

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**CALIDAD DE SUEÑO Y ANSIEDAD EN PROFESIONALES
DE ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD JAUJA, 2022**

Para optar : El Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autoras : Bach. Rojas Cabrera Laura Emiliana
Bach. Solis Blancas Yulisa

Asesor : Lic. Galarza Curisinche Iván Ubaldo

Línea de investigación : Salud y Gestión en Salud
institucional

Fecha de inicio y Fecha : 5 - 01 - 2022 al 5 - 01 - 2023
de culminación

Huancayo – Perú

2023

DEDICATORIA

Al divino creador, por haberme bendecido con entendimiento intelectual y me ha provisto de las condiciones necesarias para poder culminar de manera satisfactoria mi formación profesional.

Laura

A mis maestros, porque han forjado en mi valores y competencias que me permiten desempeñarme de manera eficiente, humanizada y con sentido crítico, en cualquier escenario laboral de la enfermería.

Yulisa

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes; que nos dio la oportunidad de acceder a formación profesional de calidad, porque nos ofreció las experiencias de aprendizaje que nos han permitido alcanzar las competencias profesionales que nos otorgan competitividad en todos los escenarios de desempeño de la enfermería.

A los profesionales de la “Red de Salud Jauja” por darnos todas las facilidades para ejecutar esta investigación, y por su gran compromiso con la investigación científica.

Laura y Yulisa

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Informe Final de Tesis titulado:

CALIDAD DE SUEÑO Y ANSIEDAD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD JAUJA, 2022

Cuyo autor (es) : **ROJAS CABRERA LAURA EMILIANA**
SOLIS BLANCAS YULISA
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ENFERMERIA**
Asesor (a) : **LIC. GALARZA CURISINCHE IVAN UBALDO**

Que fue presentado con fecha: 20/06/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 30/06/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 24%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software una sola vez.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 03 de julio de 2023

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud



Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 236 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjchp

PRESENTACIÓN

Los profesionales de enfermería se han adaptado a llevar largas jornadas laborales y a restringir sus horas de sueño o dormir en diferentes horarios alterando su ciclo circadiano; de esta forma tienen una baja calidad de sueño. La perturbación del sueño provoca una reducción del rendimiento físico, intelectual y emocional; los efectos comunes de la falta de sueño como, la dificultad para buscar soluciones alternas y creativas ante los problemas cotidianos, baja memoria, pensar de forma rígida y esperar un comportamiento concreto de los demás, reducción de la capacidad de tolerancia y la empatía, ser menos asertivas, estar más proclive a los conflictos interpersonales, supresión de valores tales como la compasión, solidaridad y compromiso, que son suplantados por una actitud práctica y operativa. La enfermera detecta los cambios en su comportamiento y nota el deterioro de su pericia profesional, aunque desconoce la causa, también se siente permanentemente fatigada y experimenta episodios de somnolencia. El detrimento de su habitual desempeño le crea inseguridad y temor ante la mayor posibilidad de cometer errores o no poder responder a las exigencias del trabajo, estas circunstancias la llevan a un estado de ansiedad, con incremento del pulso y la respiración, nerviosismo y tensión muscular que afecta aún más su desempeño laboral; sin embargo, la asociación entre la calidad del sueño y la ansiedad no ha sido establecida de forma concluyente, además no se han encontrado estudios nacionales que fijen el vínculo de estas variables, por lo que es conveniente establecer si existe esta relación.

El estudio realizado tuvo como finalidad, determinar la relación entre la calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022. La investigación tuvo como método general el método científico, como método específico utilizó el método inductivo, estadístico – inferencial, de tipo básica, cuantitativa, transversal y observacional, de nivel relacional y de diseño correlacional de corte transversal, se empleó

una población de 114 enfermeras que trabajaban en los establecimientos de la Red de Salud Jauja en el 2022; mediante una fórmula se calculó un tamaño muestral de 90 enfermeras y se usó el método de muestreo aleatorio simple. A las enfermeras que conformaban la muestra se les aplicó el “Cuestionario de calidad del sueño” y la “Escala de ansiedad de Hamilton”; para determinar la asociación se calculó el coeficiente de correlación “r” de Pearson; se recurrió al análisis del “p valúe”.

El presente documento está integrado por cinco apartados: Capítulo I, Planteamiento del problema; Capítulo II, Marco teórico; Capítulo III, Hipótesis; Capítulo IV, Metodología; Capítulo V, Resultados; y Capítulo VI, Análisis y discusión de resultados. También se presentan las conclusiones y recomendaciones; se adicionan las referencias bibliográficas, y en los anexos se incorporan los instrumentos de recolección de datos, también, se añaden diversos cuadros y tablas en los que se operacionalizan a las variables e instrumentos y se verifica la validez y confiabilidad de los instrumentos.

Las autoras.

CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Contenido	vi
Contenido de tablas	viii
Contenido de figuras	ix
Resumen	xii
Abstract	xiii
CAPÍTULO I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Delimitación del problema	19
1.3. Formulación del problema	20
1.3.1. Problema General	20
1.3.2. Problemas específicos	20
1.4. Justificación	20
1.4.1. Justificación Social	20
1.4.2. Justificación Teórica	21
1.4.3. Justificación Metodológica	22
1.5. Objetivos	22
1.5.1. Objetivo General	22
1.5.2. Objetivos Específicos	22
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO	23
2.1 Antecedentes	23
2.1.1 Antecedentes internacionales	23
2.1.2 Antecedentes nacionales	29
2.2 Bases teóricas o científicas	32
2.3 Marco conceptual	64
CAPÍTULO III.- HIPÓTESIS	66
3.1 Hipótesis general	66
3.2 Hipótesis específicas	66
3.3. Variables (definición conceptual y operacional)	68

CAPÍTULO IV.- METODOLOGÍA	71
4.1.-Método de investigación	71
4.2.-Tipo de investigación	72
4.3.-Nivel de investigación	73
4.4.-Diseño de la investigación	73
4.5.-Población y muestra	73
4.6.-Técnicas e instrumentos de recolección de datos	75
4.7.-Técnicas de procesamiento y análisis de datos	79
4.8.-Aspectos éticos de la investigación	80
CAPÍTULO V.- RESULTADOS	82
5.1.- Descripción de resultados	82
5.2.- Contrastación de hipótesis	97
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	114
CONCLUSIONES	127
RECOMENDACIONES	128
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS	138
Anexo N°1: Matriz de consistencia.	139
Anexo N°2: Matriz de operacionalización de las variables	140
Anexo N°3: Matriz de operacionalización del instrumento	142
Anexo N°4: Instrumento de recolección de datos	144
Anexo N°5: Prueba de confiabilidad y validez de los instrumentos	149
Anexo N°6: Permiso para realizar la investigación	154
Anexo N°7: Consentimiento informado	155
Anexo N°8: Declaración de confidencialidad	156
Anexo N°9: Validez por juicio de expertos	158
Anexo N°10: Base de datos	159
Anexo N°11: Galería de Fotos	163

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla N°1	Edad de las enfermeras(os) de la Red Salud de Jauja, 2022	81
Tabla N°2	Número de hijos de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	82
Tabla N°3	Ocupación laboral adicional de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	83
Tabla N°4	Estudios de especialidad o post grado en las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	84
Tabla N°5	Tiempo que laboran en la institución las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	85
Tabla N°6	Estado civil de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	86
Tabla N°7	Calidad de sueño en referencia a la energía diurna en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	87
Tabla N°8	Calidad de sueño en referencia al confort con el sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	88
Tabla N°9	Calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	89
Tabla N°10	Consolidado de calidad de sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	90
Tabla N°11	Ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	91
Tabla N°12	Ansiedad en referencia a la dificultad funcional en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	92

Tabla N°13	Ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	93
Tabla N°14	Consolidado de ansiedad en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	94
Tabla N°15	Normalidad del conglomerado de datos de la variable calidad de sueño en enfermeras (os) y la variable ansiedad en enfermeras (os)	95
Tabla N°16	Coefficiente de correlación de Pearson entre la calidad del sueño en referencia a la energía diurna y la ansiedad en profesionales de enfermería	97
Tabla N°17	Coefficiente de correlación de Pearson entre la calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería	101
Tabla N°18	Coefficiente de correlación de Pearson entre la calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería	105
Tabla N°19	Coefficiente de correlación de Pearson entre la calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería	109

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura N°1	Edad de las enfermeras(os) de la Red Salud de Jauja, 2022	81
Figura N°2	Número de hijos de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	82
Figura N°3	Ocupación laboral adicional de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	83
Figura N°4	Estudios de especialidad o post grado en las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	84
Figura N°5	Tiempo que laboran en la institución las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	85
Figura N°6	Estado civil de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	86
Figura N°7	Calidad de sueño en referencia a la energía diurna en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	87
Figura N°8	Calidad de sueño en referencia al confort con el sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	88
Figura N°9	Calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	89
Figura N°10	Consolidado de calidad de sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	90
Figura N°11	Ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	91
Figura N°12	Ansiedad en referencia a la dificultad funcional en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	92

Figura N°13	Ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	93
Figura N°14	Consolidado de ansiedad en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022	94
Figura N°15	Diagrama de dispersión entre la calidad del sueño en referencia a la energía diurna y la ansiedad en profesionales de enfermería	96
Figura N°16	Diagrama de dispersión entre la calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería	100
Figura N°17	Diagrama de dispersión entre la calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería	104
Figura N°18	Diagrama de dispersión entre la calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería	108

RESUMEN

La investigación realizada tuvo como **objetivo**, determinar la relación entre la calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022.

La metodología, se aplicó como método general el científico, como métodos específicos el inductivo, estadístico - inferencial, de tipo básica, cuantitativa, transversal y observacional, de nivel relacional y de diseño correlacional; se tuvo una **población** de 114 enfermeras que trabajaban en los establecimientos de la Red de Salud Jauja en el 2022, se calculó un tamaño muestral de 90 enfermeras, se empleó el “Cuestionario de calidad del sueño” y la “Escala de ansiedad de Hamilton”; como **resultados** más relevantes, se encuentra que 52.2 % de los profesionales de enfermería tienen baja o muy baja calidad de sueño y el 40.0 % de los profesionales de enfermería tienen alta o muy alta ansiedad. **Conclusión**, sobre la relación entre la calidad del sueño y la ansiedad se evidenció, que; ante la disminución de la calidad del sueño, se incrementa la ansiedad en los profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; $-0,441$).

Palabras claves: calidad del sueño, ansiedad, energía diurna, confort con el sueño, regularidades del sueño, calidad del sueño

ABSTRACT

The objective of the research carried out was to determine the relationship between the quality of sleep and anxiety in nursing professionals of the Jauja Health Network in 2022. The methodology was applied as a general scientific method, as specific methods, the inductive, statistical - inferential, basic, quantitative, cross-sectional and observational type, relational level and correlational design; had one population of 114 nurses who worked in the establishments of the Jauja Health Network in 2022, a sample size of 90 nurses was calculated, the "Sleep quality questionnaire" and the "Hamilton anxiety scale" were used; As the most relevant results, it is found that 52.2% of nursing professionals have low or very low quality of sleep and 40.0% of nursing professionals have high or very high anxiety. Conclusion, on the relationship between sleep quality and anxiety, it was evidenced that; Given the decrease in sleep quality, anxiety in nursing professionals increases (moderate negative Pearson correlation coefficient; $-.441$).

Keywords: sleep quality, anxiety, daytime energy, sleep comfort, sleep regularities, sleep quality

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La calidad del sueño, es la satisfacción con la experiencia del sueño que tiene la enfermera, incluye el inicio, el mantenimiento, el tiempo y la sensación de renovación al despertar. La calidad del sueño son las estimaciones subjetivas de la facilidad con que aparece el sueño, el natural sostenimiento del sueño, el tiempo total de sueño y la comodidad al despertar. También incluye la sensación de serenidad durante la noche, la tranquilidad durante el sueño, el sosiego al intentar dormir y la profundidad del sueño percibido. La calidad del sueño también valora, el sentido de mantener el equilibrio entre el tiempo de sueño y el tiempo de vigila, sentir que la intensidad de sus actividades diarias y sus horas de sueño están coordinadas, notar que tiene mayor lucidez mental después de dormir, tener la impresión de haber descansado, estar restaurado y renovado, y vivenciar un buen estado de ánimo y las energías físicas redivivas al despertar (1).

La ansiedad en enfermeras, es una experiencia emocional desagradable continua con sensaciones de amenaza, incertidumbre e inquietud, provoca reacciones fisiológicas como: aceleración del pulso y la respiración, molestias digestivas, micciones frecuentes,

tensión muscular, sequedad bucal y sudoración, ocasiona hiperactividad causada por situaciones potencialmente riesgosas o por pensamientos, ideas e imágenes, es un mecanismo adaptativo que permite prepararse para enfrentar situaciones intrincadas, cuando la ansiedad es leve o moderada actúa como un impulsor de la voluntad y lleva a emprender acciones beneficiosas, cuando la ansiedad es intensa o extrema, afecta los procesos cognitivos, el desempeño psicomotor y a la salud física, lleva a tomar decisiones equivocadas, a realizar procedimientos imprecisos, a tratos descorteses, agresivos y arbitrarios, que afecta el funcionamiento social y generan perjuicios personales y económicos a la persona afectada (2).

Las enfermeras trabajan en diferentes turnos y en turnos nocturnos, además por escasas de personal deben de prolongar sus horas de trabajo o deben de cubrir turnos imprevistos, agregado a esto perciben bajos salarios deben de tener trabajos adicionales en donde también cubren turnos nocturnos o turnos en horarios en los que deberían de dormir para suplir el sueño perdido. La dinámica de trabajo que realizan arrastra a restringir el sueño y a tener dificultades para dormir, ya sea para iniciar o mantener el sueño y poder disfrutar de un sueño reparador; este menoscabo de la calidad del sueño provoca, disminución de las capacidades cognitivas, afeción en las aptitudes psicomotrices y descontrol en el manejo de los procesos afectivos. La enfermera al notar los decaimientos cognitivos, emocionales y psicomotrices por la mala calidad del sueño, advierte el deterioro de su desempeño profesional y experimentan ansiedad, ingresan en un estado emocional displacentero con preocupación, inseguridad, pensamientos de incapacidad, realizan movimiento desordenados, tienen pulso y respiración rápida, tensión muscular y malestar gastrointestinal, muchas enfermeras pueden controlar estas situaciones: limitándose a seguir su rutina laboral, buscando la ayuda de sus colegas o evitando realizar procedimientos complejos, sin embargo irremisiblemente se ve

afectado su desempleo laboral y su salud física y mental; además se acortan tus posibilidades de desarrollo personal y profesional (3).

En una investigación ejecutada en Shandong, China, se encuentra que la reducción de las horas de sueño de las enfermeras incrementa la prevalencia de ansiedad, no dormir lo suficiente afecta notablemente la capacidad para comprender situaciones que cambian rápidamente, aumenta la probabilidad de distracción, hace pensar de manera más rígida y menos flexible y reduce nuestra capacidad para producir soluciones innovadoras a los problemas. Sufren las habilidades de comunicación. Es común que haya ansiedad manifestada con un estado de inquietud, aprensión o preocupación, palmas sudorosas, aumento de la frecuencia cardíaca, pupilas dilatadas. Los hallazgos sugieren que los déficits en la toma de decisiones emocionales, el control inhibitorio, la regulación del estado de ánimo, el juicio moral y las respuestas a la frustración también surgen después de la privación del sueño. Las evidencias indican que no solo las habilidades cognitivas puras se ven afectadas por la pérdida de sueño, sino también las funciones afectivas que son fundamentales para la interacción social (4).

En un estudio realizado en Minnesota, EEUU en el 2019, evidencia que la restricción del sueño es un predictor de la ansiedad en las enfermeras, no dormir lo suficiente afecta a las enfermeras de varias maneras: las habilidades para resolver problemas se ven afectadas, afecta notablemente la capacidad para comprender situaciones que cambian rápidamente, aumenta la probabilidad de distracción, las hace pensar de manera más rígida y menos flexible, y reduce la capacidad para producir soluciones innovadoras a los problemas y decaen las habilidades de comunicación. intensos sentimientos de preocupación o angustia que no son fáciles de controlar. La falta de sueño provoca ansiedad, que interfiere en el desenvolvimiento laboral, hay una combinación de preocupaciones excesivas, falta de concentración, miedos, fatiga,

irritabilidad, inquietud, tensión muscular, malestar estomacal, sudoración y dificultad para tomar decisiones (5).

En un estudio realizado en Mohail Asser, Arabia Saudita, se halla que las enfermeras con restricciones de sueño sobrellevan estados de ansiedad permanente, el sueño deficiente entre las enfermeras que trabajan por turnos viene con un bajo rendimiento laboral y un alto riesgo de errores laborales, debido a una reacción disminuida, menos vigilancia, un aumento en las distorsiones cognitivas y perceptivas y cambios en el afecto. Estas enfermeras sienten miedo injustificado a su ambiente de trabajo, creen que serán intimidadas o reprimidas por alguna autoridad, sienten vergüenza y nerviosismo notorio al creer que serán sorprendidas dormitando o distraídas, procuran no comprometerse en tareas nuevas, consideran que no son capaces y su desempeño está por debajo de los estándares profesionales (6).

En un estudio realizado en São Paulo Brasil; se evidencia que la precariedad del sueño de las enfermeras es causa de ansiedad prolongada; pero esta situación pasa por desapercibida; los síntomas de la privación del sueño incluyen un mayor tiempo de reacción, distracción, alteraciones en la atención y concentración, olvido de hechos conocidos, dificultad para memorizar nueva información y errores y omisiones. Aumenta el cansancio, la somnolencia y la irritabilidad; la eficacia del trabajo disminuye y la motivación suele decaer. Estas situaciones provocan en la enfermera ansiedad, que se manifiesta como un sentimiento exagerado de aprensión, incertidumbre y miedo, parece un estado de tensión desagradable con preocupación por algún peligro inminente, en muchos casos hay fatiga, mareos, palpitaciones, dolor de cabeza y sudoración excesiva (7).

En una investigación realizada en Belo Horizonte, Brasil; se demuestra que la baja calidad del sueño provoca ansiedad en las enfermeras; las enfermeras trabajan en

turnos y para cumplir con los turnos nocturnos deben de tener privación de sueño y con esto se triplica el riesgo de cometer errores. la privación del sueño provoca fatiga, bajo rendimiento y menoscabo de la capacidad de aprendizaje, la nocturnidad laboral altera el ritmo circadiano ya que duermen cuando la melatonina es baja y el cortisol es alto. La baja calidad de sueño genera el sentimiento subjetivo de angustia, como un comportamiento preocupado y agitado, con respuestas fisiológicas de aumento de la frecuencia cardíaca y músculos tensos; hay propensión a la fatiga e irritabilidad (8).

En nuestro país, en un estudio realizado en Arequipa, se encuentra que las guardias nocturnas dañan la calidad del sueño en las enfermeras que afecta su salud mental provocando en muchas de ellas estados de ansiedad; la enfermera privada del sueño experimenta un estado de ánimo negativo, somnolencia, fatiga y una disminución en el estado de alerta y tienen un desempeño poco eficiente a pesar del mayor esfuerzo, las enfermeras con ansiedad por dormir poco son indiferentes con respecto al resultado de su desempeño y tienen baja productividad. La falta de sueño reduce las palabras del vocabulario tanto verbalmente como por escrito y sus reportes son poco claros. La ansiedad manifiesta en las enfermeras emerge con sentimientos de preocupación constante, miedo intenso a cometer errores o ser reprimidas por algún supervisor, están tensas la mayor parte del tiempo y trata de ser cautelosas en todas las actividades que realiza, pero su falta de lucidez la lleva a embrollos (9).

En la Red de Salud Chupaca hemos podido observar, que las enfermeras tienden a reducir sus horas de sueño debido a las múltiples responsabilidades que deben de cumplir y porque están habituadas a dormir pocas horas; además muchas enfermeras tienen problemas de ansiedad, que son inadvertidos al ser calificados como reacciones normales propias de la personalidad y del temperamento. Una proporción importante de las enfermeras; tienen preocupaciones y nerviosismo que es excesivo, injustificado y

constante; también son poco asertivas y de escasa tolerancia, siempre llevan un ánimo enardecido, son proclives a las disyuntivas interpersonales, tienen dificultades para tomar decisiones, malestar gastrointestinal, tensión y dolor muscular entre otras manifestaciones; es presumible que la baja calidad de sueño esté vinculada a la ansiedad.

Por todo lo mencionado precedentemente, ejecutamos este trabajo científico con el fin de establecer la relación entre la calidad de sueño y la ansiedad en enfermeras de la Red de Salud Jauja en el 2022.

1.2. Delimitación del problema

▪ Delimitación conceptual

La investigación que desarrollada se orientó en qué; las enfermeras restringen sus horas de sueño y reducen su calidad de sueño; que les provoca: deterioro de sus facultades cognitivas, detrimento de sus aptitudes psicomotrices y ofuscamiento emocional; estos problemas afectan su desempeño laboral, le crean una sensación de inseguridad y descontrol que las lleva a un estado de ansiedad ante la posibilidad de cometer errores; la ansiedad se manifiesta con excesivas preocupaciones, sensación de incapacidad, pulso y respiración acelerada y tensión muscular; muchas enfermeras sobrellevan estas circunstancias e incluso las perciben como una reacción normal y cotidiana; las personas del entorno de la enfermera consideran que las reacciones de ansiedad son parte del temperamento normal de muchas enfermeras; comprobar la asociación entre la calidad de sueño y la ansiedad de las enfermeras fue la intención de la investigación realizada.

▪ Delimitación espacial

El estudio se realizó en los profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja.

- **Delimitación temporal**

La investigación se efectuó en el año 2022, los datos fueron recolectados en los últimos meses de este año. La investigación incluyó a todos los licenciados en enfermería que tenían vínculo laboral con la Red de Salud Jauja en el 2022.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre calidad del sueño y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación entre calidad del sueño en referencia a la **energía diurna** y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022?
- ¿Cuál es la relación entre calidad del sueño en referencia al **confort con el sueño** y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022?
- ¿Cuál es la relación entre calidad del sueño en referencia a las **regularidades del sueño** y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

Desarrollar este estudio nos llevó a cerciorarnos que existe un vínculo entre la calidad de sueño y la ansiedad en las enfermas, esto permite la posibilidad de sugerir la realización de una intervención organizacional, educativa y terapéutica, que elevará la calidad del sueño en las enfermeras. Esta intervención organizará los turnos de trabajo y restringirá su prolongación, además de incrementar la conciencia personal sobre la importancia de dormir lo suficiente; asimismo, entrenará y asistirá en los medios y

estrategias: mentales, físicas, nutricionales, de relajación o farmacológicas para poder: conciliar, mantener el sueño y restaurarse después de dormir; el programa también ofrecerá terapias para controlar cualquier tipo de alteración de la salud mental que podría estar interfiriendo con el sueño, estas acciones aportarán mayor calidad al sueño y reducirán la ansiedad en el trabajo entre las enfermeras, que a su vez optimizará la calidad de los servicios en la red de salud Jauja.

1.4.2. Teórica

Ejecutar este trabajo científico nos permitió demostrar que la “teoría del proceso restaurativo del sueño de Oswald”; explica de manera sencilla la asociación entre la calidad de sueño y la ansiedad. Esta teoría plantea que; el sueño es un momento para la restauración y reparación del cuerpo y el cerebro, depende de la síntesis de proteínas y de la división mitótica que es más alta en el momento del sueño. El papel del sueño es renovar el estado homeostático óptimo, que es esencial para el rendimiento y la salud de los tejidos. El sueño con movimientos oculares no rápidos compone a las neuronas corticales y la mayoría de las demás neuronas cerebrales, mediante una actividad global relajada gestionada por circuitos talamocorticales. El papel del sueño con movimientos oculares rápidos es rehabilitar a las neuronas de acetilcolina suscitan a las respuestas específicas. El sueño mejora el aprendizaje y la memoria a través de la renovación del estado y las rutas afectadas por la actividad neuronal en vigila, la falta de reparación de las células y los circuitos nerviosos dificulta la respuesta cerebral óptima ante las dificultades cotidianas (10). La investigación ejecutada aporta datos empíricos dan fundamento realista a esta teoría; de su solvencia, para explicar el vínculo entre la calidad del sueño y la ansiedad de las enfermeras de la red de salud de Jauja.

1.4.3. Metodológica

Después de ejecutar este estudio, disponemos de dos instrumentos adaptados a la realidad regional con su validez y confiabilidad verificada; los instrumentos están disponibles para los investigadores, gestores de enfermería y otros profesionales que necesiten evaluar y estudiar a profundidad la calidad del sueño y la ansiedad en enfermas. Se aclara que este trabajo científico utilizó instrumentos validados en su versión original en idioma extranjero; y que no se han encontrado versiones de estos instrumentos en español que hayan sido validados en el ámbito nacional; en consecuencia, como parte del estudio se ha realizado la traducción, adaptación, validación y confirmación de la confiabilidad.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022

1.5.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la calidad del sueño en referencia a la **energía diurna** y la ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022
- Establecer la relación entre la calidad del sueño en referencia al **confort** con el sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022
- Establecer la relación entre la calidad del sueño en referencia a las **regularidades del sueño** y la ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

Lung C., Wu M., Ho C., Wang J., en el año 2018 ejecutan una investigación titulada “Riesgos de ansiedad tratada, depresión e insomnio entre enfermeras: un estudio de cohorte longitudinal a nivel nacional” en Taipei, Taiwán; con el objetivo de explorar los riesgos y los factores que influyen en la ansiedad, la depresión y el insomnio tratados entre las enfermeras, el estudio fue analítico longitudinal de casos y controles, a 120 enfermeras como casos y 240 como controles, se administró como instrumentos de recolección de datos el “Standardized sleep quality questionnaire in nurses” y el “Profile of work anxiety in nurses”, entre los resultado se destaca que la restricción del sueño incrementa en 5 veces el riesgo de ansiedad en las enfermeras, asimismo hay enfermeras adictas al trabajo muy activas y con mucha energía, para quienes dormir significa una pérdida de tiempo; sin embargo, la privación del sueño tiene un impacto negativo en una amplia gama de funciones cognitivas, conductuales, fisiológicas y emocionales, es evidente que las enfermas que han dormido poco tengan cambios de humor,

irritabilidad, fatiga, dificultad para concentrarse y alteraciones de la memoria a corto plazo, disminución de la atención, fallas de concentración y baja motivación, muchas enfermeras con falta de sueño presentan ansiedad y están hiperactivas, con pensamiento de inferioridad e incapacidad, sienten palpitaciones y tienen la presión arterial elevada, cuando las enfermeras no se encuentran bien, se producen disminuciones en la calidad y cantidad de las atenciones que brindan a los pacientes. (11).

Wang D., Lian J., Hua M., Pan Y., Han D., en el 2019 realizan una investigación titulada “Calidad del sueño y ansiedad entre enfermeras de hospitales terciarios en China y los factores que influyen: un estudio transversal” en Beijing, China, con el objetivo de establecer la asociación entre la calidad del sueño y la ansiedad entre enfermeras de hospitales terciarios en China, y analizar sus factores de influencia, se realizó un estudio correlacional multivariado, se empleó una muestra de 643 enfermeras, se utilizaron las pruebas “Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)” y “Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)” para medir la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad, en el procesamiento de datos se utilizó el análisis de correlaciones de Spearman y el análisis de regresión logística, entre los resultados se destaca que existe una correlación positiva entre el trastorno del sueño y la gravedad de la ansiedad, asimismo el efecto más significativo de la falta de sueño es la somnolencia fisiológica o la tendencia a quedarse dormido cuando hay falta de estímulos que puede causar efectos dramáticos en la productividad, la enfermeras con ansiedad debido a la restricción del sueño tienen sentimientos de aprensión o temor, se perciben tensas y nerviosas, están inquietas o irritables, creen que sucederá lo peor y están atentas a las señales de peligro, muchas enfermeras han reportado tener palpitaciones o latidos cardíacos acelerados y acortamiento del aliento, también es frecuente el malestar estomacal, la sudoración, los temblores, los dolores de cabeza y se sienten muy fatigadas, también tienen micción frecuente. (12).

Chueh K., Chen K., Lin Y., en el 2019 desarrollan una investigación titulada “Angustia psicológica y trastornos del sueño entre enfermeras: ¿ansiedad o depresión?” en Nueva Taipéi, China; con el objetivo de determinar la asociación entre la ansiedad, la depresión y los trastornos de sueño, se realizó un estudio multivariado trasversal, se empleó una muestra de 119 enfermeras a las que se les administró el “Inventario de ansiedad de Beck” y el “Índice de calidad del sueño de Pittsburgh”, se realizó un análisis de regresión logística, entre los resultados se destaca que la privación del sueño es un predictor de la ansiedad, asimismo muchas enfermeras sufren de somnolencia diurna que interfiere con sus actividades diarias. Muchas enfermeras que sufren de pérdida de sueño rutinaria y ansiedad ni siquiera son conscientes de ello, y muchas de las que se dan cuenta de que no duermen lo suficiente no son conscientes de lo que les está costando. La pérdida de sueño crea ansiedad y a la vez somnolencia, que puede estar asociada con disminuciones en la vigilancia, el tiempo de reacción, la memoria, la coordinación psicomotora, el procesamiento de la información y la toma de decisiones. Con el aumento de la somnolencia las enfermeras muestran un desempeño deficiente a pesar de un mayor esfuerzo, y pueden manifestar indiferencia con respecto al resultado de su desempeño. (13).

Shahri H., Kahrazei F., en el año 2018 realizan una investigación titulada "Papel de la actitud hacia el cuidado de un paciente moribundo en la predicción de la ansiedad clínica y la calidad del sueño de las enfermeras" en Zahedan, Iran, con el objetivo de determinar el papel de la actitud hacia el cuidado de un paciente moribundo en la predicción de la ansiedad clínica y la calidad del sueño de las enfermeras en la ciudad de Zahedan, se trata de un estudio descriptivo correlacional, la población incluyó a todas las enfermeras que trabajan en los hospitales de ciencias médicas de donde se seleccionaron 130 enfermeras a las que se les administró la “Escala de ansiedad clínica

de Thyer y Westhuis”, y “El cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh”, entre los resultados se enfatiza que existe una correlación positiva entre las limitaciones de sueño y la carga de ansiedad clínica; la privación del sueño genera enfermeras ansiosas con un desempeño insuficiente y con actitudes desfavorables hacia los pacientes moribundos, además la falta de sueño hace que las enfermeras se sientan tan soñolientas durante el día y que su concentración y rendimiento se vean afectados; la falta crónica de sueño y la ansiedad provocan un deterioro del estado de ánimo y la motivación, disminución de la atención, la energía, también hay irritabilidad, las enfermeras que sufren privación del sueño tienen problemas psicofísicos como problemas estomacales, dolores de cabeza y aumento de la tensión muscular. (14).

Inga M., Deklava L. Skutele I., Millere E., Fokina O., el 2018 ejecutan un estudio titulado “Cambiar el impacto del trabajo a síntomas de ansiedad, depresión y calidad del sueño entre enfermeras” en Latvia, Letonia, con el objetivo de comparar la calidad del sueño, la ansiedad y la depresión entre las enfermeras que trabajan en turnos; la investigación fue correlacional trasversal, se empleó un muestra de 103 enfermeras a las que se les administró el “Inventario de Ansiedad State-Trait (STAI)” y el “Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)”; entre los resultados destaca que el trabajo en turnos afecta la calidad del sueño e incrementa la ansiedad llevando a estados depresivos; asimismo sin un sueño adecuado, las enfermeras muestran un deterioro significativo en una variedad de habilidades cognitivas como la atención y la concentración, también afecta los procesos cognitivos de orden superior como: la resolución de problemas, el control inhibitorio y la toma de decisiones complejas. La falta de sueño provoca ansiedad, que afecta la capacidad de integrar la información emocional con el procesamiento cognitivo que modula los estados emocionales, el aprendizaje previo y cognición consciente para guiar la toma de decisiones, se producen

deterioros en el juicio social y déficits en la toma de decisiones basada en las emociones. (15).

Tarhan M., Aydin A., Ersoy E., Dalar L.; en el 2018 ejecutan el estudio titulado “La calidad del sueño de las enfermeras y sus factores influyentes” en Estambul, Turquía; con el objetivo de determinar la calidad del sueño de las enfermeras y sus factores de influencia; el estudio fue descriptivo transversal y se llevó a cabo en 152 enfermeras que trabajaban en un hospital de formación e investigación en Estambul, se utilizó el “Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)” y la “Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)”, la “Escala de somnolencia de Epworth (ESS)” y la “Escala de gravedad de la fatiga (FSS)” para recopilar datos. Entre los resultados se destaca que el 61,9% de los enfermeros presentaban mala calidad del sueño, se encontró una correlación positiva moderada entre la calidad de sueño y la ansiedad; asimismo, la edad, los turnos de trabajo y los niveles de fatiga son factores que influyen en la calidad del sueño. Las enfermeras con mala calidad del sueño sufren con mayor frecuencia de somnolencia y fatiga durante el día, la fatiga crónica es más común entre las enfermeras que trabajan en turnos nocturnos en comparación con las que no lo hacen. Los problemas del sueño están asociados con un deterioro en el aprendizaje, la concentración, el funcionamiento seguro y las habilidades de toma de decisiones de las enfermeras; también aumenta la probabilidad de cometer errores e involucrarse en accidentes laborales, y padecer enfermedades crónicas. (16).

Minjeong A., JinShil·K., Seongkum H.; en el año 2018 desarrollan la investigación titulada “Factores que afectan la calidad del sueño de las enfermeras clínicas que trabajan en un hospital” en Gwangju, Corea; con el objetivo de identificar los factores que afectan la calidad del sueño en enfermeras que trabajan en un hospital terciario en Corea, el estudio fue correlacional múltiple, se empleó una muestra de 263

enfermeras de un hospital de atención terciaria; se administró el “Sleep quality questionnaire in nurses”, se utilizó el análisis de regresión logística para identificar los factores que afectan la calidad del sueño; entre los resultados se destaca que el 84,0 % dormían mal, los síntomas depresivos se asociaron con una mala calidad del sueño entre las enfermeras clínicas (Odds Ratio [OR] = 4,56). Las enfermeras clínicas que atienden a los pacientes las 24 horas del día a menudo trabajan en turnos debido a la naturaleza de sus trabajos, lo que interfiere con su ritmo circadiano regular y afecta la salud física y psicológica. El ritmo circadiano y el estilo de vida humano coinciden principalmente con los ciclos ambientales diurnos y nocturnos. Las alteraciones del sueño aumentan la fatiga y deterioran las funciones neurocognitivas de las enfermeras, que pueden afectar la calidad de la atención de enfermería y la seguridad del paciente. (17).

Kang J., Noh W., Lee Y.; en el año 2019 efectúan la investigación titulada “Calidad del sueño entre enfermeras que trabajan por turnos: revisión sistemática y metanálisis” en Inchon, Corea del Sur; con el objetivo de determinar las afecciones a la calidad de sueño en las enfermeras que trabajan por turnos y los efectos de diversos medios terapéuticos; el estudio fue una revisión sistemática de la literatura y metaanálisis, se examinaron trece artículos de 1991 a 2018 y 6 de ellos se utilizaron para el metaanálisis. El instrumento más utilizado para evaluar la calidad subjetiva del sueño fue el índice de calidad del sueño de Pittsburgh. Además, se utilizaron un actígrafo y registros de sueño para recopilar datos fisiológicos sobre la calidad del sueño de los participantes. Los tipos de intervención se clasificaron en terapia de inhalación de aroma, intervenciones de rotación de turnos, intervenciones de actividad física y terapia cognitivo-conductual. En última instancia, los efectos de la intervención de la terapia de inhalación de aroma mejoraron significativamente la calidad del sueño de las enfermeras que trabajan por turnos. La falta de sueño es un factor predictivo importante que afecta

la aparición de diversas enfermedades crónicas como la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes; las enfermeras, tienen patrones de sueño irregulares y sobrellevan diversos problemas de salud debido a ritmos corporales irregulares. (18).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Guevara, F., en el año 2022 realizó el estudio “Síndrome de burnout y calidad del sueño en personal médico de centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna, en el año 2022”. Tuvo como objetivo, conocer la relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud I-4 de Tacna en el año 2022. Materiales y métodos, se realizó un estudio de tipo básico, con diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional. Participaron 57 médicos que se encontraban laborando aquel momento. Se utilizó un instrumento de recolección de datos que incluyó el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), formulado por Maslach y Jackson, para el estudio del síndrome de burnout y el Cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI por sus siglas en inglés) de los autores Buysse et al., para el estudio de la calidad de sueño. Resultados: Se encontró que la calidad de sueño un 96.5% de los encuestados presentó alteración en el sueño; el índice de calidad de sueño presentó una media de 9.36 (DS=2.809). Se realizó la correlación respectiva, hallándose que no existe correlación entre ambas variables (p -valor=0.844; $\chi^2=0.338$), asimismo, no se halló relación entre el índice de calidad de sueño y la dimensión agotamiento emocional (p -valor=0.5), la dimensión despersonalización (p -valor=0.055) y la dimensión realización personal (p -valor=0.938). Conclusión: no existe relación entre el síndrome de burnout y la calidad del sueño en personal médico de los centros de salud estudiados. (19)

Izaguirre, M., Paredes, V., Sulca, M., en el año 2022 en su tesis titulado “Calidad de sueño y rendimiento académico en estudiantes de medicina de una Universidad Privada de Lima 2021”. Objetivo: Determinar la relación entre la calidad del sueño y el rendimiento académico de estudiantes de medicina en una universidad privada de Lima 2021. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de nivel correlacional de diseño transversal no experimental. Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh en estudiantes de medicina de tercer y quinto año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y se solicitó el promedio de notas del semestre 2021 I. Resultados: La prevalencia de mala calidad de sueño fue 89,22%. La dimensión en el índice de Pittsburgh que generó mayor puntaje fue la disfunción diurna ($1,98 \pm 0,08$) y la menor fue el uso de medicamentos para dormir ($0,29 \pm 0,08$). Al correlacionar la mala calidad de sueño con el rendimiento académico se obtuvo una correlación negativa ($-0,21$) estadísticamente significativa ($p=0,03$), sin embargo, la correlación es débil ($<0,7$). Conclusión, se evidencia correlación negativa entre la mala calidad de sueño y el rendimiento académico, es decir cuanto mayor puntaje se obtiene en el índice de Pittsburgh el rendimiento académico disminuye. (20)

Pajares, C., en el año 2019 realizó un estudio sobre “Calidad de sueño y estrés académico en estudiantes de derecho”, tuvo como objetivo principal estudiar la relación entre la calidad de sueño y estrés académico en 200 estudiantes de ambos sexos de la Facultad de Derecho. Se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) validado por Escobar-Córdova y Eslava-Schmalbach (2005) para medir la calidad de sueño y se usó el Inventario SISCO de Barraza (2007) para evaluar el estrés académico. Se obtuvo que el 93% de la población presentó una intensidad de estrés académico de media a alta, teniendo como fuente de estresores más comunes la sobrecarga de tareas,

evaluaciones de profesores y tiempo limitado para hacer los trabajos. Se encontró también que el 76.5% presenta mala calidad de sueño. Con respecto a las diferencias en sexo, se tuvo como resultado que las mujeres presentaban mayor estrés académico y peor calidad de sueño. También se halló una relación directa entre la dimensión estresores y el tiempo en que tardan en llegar los estudiantes a la universidad; y una relación entre calidad de sueño y el uso de dispositivos electrónicos en la hora antes de dormir. Finalmente se encontró que los estudiantes limeños presentan peor calidad de sueño que los estudiantes de provincia y que los que no trabajan tienen mayores estresores académicos. Conclusión, se encontró que la calidad de sueño correlacionó significativamente con el estrés académico y sus dimensiones. (21)

Roncal, B., Sánchez, C., en el año 2022 realizaron una investigación titulada “Calidad del sueño y estrés en el profesional de enfermería del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Perú - 2022”. objetivo determinar la relación entre estrés y calidad del sueño, el estudio presenta un tipo básico, descriptivo correlacional y cuantitativo, con un diseño no experimental de corte trasversal, el cual fue aplicado por 57 profesionales de enfermería, donde los principales resultados muestran que existe relación inversa entre calidad del sueño y estrés ($Rho = -,893$) en el personal de enfermería, asimismo, de acuerdo con el nivel de calidad del sueño se observa que el 63% de los profesionales evaluados presentan nivel bajo, de acuerdo con el nivel de estrés se observa que el 53% de los profesionales evaluados presentan nivel alto, de acuerdo con el nivel de calidad del sueño de acuerdo con el sexo se observa que existe predominio del sexo masculino en nivel bajo con 64% finalmente, de acuerdo al nivel de estrés se observa predominio del sexo femenino en nivel alto con 63%. (22)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Calidad del sueño

El sueño asegura la energía cognitiva adecuada para satisfacer las demandas de situaciones desafiantes y estresantes. El sueño adecuado puede tener una relación directa con los logros y el bienestar psicológico. Duraciones de sueño más largas tienden a reducir la reactividad al estrés y mejoran el disfrute de oportunidades desafiantes. El sueño como un recurso energético que probablemente tendrá consecuencias para toda la vida; es decir, un sueño adecuado proporciona la energía necesaria para manejar el estrés, trabajar hacia metas importantes y aprovechar al máximo las relaciones interpersonales. El sueño se relaciona con una gama más amplia de indicadores del bienestar psicológico, especialmente los relacionados con un enfoque decidido y enérgico de la autorregulación. El sueño es un comportamiento neurológicamente dinámico con quiescencia física, umbral de excitación elevado y un estado de reversibilidad rápida. Hay muchas funciones biológicas asociadas con el sueño, incluidas las que conducen a la restauración del cuerpo, el cerebro y la neurocognición. Las hormonas liberadas durante el sueño tienen una función anabólica predominante, como la hormona del crecimiento, a diferencia de las hormonas asociadas con la vigilia, que tienden a tener un efecto catabólico, como el cortisol. (23).

La organización estructural básica del sueño normal.

Hay dos tipos de sueño, el sueño con movimientos oculares no rápidos (NREM) y el sueño con movimientos oculares rápidos (REM). El sueño NREM se divide en las etapas 1, 2, 3 y 4, que representan un continuo de profundidad relativa. Cada uno tiene características únicas que incluyen variaciones en los patrones de ondas cerebrales, movimientos oculares y tono muscular. Los ciclos y etapas del sueño se descubrieron con el uso de grabaciones electroencefalográficas (EEG) que trazan los patrones

eléctricos de la actividad cerebral. Durante el transcurso de un período de sueño, el sueño NREM y REM se alternan cíclicamente. La función de las alternancias entre estos dos tipos de sueño aún no se comprende, pero los ciclos irregulares y/o la ausencia de etapas del sueño están asociados con los trastornos del sueño. Por ejemplo, en lugar de entrar en sueño a través de NREM, como es típico, las personas con narcolepsia entran directamente en el sueño REM. Un episodio de sueño comienza con un período corto de la etapa 1 de NREM que progresa a la etapa 2, seguida de las etapas 3 y 4 y finalmente a la etapa REM. Sin embargo, los individuos no permanecen en el sueño REM el resto de la noche, sino que, más bien, realizan un ciclo entre las etapas de NREM y REM durante la noche. El sueño NREM constituye alrededor del 75 al 80 por ciento del tiempo total pasado en el sueño, y el sueño REM constituye el 20 al 25 por ciento restante. (24).

El sistema sueño-vigilia está regulado por la interacción de dos procesos principales, uno que promueve el sueño (proceso S) y otro que mantiene la vigilia (proceso C). El proceso S es el impulso homeostático para dormir. La necesidad de dormir (proceso S) se acumula durante el día, alcanza su punto máximo justo antes de acostarse por la noche y se disipa durante la noche. El proceso C promueve la vigilia y está regulado por el sistema circadiano. El proceso C se acumula a lo largo del día, lo que sirve para contrarrestar el proceso S y promover la vigilia y el estado de alerta. Sin embargo, este sistema que promueve la vigilia comienza a disminuir a la hora de acostarse, lo que sirve para mejorar la consolidación del sueño a medida que la necesidad de dormir se disipa durante la noche. Con un descanso nocturno adecuado, el impulso homeostático del sueño se reduce, el impulso circadiano de vigilia comienza a aumentar y el ciclo comienza de nuevo. En ausencia del proceso C, el tiempo total de sueño permanece igual, pero se distribuye aleatoriamente durante el día y la noche; por

lo tanto, el proceso C también trabaja para consolidar el sueño y la vigilia en episodios bastante distintos. Es importante destacar que, a través de la sincronización del sistema circadiano, el proceso C ayuda a mantener los ciclos de sueño-vigilia coordinados con los ciclos ambientales de luz y oscuridad. (25).

El proceso de sueño S está regulado por neuronas que apagan los sistemas de excitación, lo que permite que el cerebro se duerma. Muchas de estas neuronas se encuentran en el área preóptica del hipotálamo. Estas neuronas, que contienen moléculas que inhiben la comunicación neuronal, apagan los sistemas de excitación durante el sueño. La pérdida de estas células nerviosas provoca un insomnio profundo. Los aportes de otras regiones del cerebro también influyen en gran medida en el sistema del sueño. Estos incluyen entradas de la parte inferior del tronco del encéfalo que transmiten información sobre el estado del cuerpo (por ejemplo, un estómago lleno es propicio para conciliar el sueño), así como de las áreas emocionales y cognitivas del cerebro anterior. Además, como se describe más adelante en la siguiente sección, hay entradas del sistema circadiano que permiten que el sistema de vigilia se sincronice con el ciclo externo día-noche, pero también anule este ciclo cuando lo requieran las necesidades ambientales. El sistema generador de sueño también incluye neuronas en la protuberancia que cambian intermitentemente del sueño NREM al REM durante el transcurso de la noche. Estas neuronas envían salidas a la parte inferior del tronco del encéfalo y la médula espinal que causan atonía muscular, REM y actividad autónoma caótica que caracteriza el sueño REM. (26).

La vigilia es generada por un sistema de excitación ascendente desde el tronco encefálico que activa las estructuras del prosencéfalo para mantener la vigilia. La fuente principal de la influencia de la excitación ascendente incluye dos vías principales que se originan en la parte superior del tronco encefálico. La primera vía, que se origina en

las neuronas colinérgicas de la protuberancia superior activa partes del tálamo que son responsables de mantener la transmisión de información sensorial a la corteza cerebral. La segunda vía, que se origina en grupos de células en la parte superior del tronco del encéfalo que contienen los neurotransmisores monoamínicos (norepinefrina, serotonina, dopamina e histamina), ingresa al hipotálamo, en lugar del tálamo, donde capta las entradas de las células nerviosas que contienen péptidos (orexina o hipocretina y hormona concentradora de melanina). Estas entradas luego atraviesan el prosencéfalo basal, donde recogen entradas adicionales de las células que contienen acetilcolina y ácido gamma-aminobutírico. En última instancia, todas estas entradas ingresan a la corteza cerebral, donde activan de manera difusa las células nerviosas y las preparan para la interpretación y el análisis de la información sensorial entrante. (27).

Los ritmos circadianos se refieren, colectivamente, a los ritmos diarios en fisiología y comportamiento. Controlan el ciclo sueño-vigilia, modulan la actividad física y el consumo de alimentos, y a lo largo del día regulan la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, el tono muscular y la secreción hormonal. Los ritmos son generados por estructuras neurales en el hipotálamo que funcionan como un reloj biológico. La regulación de la temperatura corporal está sujeta a la influencia del sistema circadiano. La temperatura corporal de un individuo es más alta durante el día que durante la noche. Por la noche hay una disminución gradual de la temperatura corporal, una disminución en la producción de calor (llamada fase descendente del ritmo de la temperatura corporal) y un aumento en la pérdida de calor, todo lo cual promueve el inicio y el mantenimiento del sueño. Por el contrario, hay un aumento gradual de la temperatura corporal varias horas antes de despertar. El cerebro envía señales a otras partes del cuerpo que aumentan la producción y conservación de calor para interrumpir el sueño y promover la vigilia. (28).

Dimensiones de la variable calidad de sueño

Las dimensiones de la variable calidad de sueño tiene como autor Miró, Cano-lozano y Buela-Casal; año 2005, y se dimensiona en energía diurna, confort con el sueño y regularidades del sueño. (29)

a. Energía diurna

La pérdida de sueño generalmente, en adultos, se refiere a un sueño de menor duración que la necesidad basal promedio de 7 a 8 horas por noche. El síntoma principal de la falta de sueño es la somnolencia diurna excesiva, pero otros síntomas incluyen estado de ánimo deprimido y mala memoria o concentración. La pérdida crónica del sueño, aunque no es un síndrome formal ni un trastorno, tiene consecuencias graves para la salud, el rendimiento y la seguridad, como se describe en el capítulo. La pérdida del sueño es un problema muy prevalente que continúa empeorando en frecuencia a medida que los individuos envejecen. (30).

Las causas del insomnio son multifactoriales, se clasifican en dos categorías principales, algo superpuestas: estilo de vida/ocupacional. El aumento de la pérdida de sueño se debe en gran parte a cambios sociales amplios, incluida una mayor dependencia de las horas de trabajo más largas, el trabajo por turnos y un mayor acceso a la televisión e internet. un número creciente de trabajadores del turno de noche que sufren pérdida crónica del sueño y alteración de los ritmos circadianos. Los adultos duermen menos para realizar más trabajo y se quedan despiertos hasta más tarde para ver televisión o utilizar internet. (31).

La falta de sueño (menos de 7 horas por noche) puede tener efectos de amplio alcance en los sistemas cardiovascular, endocrino, inmunológico y nervioso, incluidos los siguientes: obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular e hipertensión, ansiedad, estado de ánimo deprimido y consumo de alcohol (32).

Algunos de los desastres de salud humana y ambiental más devastadores se han atribuido en parte a la falta de sueño y las fallas de desempeño relacionadas con el trabajo en el turno de noche. Casi todos los tipos de problemas del sueño están asociados con déficits de rendimiento en entornos ocupacionales, educativos y de otro tipo. Los déficits incluyen atención, vigilancia y otras medidas de cognición, incluida la memoria y la toma de decisiones complejas. Esta sección trata sobre la pérdida de sueño y luego pasa a los trastornos respiratorios del sueño y otros trastornos del sueño. La pérdida del sueño afecta el rendimiento cognitivo y había sido descartada en gran medida como la causa de un rendimiento cognitivo deficiente. El impacto neuroconductual se extiende desde medidas simples de cognición (es decir, atención y tiempo de reacción) hasta errores mucho más complejos en el juicio y la toma de decisiones. (33).

Los efectos sobre el rendimiento de la pérdida de sueño incluyen los siguientes: se producen microsueños involuntarios, la atención al desempeño intensivo es inestable, con mayores errores de omisión y comisión; la ralentización cognitiva ocurre en las tareas al ritmo del sujeto, mientras que la presión del tiempo aumenta los errores cognitivos, el tiempo de respuesta se ralentiza, el rendimiento disminuye en el recuerdo a corto plazo de la memoria de trabajo; el desempeño que requiere un pensamiento divergente se deteriora, se reduce el aprendizaje (adquisición) de tareas cognitivas, un aumento en los errores de supresión de respuesta en tareas que requieren una función normal de la corteza prefrontal principalmente, se incrementa la probabilidad de preservación de la respuesta en soluciones ineficaces, se incrementan los esfuerzos compensatorios para mantener una conducta eficaz, aunque las tareas se pueden hacer bien, el rendimiento se deteriora a medida que aumenta la duración de las tareas. (34).

La atención y el tiempo de reacción se ven alterados por la pérdida de sueño experimental, que conduce a un deterioro acumulativo, dependiente de la dosis, de la atención y el tiempo de reacción. El deterioro se mide en parte utilizando la tarea de vigilancia psicomotora, una prueba que requiere atención continua para detectar estímulos que ocurren aleatoriamente y que es impermeable a la aptitud y los efectos del aprendizaje. (35).

Los problemas del sueño, la dificultad para iniciar y mantener el sueño, el sueño no reparador y la somnolencia diurna excesiva se asocian con efectos adversos sobre el bienestar, el funcionamiento y la calidad de vida. Las consecuencias de la pérdida del sueño y los trastornos del sueño no se limitan a las personas afectadas; también perturban a familias y comunidades. Aunque relativamente escasa, la investigación descrita en esta sección apunta a un impacto generalizado en la salud y el bienestar de los compañeros de sueño y otros miembros de la familia. Su calidad de sueño y su salud pueden verse afectadas, al igual que su bienestar, ingresos y capacidad para cuidar a los niños o familiares enfermos. Los efectos adversos sobre la cohesión familiar, a su vez, pueden provocar graves trastornos familiares y divorcios. De manera similar, la interrupción del sueño de los cuidadores familiares tiene efectos sociales más amplios al contribuir a la hospitalización o la colocación en un hogar de ancianos de los familiares enfermos a los que brindan atención. (36).

El gran público suele ver el sueño como una pérdida de tiempo, durante el cual no ocurre nada productivo. Uno solo tiene que examinar coloquialismos comunes como "no se deje atrapar durmiendo", "si duerme, perderá" o "el tiempo es dinero" para tener una idea de la actitud predominante de que dormir es opcional, un lujo o sin importancia. De hecho, ser capaz de "arreglárselas con 4 horas de sueño" (y así poder aumentar la productividad) a menudo se considera un rasgo envidiable.

Los patrones diarios de sueño y vigilia ya no están impulsados por el ciclo de luz y oscuridad, sino más bien por los horarios de trabajo, los intereses económicos y la creciente globalización. Desafortunadamente, los programas resultantes "24 horas al día, 7 días a la semana" generalmente no son óptimos en términos de satisfacer los requisitos fisiológicos para dormir. Por lo tanto, la somnolencia diurna y sus consecuencias se están convirtiendo en problemas cada vez más comunes que afectan hasta al 15% de la población. (37).

Para algunos, la interrupción del sueño y la somnolencia constante a menudo se consideran una parte inevitable de sus roles sociales como cónyuges, trabajadores, cuidadores, etc. Aunque mejorar la dieta y el ejercicio como parte de un programa de estilo de vida saludable es aceptable, el sueño sigue considerándose un lujo prescindible. Por lo tanto, el desempeño y las responsabilidades sociales a menudo pueden tener prioridad sobre el sueño, en gran parte debido a las múltiples demandas y expectativas de roles. El estigma es un problema que a menudo complica las enfermedades crónicas. Los estándares aceptables para roles y actividades están determinados socialmente, y los individuos que se desvían de estas expectativas debido a una enfermedad crónica a menudo son etiquetados como "diferentes" y, por lo tanto, estigmatizados. De manera similar, las personas con ciertos trastornos del sueño, que a menudo son de naturaleza crónica, también pueden ser estigmatizadas debido a la incapacidad de cumplir con las expectativas del rol. (38).

Un factor adicional que puede subyacer a este estigma es que el sueño generalmente se percibe erróneamente como una actividad "asocial". Sin embargo, el sueño es en realidad un tipo muy importante de interacción social, una actividad que se negocia con uno mismo, la familia, los amigos, los empleadores, los legisladores, los compañeros conductores en la carretera, etc. Cuándo, dónde y cómo

ocurre el sueño es un asunto sociocultural extremadamente importante, y puede haber considerables consecuencias socioculturales negativas cuando el comportamiento del sueño, ya sea intencional o no, es inaceptable. La obesidad también presenta otro desafío para algunas personas con trastornos del sueño. La obesidad engendra sentimientos negativos entre los cuidadores, que pueden afectar la atención médica de una persona. La falta de conciencia entre el público en general que resulta de la ausencia de contenido sobre el sueño en los programas de educación de salud pública hace que los pacientes duden en hablar sobre los problemas del sueño con sus proveedores de atención médica. Además, el miedo a ser etiquetado como teniendo un problema psiquiátrico o exhibiendo comportamientos de búsqueda de drogas también son elementos disuasorios. (39).

En el caso del insomnio, la más común de todas las quejas relacionadas con el sueño, los pacientes generalmente no buscan ayuda porque creen que no se puede hacer nada o que los proveedores de atención médica no harán nada para abordar el problema. Los pacientes con somnolencia diurna excesiva representan el grupo más grande que busca ayuda en los laboratorios del sueño, pero a menudo solo después de haber encontrado numerosos problemas que interfieren con el desempeño de las actividades normales de la vida diaria, su capacidad para tener un trabajo y mantener un matrimonio, interactuar socialmente o tener tuvo un accidente. Con demasiada frecuencia, estos individuos han sido etiquetados como perezosos o desmotivados. (40).

b. Confort con el sueño

El sueño es beneficioso para la mente, el cuerpo y el espíritu. Dormir la cantidad adecuada de sueño de buena calidad es una de las medidas de autoayuda más efectivas que puede tomar para mantener o recuperar su salud y aumentar su

sensación de bienestar. Estas son solo algunas de las ventajas que puede brindarle dormir bien. Mientras duerme, el cuerpo se construye y se repara renovando las células. El sueño repone la energía y fortalece su sistema inmunológico, haciéndolo menos susceptible a infecciones y virus. La investigación muestra que dormir mal puede alterar las hormonas que regulan la sensación de hambre y saciedad. Dormir bien puede ayudarlo a controlar la ingesta de alimentos y controlar su peso. El cerebro realiza tareas domésticas vitales mientras duerme, registra y clasifica los datos diarios que encontramos, y luego los almacena como memoria a corto o largo plazo. Dormir bien levanta el ánimo y fortalece la resiliencia emocional. También hay evidencia de que puede reducir el riesgo de depresión y otras enfermedades mentales. Dormir menos de seis horas por noche aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca. El sueño profundo reduce tanto la frecuencia cardíaca como la presión arterial, que pueden ser factores que reduzcan este riesgo. (41).

Para algo tan esencial para nuestra salud y bienestar, el sueño sigue siendo un misterio para los científicos. Aún queda mucho por entender sobre por qué lo necesitamos, pero ahora sabemos más sobre el proceso en sí. La respuesta corta es que no conocemos la función precisa del sueño, podría ser permitir que el cuerpo y el cerebro realicen un mantenimiento y reparación vitales, eliminen las toxinas acumuladas o creen y consoliden recuerdos. A medida que la luz natural se desvanece, nuestro cerebro comienza a producir melatonina, lo que nos hace sentir somnolientos. Cuanto más tiempo estamos despiertos, más sentimos la presión del sueño, que es la necesidad biológica de dormir, causada por diversos factores físicos y hormonales. A medida que se aclara, la producción de melatonina en el cuerpo disminuye. Además, después de un sueño prolongado, la presión del sueño es

mínima. Sin necesidad biológica de dormir, nos despertamos naturalmente, sintiéndonos descansados (42).

El cuerpo tiene un sistema de cronometraje incorporado que establece todos sus ritmos, como dormir, comer y digerir. Este "reloj corporal" interno se conoce como nuestro ritmo circadiano. Funciona en gran parte como reacción al reloj externo de 24 horas, cuando el nervio óptico detecta la luz del día, una parte de nuestro cerebro llamada núcleo supraquiasmático produce la hormona estimulante serotonina para despertarnos. Cuando los niveles de luz caen al final del día, se le pide al cuerpo que produzca la hormona melatonina que induce el sueño. A lo largo del día, experimentamos diferentes niveles de energía, estado de alerta, vigilia y somnolencia, dictados en parte por nuestros ritmos circadianos. Este ciclo tarda un promedio de 24 horas en completarse, aunque algunos relojes corporales funcionan más rápido o más lento de lo normal. (43).

Las hormonas juegan un papel clave en cómo y cuándo dormimos. La serotonina de este químico aumenta con la exposición a la luz natural. A veces se la conoce como la "hormona de la felicidad", ya que ayuda a estabilizar nuestro estado de ánimo. También promueve la vigilia y ayuda a regular el sistema nervioso. La melatonina cuando estamos expuestos a condiciones de poca luz u oscuridad, nuestro SCN le dice a la glándula pineal del cerebro que comience a liberar melatonina. Esta hormona nos ayuda a dormir reduciendo la temperatura corporal y la presión arterial y controlando los niveles de ansiedad. El cerebro es fundamental para todos los aspectos del sueño. Controla nuestros ritmos de sueño y vigilia y los diferentes tipos de sueño que experimentamos. Mientras dormimos, permanece activo, creando y procesando recuerdos y limpiando viejas vías neuronales para permitirnos aprender cosas nuevas. (44).

Mientras se duerme, el cerebro recorre constantemente diferentes fases de actividad. Durante la fase conocida como sueño de ondas lentas, la mente "repite" lo que ha experimentado ese día y evalúa si vale la pena almacenarlo o no. Esta pieza esencial de la limpieza mental se conoce como consolidación. El hipocampo juega un papel crucial en este proceso de convertir los recuerdos a corto plazo en recuerdos a largo plazo. La información se envía desde la parte de la memoria de trabajo del cerebro al hipocampo, donde circula y se codifica, luego se envía a lo largo de las neuronas y a través de las sinapsis a la corteza, que es el centro de almacenamiento a largo plazo del cerebro. Luego, los datos van y vienen entre el hipocampo y la corteza, hasta que se consolida como un recuerdo y se mueve permanentemente hacia la corteza. Las personas que duermen inmediatamente después de estudiar obtienen mejores resultados para retener lo que han estudiado. Esto es cierto para ambos tipos de memoria que se utilizan para aprender; la memoria declarativa, que es la capacidad de recordar hechos e información, y la memoria procedimental, que le permite recordar cómo hacer algo, como tejer o conducir un automóvil. Investigaciones recientes también sugieren que el cerebro incluso es capaz de procesar y retener información nueva que recibe mientras dormimos. (45).

Para dormir de forma adecuada, la temperatura debe de estar alrededor de 17-18 ° C. La exposición a la luz reduce los niveles de melatonina y puede despertarlo. Las persianas opacas o las cortinas pesadas son ideales, especialmente durante el verano cuando amanece temprano. La luz emitida por dispositivos como tabletas y teléfonos puede reducir la producción de melatonina del cuerpo hasta en un 25 por ciento. La luz intensa de onda corta que emana de las pantallas de hardware como televisores, computadoras, tabletas y teléfonos móviles se conoce como luz azul. La producción de melatonina se desencadena por la poca luz: cuanto más oscura se

vuelve, más produce, lo que lo prepara para dormir. Toda la luz suprime la melatonina, pero la luz azul es especialmente estimulante: los receptores en las retinas absorben la luz azul más que otros colores. (35).

Visualizar una mejor experiencia de sueño para usted puede provocar cambios físicos y hormonales que faciliten la búsqueda de sueño. La desensibilización sistemática es una especie de versión escrita y basada en listas del enfoque cognitivo, donde registra sus asociaciones nocturnas adversas y adjunta alternativas positivas para desintoxicarlas. La terapia de restricción del sueño entrena a su cerebro para asociar la cama con un lugar para dormir y no con inquietud. Se enfoca en establecer rutinas estrictas, como horarios fijos para dormir y despertar. La terapia cognitivo-conductual desafía sus ideas y hábitos negativos y lo ayuda a establecer patrones de comportamiento y pensamientos más positivos. Cuando nos acostamos estresados o enojados, nuestros niveles de adrenalina y noradrenalina se elevan. Estas dos hormonas interrumpen el sueño REM, que es el período en el que más soñamos. Esto significa que las personas estresadas no solo duermen menos, también sueñan menos, lo que deja poco tiempo para que los sueños procesen eventos, emociones y recuerdos, lo que a su vez genera aún más estrés. Para romper este ciclo, trate de asegurarse de estar relajado y tranquilo a la hora de acostarse. (34).

Su cerebro de sueños es su consejero interno: escúchelo. Es una buena idea llevar un diario de sus sueños. Registrar no solo los eventos en su sueño, sino cómo lo hizo sentir y cómo se sintió antes de irse a dormir. Surgirán patrones en los que puede pensar y abordar. Disfrutar de la naturaleza tiene dos grandes beneficios para dormir. Nos hace sentir emocionalmente equilibrados y mejora físicamente nuestra salud en general. Un buen paseo restaura y vigoriza. La clave es involucrar todos sus sentidos: notar los aromas y ruidos, el relajante sonido de las olas en la orilla; canto

de pájaro melodioso, el embriagador perfume de las flores. Esto es la atención plena en acción, utilizando los ritmos y sonidos de la naturaleza para calmar su cuerpo y espíritu. Es un simple cambio de estilo de vida y es muy efectivo. (27).

La manera de dormir bien por la noche es lograr un buen equilibrio de vida entre los compromisos laborales, el tiempo en familia, el ocio y el descanso. Puede ser un desafío, ya que muchos de nosotros llevamos vidas presionadas por el tiempo, pero aquí hay algunos consejos para encontrar el equilibrio que necesita. Los días de trabajo prolongados pueden conducir a noches y comienzos cada vez más tempranos, una receta segura para interrumpir el sueño. Es importante establecer límites entre su trabajo y su vida personal, especialmente ahora que el correo electrónico y las redes sociales nos permiten contactarnos a cualquier hora. Puede ser útil iniciar un pequeño ritual al final del día para marcar el final del trabajo y el comienzo del tiempo de inactividad. Aprovecha el tiempo que ganaste para disfrutar de una variedad de actividades y pasatiempos diferentes. Involucrar las partes "pensantes" y "creativas" del cerebro ayuda a mantener una sensación de equilibrio y calma. Se puede mejorar el estado de ánimo utilizando una técnica de visualización simple, recordar un evento feliz o divertido y recordarlo en detalle desencadenará la producción de las hormonas serotonina y dopamina para sentirse bien. Sentirse conectado los seres queridos y compartir sentimientos con ellos lo hará sentir más apoyado y generará menos preocupaciones y dudas a la hora de acostarse. (37).

c. Regularidades del sueño

La narcolepsia es un síndrome caracterizado por somnolencia diurna excesiva, cataplejía, alucinaciones hipnagógicas, parálisis del sueño y alteración del sueño nocturno. Aunque esto es correcto en sí mismo, simplemente enumerar estos síntomas no transmite lo que significa padecer narcolepsia. El problema clave de

estos pacientes, presente implacablemente todos y cada uno de los días de su vida, es su incapacidad para permanecer completamente alerta o incluso despiertos durante períodos más largos del día, lo que paradójicamente se acompaña de dificultad para permanecer dormidos durante la noche. Además, los límites fisiológicos estrictos de los componentes específicos de las etapas de vigilia y sueño son fluidos. Además, quienes padecen narcolepsia con cataplejía corren claramente un riesgo de obesidad, fatiga y comorbilidades psiquiátricas como ansiedad, depresión y posiblemente también trastornos alimentarios. El trastorno tiene un impacto negativo severo en el funcionamiento diario y la calidad de vida. (23).

La narcolepsia se caracteriza no sólo por la incapacidad de permanecer despierto, sino también por una sensación subjetiva de somnolencia que se expresa en una dificultad para concentrarse y mantener la atención, lo que conduce a un rendimiento deficiente cuando parece estar despierto. Los déficits en el desempeño y el sueño (insomnio) ocurren típicamente durante actividades monótonas como mirar televisión, leer un libro, asistir a una reunión o ser un pasajero en un automóvil. En casos más graves, los ataques de sueño también pueden ocurrir cuando los pacientes están más activos, como durante la cena, mientras caminan o incluso cuando montan en bicicleta. Los ataques de sueño tienden a ser breves, por lo general menos de 20 minutos, a veces solo varios minutos y refrescantes por algún tiempo. El número puede variar de uno a más de diez por día, dependiendo no solo de la gravedad de la narcolepsia sino también de las circunstancias. Cuando la fatiga está presente, puede agravar la queja, porque generalmente se asocia con menos actividad física. (34).

La cataplejía, se caracteriza por una pérdida bilateral repentina del tono del músculo esquelético, con conciencia conservada, provocada por las emociones.

Pueden estar afectados todos los músculos esqueléticos estriados, excepto los músculos extraoculares y respiratorios. La cataplejía puede ser completa, lo que indica una pérdida completa de actividad de todos los grupos musculares. Pero más a menudo es parcial y solo afecta el control de las rodillas, la cara y el cuello. La debilidad del cuello, que produce caída de la cabeza, es común, mientras que la debilidad facial puede producir flacidez de la mandíbula y disartria. (37).

Se ha establecido desde hace mucho tiempo que la privación del sueño degrada aspectos de la capacidad neuroconductual durante la vigilia. En humanos, se han diseñado numerosas pruebas para capturar elementos específicos de las funciones cognitivas en vigilia. Las medidas de rendimiento neurocognitivo resultantes proporcionan un índice del grado de deterioro funcional presente en un individuo, y se han utilizado para responder preguntas teóricas y aplicadas sobre la naturaleza de la capacidad neuroconductual en personas sanas privadas de sueño. Décadas de investigación sobre la privación del sueño en seres humanos han dado como resultado la opinión de que la medida en que una determinada tarea cognitiva revela cambios durante la privación del sueño depende de parámetros de la tarea como la duración, la complejidad, la tasa de respuesta e intereses. Como tal, los hallazgos con respecto al tipo y la magnitud del deterioro del rendimiento durante la privación del sueño dependen, en gran medida, tanto de estos parámetros de la tarea como de cualquier tipo particular de prueba cognitiva. En los últimos años, un enfoque en los efectos de la pérdida de sueño en regiones específicas del cerebro, especialmente la corteza prefrontal, ha dado como resultado el uso de tareas que se cree que activan de manera única este sustrato. Se ha utilizado una amplia variedad de pruebas en experimentos de privación del sueño que van desde pruebas simples

de tiempo de reacción hasta tareas complejas de capacidad cognitiva de orden superior y función. (32).

La privación del sueño actúa principalmente en el lóbulo frontal, para producir una disfunción de la corteza frontal, reversible mediante la recuperación del sueño. Se ha argumentado que la memoria de trabajo depende de un sistema central de atención ejecutiva, y que los constructos de atención ejecutiva y memoria de trabajo están estrechamente relacionados, el desempeño en las tareas de la memoria de trabajo predice el desempeño en una variedad de otras tareas de las pruebas cognitivas. De hecho, es probable que la memoria de trabajo y su atención ejecutiva subyacente sean fundamentales para el desempeño en prácticamente cualquier tarea neurocognitiva. En pocas palabras, sin la capacidad básica para mantener la atención, es imposible realizar cualquier tarea de una manera dirigida a un objetivo. La atención sostenida estable es, por tanto, un criterio necesario, pero no suficiente, para el funcionamiento cognitivo normal. (44).

El insomnio es un trastorno que se caracteriza por la dificultad para iniciar o mantener el sueño o por una mala calidad crónica del sueño. La interrupción del sueño nocturno acompañante son las quejas diurnas (p. Ej., Fatiga, falta de concentración, funcionamiento social reducido, etc.) que pueden comprometer significativamente el funcionamiento diario, el estado de salud y la calidad de vida. Las dificultades para dormir pueden surgir de una variedad de condiciones o circunstancias, como estrés, factores ambientales, cambios en el ciclo de sueño-vigilia, enfermedades médicas o psiquiátricas o ingestión de sustancias que alteran el sueño. Independientemente de los factores desencadenantes, el insomnio puede asumir un curso crónico perpetuado por anomalías psicológicas, emocionales y conductuales que persisten en el tiempo y provocan una interrupción continua del

sueño. Entre ellas se incluyen creencias y actitudes disfuncionales que pueden contribuir a la ansiedad por el desempeño relacionada con el sueño y conducir a un despertar perturbador del sueño. Además, los conceptos erróneos del paciente sobre las prácticas que promueven el sueño pueden dar paso a una variedad de estrategias compensatorias que solo perturban aún más el sueño. Por ejemplo, dormir una siesta durante el día o pasar más tiempo en la cama en busca de un sueño impredecible y esquivo solo puede servir para interferir con los mecanismos homeostáticos normales diseñados para operar automáticamente ante la falta de sueño. (25).

2.2.2. Ansiedad

La principal fuente de ansiedad en las enfermeras es: el miedo a infectarse o infectar a otras personas sin saberlo, la falta de equipo de protección personal, la duda de que su la institución los apoyaría si se infectaran, temor de ser desplegados en una sala o unidad desconocida. Si bien un nivel bajo de ansiedad es útil para motivar y despertar entusiasmo en un individuo, la exposición persistente a la ansiedad puede tener consecuencias negativas en la salud fisio psicológica y en el desempeño laboral. Una gran cantidad de estudios han resaltado los efectos negativos de un mayor nivel de ansiedad, incluida la pérdida del deseo de comer, mareos, trastornos del sueño y vómitos o náuseas. Los niveles más altos de ansiedad también se asociaron con deterioro en algunas funciones corporales, mecanismos de afrontamiento negativos (como una mayor ingesta de alcohol o drogas), estrés y depresión y una mayor ideación suicida. Además, la ansiedad no controlada puede tener efectos a largo plazo en el desempeño laboral y la satisfacción laboral de las enfermeras, lo que lleva a un ausentismo frecuente y una eventual rotación. La implementación de medidas para reducir la ansiedad entre las enfermeras puede prevenir sus consecuencias adversas y es vital para mantener una fuerza laboral de enfermería bien comprometida. Para abordar de manera efectiva la

ansiedad o los temores de las enfermeras, es de vital importancia apoyar su salud mental, psicológica y emocional a través de medidas basadas en evidencia. La resiliencia personal y el apoyo social y organizacional son factores vitales que protegen a las enfermeras de la adversidad y el estrés, permitiéndoles mantener su bienestar mental y salud psicológica. (46).

La ansiedad es causada por el cortisol que se incrementa ante la percepción de amenaza; las respuestas físicas separadas son una preparación coordinada para manejar la amenaza; las diferentes respuestas son provocadas por los mismos productos químicos. La adrenalina crea la conciencia de que puede estar sucediendo algo relevante para su supervivencia y debe concentrarse completamente en ello. El cortisol solo se libera si decide que el ruido es realmente una amenaza. La adrenalina evolucionó para preparar el cuerpo para una acción inmediata, mientras que la función del cortisol es impulsarlo para una lucha sostenida. El cortisol aquí porque es la sustancia química más directamente asociada con la percepción de amenaza. El cortisol genera la sensación en todo el cuerpo de enfrentamiento a una amenaza mortal. Una vez que se enciende, experimenta cambios en su frecuencia cardíaca, digestión, respiración, ojos, oídos, piel, hígado y sistemas inmunológico y reproductivo. Las experiencias pasadas asoció los sentimientos con amenazas, independientemente de lo que esté pensando el cerebro verbal. A menudo, el cerebro verbal nota la respuesta e intenta explicarla con las vías que tiene. Puede redirigir esta respuesta cuando la comprenda. (47).

El cortisol evolucionó para proteger del daño de tres maneras: llama la atención, prepara para actuar y permite reconocer amenazas futuras similares. El cortisol capta la atención incluso cuando prefiere hacer otra cosa. Un mono prefiere seguir comiendo cuando escucha la advertencia de un depredador de un compañero de tropa. El cortisol se siente mal porque sentirse mal promueve la supervivencia. La selección natural

construyó un cerebro que prioriza el cortisol que lo prepara para actuar. El cortisol lo motiva a hacer lo que sea necesario para detenerlo. No siempre sabe qué hacer, por desgracia, y es posible que ni siquiera sepa qué es "eso". Quizás un pequeño comentario o una pequeña expresión facial te ayudó a comenzar. Por mucho que no quieras ser ese tipo de persona, el cortisol sigue intentando protegerte de posibles daños. El cortisol prepara para la acción despertando al sistema nervioso simpático. Pero en el mundo moderno, la acción física rara vez es la mejor respuesta a las amenazas percibidas. Por lo tanto, terminamos sofocando nuestra excitación en lugar de usarla. Reprimas tu excitación cuando tu ser querido hace ese pequeño comentario o tu jefe hace esa pequeña expresión facial. (48).

El cortisol protege de daños futuros al registrar las vías neuronales que lo activan más rápido la próxima vez. Comprender esta función es la clave para controlar la ansiedad. Desde una perspectiva de supervivencia, aliviar una amenaza es la mejor recompensa que existe. Es por eso que el cortisol llama su atención con la necesidad de detenerlo. Puede parecer que el mundo está en crisis cuando el cortisol está haciendo el trabajo para el que evolucionó (49).

Las personas con trastornos de ansiedad han luchado contra la ansiedad excesiva y la evitación persistente y que les cambia la vida durante muchos años. Cuando el peligro es real, la ansiedad y la emoción relacionada, el miedo, son sus amigos, por lo que evitarlo, que es parte de su respuesta ansiosa, es apropiado y razonable. Sin embargo, cuando ve un peligro donde no lo hay, esta misma ansiedad y evitación ya no lo ayudan a sobrevivir, sino que hacen que cada día sea un poco más difícil. Cuando esto sucede, ha cruzado la línea entre la ansiedad y la evitación útiles e inútiles. Esto podría significar que tiene un trastorno de ansiedad. Este capítulo también describe la diferencia entre la ansiedad y un trastorno de ansiedad, y describe las características de

los trastornos de ansiedad típicos con los que este libro puede ayudar. Luego presenta las partes de su respuesta ansiosa y describe las habilidades que se presentan más adelante en el libro y que se enfocan en estas partes en particular. (50).

La ansiedad y la evitación son normales y útiles. Nos protegen, nos motivan y nos enseñan. La ansiedad nos alerta de que podríamos estar en peligro y nos prepara para lo peor. La ansiedad nos indica que debemos centrar nuestra atención y energías en lo que podría suceder. Cuando nos sentimos ansiosos, nuestra mente y nuestro cuerpo entran en un estado de vigilancia y comenzamos a prepararnos para lo peor. La ansiedad empuja a planificar y prepararnos. La ansiedad es una parte inevitable de la vida, siempre que la vida incluya amenazas y peligros. La ansiedad es evidencia de nuestra voluntad de vivir, prosperar y trascender las cosas que nos amenazan; la ansiedad es una fuerza vital. El miedo hace sonar la alarma de que estamos en peligro, quizás no de la misma manera que con la ansiedad, y nuestras mentes y cuerpos reaccionan de inmediato, sin pensar. Si estás trotando y algo entra en tu campo de visión, inmediatamente te agachas o te alejas. Si usted y un amigo caminan por la acera y giran en una esquina y de repente se enfrentan a un ciclista que viene directamente hacia usted, salta rápidamente de la acera y también saca a su amigo del camino, sin pensar ni dudar. En estas situaciones, su miedo lo motiva a actuar de inmediato. No necesita pensar si podría estar en peligro y cuál podría ser ese peligro. De hecho, si lo pensara, aunque fuera unos segundos, usted y su amigo podrían resultar heridos. Cuando sentimos miedo, no pensamos en escapar; simplemente lo hacemos, y sucede tan rápido que no necesariamente establecemos la conexión de que estamos en peligro. (51).

Los comportamientos de evitación son las cosas que hace o no hace para reducir su ansiedad. Si puede, puede evitar por completo las situaciones que teme. Cuando no puede evitar un objeto, actividad o situación, puede dejarlo o escapar de él tan pronto

como pueda. Si le preocupa que la gente piense que es aburrido, puede salir de una cena o esconderse en el baño. Si le preocupa que pueda tener un ataque de pánico en cualquier momento, puede salir corriendo de un teatro o reunión. Cuando no pueda evitar por completo la situación o dejarla cuando quiera, puede intentar evitarlo parcialmente o comportamientos de seguridad para disminuir su ansiedad. Si tiene ansiedad social, puede evitar mirar a las personas a los ojos cuando les hable. Además de evitar los objetos, las actividades y las situaciones que lo ponen ansioso, puede evitar las imágenes y los pensamientos que forman parte de su respuesta ansiosa, intentando suprimirlos o reemplazarlos por otros positivos. La evitación es quizás la característica más debilitante de su trastorno de ansiedad. No solo evitas los objetos y situaciones que desencadenan tu ansiedad, sino que también aprendes a evitar la ansiedad en sí. Evitar tu respuesta ansiosa y las muchas situaciones y actividades en las que surge te arrincona. La evasión te encierra y limita tu vida. De hecho, su ansiedad no es el problema; su deseo de evitar sentirse ansioso a toda costa es el problema. Evitar su respuesta ansiosa le dificulta vivir una vida plena y significativa. (52).

Dimensiones de la variable ansiedad

Para dimensionar la variable ansiedad se tuvo en cuenta al autor Appel A, Carvalho A, Santos R., el año 2021 (53).

a. Vivencias subjetivas

Aunque la experiencia de "la ansiedad no es algo fácil de captar" por el intelecto, sabemos, sin embargo, que "es en primer lugar algo sentido, un estado afectivo". El sentimiento es generalmente desagradable, consta de componentes somáticos y psíquicos y suele ir acompañado de un presagio de peligro, pero en ausencia de un objeto externo definido. El miedo se concibe como una respuesta a alguna valoración intelectual de la situación de peligro y tiene un elemento motivador

o energizante que busca "hacer algo" sobre el estado actual de desequilibrio mental. La ansiedad, por el contrario, moviliza el pensamiento disfuncional autoconservador, que produce una parálisis de la acción. Mientras que en la ansiedad el "objeto" es vago e indefinido, en la fobia hay un objeto objetivo de miedo; por ejemplo, miedo a las alturas, las multitudes, los gatos y los espacios abiertos. Ambas condiciones van acompañadas de una sensación de suspenso, "en el aire". En la excitación ansiosa hay una difusividad que induce a la desesperación, mientras que en los estados fóbicos hay un miedo irracional y exagerado basado en la percepción de alto riesgo y el deseo de evitar la situación que induce al miedo. El pánico es un estado de reacción de ansiedad aguda, exagerada, con intensa reactividad fisiológica y necesidad de huir de estímulos abrumadores, amenazantes y "peligrosos". En la ansiedad, el pánico y las respuestas fóbicas hay un estado de alerta somática y psíquicamente agotador (como en el funcionamiento de emergencia) y un conjunto cognitivo que socava la resolución eficiente de problemas. En los estados y trastornos de ansiedad, la acción a menudo se paraliza, en el contexto de la pasión predominante. y el compromiso de la autonomía personal, la voluntad y la organización de la identidad del sujeto. (54).

La experiencia de la ansiedad está íntimamente relacionada con la pasividad psicofisiológica, el individuo está sufriendo un cambio, o alguna alteración adversa en su equilibrio cognitivo-afectivo/somático. Además, está la implicación de que los estados internos son inestables y que las defensas del sujeto están siendo invadidas por fuerzas internas incontrolables. El sujeto se siente actuado sobre (pasión) en lugar de actuar autónomamente sobre (acción) la situación inmediata. Así, en el discurso ordinario, hablamos de estar "atrapado", "agarrado" y "desgarrado" por una emoción (55).

La excitación ansiosa ocupa un lugar destacado en la comprensión e intervención del paciente. Como seres humanos, las personas tienen una tendencia natural de asignación de significado hacia personas, cosas, lugares y situaciones. La estructura de significado se encuentra en el centro del sentido de vulnerabilidad y debe modificarse para que se produzca la resolución o la gestión. El factor de vulnerabilidad como el núcleo de los trastornos de ansiedad y se define como: "La percepción de una persona de sí misma como sujeto a peligros internos y externos sobre los cuales su control carece o es insuficiente para brindarle una sensación de seguridad" (56).

En el contexto de la neurosis traumática, este tormento interno, sufrimiento y tortura afectiva a menudo se asocia con imágenes que amenazan la vida del individuo. Clínicamente, estos fenómenos están implícitos en producciones verbales, fantasías y sueños, pesadillas y terrores nocturnos. Los sueños o pesadillas traumáticos están repletos de la sensación de inmovilidad física, incapacidad motora y una "voluntad congelada": la incapacidad para hacer las cosas y la sensación de estar encadenado al suelo. Por tanto, los pacientes informan haber sido "convertidos en piedra", pies fijados al suelo por "una sustancia pegajosa", y de pies temblorosos que arraigan en la tierra como un árbol. Las imágenes de los sueños traumáticos suelen representar instrumentos defensivos disfuncionales; por ejemplo, un arma que no dispara al enemigo aterrador que se acerca rápidamente de manera amenazante. La acción no consumada orientada a la autoconservación durante un evento traumático genera una ansiedad abrumadora en los sueños y en el estado de vigilia. (57).

La ansiedad prolongada conduce a la depresión, el retraimiento, el aislamiento y a patrones de mala adaptación adicionales que provocan ansiedad. En

términos de la práctica clínica, no es inusual encontrar que la ansiedad de un paciente está conectada dinámicamente con la hostilidad reprimida. La ansiedad representa el "renacimiento" del dolor y la incomodidad anteriores asociados con el proceso del nacimiento, que se vive como una respuesta al peligro provocado por las "amenazas" de separación y abandono, castración y aniquilación, pérdida de los apoyos sociales, pérdida de una parte del cuerpo o de una función particular (como en la discapacidad física). Cuando la ansiedad se intensifica obliga al individuo a movilizar una acción defensiva, cuyo éxito resulta en un alivio de la excitación, mientras que el fracaso defensivo conduce a la desorganización, la sensación de estar en peligro y al colapso final; la ansiedad puede ser desorganizadora, que se compone de componentes psíquicos y somáticos, y representa una amenaza internamente desorganizadora para el sentido de venta de una persona. La eficacia en el manejo del significado es un logro importante con el paciente ansioso. Esto promueve mejores estrategias de afrontamiento al ofrecer al paciente un "conjunto viable de creencias". (58).

b. Dificultad funcional

La ansiedad puede formarse como un sentimiento subjetivo de ansiedad, como un comportamiento preocupado y agitado, o respuestas fisiológicas que se originan en el cerebro y se reflejan en forma de un aumento de la frecuencia cardíaca y músculos tensos. Los signos del trastorno de ansiedad general son tensión muscular, agitación mental, propensión a la fatiga, irritabilidad y trastornos del sueño. La ansiedad es una amenaza cuya fuente es desconocida, interna, vaga y conflictiva. La identificación de la ansiedad se divide en cuatro niveles: leve, moderada, severa y pánico. Cada individuo tiene un nivel diferente de ansiedad que se caracteriza por diferencias en la integridad y el nivel de las circunstancias existentes. Cuanto mayor es el nivel de ansiedad individual, más condiciones físicas

y psicológicas afectan al paciente. La ansiedad es parte de la vida humana diaria. Para las personas que se adaptan bien, la ansiedad se puede superar rápidamente. Para aquellos cuyos ajustes no son lo suficientemente buenos, la ansiedad puede ser la mayor amenaza para sus vidas e inhibir sus actividades diarias. (59).

La ansiedad leve está asociada con la tensión en la vida cotidiana. Esta ansiedad hace que el individuo esté alerta y aumente su percepción. Esta ansiedad puede motivar el aprendizaje y producir crecimiento y creatividad. Por lo tanto, los resultados de la ansiedad experimentada por el encuestado visto desde una respuesta emocional muestran que las enfermeras con discapacidades leves parecían más relajadas pero un poco impacientes, mientras que aquellas con ansiedad moderada tendían a ser más impacientes e irritables. Las respuestas emocionales de ansiedad leve incluyen sentimientos de relativa comodidad y seguridad, calma, comportamiento automático, un poco de impaciencia, actividad solitaria, estimulada, tranquila. Las respuestas emocionales ansiosas incluyen estar alerta, aprender nuevas habilidades, sentirse incómodo, ofenderse fácilmente, la confianza en uno mismo vacila, impaciente e infeliz. La ansiedad que experimentan las enfermeras puede ayudar funcionalmente a mejorar el desempeño laboral, y viceversa. En consonancia con el aumento y la ansiedad, el desempeño laboral de las enfermeras tiende a aumentar porque están ansiosas por ayudar a las enfermeras a ejercer todas sus habilidades en el cumplimiento de diversos requisitos o necesidades laborales. Cuando la ansiedad ha alcanzado el punto óptimo que se refleja en la capacidad para realizar el trabajo diario de las enfermeras, el aumento o aumento de la ansiedad no suele traducirse en una mejora del desempeño laboral. (60).

Las enfermeras se enfrentan habitualmente al dolor, el sufrimiento, los acontecimientos y la muerte de los pacientes en el lugar de trabajo; en consecuencia,

las reacciones emocionales inapropiadas como el estrés, la ansiedad y la depresión son características conocidas e integrales de la enfermería moderna que pueden causar grandes problemas a enfermeras y pacientes. Los resultados de investigaciones anteriores muestran que las enfermeras, en comparación con las personas en otros trabajos, están más expuestas y son más vulnerables al estrés y los problemas de salud mental. Así, la depresión, la ansiedad y la fatiga son problemas comunes entre ellos. La ansiedad es más prevalente entre las enfermeras que en otros grupos, aunque tiene una tendencia diversa en los diferentes países. De ahí que sea de gran importancia para los directores de hospitales prestar especial atención a la salud mental de las enfermeras. El estado de ansiedad se refiere a la sensación de tensión, el miedo al futuro, la inquietud, la inhibición, la excitación y la activación de los sistemas simpáticos y parasimpáticos autónomos de una persona. El rasgo de ansiedad tiene al menos cuatro aspectos diferentes que incluyen la evaluación social, el peligro físico, la incertidumbre y los comportamientos cotidianos; mientras que el estado de ansiedad incluye angustia cognitiva y sentimiento de autonomía. Es de gran importancia estudiar el estado de ansiedad entre las enfermeras, porque en un estado clínico, observan muchos dolores, sufrimientos y lamentos de las personas todos los días; también experimentan insomnio que puede intensificar sus tensiones. (61).

El aprendizaje efectivo y el desempeño operativo de cualquier individuo están críticamente relacionados con la capacidad de la persona para estar completamente comprometido cognitivamente con la tarea dada, así como con la capacidad de acceder y procesar información relevante de la memoria de trabajo. La ansiedad no solo distrae. También puede ser perturbador e incapacitante, especialmente cuando es extremo. Puede inducir un rendimiento deficiente en la memoria de trabajo espacial y verbal cuando los recursos cognitivos como la atención espacial y las

funciones ejecutivas reservadas para conductas dirigidas a objetivos se ahogan demasiado por la ansiedad. La alteración cognitiva relacionada con la ansiedad también se percibe parcialmente como un reflejo de un sesgo de atención. Esto es especialmente así cuando la ansiedad controla excesivamente algunos procesos sensoriales, perceptuales y de atención. Cuando sucede así, en lugar de procesar información potencialmente importante, la información amenazante se procesa de manera más bien preferencial. (62).

Los estados emocionales con respecto a la ansiedad, la preocupación y la excitación emocional dentro y entre los individuos pueden distraer la memoria de trabajo disponible de la tarea actual y, por lo tanto, dejar una capacidad insuficiente para atender las demandas de la tarea en cuestión. Cuando esto sucede para reducir la capacidad de la memoria de trabajo, el rendimiento de la tarea puede empobrecerse porque los recursos necesarios para realizar tareas simultáneas se vuelven insuficientes. (63).

c. Respuesta neurovegetativa

Como seres humanos, nuestro funcionamiento adaptativo depende en gran medida de nuestra capacidad para formar respuestas emocionales a los estímulos ambientales basados en nuestro conocimiento de los eventos que predicen esos estímulos. Estas respuestas pueden facilitar la comunicación interpersonal, ayudar en la formación de la memoria y promover la toma de decisiones y la acción posterior. De manera más amplia y quizás más importante, la capacidad de aprender asociaciones entre eventos aversivos y las señales ambientales que los predicen es crucial para nuestra supervivencia. El concepto de asociaciones aprendidas proporciona un marco útil para comprender la naturaleza de la capacidad de respuesta emocional en los seres humanos. (64).

Cuando se encuentra un estímulo amenazante, la información obtenida por las facultades perceptivas de un individuo se transmite al tálamo, una estructura del prosencéfalo responsable de la transmisión e integración de la información sensorial. Una vez que está allí, la señal se transmite simultáneamente a los núcleos del tronco del encéfalo para el inicio de los reflejos automáticos y a la amígdala para un procesamiento rápido y de orden superior. Este sistema se mantiene a través de un circuito neural recíproco entre la amígdala y el hipocampo y la corteza sensorial primaria a través del cual tiene lugar el procesamiento y el aprendizaje continuos. Las vías aferentes transmiten información desde los órganos sensoriales al cerebro y las vías eferentes entregan información desde el cerebro a otros sistemas. Tallos en el cuerpo una vez que la información ha sido procesada por la amígdala. Específicamente, si la amígdala considera que un estímulo es amenazante, se expresa una respuesta de miedo a través de vías eferentes dirigidas a los sistemas motor y neuroendocrino. Los circuitos que involucran el hipotálamo, una estructura del prosencéfalo cerca del tálamo implicada en el funcionamiento neuroendocrino y la excitación autónoma, y la glándula pituitaria, una estructura que se extiende desde el hipotálamo cuyas secreciones influyen en la actividad hormonal en otras glándulas del cuerpo, estimulan la activación autónoma del sistema nervioso central. Las respuestas fisiológicas a este proceso incluyen, por ejemplo, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, dilatación de la pupila y apertura de las vías respiratorias. La respuesta al miedo también incluye proyecciones a las vías motoras. (65).

Las manifestaciones fisiológicas de la activación autónoma funcionan para movilizar a un individuo para la acción. El repertorio de cambios físicos y fisiológicos asociados con la respuesta normal al miedo, así como las sensaciones

cognitivas del miedo, como la hipervigilancia, desaparecen una vez que se ha eliminado el estímulo amenazante. La desregulación del proceso de regulación del miedo puede resultar en ansiedad patológica. Desregulación del procesamiento del miedo El miedo está asociado con cogniciones como la hiperactivación y la vigilancia, así como con comportamientos de pánico, escape y evitación. Si bien la ansiedad implica construcciones cognitivas análogas, no implica una acción defensiva. Como tal, el miedo se entiende como una respuesta de alarma al peligro actual, mientras que la ansiedad es un estado emocional asociado con la preparación para futuros eventos aversivos. La ansiedad normal es transitoria y, por lo general, se puede controlar mediante estrategias de afrontamiento personal como la reevaluación, la atención selectiva y la supresión. (66).

La preocupación es un proceso cognitivo: ocurre en la mente. La preocupación implica anticipar y prepararse mentalmente para posibles resultados negativos en el futuro. la preocupación tiene dos componentes. Uno está pensando en las cosas negativas que podrían suceder y sus consecuencias. El segundo es la resolución de problemas o los intentos mentales de lidiar con estos resultados negativos anticipados. Por lo tanto, se puede pensar en la preocupación como una planificación y preparación mental para el futuro, y la construcción de escenarios elaborados en un esfuerzo por predecir lo que podría suceder y cómo podría lidiar con varias situaciones. Las preocupaciones son pensamientos sobre el futuro. Incluso si está pensando en un evento pasado, cuando está preocupado, está preocupado por las implicaciones futuras del evento. (67).

Quizás se esté preguntando qué desencadena la preocupación en primer lugar, sobre todo porque es posible preocuparse por muchos tipos diferentes de cosas. La investigación ha demostrado que lo que desencadena las preocupaciones es la

experiencia de eventos impredecibles, novedosos o ambiguos. En otras palabras, es más probable que se preocupe cuando se enfrenta a una situación en la que el resultado no es claro (impredecible), donde la situación es completamente nueva para usted (novedosa) o donde la situación en sí no es muy buena. En este tipo de situaciones, debido a que existe cierta incertidumbre sobre el resultado, existen muchas posibilidades sobre lo que podría suceder y no se sabe realmente qué ocurrirá. La preocupación es, por tanto, un intento de pensar en todas estas posibilidades y desarrollar mentalmente un plan de antemano. (68).

Es importante recordar que todo el mundo se preocupa en ocasiones y esto es absolutamente normal. Por ejemplo, todos tendemos a preocuparnos más durante momentos de estrés o cambios importantes en la vida. Es posible que descubra que es más probable que se preocupe cuando tiene un aumento en las responsabilidades laborales, durante los exámenes, cuando alguien de su familia está enfermo o cuando hay un evento significativo en su vida, como mudarse a una nueva casa o casado. Además, la mayoría de las personas a veces se preocupan cuando se enfrentan a situaciones impredecibles, novedosas o ambiguas. El hecho de que se preocupe no es evidencia de que haya un problema. La preocupación es problemática cuando está presente casi todos los días, es excesiva dada la situación, es difícil de controlar e interfiere en la vida diaria de una persona o conduce a una angustia significativa. (69).

Mientras que las preocupaciones ocurren en la mente, la ansiedad ocurre en el cuerpo. La ansiedad es el nombre general para una variedad de sensaciones físicas que las personas experimentan cuando están en peligro o se sienten amenazadas de alguna manera. Las sensaciones de ansiedad pueden incluir un corazón acelerado, cambios en la respiración, problemas estomacales (que van desde mariposas en el

estómago hasta náuseas o diarrea), sudoración, temblores o temblores, sofocos o escalofríos, sensación general de inquietud o nerviosismo y mareos o ligereza. mareo. La ansiedad es parte de un sistema más grande en el cuerpo diseñado para responder a amenazas y peligros. Este sistema de detección de amenazas a veces se denomina respuesta de lucha o huida, y hace exactamente lo que sugiere el nombre: te prepara para luchar contra una amenaza o para huir o huir de ella. Todas las sensaciones físicas asociadas con la ansiedad son en realidad la forma en que el cuerpo lo prepara para actuar en caso de peligro. (58).

Debido a que la ansiedad es parte del sistema de detección de amenazas del cuerpo, es uno de los mecanismos de supervivencia más importantes que tiene. Está presente de alguna forma en todas las criaturas de la Tierra. Funciona para sacarlo del peligro lo más rápido posible; por ejemplo, te ayudará a correr tan rápido como puedas si te persigue un oso. Desafortunadamente, existen dos problemas importantes con el sistema de ansiedad. El primer problema con la ansiedad es que se activa cada vez que cree que está en peligro, aunque en realidad no esté en peligro. Debido a que el sistema de detección de amenazas reacciona a los pensamientos, puede fallar. En otras palabras, es posible sentirse ansioso cuando no existe un peligro real. (47).

El segundo problema con la ansiedad es que en realidad es solo un mecanismo ideal para hacer frente al peligro físico. Si está siendo atacado y necesita luchar o huir, la respuesta de lucha o huida hace un gran trabajo al preparar su cuerpo para hacerlo. Sin embargo, como seres humanos en el mundo moderno, nuestras amenazas diarias no suelen ser físicas. En cambio, lo que más nos preocupan son las amenazas y peligros sociales que anticipamos en nuestras mentes. Por ejemplo, podría preocuparse por llegar tarde al trabajo y hacer que su jefe se enoje, o puede estar

preocupado por lo que hablará cuando conozca gente nueva en una fiesta. Ambas situaciones pueden causar ansiedad, pero ninguna es realmente una amenaza física; no le preocupa que su jefe esté tan enojado o que las personas nuevas sean tan hostiles que le hagan daño físicamente. Sin embargo, todavía siente ansiedad. Esto se debe a que los seres humanos solo tienen un sistema de detección de amenazas en el cuerpo y no diferencia entre amenazas físicas y sociales. Aunque la ansiedad es excelente para impulsarlo a la acción cuando existe un peligro físico, no es ideal cuando la amenaza es social o desencadenada por preocupaciones. Desafortunadamente, debido a que la respuesta de lucha o huida se activa cada vez que se siente amenazado, su primer impulso probablemente será huir y evitar la amenaza, sea cual sea su naturaleza. Cuando se trata de preocupaciones de la vida diaria, esta suele ser una estrategia inútil que puede empeorar sus preocupaciones con el tiempo. (67).

En el trastorno de ansiedad generalizada, existe una preocupación crónica, que ha estado presente durante al menos seis meses. Hay seis síntomas físicos que las personas pueden experimentar, aunque solo tres deben estar presentes para cumplir con los criterios de diagnóstico: sensación de inquietud, nerviosismo; se fatiga fácilmente, dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco; irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, además causan angustia y deterioro significativos en la vida diaria de la persona. (49).

2.3. Marco conceptual

Ansiedad:

Es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Calidad de sueño

La calidad de sueño nos hace referencia al hecho de dormir bien durante la noche y el rendimiento diurno. De esa forma, influye en salud y la buena calidad de vida. (70)

Confort con el sueño

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. (71)

Dificultad funcional

Se refiere a la pérdida o limitación de alguna persona para moverse. Problemas de salud. Alteraciones físicas o funcionales crónicas.

Energía diurna

Es cuando una persona después de tener un descanso placentero por la noche, despierta al día siguiente con ganas de realizar sus tareas.

Regularidades del sueño

Esta regularidad en el sueño, escuchando el reloj interno y respetando las horas de sueño va a colaborar a cuidar nuestro organismo y mantenernos sanos. (29)

Respuesta neurovegetativa

Son reacciones que quedan fuera del control conciente de la persona, tales como entumecimiento, hormigueo, oleadas de calor, debilidad, mareo, latidos acelerados, opresión en el pecho, ahogo, temblores, dificultad para respirar, malestares estomacales, sudoración, ruborización. (20)

Vivencia subjetiva

Es una percepción o una acción la cual produce una sensación y un conocimiento meramente individual.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis principal

La relación entre calidad del sueño y ansiedad es que: a mayor calidad del sueño; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2021

3.2. Hipótesis específicas

- La relación entre calidad del sueño en referencia a la **energía diurna** y ansiedad es que: a mayor calidad del sueño en referencia a la **energía diurna**; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2021
- La relación entre calidad del sueño en referencia al **confort con el sueño** y ansiedad es que: a mayor calidad del sueño en referencia al **confort con el sueño**; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2021
- La relación entre calidad del sueño en referencia a las **regularidades del sueño** y ansiedad es que: a mayor calidad del sueño en referencia a las **regularidades del sueño**; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2021

3.3. Variables del estudio

Variable 1:

Calidad del sueño en profesionales de enfermería

Variable 2:

Ansiedad en profesionales de enfermería

Variables intervinientes:

Sexo

Número de hijos

Edad

Estado civil

Trabajo en otro lugar adicional a la Red de Salud

Estudio de especialidad o post grado

Tiempo de experiencia laboral en la Red de Salud

3.3.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	
Calidad de sueño	La calidad del sueño, es el grado de satisfacción con la experiencia de sueño, involucra: el tiempo, el inicio, el mantenimiento y el despertar; además de la sensación de renovación después de dormir y la ausencia de perturbaciones.	Energía diurna	Es la vitalidad física, emocional, cognitiva y espiritual que se vivencia en el día después del sueño cotidiano	Dificultad para pensar	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos	
				Dificultad para concentrarse			
				Aumento de errores			
				Sensación de irritación			
				Disminución del interés			
				Cansarse fácilmente			
				Somnolencia			
				Aflicción cotidiana			
				Disminución del deseo			
				Aumento del olvido			
		Dolor de cabeza					
		Disminución del apetito					
		Confort con el sueño	Es comodidad en el proceso de dormir, para iniciar, en el mantenimiento, y al despertar; además de no tener sueños perturbadores.	Alivio de la fatiga			
							Recuperación del vigor
							Sensación de despeje
							Sensación refrescante
							Satisfacción
		Regularidades del sueño	Es la ausencia de cualquier tipo de anomalías del sueño que afecten la renovación de energías y dificulten el	Sueño profundo			
				Tiempo suficiente			
Dificultad para volver a dormir							
Dormir después de cierta hora							
Dificultad para conciliar							
Volverse sin dormir							

			<p>óptimo desempeño laboral.</p>	Despertarse fácilmente		
				Interrumpir el sueño		
				Deseo de dormir más		
				Dificultad para levantarse		
				Dificultad para las siestas		

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Ansiedad	Es un estado displacentero de tensión, hiperactividad simpática y dificultad motora que experimenta la enfermera en el trabajo.	Vivencia Subjetiva	Es la sensación de temor indefinido, inseguridad o tensión	Estado ansioso	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Tensión		
				Temor		
				Humor depresivo		
		Dificultad Funcional	Manifestaciones conductuales, observables en forma de inhibición motriz, o más frecuentemente inquietud o agitación	Insomnio		
				Funciones intelectuales o cognitivas		
				Comportamiento durante examen		
		Respuesta Neurovegetativa	Son los cambios fisiológicos periféricos, mediatizados por el sistema nervioso neurovegetativo y por una activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal	Síntomas somáticos musculares		
				Síntomas somáticos sensoriales		
				Síntomas cardiovasculares		
				Síntomas respiratorios		
				Síntomas gastrointestinales		
				Síntomas genitourinarios		
Síntomas del sistema nervioso autónomo						

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

El estudio realizado, se ajusta al método científico en todos sus componentes y en su orientación lógica, debido a que es fáctico porque reporta los hechos tal y como aparecen en la realidad a través de datos empíricos, procura explicar los hechos por medio de teorías. Asimismo, descompone las variables en dimensiones e indicadores, es especializada, se enfoca en un problema y variables bien delimitadas, procura la máxima claridad y precisión, es verificable, se pueden repetir los procedimientos y llegar a los mismos resultados, es esencialista, busca llegar a la raíz del fenómeno estudiado. También, se ajusta al principio de falsabilidad, al admitir que los resultados encontrados son válidos de forma provisional, hasta que aparezcan evidencias contradictorias con un mejor sustento, también admite que sus limitaciones posibilitan el surgimiento de hallazgos discordantes. (72).

En este trabajo científico se aplicó como método específico, el método inductivo, porque a partir de hechos empíricos particulares sobre la calidad de sueño y la ansiedad se llegaron a enunciados generales válidos. Se siguió el proceso de identificar una

realidad problemática específica, enunciación de hipótesis provisionales que fueron probadas o descalificadas por medio de procesos estadísticos, posteriormente se obtuvieron conclusiones generales. Además, al encontrar los hallazgos de una muestra representativa se pudieron inferir resultados válidos para la población, que después podrán ser extrapolados para otras poblaciones. (73).

El estudio obligó a utilizar métodos estadísticos - inferenciales, que posibilitaron la estimación de parámetros basados en los estadísticos que se habían calculado con los datos provenientes de la muestra representativa. (74).

4.2. Tipo de investigación

Básica, ya que su motivación principal fue incrementar los conocimientos sobre la calidad de sueño y la ansiedad, no intervino sobre la realidad ni controló variables. Los resultados no tienen ningún valor comercial ni económico inmediato, aporta información que mejora nuestra comprensión de la naturaleza del sueño y los efectos de su restricción. La información proporcionada permite dar respuesta a innumerables cuestiones importantes y útiles, pero no puede ofrecer una respuesta total e inmediatamente utilizable sobre el sueño y la ansiedad. (75).

Cuantitativa, debido a que se investigó sobre variables bien definidas y operacionalizadas, a las manifestaciones de la variable susceptibles de ser captadas por la experiencia sensible (indicadores), se les asignaron valores numéricos, esto posibilitó acceder a un procesamiento estadístico más riguroso y los resultados fueron más objetivos y de mayor certeza, controlando todo tipo de subjetividad.

Transversal, los datos fueron recolectados en una única vez.

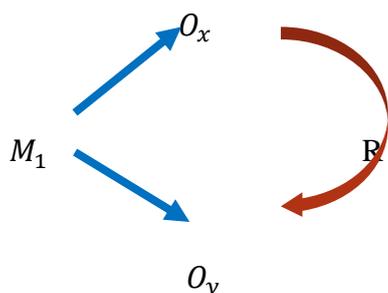
Observacional, las investigadoras registraron los datos tal como se presentaban en la realidad, no se incurrió en ninguna manipulación de las variables, ni se controlaron posibles factores intervinientes. (76).

4.3. Nivel de la investigación

Es relacional; porque el propósito fundamental fue determinar el vínculo entre dos variables, de manera específica se cuantificó, cuanto varia una variable ante modificaciones de la otra variable, esta variación conjunta (covariación) se detectó por medio de un coeficiente de correlación. Se mantiene la firme convicción que la asociación encontrada entre estas variables no es producto del azar. No se recurrió a la manipulación de las variables objeto del estudio. (77).

4.4. Diseño

El trabajo científico desarrollado, fue no experimental, de diseño correlacional, sus particularidades están configuradas de acuerdo a esquema (78):



Donde:

O_x = Datos sobre la calidad de sueño en enfermeras

O_y = Datos sobre la ansiedad en enfermeras

R = Correspondencia evidente entre ambas variables.

M_1 = Grupo muestral único

4.5. Población y muestra

4.5.1. Población

La población en la que se realizó la investigación, fueron 114 enfermeras que trabajan en los establecimientos de la Red de Salud Jauja en el año 2022 y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería que aceptaron tener participación voluntaria en la investigación.
- Profesionales de enfermería que venían laborando por dos o más años en esta red de salud.
- Profesionales de enfermería que afirmaban no tener ni haber tenido ningún proceso administrativo en esta red de salud.

Criterios de exclusión

- Profesionales de enfermería que mostraban poca disposición de cooperación con el estudio.
- Profesionales de enfermería que tenían 5 años o menos para acceder a la jubilación.
- Profesionales de enfermería que afirmaban haber sido diagnosticados con algún problema de salud físico o mental.

4.5.2. Muestra

Para asegurar la validez externa de la investigación fue necesario obtener una muestra representativa, con esa finalidad, se efectuó un cálculo del tamaño muestral mediante la fórmula de tamaño muestral para un solo grupo por proporciones. Obtenido el tamaño muestral el método para extraer a los elementos muestrales de la población fue el muestreo aleatorio simple (MAS).

La fórmula utilizada para el cálculo del tamaño muestral fue la siguiente:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2(N - 1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de enfermeras con buena calidad de sueño y baja ansiedad (50 %)
- q : Proporción de enfermeras con buena calidad de sueño y alta ansiedad (50 %)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Resolviendo:

$$n = \frac{114 * 0.50 * 0.50 * (1.96)^2}{0.05^2 * (114 - 1) + 0.50 * 0.50 * (1.96)^2}$$

$$n = \frac{114 * 0.25 * 3.84}{0.0025 * (113) + 0.25 * 3.84}$$

$$n = \frac{109.486}{0.28 + 0.96}$$

$$n = \frac{109.486}{1.243}$$

$$n = 88.089$$

$$n = 88$$

Debido a que existía, la posibilidad de perder elementos muestrales por múltiples factores no controlables, se decidió incrementar dos elementos muestrales, en consecuencia, el tamaño muestral fue de 90 enfermeras que laboran en la Red de Salud de Jauja en el 2022.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la **evaluación de la calidad del sueño** en las enfermeras, se empleó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de calidad del sueño” que es una adaptación del “Sleep Quality Scale”

elaborado por Hyeryeon Y, Kyungrim S, Chol S, en el 2006 (79). El instrumento consta de 28 preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en tres subescalas que miden las siguientes dimensiones:

- Energía diurna con 12 ítems (1 al 12)
- Confort con el sueño con 7 ítems (13 al 19)
- Regularidades del sueño con 9 ítems (20 al 28).

Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones de respuesta:

- 0 = nunca
- 1 = a veces
- 2 = de forma regular
- 3 = casi siempre
- 4 = siempre.

Para darle interpretación a los resultados, se suman los valores de cada uno de los ítems y se describe el rango de la siguiente manera:

- De (0 a 22.4) = muy alta calidad del sueño
- De (22.5 a 44.8) = alta calidad de sueño
- De (44.9 a 67.2) = regular calidad de sueño
- De (67.3 a 89.6) = baja calidad de sueño
- De (89.7 a 112) = ninguna calidad de sueño

FICHA TÉCNICA

Nombre del instrumento:	Cuestionario de calidad del sueño
Nombre original del instrumento base:	Sleep Quality Scale
Autores:	Hyeryeon Y, Kyungrim S, Chol S,
Procedencia:	Seúl, Corea de Sur

Adaptación española:	Rojas L, Solís Y,
Número de reactivos	28
Opciones de respuesta	Escala tipo Likert
Administración:	Colectiva e individual.
Duración:	De 15 a 25 minutos, comprendidas las orientaciones.
Aplicación:	Profesionales de enfermería
Significación:	Valora la calidad del sueño considerando los siguientes componentes: - Energía diurna - Confort con el sueño - Regularidades del sueño
Tipificación:	Baremos de 5 rangos

En la **evaluación de la ansiedad** en las enfermeras, se empleó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Escala de ansiedad de Hamilton”, que es una adaptación del “Anxiety States by Rating” elaborado por y actualizado por Hamilton M, en el 1989 (80).

Está integrado por 14 ítems, dividido en tres dimensiones, que miden:

- Vivencia subjetiva con 4 reactivos (1 al 4)
- Dificultad funcional con 3 reactivos (5 al 7)
- Respuesta neurovegetativa con 7 reactivos (8 al 14)

Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones de respuesta:

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa

- 4 = Incapacitante

Para dar significado global al instrumento, se suman los valores obtenidos para cada pregunta y se interpreta de acuerdo al rango siguiente:

- De (0 a 11.2) = ninguna ansiedad
- De (11.3 a 22.4) = leve ansiedad
- De (22.5 a 33.6) = moderada ansiedad
- De (33.7 a 44.8) = manifiesta ansiedad
- De (44.9 a 56) = elevada ansiedad.

FICHA TÉCNICA

Nombre del instrumento:	Escala de ansiedad de Hamilton
Nombre original del instrumento base:	Anxiety States by Rating
Autor:	Hamilton M,
Procedencia:	Leeds, West Yorkshire, Inglaterra
Adaptación española:	Traducción y adaptación al entorno español: Lobo A, Chamorro L, Luque A, et al. Adaptación al medio local: Rojas L, Solís Y,
Número de reactivos	14
Opciones de respuesta	Escala tipo Likert
Administración:	Colectiva e individual.
Duración:	De 15 a 20 minutos, comprendidas las orientaciones.
Aplicación:	Profesionales de enfermería
Significación:	Valora la ansiedad considerando los siguientes componentes: <ul style="list-style-type: none"> - Vivencia subjetiva - Dificultad funcional - Respuesta neurovegetativa
Tipificación:	Baremos de 5 rangos

Validez y confiabilidad: Dado que ambos instrumentos, son traducciones y adaptaciones, fue necesario comprobar la validez y confiabilidad de los mismos. En consecuencia, se efectuó una prueba piloto en 30 enfermeras de la Microred de Salud de “El Tambo”. Se corroboró la validez de constructo mediante el análisis factorial en el que se calculó el KMO y coeficiente de Bartlett; la validez de contenido fue definida por medio del juicio de expertos, se ha previsto la participación de 4 expertos que fueron licenciadas en enfermería con grado de magíster con experiencia en manejo de personal. Para verificar la confiabilidad se efectuó el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach. (Anexo N°5)

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Luego de la recolección de los datos, se efectuó un consolidado de la información en una base de datos en el programa estadístico SPSS v.26 para Windows. Para el análisis descriptivo de la variable calidad de sueño, se construyeron tablas de frecuencias, para ello se sumaron los valores obtenidos en cada uno de los ítems y luego cada uno de los casos fueron agrupados de acuerdo a los baremos, con los datos estratificados se elaboraron diagramas de barras de forma general y para cada una de sus dimensiones. De forma similar para efectuar el procesamiento descriptivo de los datos de la variable ansiedad, se sumaron los valores obtenidos en cada uno de los reactivos del instrumento y según ese valor se procedió con la agrupación de los casos de acuerdo a los baremos, además se elaboraron diagramas de barras de manera general y para cada una de sus dimensiones.

El análisis inferencial, estuvo enfocada a la verificación de las hipótesis establecidas; en consecuencia, primero se comprobó la normalidad de los datos de ambas variables mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov; comprobada la normalidad se procedió con el cálculo del coeficiente r de Pearson. Debido a que se

trabajaron con datos muestrales, fue necesario efectuar el análisis del “p value” para verificar la significancia de la asociación. Además, para realizar un procesamiento más analítico de la información obtenida se utilizó la prueba t para coeficiente de correlación. Se ha elegido $\alpha = 0.05$, como nivel de error permitido para todos los análisis.

Procedimiento para probar las hipótesis

- Se plantearon hipótesis nula y la alterna (H_0 , H_1).
- Se procedió con la verificación de la normalidad del conjunto de datos de ambas variables.
- Se eligió la prueba estadística pertinente.
- Se estableció un nivel de confianza (basado en $\alpha = 0.05$)
- Se identificó el valor tabular, que se constituyó en el criterio de decisión.
- Se procedió con las respectivas operaciones matemáticas y contraste de resultados.
- Se dio interpretación a los resultados.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

Esta investigación se realizó de acuerdo a los aspectos éticos para la investigación científica establecidos por la universidad:

Art, 27°, Principios que rigen la actividad investigativa

En todo el proceso de la investigación se protegió la integridad de las enfermeras participantes, se respetó de forma estricta la autonomía, por lo que se apeló a la firma del consentimiento informado. Antes de participar en la investigación las enfermeras fueron informadas de la naturaleza del estudio y comprobamos su comprensión, nos aferramos en el respeto de la plena autonomía y la defensa la dignidad humana.

Siempre prevaleció el bienestar de las enfermeras participantes de la investigación, se procuró ocasionar las menores molestias o pérdidas de tiempo en las

participantes del estudio, asimismo el estudio fue metodológicamente válido y cualquier decisión tomada a partir de los resultados alcanzados serán beneficiosos.

No se dio lugar a la maleficencia, porque el estudio no representó ningún tipo de daño a la integridad física, psicológica o moral de las enfermeras.

Art. 28°. Normas de comportamiento ético de quienes investigan

La investigación realizada fue coherente con las líneas de investigación de la universidad; además, se procedió con rigor científico y tomamos todas las precauciones para asegurar la validez, la fiabilidad y credibilidad de las fuentes y los datos de la investigación. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de las enfermeras participantes, evitando cualquier daño a la integridad moral y a la imagen profesional de las involucradas en el estudio.

Cumplimos con las normas institucionales, nacionales e internacionales que regulan la investigación científica. Las investigadoras no incurrieron en malas prácticas científicas como, plagio, fabricación, falsificación en el plan, en la ejecución, en el informe o en la publicación, tampoco se incidió en autoría ficticia, autoplagio, omitir citas relevantes, copiar citas sin haber sido consultarlas.

No se dio ningún tipo de discriminación en las participantes, los riesgos y beneficios fueron distribuidos por igual y por los criterios que aseguraron la máxima objetividad y veracidad del estudio, se procedió con un uso eficiente de los recursos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de los resultados

Los resultados que se presentaran a continuación, corresponden a 90 enfermeras (os) que laboran en la Red de Salud de Jauja, la información recolectada fue a través de una encuesta, siendo los siguientes resultados:

5.1.1. Características de los profesionales de enfermería

Tabla N^a 1

Edad de las enfermeras(os) de la Red Salud de Jauja, 2022

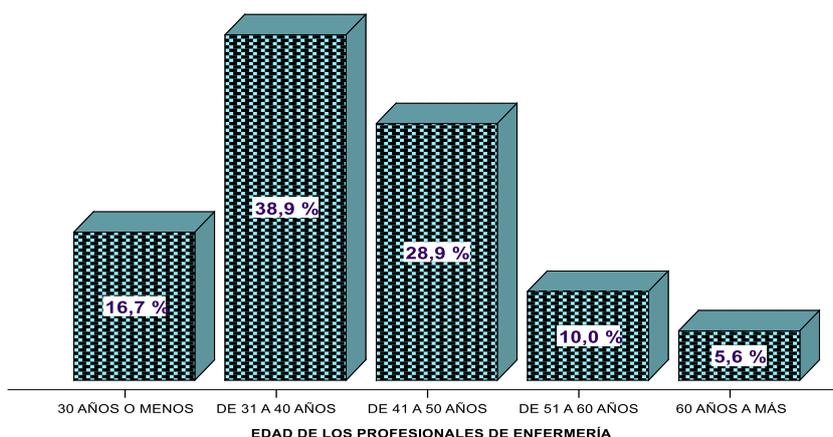
	Frecuencia	Porcentaje
30 años a menos	15	16.7%
31 a 40 años	35	38.9%
41 a 50 años	26	28.9%
51 a 60 años	9	10.0%
60 años a más	5	5.6%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 1, se observa que; de 90(100 %), 50(55.6 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud “Jauja”, tienen una edad menor de 40 años; esto significa que un poco más de la mitad de las enfermeras son adultos jóvenes. Esta situación podría deberse; a que, en las últimas décadas ha aumentado la demanda del personal de enfermería por el contexto de salud a nivel mundial.

Figura N^a 1

Edad de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 1. Elaboración: Propia

Tabla 2

Número de hijos de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

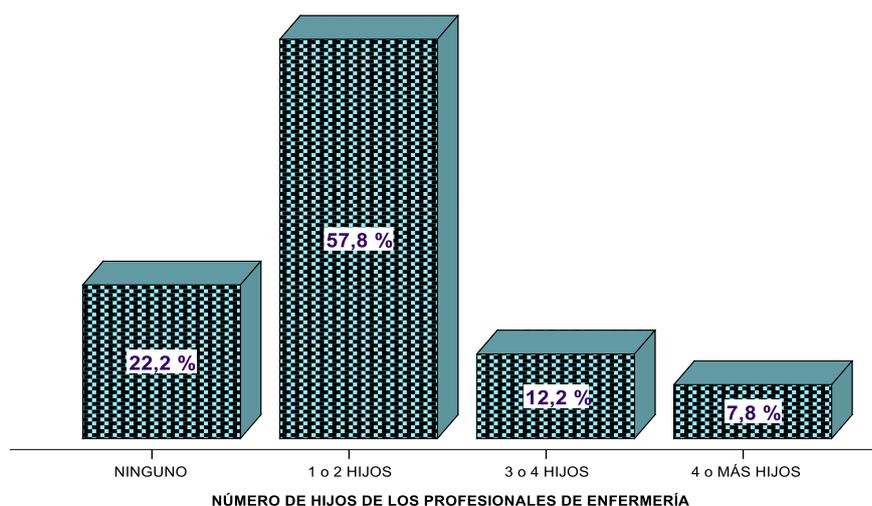
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	20	22.2%
1 ó 2 hijos	52	57.8%
3 ó 4 hijos	11	12.2%
4 a más hijos	7	7.8%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 2, se observa que; de 90(100 %), 52(57.8 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud Jauja, tienen uno o dos hijos; esto significa que un poco más de la mitad de las enfermeras tienen pocos hijos. Este hecho podría deberse; a que, los profesionales de enfermería deben de cumplir largas jornadas laborales que interfieren con su vida familiar, de manera que no están en posibilidades de optar por una extendida carga familiar. Asimismo, las enfermeras deben de seguir diversos estudios para desarrollarse profesionalmente.

Figura N° 2

Número de hijos de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N° 2. Elaboración: Propia

Tabla N^a 2

Ocupación laboral adicional de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

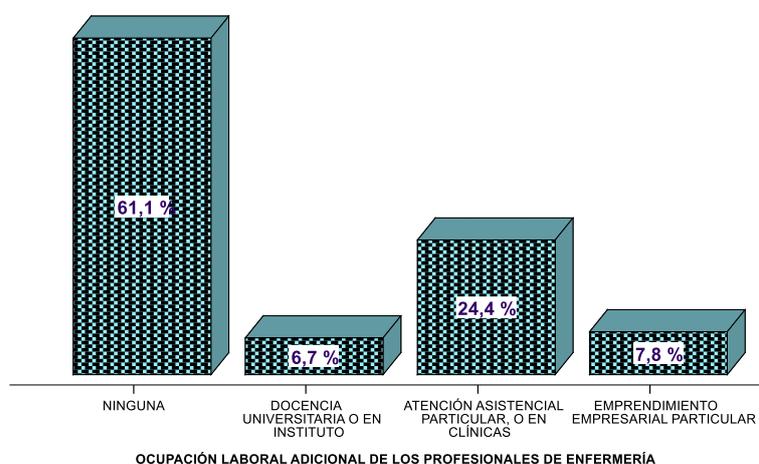
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	55	61.1%
Docencia universitaria o instituto	6	6.7%
Atención asistencial	22	24.4%
Emprendimiento empresarial	7	7.8%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 3, se observa que; de 90(100 %), 51(61.1 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud Jauja, no realizan otra actividad laboral adicional; esto significa que un poco más de la mitad de las enfermeras se limitan solo a su actividad laboral en esta institución. Este hecho podría deberse; a que, muchos establecimientos de salud en los que trabajan las enfermeras se encuentran alejados de las ciudades en las que podrían realizar otras actividades laborales. Asimismo, las empresas de salud privadas prefieren ocupar mano de obra inexperta y pagar bajas remuneraciones.

Figura N^a 3

Ocupación laboral adicional de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 3. Elaboración: Propia

Tabla N^a 4

Estudios de especialidad o post grado en las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

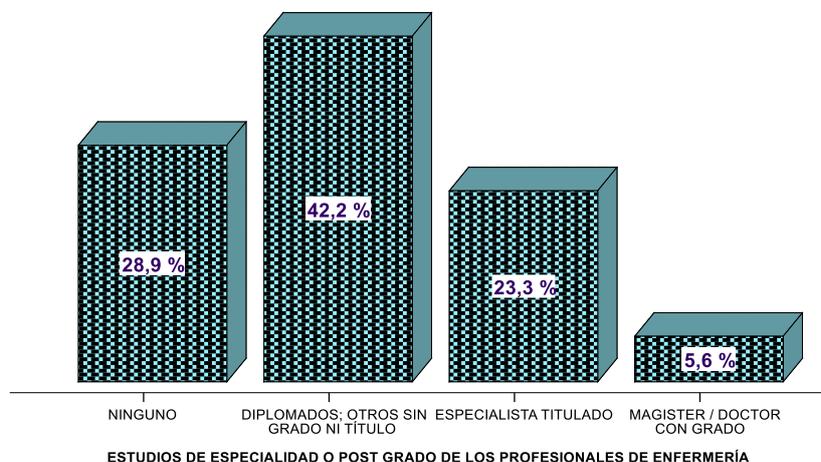
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	26	28.9%
Diplomados otros sin grado ni título	38	42.2%
Especialista titulado	21	23.3%
Magister doctor con grado	5	5.6%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 4, se observa que; de 90(100 %), 38(42.2 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, han realizado diplomados y otros estudios inconclusos o no han accedido a un título de especialista o postgrado, esto significa que cerca de la mitad de las enfermeras han tenido truncamientos a su ímpetu de acrecentar su perfeccionamiento profesional. Este hecho podría deberse; a que, en el proceso de estudiar las especialidades o post grados, no se desarrollan las competencias pertinentes, ya sea por las interferencias laborales o familiares, por la baja calidad de la capacitación ofrecida o por el bajo interés del propio profesional.

Figura N^a 5

Estudios de especialidad o post grado en las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 4. Elaboración: Propia

Tabla N^a 6

Tiempo que laboran en la institución las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

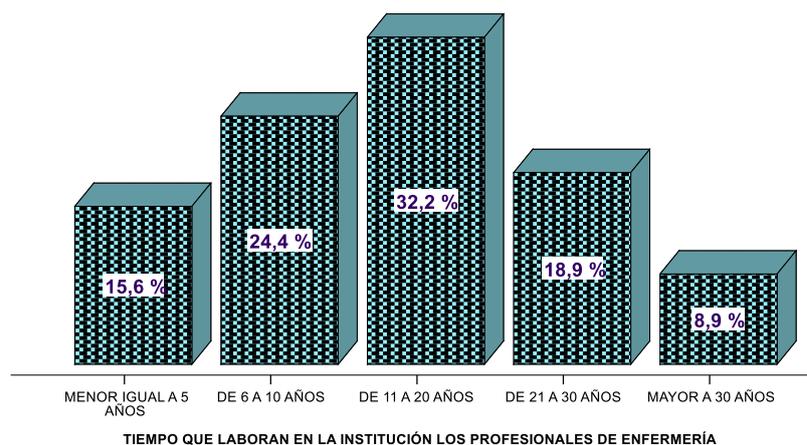
	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual a 5 años	14	15.6%
De 6 a 10 años	22	24.4%
De 11 a 20 años	29	32.2%
De 21 a 30 años	17	18.9%
Mayor a 30 años	8	8.9%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 5, se observa que; de 90(100 %), 76(84.4 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, llevan más de 6 años trabajando en la institución, esto significa que la mayor parte de las enfermeras tienen una permanencia estable en la institución. Este hecho podría deberse, a que, las enfermeras que acceden a cierto grado de estabilidad laboral en la institución, tienden a conservarla. El mayor empleador en enfermería es el estado mediante el ministerio de salud.

Figura N^a 7

Tiempo que laboran en la institución las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 5. Elaboración: Propia

Tabla N^a 8

Estado civil de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

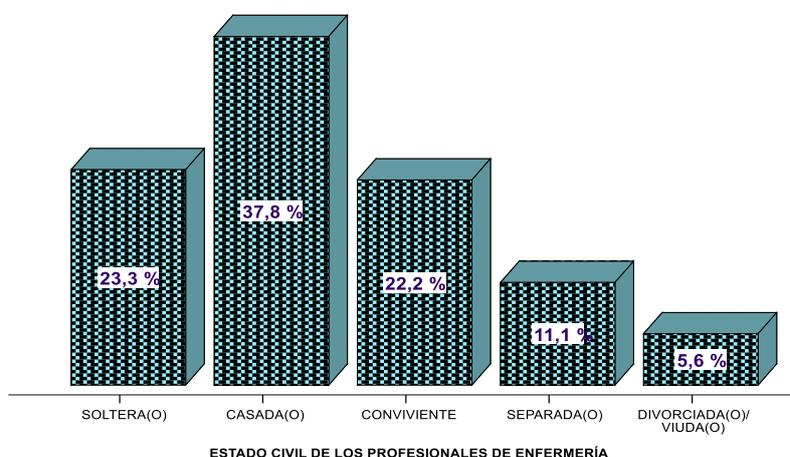
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	21	23.3%
Casado (a)	34	37.8%
Conviviente	20	22.2%
Separado (a)	10	11.1%
Divorciado (a) viudo (a)	5	5.6%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 6, se observa que; de 90(100 %), 54(60.0 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, son casadas o convivientes, esto significa que más de la mitad de las enfermeras tienen una pareja estable; sin embargo, un 40% de las enfermeras tendrían inconvenientes conyugales. Este hecho podría deberse a que, el tipo de trabajo por turnos y las largas jornadas laborales impiden que la enfermera pueda llevar una vida conyugal acorde a lo culturalmente esperado. Asimismo, muchas enfermeras les otorgan mayor importancia y prioridad a las demandas laborales, postergando las actividades familiares; esta tendencia provoca conflictos y dificulta la consolidación y permanencia de las relaciones conyugales.

Figura N^a 9

Estado civil de las enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 6. Elaboración: Propia

5.1.2. Características de la calidad del sueño en enfermeras

Tabla N^a 10

Calidad de sueño en referencia a la energía diurna en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

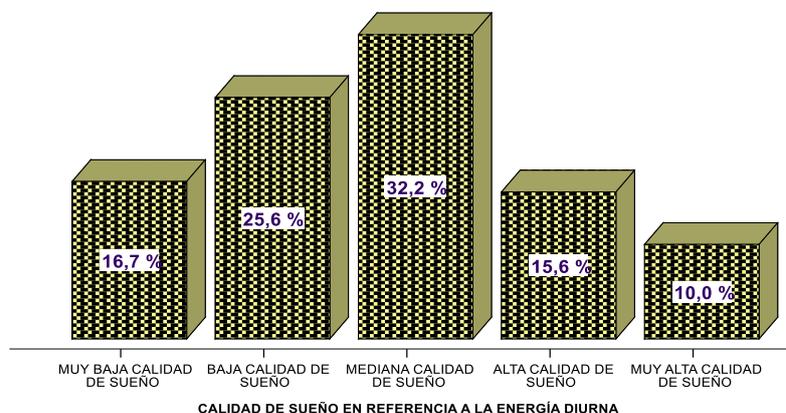
	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja calidad de sueño	15	16.7%
Baja calidad de sueño	23	25.9%
Mediana calidad de sueño	29	32.2%
Alta calidad de sueño	14	15.6%
Muy alta calidad de sueño	9	10.0%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 7, se observa que; de 90(100 %), 38(42.3 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, tienen baja o muy baja calidad de sueño en referencia a la energía diurna, esto significa que cerca de la mitad de las enfermeras no experimentan vitalidad física por las mañanas después de un sueño reparador. Esto podría deberse; a que, la mayoría de las enfermeras duerme menos de seis horas seguidas, por los turnos de trabajo, vulnerando la vitalidad física, emocional, cognitiva y espiritual que incide en el desempeño laboral.

Figura N^a 11

Calidad de sueño en referencia a la energía diurna en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 7. Elaboración: Propia

Tabla N^a 12

**Calidad de sueño en referencia al confort con el sueño en enfermeras(os)
de la Red de Salud de Jauja, 2022**

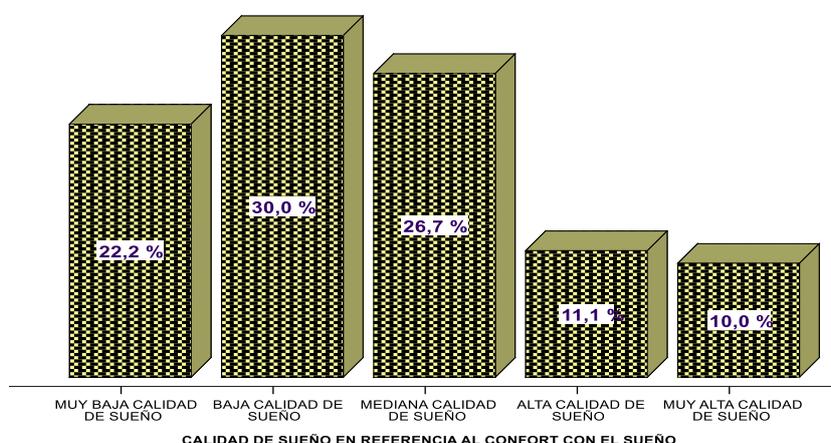
	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja calidad de sueño	20	22.2%
Baja calidad de sueño	27	30.0%
Mediana calidad de sueño	24	26.7%
Alta calidad de sueño	10	11.1%
Muy alta calidad de sueño	9	10.0%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 8, se observa que; de 90(100 %), 47(52.2 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, tienen baja o muy baja calidad de sueño en referencia al confort con el sueño, esto significa que más de la mitad de las enfermeras no tienen comodidad en el proceso de dormir, experimentan problemas para iniciar el sueño, mantenerse dormidas y poder despertarse. Esto podría deberse; a que, no cumplen con un horario fijo de sueño, siempre reducen sus horas de sueño para realizar actividades del trabajo o del hogar ocasionando un estado permanente de tensión, lo que dificulta aún más el proceso de sueño.

Figura N^a 13

**Calidad de sueño en referencia al confort con el sueño en enfermeras(os)
de la Red de Salud de Jauja, 2022**



Fuente: Tabla N^o 8. Elaboración: Propia

Tabla N^a 14

Calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

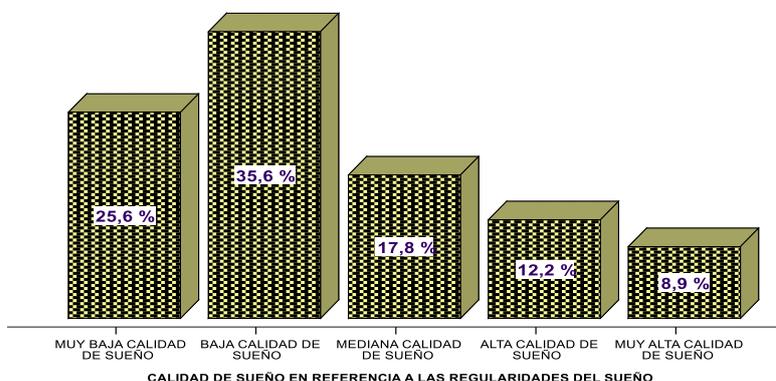
	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja calidad de sueño	23	25.6%
Baja calidad de sueño	32	35.6%
Mediana calidad de sueño	16	17.8%
Alta calidad de sueño	11	12.2%
Muy alta calidad de sueño	8	8.9%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 9, se observa que; de 90(100 %), 55(61.2 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, tienen baja o muy baja calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño, esto significa que más de la mitad de las enfermeras tienen anomalías del sueño, como tener dificultades para volver a dormir después de despertarse por la noche, no poder dormir pasada cierta hora, dificultades para conciliar el sueño, se despiertan fácilmente, tienen la necesidad de dormir más después de levantarse, tienen inconvenientes para levantarse después de dormir, etc. Esto podría deberse; a que, no llevan regularidad en sus horarios de sueño, experimentan tensiones laborales que las agobian y les impiden tener periodos de relajación.

Figura N^a 15

Calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 9. Elaboración: Propia

Tabla N° 16

Consolidado de calidad de sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

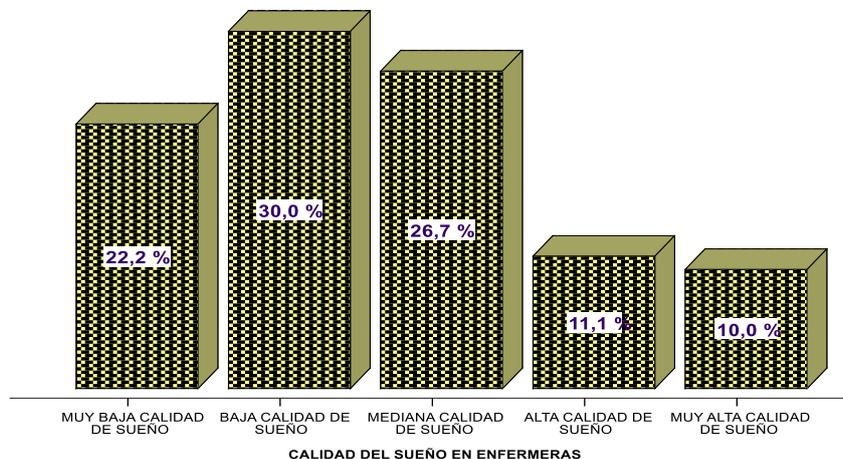
	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja calidad de sueño	20	22.2%
Baja calidad de sueño	27	30.0%
Mediana calidad de sueño	24	26.7%
Alta calidad de sueño	10	11.1%
Muy alta calidad de sueño	9	10.0%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 10, se observa que; de 90(100 %), 47(52.2 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, tienen baja o muy baja calidad de sueño de forma general, esto significa que más de la mitad de las enfermeras están insatisfechas con sus experiencias de sueño, debido a que presentan dificultades con el tiempo, el inicio, el mantenimiento y el despertar, también no se sienten renovadas después de dormir y muchas presentan frecuentes perturbaciones del sueño. Esto podría deberse; a que, las enfermeras tienden a alterar sus horarios y duración del sueño por razones de trabajo.

Figura N° 17

Consolidado de calidad de sueño en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N° 10. Elaboración: Propia

5.1.3. Características de la ansiedad en los profesionales de enfermería

Tabla N^a 18

Ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

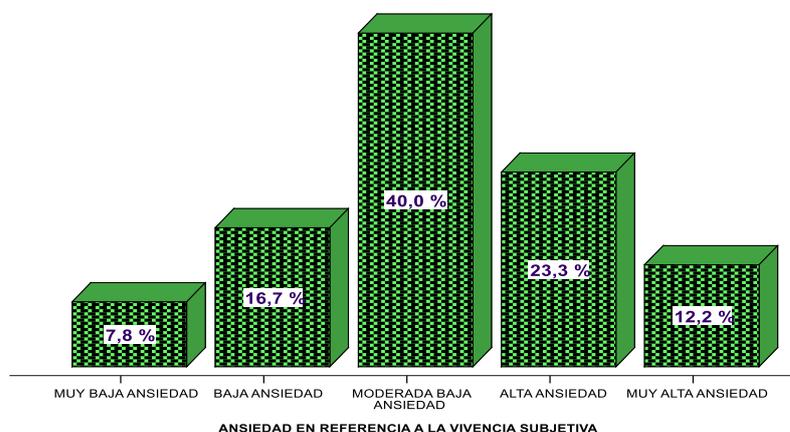
	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja ansiedad	7	7.8%
Baja ansiedad	15	16.7%
Moderada baja ansiedad	36	40.0%
Alta ansiedad	21	23.3%
Muy alta ansiedad	11	12.2%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 11, se observa que; de 90(100 %), 32(35.5 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, tienen alta o muy alta ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva, esto significa que más de la tercera parte de las enfermeras presentan una sensación de temor indefinido, inseguridad o tensión cuando se encuentran en el medio laboral. Otras enfermeras tienen una permanente sensación de tensión, fatiga y se ven imposibilitadas de relajarse, también han perdido el interés por destacar en su trabajo y no se sienten satisfechas con las labores que realizan.

Tabla N^a 19

Ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 11. Elaboración: Propia

Tabla N^a 20

Ansiedad en referencia a la dificultad funcional en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

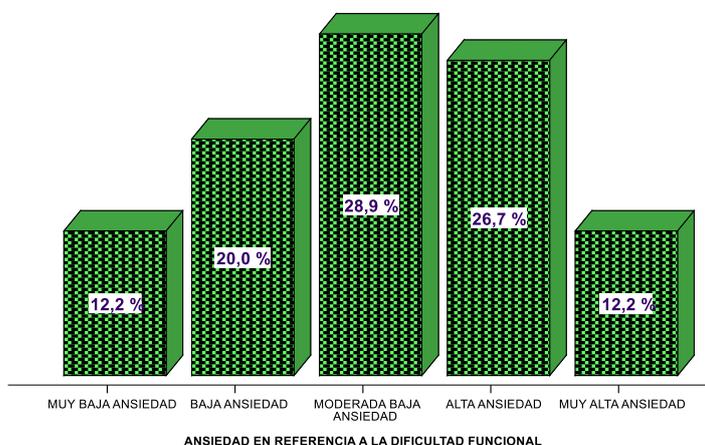
	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja ansiedad	11	12.2%
Baja ansiedad	18	20.0%
Moderada baja ansiedad	26	28.9%
Alta ansiedad	24	26.7%
Muy alta ansiedad	11	12.2%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 12, se observa que; de 90(100 %), 35(38.9 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, tienen alta o muy alta ansiedad en referencia a la dificultad funcional, esto significa que más de la tercera parte de las enfermeras presentan dificultades motrices con movimientos toscos, burdos y descoordinados, sensación de confusión intelectual y perturbaciones del sueño. Parte de las enfermeras tienen impaciencia en el trabajo que les impiden desplegar todas sus destrezas y aptitudes profesionales. Otras enfermeras tienen problemas de concentración y mala memoria; asimismo, tienen dificultades de sueño y frecuentes pesadillas.

Figura N^a 21

Ansiedad en referencia a la dificultad funcional en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 12. Elaboración: Propia

Tabla N° 22

Ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022

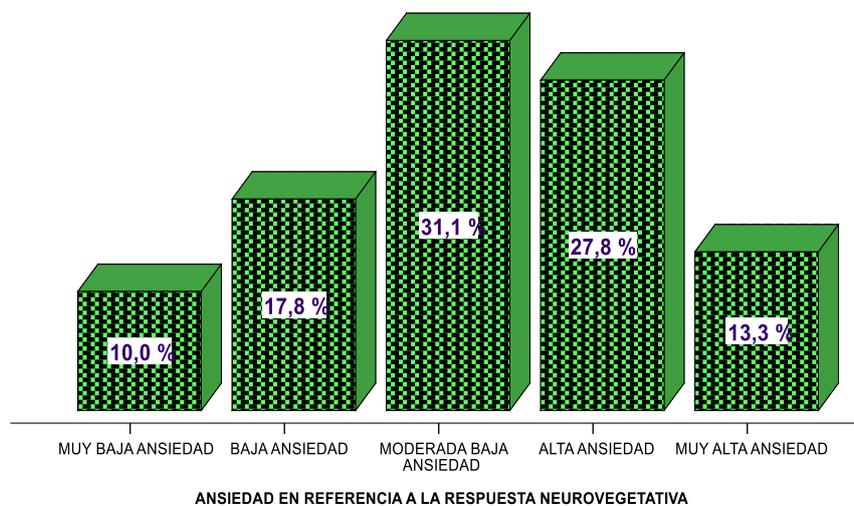
	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja ansiedad	9	10.0%
Baja ansiedad	16	17.8%
Moderada baja ansiedad	28	31.1%
Alta ansiedad	25	27.8%
Muy alta ansiedad	12	13.3%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 13, se observa que; de 90(100 %), 37(41.1 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, tienen alta o muy alta ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa, esto significa que más de la tercera parte de las enfermeras presentan cambios fisiológicos de origen neurovegetativo. Parte de las enfermeras presentan dolores musculares, calambres y rigideces musculares, también tienen, zumbidos en los oídos, sensación de debilidad, y hormigueo en extremidades.

Figura N° 23

Ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa en enfermeras(os) de la Red de Salud de Jauja, 2022



pia.

Fuente: Tabla N° 2. Elaboración: Propia

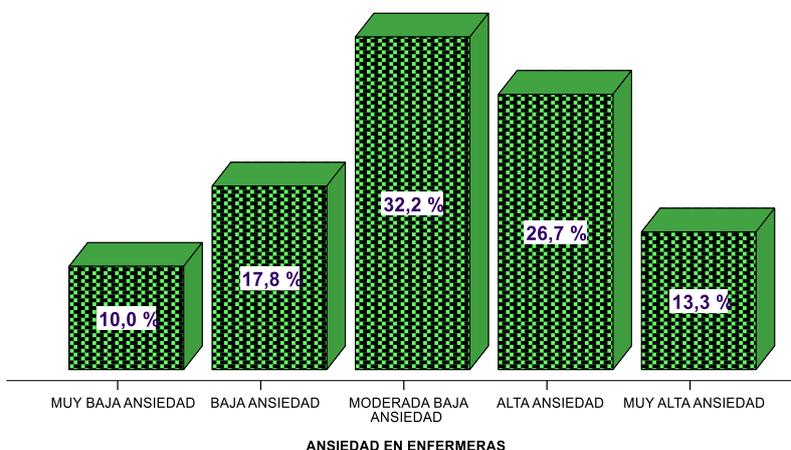
Tabla N^a 24
Consolidado de ansiedad en enfermeras(os) de la Red de Salud de
Jauja, 2022

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja ansiedad	9	10.0%
Baja ansiedad	16	17.8%
Moderada baja ansiedad	29	32.2%
Alta ansiedad	24	26.7%
Muy alta ansiedad	12	13.3%
Total	90	100%

Fuente: Encuesta a las enfermeras(os) que trabajan en la Red de Salud de Jauja, 2022. Elaboración: Propia

En la tabla 14, se observa que; de 90(100 %), 36(40.0 %) de los profesionales de enfermería que trabajan en la Red de Salud de Jauja, tienen alta o muy alta ansiedad, esto significa que más de la tercera parte de las enfermeras experimentan un estado displacentero de tensión, hiperactividad simpática y dificultad motora en el medio laboral. Esto podría deberse a la naturaleza del trabajo de enfermería, donde debe afrontar situaciones de dolor y muerte, sobrecarga laboral e inadecuadas condiciones de trabajo que provocan ansiedad ante el riesgo de tener un inadecuado desempeño laboral. También, que los supervisores incidan en actitudes de acoso y crítica negativa.

Figura N^a 25
Consolidado de ansiedad en enfermeras(os) de la Red de Salud de
Jauja, 2022



Fuente: Tabla N^o 2. Elaboración: Propia

5.2. Contrastación de hipótesis

5.2.1. Prueba de normalidad

Tabla N^a 15

Normalidad del conglomerado de datos de la variable calidad de sueño en enfermeras (os) y la variable ansiedad en enfermeras (os)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad del sueño en enfermeras(os)	,069	90	,200*	,986	90	,443
Ansiedad en enfermeras (os)	,051	90	,200*	,987	90	,522

*. *Esto es un límite inferior de la significación verdadera.*

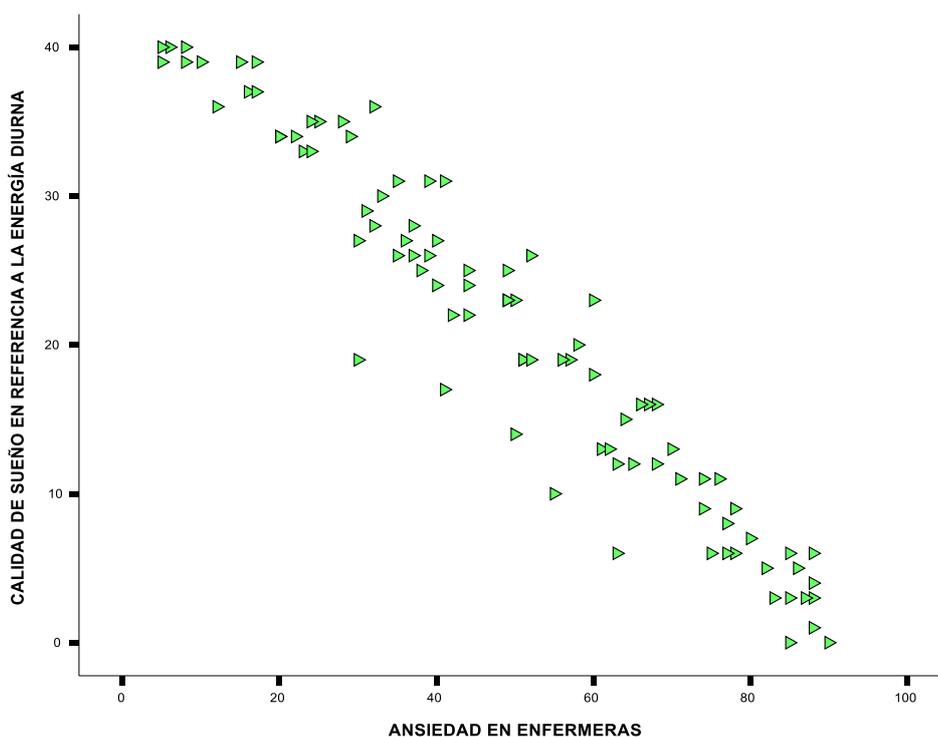
a. *Corrección de significación de Lilliefors*

En la tabla 15, se observa que de acuerdo al estadístico de Kolmogorov-Smirnov, para el conjunto de datos de la variable calidad del sueño en enfermeras(os), presenta un “p value” (sig. = 0.200), que es mucho mayor a 0.05; evidenciándose con este resultado la normalidad de estos datos. De manera similar, según el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, para el conjunto de datos de la variable ansiedad en enfermeras(os), presenta un “p value” (sig. = 0.200), que es mucho mayor a 0.05; evidenciándose con este resultado la normalidad de estos datos. Habiéndose comprobado la normalidad de los datos de las dos variables de la investigación, es pertinente emplear pruebas estadísticas paramétricas en los diversos procesamientos estadísticos de estos datos.

**Correlación entre la calidad del sueño en referencia a la energía diurna
y la ansiedad en profesionales de enfermería**

Figura N^o 15

**Diagrama de dispersión entre la calidad del sueño en referencia a la
energía diurna y la ansiedad en profesionales de enfermería**



En la figura 15, se observa que los bajos valores de calidad de sueño en referencia a la energía diurna se corresponden con altos valores en ansiedad y de manera viceversa; este resultado sugiere que existe una asociación inversa entre calidad de sueño en referencia a la energía diurna con la ansiedad en los profesionales de enfermería.

a. Para la hipótesis 1:

“La relación entre la calidad del sueño en referencia a la energía diurna y la ansiedad es que: a mayor calidad del sueño en referencia a la **energía diurna**; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2021”

Se procede con el cálculo del coeficiente r de Pearson para determinar la intensidad y sentido de la asociación y luego se analiza el “p value” para verificar la significancia.

Tabla N° 16
Coefficiente de correlación de Pearson entre la calidad del sueño en referencia a la energía diurna y la ansiedad en profesionales de enfermería

	Ansiedad en enfermeras(os)
Calidad de sueño en referencia a la energía diurna en enfermeras(os)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)
	-,465** ,000
	N
	90

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 16, se observa un coeficiente de correlación de Pearson igual a -0,465 entre la calidad de sueño en referencia a la energía diurna en enfermeras(os) y la ansiedad en enfermeras(os). Este resultado por el signo indica que la asociación es inversa de manera que ante la disminución de la calidad de sueño en referencia a la energía diurna en enfermeras(os), aparece un incremento de la ansiedad en enfermeras(os). Por la magnitud podemos afirmar que la asociación es moderada. En la tabla 16, también se observa que el valor del “p value” es de 0.000, que por mucho es mayor a 0.005; en consecuencia, la asociación comprobada en la muestra preexiste en la población.

Estos resultados, son evidencias que verifican a la hipótesis planteada; y podemos afirmar que; ante la disminución de la calidad del sueño en referencia a la energía diurna; se incrementa la ansiedad en las enfermeras(os).

Proceso analítico de comprobación de la hipótesis específica 1

Paso 1: Selección de la prueba estadística pertinente

La prueba estadística ser utilizada dado el tipo de estadígrafo disponible es la “prueba t para coeficientes de correlación”. Responde a la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- t : Valor de “t” calculada
- r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)
- n : Tamaño muestral

Con esta prueba se podrá determinar si el coeficiente de correlación de Pearson de -0,465 calculado en una muestra de 90 elementos; preexiste en la población.

Paso 2: Enunciado de las hipótesis estadísticas

H_0 = La calidad del sueño en referencia a la energía diurna y la ansiedad en profesionales de enfermería, no están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es cero ($\rho = 0$).

H_1 = La calidad del sueño en referencia a la energía diurna y la ansiedad en profesionales de enfermería, si están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es diferente de cero ($\rho \neq 0$).

Paso 3: Requerimientos para el empleo de la prueba estadística

- a. Se ha tenido una muestra representativa de donde se han extraído los datos.
- b. Se ha comprobado la normalidad del conjunto de datos de ambas variables.
- c. Existe el cero absoluto en las escalas utilizadas para evaluar a las variables.

Todos los requerimientos se han cumplido.

Paso 4: Determinación del nivel de error

$$\alpha = 0.05$$

Paso 5: Definición de los criterios de decisión

Se define el valor t tabular, que precisará el nivel debajo del cual, se rechazará a la hipótesis nula; cuando el valor t calculado resulte menor a ese número. Con (n - 2) grados de libertad que corresponde a 88 y un nivel de error de 0.05 repartido en dos colas (0.025); se obtiene un valor tabular de 1.987. El criterio indica que se rechaza la hipótesis nula, si la t calculada t en valor absoluto es mayor a 1.987

Paso 6: Operaciones matemáticas

$$t = \frac{-0.465 \sqrt{90-2}}{\sqrt{1-(-0.465)^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.465 \sqrt{88}}{\sqrt{1-0.216}} \Rightarrow t = \frac{-0.465*9.380}{0.784}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.411}{0.885} \Rightarrow t = -4.983 \Rightarrow |-4.983| \Rightarrow t = 4.983$$

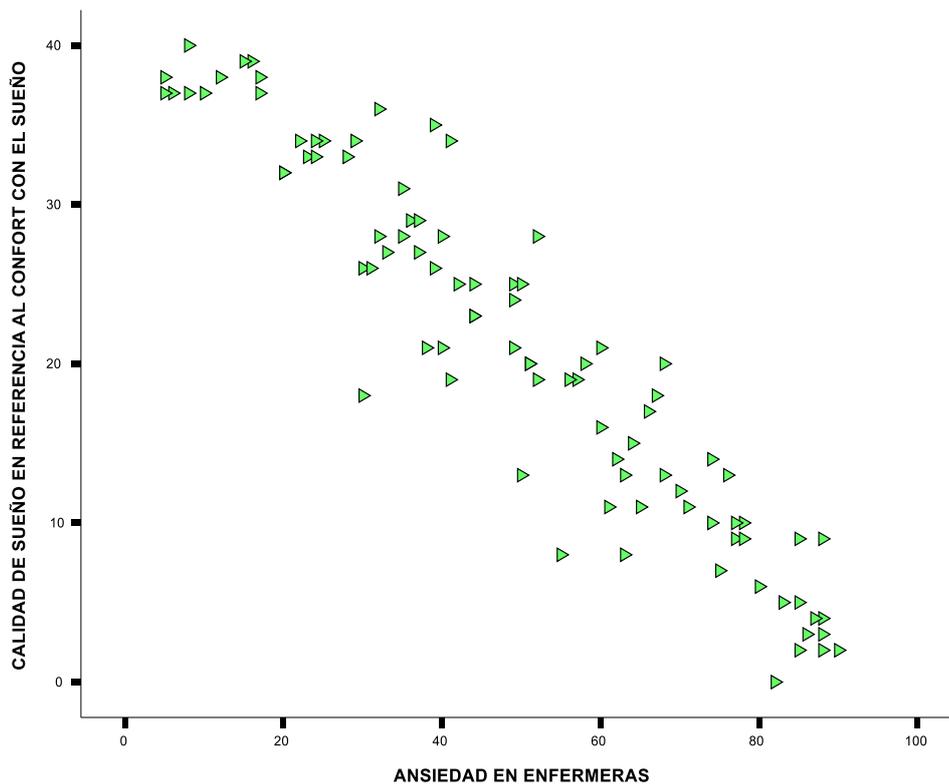
Paso 7: Interpretación de resultados

Se ha obtenido una t calculada de 4.983, que numéricamente es mayor a 1.987 y aplicando el criterio de decisión, se procede a rechazar a la hipótesis nula y se acepta a la hipótesis alterna; subsiguientemente, queda verificado el vínculo entre la calidad del sueño en referencia a la energía diurna y la ansiedad en profesionales de enfermería.

Correlación entre la calidad del sueño en referencia a la energía diurna y la ansiedad en profesionales de enfermería al confort con el sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería

Figura N° 16

Diagrama de dispersión entre la calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería



En la figura 16, se observa que los bajos valores de calidad de sueño en referencia al confort con el sueño se corresponden con altos valores en ansiedad y de manera viceversa; este resultado sugiere que existe una asociación inversa entre calidad de sueño en referencia al confort con el sueño con la ansiedad en los profesionales de enfermería.

b. Para la hipótesis 2:

“La relación entre la calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y la ansiedad es que: a mayor calidad del sueño en referencia al **confort con el sueño**; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2021”

Se procede con el cálculo del coeficiente r de Pearson para determinar la intensidad y sentido de la asociación y luego se analiza el “p value” para verificar la significancia.

Tabla N°17

Coefficiente de correlación de Pearson entre la calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería

		Ansiedad en enfermeras(os)
Calidad de sueño en referencia al confort con el sueño en enfermeras(os)	Correlación de Pearson	-,431**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	90

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 17, se observa un coeficiente de correlación de Pearson igual a -0,431 entre la calidad de sueño en referencia al confort con el sueño en enfermeras(os) y la ansiedad en enfermeras(os). Este resultado por el signo indica que la asociación es inversa de manera que ante la disminución de la calidad de sueño en referencia al confort con el sueño en enfermeras(os), aparece un incremento de la ansiedad en enfermeras(os). Por la magnitud podemos afirmar que la asociación es moderada. En la tabla 17, también se observa que el valor del “p value” es de 0.000, que por mucho es mayor a 0.005; en consecuencia, la asociación comprobada en la muestra preexiste en la población.

Estos resultados, son evidencias que verifican a la hipótesis planteada; y podemos afirmar que; ante la disminución de la calidad del sueño en referencia al confort con el sueño; se incrementa la ansiedad en las enfermeras(os).

Proceso analítico de comprobación de la hipótesis específica 2

Paso 1: Selección de la prueba estadística pertinente

La prueba estadística ser utilizada dado el tipo de estadígrafo disponible es la “prueba t para coeficientes de correlación”. Responde a la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- t : Valor de “t” calculada
- r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)
- n : Tamaño muestral

Con esta prueba se podrá determinar si el coeficiente de correlación de Pearson de -0,465 calculado en una muestra de 90 elementos; preexiste en la población.

Paso 2: Enunciado de las hipótesis estadísticas

H_0 = La calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería, no están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es cero ($\rho = 0$).

H_1 = La calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería, si están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es diferente de cero ($\rho \neq 0$).

Paso 3: Requerimientos para el empleo de la prueba estadística

- a. Se ha tenido una muestra representativa de donde se han extraído los datos.
- b. Se ha comprobado la normalidad del conjunto de datos de ambas variables.
- c. Existe el cero absoluto en las escalas utilizadas para evaluar a las variables.

Todos los requerimientos se han cumplido.

Paso 4: Determinación del nivel de error

$$\alpha = 0.05$$

Paso 5: definición de los criterios de decisión

Se define el valor t tabular, que precisará el nivel debajo del cual, se rechazará a la hipótesis nula; cuando el valor t calculado resulte menor a ese número. Con $(n - 2)$ grados de libertad que corresponde a 88 y un nivel de error de 0.05 repartido en dos colas (0.025); se obtiene un valor tabular de 1.987. El criterio indica que se rechaza la hipótesis nula, si la t calculada t en valor absoluto es mayor a 1.987

Paso 6: Operaciones matemáticas

$$t = \frac{-0.431 \sqrt{90-2}}{\sqrt{1-(-0.431)^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.431 \sqrt{88}}{\sqrt{1-0.186}} \Rightarrow t = \frac{-0.431*9.380}{0.814}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.089}{0.902} \Rightarrow t = -4.531 \Rightarrow |-4.531| \Rightarrow t = 4.531$$

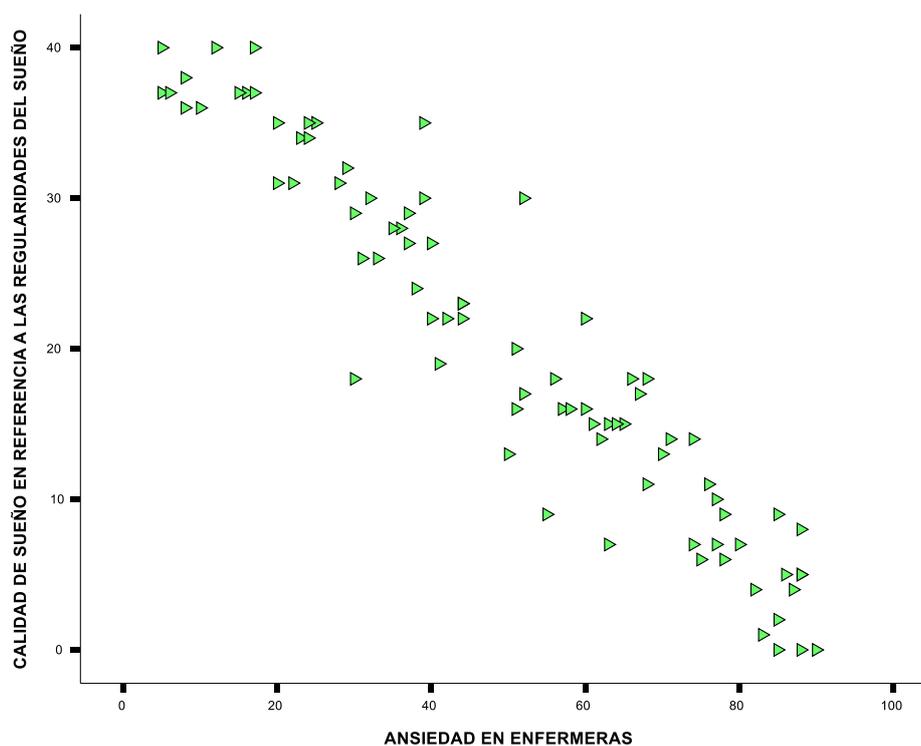
Paso 7: Interpretación de resultados

Se ha obtenido una t calculada de 4.531, que numéricamente es mayor a 1.987 y aplicando el criterio de decisión, se procede a rechazar a la hipótesis nula y se acepta a la hipótesis alterna; subsiguientemente, queda verificado el vínculo entre la calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería.

Correlación entre la calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería

Figura N^o 17

Diagrama de dispersión entre la calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería



En la figura 17, se observa que los bajos valores de calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño se corresponden con altos valores en ansiedad y de manera viceversa; este resultado sugiere que existe una asociación inversa entre calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño con la ansiedad en los profesionales de enfermería.

c. Para la hipótesis 3:

“La relación entre la calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad es que: a mayor calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2021”

Se procede con el cálculo del coeficiente r de Pearson para determinar la intensidad y sentido de la asociación y luego se analiza el “p value” para verificar la significancia.

Tabla N°18

Coefficiente de correlación de Pearson entre la calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería

		Ansiedad en Enfermeras(os)
Calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño en enfermeras(os)	Correlación de Pearson	-,424**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	90

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 18, se observa un coeficiente de correlación de Pearson igual a -0,424 entre la calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño en enfermeras(os) y la ansiedad en enfermeras(os). Este resultado por el signo indica que la asociación es inversa de manera que ante la disminución de la calidad de sueño en referencia a las regularidades del sueño en enfermeras(os), aparece un incremento de la ansiedad en enfermeras(os). Por la magnitud podemos afirmar que la asociación es moderada. En la tabla 18, también se observa que el valor del “p value” es de 0.000, que por mucho es mayor a 0.005;

en consecuencia, la asociación comprobada en la muestra preexiste en la población.

Estos resultados, son evidencias que verifican a la hipótesis planteada; y podemos afirmar que; ante la disminución de la calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño; se incrementa la ansiedad en las enfermeras(os).

Proceso analítico de comprobación de la hipótesis específica 3

Paso 1: Selección de la prueba estadística pertinente

La prueba estadística ser utilizada dado el tipo de estadígrafo disponible es la “prueba t para coeficientes de correlación”. Responde a la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- T : Valor de “t” calculada
- R : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)
- N : Tamaño muestral

Con esta prueba se podrá determinar si el coeficiente de correlación de Pearson de -0,465 calculado en una muestra de 90 elementos; preexiste en la población.

Paso 2: Enunciado de las hipótesis estadísticas

H_0 = La calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería, no están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es cero ($\rho = 0$).

H_1 = La calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería, si están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es diferente de cero ($\rho \neq 0$).

Paso 3: Requerimientos para el empleo de la prueba estadística

- a. Se ha tenido una muestra representativa de donde se han extraído los datos.
- b. Se ha comprobado la normalidad del conjunto de datos de ambas variables.
- c. Existe el cero absoluto en las escalas utilizadas para evaluar a las variables.

Todos los requerimientos se han cumplido.

Paso 4: Determinación del nivel de error

$$\alpha = 0.05$$

Paso 5: Definición de los criterios de decisión

Se define el valor t tabular, que precisará el nivel debajo del cual, se rechazará a la hipótesis nula; cuando el valor t calculado resulte menor a ese número. Con $(n - 2)$ grados de libertad que corresponde a 88 y un nivel de error de 0.05 repartido en dos colas (0.025); se obtiene un valor tabular de 1.987. El criterio indica que se rechaza la hipótesis nula, si la t calculada t en valor absoluto es mayor a 1.987

Paso 6: Operaciones matemáticas

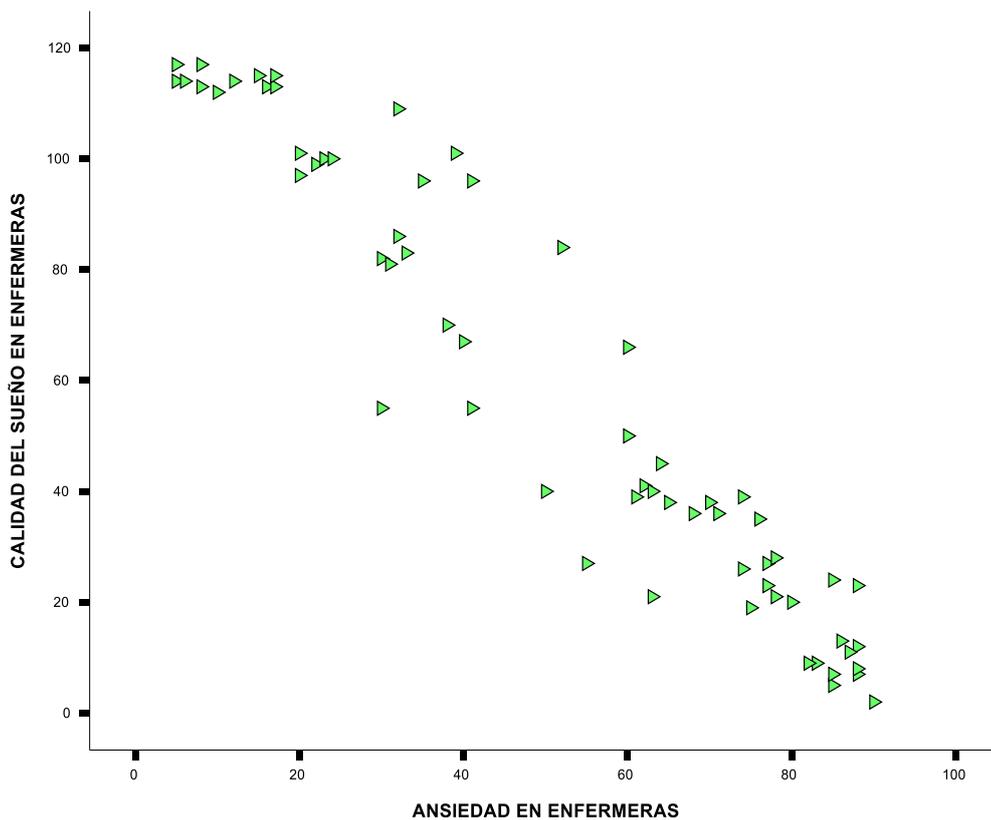
$$t = \frac{-0.424 \sqrt{90-2}}{\sqrt{1-(-0.424)^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.424 \sqrt{88}}{\sqrt{1-0.179}} \Rightarrow t = \frac{-0.424*9.380}{0.820}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.022}{0.906} \Rightarrow t = -4.441 \Rightarrow |-4.441| \Rightarrow t = 4.441$$

Paso 7: Interpretación de resultados

Se ha obtenido una t calculada de 4.441, que numéricamente es mayor a 1.987 y aplicando el criterio de decisión, se procede a rechazar a la hipótesis nula y se acepta a la hipótesis alterna; subsiguientemente, queda verificado el vínculo entre la calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería.

Correlación entre la calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería

Figura N^a 18
Diagrama de dispersión entre la calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería



En la figura 18, se observa que los bajos valores de calidad de sueño se corresponden con altos valores en ansiedad y de manera viceversa; este resultado sugiere que existe una asociación inversa entre calidad de sueño con la ansiedad en los profesionales de enfermería.

d. Para la hipótesis 3:

“La relación entre la calidad del sueño y la ansiedad es que: a mayor calidad del sueño; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2021”

Se procede con el cálculo del coeficiente r de Pearson para determinar la intensidad y sentido de la asociación y luego se analiza el “p value” para verificar la significancia.

Tabla N°19

Coeficiente de correlación de Pearson entre la calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería

		Ansiedad en enfermeras(os)
Calidad de sueño en enfermeras(os)	Correlación de Pearson	-,441**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	90

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 19, se observa un coeficiente de correlación de Pearson igual a -0,441 entre la calidad de sueño en enfermeras(os) y la ansiedad en enfermeras(os). Este resultado por el signo indica que la asociación es inversa de manera que ante la disminución de la calidad de sueño en enfermeras(os), aparece un incremento de la ansiedad en enfermeras(os). Por la magnitud podemos afirmar que la asociación es moderada. En la tabla 19, también se observa que el valor del “p value” es de 0.000, que por mucho es mayor a 0.005; en consecuencia, la asociación comprobada en la muestra preexiste en la población.

Estos resultados, son evidencias que verifican a la hipótesis planteada; y podemos afirmar que; ante la disminución de la calidad del sueño; se incrementa la ansiedad en las enfermeras(os).

Proceso analítico de comprobación de la hipótesis específica 4

Paso 1: Selección de la prueba estadística pertinente

La prueba estadística ser utilizada dado el tipo de estadígrafo disponible es la “prueba t para coeficientes de correlación”. Responde a la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- t : Valor de “t” calculada
- r : Coeficiente de correlación “r” de Pearson (muestral)
- n : Tamaño muestral

Con esta prueba se podrá determinar si el coeficiente de correlación de Pearson de -0,465 calculado en una muestra de 90 elementos; preexiste en la población.

Paso 2: Enunciado de las hipótesis estadísticas

H_0 = La calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería, no están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es cero ($\rho = 0$).

H_1 = La calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería, si están relacionadas o el coeficiente de correlación poblacional es diferente de cero ($\rho \neq 0$).

Paso 3: Requerimientos para el empleo de la prueba estadística

- a. Se ha tenido una muestra representativa de donde se han extraído los datos.
- b. Se ha comprobado la normalidad del conjunto de datos de ambas variables.
- c. Existe el cero absoluto en las escalas utilizadas para evaluar a las variables.

Todos los requerimientos se han cumplido.

Paso 4: Determinación del nivel de error

$$\alpha = 0.05$$

Paso 5: Definición de los criterios de decisión

Se define el valor t tabular, que precisará el nivel debajo del cual, se rechazará a la hipótesis nula; cuando el valor t calculado resulte menor a ese número. Con $(n - 2)$ grados de libertad que corresponde a 88 y un nivel de error de 0.05 repartido en dos colas (0.025); se obtiene un valor tabular de 1.987. El criterio indica que se rechaza la hipótesis nula, si la t calculada t en valor absoluto es mayor a 1.987

Paso 6: Operaciones matemáticas

$$t = \frac{-0.441 \sqrt{90-2}}{\sqrt{1-(-0.441)^2}} \Rightarrow t = \frac{-0.441 \sqrt{88}}{\sqrt{1-0.194}} \Rightarrow t = \frac{-0.441*9.380}{0.806}$$
$$\Rightarrow t = \frac{-4.184}{0.897} \Rightarrow t = -4.661 \Rightarrow |-4.661| \Rightarrow t = 4.661$$

Paso 7: Interpretación de resultados

Se ha obtenido una t calculada de 4.661, que numéricamente es mayor a 1.987 y aplicando el criterio de decisión, se procede a rechazar a la hipótesis nula y se acepta a la hipótesis alterna; subsiguientemente, queda verificado el vínculo entre la calidad del sueño y la ansiedad en profesionales de enfermería.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Características de la calidad del sueño en los profesionales de enfermería

En este estudio científico hemos hallado que el 52.2 % de los profesionales de enfermería tienen baja o muy baja calidad de sueño, esto indica que más de la mitad de las enfermeras no tienen un sueño reparador y complaciente, las enfermeras a menudo están programadas para realizar actividades de atención médica durante el día, la tarde y la noche, esto da como resultado desviaciones abruptas del tiempo normal de sueño que a menudo interrumpe su reloj biológico interno que conduce a una mala calidad del sueño que tiene un impacto en su funcionamiento diario, esta condición afecta el funcionamiento físico, mental y social; es notable que provoca deterioro en la atención, la concentración, el funcionamiento seguro y las habilidades de toma de decisiones, aumentando la probabilidad de cometer errores, sufrir accidentes o lesionarse en el trabajo. La baja calidad de sueño también podría estar asociada al estrés laboral que es cotidiano entre las enfermeras dadas las presiones funcionales, mentales y sociales que deben de afrontar todos los días. Muchas enfermeras están habituadas a dormir poco y otras tratan de reducir de manera intencional sus horas de sueño para disponer de más tiempo que ocupar en el trabajo y en las tareas del hogar. Existe la tendencia cultural de negarle valor a las horas de sueño, identificándolas con hábitos y actitudes de pereza y negligencia.

Zeng L, Yang Y, Wang C, Li X, Xiang Y, encuentran que el 61,0 % de las enfermeras tienen mala calidad de sueño; debido a las fuertes presiones relacionadas con el trabajo y los rápidos cambios en el estilo de vida. La mala calidad del sueño se ha convertido en un problema común en las enfermeras, dormir mal tiene consecuencias negativas sobre la salud física y mental, como la fatiga, agotamiento, hipertensión y depresión. Las enfermeras tienen mala calidad del sueño debido al alto estrés, el trabajo

por turnos y al agotamiento emocional que surge por la naturaleza del trabajo que realizan. La falta de sueño en las enfermeras afecta el rendimiento cognitivo, como la concentración y la memoria, lo que puede conducir a un bajo rendimiento laboral e incluso afectar la seguridad de los pacientes. La calidad del sueño en las enfermeras está determinada por factores, como las condiciones de trabajo y el estilo de vida, la mayoría de las enfermeras jóvenes trabajaban por turnos y algunas pueden sufrir mucho estrés e incluso depresión y ansiedad, lo que podría aumentar aún más su probabilidad de dormir mal. Las enfermeras con mayor experiencia deben de manejar situaciones clínicas difíciles que generan una gran presión laboral, agotamiento y una mala calidad del sueño. El trabajo por turnos, especialmente el turno de noche, aumenta el riesgo de afecciones crónicas y problemas a la salud mental. Se deben considerar medidas efectivas sobre las enfermeras, como la educación sobre la higiene del sueño, el yoga y la terapia cognitivo-conductual para mejorar la calidad del sueño (81).

Tu Z, He J, Zhou N, hallan que el 60 % de los profesionales de enfermería tienen mala calidad del sueño, una variedad de procesos puede contribuir a la baja calidad de sueño, incluidos el comportamiento, la cognición, el afecto y la personalidad. Los problemas de sueño en las enfermeras incluyen factores: predisponentes, precipitantes y perpetuadores. Los factores predisponentes pueden ser biológicos (p. ej., cortisol regularmente elevado), psicológicos (p. ej., tendencia a la preocupación) o sociales (p. ej., horario de trabajo incompatible con el horario de sueño), estos factores están presentes de forma intensa en el escenario laboral de las enfermeras. Los factores precipitantes, como los acontecimientos vitales estresantes, desencadenan la aparición aguda de insomnio, la influencia de los factores precipitantes disminuye con el tiempo, las enfermeras pueden adaptarse a los acontecimientos y estos factores generalmente quedan sin efecto. Los factores de perpetuación, como las habilidades de afrontamiento

desadaptativas que impiden superar el estrés o controlar la ansiedad laboral llevan a que la baja calidad de sueño se constituya en un problema crónico. Un factor de perpetuación importante es la reducción de la oportunidad de dormir o la reducción del tiempo en la cama al acostarse más tarde o levantarse más temprano, esta es una conducta característica de los profesionales de enfermería (82).

Cox S, Benoit J, Brohard C, McIntyre T, evidencian que 70,5 % de las enfermeras de primera línea tienen mala calidad del sueño, existen dos categorías diferentes de procesos involucrados en el insomnio: procesos que interfieren con el sueño (por ejemplo, excitación cognitiva, emocional y fisiológica, que pueden deberse a eventos estresantes o conflictos emocionales, y pueden ser moderados por diversas variables de personalidad como la excitabilidad, el neuroticismo, etc.) se denominan procesos de interferencia del sueño, y procesos que hacen que el individuo perciba o interprete sus patrones de sueño de una manera distorsionada o disfuncional (p. ej., percepciones erróneas del sueño, creencias disfuncionales sobre los requisitos de cantidad de sueño y las consecuencias de no cumplir con estos requisitos, creencias disfuncionales sobre las variaciones naturales del sueño, atribución errónea de aspectos negativos del funcionamiento diario a la falta de sueño, sesgos atencionales, etc.) se denominan procesos de interpretación del sueño. En algunos casos, los procesos que interfieren con el sueño pueden dominar y las enfermeras deben de ser ayudadas mediante el adecuado procesamiento emocional, entrenamiento en habilidades de relajación y técnicas de control de estímulos, en otros casos, pueden dominar los procesos de interpretación del sueño, lo que requiere métodos cognitivos. En otros casos, ambos tipos de procesos pueden estar igualmente involucrados, causando varios tipos de círculos viciosos entre la cognición, el comportamiento y la excitación que interfiere con el sueño (83).

Omar D, Hassan O, Hani B, encuentran que el 83,5% de las enfermeras tienen mala calidad del sueño, los problemas de sueño pueden ser causados por una cascada de procesos cognitivos que operan durante la noche y el día. Los cinco procesos cognitivos clave que componen la cascada son la preocupación (acompañada de excitación y angustia), la atención y el control selectivo, la percepción errónea del sueño y los déficits diurnos, las creencias inútiles y las conductas de seguridad contraproducentes. La tendencia a preocuparse sobre aspectos de su trabajo por las noches es característico en el comportamiento de las muchas enfermeras, las que incluso tratan de preparar ciertas cosas para el día siguiente, esta aceleración cognitivo conductual activa el sistema nervioso simpático que desencadena una excitación fisiológica que extingue el sueño y provoca angustia. La combinación de preocupación, excitación y angustia en las enfermeras que pretenden tener pleno control de su medio laboral les genera ansiedad que interfiere con el sueño en las noches. Las enfermeras con insomnio y trastornos depresivos y/o ansiedad incurrir en comportamientos inhibidores del sueño (no relajarse antes de acostarse). Las enfermeras a menudo no tienen una estructura diaria de actividades y horario de sueño, sus horarios son irregulares para acostarse y despertarse, y llevan patrones inconsistentes de actividad y ejercicio; también son propensas a pasar demasiado tiempo en la cama durmiendo e intentando dormir en sus días de descanso (84).

6.2. Características de la ansiedad en los profesionales de enfermería

En esta investigación encontramos que el 40.0 % de los profesionales de enfermería tienen alta o muy alta ansiedad, esto indica que más de la tercera parte de las enfermeras tienen preocupaciones excesivas, miedos injustificados, aceleración de la frecuencia cardíaca, agitación, sensación de cansancio y sudoración, durante determinadas situaciones laborales, la ansiedad vivenciada por las enfermeras podría

deberse a múltiples factores como las supervisiones arbitrarias, la insidiosa sobrecarga laboral, el acoso laboral, etc. A las enfermeras se les impone el cumplimiento de metas y coberturas sin considerar los recursos disponibles ni las condiciones ambientales de trabajo, las características geográficas y socioculturales generan múltiples obstáculos para el buen desempeño y estas no son tomadas en cuenta por los supervisores que proceden con indolencia; estos hechos, de exigencias improcedentes, discordes con la realidad, provocan gran ansiedad entre las enfermeras. Muchas enfermeras pretenden realizar un trabajo libre de imperfecciones, se abruma con pequeños detalles y derrochan tiempo y recursos, afectan su productividad, y se autogeneran entornos laborales de ansiedad. Parte de las enfermeras trasladan la ansiedad generada en su medio familiar al contexto de trabajo, al no tener la capacidad de separar las vivencias emocionales familiares de las experiencias anímicas en el trabajo, originan y enaltecen sus sensaciones ansiosas que perturban su buen desenvolvimiento laboral.

Arimon E, Fernández P, Fabrellas N, Castro A, encuentran que el 60 % de las enfermeras presentan ansiedad moderada o alta; esto debido a que las enfermeras son testigos de gran sufrimiento humano, duelo y angustia, todos los días lidian con familiares que lloran, y están devastados por la pérdida de un ser querido o un paciente crítico. Las enfermeras experimentan insomnio, incertidumbre y problemas de relaciones interpersonales en varios niveles y trabajan ansiosamente para cumplir con el estándar de atención de sus pacientes, mientras consuelan a los miembros de la familia. Es común que a las enfermeras se les encargue tareas sobre las que tienen limitada capacidad resolutoria y la institución no le da la adecuada capacitación para afrontar con éxito los casos que deben de atender, el sentirse poco capaces, insolventes y con elevada probabilidad de error, les provoca intensa ansiedad. Es cotidiano que los supervisores de enfermería actúen de manera coercitiva, magnificando errores y divulgando las fallas

encontradas; de esta manera provocan ansiedad que perturba el desempeño de las enfermeras. La ansiedad es universal y tiene una función adaptativa en las enfermeras; surge de la actividad del sistema neuropsicológico que prepara para hacer frente a las amenazas en el escenario laboral. Las enfermeras son el grupo profesional que dedica una mayor cantidad de tiempo al paciente y a su familia, y esta proximidad en el espacio y en el tiempo se traduce en reacciones emocionales intensas que, cuando no son manejadas y canalizadas adecuadamente, pueden conducir a la ansiedad (85).

Hassannia L, Taghizadeh F, Moosazadeh M, Zarghami M, hallan que el 65,6% de los profesionales de enfermería tienen síntomas moderados y severos de ansiedad. La ansiedad en las enfermeras se manifiesta con hiperexcitación y tensión, vigilancia de señales de amenaza, mala interpretación de señales de peligro, aprensión recurrente, evitación cognitiva y conductas de evitación. La ansiedad es más acentuada en enfermeras debido a la complejidad de la atención en salud, la escasez de recursos humanos, la sobrecarga de trabajo, la necesidad de adaptarse a constantes cambios en el tratamiento, baja colaboración del paciente, la necesidad de tratar con más frecuencia el proceso de la muerte y el morir, las interacciones tensas con los familiares, y la alternancia en los turnos de trabajo. En las enfermeras con ansiedad, las sensaciones cognitivas y somáticas que la acompañan, están relacionadas con cambios biológicos que preparan para el peligro, muchas enfermeras controlan la ansiedad mediante pensamientos de: previsibilidad, controlabilidad y seguridad, la experiencia laboral lleva a que las enfermeras tengan formas efectivas de afrontar y superar las situaciones conflictivas; saber que poseen maneras efectivas de enfrentar los contextos más aciagos reduce y controla la ansiedad en las enfermeras. Muchos profesionales de enfermería ponen en práctica estrategias de relajación para controlar la tensión y la preocupación; otras poseen la capacidad de impedir que los eventos problemáticos afecten su

integridad afectiva o alteren su estado de ánimo; existen enfermeras que siempre mantienen la ecuanimidad, de manera que pueden analizar las situaciones problemáticas con objetividad y racionalidad, pudiendo establecer y seguir la conducta más conveniente ante las dificultades (86).

Bayrak N, Uzun S, Kulakaç N, encuentran que el 81,7% de las enfermeras experimentaba un alto nivel de ansiedad, las enfermeras altamente ansiosas son más sensibles a la información amenazante del entorno, es decir, muestran un sesgo atencional a las amenazas, también tienden a prestar atención a los eventos emocionalmente negativos o amenazantes de manera preferencial e incluso automática. En enfermeras con ansiedad existe un sesgo de atención que es seguido por un sesgo evaluativo y un sesgo de preparación para la reacción. Los eventos negativos o amenazantes suelen reclutar más recursos psicológicos y fisiológicos en la evaluación, presumiblemente por su importancia y urgencia para la supervivencia y la vida diaria. Las enfermeras ansiosas pueden preocuparse más por las respuestas de ansiedad dejando de lado el interés y la atención por aspectos de su desempeño profesional, esto distrae la atención y afecta a la memoria. Las enfermeras ansiosas prefieren evitar opciones arriesgadas en el trabajo, procurarán mantenerse en el cumplimiento de su rutina laboral, de manera que serán reacias a la innovación y a emprender acciones de mejora. Las enfermeras ansiosas requieren participar de procesos de reestructuración cognitiva, para poder percibir a su escenario laboral como un lugar más seguro; permanecer en un estado de ansiedad interfiere con el desempeño laboral y la capacidad de concentrarse en las tareas cotidianas de la profesión (87).

Appel A, Carvalho A, Santos R, determina que el 53,8% de las enfermeras presentan ansiedad; esto se debe a que la enfermera debe de afrontar inadecuadas condiciones de trabajo en donde están en riesgo: su seguridad física, su bienestar

psicológico, su reputación profesional y su autoestima profesional. La ansiedad presupone la imaginación de una situación futura en que la condición personal se ve afectada. La ansiedad surge cuando las respuestas personales para afrontar y superar los problemas del entorno circundante se vuelven imposibles. La ansiedad se manifiesta con una variedad de sensaciones físicas que pueden incluir: palpitaciones, cambios en la respiración, problemas estomacales, sudoración, temblores o estremecimientos, sofocos o escalofríos, sensación general de inquietud o nerviosismo, mareos y cefaleas. La ansiedad es parte de un sistema corporal diseñado para responder a amenazas y peligros, su función es preparar para luchar o para huir de determinada situación. En la enfermera con ansiedad su mente automáticamente se dirige hacia las amenazas y obvia las cosas que no son consideradas una amenaza directa, la percepción se ve sesgada al dirigirse a aspectos específicos de la realidad, que le impiden ver la imagen completa; en consecuencia, no puede tener una percepción y comprensión integral de todo el problema y esto la lleva a tener percepciones incompletas y a tomar decisiones incorrectas. Las enfermeras ansiosas ocupan su mente de manera intensiva en identificar los posibles peligros a lo largo del día, ocasionándole cansancio y agotamiento, que le impide afrontar sus tareas laborales diarias de forma eficiente (53).

6.3. Calidad de sueño y ansiedad en los profesionales de enfermería

En esta investigación, hemos hallado un coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo entre la calidad de sueño y la ansiedad en enfermeras ($r = -0,441$), esto indica que, las enfermeras con menor calidad de sueño también presentan mayor ansiedad; esto podría deberse a que, las enfermeras que no duermen de manera adecuada, tienen deterioro de sus aptitudes físicas, atenuación de sus facultades intelectuales e imposibilidad de tener una óptima modulación emocional, son presas de sus impulsos y interrupciones emotivas de manera continua, estos hechos las lleva a auto

percibirse como incapaces de cumplir de manera solvente sus requerimientos laborales, estos eventos suscitan ansiedad tornándolas temerosa e inseguras en las actividades que realizan. Las enfermeras con baja calidad de sueño, tienen: una sensación de inadecuación a su medio laboral, perciben su actuación como incompetente, tienen ideas recurrentes de cometer o haber cometido errores, creen que serán duramente sancionadas por sus desatinos, se sienten culpables de haber actuado de manera inapropiada en la atención del paciente, y suponen que su participación en los establecimientos de salud no es de importancia. Hay enfermeras que consideran que dormir poco es una virtud y un beneficio, porque pueden disponer de más horas del día para trabajar o realizar tareas del hogar; también, creen que las sensaciones de ansiedad que presentan son normales o son parte de su personalidad, en consecuencia, no se preocupan por mejorar su calidad de sueño ni por reducir su ansiedad.

Lung C, Wu M, Ho C, Wang J, encuentran que la restricción del sueño incrementa el riesgo de ansiedad en las enfermeras; parte de las enfermeras reducen sus horas de sueño para poder dedicarse a trabajar o estudiar, otras enfermeras no son conscientes de la importancia que tiene el sueño en su funcionamiento físico y mental, además de desestimar su impacto en su calidad de vida, hay enfermeras que le atribuyen bajo valor al sueño, incluso identifican el dormir más de 5 horas como holgazanería, y restringen sus horas de sueño de manera intencional. Las enfermeras que no duermen lo suficiente experimentan una disminución de su función cognitiva, un aumento de los estados de ánimo negativos y una carga adicional de enfermedades existentes. La deficiencia del sueño incluye la duración inadecuada del sueño, el horario irregular del sueño, la mala calidad del sueño y los trastornos del sueño, y es extremadamente común entre las enfermeras. La baja calidad de sueño tiene un impacto negativo en el desempeño laboral y la productividad; predispone a las enfermeras a un mayor riesgo de trastornos médicos

como presión arterial alta, problemas respiratorios y dolor osteomuscular; también causa daño a la función cognitiva, que se observa como disminución de la vigilancia, la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. Las enfermeras que duermen poco presentan variabilidad del desempeño cognitivo, que implica tanto errores de omisión (es decir, lapsos conductuales evidentes como falta de respuesta oportuna a un estímulo) como errores de comisión (es decir, respuestas imprecisas e imprudentes); esta condición provoca inseguridad e intensifica la ansiedad (11).

Wang D, Lian J, Hua M, Pan Y, Han D, hallan que existe una correlación positiva entre el trastorno del sueño y la ansiedad, el efecto más significativo de la falta de sueño en las enfermeras es la somnolencia fisiológica que puede causar efectos dramáticos en la productividad, la privación del sueño disminuye el estado de alerta, la somnolencia diurna excesiva afecta la memoria y la capacidad para pensar y procesar información. Sin un sueño adecuado, las enfermeras tienen más dificultades para concentrarse, aprender y comunicarse, se reduce la capacidad memorística, con lapsos breves de olvido; disminuyen las habilidades para resolver problemas. Las enfermeras privadas de sueño pueden estar de mal humor y ser menos tolerantes con las opiniones diferentes de sus compañeros de trabajo, lo que las hace más propensas a los arrebatos reaccionarios y otros comportamientos que destruyen las relaciones interpersonales; estas reacciones provocan ansiedad. Los problemas en las relaciones de trabajo se intensifican en las enfermeras que han dormido poco; porque no pueden ejercer un efectivo control emocional, y porque tienden a percibir como hostil y agresiva las reacciones de otras personas; esta situación afecta la eficiencia y productividad laboral; claramente, la privación del sueño causa serios problemas tanto en la vida personal como en la dinámica organizacional (12).

Chueh K, Chen K, Lin Y, evidencian que la privación del sueño es un predictor de la ansiedad en las enfermeras; todas las formas de privación del sueño dan como resultado un aumento de los estados de ánimo negativos, especialmente sentimientos de fatiga, pérdida de vigor, somnolencia y confusión, los sentimientos de irritabilidad, ansiedad y depresión son el resultado de un sueño inadecuado. Las habilidades divergentes involucradas en la toma de decisiones que se ven afectadas por la pérdida de sueño incluyen asimilación de información cambiante, actualización de estrategias basadas en nueva información, pensamiento lateral, innovación, evaluación de riesgos, mantenimiento del interés en los resultados, comportamiento apropiado, buen estado de ánimo, visión institucional, habilidades de comunicación y memoria temporal. Las enfermeras que duermen poco y tienen ansiedad, perciben que están amenazadas con posibles daños a su reputación e imagen profesional, esta percepción de perjuicio puede ser subjetiva e inexacta, la interpretación de la situación por parte de la enfermera ansiosa es que está amenazada, en consecuencia, tienen una actitud defensiva y/o agresiva que le impide tener un óptimo desempeño profesional. En muchas enfermeras la condición de restricción del sueño y el estado de ansiedad, es cotidiano, y al no ser conscientes de esta situación, la asumen como parte de su personalidad (13).

Shahri H, Kahrazei F, encuentran que existe una correlación positiva entre las limitaciones de sueño y la carga de ansiedad clínica; la privación del sueño genera enfermeras ansiosas con un desempeño insuficiente y con actitudes desfavorables hacia los pacientes, parte de las enfermeras suele ver el sueño como una pérdida de tiempo, durante el cual no ocurre nada productivo, el desempeño y las responsabilidades sociales a menudo pueden tener prioridad sobre el sueño, en gran parte debido a las múltiples demandas y expectativas de roles. Las enfermeras que duermen poco tienen bajo rendimiento de sus habilidades cognitivas que utilizan habilidades divergentes y

complejas, incluida la memoria temporal visual, el juicio de confianza, también se ve afectada la función ejecutiva, reduciéndose la capacidad de planificar y coordinar una acción deliberada frente a las alternativas, monitorear y actualizar la acción según sea necesario y suprimir el material de distracción al centrar la atención en la tarea en cuestión. Las enfermeras con insomnio son incapaces de ejercer control sobre las cogniciones intrusivas y se involucran en pensamientos repetitivos no deseados que afectan su capacidad de concentración y juicio objetivo (14).

Inga M, Deklava L, Skutele I, Millere E, Fokina O, hallan que el trabajo en turnos afecta la calidad del sueño e incrementa la ansiedad, sin un sueño adecuado, las enfermeras muestran un deterioro significativo en una variedad de habilidades cognitivas como la atención y la concentración, también afecta los procesos cognitivos de orden superior como la resolución de problemas, el control inhibitorio y la toma de decisiones complejas. Las enfermeras que duermen poco no pueden controlar sus pensamientos perniciosos ni sus emociones negativas, son más proclives a la ansiedad y están atrapadas por una forma particularmente negativa e inútil de ver su situación; esta condición las lleva a percibir de manera negativista todo su escenario laboral, no pueden efectuar proyecciones de desarrollo e innovación institucional o tener algún tipo de propuesta creativa. La enfermera ansiosa por falta de sueño tiene una valoración falsa de su capacidad para hacer frente a las dificultades que se presentan en su trabajo y subestiman los recursos que disponen, así, al sobrestimar el peligro y subestimar sus recursos, no pueden plantear formas efectivas de intervención profesional. Las enfermeras privadas del sueño tienen alteraciones en sus funciones ejecutivas; se bloquea el pensamiento creativo, se reduce la memoria de trabajo y se perturba la atención. Las enfermeras que no han dormido lo suficiente, tienen afección de su

capacidad para retener y manipular información y reducen sus habilidades psicomotoras finas; esto aminora su capacidad profesional (15).

Mohannad E, evidencia que el nivel de insomnio es un predictor de ansiedad, depresión y fatiga en las enfermeras, las enfermeras que duermen poco reducen su capacidad de atención y presentan un aumento de los errores de omisión y comisión, también presentan ralentización cognitiva por lo que se demoran en comprender la situación sobre la que deben de intervenir, cuando tienen presiones de tiempo aumentan sus errores cognitivos. Las enfermeras que no han dormido lo suficiente tienen disminución del recuerdo a corto plazo y de la memoria de trabajo, de manera que podrían confundirse en los procedimientos y tratamientos, además se ven abrumadas cuando deben de atender casos y situaciones nuevas o no pueden comprender algunos procesos complejos, muchas enfermeras son conscientes que presentan estas dificultades y tratan de apegarse a sus rutinas de trabajo, sin embargo cuando se suscitan casos nuevos que deben de afrontar sufren conflictos cognitivos y emocionales que exagera su ansiedad y abandonan la situación solicitando ser relevadas por otras colegas (88).

CONCLUSIONES

1. Cuando disminuye la calidad del sueño en referencia a la **energía diurna**, se incrementa la ansiedad en los profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,465)
2. Cuando disminuye la calidad del sueño en referencia al **confort con el sueño**, se incrementa la ansiedad en los profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,431)
3. Cuando disminuye la calidad del sueño en referencia a las **regularidades del sueño**, se incrementa la ansiedad en los profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,424)
4. De forma general, cuando disminuye la **calidad del sueño**, se incrementa la ansiedad en los profesionales de enfermería (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; - 0,441)

RECOMENDACIONES

1. Es conveniente poner en práctica, programas de orientación que hagan conscientes a las enfermeras de la necesidad de dormir de manera adecuada, para mejorar su **energía diurna** y disminuir su ansiedad, esto conducirá a que, las enfermeras puedan ordenar sus actividades diarias y se asignen el tiempo suficiente para dormir; debido al reconocimiento, del daño a su salud y a su productividad laboral, que pueden provocar las restricciones del sueño.
2. Es provechoso poner en ejecución programas de orientación que capaciten a las enfermeras en la forma de asegurar las condiciones propicias para tener un adecuado proceso de sueño, esto llevará a que, las enfermeras puedan mejorar su **confort con el sueño** y disminuir su ansiedad, las enfermeras podrán tener un óptimo inicio y mantenimiento del sueño, además de un adecuado despertar; asimismo podrán reducir la posibilidad de tener sueños perturbadores.
3. Es propicio concretar un programa de orientación que dote a las enfermeras en el uso de formas efectivas y estrategias múltiples para reducir o controlar cualquier tipo de anomalías del sueño, esto dirigirá a que, las enfermeras puedan mejorar sus **regularidades del sueño** y disminuir su ansiedad, las enfermeras podrán manejar de manera conveniente, cualquier trastorno del sueño que las aqueje y alcanzarán un sueño saludable.
4. De forma general, es favorable implementar programas de orientación que permitan que las enfermeras tengan un proceso de sueño saludable, además de establecer políticas laborales que propicien el sueño óptimo en las enfermeras; esto inducirá a que, las enfermeras puedan mejorar su **calidad del sueño** y disminuir su ansiedad; las

enfermeras podrán tener un sueño satisfactorio y al día siguiente estarán en las mejores condiciones físicas y anímicas para desplegar todas sus aptitudes profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murad A, Wisam A, Maysaa Qa, Beesan M, Iman J. Effect of Rotating Shift on Sleep Quality, Among Nurses Work in Non-Government Hospital. *International Journal of Biomedical and Clinical Sciences*. 2019; 4(3): p. 66 - 73.
2. Damaiyanti M. The Relation Between Anxiety and Nurses' Performance at Atma Husada Mahakam Hospital, Samarinda. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2019; 7(1): p. 75 - 84.
3. Yousif A, Chamsi A, Juliann S, Saddik M, Rahman A, Saquib N. Sleep duration is associated with depressive symptoms among expatriate nurses. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 257(1): p. 658 – 661.
4. Dong H, Zhang Q, Sun Z, Sang F, Xu Y. Sleep disturbances among Chinese clinical nurses in general hospitals and its influencing factors. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(2): p. 1 - 9.
5. Okundolor S. Promoting Nurses Management of Night Shift Sleepiness. [Tesis]. Walden University, College of Health Sciences; 2019.
6. Mohammed F. Effect of Shift Rotation on Sleep Quality and Associated Health Problems among Nurses at Asser Hospital KSA. *International Journal of Nursing Science*. 2016; 6(2): p. 58 - 65.
7. Caetano P, Claudio A, Ferraro N, Sande M. Sono, qualidade de vida e humor em profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Infantil. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2): p. 277 - 283.
8. Sartini T, Zinato C, Guo J, Noce F. Efeitos de um turno de 12 horas nos estados de humor e na sonolência de enfermeiros de unidade de tratamento intensivo neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51(1): p. 1 - 7.
9. Heredia M. Repercusión de las guardias nocturnas en la calidad del sueño de las enfermeras de emergencia, hospital nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo. [Tesis]. Universidad Católica de Santa María, Facultad de Enfermería; 2019.
10. Oswald I. The function of sleep. *Postgraduate Medical Journal*. 1976; 52(6): p. 15 - 18.
11. Lung C, Wu M, Ho C, Wang J. Risks of treated anxiety, depression, and insomnia among nurses: A nationwide longitudinal cohort study. *PLoS ONE*. 2018; 13(9): p. 1 - 13.

12. Wang D, Lian J, Hua M, Pan Y, Han D. Sleep quality and anxiety among nurses in tertiary hospitals in China and the influencing factors: A crosssectional study. *Journal of Physiological Anthropology*. 2019; 39(2): p. 1 - 22.
13. Chueh K, Chen K, Lin Y. Psychological Distress and Sleep Disturbance Among Female Nurses: Anxiety or Depression? *Journal of Transcultural Nursing*. 2019; 10(1): p. 1 - 7.
14. Shahri H, Kahrazei F. Role of Attitude to the Care of a Dying Patient in Prediction of Clinical Anxiety and Sleep Quality of Nurses. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2018; 26(3): p. 173 - 182.
15. Inga M, Deklava L, Skutele I, Millere E, Fokina O. Shift work impact to symptoms of anxiety, depression and sleep quality among nurses. *Society integration education*. 2018; 4(1): p. 154 - 161.
16. Tarhan M, Aydin A, Ersoy E, Dalar L. The sleep quality of nurses and its influencing factors. *Eurasian Journal of Pulmonology*. 2018; 20(1): p. 78 - 84.
17. Minjeong A, JinShil·K, Seongkum H. Factors Affecting Sleep Quality of Clinical Nurses Working in a Hospital. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2018; 30(2): p. 126 - 135.
18. Kang J, Noh W, Lee Y. Sleep quality among shiftwork nurses: A systematic review and meta-analysis. *Applied Nursing Research*. 2019; 17(2): p. 1 - 11.
19. Guevara F. Síndrome de burnout y calidad del sueño en personal médico de centros de salud I-4 de la ciudad de Tacna, en el año 2022. Tesis de pregrado. Universidad Privada de Tacna, Tacna; 2022.
20. Izaguirre M, Paredes V, Sulca M. Calidad de sueño y rendimiento académico en estudiantes de medicina de una Universidad Privada de Lima 2021. Tesis de pregrado. UNiversidad Peruana CayetanoHheredia , Lima; 2021.
21. Pajares C. Calidad de sueño y estrés académico en estudiantes de derecho. Tesis de pregrado. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima; 2019.
22. Roncal B, Sánchez C. Calidad del sueño y estrès en el profesional de enfermería del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Perú - 2022. Tesis de pregrado. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca; 2022.
23. Huth J, Eliades A, Handwork C, Englehart J, Messenger J. Shift worked, quality of sleep, and elevated body mass index in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 2013; 28(6): p. 89 - 97.

24. Kubota K, Shimazu A, Kawakami N, Takahashi M, Nakata A, Schaufeli W. The empirical distinctiveness of work engagement and workaholism among hospital nurses in japan : the effect on sleep quality and job performance. *Ciencia & trabajo*. 2011; 13(41): p. 152-157.
25. Chan M. Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18(2): p. 285-293.
26. Cui Z, Wang Y, Chao H, Huang Z. A survey of sleep quality of employed nurses in military hospitals. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*. 2017; 35(8): p. 578-581.
27. Chien P, Su H, Hsieh P, Siao R, Ling P, Jou H. Sleep Quality among Female Hospital Staff Nurses. *Sleep disorders*. 2013; 20(3): p. 283-293.
28. Kim H, Choi K, Eom M, Joo E. Role of Circadian Types and Depressive Mood on Sleep Quality of Shift Work Nurses. *The Korean Journal of Psychopharmacology*. 2011; 22(2): p. 96-104.
29. Miró C, Buela C. Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*. 2005.
30. Hasson D, Gustavsson P. Declining sleep quality among nurses: a population-based four-year longitudinal study on the transition from nursing education to working life. *PLOS ONE*. 2010; 5(12): p. 45-56.
31. Chung M, Liu W, Lee H, Hsu N. Selected Neurophysiological, Psychological, and Behavioral Influences on Subjective Sleep Quality in Nurses: A Structure Equation Model. *PLOS ONE*. 2013; 8(11).
32. Azmoon H, Dehghan H, Akbari J, Souri S. The relationship between thermal comfort and light intensity with sleep quality and eye tiredness in shift work nurses. *Journal of Environmental and Public Health*. 2013; 19(5): p. 184-191.
33. Fusz K, Pakai A, Kívés Z, Fullér N, Boncz I, Szunomár S, et al. Work Schedules And The Sleep Quality Of Nurses In Hungary. *Value in Health*. 2016; 19(3): p. 78 - 86.
34. Gómez T, Ruzafa M, Fuentelsaz C, Madrid J, Rol M. Nurses' sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: observational study among different shifts. *BMJ Open*. 2016; 6(8): p. 87-95.
35. Han K, Park E, Park Y, Lim H, Lee E, Kim L, et al. Factors Influencing Sleep Quality in Clinical Nurses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 20(2): p. 121-131.

36. Lin P, Chen C, Pan S, Pan C, Chen C, Chen Y, et al. Atypical Work Schedules Are Associated With Poor Sleep Quality and Mental Health in Taiwan Female Nurses. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2012; 85(8): p. 877-884.
37. McDowall K, Murphy E, Anderson K. The impact of shift work on sleep quality among nurses. *Occupational Medicine*. 2017; 67(8): p. 621-625.
38. Kunert K, King M, Kolkhorst F. Fatigue and sleep quality in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2007; 45(8): p. 30-37.
39. Rocha M, Martino M. Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*. 2010; 44(2): p. 280-292.
40. Surani S, Hesselbacher S, Subramanian S. Sleep Quality and Vigilance Differ Among Inpatient Nurses Based on the Unit Setting and Shift Worked. *Journal of Patient Safety*. 2015; 11(4): p. 215-220.
41. Zverev Y, Misiri H. Perceived effects of rotating shift work on nurses' sleep quality and duration. *Malawi Medical Journal*. 2009; 21(1): p. 19-21.
42. Son Y, Park Y. Relationships between Sleep Quality, Fatigue and Depression on Health Promoting Behavior by Shift-Work Patterns in University Hospital Nurses. *Journal of Korean Biological Nursing Science*. 2011; 13(3): p. 229-237.
43. Park E, Lee H, Park C. Association between sleep quality and nurse productivity among Korean clinical nurses. *Journal of Nursing Management*. 2018; 26(8): p. 1051-1068.
44. Zencirci A, Arslan S. Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study. *Croatian Medical Journal*. 2011; 52(4): p. 527-537.
45. Zhang L, Sun D, Li C, Tao M. Influencing Factors for Sleep Quality Among Shift-working Nurses: A Cross-Sectional Study in China Using 3-factor Pittsburgh Sleep Quality Index. *Asian Nursing Research*. 2016; 10(4): p. 277-282.
46. Gao Y, Pan B, Sun W, Wu H, Wang J, Wang L. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*. 2012; 12(1): p. 141-151.
47. Ghazwin M, Kavian M, Ahmadloo M, Jarchi A, Javadi SG, Latifi S. The Association between Life Satisfaction and the Extent of Depression, Anxiety and Stress among Iranian Nurses: A Multicenter Survey. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2016; 11(2): p. 120-127.

48. Ghawadra S, Abdullah K, Choo W, Phang C. Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2019; 28(2): p. 374-385.
49. Zandi M, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. Abundance of depression, anxiety and stress in militant Nurses. *Journal of Military Medicine*. 2011; 13(2): p. 103-108.
50. Imamura K, Tran T, Nguyen H, Kuribayashi K, Sakuraya A. Effects of two types of smartphone-based stress management programmes on depressive and anxiety symptoms among hospital nurses in Vietnam: a protocol for three-arm randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2019; 9(4): p. 89-97.
51. Booker L, Sletten T, Alvaro P, Barnes M. Exploring the associations between shift work disorder, depression, anxiety and sick leave taken amongst nurses. *Journal of Sleep Research*. 2020; 29(3): p. 36-41.
52. Thun E, Bjorvatn B, Torsheim T, Moen B, Magerøy N, Pallesen S. Night work and symptoms of anxiety and depression among nurses: A longitudinal study. *Work & Stress*. 2014; 28(4): p. 376-386.
53. Appel A, Carvalho A, Santos R. Prevalencia y factores asociados a la ansiedad, depresión y estrés en un equipo de enfermería COVID-19. *Rev Gaucha Enferm*. 2021; 42(1): p. 21 - 35.
54. AbuRuz M, Hayeah H. Insomnia induced by night shift work is associated with anxiety, depression, and fatigue, among critical care nurses. *Advanced Studies in Biology*. 2017; 9(2): p. 137-156.
55. Mallett K, Price J, Jurs S, Slenker S. Relationships among Burnout, Death Anxiety, and Social Support in Hospice and Critical Care Nurses. *Psychological Reports*. 1991; 68(3): p. 1347-1359.
56. Nooryan K, Gasparyan K, Sharif F, Zoladl M. Controlling anxiety in physicians and nurses working in intensive care units using emotional intelligence items as an anxiety management tool in Iran. *International Journal of General Medicine*. 2012; 5(2): p. 5-10.
57. Frazier S, Moser D, Daley L, McKinley S, Riegel B, Garvin B, et al. Critical Care Nurses' Beliefs About and Reported Management of Anxiety. *American Journal of Critical Care*. 2003; 12(1): p. 19-27.

58. Calisi C. The Effects of the Relaxation Response on Nurses' Level of Anxiety, Depression, Well-Being, Work-Related Stress, and Confidence to Teach Patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2017; 35(4): p. 318-327.
59. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2013; 16(4): p. 152-159.
60. Liu L, Min Z, Xiao W. To understand the low years of night shift nurses anxiety. *Medical Journal of Trauma and Disability*. 2013; 12(5): p. 58-67.
61. Berry P, Gillespie G, Fisher B, Gormley D, Haynes J. Psychological Distress and Workplace Bullying Among Registered Nurses. *The online journal of issues in nursing*. 2016; 21(3): p. 81 - 89.
62. Cheung T, Yip P. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12(9): p. 110-117.
63. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 16(1): p. 61 - 77.
64. Munroe B, Buckley T, Curtis K, Murphy M, Strachan L, Hardy J, et al. The impact of HIRAID on emergency nurses' self-efficacy, anxiety and perceived control: A simulated study. *International Emergency Nursing*. 2016; 25(3): p. 53-58.
65. Øyane N, Pallesen S, Moen B, Åkerstedt T, Bjorvatn B. Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. *PLOS ONE*. 2013; 8(8): p. 1-7.
66. Préville M, Côté G, Boyer R. Detection of depression and anxiety disorders by home care nurses. *Aging & Mental Health*. 2004; 8(5): p. 400-409.
67. An J, Gao X, Ma Y, Xiao S. Relation between depression, anxiety, and quality of life among female nurses in Shaanxi province: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2015; 38(4): p. 135-142.
68. Huang C, Wu M, Ho C, Wang J. Risks of treated anxiety, depression, and insomnia among nurses: A nationwide longitudinal cohort study. *PLOS ONE*. 2018; 13(9): p. 178-183.

69. Li S, Li L, Zhu X, Wang Y, Zhang J, Zhao L, et al. Comparison of characteristics of anxiety sensitivity across career stages and its relationship with nursing stress among female nurses in Hunan, China. *BMJ Open*. 2016; 6(5): p. 56-68.
70. Cornejo Jea. Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2016; 54(4).
71. Kozier B, Erb G, Olivieri R. *Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica*. 4th ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.
72. Popper K. *La lógica de la investigación científica*. 1st ed. Madrid : Tecnos ; 1980.
73. Neuman L. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. 7th ed. Washington D C: Pearson; 2014.
74. Martínez M, Briones R, Cortés J. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2013.
75. Bunge M. *Ciencia y desarrollo*. 1st ed. Buenos Aires: Siglo Veinte; 1980.
76. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
77. Carrasco S. *Metodología de la Investigación Científica*. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
78. Sanchez H, Reyes C. *Metodología y diseños en la investigación científica*. 1st ed. Lima: Business Support Aneth; 2017.
79. Hyeryeon Y, Kyungrim S, Chol S. Development of the Sleep Quality Scale. *J Sleep Res*. 2006; 15(1): p. 309 – 316.
80. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959; 32(1): p. 50 – 55.
81. Zeng L, Yang Y, Wang C, Li X, Xiang Y. Prevalence of Poor Sleep Quality in Nursing Staff: A Meta-Analysis. *Behavioral sleep medicine*. 2019; 27(1): p. 1 - 15.
82. Tu Z, He J, Zhou N. Sleep quality and mood symptoms in conscripted frontline nurse in Wuhan, China during COVID-19 outbreak. *Medicine*. 2020; 99(2): p. 1 - 5.
83. Cox S, Benoit J, Brohard C, McIntyre T. Evaluation of sleep quality among nursing faculty: application of the pittsburgh sleep quality index - a descriptive correlational study. *Nursing Open*. 2022; 9(1): p. 339 – 348.

84. Omar D, Hassan O, Hani B. Sleep quality and its determinants among nurses during covid - 19 pandemic. *Egyptian Journal of Occupational Medicine*. 2022; 46(1): p. 75 - 92.
85. Arimon E, Fernández P, Fabrellas N, Castro A. Dealing with Emotional Vulnerability and Anxiety in Nurses from High-Risk Units—A Multicenter Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022; 19(1): p. 1 - 11.
86. Hassannia L, Taghizadeh F, Moosazadeh M, Zarghami M. Anxiety and Depression in Health Workers and General Population During COVID-19 in IRAN: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychopharmacology Reports*. 2021; 41(1): p. 40 - 49.
87. Bayrak N, Uzun S, Kulakaç N. The relationship between anxiety levels and anger expression styles of nurses during COVID-19 pandemic. *Perspect Psychiatr Care*. 2021; 57(1): p. 1829 – 1837.
88. Mohannad E. Insomnia Induced by Night Shift Work is Associated with Anxiety, Depression, and Fatigue, among Critical Care Nurses. *Advanced Studies in Biology*. 2017; 9(3): p. 137 - 156.
89. Vaux A, Phillips J, Holly, L, Thomson B. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*. 1986; 14(2): p. 195 - 219.
90. Monticone M, Ferrante S, Giorgi I. The 27-item Coping Strategies Questionnaire – Revised: Confirmatory factor analysis, reliability and validity in Italian-speaking subjects with chronic pain. *Pain Res Manag*. 2014; 19(3): p. 153-158.
91. McDowall K, Murphy E, Anderson K. The impact of shift work on sleep quality among nurses. *Occupational Medicine*. 2017; 67(1): p. 621 – 625.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CALIDAD DE SUEÑO Y ANSIEDAD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD JAUJA, 2022

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre calidad del sueño y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022?</p> <p>Problemas específicos 1. ¿Cuál es la relación entre calidad del sueño en referencia a la energía diurna y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022? 2. ¿Cuál es la relación entre calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022? 3. ¿Cuál es la relación entre calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre calidad del sueño y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022</p> <p>Objetivos específicos 1. Establecer la relación entre calidad del sueño en referencia a la energía diurna y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022 2. Establecer la relación entre calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022 3. Establecer la relación entre calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022</p>	<p>Hipótesis general La relación entre calidad del sueño y ansiedad es que: a mayor calidad del sueño; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022</p> <p>Hipótesis específicas 1. La relación entre calidad del sueño en referencia a la energía diurna y ansiedad es que: a mayor calidad del sueño en referencia a la energía diurna; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022 2. La relación entre calidad del sueño en referencia al confort con el sueño y la ansiedad es que: a mayor calidad del sueño en referencia al confort con el sueño; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022 3. La relación entre calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño y la ansiedad es que: a mayor calidad del sueño en referencia a las regularidades del sueño; menor ansiedad en profesionales de enfermería de la Red de Salud Jauja en el 2022</p>	<p>Método general: Científico</p> <p>Métodos específicos: Inductivo Estadísticos inferenciales</p> <p>Tipo de investigación Básica Cuantitativa Transversal Observacional</p> <p>Nivel de investigación Relacional</p> <p>Diseño de investigación: Correlacional</p>	<p>Variable 1: Calidad del sueño</p> <p>Variable 2: Ansiedad</p> <p>Variables intervinientes: Sexo Número de hijos Edad Estado civil Trabajo en otro lugar adicional a la Red de Salud Estudio de especialidad o post grado Tiempo de experiencia laboral en la Red de Salud</p>	<p>Población La población en la que se realizó la investigación, fueron 114 enfermeras que trabajan en los establecimientos de la Red de Salud Jauja</p> <p>Muestra Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 90 enfermeras que laboran en la Red de Salud de Jauja en el 2022.</p> <p>Para valorar la calidad del sueño Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de calidad del sueño”</p> <p>Para valorar la ansiedad Se evaluó utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Escala de ansiedad de Hamilton”.</p>

ANEXO 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	
Calidad de sueño	La calidad del sueño, es el grado de satisfacción con la experiencia de sueño, involucra: el tiempo, el inicio, el mantenimiento y el despertar; además de la sensación de renovación después de dormir y la ausencia de perturbaciones.	Energía diurna	Es la vitalidad física, emocional, cognitiva y espiritual que se vivencia en el día después del sueño cotidiano	Dificultad para pensar	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos	
				Dificultad para concentrarse			
				Aumento de errores			
				Sensación de irritación			
				Disminución del interés			
				Cansarse fácilmente			
				Somnolencia			
				Aflicción cotidiana			
				Disminución del deseo			
				Aumento del olvido			
				Dolor de cabeza			
		Disminución del apetito					
		Confort con el sueño	Es comodidad en el proceso de dormir, para iniciar, en el mantenimiento, y al despertar; además de no tener sueños perturbadores.	Alivio de la fatiga			Recuperación del vigor
							Sensación de despeje
							Sensación refrescante
							Satisfacción
							Sueño profundo
							Tiempo suficiente
		Regularidades del sueño	Es la ausencia de cualquier tipo de anomalías del sueño que afecten la renovación de energías y dificulten el óptimo desempeño laboral.	Dificultad para volver a dormir			Dormir después de cierta hora
							Dificultad para conciliar
							Volverse sin dormir
Despertarse fácilmente							
Interrumpir el sueño							
Deseo de dormir más							
Dificultad para levantarse							
Dificultad para las siestas							

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Ansiedad	Es un estado displacentero de tensión, hiperactividad simpática y dificultad motora que experimenta la enfermera en el trabajo.	Vivencia Subjetiva	Es la sensación de temor indefinido, inseguridad o tensión	Estado ansioso	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Tensión		
				Temor		
				Humor depresivo		
		Dificultad Funcional	Manifestaciones conductuales, observables en forma de inhibición motriz, o más frecuentemente inquietud o agitación	Insomnio		
				Funciones intelectuales o cognitivas		
				Comportamiento durante examen		
		Respuesta Neurovegetativa	Son los cambios fisiológicos periféricos, mediatizados por el sistema nervioso neurovegetativo y por una activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal	Síntomas somáticos musculares		
				Síntomas somáticos sensoriales		
				Síntomas cardiovasculares		
				Síntomas respiratorios		
				Síntomas gastrointestinales		
				Síntomas genitourinarios		
		Síntomas del sistema nervioso autónomo				

ANEXO 3:
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	OPCIONES DE RESPUESTA
Calidad de sueño	Energía diurna	Dificultad para pensar	1. Tiene dificultad para pensar debido a la falta de sueño	Nunca = 0 A veces = 1 De forma regular = 2 Casi siempre = 3 Siempre = 4
		Dificultad para concentrarse	2. Tiene dificultad para concentrarse debido a la falta de sueño	
		Aumento de errores	3. Presenta un aumento de errores debido a la falta de sueño	
		Sensación de irritación	4. Nota la sensación de irritación debido a la falta de sueño	
		Disminución del interés	5. Percibe una disminución del interés por el trabajo y otras actividades debido a la falta de sueño	
		Cansarse fácilmente	6. Se cansa fácilmente en el trabajo debido a la falta de sueño	
		Somnolencia	7. Presenta somnolencia que interfiere con la vida diaria	
		Aflicción cotidiana	8. Siente aflicción cotidiana debido a la falta de sueño	
		Disminución del deseo	9. Presenta disminución del deseo debido a la falta de sueño	
		Aumento del olvido	10. Presenta aumento del olvido debido a la falta de sueño	
		Dolor de cabeza	11. Tiene dolor de cabeza debido a la falta de sueño	
		Disminución del apetito	12. Tiene disminución del apetito debido a la falta de sueño	
	Confort con el sueño	Alivio de la fatiga	13. Obtiene alivio de la fatiga después del sueño	
		Recuperación del vigor	14. Logra la recuperación del vigor después del sueño	
		Sensación de despeje	15. Experimenta la sensación de despeje después de dormir	
		Sensación refrescante	16. Experimenta una sensación refrescante del cuerpo después de dormir	
		Satisfacción	17. Tiene satisfacción con el sueño	
		Sueño profundo	18. Posee sueño profundo	
	Regularidades del sueño	Tiempo suficiente	19. Percibe que duerme el tiempo suficiente	
		Dificultad para volver a dormir	20. Presenta dificultad para volver a dormir después de despertarse en la noche	
		Dormir después de cierta hora	21. Experimenta que ya no puede dormir pasada cierta hora de la noche	
		Dificultad para conciliar	22. Tiene dificultad para conciliar el sueño	
		Volverse sin dormir	23. Soporta tener que dar vueltas en la cama y luego levántase por no poder dormir	
		Despertarse fácilmente	24. Siente que se despierta fácilmente debido al ruido	
		Interrumpir el sueño	25. Experimenta despertarse durante el sueño	
		Deseo de dormir más	26. Tiene el deseo de dormir más después de levantarse	
		Dificultad para levantarse	27. Presenta dificultad para levantarse después de dormir	
		Dificultad para las siestas	28. Percibe que es poco probable que pueda dormir si quisiera tomar una siesta	

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	OPCIONES DE RESPUESTA
Ansiedad	Vivencia Subjetiva	Estado ansioso	1. Estado acuciante (Inquietud, espera de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad y preocupaciones).	Ausente = 0 Ligera = 1 Moderada = 2 Severa = 3 Incapacitante = 4
		Tensión	2. Tensión (Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, temblor, llanto, estremecimientos y sensación de irritabilidad).	
		Temor	3. Temor (A la oscuridad, a estar solo, a la gente desconocida, a los animales y a las aglomeraciones).	
		Humor depresivo	4. Humor depresivo (Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos).	
	Dificultad Funcional	Insomnio	5. Insomnio (Imposibilidad de conciliar el sueño, sueño interrumpido y pesadillas).	
		Funciones intelectuales o cognitivas	6. Funciones intelectuales o cognitivas (Dificultad de concentración y mala memoria).	
		Comportamiento durante examen	7. Comportamiento durante el trabajo (Inquietud, suspiros, temblor en la manos, palidez, deglución constante y pulso acelerado).	
	Respuesta Neurovegetativa	Síntomas somáticos musculares	8. Síntomas Somáticos musculares (Dolores musculares, calambres, rigidez muscular y rechinar de los dientes).	
		Síntomas somáticos sensoriales	9. Síntomas Somáticos sensoriales (Zumbidos en los oídos, visión borrosa, calor, sensación de debilidad, hormigueo y picazón).	
		Síntomas cardiovasculares	10. Síntomas Cardiovasculares (Taquicardia, sensación de desvanecimiento y precordialgia).	
		Síntomas respiratorios	11. Síntomas Respiratorios (Opresión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros y disnea).	
		Síntomas gastrointestinales	12. Síntomas gastrointestinales (Dificultad para deglutir, flatulencias, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náuseas, vómitos, borborigmos, meteorismo y pérdida de peso).	
		Síntomas genitourinarios	13. Síntomas genitourinarios (Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz y pérdida de libido e impotencia).	
		Síntomas del sistema nervioso autónomo	14. Síntomas del sistema nervioso autónomo (Sequedad en la boca, sofocos, tendencia a sudar, vértigos y cefalea).	

ANEXO 4:
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad del profesional de enfermería (años):.....
2. Sexo: (0) Femenino (1) Masculino
3. Número de hijos:.....
4. ¿Ocupación laboral aparte de la Red de salud?
SiNo
¿Cuál?.....
5. ¿Algún estudio de especialidad o post grado?; especificar; si es concluso o inconcluso y si tiene o no tiene el grado o título respectivo
SiNo
¿Cuál?.....
6. ¿Qué tiempo labora en la red de salud de Jauja? (años y meses), incluye el tiempo como contratada y como nombrada, no incluye prácticas ad honorem
.....
7. Estado civil
 (0) Casado(a)
 (1) Soltero (a)
 (2) Viudo(a)
 (3) Divorciado (a)
 (4) Conviviente

CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL SUEÑO

Adaptado del "Sleep Quality Scale"

Elaborado por Hyeryeon Y, Kyungrim S, Chol S, en el 2006 (79)

INSTRUCCIONES: se presenta una lista de afirmaciones sobre las experiencias personales de sueño; marcar la opción que más se aproxima a sus vivencias personales de acuerdo a la escala que presentamos más abajo; responda con toda sinceridad, no hay respuestas buenas ni malas, la encuesta es anónima.

4	3	2	1	0
Nunca	A veces	De forma regular	Casi siempre	Siempre

Nota: En las preguntas de la 13 a la 19, se invierten las puntuaciones.

DIMENSIÓN ENERGÍA DIURNA					
1. Tiene dificultad para pensar debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
2. Tiene dificultad para concentrarse debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
3. Presenta un aumento de errores debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
4. Nota la sensación de irritación debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
5. Percibe una disminución del interés por el trabajo y otras actividades debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
6. Se cansa fácilmente en el trabajo debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
7. Presenta somnolencia que interfiere con la vida diaria	0	1	2	3	4
8. Siente aflicción cotidiana debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
9. Presenta disminución del deseo debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
10. Presenta aumento del olvido debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
11. Tiene dolor de cabeza debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
12. Tiene disminución del apetito debido a la falta de sueño	0	1	2	3	4
DIMENSIÓN CONFORT CON EL SUEÑO					
13. Obtiene alivio de la fatiga después del sueño	0	1	2	3	4
14. Logra la recuperación del vigor después del sueño	0	1	2	3	4
15. Experimenta la sensación de despeje después de dormir	0	1	2	3	4
16. Experimenta una sensación refrescante del cuerpo después de dormir	0	1	2	3	4
17. Tiene satisfacción con el sueño	0	1	2	3	4
18. Posee sueño profundo	0	1	2	3	4
19. Percibe que duerme el tiempo suficiente	0	1	2	3	4
DIMENSIÓN REGULARIDADES DEL SUEÑO					
20. Presenta dificultad para volver a dormir después de despertarse en la noche	0	1	2	3	4
21. Experimenta que ya no puede dormir pasada cierta hora de la noche	0	1	2	3	4
22. Tiene dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
23. Soporta tener que dar vueltas en la cama y luego levantarse por no poder dormir	0	1	2	3	4
24. Siente que se despierta fácilmente debido al ruido	0	1	2	3	4
25. Experimenta despertarse durante el sueño	0	1	2	3	4
26. Tiene el deseo de dormir más después de levantarse	0	1	2	3	4
27. Presenta dificultad para levantarse después de dormir	0	1	2	3	4
28. Percibe que es poco probable que pueda dormir si quisiera tomar una siesta	0	1	2	3	4

....Gracias

BAREMOS

De 0 a 22.4	Muy alta calidad del sueño
De 22.5 a 44.8	Alta calidad de sueño
De 44.9 a 67.2	Regular calidad de sueño
De 67.3 a 89.6	Baja calidad de sueño
De 89.7 a 112	Ninguna calidad de sueño

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Adaptado del “ANXIETY STATES BY RATING”

Elaborado por Hamilton M, en el 1959 (80)

INSTRUCCIONES: se presenta una relación de ministraciones del estado de ansiedad que puede experimentar una persona; marcar la opción que más se aproxima a la sintomatología que podría estar vivenciando de acuerdo a la escala que presentamos más abajo; responda con toda sinceridad, no hay respuestas buenas ni malas, la encuesta es anónima.

0	1	2	3	4
Ausente	Ligera	Moderada	Severa	Incapacitante

DIMENSIÓN VIVENCIA SUBJETIVA					
1. Estado acuciante (Inquietud, espera de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad y preocupaciones).	0	1	2	3	4
2. Tensión (Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, temblor, llanto, estremecimientos y sensación de irritabilidad).	0	1	2	3	4
3. Temor (A la oscuridad, a estar solo, a la gente desconocida, a los animales y a las aglomeraciones).	0	1	2	3	4
4. Humor depresivo (Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos).	0	1	2	3	4
DIMENSIÓN DIFICULTAD FUNCIONAL					
5. Insomnio (Imposibilidad de conciliar el sueño, sueño interrumpido y pesadillas).	0	1	2	3	4
6. Funciones intelectuales o cognitivas (Dificultad de concentración y mala memoria).	0	1	2	3	4
7. Comportamiento durante el trabajo (Inquietud, suspiros, temblor en la manos, palidez, deglución constante y pulso acelerado).	0	1	2	3	4
DIMENSIÓN RESPUESTA NEUROVEGETATIVA					
8. Síntomas Somáticos musculares (Dolores musculares, calambres, rigidez muscular y rechinar de los dientes).	0	1	2	3	4
9. Síntomas Somáticos sensoriales (Zumbidos en los oídos, visión borrosa, calor, sensación de debilidad, hormigueo y picazón).	0	1	2	3	4
10. Síntomas Cardiovasculares (Taquicardia, sensación de desvanecimiento y precordialgia).	0	1	2	3	4
11. Síntomas Respiratorios (Opresión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros y disnea).	0	1	2	3	4
12. Síntomas gastrointestinales (Dificultad para deglutir, flatulencias, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náuseas, vómitos, borborigmos, meteorismo y pérdida de peso).	0	1	2	3	4
13. Síntomas genitourinarios (Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz y pérdida de libido e impotencia).	0	1	2	3	4
14. Síntomas del sistema nervioso autónomo (Sequedad en la boca, sofocos, tendencia a sudar, vértigos y cefalea).	0	1	2	3	4

Baremos:

De 0 a 11.2	Ninguna ansiedad
De 11.3 a 22.4	Leve ansiedad
De 22.5 a 33.6	Moderada ansiedad
De 33.7 a 44.8	Manifiesta ansiedad
De 44.9 a 56	Elevada ansiedad

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL SUEÑO”

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.832
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8547.178
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado^a			
	Componente		
	1	2	3
1. Tiene dificultad para pensar debido a la falta de sueño	0,424		
2. Tiene dificultad para concentrarse debido a la falta de sueño	0,466		
3. Presenta un aumento de errores debido a la falta de sueño	0,419		
4. Nota la sensación de irritación debido a la falta de sueño	0,444		
5. Percibe una disminución del interés por el trabajo y otras actividades debido a la falta de sueño	0,414		
6. Se cansa fácilmente en el trabajo debido a la falta de sueño	0,480		
7. Presenta somnolencia que interfiere con la vida diaria	0,427		
8. Siente aflicción cotidiana debido a la falta de sueño	0,440		
9. Presenta disminución del deseo debido a la falta de sueño	0,464		
10. Presenta aumento del olvido debido a la falta de sueño	0,455		
11. Tiene dolor de cabeza debido a la falta de sueño	0,492		
12. Tiene disminución del apetito debido a la falta de sueño	0,429		
13. Obtiene alivio de la fatiga después del sueño		0,444	
14. Logra la recuperación del vigor después del sueño		0,489	
15. Experimenta la sensación de despeje después de dormir		0,450	
16. Experimenta una sensación refrescante del cuerpo después de dormir		0,461	
17. Tiene satisfacción con el sueño		0,482	
18. Posee sueño profundo		0,452	
19. Percibe que duerme el tiempo suficiente		0,430	
20. Presenta dificultad para volver a dormir después de despertarse en la noche			0,430
21. Experimenta que ya no puede dormir pasada cierta hora de la noche			0,414
22. Tiene dificultad para conciliar el sueño			0,444
23. Soporta tener que dar vueltas en la cama y luego levantarse por no poder dormir			0,493
24. Siente que se despierta fácilmente debido al ruido			0,459

25. Experimenta despertarse durante el sueño			0,471
26. Tiene el deseo de dormir más después de levantarse			0,473
27. Presenta dificultad para levantarse después de dormir			0,467
28. Percibe que es poco probable que pueda dormir si quisiera tomar una siesta			0,425
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.			
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.			

Fuente: Prueba piloto aplicada a 30 enfermeras de la Microred de Salud de "El Tambo" en el 2022.
Elaboración: Propia.

CONFIABILIDAD DE LA “CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL SUEÑO”

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,842	28

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Tiene dificultad para pensar debido a la falta de sueño	0,805
2. Tiene dificultad para concentrarse debido a la falta de sueño	0,758
3. Presenta un aumento de errores debido a la falta de sueño	0,709
4. Nota la sensación de irritación debido a la falta de sueño	0,755
5. Percibe una disminución del interés por el trabajo y otras actividades debido a la falta de sueño	0,764
6. Se cansa fácilmente en el trabajo debido a la falta de sueño	0,775
7. Presenta somnolencia que interfiere con la vida diaria	0,792
8. Siente aflicción cotidiana debido a la falta de sueño	0,816
9. Presenta disminución del deseo debido a la falta de sueño	0,733
10. Presenta aumento del olvido debido a la falta de sueño	0,807
11. Tiene dolor de cabeza debido a la falta de sueño	0,806
12. Tiene disminución del apetito debido a la falta de sueño	0,763
13. Obtiene alivio de la fatiga después del sueño	0,820
14. Logra la recuperación del vigor después del sueño	0,810
15. Experimenta la sensación de despeje después de dormir	0,797
16. Experimenta una sensación refrescante del cuerpo después de dormir	0,737
17. Tiene satisfacción con el sueño	0,722
18. Posee sueño profundo	0,728
19. Percibe que duerme el tiempo suficiente	0,815
20. Presenta dificultad para volver a dormir después de despertarse en la noche	0,742
21. Experimenta que ya no puede dormir pasada cierta hora de la noche	0,733
22. Tiene dificultad para conciliar el sueño	0,799
23. Soporta tener que dar vueltas en la cama y luego levantarse por no poder dormir	0,816
24. Siente que se despierta fácilmente debido al ruido	0,734
25. Experimenta despertarse durante el sueño	0,776
26. Tiene el deseo de dormir más después de levantarse	0,742
27. Presenta dificultad para levantarse después de dormir	0,728
28. Percibe que es poco probable que pueda dormir si quisiera tomar una siesta	0,803

Fuente: Prueba piloto aplicada a 30 enfermeras de la Microred de Salud de “El Tambo” en el 2022.
Elaboración: Propia.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON”

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.853
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8726.324
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado^a			
	Componente		
	1	2	3
1. Estado acuciante (Inquietud, espera de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad y preocupaciones).	0,416		
2. Tensión (Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, temblor, llanto, estremecimientos y sensación de irritabilidad).	0,484		
3. Temor (A la oscuridad, a estar solo, a la gente desconocida, a los animales y a las aglomeraciones).	0,424		
4. Humor depresivo (Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos).	0,442		
5. Insomnio (Imposibilidad de conciliar el sueño, sueño interrumpido y pesadillas).		0,428	
6. Funciones intelectuales o cognitivas (Dificultad de concentración y mala memoria).		0,485	
7. Comportamiento durante el trabajo (Inquietud, suspiros, temblor en la manos, palidez, deglución constante y pulso acelerado).		0,432	
8. Síntomas Somáticos musculares (Dolores musculares, calambres, rigidez muscular y rechinar de los dientes).			0,432
9. Síntomas Somáticos sensoriales (Zumbidos en los oídos, visión borrosa, calor, sensación de debilidad, hormigueo y picazón).			0,427
10. Síntomas Cardiovasculares (Taquicardia, sensación de desvanecimiento y precordialgia).			0,414
11. Síntomas Respiratorios (Opresión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros y disnea).			0,480
12. Síntomas gastrointestinales (Dificultad para deglutir, flatulencias, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náuseas, vómitos, borborigmos, meteorismo y pérdida de peso).			0,480
13. Síntomas genitourinarios (Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz y pérdida de libido e impotencia).			0,425
14. Síntomas del sistema nervioso autónomo (Sequedad en la boca, sofocos, tendencia a sudar, vértigos y cefalea).			0,445
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.			
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.			

Fuente: Prueba piloto aplicada a 30 enfermeras de la Microred de Salud de “El Tambo” en el 2022.
Elaboración: Propia.

CONFIABILIDAD DE LA “ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON”

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,832	14

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Estado acuciante (Inquietud, espera de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad y preocupaciones).	0,821
2. Tensión (Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, temblor, llanto, estremecimientos y sensación de irritabilidad).	0,775
3. Temor (A la oscuridad, a estar solo, a la gente desconocida, a los animales y a las aglomeraciones).	0,721
4. Humor depresivo (Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos).	0,780
5. Insomnio (Imposibilidad de conciliar el sueño, sueño interrumpido y pesadillas).	0,762
6. Funciones intelectuales o cognitivas (Dificultad de concentración y mala memoria).	0,764
7. Comportamiento durante el trabajo (Inquietud, suspiros, temblor en la manos, palidez, deglución constante y pulso acelerado).	0,788
8. Síntomas Somáticos musculares (Dolores musculares, calambres, rigidez muscular y rechinar de los dientes).	0,811
9. Síntomas Somáticos sensoriales (Zumbidos en los oídos, visión borrosa, calor, sensación de debilidad, hormigueo y picazón).	0,753
10. Síntomas Cardiovasculares (Taquicardia, sensación de desvanecimiento y precordialgia).	0,769
11. Síntomas Respiratorios (Opresión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros y disnea).	0,729
12. Síntomas gastrointestinales (Dificultad para deglutir, flatulencias, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náuseas, vómitos, borborigmos, meteorismo y pérdida de peso).	0,786
13. Síntomas genitourinarios (Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz y pérdida de libido e impotencia).	0,782
14. Síntomas del sistema nervioso autónomo (Sequedad en la boca, sofocos, tendencia a sudar, vértigos y cefalea).	0,813

Fuente: Prueba piloto aplicada a 30 enfermeras de la Microred de Salud de “El Tambo” en el 2022.
Elaboración: Propia.

ANEXO 06: PERMISO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

HOSPITAL
DOMINGO OLAVEGOYA
JAUIJA
DESDE 1921

JUNIN
"Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Jauja, 12 de abril del 2022

PROVEIDO N° 00027-2022-GRJ-DRSJ-RSJA-UDEI

A : Lic. Bertha Lidia PEÑA GARCIA
Jefe de Servicio de Enfermería de la RSJA

REF. : Exp. Adm. N° 03862415-2022

Visto el expediente de referencia, en la cual la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Los Andes, quien hace de conocimiento que las Srtas. Laura Emiliana ROJAS CABRERA y Yulisa SOLIS BLANCAS, bachilleres en Enfermería solicitan AUTORIZACION para aplicación de instrumento de recolección de datos mediante encuesta para el Proyecto de Investigación titulado: "Calidad de Sueño y Ansiedad en Profesionales de Enfermería de la Red de Salud Jauja 2022". Derivo a Usted para OPINION y devolver para la prosecución de los trámites administrativos, según corresponda.

Atentamente,
Pase a: Jefe de Hierar. de la Red de Salud Jauja
Vatteble Yanamarsca
PROVEIDO: Opinión
LAAD/NDEM/mdn.
Fecha: 12/04/22
D.O.G. N° 05632261
Exp. 03862415

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD JAUJA
Obst. Bertha Lidia Peña García
JEFE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD TERRITORIAL DE SALUD JAUJA-JUNIN
Expediente N° 0141
Perteneciente a
Fecha y Hora: 12-04-2022
Proveído:

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD JAUJA
Recibido:
Fecha: 28.4.22
Hora: 15.52
JEFE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Jefe Dpto. de Enfermería

ANEXO 07: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 07: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "CALIDAD DE SUEÑO Y ANSIEDAD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD JAUJA, 2022", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por las investigadoras responsables: Laura Emiliana Rojas Cabrera y Yulisa Solís Blancas.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo, 18 de Agosto 2022.



Avilia S. Avila Córdoba
LIC. ENFERMERÍA
C.E.P. 88778

(PARTICIPANTE)

Apellidos y nombres: AVILA CORDOVA AVILIA SENEDE
Nº DNI: 43022643

1. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: ROJAS CABRERA LAURA

D.N.I. Nº: 46688707

Nº de teléfono/celular: 916604353

Email: Laura.cmp.rojas@gmail.com

Firma:

2. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Solís Blancas Yulisa

D.N.I. Nº: 75191578

Nº de teléfono/celular: 929600971

Email: cs.yulisamj@gmail.com

Firma:

3. Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres: GALARZA CURISINCHI JUAN

D.N.I. Nº: 20010862

Nº de teléfono/celular: 995564976

Email: d.galarza@upla.edu.pe

Firma:

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



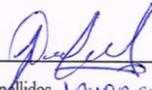
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; ROJAS CABRERA LAURA, identificado (a) con DNI 46688707 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "CALIDAD DE SUEÑO Y ANSIEDAD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA RED DE SALUD JAUJA 2022", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 19 de AGOSTO del 2022.




Nombre y Apellidos. LAURA Emiliana Rojas Cabrera
Responsable de investigación

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; Yulisa Solis Blancas, identificado (a) con DNI 75191578 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Ceballos de sueño y ansiedad En profesional de Enfermería de la spol. de Salud Saayo 2022", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 19 de Agosto del 2022.



Nombre y Apellidos. Yulisa Solis Blancas

Responsable de investigación

ANEXO 9: VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTO

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : ESPINOZA VERA, MELBA

1.2. Grado Académico : ABOGADA

1.3. Profesión : ABG. EN DERECHO

1.4. Institución donde labora : CELESTIN DE ALBA, FUNDACIÓN COMUNITARIA

1.5. Cargo que desempeña : AS. EJECUTIVA

1.6. Denominación del Instrumento : ESCALA DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY BUENO				
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						X
SUMATORIA TOTAL						X

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa :

3.2. Opinión : FAVORABLE DEBE MEJORAR

3.3 Observaciones:

Huancayo, 19.10.2022

FIRMA Y SELLO
APELLIDOS Y NOMBRES : ESPINOZA VERA, MELBA
DNI : 18449764

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : TRUJILLO GARCÍA, RAFAEL TRUJILLO

1.2. Grado Académico : ABOGADO

1.3. Profesión : ABOGADO EN EJERCICIO

1.4. Institución donde labora : SENA

1.5. Cargo que desempeña : ABOGADO

1.6. Denominación del Instrumento : ESCALA DE VALORACIÓN

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY BUENO				
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						X
SUMATORIA TOTAL						X

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa :

3.2. Opinión : FAVORABLE DEBE MEJORAR

3.3 Observaciones:

Huancayo, 19.10.2022

FIRMA Y SELLO
APELLIDOS Y NOMBRES : TRUJILLO GARCÍA, RAFAEL TRUJILLO
DNI : 74054522

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : YULISSA RIVERA MONIVE

1.2. Grado Académico : ABOGADA

1.3. Profesión : ABG. EN DERECHO

1.4. Institución donde labora : C.S. HUANCAJEO

1.5. Cargo que desempeña : AS. EJECUTIVA

1.6. Denominación del Instrumento : ESCALA DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY BUENO				
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						X
SUMATORIA TOTAL						X

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa :

3.2. Opinión : FAVORABLE DEBE MEJORAR

3.3 Observaciones:

Huancayo, 19.10.2022

FIRMA Y SELLO
APELLIDOS Y NOMBRES : RIVERA MONIVE YULISSA
DNI : 18 50 6070

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : PONCE PADILLA, MICHAEL ORLANDO

1.2. Grado Académico : ABOGADO

1.3. Profesión : ABOGADO

1.4. Institución donde labora : U. P. A. U. Huancayo

1.5. Cargo que desempeña : ABG. EN DERECHO

1.6. Denominación del Instrumento : ESCALA DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY BUENO				
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						X
SUMATORIA TOTAL						X

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 18

3.2. Opinión : FAVORABLE DEBE MEJORAR

3.3 Observaciones:

Huancayo, 18.08.2022

FIRMA Y SELLO
APELLIDOS Y NOMBRES : PONCE PADILLA, MICHAEL ORLANDO
DNI : 20040737

ANEXO 10: BASE DE DATOS

BASE DE DATOS

N°	V1: Calidad de sueño																											
	D1: Energía diurna												D2: Confort en el sueño							D3: Regularidades del sueño								
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28
1	1	1	1	3	0	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	1	2	2	1
2	2	2	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1
3	0	0	0	0	2	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
4	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
5	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2
6	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
7	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3
8	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	2	3	3	2	2	4	4	4	3	4	3	3	3	2	4	3	4	4
9	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3
10	2	2	2	1	1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
11	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2
12	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2
13	3	3	3	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	1	4	1	1	2	1	2	3	3	2	2
14	1	1	1	3	0	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	1	2	2	1
15	2	2	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	0	0	0	3	2	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0
17	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1
18	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2
19	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
20	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3
21	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	2	3	3	2	2	4	4	4	3	4	3	3	3	2	4	3	4	4
22	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3
23	2	2	2	1	1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
24	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2
25	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2
26	3	3	3	3	2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	3	3	2	2
27	1	1	1	3	0	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	2	2	2	3	2	1	2	2	1
28	2	2	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	2	1	0	0	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	0	0	0	0	2	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
30	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1
31	2	2	2	1	1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
32	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2
33	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
34	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3
35	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	2	3	3	2	2	3	4	4	3	4	3	3	3	2	4	3	4	4
36	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3
37	2	2	2	3	1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
38	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2
39	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2
40	3	3	3	3	2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	3	3	2	2
41	1	1	1	3	0	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	2	2	2	4	2	1	2	2	1
42	2	2	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1
43	0	0	0	0	2	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
44	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1
45	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2

46	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	
47	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3
48	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	2	3	3	2	2	3	4	4	3	4	3	3	3	2	4	3	4	4
49	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3
50	2	2	2	3	1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
51	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2
52	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2
53	3	3	3	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	3	3	2	2
54	1	1	1	0	0	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	4	2	1	2	2	1
55	2	2	1	3	1	0	0	1	1	2	1	1	2	1	0	0	1	1	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1
56	0	0	0	3	2	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
58	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2
59	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3
60	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3
61	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	2	3	3	2	2	4	4	4	3	4	3	3	3	2	4	3	4	4
62	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	4	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3
63	2	2	2	3	1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
64	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2
65	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2
66	3	3	3	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3	2	3	3	2	2
67	1	1	1	0	0	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	1	2	2	1
68	2	2	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	2	1	0	4	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1
69	0	0	0	0	2	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
70	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
71	2	2	2	1	1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
72	0	0	0	2	2	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	4	1	1	1	3	1	2	1	1	1
74	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2
75	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3
76	0	0	0	3	2	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
77	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
78	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2
79	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3
80	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	3
81	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	2	3	3	2	2	4	4	4	3	4	3	3	3	2	4	3	4	4
82	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	4	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3
83	2	2	2	3	1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
84	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2
85	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2
86	3	3	3	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3	2	3	3	2	2
87	0	0	0	0	2	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
88	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1
89	2	2	2	1	1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
90	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2

V2: Ansiedad													
D1: Vivencias.				D2: Dificultad			D3: Respuesta neurovegetativa						
P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42
3	0	2	0	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0
3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3
2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	4	2
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3
3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	2	2
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3
2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
2	3	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	4
2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1
0	0	2	0	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0
3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3
2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	4	1
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	1
3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	2	2
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	0
2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1
2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	2	2
2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	0	0	3	1	1	1	1	1	2	2	1	2
1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1
0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2
2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	1
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	4	1
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	2
3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	2	4
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3
2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2
2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
3	0	2	0	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1
3	3	1	1	3	1	1	1	1	0	0	1	0	1
0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0
1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2

3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	4	3
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3
3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	2	4
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1
2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
3	3	0	0	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	0	1	0
0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	4	2
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3
3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	2	3
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1
2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2
2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
0	3	2	0	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1
3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0
3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	0
0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	1
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	4	1
0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	4	2
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3
3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	2	3
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3
2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2
2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3
2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	1

ANEXO 10: GALERIA DE FOTOS



