ligeros, frescos y motivados a la acción, recuperando así el equilibrio físico y mental.

Los trastornos del sueño en el país instituyen una epidemia que pone en alerta la salud y la calidad de vida, es el 43% de los adultos mayores de 65 años, así como en 35% de la población entre 19 a 64 años y el 23% de niños de 6 a 10 años (Pomalina, 2017). Los trastornos del sueño se pueden prevenir o tratar; sin embargo, son pocos los pacientes diagnosticados que buscan ayuda profesional para ello y otro segmento optan por la automedicarse. Por otra parte, un mejor entendimiento de las condiciones del sueño y una mayor indagación de estas dificultades aportará a reducir la carga que representan estos

trastornos en cuanto a la salud y a la fuerza laboral productiva que se ve afectada por el ausentismo.

El Seguro Social de Salud advierte que el 60% de asegurados padecen de insomnio, uno de los trastornos del sueño más frecuentes en personas que adolecen de estrés, depresión, ansiedad, entre otras enfermedades.

En las diferentes manifestaciones de enfermedad en la salud física y mental se identifica un elemento básico casi permanente y recurrente en las enfermedades y específicamente es la eficacia del buen dormir, por ello es importante identificar:

¿Cómo se relacionan los factores socio demográficos y ambientales en la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021?

La salud mental en el contexto actual ha tomado especial importancia, por la vulnerabilidad de la población posterior a los efectos propios de las experiencias de dolor y muerte a razón de la pandemia por COVID 19. La mala calidad de sueño no solo altera el bienestar y descanso físico; sino también el mental; lo que hace que muchas personas pierdan la lucidez en el momento de la toma de decisiones rutinaria, generándose algunos riesgos que pudieran tener repercusiones no deseadas

El *propósito* del estudio es diseñar e implementar estrategias y técnicas de abordaje para proporcionar a los usuarios que permanecen hospitalizados en una institución pública y consecuentemente mejorar la Calidad de sueño a través de un sueño reparador.

En este nuevo contexto que se inició con la aparición del COVID 19, la agenda de salud mental es una prioridad en las políticas del estado peruano. Siendo la situación actual generada por esta pandemia el incremento de enfermedades y trastornos

psicológicos se ha priorizado la atención en uno de los elementos básicos de toda persona que es la buena calidad de sueño.

Figura 2: Hospitalización



Fuente: Pabellón de Medicina - Hospitalización / HNAL

2.1.2. Definición del Problema

Problema General

¿Cómo se relacionan los factores socio demográficos y ambientales en la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021?

Problemas Específicos

1. ¿Cómo se relaciona los factores sociales con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021?
2. ¿Cómo se relaciona los factores demográficos con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021?

3. ¿Cómo se relaciona los factores ambientales con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

Contribuir con información científica y válida para determinar estrategias de intervención para el desarrollo de hábitos personales en los pacientes que induzcan a una calidad de sueño. En el orden institucional los resultados obtenidos permitan diseñar mejoras en los procesos de cuidado durante la estancia hospitalaria que ofrezcan las mejores condiciones posibles para lograr un sueño reparador.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

Objetivo General

Determinar la relación de los factores socio demográficos y ambientales con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

Objetivos Específicos

1. Determinar la relación entre los factores sociales con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.
2. Determinar la relación entre los factores demográficos con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.
3. Determinar la relación entre los factores ambientales con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

2.2.3 Delimitación del Estudio

Delimitación Espacial: La presente investigación se ejecutará en Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en los servicios de hospitalización de medicina interna.

Delimitación Temporal: Esta investigación se ejecutará en los meses de julio, agosto y septiembre del año 2021.

Delimitación Social: La investigación se ejecutará con los pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los meses de julio, agosto y septiembre del año 2021.

2.2.4 Justificación e Importancia del estudio

El sueño es una función fisiológica que tiene importante repercusión en el organismo. Dormir es esencial ya que permite cumplir con las funciones necesarias para la supervivencia y el bienestar. Por lo tanto, dormir bien es esencial para el organismo, es uno de los hábitos de vida saludables que siempre se debe tener en consideración. Dormir bien resulta tan importante como tener una buena alimentación, hacer ejercicio, beber suficiente agua y otras estrategias para mantener el cuerpo sano. Un sueño reparador tiene beneficios físicos, cognitivos, conductuales, psíquicos, laborales, de mejora en las relaciones interpersonales, en la productibilidad, todo ello que se ve alterado como consecuencia de un mal dormir o trastornos del sueño, que contribuyen al bienestar de la persona y por ende a mejorar la calidad de vida. Un sueño alterado, discontinuo, puede tener graves consecuencias para su salud, es por ello que durante el proceso de enfermedad puede influir de manera negativa en la recuperación de la salud. La identificación de los factores que se asocian a la calidad de sueño permitirá establecer

información de base para futuras intervenciones que conduzcan a la recuperación de la salud y mantener una calidad de vida adecuada. Así mismo elaborar estrategias y abordaje que beneficia a los usuarios que hacen uso de establecimiento de salud, buscando una calidad de vida integral y Holística.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Supuestos Teóricos

Se ha investigado, estudiado a lo largo del tiempo y se seguirá indagando, cuestionando, descubriendo, analizando lo relacionado al sueño, a la calidad de sueño y al hablar de ello está implícito el lado opuesto de la calidad, el hombre ha demostrado a través de la vida, la inquietud de aquello que no se ve pero que si está generando cambios en el organismo de las personas y que va más allá de lo físico, es ese ímpetu indomable del ser humano que lo lleva a buscar respuesta, y es también ese mismo ímpetu el que lo lleva a buscar soluciones, estrategias para compensar, equilibrar la homeostasis, pero como nada es para siempre, y todo está en constante movimiento y cambios, este nuevo universo al que se ingresa muestra que se ignora más de lo que en algún momento se piensa que eran verdades absolutas nada más ilusorio, nada más un sueño.

¿Es conocido que en vigilia los sentidos perciben y dan como cierto un hecho real? ¿Pero qué pasa cuando cerramos los ojos y se deja caer en los brazos del Dios de la mitología griega Morfeo? Abre nuevas inquietudes, preguntas y aterrizamos no en ensueños sino en realizades científicas que responda de manera sistemática, clara y pueda ser contrastable, verificable y comunicable.

Es así que dentro de cada una de las teorías y/o enfoques marcan una postura dentro del Sueño y la Calidad de Sueño.

El enfoque Neurofisiológico de sueño que expone como característica natural y recurrente la disminución o ausencia de la conciencia, donde los sentidos o sistema sensorial formado por receptores sensoriales que en estado de adormecimiento, no capta la gama de estímulos como los recibe cuando está en estado de vigilia, estas señales provenientes del medio ambiente, de los hábitos inadecuados en cuanto a la salud (alimentación, actitudinales, comportamentales y medicamentosa) y de aquellos que de manera interna envían también señales de alerta. Eso no quiere decir que pueda cambiar su potencial de reposo cuando un estímulo natural, específico, intencional incide sobre el (sueño).

Ante ello surge los supuestos que la mayoría de estímulos del medio ambiente que el organismo identifica a través de los estímulos sensoriales, que pueden ser también extrínseco, como aquellos intrínsecos, generan respuestas inmediatas, a corto, mediano o largo plazo en el sueño y por consecuencia en la calidad del mismo. Por tanto, los supuestos llevan a concluir la importancia de tener un control adecuado sobre las dimensiones que interfieren en el buen descanso, el descanso reparador y/o una buena calidad de sueño.

2.3.2 Hipótesis General y Específicas

Hipótesis General

Los factores socio demográficos y ambientales se relacionan significativamente con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

Hipótesis Específicos

H1 Los factores sociales se relacionan directamente con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

H2 Los factores demográficos se relacionan directamente con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

H3 Los factores ambientales se relacionan directamente con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

2.3.3 Variables e Indicadores

Cuadro 1: Variable Calidad de Sueño

Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores
Calidad de sueño	Calidad subjetiva de Sueño	Nivel de calidad subjetiva de sueño.
		Frecuencia de somnolencia posterior al sueño
		Frecuencia de desanimo posterior al sueño
	Sueño efectivo	Tiempo entre acostarse y quedarse dormido.
		Tiempo que dura el periodo de sueño.
		# total de horas que duerme en relación al tiempo que pasa en cama.
	Perturbaciones del sueño	Frecuencia de insomnio
		Frecuencia de uso de fármacos para dormir.
		Frecuencia de Nicturia

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2: Variable Factores Sociodemográficos y Ambientales

Variable Independiente	Dimensiones	Indicadores
Factores Sociodemográficos y Ambientales	Social	Nivel de ingreso económico
		Nivel de cohesión familiar
		N de miembros en la familia
	Demográfica	Número de años alcanzado
		Grado académico alcanzado
		Movimiento migratorio
	Ambientales	Nivel de luz ambiental
		Nivel de ruido ambiental
		Nivel de ventilación(temperatura)

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO III: Método, Técnica e Instrumentos

3.1 Población y Muestra

La población está enmarcada a todos los pacientes (240) hospitalizados en los Pabellones de Medicina Interna Pabellones 1I-1II, 2I-2II, 3I-II, 4I-4II del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo de julio, agosto y setiembre de año 2021.

La Muestra, se selecciona 148 pacientes de la población antes mencionada a través del empleo de la fórmula probabilística simple:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra

N: Población (240)

p: Probabilidad de éxito representada por el 50%

(Se asume p=50%)

q: Proporción de fracaso

(Se asume q=50%)

d: Máximo error 5% seleccionado por el investigador

Z: Distribución estándar cuyo valor es de 1.96 para un 95%

Entonces, con el nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%.

$$n = \frac{240 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (240 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 148$$

3.2 Diseño utilizado en el Estudio

Enfoque cuantitativo, Tipo: aplicado. Diseño, no experimental, transversal correlacional. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Se utilizará como técnica la Encuesta y como instrumento el Cuestionario Test de Calidad de Sueño de Pittsburgh, estandarizada en el Perú en 2012 por Luna S., Ybeth., Robles A., Yolanda, y Agüero P., Ysela. Quienes concluyeron que el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh es válido para la medición de calidad de sueño en población adulta en Lima Metropolitana y Callao (la construcción tiene una validez de 60,2% de la varianza general, así mismo una solidez interna con un alfa de Cronbach de 0,564) (INSMHN, 2012).

Este instrumento cuenta con 19 ítems que pretende valorar la mayor o menor calidad de sueño, durante el mes previo del individuo encuestado. Los elementos mencionados analizan los distintos factores que determinan la calidad del sueño, como son: la calidad misma del sueño, el tiempo que se tarda en conciliarlo, la duración, la eficacia, posibles interrupciones, el uso de medicamentos para dormir y cualquier disfunción experimentada durante el día.

Es una escala breve y sencilla de contestar para cualquier persona. En la población general es de gran utilidad para identificar personas con buena calidad o mala calidad del sueño. Está compuesta por 21 ítems, en la última parte se incluyen 4 preguntas que van dirigidas para el compañero (a) con el que se duerme cuando aplica esta situación; estas preguntas se utilizan para obtener información, aunque no se consideran en la puntuación total. La escala está compuesta por 7 componentes o dimensiones de la calidad del sueño.

Para la obtención de datos e información relacionada a los determinantes sociodemográfico y ambientales, será a través de la técnica de Cuestionario que será elaborado.

3.3 Procesamiento de Datos

Los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa Ms Excel para su análisis estadístico con el programa SPSS versión 20.

Para determinar la relación de los factores socio demográficos y ambientales con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021, se obtuvieron tablas de contingencia, donde las filas estuvieron constituidas por los factores socio demográficos y ambientales y las columnas por la variable calidad del sueño de los pacientes hospitalizados. Se utilizó la prueba Chi cuadrado.

Para comparar la mediana del sueldo mensual según calidad de sueño, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y para evaluar la relación entre la edad y la calidad de sueño se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman dado que la variable calidad de sueño no cumplió el requisito de distribución normal.

Se trabajó a un nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$). Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1 Presentación de los Resultados

Del estudio realizado se obtuvieron los resultados que pasamos a describir en relación a los factores sociodemográficos y ambientales en la calidad de sueño. Los resultados alcanzados se realizaron a través del análisis estadístico.

Tabla 1: Factores Sociales, Demográficos, Ambientales y Calidad de sueño

FACTOR	ESTADISTICO	P
FACTORES SOCIALES		
TIPO DE FAMILIA (cohesionada, disfuncional)	Chi ² = 12,73	*P=0.004
TIPO DE FAMILIA (nuclear, extensa)	Chi ² = 2,168	P=0,553
SUELDO MENSUAL	Chi ² = 5,368	P=0,147
FACTORES DEMOGRÁFICOS		
EDAD	R =0.177	*P=0.031
SEXO	Chi ² = 2,341	P=0,481
MIGRATO	Chi ² = 1,186	P=0.777
FACTORES AMBIENTALES		
NIVEL DE LUZ	Chi ² =7,962	P=0.483
NIVEL DE RUIDO	Chi ² =9,386	P=0.343
NIVEL DE TEMPERATURA	Chi ² =4,154	P=0,984

R= Rho Spearman, Factor Asociado *P<0.05

Tabla 2: Tipo de familia y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

FAMILIA	CALIDAD DE SUEÑO								TOTAL N (%)
	Sin problema de sueño		Merece atención medica		Merece atención y tratamiento medico		Problema grave de sueño		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
COHESIONADA	6	5.6	21	19.4	65	60.2	16	14.8	108 (100.0)
DISFUNCIONAL	0	0.0	1	2.5	26	65.0	13	32.5	40 (100.0)
TOTAL	6	4.1	22	14.9	91	61.5	29	19.6	148 (100.0)

Fuente: Elaboración propia.

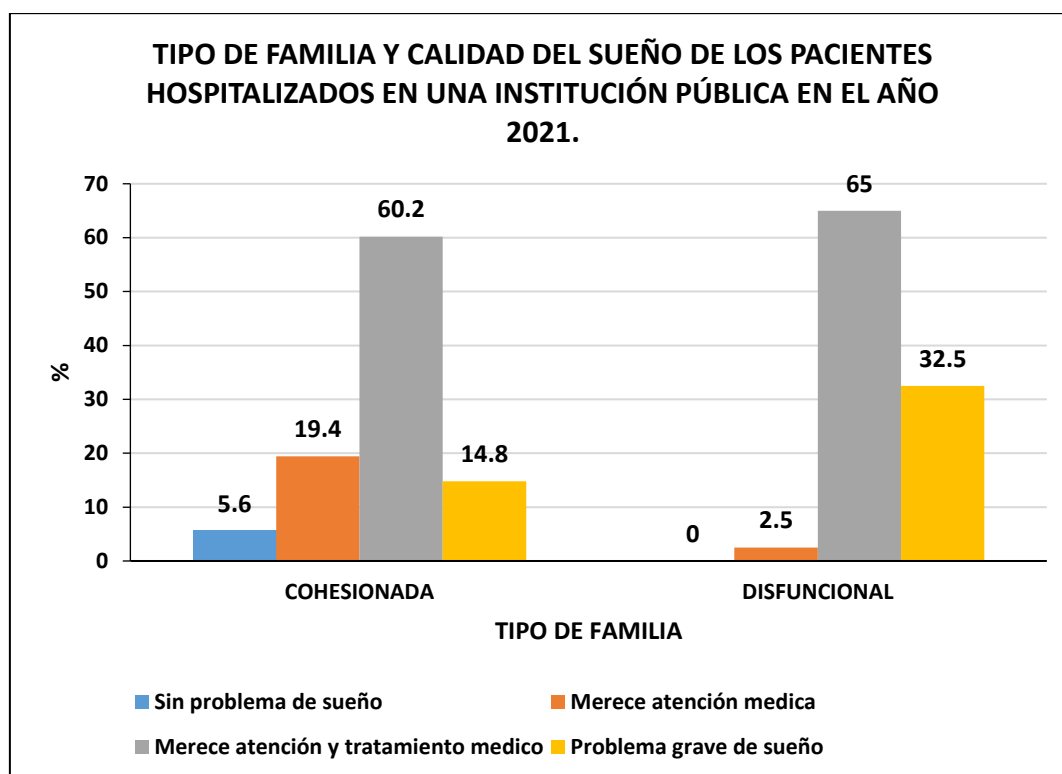
En la Tabla 2: observamos que, los problemas graves de sueño se presentaron en el 32.5% de los pacientes hospitalizados con tipo de familia disfuncional, mientras que, en los pacientes con tipo de familia cohesionada, dicho porcentaje fue del 14.8%. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa ($p=0.004$).

Cuadro 3: Pruebas de Chi-cuadrado para Tipo de Familia Cohesionado y Disfuncional

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. Exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,629 ^a	3	,006	,005
Estadístico exacto de Fisher	12,734			,004
N de casos válidos	148			

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,62.

Figura 3: Tipo de Familia y Calidad del Sueño



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3: Tipo de Familia y Calidad de Sueño de los Pacientes Hospitalizados en una Institución Pública en el Año 2021.

TIPO DE FAMILIA	CALIDAD DE SUEÑO								TOTAL N (%)
	Sin problema de sueño		Merece atención medica		Merece atención y tratamiento medico		Problema grave de sueño		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
NUCLEAR	3	3.0	16	15.8	60	59.4	22	21.8	101 (100.0)
EXTENSA	3	6.4	6	12.8	31	66.0	7	14.9	47 (100.0)
TOTAL	6	4.1	22	14.9	91	61.5	29	19.6	148 (100.0)

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 3: se observa que, los problemas graves de sueño se presentaron en el 21.8% de los pacientes hospitalizados con tipo de familia nuclear, mientras que en los pacientes con tipo de familia extensa dicho porcentaje fue del 14.9%. La diferencia encontrada no resultó estadísticamente significativa ($p=0.553$).

Cuadro 4: Pruebas de Chi-cuadrado para Tipo de Familia Nuclear y Extensa

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,126 ^a	3	,547	,553
Estadístico exacto de Fisher	2,168			,553
N de casos válidos	148			

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,91.

Tabla 4: Sueldo Mensual y Calidad del Sueño de los Pacientes Hospitalizados en una Institución Pública en el Año 2021.

CALIDAD DE SUEÑO	N	Mediana	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Sin problema de sueño	5	1500,00	2145,00	1899,704	-213,79	4503,79
Merece atención medica	12	1550,00	2243,75	2048,229	942,37	3545,13
Merece atención y tratamiento medico	49	1025,00	1319,90	860,202	1072,82	1566,98
Problema grave de sueño	13	1200,00	1555,77	1207,794	825,91	2285,63
TOTAL	79	1200,00	1551,27	1259,559	1269,14	1833,39

Fuente: Elaboración propia.

Los pacientes con problemas graves de sueño tuvieron un ingreso mensual promedio de 1,200 soles, mientras que los pacientes sin problema de sueño tuvieron un ingreso promedio mensual de 1,500 soles. La diferencia encontrada no resulto estadísticamente significativa. (p=0.147)

Tabla 5: Rangos para Sueldo Mensual y Calidad de Sueño

CALIDAD DE SUEÑO	N	Rango Promedio
Sin problema de sueño	5	49,00
Merece atención medica	12	52,04
Merece atención y tratamiento medico	49	36,35
Problema grave de sueño	13	39,19
TOTAL	79	

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 5: Estadísticos de contraste^{a,b}

	SUELDO MENSUAL
Chi-cuadrado	5,368
gl	3
Sig. asintót.	,147

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: CALIDAD DE SUEÑO

En relación con los factores demográficos como edad, grado académico alcanzado y movimiento migratorio con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

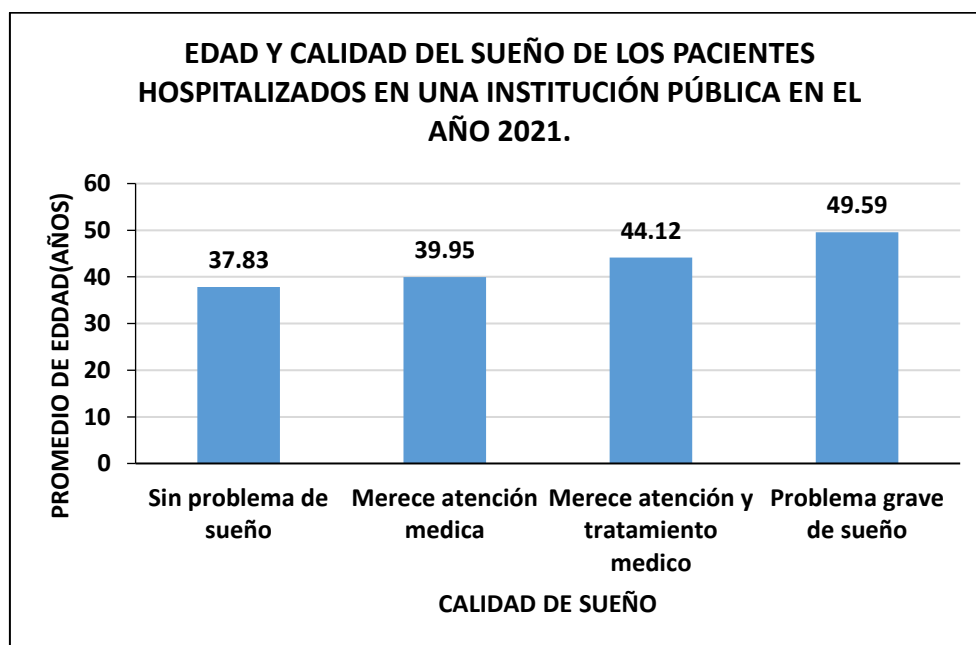
Tabla 6: Edad y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

CALIDAD DE SUEÑO	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Sin problema de sueño	6	37,83	12,271	24,96	50,71
Merece atención medica	22	39,95	13,601	33,92	45,99
Merece atención y tratamiento medico	91	44,12	13,323	41,35	46,90
Problema grave de sueño	29	49,59	17,683	42,86	56,31
TOTAL	148	44,32	14,486	41,96	46,67

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 06: podemos observar que los pacientes con problemas graves de sueño tuvieron una edad promedio de 49.6 años, mientras que los pacientes sin problema de sueño tuvieron edad promedio de 37.8 años.

Figura 4: Edad y Calidad del Sueño



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 4 de la Tabla 6: Se aprecia que la edad tiene una relación bilateral, aumenta la edad y los problemas de sueño se incrementa.

Tabla 7: Edad y Calidad del Sueño de los Paciente Hospitalizados en una Institución Pública en el Año 2021.

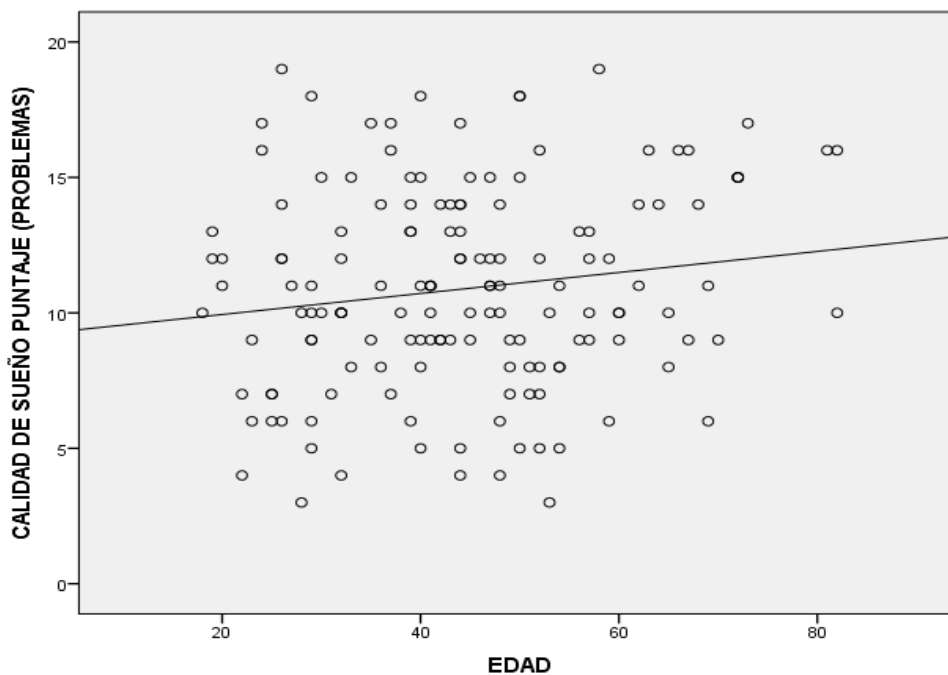
Correlaciones

EDAD	CALIDAD DE SUEÑO (Problemas)
Coeficiente de correlación Rho de Spearman	,177
Sig. (bilateral)	,031
N	148

Fuente: Elaboración propia.

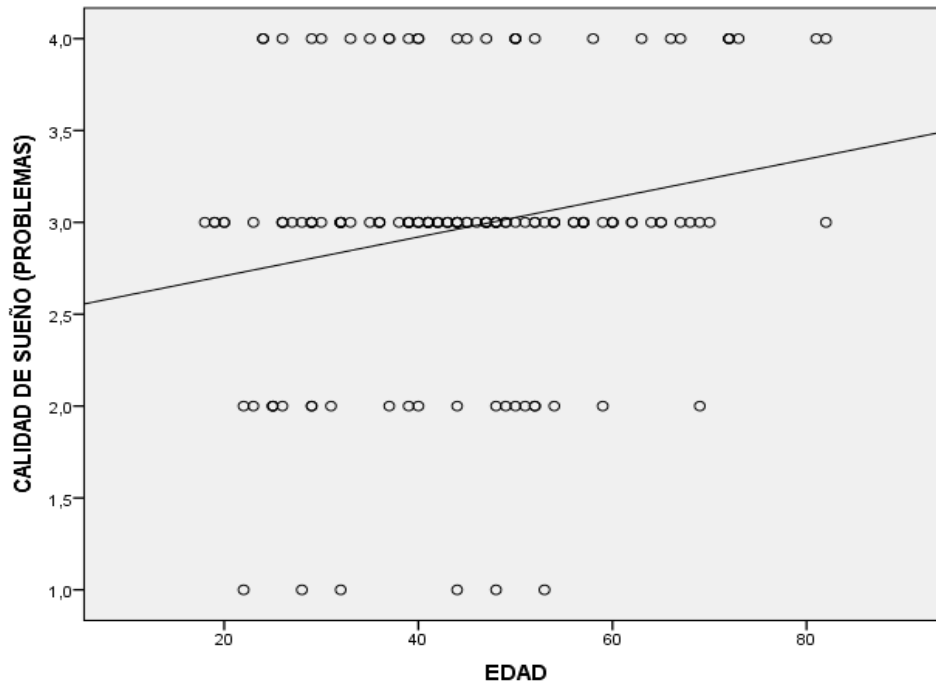
El coeficiente de correlación Rho de Spearman ($Rho=0.177$), muestra una correlación directa entre los problemas de calidad de sueño y la edad de los pacientes hospitalizados. La cual resultó estadísticamente significativa ($p=0.031$), es decir, puntajes altos de problemas de calidad de sueño se corresponden con edades mayores. La correlación resultó de bajo nivel.

Figura 5: De Tabla 06: Edad y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6: De Tabla 06: Edad y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8: Sexo y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

SEXO	CALIDAD DE SUEÑO								TOTAL N (%)
	Sin problema de sueño		Merece atención médica		Merece atención y tratamiento médico		Problema grave de sueño		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
FEMENINO	5	4.1	17	13.9	78	63.9	22	18.0	122 (100.0)
MASCULINO	1	3.8	5	19.2	13	50.0	7	26.9	26 (100.0)
TOTAL	6	4.1	22	14.9	91	61.5	29	19.6	148 (100.0)

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 08, observamos que, los problemas graves de sueño se presentaron en el 26.9% de los pacientes hospitalizados de sexo masculino, mientras que, en los pacientes de sexo femenino, dicho porcentaje fue del 18.0%. La diferencia encontrada no resultó estadísticamente significativa ($p=0.481$).

Cuadro 6: Pruebas de Chi-cuadrado para Sexo y Calidad de Sueño

	Valo	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,949 ^a	3	,583	,599
Estadístico exacto de Fisher	2,341			,481
N de casos válidos	148			

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,05.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9: Migrato y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

	CALIDAD DE SUEÑO								TOTAL N (%)
	Sin problema de sueño		Merece atención medica		Merece atención y tratamiento medico		Problema grave de sueño		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
NO MIGR	4	4.0	14	13.9	61	60.4	22	21.8	101 (100.0)
MIGRO	2	4.3	8	17.0	30	63.8	7	14.9	47 (100.0)
TOTAL	6	4.1	22	14.9	91	61.5	29	19.6	148 (100.0)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 09: observamos que, los problemas graves de sueño se presentaron en el 21.8% de los pacientes hospitalizados que no migraron, mientras que en los pacientes que migraron, dicho porcentaje fue del 14.9%. La diferencia encontrada no resultó estadísticamente significativa ($p=0.777$).

Cuadro 7: Pruebas de Chi-cuadrado para Migrato y Calidad de Sueño

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,061 ^a	3	,787	,817
Estadístico exacto de Fisher	1,186			,777
N de casos válidos	148			

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,91.

Fuente: Elaboración propia.

El factor ambiental, como el ruido, la luz y la temperatura, no se encontraron relación significativa con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

Tabla 10: Luz y Calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

LUZ	CALIDAD DE SUEÑO								TOTAL N (%)
	Sin problema de sueño		Merece atención Medica		Merece atención y tratamiento medico		Problema grave de sueño		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
BAJO	0	0.0	0	0.0	4	66.7	2	33.3	6 (100.0)
MEDIANO	2	3.8	6	11.5	36	69.2	8	15.4	52 (100.0)
ALTO	3	4.3	12	17.1	43	61.4	12	17.1	70 (100.0)
MUY ALTO	1	5.0	4	20.0	8	40.0	7	35.0	20 (100.0)
TOTAL	6	13.1	22	14.9	91	61.5	29	19.6	148 (100.0)

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 10, observamos que, los problemas graves de sueño se presentaron en el 35.0% y 33.3% de los pacientes hospitalizados que perciben niveles de luz muy alto y alto, mientras que en los pacientes que perciben niveles de luz mediano dicho porcentaje fue del 15.4%. La diferencia encontrada no resultó estadísticamente significativa ($p=0.483$).

Cuadro 8: Pruebas de Chi-cuadrado para Luz y Calidad de Sueño

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,901 ^a	9	,544	,540
Estadístico exacto de Fisher	7,962			,483
N de casos válidos	148			

a. 9 casillas (56,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11: Ruido y Calidad del sueño de los Pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

RUIDO	CALIDAD DE SUEÑO								TOTAL N (%)
	Sin problema de sueño		Merece atención medica		Merece atención y tratamiento medico		Problema grave de sueño		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	BAJO	1	5.6	2	11.1	14	77.8	1	
MEDIANO	4	5.8	11	15.9	40	58.0	14	20.3	69 (100.0)
ALTO	0	0.0	8	16.0	32	64.0	10	20.0	50 (100.0)
MUY ALTO	1	9.1	1	9.1	5	45.5	4	36.4	11 (100.0)
TOTAL	6	4.1	22	14.9	91	61.5	29	19.6	148 (100.0)

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 11, observamos que, los problemas graves de sueño se presentaron en el 36.4 de los pacientes hospitalizados que perciben niveles de ruido muy alto, mientras que en los pacientes que perciben niveles bajos de ruido dicho porcentaje fue del 5.6%. La diferencia encontrada no resultó estadísticamente significativa ($p=0.343$).

Cuadro 9: Pruebas de Chi-cuadrado para Ruido y Calidad de Sueño

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,684 ^a	9	,467	,466
Estadístico exacto de Fisher	9,386			,343
N de casos válidos	148			

a. 8 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12: Temperatura y Calidad del sueño de los Pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

TEMPERATURA	CALIDAD DE SUEÑO								TOTAL N (%)
	Sin problema de sueño		Merece atención medica		Merece atención y tratamiento medico		Problema grave de sueño		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
BAJO	2	5.1	5	12.8	25	64.1	7	17.9	39 (100.0)
MEDIANO	4	4.2	16	16.7	56	58.3	20	20.8	96 (100.0)
ALTO	0	0.0	1	8.3	9	75.0	2	16.7	12 (100.0)
MUY ALTO	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1 (100.0)
TOTAL	6	4.1	22	14.9	91	61.5	29	19.6	148 (100.0)

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 12, observamos que, los problemas graves de sueño se presentaron en el 20.8 de los pacientes hospitalizados que perciben niveles de temperatura mediano, mientras que en los pacientes que perciben niveles de temperatura bajos y altos dicho porcentaje fue del 17.9% y 16.7% respectivamente. La diferencia encontrada no resultó estadísticamente significativa ($p=0.984$).

Cuadro 10: Pruebas de Chi-cuadrado para Temperatura y Calidad de Sueño

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,627 ^a	9	,977	,960
Estadístico exacto de Fisher	4,154			,984
N de casos válidos	148			

a. 9 casillas (56,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

Fuente: Elaboración propia.

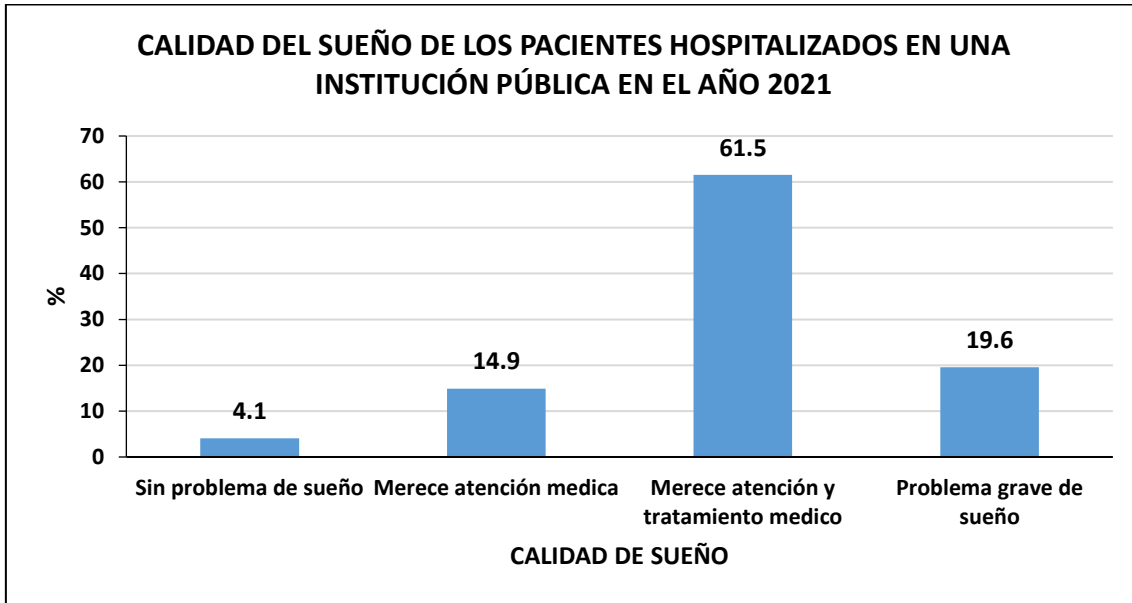
Tabla 13: Calidad del sueño de los Pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

CALIDAD DE SUEÑO	NUMERO	%
Sin problema de sueño	6	4,1
Merece atención medica	22	14,9
Merece atención y tratamiento medico	91	61,5
Problema grave de sueño	29	19,6
TOTAL	148	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la Tabla 13, la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una institución pública en el año 2021 prevaleció el merece atención y tratamiento médico con un 61.5% de los pacientes. Solo un 4.1% de los pacientes no presento problemas de sueño.

Figura 7: Calidad del Sueño



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14: Calidad del Sueño, según sus Componentes de los Pacientes Hospitalizados en una Institución Pública en el Año 2021.

COMPONENTES DE LA CALIDAD DE SUEÑO	NIVEL DE CALIDAD DE SUEÑO								TOTAL N (%)
	Bastante buena		Buena		Mala		Bastante mala		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
CALIDAD DE SUEÑO SUBJETIVA	7	4,7	69	46,6	61	41,2	11	7,4	148 (100.0)
LATENCIA DEL SUEÑO	10	6,8	29	19,6	46	31,1	63	42,6	148 (100.0)
DURACION DEL DORMIR	12	8,1	25	16,9	62	41,9	49	33,1	148 (100.0)
EFICIENCIA DEL SUEÑO HABITUAL	39	26,4	32	21,6	26	17,6	51	34,5	148 (100.0)
ALTERACIONES DEL SUEÑO	1	,7	66	44,6	74	50,0	7	4,7	148 (100.0)
USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR	126	85,1	8	5,4	6	4,1	8	5,4	148 (100.0)
DISFUNCION DIURNA	26	17,6	30	20,3	41	27,7	51	34,5	148 (100.0)

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 14, se observa que la mayor proporción de pacientes hospitalizados, con calidad de sueño bastante mala, se presentó en el componente latencia del sueño con

el 42.6%, mientras que la mayor proporción de pacientes con calidad de sueño bastante buena se presentó en el componente uso de medicamentos para dormir con el 85.1%.

En relación con cada uno de los siete componentes de calidad de sueño se puede observar los siguientes resultados:

Calidad subjetiva, que evalúa la percepción propia de la calidad de su sueño del sujeto evaluado. Se observa que 76 personas (51,3%) refieren tener muy buena o buena calidad de sueño. En tanto a los que perciben lo contrario, tenemos a 61 personas (41,2%) que perciben mala calidad del sueño, y a 11 personas (7,4%) que la calidad de su sueño es muy mala.

Latencia del sueño, está medido en minutos, se controla desde que el sujeto de acuesta y queda dormido, el tiempo que tarda entre estos dos estados es la latencia de sueño. Es así que consecuentemente tiempo que tarda (latencia) nos va a indicar la alteración, afectando la calidad. Siguiendo las categorías marcadas por Buysse et al. (1989); encontramos que de las 148 personas evaluadas 10 presentan normalidad (06,8%), 29 dificultad leve (19,6%), 46 dificultad moderada (31,1%) y 63 dificultad grave para conciliar el sueño (42,6%).

Duración del sueño, señala en horas, la duración del sueño de las personas evaluadas. Con relación al total de la muestra (148), 12 personas, igual al 8,1% están dentro de las 7 horas a más, recomendable para una el sueño. 25 pacientes equivalente al 16,9% duerme de 6 a 7 horas, mientras que 62 personas, igual al 41,9% duerme menos 6 horas a 5 horas. Y los pacientes que duermen menos de 5 horas corresponde al 33.1% igual a 49 sujetos evaluados.

Eficiencia del sueño, mide la percepción que tiene el paciente en horas verdaderamente descansadas, frente a las horas dormidas. Hallamos que 39 personas

(26,4%) presentan una mayor eficacia. 32 personas evidenciaron buena eficacia (21,6%). Con una baja eficiencia a 26 personas (17,6%). Siendo la categoría de bastante baja eficiencia 51 personas, equivalente al 34.5%.

Alteración del sueño, nos muestra la presencia de alteraciones o interrupciones que se pueden dar durante el dormir. Se calcula sumando las nueve posibles causas de que el dormir se vea cortado: despertares nocturnos, despertar para miccionar, de tos, ronquidos, sensación distérmica (calor o frío), pesadillas, dolores y preocupaciones. 01 paciente (,7%) refiere no tener ninguna alteración, con dificultad leve 66 sujetos (44,6%); mientras que el número mayor de pacientes 74 (50%) tienen alteraciones moderadas, mientras que los 7 pacientes restantes (4,7%) dificultades graves. Se observó que la dificultad de mayor prevalencia en las personas evaluadas es no poder conciliar el sueño en los primeros 30 minutos con 132 personas. (%). La dificultad para respirar es la causa que menos influye en los despertares con 41 personas (%) es el no poder respirar bien (ver gráfico 13).

Uso de medicación hipnótica. 126 consultados (85,1%) refieren que no han necesitado esta medicación en el último mes. 8 consultados (5,4%) lo hicieron menos de una vez a la semana. 6 (4,1%) la ha necesitado una o dos veces por semana frente a 8 (5,4%) que la ha requerido para dormir tres o más veces a la semana.

Disfunción diurna. Aplicaron 26 pacientes (17,6%) con ninguna disfunción en el último mes; 30 pacientes (20,3%) que se le presenta menos de una vez a la semana. 41 personas (27,7%), padecen disfunciones una o dos veces a la semana y finalmente son 51 personas evaluadas (34,5%) los más graves ya que las presentan tres o más veces semanalmente.

4.2 Contrastación de Hipótesis

Planteamiento de Hipótesis

Hipótesis general:

Los factores socio demográficos y ambientales se relacionan significativamente con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

Hipótesis nula (H₀):

Los factores socio demográficos y ambientales no se relacionan significativamente con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

Hipótesis alterna (H_a):

Los factores socio demográficos y ambientales se relacionan significativamente con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021.

Selección de Nivel de Confianza

Nivel de significancia estadística:

Se trabajo a un nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$).

$$\alpha = 0.05$$

Regla de Decisión:

Si $\alpha > 0.05$ se acepta H₀.

Si $\alpha \leq 0.05$ se rechaza H₀.

Selección del Procedimiento Estadístico

Análisis estadístico:

Para evaluar la relación entre los factores socio demográficos, ambientales y la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado, excepto para evaluar la relación entre edad y calidad de sueño, en la que se empleó el estadístico Rho Spearman.

FACTORES SOCIALES, DEMOGRÁFICOS, AMBIENTALES Y CALIDAD DE SUEÑO

FACTOR	ESTADISTICO	P
FACTORES SOCIALES		
TIPO DE FAMILIA (cohesionada, disfuncional)	Chi ² = 12.73	*P=0.004
TIPO DE FAMILIA (nuclear, extensa)	Chi ² = 2,168	P=0,553
SUELDO MENSUAL	Chi ² = 5,368	P=0,147
FACTORES DEMOGRÁFICOS		
EDAD	R =0.177	*P=0.031
SEXO	Chi ² = 2,341	P=0,481
MIGRATO	Chi ² = 1,186	P=0.777
FACTORES AMBIENTALES		
NIVEL DE LUZ	Chi ² =7,962	P=0.483
NIVEL DE RUIDO	Chi ² =9,386	P=0.343
NIVEL DE TEMPERATURA	Chi ² =4,154	P=0,984

R= Rho Spearman, Factor Asociado *P<0.05

Análisis del P-valor

Decisión estadística:

Respecto a las hipótesis específicas 1 y 2 se comprobó la relación significativa entre los factores socio demográficos y la calidad de sueño.

En cuanto a la hipótesis específica 3 se comprobó que los factores ambientales no se relacionan significativamente con la calidad de sueño.

Factores Sociales

Tipo de familia (Cohesionada, Disfuncional)

Como el valor de significancia estadística de la prueba Chi cuadrado, resultado inferior a 0.05 ($p=0.004$), la hipótesis nula se rechaza.

Factores Demográficos

Edad

Como el valor de significancia estadística de la prueba Rho Spearman, resultado inferior a 0.05 ($p=0.031$), la hipótesis nula se rechaza.

Factores Ambientales

Los valores de significancia estadística correspondientes a todos los factores ambientales, esto es; nivel de luz, nivel de ruido y nivel de temperatura, resultaron mayores a 0.05, la hipótesis nula, con respecto a los factores ambientales, no se rechaza.

Conclusión:

Existen factores sociales, tales como, tipo de familia (cohesionada, disfuncional) asociados a la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el año 2021. En el análisis realizado observamos que, los problemas graves de sueño se presentaron en el 32.5% de los pacientes hospitalizados con tipo de familia disfuncional, mientras que, en los pacientes con tipo de familia cohesionada, dicho porcentaje fue del 14.8%. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa ($p=0.004$).

Otro factor asociado, de tipo demográfico, es la edad, en el análisis de correlación de la edad y la calidad de sueño, se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman ($Rho=0.177$), lo cual muestra una correlación directa entre los problemas de calidad de sueño y la edad de los pacientes hospitalizados. La cual resultó estadísticamente significativa ($p=0.031$), es decir, puntajes altos de problemas de calidad de sueño se corresponden con edades mayores. La correlación resultó de bajo nivel.

Con respecto a los factores ambientales, los valores de significancia estadística correspondientes a todos ellos, esto es, nivel de luz, nivel de ruido y nivel de temperatura, resultaron mayores a 0.05. En tal sentido, la hipótesis nula, con respecto a los factores ambientales, no se rechazó, por lo tanto, no se encontraron factores ambientales asociados a la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados.

4.3 Discusión de Resultados

En la investigación se planteó la hipótesis que los factores socio demográficos se relacionaban significativamente con la Calidad del sueño; la información que se

desprende de la misma: familia disfuncional ($p=0,004$) y edad ($p=0,031$); resultados que tienen una relación estadísticamente significativa, (Tabla 01).

La diferencia estadísticamente significativa en la hipótesis específica, relacionada al factor social con la calidad de sueño se ubicó en tipo de familia y en ella en la familia disfuncional; si bien la diferencias en tipo de familia: nuclear/extensa no son estadísticamente significativas, tampoco no hay estudios realizados con los que se pueda analizar resultados.

En cuanto familia disfuncional se encontraron coincidencias con el estudio de De Ávila, K, y Méndez, S. (2020), se observó una relación significativa entre calidad del sueño y funcionalidad familiar (-0.448 ; $p= 0.00$), la cual indica que, a mayor disfuncionalidad entre los miembros de la familia, menor calidad del sueño. Sin embargo, en un estudio en Ecuador se halló resultados contrarios, donde se describe que la calidad de sueño no se relacionaba con la funcionalidad familiar; contrario a la hipótesis planteada. (Clavijo, C., Martínez, M., 2011). Cabe mencionar ante lo anteriormente señalado las coincidencias y diferencias que "la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro". Minuchín (1984).

Las relaciones familiares son un importante condicionante de la calidad de nuestro sueño. Las personas que se sienten apoyadas por sus parientes duermen mejor que aquellos que tienen unas relaciones familiares crispadas. Ailshire, y Burgard, S. (2012).

El indicador económico (sueldo) no representa un factor que incida en la calidad de sueño en nuestra población, considerando que la percepción pudiera estar relacionada

con preocupaciones para la sobrevivencia, esta resulto no tener una relación significativa. A diferencia del estudio de Grimaldo, 2010, en el que hace referencia a una relación entre el sueño y los factores socioeconómicos: los que tienen estabilidad económica tienen una mejor calidad de sueño.

La segunda hipótesis relacionada a la significancia del factor demográfico y la calidad de sueño se halló no ser estadísticamente significativa, si descriptiva solo en el indicador edad con la calidad de sueño ($p= 0,069$). Esta relación de correspondencia fue hallada en diferentes investigaciones como la de Luque, 2015 “aquellos con mala calidad de sueño tuvieron una media 59.5 años y los que presentaron una buena calidad de sueño fue de 52.8 años”. Si bien la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p>0.05$); se da la correlación positiva de a mayor edad, menor calidad de sueño. En el estudio de Vera, 2017 se evidenció la misma dinámica, “a mayor edad, peor calidad del sueño. Según el grado de calidad del sueño, el grupo de pacientes con buena calidad ha obtenido una media de $57,74\pm 18,54$ años mientras que el grupo con mala calidad del sueño tiene una media de $56,74\pm 19,22$ años ($p=0,685$)”. Zevallos, 2020 en su investigación documental, “afirma que existe una alta prevalencia de mala calidad del sueño en los adultos mayores, debido a los cambios fisiológicos y la presencia de factores internos y externos que alteran el ciclo vigilia- sueño.” Si consideramos que diferentes investigaciones mencionan la edad como un indicador de una mala calidad del sueño, los resultados están sustentados por la literatura que hace referencia que la mayoría de las personas en la medida que avanzan en edad las dificultades como conciliar el sueño, despertarse con más frecuencia durante la noche y levantarse más temprano por las mañanas es lo frecuente y esperado. (NIHMedlinePlus, 2020).

El sexo es un indicador que siempre está presente en las investigaciones, puesto que es considerada como un termómetro dentro variables sociales, midiendo y/o analizando el nivel de respuesta ante diferentes, situaciones, estímulos y contextos. En la presente investigación los resultados encontrados son estadísticamente no significativos; hallando que los hombres presentan muy mala calidad de sueño 26.9% y las mujeres 18%. Resultados similares halló Vera, 2017, donde los hombres presentan mala calidad de sueño 50,8% y las Mujeres un 49,2% estadísticamente no significativo.

Si bien la migración genera cambios y modificaciones a nivel personal y cultural, se observó que los pacientes que no migraron tuvieron una mala calidad de sueño frente a los que migraron, coincidiendo el resultado con el estudio de Pajares Cabello (2019) “existen diferencias en cuanto a la calidad de sueño, con el lugar de nacimiento de los estudiantes, es decir que los que nacieron en provincia (migraron a Lima) presentan mejor calidad de sueño que los estudiantes de Lima (no migraron)”.

En cuanto a la tercera hipótesis específica planteada en la que, relaciona a los factores ambientales, la luz no representó un factor estadísticamente significativo, sin embargo, se puede apreciar en la Tabla 08 una diferencia estadísticamente descriptiva. En la Tabla 11 nos muestra la relación de la calidad del sueño con el ruido, en la cual podemos apreciar que el 36.9% tiene problemas graves de sueño siendo estadísticamente no significativo. Igualmente se observa en la Tabla 12 relacionada con la temperatura, se visualiza que es igualmente no significativo estadísticamente a los factores ambientales antes mencionados.

En relación a los factores ambientales se identificó resultado diferente en el estudio de Tinoco 2018, donde al 71.21% altera la calidad de sueño, frente al 7.57% que no le afecta. De los factores externos también identificado en este mismo estudio, es el

Ruido (intervención de enfermería), con un porcentaje 53.03%, y, la Temperatura con 48.48%. Siendo estos resultados significativos en el buen dormir.

De los componentes (7) descritos y evaluados por el cuestionario de Pittsburg en la población de la presente investigación (N=148) que el 51.3% tiene una Calidad de sueño subjetiva buena y muy buena, frente al 48.7% que considera mala o muy mala.

Estos resultados son similares a los encontrados en estudios en México, donde la percepción de la mayoría de los evaluados es buena calidad de sueño subjetiva. (Briseño, 2018, Cabada, et al., 2015). Y contrarios a los de Vera (2017) donde la calidad subjetiva del sueño de los pacientes es bastante positiva, considerando que la prioridad de los usuarios es su salud física minimizan la calidad el sueño.

Siendo la latencia la demora (tiempo) en dormir, los participantes del estudio consideran que el tiempo es >60minutos que tarda en conciliar el sueño ubicándose en la categoría muy mala calidad de sueño. Coincide con los estudios en un hospital de Huánuco-Perú y Murcia-España donde se observa la latencia de sueño percibida por los pacientes bastante mala. (Espinoza, et al., 2018), (Vera, 2017).

La latencia es considerada un indicador importante de los trastornos de hipersomnia diurna o sospecha de narcolepsia. (Carrillo, et al., 2017). Es por ello la importancia de tener en cuenta para el abordaje y estrategias de las dificultades del dormir.

La duración del sueño en la población de investigada es mala en cuanto a horas de sueño promedio de 5 a 6 horas, seguido de los que tienen una duración <5 horas categoría muy mala. En estudios realizados como el de Vera, 2017 - España, y, Briseño, 2018 – México, hallan resultados similares, encontrando que el mayor número de sujetos refieren dormir entre 6 y 7 horas, ubicándose entre regular a bueno, claro está, no lo recomendado.

La cantidad y la calidad de horas de descanso requeridas difieren de una persona a otra y experimentan cambios a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Siendo en adultos de 7 a 8 horas de sueño lo recomendado o adecuado para un sueño reparador. La respuesta del funcionamiento al día siguiente depende del total de horas que duerme. (NIH Publication, 2013).

A diferencia de los estudios de Vera, 2017, Briseño, 2018 y Espinoza, et. al., 2018, donde los resultados de la eficiencia de sueño habitual en su población encuestada están en la categoría bastante buena, seguida de la categoría bueno; en el presente trabajo se halló que los pacientes hospitalizados presentan una eficiencia habitual de sueño, bastante mala <65% (<5 horas). Puede considerarse que las alteraciones del sueño más frecuentes interrumpen el dormir y consecuentemente no tener el descanso deseado y/o reparador.

En relación a las alteraciones del sueño se ubica en la categoría mala y bastante mala, la de mayor prevalencia es la nicturia, seguidos de dolores, frío, calor y finalmente por preocupaciones. Correspondiendo dichos valores en promedio de 56.08%. Los indicadores de luz y ruido no fueron significativos. A diferencia de otros estudios como el de Vera, en el cual se encontró que los indicadores antes mencionados (luz y ruido) tienen un rol preponderante, adicionalmente a otros, por lo que concluye el investigador que la mayoría de los participantes perciben alteraciones en el dormir, varias veces a la semana.

Lo hallado en los estudios anteriormente mencionados difiere de lo encontrado por Espinoza, donde la mayoría de los participantes se ubicaron en la categoría buena (1 – 9 puntos).

Uso de medicamentos para dormir, es el componente del Índice de Calidad de sueño de Pittsburg con resultados dentro de la categoría bastante bueno 85.1%;

igualmente en los estudios de Briseño y Espinoza et al, manifiestan que la mayoría refirió no consumir ningún medicamento para dormir; siendo en la segunda el 85% de los evaluados.

Es un factor positivo relevante el manejo de la deficiencia en el dormir con prácticas saludables.

La disfunción diurna, presenta en este estudio un porcentaje de 34.5% y 27.7%, siendo bastante mala y mala correspondientemente. Estos resultados tienen relación con lo percibido por los evaluados dado que la eficiencia y las alteraciones, son similares a los de este componente. “Ciertas etapas del sueño son necesarias para que podamos sentirnos descansados y con energía al día siguiente, y otras etapas nos ayudan a aprender o crear recuerdos; el sueño ayuda a las personas a mantener un buen estado de salud y permiten que el cuerpo funcione de manera óptima”. (NIHMedlinePlus, 2020). Contrario al presente estudio, se observa que un 31,7.6% de pacientes presenta disfunción diurna leve; y, 5.0% disfunción diurna severa. (Espinoza, et al, 2018)

Finalmente, del análisis de la estadística descriptiva relacionada a la valoración de la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados, resultó que un mínimo porcentaje (4,1%) tenía una buena calidad del sueño y más de la mitad de los participantes (61,5%) presentaron una mala calidad del sueño; En el estudio de Briseño Rodríguez (2018) se encontró resultados similares que el 25% tenía una buena calidad del sueño y más de la mitad de los participantes presentaron una mala calidad del sueño.

Para ello se siguió los criterios y/o las consideraciones de la prueba de Índice de la calidad de sueño de Pittsburg.

CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- De la investigación realizada y de la hipótesis general planteada en la misma, donde los factores socio demográficos se relacionan significativamente con la calidad de sueño. Se acepta la hipótesis.

Consecuentemente se concluye que los pacientes hospitalizados en un porcentaje mayoritario poseen una mala calidad del sueño.

- En la relación a la hipótesis 1: los factores sociales se relacionan significativamente con la calidad de sueño. Se acepta la hipótesis.
- En la relación a la hipótesis 2: los factores demográficos se relacionan significativamente con la calidad de sueño. Se acepta la hipótesis.

Se halló relación significativa en los factores demográficos y la calidad de sueño. en cuanto al indicador edad con la calidad de sueño, siendo está una relación directa o de correspondencia; a mayor edad, mayor necesidad de atención médica.

- En la relación a la hipótesis 3: los factores ambientales se relacionan significativamente con la calidad de sueño. Se rechaza la hipótesis.

De los factores ambientales: luz, ruido y temperatura, no resultaron estadísticamente significativo. El estilo de infraestructura, que siendo esta de arquitectura colonial, brinda condiciones favorables para los pacientes hospitalizados.

5.2 Recomendaciones

- Realizar nuevas investigaciones que permitan ampliar la identificación otros factores que están incidiendo en una mala calidad de sueño en poblaciones similares.
- Generar estrategias de fortalecimiento para la mejora de las relaciones intrafamiliares; identificando a los pacientes hospitalizados a hacer adherencia a la mejora de relaciones familiares satisfactorias.
- Estructurar y socializar estrategias de prevención de higiene del sueño en los diferentes ámbitos de atención hospitalaria; destacando la importancia de tener una buena calidad del sueño y fortaleciendo hábitos saludables.
- Si bien el hospital cuenta con una infraestructura antigua propia de la época colonial, se ha tratado de adaptar a los requerimiento y condiciones para seguir brindando un servicio de mejor calidad; para ello es necesario reforzar la mejora continua reduciendo los estímulos externos que contribuyan a mejorar y brindar espacios saludables para el buen dormir.
- Socializar con el personal de salud los resultados del estudio a fin de contribuir en la identificación y disminución de los trastornos de sueño que conduzcan a mejorar la calidad de sueño.

BIBLIOGRAFÍA

- Abhishek Honawad (2022) Estudio de la cantidad y calidad del sueño en pacientes hospitalizados en sala médica general. *Affiliations expand.* PMID: 35443554 *J Assoc Physicians India.* 2022 Apr;70(4):11-12.
- Ailshire, J. A., & Burgard, S. A. (2012). Family relationships and troubled sleep among US adults: examining the influences of contact frequency and relationship quality. *Journal of health and social behavior*, 53(2), 248-262.
- Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. *American Association for the Advancement of science.* 118:273-4
- Baldera, M. (2018) Calidad de sueño de los internos de Enfermería del Hospital Sergio Bernales, Comas- 2018. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería, Universidad Cesar Vallejo, Lima – Perú.
- Bellido, C., María, (2019) en su Tesis Doctoral del Programa de Doctorado en Investigación Traslacional de Salud Pública y Enfermedades de Alta Prevalencia. *Trastornos del Sueño: Repercusión de la Cantidad y Calidad del sueño en el riesgo cardiovascular, obesidad y síndrome metabólico.* España.
- Bevan, Rosanna, Grantham-Hill, Sarah, Bowen, Ruth, Clayton, Esther, Grice, Helen, Venditti, Holly, Alice Stickland, Alicia, Hill, Catherine, Mary (2018) Calidad del sueño y ruido: comparaciones entre el hospital y el hogar. *Affiliations expand.* PMID: 30018067 DOI: 10.1136/archdischild-2018-315168. Países Bajos.
- Briseño, G., (2018) Factores determinantes de la Calidad del Sueño en el paciente hospitalizado. Tesis. U. de Monterrey.
- Buyse DJ, Feynolds CF, Monk Th, Berman SR, Kupfer DJ: The Pittsburgh sleep quality

index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28:193-213, 1989.

Cabada, E., Cruz, J., Pineda, C., Sánchez, H. y Solano, E. (2015). Calidad del sueño en pacientes de 40 a 59 años. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 20, 275-283. Recuperado de www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/nieto/EMQ/2015/julsep/calidad_sueno.pdf

Carrillo, A., Rosa, (2021) Calidad de Sueño y nivel de estrés del personal de guardia de emergencia de un Hospital de Lima, Contexto COVID 19, 2020. Lima – Perú.

Carrillo, M., Barajas, K., Sánchez, I. y Rangel, M. (2017). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 6(1), 6-20. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181b.pdf>

Clavijo, C., Martínez, M., (2011) Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias Bellavista y hermano Miguel en Cuenca, periodo de agosto 2010 a enero 2011. Tesis. U. Uzuay.

Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD 3) (2014). Darien, IL; American Academy of Sleep Medicine (Revisada en 2014).

De Ávila, K. y Méndez, S. (2020) Calidad del sueño, funcionamiento familiar y desempeño académico en estudiantes universitarios durante el confinamiento preventivo por el covid-19. Universidad Tecnológica de Bolívar. Colombia.

Diccionario de la Lengua Española. (2020) Real Academia Española.

Diccionario de Arquitectura y Construcción (2022), Definiciones y traducciones.

Espinoza, M., Jara, J., Velez, K., (2018) Confort y calidad del sueño percibida por

pacientes de estancia hospitalaria prolongada en el hospital público de Huánuco – 2018. Tesis. Huánuco-Perú.

Franco P, Szliwowski H, Dramaix M, Kahn A. (2000) Influence of ambient temperature on sleep characteristics and autonomic nervous control in healthy infants. *Sleep*. 2000 May;23(3):401-407. PMID: 10811384.

Gough, K.; Lévi-Strauss, C.; Spiro, M. E. (1974). «Los nayar y la definición del matrimonio. El origen de la familia». *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona: Anagrama

Grimaldo Muchotrigo MP. Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento psicológico* [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2020 Sep 25];8(15):17–38. Available from: <https://unicartagena.elogim.com:2092/login.aspx?direct=true&db=edsdnp&AN=edsdnp.3339312ART&lang=es&site=eds-live>

Havrylyak, Iryna., (2020) Calidad del sueño en las personas mayores en un centro sociosanitario realizado por para la obtención del Máster en Investigación en Ciencias de Enfermería. España.

Hernández, R., Fernández, C.; Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México. Mc Graw-Hill' 6ta. Ed.

Hospital Nacional Arzobispo Loayza (2022) *Estadística e Informática*. Ministerio de Salud.

Huamán O., Ramón, (2018) *Relación entre Calidad de Sueño y Somnolencia en Conductores de Transporte Interprovincial en la Carretera Central Lima – Huancayo 2018*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado 2020.

- Huerta A., Catherine. (2020) Calidad de sueño y desempeño académico en estudiantes de maestría en docencia universitaria de una universidad privada de Lima, 2020. Escuela de Posgrado.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (2013) Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; XXIX. Suplemento.
- Institute of Child Health and Human Development. (2018) Sueño: Información sobre el estado. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/sleep/información>.
- Instituto Internacional de Planificación de la Educación de la UNESCO (UNESCO-IIEP 2011) Clasificación internacional normalizada de la educación (CINE).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Características Socio económicas de los Hogares, 1971-72 y 2003-2004.
- Kalat, J. (2004). Psicología biológica (8va ed.). México: Thomson.
- Kleitman, N. (1963). *Sleep and wakefulness*. Univ. Chicago Press.
- Luna G. Carlos. (2016) Calidad del sueño en pacientes ingresados en la planta de neumología del Hospital Clínico Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza/Facultad de Ciencias de la Salud Máster de Iniciación a la Investigación en Ciencias de la Enfermería.
- Luna S., Robles, Y., & Agüero P., (2015) Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. Anales de Salud Mental.
- Luque, C., (2015) Factores Asociados a la mala Calidad de Sueño y Somnolencia en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis de enero a febrero del

2015. Tesis. U.N. San Agustín de Arequipa.

Martínez, I., (1960). La distribución del Ingreso y el desarrollo económico en México. Instituto de Investigaciones Económicas.

NIHMedlinePlus, (2020) Revista Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.

Megía, G., R. (2021) Edad biológica: qué es y cómo calcularla. Publicado el enero 13, 2021

Minuchin, S. (1986). Caleidoscopio familiar. Barcelona: Paidós.

Minsa: Más peruanos sufren de insomnio <https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2021/04/001-Minsa-Mas-peruanos-sufren-de-insomnio-por-COVID-19.pdf>

Morales S., Nelson. (2009) El sueño, trastornos y consecuencias. Acta méd. peruana v.26 n.1 Lima. 2009. *versión On-line* ISSN 1728-5917.

Mori, Candace., Boss, Karrie., Indermuhle, Patty., Stahl, Erika., Chiu, Sheau-Huey., Shanks, Linda. (2021) Factores relacionados con la interrupción del sueño en pacientes hospitalizados. Affiliations expand. PMID: 34077161 DOI: 10.1097/NUR.0000000000000606

Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1982). Family Inventories. Inventories used in a national survey of family across the family life cycle. Family Social Science. University of Minnesota

Ordóñez, G. (1999) Salud ambiental: conceptos y actividades. Revista Panamericana de la salud pública. Organización Panamericana de la Salud.

Ordoñez, A. (2021). Factores ambientales. Temperatura. Seiscubos

- Park, M. y Kim, K., (2017) ¿Qué afecta la calidad subjetiva del sueño de los ancianos hospitalizados? *Affiliations expand*. PMID: 26840254 DOI: 10.1111/ggi.12743. *Geriatr Gerontol Int* 2017; 17: 471-479.
- Pomalima R. Rolando. (2018) Los problemas de sueño pueden ser causa de problemas mentales Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. <https://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2018/010.html>
- Rabines J., Ángel, (2002) Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. UNMSM. Facultad de Medicina. Lima – Perú.
- Rosa RR, Bonnet MH (2000). Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalography. *Psychosom Med*; 62: 474-82.
- Rosales, Edmundo, Egoavil, Martha, La Cruz, Claudia, & Rey de Castro, Jorge. (2007). Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(2), 150-158. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-5832007000200007&lng=es&tlng=es.
- Rubín, Alberto. (2019). Las fases del sueño y sus características. Recuperado de <https://www.lifeder.com/fases-del-sueno/>.
- Sáenz-Santolaya, Ana (2017) Plan de mejora para disminuir las interrupciones durante el sueño nocturno en los pacientes de UCI/ Maestría En Gestión y dirección en enfermería. Rioja – España.
- Sierra, Juan, Ihab Zubeidat, Ihab, Ortega, Virgilio Delgado-Domínguez, Carlos (2006) Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad del sueño. *Salud Mental*. Artículos vol.28 no.3 México.
- Sierra JC, Jiménez-Navarro C, Martín-Ortiz JD. (2002) Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*. 2002;25(6):35-

43.

Sierra, C. (2009). La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida. J. Arellano y J. Pérez (Eds.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (3a. ed.) (pp.337-344). Universidad de Granada, España.

Silva M., Susana. (2020) “Relación entre las Dimensiones de la Personalidad y la Calidad de Sueño en estudiantes universitarios. Escuela de Posgrado – Perú.

Sociedad Española de Medicina Antienvjecimiento y Longevidad-SEMAL-(2013) La importancia de dormir para presentar un buen estado de salud y bienestar emocional. España.

Tinoco, C., (2018) Factores que alteran el sueño en pacientes hospitalizados, del área de medicina interna del Hospital Isidro Ayora de Loja. U. Nacional de Loja. Ecuador.

U.S. Department of health and Human Services. Nacional Institutes of Health. Guía para un sueño saludable. 2013. NIH Publication No. 13-5800S.

Valiensi, Stella. (2017) Resumen de Historia del Sueño. Asociación Argentina de Medicina del Sueño. Ansue.org.

Velayos, J.L., et. al (2007) Bases anatómicas del sueño. Departamento de Anatomía. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona. pp 7 – 17

Vera C., Tomás. (2017) Calidad del sueño y confort en pacientes hospitalizados de la Región de Murcia. Universidad Católica de Murcia. Escuela Internacional de Doctorado. Disponible en:

<http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2517/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vizcarra D. (1998) Los Trastornos del Sueño. Una visión antropológica comparativa. En: Trabajo del Doctorado. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Wesselijs, Hilde. van den Ende, Eva, Alisma, Jelmer, ter Maaten, Jan, Schuit, Stephanie C., Stassen, Patricia, de Vries, Oscar, Kaasjager, Karin, Haak, Harm, van Doormaal, Frederiek F. (2018). Calidad y cantidad del sueño y factores asociados a la alteración del sueño en pacientes hospitalizados. Internal Medicine. Países Bajos Volume 178. Issue 9. Page: 1201-1208. DOI 10.1001/jamainternmed.2018.2669.

Zevallos, J. (2020) Factores que intervienen en la calidad de sueño de los adultos mayores: Revisión documental. Tesis. UNMS

ENLACES ELECTRONICOS

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/sleep/informacion>

Sueño: Generalidades (2018).

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

<https://www.paho.org/es>

Indicadores de Salud: Aspectos conceptuales y operativos

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>

Determinantes Ambientales de Salud

<http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v28n3/2631-2581-rneuro-28-03-00073.pdf>

Fundamentos Neurobiológicos del Sueño Neurobiological Basis Of Sleep

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1753/definiciones.pdf. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de Recolección de Datos

Anexo 2: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?

(Apunte el tiempo en minutos)

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana?
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama)

(Apunte las horas que cree haber dormido)

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

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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana |
| <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana |
| <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |

c) Tener que levantarse para ir al sanitario:

Ninguna vez en el último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o “malos sueños”:

Ninguna vez en el último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

Ninguna vez en el último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

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

Ninguna vez en el último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?
- Bastante buena Mala Buena Bastante mala
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
- Ninguna vez en el último mes Una o dos veces a la semana
 Menos de una vez a la semana Tres o más veces a la semana
8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
- Ninguna vez en el último mes Una o dos veces a la semana
 Menos de una vez a la semana Tres o más veces a la semana
9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
- Ningún problema Algo de problema
 Un problema muy ligero Un gran problema
10. ¿Duerme usted solo o acompañado?
- Solo Con alguien en otra habitación
 En la misma habitación, pero en otra cama En la misma cama

Fuente: Instrumento autoaplicado, creado por Daniel J. Buysse y validado en el año 1989 en Pensilvania, Estados Unidos, adaptada por Jiménez y Cols, Perú – 2008.

Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (ICSP) mostró un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach $>0,502$ en el estudio peruano de Rosales y col, quienes midieron la homogeneidad interna del instrumento.

Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en el Perú por Ybeth Luna-Solís

y cols. 2015.

Instrucciones de Calificación – ICS Pittsburg

Instrucciones para calificar el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg

Componente 1: Calidad de sueño subjetiva

Examine la pregunta 6, y asigne el valor correspondiente

Respuesta Valor

Bastante buena: 0	Buena: 1	Mala: 2	Bastante mala: 3
-------------------	----------	---------	------------------

Calificación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia de sueño

1. Examine la pregunta 2, y asigne el valor correspondiente

Respuesta Valor

≤15 minutos: 0	16-30 minutos: 1	31-60 minutos: 2	>60 minutos: 3
----------------	------------------	------------------	----------------

2. Examine la pregunta 5a, y asigne el valor correspondiente

Respuesta Valor

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

3. Sume los valores de las preguntas 2 y 5a

4. Al valor obtenido asigne el valor correspondiente

Suma de 2 y 5a Valor

0: 0	1-2: 1	3-4: 2	5-6: 3
------	--------	--------	--------

Calificación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del dormir

Examine la pregunta 4 y asigne el valor correspondiente

Respuesta Valor

>7 horas: 0	6-7 horas: 1	5-6 horas: 2	<5 horas: 3
-------------	--------------	--------------	-------------

Calificación del componente 3: _____

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

1. Calcule el número de horas que se pasó en la cama, en base a las respuestas de las preguntas 3 (hora de levantarse) y pregunta 1 (hora de acostarse)

2. Calcule la eficiencia de sueño (ES) con la siguiente fórmula:

$$[\text{N}^{\circ} \text{de horas de sueño (pregunta 4)} + \text{N}^{\circ} \text{de horas pasadas en la cama}] \times 100 = \text{ES} (\%)$$

3. A la ES obtenida asigne el valor correspondiente

Respuesta Valor

> 85%: 0	75-84%: 1	65-74%: 2	<65%: 3
----------	-----------	-----------	---------

Calificación del componente 4: _____

Componente 5: Alteraciones del sueño

1. Examine las preguntas 5b a 5j y asigne a cada una el valor correspondiente

Respuesta Valor

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

2. Sume las calificaciones de las preguntas 5b a 5j

3. A la suma total, asigne el valor correspondiente

Suma de 5b a 5j Valor

0: 0	1-9: 1	10-18: 2	19-27: 3
------	--------	----------	----------

Calificación del componente 5: _____

Componente 6: Uso de medicamentos para dormir

Examine la pregunta 7 y asigne el valor correspondiente

Respuesta Valor

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

Calificación del componente 6: _____

Componente 7: Disfunción diurna

1. Examine la pregunta 8 y asigne el valor correspondiente

Respuesta Valor

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

2. Examine la pregunta 9 y asigne el valor correspondiente

Respuesta Valor

Ningún problema: 0	Problema muy ligero: 1
Algo de problema: 2	Un gran problema: 3

3. Sume los valores de la pregunta 8 y 9

4. A la suma total, asigne el valor correspondiente:

Suma de 8 y 9 Valor

0: 0	1-2: 1	3-4: 2	5-6: 3
------	--------	--------	--------

Calificación del componente 7: _____

Calificación global del ICSP

(Sume las calificaciones de los 7 componentes)

Calificación global: _____

(Tomado de Jimenez y cols, 2008)

Cuestionario

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y nombres: Edad Sexo.....

Lugar y Fecha de Nac. Grado de Instruc.....

Lugar de Procedencia: Estado civil:

Antecedentes de Enfermedad

Antecedentes Migratorio

No. de Historia Clínica: No. DNI No. Móvil.....

Familiar responsable:

FACTORES SOCIALES

Cuando fue la última vez que tuvo un empleo:

Ocupación: Empleado, tiempo laborando: desempleado, tiempo

Ingresos: Salario Prom. Mensual..... Prom. Mensual Familiar.....

Usted vive con:

Familia nuclear..... Familia extensa..... No. personas que viven en casa.....

Considera usted a su familia:

Cohesionada, unida Disfuncional, poco unida

FACTORES AMBIENTALES:

Considera usted que el nivel de luz es: (encierre la respuesta en un círculo)

Nivel de Luz: Bajo Mediano Alto Muy alto

Considera usted que el nivel de ruido es: (encierre la respuesta en un círculo)

Nivel de ruido es: Bajo Mediano Alto Muy alto

Considera usted que el nivel de temperatura es: (encierre la respuesta en un círculo)

Nivel de temperatura es: Bajo Mediano Alto Muy alto

Anexo 2: Matriz de coherencia interna

Título	Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Método y diseño	Población y Muestra	Instrumento y Técnica
Factores socio demográficos y ambientales en la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021.	¿Cómo se relacionan los factores socio demográficos y ambientales en la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021?	1.Determinar la relación entre los factores socio demográficos y ambientales con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021. <i>Específicos</i>	<i>General</i> Los factores socio demográficos y ambientales se relacionan significativamente con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021.	Calidad de sueño	Diseño: Cuantitativo. Tipo de investigación: No experimental transversal Correlacional	<i>La población</i> está enmarcada a todos los pacientes (240) hospitalizados en los Pabellones de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo de julio – agosto 2021.	Test de Índice Calidad de Sueño de Pittsburgh, estandarizada en el Perú en 2012. Este instrumento cuenta con 19 ítems que pretende valorar la mayor o menor calidad de sueño, durante el mes previo del individuo encuestado. Los ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad de sueño a saber: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna.
	<i>Específicos</i> 1. ¿Cómo se relacionan los factores sociales con calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021?	1.Determinar la relación entre los factores sociales con calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021. 2. Determinar la relación entre los factores	<i>Específicos</i> 1.Los factores sociales se relacionan significativamente con calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021. 2. Los factores demográficos se	Sociodemográfica y Ambientales	La muestra fue seleccionada de la población antes mencionada a través de la aplicación de una fórmula, obteniéndose 148 pacientes. Estos pacientes		

	<p>2. ¿Cómo se relacionan los factores demográficos con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021?</p> <p>3. ¿Cómo se relacionan los factores ambientales con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021?</p>	<p>demográficos con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021.</p> <p>3. Determinar la relación entre los factores ambientales con la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021.</p>	<p>relacionan significativamente con la calidad de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021.</p> <p>3. Los factores ambientales se relacionan significativamente con la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021.</p>			<p>serán extraídos de la población a través de un muestreo aleatorio simple.</p> <p>.</p>	<p>Encuesta; se aplicará a la muestra,</p>
--	---	---	---	--	--	---	--

Anexo 3: Consentimiento Informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Factores socio demográficos y ambientales en la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en una Institución Pública en el 2021.

Yo, (nombre y apellidos del participante), identificado con DNI No.

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio; y mi deseo de ser informado sobre los resultados del estudio: SI / NO.

Así mismo doy mi conformidad para que mis datos obtenidos para el presente estudio sean revisados por los profesionales que comprenda el estudio y para los fines del mismo. Soy consciente de que este consentimiento es revocable.

Si en algún momento entre sus visitas tiene alguna pregunta, no dude ponerse en contacto con la Investigadora de estudio Lic. Mónica Valdivia Mendiola, cel.: 995492974 Email: monicavaldiviamendiola@gmail.com.

Si desea alguna información sobre sus derechos como participante de la investigación o tiene alguna queja relacionada con este estudio de investigación puede contactar al Dr. Eduardo Matos Prado Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del HNAL, al Telf. 015094800 anexo 5201, su dirección laboral está en Alfonso Ugarte 848 Cercado de Lima.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

Hora:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado.

Firma del Investigador:

Fecha:

Hora