

**CALIDAD DEL SUEÑO EN PROFESIONALES MÉDICOS, ENFERMEROS Y
TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE
CARTAGENA DE INDIAS EN EL AÑO 2022.**

AUTORES

JULIA ANDREA BENÍTEZ PAULO

JAIR ALEXANDER ORTEGA HERNANDEZ

UNIVERSIDAD DEL SINÚ – ELÍAS BECHARA ZAINÚM

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CARTAGENA, 2022.

**CALIDAD DEL SUEÑO EN PROFESIONALES MÉDICOS, ENFERMEROS Y
TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE
CARTAGENA DE INDIAS EN EL AÑO 2022.**

AUTORES

JULIA ANDREA BENITEZ PAULO

JAIR ALEXANDER ORTEGA HERNANDEZ

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE ENFERMERO.**

ASESOR

MERCEDES DE ALBA ROMERO

UNIVERSIDAD DEL SINÚ – ELÍAS BECHARA ZAINÚM

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CARTAGENA, 2022.

NOTA DE PRESENTACIÓN

Firma presidente de jurado

Firma de jurado

Firma de jurado

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios, que me ha fortalecido en todo momento, gracias a él y su bondadoso amor, he logrado hacer realidad mis sueños.

A mi mamá, Yufraida Paulo Sánchez, quien, aunque no se encuentre físicamente conmigo, desde el cielo me ha acompañado y guiado a seguir este bello camino.

A mi papá, Ermis Benítez Romero, quien ha sido mi sostén y me ha brindado su apoyo incondicionalmente.

A mi preciosa hija, Sabrina Negrete Benítez, quien es mi principal motivo para seguir adelante y dar lo mejor de mí, aun cuando las cosas se han tornado difíciles.

A todos mis familiares y amigos, por acompañarme en este largo camino, por creer en mí y ayudarme a cumplir mis objetivos, por ser mi más grande apoyo y aliento. A mi novio, Alfredo De Ávila, por hacerme sentir que soy capaz de lograr todo lo que me proponga y por estar a mi lado en cada momento.

A todas las docentes de la escuela de enfermería, quienes con amor y dedicación me formaron en esta bella profesión, y que con entrega y vocación me transmitieron sus conocimientos para hacer de mí, la persona que hoy soy.

JULIA ANDREA BENITEZ PAULO

DEDICATORIA

Este trabajo de grado, se lo dedico en primer lugar a Dios, porque gracias a su amor y sus bendiciones, he podido seguir adelante y poco a poco ir cumpliendo mis objetivos.

A mi madre, Francia Hernández, por ser mi apoyo incondicional, por su inmenso amor hacia mí, y por siempre motivarme a seguir en pie de lucha, por enseñarme el valor de la vida y a no rendirme.

A mi padre, Gilberto Antonio Ortega, por mostrarme el buen camino y hacer de mí un hombre de bien.

A mi hermano Jhorman Cantillo, por estar incondicionalmente, por ser mi mayor ejemplo de superación, por brindarme el apoyo y el aliento cuando más lo he necesitado.

A todos mis familiares y amigos, por estar y contribuir a que yo pudiera hacer realidad mis sueños, por hacer más amenos los momentos difíciles.

A la universidad y todos los docentes, que impartieron en mí sus conocimientos para formarme académica y profesionalmente.

JAIR ALEXANDER ORTEGA HERNANDEZ.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios y la vida por cada oportunidad presentada, por haber adquirido el conocimiento y las destrezas para desempeñar nuestra hermosa profesión, y sobre todo por haber llegado a este punto en el cual nos comprometemos a ser enfermeros humanizados e integrales en pro del bienestar y la dignidad, convencidos de que cuando estamos con Dios y tenemos constancia, obtendremos como resultado el éxito.

Agradecemos inmensamente a nuestra Alma Mater, Universidad del Sinú, por permitirnos formarnos como profesionales, las oportunidades brindadas nos han permitido crecer y desarrollar con conocimientos y actitudes el lado más íntegro de nuestra carrera.

A la escuela de Enfermería y a todos las docentes que la conforman, por los conocimientos que nos han otorgado, y por habernos permitido desarrollar nuestro potencial como enfermeros, a nuestra directora de escuela Ruth Ballestas, las docentes Keydis Ruidiaz y Mercedes De Alba por el apoyo brindado durante la realización de nuestro trabajo de grado.

A la Clínica Cartagena del Mar, por ser nuestro segundo lugar más importante de aprendizaje, por permitirnos desarrollar gran parte de nuestras practicas formativas, y sobre todo por permitirnos llevar a cabo el presente trabajo de investigación, en sus instalaciones y el personal que allí labora.

A nuestros familiares y amigos, por brindarnos el apoyo que necesitamos para cumplir nuestros objetivos, por ser nuestra fuerza y motivación para continuar, aun cuando las situaciones se tornaban difíciles, por estar incondicionalmente creyendo en nosotros y ayudarnos a ver la luz en los días oscuros.

CONTENIDO

CALIDAD DEL SUEÑO EN PROFESIONALES MÉDICOS, ENFERMEROS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE CARTAGENA DE INDIAS EN EL AÑO 2022.	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	17
4.1. OBJETIVO GENERAL	17
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. MARCO TEÓRICO	18
6. ESTADO DEL ARTE	24
7. MARCO CONCEPTUAL	29
Salud:	29
Salud mental:	29
Sueño:	29
Calidad del sueño:	29
Privación del sueño:	29
Ciclo circadiano:	30
Latencia del sueño:	30
8. MARCO LEGAL	32
9. METODOLOGÍA	33
9.1 NATURALEZA DE ESTUDIO	33
9.2 TIPO DE ESTUDIO	33
9.3 POBLACIÓN	33
9.4 MUESTRA Y MUESTREO	34
9.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	35
9.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	35
9.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
9.6. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	35
9.6.1 INSTRUMENTO	36
9.7. ANÁLISIS DE DATOS	40
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42

10.1. PRINCIPIOS	42
10.2. RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN	42
11. RESULTADOS	43
12. DISCUSIÓN	54
13. CONCLUSIONES	57
14. RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	67

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sueño es un período durante el cual el cerebro permanece sumamente activo. Es un proceso y necesidad biológica complejo que ayuda a las personas a procesar nueva información, a mantenerse saludables y a rejuvenecer. (1) Al dormir, se atraviesa un ciclo de dos fases del sueño: el movimiento ocular rápido (MOR) y el sueño sin MOR. El ciclo se reinicia cada 80 a 100 minutos y por lo general, se atraviesan de 4 a 6 ciclos por noche, además es posible despertar brevemente entre un ciclo y otro. El sueño sin MOR tiene tres etapas, definidas por las mediciones de la actividad cerebral, etapa 1: es la transición entre la vigilia y el sueño, etapa 2: se está dormido, etapa 3: es considerada el sueño profundo o sueño de ondas lentas, por un patrón específico que aparece en las mediciones de la actividad cerebral. Por lo general, se pasa más tiempo en esta etapa al inicio de la noche. Durante el sueño MOR, los ojos parpadean y el cerebro está activo. La actividad cerebral medida durante el sueño MOR es parecida a la actividad cerebral durante las horas de vigilia. Los sueños generalmente ocurren durante el sueño MOR. Los músculos se encuentran flácidos para evitar los movimientos de lo que soñamos. Por lo general el sueño MOR ocurre más avanzada la noche, pero no hay mucho sueño MOR en temperaturas frías debido a que, durante esta etapa, el cuerpo no regula la temperatura correctamente. (2)

La forma en que nos sentimos mientras estamos despiertos depende, en parte, de lo que ocurre mientras dormimos. Durante el sueño, el cuerpo trabaja para apoyar una función cerebral saludable y mantener la salud física. No dormir lo suficiente con el tiempo puede aumentar el riesgo de problemas de salud crónicos y también puede afectar la capacidad de razonamiento, reacción, trabajo, aprendizaje y convivencia con los demás. Los expertos recomiendan que los adultos deben dormir entre 7 y 9 horas por noche. Los adultos que duermen menos de 7 horas pueden tener más problemas de salud que

aquellos que duermen 7 horas o más por noche. Dormir más de 9 horas por noche no necesariamente es perjudicial, incluso puede ser útil para los adultos más jóvenes, las personas que se están recuperando de privación del sueño y las que están enfermas. (2)

El concepto de calidad del sueño implica conciliarlo y mantenerlo durante una cantidad determinada de horas durante la noche y como consecuencia directa, facilita la manifestación de comportamientos diurnos satisfactorios y de buen rendimiento en todas las actividades que se realizan. Lo que significa que dormir bien es directamente proporcional a ser feliz y funcional. (3)

En investigaciones previas, se ha concluido que tener una mala calidad del sueño repercute significativamente en la salud física, mental y en la calidad de vida en general. En estos estudios se reconoce que en los casos en los cuales no existe un sueño de calidad, el rendimiento general durante el día disminuye a causa de la fatiga y las dificultades del individuo para mantenerse en vigilia. La calidad del sueño es una medida de los componentes cuantitativos y cualitativos del sueño. El componente cuantitativo incluye la duración del sueño, mientras que el componente cualitativo es una medida subjetiva de la profundidad y la sensación de descanso al despertar. (3)

Dadas las intensas demandas físicas y mentales que se imponen a las enfermeras y otros cuidadores, dormir lo suficiente es esencial para mantener tanto la salud individual como el desempeño en las labores del personal sanitario. (4)

Se ha documentado información alrededor del mundo acerca de la calidad del sueño de los trabajadores del área de la salud, en el año 2006, en Madrid, España. Investigadores centraron su atención en estudiar el insomnio y la calidad del sueño en un grupo de 240 médicos de atención primaria, teniendo en cuenta el género. Mediante el instrumento

elegido (Índice de la calidad del sueño de Pittsburgh), obtuvieron que el sexo femenino tuvo los peores indicadores de calidad del sueño, el 11,9% de las mujeres tuvo pesadillas como mínimo una vez a la semana, frente al 2,8% de los hombres. Las mujeres sufrían con mayor frecuencia dolores durante el sueño, y problemas de ánimo para llevar a cabo las actividades cotidianas como consecuencia de la mala calidad del sueño. El 18,6% de los hombres tosen y roncan con mayor frecuencia. Por otro lado, encontraron que las mujeres presentaban una tendencia a tener mayor latencia del sueño, igual que a hacer un mayor uso de medicación hipnótica, en comparación con los hombres. Teniendo en cuenta los parámetros del cuestionario, determinaron que el 35,4% de los encuestados eran malos dormidores. (5)

Años más tarde, en 2017, en la región de Murcia, España, investigadores estudiaron la calidad del sueño en 107 enfermeras y auxiliares de enfermería teniendo en cuenta los turnos laborales de 8 y 12 horas, en la cual, luego de aplicar el cuestionario Índice de la calidad del sueño de Pittsburgh, y obtuvieron que en ambos tipos de turnos la calidad de sueño total es deficiente, al estar por encima de 5, que es el límite que tiene en cuenta el instrumento utilizado para medir la calidad del sueño (8,3 para los turnos de 8 horas y 6,3 para los turnos de 12 horas). (6)

En México, en el año 2018, se realizó el estudio de la calidad de sueño asociado a la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la unidad de medicina familiar, a través de un estudio de tipo observacional, descriptivo, relacional, transversal y prospectivo en una muestra de 60 médicos residentes, se obtuvo como resultado respecto a la calidad del sueño de estos profesionales que predominaron los malos dormidores que merecen atención médica con un número de 29 individuos representando un 48.3%, siguiendo los dormidores de buena calidad con un número de

16 que representa un 26.7% y por último los dormitorios que merecen atención y tratamiento por su mala calidad de sueño es de 15 individuos representando un 25%. (7)

Durante la pandemia por covid-19, en Shandong, China, se realizó un estudio que abarcaba la calidad del sueño en 4730 enfermeras del servicio de urgencias de hospitales públicos. Luego de aplicar el PSQI, obtuvieron que la puntuación media fue de 8,2 en 3114 enfermeras (65,8%). La puntuación global del PSQI de las enfermeras de hospitales terciarios fue de 11,8; estadísticamente superior a las de hospitales primarios que fue de 9,5 y secundarios de 7,4. De esta manera, predominó la mala calidad del sueño con puntuaciones mayores a 8, lo que refirió problemas graves del sueño. (8)

En 2021, en Paraná, Brasil, investigadores realizaron un estudio sobre la Calidad del sueño y trastorno mental común en un equipo de enfermería de un hospital, de tipo transversal, analítico y cuantitativo desarrollado con 196 profesionales de enfermería de un hospital público y otro mixto. Los datos se recolectaron mediante un instrumento de caracterización sociodemográfica, utilizando el Self-Report Questionnaire 20 y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y se analizaron utilizando estadísticas descriptivas e inferenciales para identificar posibles factores asociados con trastornos del sueño. En esta investigación se identificó la calidad del sueño se clasificó como mala en el 41,8% y trastorno del sueño en el 27,6%. Se identificó una prevalencia de trastorno mental común en el 36,7%. El factor principal de la mala calidad del sueño fue la presencia de trastorno mental común. (9)

En Colombia, también se han realizado investigaciones, que apuntan a determinar como se encuentra la calidad del sueño en los profesionales de salud. La Universidad del Rosario en el año 2018, publicó una investigación realizada en la ESE Hospital Regional de Vélez, Santander realizada en el año 2012. En donde luego de aplicar como

instrumento Índice de la calidad del sueño de Pittsburgh en 44 auxiliares de enfermería y 5 profesionales de enfermería, se obtuvo que el 75,5% de la población fue clasificada como buenos dormidores, y el 24,9% como malos dormidores. (10)

Si bien, se han registrado investigaciones acerca de la calidad del sueño en diferentes partes de Colombia, en la ciudad de Cartagena no se han publicado investigaciones que puedan ser usadas como referentes locales para tener mas conocimiento acerca de la calidad del sueño en los profesionales sanitarios, de manera que se precisa la necesidad de realizar esta investigación, que tiene como finalidad describir la calidad del sueño de profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena.

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad del sueño en profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de indias?

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación apunta a determinar la relación que existe entre la calidad del sueño en profesionales de salud de una clínica de tercer nivel en la ciudad de Cartagena, debido a la demanda de trabajo que exige el área asistencial, los profesionales sanitarios se encuentran predispuestos a que su calidad del sueño se vea afectada.

Diversas investigaciones alrededor del mundo han planteado que los trabajadores sanitarios presentan una variedad de problemas de salud como lo son problemas digestivos y cardiacos, envejecimiento prematuro, enfermedades inmunológicas, problemas con la vida social, problemas psicológicos como estrés, ansiedad y depresión. Además, está claro que esta dinámica de la vida laboral del personal de salud, comprende extensas jornadas y guardias laborales, turnos nocturnos y rotativos, colocando en riesgo la integridad física y mental de los profesionales, de manera que se alteran directamente patrones y funciones biológicas, cómo lo son los ciclos de sueño/vigilia; así mismo, sus efectos están asociados con el deterioro de las funciones cognitivas y psicomotoras como la memoria, concentración, razonamiento y la atención.

El aumento de la demanda de diversos servicios en las instituciones de salud, la continuidad en los cuidados que requieren los pacientes para generar una calidad oportuna y adecuada, ha incorporado la atención de veinticuatro horas del día. Los trabajadores de la salud experimentan desajustes entre las demandas de actividad y los ritmos biológicos internos que regulan el ciclo vigilia y sueño, con consecuencias directas sobre su vida diaria, entre ellas, la alteración de la calidad del sueño.

Por medio de los resultados de esta investigación, se dará a conocer la situación actual de la calidad del sueño de la población escogida a la dirección y coordinación de la clínica de III nivel de Cartagena; además que será un referente local que ayudará a

tomar acciones, de manera que se planteen estrategias y/o actividades de manera oportuna a los médicos, enfermeras y técnicos de enfermería; además hacer un seguimiento periódico para conocer la situación de la calidad del sueño de los trabajadores del área de la salud.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir la calidad del sueño de los profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de Indias.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población desde los aspectos sociodemográficos como edad, sexo, estrato socioeconómico, procedencia, etc.
- Identificar la calidad del sueño subjetiva en los profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de Indias.
- Identificar la latencia del sueño en los profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de Indias.
- Identificar la duración del sueño en los profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de Indias.
- Identificar la eficiencia del sueño en los profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de Indias.
- Identificar las perturbaciones del sueño en los profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de Indias.
- Identificar el uso de hipnóticos en los profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de Indias.
- Identificar la disfunción diurna en los profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de Indias.

5. MARCO TEÓRICO

El sueño (Historia)

A lo largo del tiempo, el sueño ha sido objeto de estudio, diversas investigaciones nos han permitido obtener la información que hoy día conocemos, sin embargo, la concepción y el conocimiento que se tenía sobre este ha experimentado variaciones, como lo es las horas dedicadas al descanso y a pesar de que el sueño ocupa la tercera parte de la vida de una persona, hasta bien entrado el siglo XIX el fenómeno del sueño no fue objeto de un estudio sistemático. En igualdad de condiciones respecto a otras áreas de investigación, se asume que hubo diversas razones concretas para no estudiarlo, una de las cuales fue la desagradable necesidad de permanecer despierto por la noche. (11)

Poca es la información registrada acerca de los hábitos de sueño de las civilizaciones antiguas, a diferencia de edad media, en donde se comienzan a estipular las horas que, según la época, eran necesarias para tener un descanso reparador. Varios libros y estudios sobre la historia del sueño muestran que durante la Edad Media la gente solía dormir en dos períodos durante la noche, dos turnos en los que se realizaban actividades en medio de ellos. El libro de Roger Ekirch *Al final del día: Noche en tiempos pasados* revela que, hasta los tiempos modernos, cuando la iluminación artificial apareció y permitió permanecer despiertos más tiempo, la mayoría de la gente se acostaba al atardecer y el tiempo dedicado a dormir se dividió en dos fases, conocidas como primer y segundo sueño. Ambas fases del sueño duraban aproximadamente lo mismo, por lo general 4 horas cada fase, y las personas se despertaban en algún momento después de la medianoche antes de volver a descansar. (11)

Desde las 9 de la noche hasta las 11 de la noche, los ciudadanos procedían a echarse en colchones rellenos de paja o trapos (o plumas, si eran ricos) listos para dormir durante un par de horas. En ese momento, la mayoría de la gente dormía en comunidad y, a menudo, se acurrucaban entre chinches, pulgas, piojos, familiares, amigos, sirvientes o extraños. (12)

Incluso había una serie de convenciones sociales estrictas para minimizar cualquier incomodidad. Por ejemplo, evitar el contacto físico o moverse demasiado, y había posiciones designadas. Las niñas generalmente se acostaban a un lado de la cama, más cerca de la pared, seguidas por la madre y el padre, luego los niños varones, nuevamente ordenados por edad, y luego los miembros que no eran familia. Un par de horas más tarde, la gente comenzaba a despertarse de este sueño inicial. La vigilia nocturna generalmente duraba hasta la 01:00, y no era causada por ruido u otras perturbaciones en la noche, ni tampoco era iniciada por ningún tipo de alarma. En cambio, ocurría de forma completamente natural, este lapso intermedio era muy útil para hacer cosas. (12)

Para los campesinos, despertarse significaba volver a dedicarse a un trabajo más serio, ya fuera para aventurarse a vigilar a los animales de la granja o para realizar tareas domésticas, como remendar telas o peinar lana, pero también fue un tiempo para la religión, los cristianos tenían oraciones elaboradas y específicas prescritas para este período exacto de tiempo. Así mismo ese tiempo era útil para socializar y para el sexo, en donde el primer sueño les quitaba el cansancio y el período posterior era un momento excelente para concebir. (12)

El sueño bifásico se practicaba en todo el mundo preindustrial. En Italia se le llamó "primo sonno". En Francia, "premier somme". De hecho, se encontró evidencia del

hábito en lugares tan distantes como África, el sur y sureste de Asia, Australia, América del Sur y el Medio Oriente, que se extendió hasta gran parte de la edad moderna. (12)

Actualmente existen formas similares de sueño bifásico en la sociedad actual, por ejemplo, en culturas que hacen una siesta por la tarde. Nuestro reloj biológico se presta a ese horario, con una reducción del estado de alerta. A principios de la década de 1990, el psiquiatra Thomas Wehr realizó un experimento en el que expuso a un grupo de personas a un fotoperíodo corto, es decir, se les dejó en la oscuridad durante 14 horas todos los días en lugar de 8 horas, durante un mes. Su sueño tardó un tiempo en regularse, pero en la cuarta semana surgió un patrón de sueño distinto de dos fases. Primero durmieron durante 4 horas, luego se despertaron de 1 a 3 horas antes de caer en un segundo sueño de 4 horas. Esto sugiere que el sueño bifásico es un proceso natural con una base biológica. (12)

La sociedad actual a menudo no permite este tipo de flexibilidad, por lo que tenemos que ajustarnos a los horarios de sueño y vigilia actuales. Generalmente se piensa que un sueño ininterrumpido continuo de 7 a 9 horas es probablemente lo mejor para sentirse renovado. Sin embargo, tal horario puede no adaptarse a nuestros ritmos circadianos, ya que nos desincronizamos con el ciclo externo de luz/oscuridad de 24 horas. (12)

En 1929 Hans Berger registra la actividad eléctrica cerebral. En la primera mitad del siglo se apoya la teoría de un centro del sueño hipotalámico y se describe la formación reticulada del tronco cerebral. En 1953 Aserinski y Keitman descubren el sueño MOR, y en 1959 Jouvet descubre la atonía muscular del sueño MOR y demuestra su origen protuberancial. (13)

Posteriormente se descubre que el sueño MOR es un proceso activo, se identifica al hipotálamo como marcapasos del ciclo sueño-vigilia, se describen el síndrome de panea

del sueño, los cambios circadianos en la secreción de cortisol, se impulsan los estudios hormonales y, en 1968, se edita el manual de Rechtschaffen y Kales. En 1979 se publica la primera clasificación de los trastornos del sueño y del despertar. (13)

En la década de 1980 se aplica la presión positiva de aire para tratar el síndrome de apneas del sueño, se descubren diversos factores inductores del sueño, la narcolepsia se asocia con el antígeno HLA, se describen la distonía paroxística nocturna, el insomnio fatal familiar y el trastorno del comportamiento del sueño REM, y se funda The World Federation of Sleep Research & Sleep Medicine Societies. En los años 90 se introducen los hipnóticos no benzodiazepínicos, se descubre la asociación de la narcolepsia y la cataplejía con el gen HLA-DQB1 *0602, se describe el síndrome de resistencia de la vía aérea superior, se descubren las hipocretinas y se establece la relación entre el síndrome de apnea del sueño y los accidentes de tráfico. En el año 1995 se funda la Asociación Argentina de Medicina del sueño. (13)

En el siglo XXI se comercializa el oxibato sódico para tratar la cataplejía, se publican la segunda y la tercera clasificación internacional de trastorno del sueño y en Europa se certifican los primeros especialistas en medicina del sueño. (13)

Calidad del sueño

La calidad de sueño implica uno de los aspectos clínicos más extendido y menos comprendido, por lo que es necesario conocer de manera más precisa la incidencia y los factores que la puedan estar determinando. Dentro de los factores que se pueden ver afectados por la disminución de las horas de sueño se encuentra la calidad del sueño, la cual no sólo se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino que incluye también un buen funcionamiento diurno. (14)

Un estudio realizado en 1960 por la Sociedad Norteamericana de Cáncer reveló que la media del sueño de la población era de entre ocho y nueve horas. En 1995, la Fundación Nacional del Sueño observó una caída de la media de la duración de este a siete horas. Evaluaciones contemporáneas observan que un amplio porcentaje de los adultos norteamericanos duermen seis horas por noche o menos. Una investigación llevada a cabo en Buenos Aires, San Pablo y México D.F. por Blanco et al. durante el año 2004, ha revelado que las alteraciones del sueño en Latinoamérica son similares a las de otros países y que afectan a todos los grupos de edad, sin diferencias de género. (14)

Debido a diversos factores, la sociedad contemporánea ha disminuido el sueño en aproximadamente dos horas promedio en lo que respecta a comienzos del siglo pasado. De los efectos de la duración del sueño se puede desprender un factor altamente significativo: la percepción del individuo sobre su calidad del sueño, es decir la valoración sobre si el tiempo que durmió produjo un efecto reparador. La calidad de sueño implica tanto una valoración subjetiva, así como aspectos cuantitativos como la duración del sueño, la latencia del sueño o el número de despertares nocturnos y aspectos cualitativos puramente subjetivos como la profundidad del sueño o la capacidad de reparación de este. Los elementos exactos que componen la calidad del sueño y su importancia relativa varían según los individuos. (14)

Tener calidad de sueño es importante para la salud porque algunos de los mecanismos de eliminación de las toxinas se llevan a cabo durante este período, lo cual es crucial para las funciones inmunológicas, cardiovasculares, reproductivas, endocrinas y para el control del dolor. El sueño actúa sobre las funciones cognitivas, la consolidación de la memoria y el almacenamiento de información, y es fundamental para el equilibrio del organismo humano. La calidad del sueño y su duración pueden ser considerados indicadores importantes de la calidad de vida, o sea que el sueño debe ser reparador,

contar con la duración, profundidad y calidad adecuada, favoreciendo que la persona se despierte bien dispuesta. Hay factores extrínsecos que pueden influir en la calidad del sueño, como el medio ambiente, el clima, la exposición a la luz y los equipos electrónicos antes de acostarse, las actividades laborales, la dieta, la falta de rutina para la hora de acostarse y despertarse, el consumo de bebidas alcohólicas, otras drogas y medicamentos. También influyen factores intrínsecos, como el estado de salud y el sedentarismo. La calidad del sueño también se puede ver influenciada por el trabajo y el trabajo por turnos puede impactar negativamente. Entre las consecuencias del trabajo nocturno, es posible observar deterioro cognitivo, fatiga y somnolencia, factores que favorecen los errores y accidentes en el trabajo; además, puede favorecer que surjan enfermedades mentales y físicas. También se establecen vínculos epidemiológicos entre la privación crónica del sueño y las enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual es preocupante, dado que las mismas pueden generar alto poder de discapacidad, costos a los sistemas de salud, morbilidad y, finalmente, la mortalidad en la población. (15)

6. ESTADO DEL ARTE

De acuerdo con las investigaciones previas desarrolladas sobre la calidad del sueño y la aparición de sintomatología de importancia clínica en salud mental en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, se crea el estado del arte, teniendo en cuenta que estas referencias reportan información relevante en torno a la calidad del sueño y la salud mental de estos profesionales de la salud. La revisión de la literatura se realizó en dos grandes fases.

En la primera fase, se establecieron las palabras claves de búsqueda, para encontrar información en bases de datos, las cuales fueron calidad del sueño, profesionales de la salud, trabajadores de la salud, médicos, enfermeros, técnicos de enfermería. Posteriormente se realizó una búsqueda limitada, en la que se establecieron como criterios de búsqueda: literatura científica, productos o trabajos de investigación completos, publicados en los últimos 5 años, y en idioma español.

La segunda fase permitió ubicar aproximadamente 10 documentos, de los cuales se excluyeron artículos de reflexión y revisión. Finalmente fueron seleccionados 5 documentos que cumplieran con los criterios de búsqueda. Se creó una matriz de referencia, en la cual se describió y analizó año, título, objetivo, metodología, población, instrumentos y resultados, la cual permitió analizar y crear el estado del arte.

Los antecedentes se organizaron teniendo en cuenta la relación del documento con la idea de investigación. De esta manera, dada la relación de la temática, los autores en su investigación **Calidad del sueño en el personal de enfermería**, en donde por medio de un estudio cualitativo para el cual se empleó la técnica focal al 17% de la población encuestada, se realizó un muestreo heterogéneo para la inclusión de los participantes; en el cual se obtuvo que el índice medio de calidad de sueño de la población fue de $4,1 \pm$

2,6 y la prevalencia de malos dormidores fue del 24,9 %. Los componentes del sueño más alterados fueron duración y latencia del sueño; por otra parte, los principales hallazgos del grupo focal se relacionan con la incidencia del tener hijos, especialmente si son pequeños, en la calidad de sueño; la identificación del estrés y de sus principales precursores de índole intralaboral (inseguridad en el trabajo, carga laboral y falta de respaldo institucional, entre otros) y extralaborales (problemas personales y el estado de las relaciones familiares), como un constructo relacionado con la calidad de sueño. (10)

Así mismo, otros autores en su investigación **Calidad del sueño como factor asociado a depresión en Profesionales médicos**, en donde se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, se encontró que no hubo diferencias significativas entre la edad y los que tienen o no depresión, así mismo en las variables género y procedencia, estado civil, consumo de alcohol, café y tabaco, tampoco se encontraron diferencias significativas, mientras que el análisis multivariado verificó la significancia del riesgo para las variables mala calidad del sueño, guardias nocturnas, y el ser médico residente en relación con la aparición del desenlace depresión. (16)

Autores en 2021 en su investigación **Calidad del sueño y trastorno mental común en un equipo de enfermería de un hospital**, por medio de un estudio transversal, analítico y cuantitativo desarrollado con profesionales de enfermería asistenciales de un hospital público y uno mixto de la ciudad de Francisco Beltrão, Paraná, Brasil, lograron identificar trastornos del sueño entre los profesionales de enfermería con una frecuencia del 76,5%. La calidad del sueño se clasificó como mala en el 41,8% y trastorno del sueño en el 27,6%. (9)

Así mismo, autores en su investigación **Calidad de sueño asociado a la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la unidad de medicina familiar 57**, la cual

realizaron a través de un estudio tipo observacional-descriptivo, relacional de corte transversal prospectivo, en el cual se seleccionaron a todos los médicos residentes que se encontraron adscritos a la unidad de medicina familiar número 57, del 1 de enero al 30 de junio del año 2018, en donde como resultado se obtuvo la frecuencia de la presentación de síntomas de ansiedad al momento de las encuestas fue de un 56.7% sin datos de ansiedad, presencia de ansiedad leve en un 26.7%, 6.7% ansiedad moderada y ansiedad grave en el 10%. De acuerdo con la presentación de síntomas relacionados con la depresión en los médicos residentes encuestados tenemos que el resultado fue que 50 de ellos se encuentran sin depresión representando un 83.3%, 6 con depresión leve que representa un 10% y finalmente 4 con depresión severa que representa un 6.7%. La calidad de sueño en los médicos residentes se presentó de la siguiente manera: tenemos una prevalencia de malos dormidores que merecen atención médica con un número de 29 individuos representando un 48.3% siguiendo los dormidores de buena calidad con un número de 16 que representa un 26.7 % y por último los dormidores que merecen atención y tratamiento por su mala calidad de sueño con 15 individuos representando un 25%. La asociación que se encontró en el estudio realizado sobre la calidad de sueño con ansiedad en los médicos residentes encuestados: buenos dormidores sin ansiedad 20% (n=12), ansiedad leve 6.7% (n=4), malos dormidores que merecen atención médica sin ansiedad 30% (n=18) con ansiedad leve 16.7% (n=10), ansiedad moderada (n=1) y aquellos que merecen atención médica y tratamiento sin ansiedad 6.7%(n=4), ansiedad leve 16.7% (n=10), ansiedad moderada 5% (n=3) y ansiedad grave con 10% (n=6). Al aplicar prueba estadística de Fisher obtuvimos un valor de $p=.000$ por lo que se rechaza hipótesis y decimos hay asociación entre la calidad de sueño con la ansiedad. La prevalencia que se encontró de acuerdo con los síntomas de depresión que se presentan con la calidad de sueño es de la siguiente

manera: 48.3% (n=29) se encuentran como malos dormidores que merecen atención de los cuales 43.3% (n=26) están sin depresión y 5% (n=3) con depresión leve en cuanto a buenos dormidores 26.7% (n=16) sin depresión. Y por último los dormidores que necesitan atención médica y tratamiento se encuentran 13.3% (n=8) sin depresión, depresión leve 10% (n=3), depresión severa 6.7% (n=4) siendo un total de 25% (n=15). Al aplicar prueba exacta de Fisher se obtuvo una $p=.001$ por lo que se rechaza hipótesis nula y decimos que hay asociación entre la calidad de sueño con la depresión. (7)

En 2018, en China, un grupo investigador, estudió la **Calidad del sueño de las enfermeras en el servicio de urgencias de hospitales públicos en China y sus factores influyentes**, para lo cual realizaron un cuestionario autoadministrado que incorporaba el Cuestionario de contenido laboral y el Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) entre 4856 enfermeras de emergencia en cinco sistemas de comando de emergencia de ciudades seleccionadas al azar en Shandong, China. La asociación de posibles factores de influencia, incluidos los factores ocupacionales, psicosociales e individuales, con la falta de sueño ($PSQI > 5$) se cuantificó mediante análisis de regresión logística multivariante; de esta manera obtuvieron que el puntaje promedio de PSQI de 4730 enfermeras de emergencia en hospitales públicos fue de $8,2 \pm 3,9$, incluidos 3114 (65,8%) sujetos con $PSQI > 5$ y 2905 (61,4%) > 8 ; estas cifras se encontraron más altas para 337 enfermeras de emergencia en 14 hospitales terciarios con $11,8 \pm 4,3$, 257 (76,3%) y 232 (68,8%), seguidas por 1044 enfermeras de emergencia en 43 hospitales secundarios con $9,5 \pm 3,9$, 725 (69,4%) y 675 (64,7%) y 3349 enfermeras de urgencias en 167 hospitales primarios con $7,4 \pm 3,5$, 2132 (63,7%) y 1998 (59,7%). Los siguientes factores se asociaron con la falta de sueño: nivel hospitalario (terciario vs. primario, secundario vs. primario), sexo femenino, menos ejercicio, largas horas de trabajo por semana, muchos pacientes a cargo de la noche, alta

frecuencia mensual de turnos nocturnos. (4-6 vs. nunca, ≥ 7 vs. nunca) y alto estrés laboral. (8)

7. MARCO CONCEPTUAL

Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (17)

Salud mental: Es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. (18)

Sueño: El sueño es una parte integral de la vida cotidiana, una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento. (19)

Calidad del sueño: Implica tanto una valoración subjetiva, así como aspectos cuantitativos como la duración del sueño, la latencia del sueño o el número de despertares nocturnos y aspectos cualitativos puramente subjetivos como la profundidad del sueño o la capacidad de reparación de este. (20)

Privación del sueño: La privación del sueño es la carencia de horas de sueño en relación con la cantidad total necesaria para recuperar el nivel óptimo de las funciones físicas y psicológicas. Dicha cantidad en los adultos varía entre las 7 y 9 horas, mientras que los niños y adolescentes deben dormir más, entre 8 y 10 horas dependiendo de la edad. La privación del sueño y la insuficiencia de este se pueden clasificar de diferentes formas. (21)

- Privación aguda del sueño: se produce durante un periodo corto, generalmente de unos días, donde el tiempo de sueño de una persona se ve reducido de forma significativa. (21)

- Privación crónica del sueño: la persona que lo padece cuenta con un sueño insuficiente o reducido durante tres meses o más. (21)
- Deficiencia crónica del sueño o sueño insuficiente: existe una falta de sueño continua. También se puede deber a la fragmentación del sueño u otras interrupciones. (21)

Ciclo circadiano: Son cambios físicos, mentales y conductuales que siguen un ciclo de 24 horas. Estos procesos naturales responden, principalmente, a la luz y la oscuridad y afectan a la mayoría de los seres vivos, incluidos los animales, las plantas y los microbios. (22)

Latencia del sueño: Se denomina latencia del sueño al tiempo transcurrido desde que se apagan las luces hasta que comienza la fase primera de nuestro periodo de descanso. Es decir, es el tiempo que la persona tarda en lograr realizar la transición de la vigilia total al sueño; la primera época de cualquier fase de sueño. Por lo general, es una etapa de corta duración. Sin embargo, una alteración de esta supone la aparición de cuadros de somnolencia. Lo que supone que durante el día estemos cansados y nos podamos quedar dormidos en cualquier momento y cualquier lugar. Lo que acaba repercutiendo en nuestros biorritmos corporales. Pudiendo incluso llegar a influir en nuestra salud. Esta latencia del sueño suele durar unos diez minutos. Valores que lo superen en mucho o menores se consideran alteraciones que merecen estudio. Estas alteraciones se conocen popularmente con el nombre genérico de insomnio. (23)

Profesionales sanitarios: Un profesional sanitario es cualquier profesional de la salud que posee la oportuna titulación oficial. Son profesionales sanitarios médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc. Los profesionales sanitarios poseen

conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, se organizan por medio de colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos. (24)

8. MARCO LEGAL

Ley 911 de 2004

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. (25)

Ley 266 de 1996

La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación. (26)

9. METODOLOGÍA

9.1 NATURALEZA DE ESTUDIO

De acuerdo con los objetivos planteados se desarrolló un estudio cuantitativo, que, según Hernández Sampieri, el enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo, y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población. (27)

9.2 TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de carácter descriptiva de corte trasversal. Hernández Sampieri, plantea que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (25) El estudio de corte trasversal es un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido. (28)

9.3 POBLACIÓN

Para Hernández Sampieri, "una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones". (29) Es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. La población de estudio la conformarán los profesionales de la salud médicos, enfermeros y los técnicos en

enfermería, de los diferentes servicios de atención, de la Clínica Cartagena del Mar, en la ciudad de Cartagena de Indias.

TABLA 1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

PROFESIONALES CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR	
Ocupación	Número
Médicos	21
Enfermeros	25
Técnicos de enfermería	65
Total	111

Fuente: Elaboración propia.

9.4 MUESTRA Y MUESTREO

Para la selección de la muestra se llevó a cabo mediante un muestreo por conveniencia, que es una técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio utilizada para crear muestras de acuerdo con la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, en un intervalo de tiempo dado o cualquier otra especificación práctica de un elemento particular. (30)

La muestra estuvo representada por un total de 80 profesionales de la salud: entre ellos médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería considerando los criterios de inclusión y exclusión.

9.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para desarrollar los objetivos de la investigación previamente establecidos, se definieron los criterios de inclusión y exclusión para la población escogida.

9.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, en la clínica Cartagena del Mar.
- Tener más de 6 meses de desempeñar su labor profesional.
- Edad comprendida entre 20 y 60 años.

9.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesionales que presenten antecedentes de alteración del sueño, previas a su profesión.
- Profesionales con previos diagnósticos de alteraciones mentales.
- Profesionales que reciban medicación psiquiátrica.

9.6. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

La información se obtuvo mediante la aplicación de una versión ajustada del cuestionario Índice de la calidad del sueño de Pittsburg. Este cuestionario se aplicó de manera directa a los profesionales de salud de los diferentes servicios asistenciales de la Clínica Cartagena del Mar, los cuales participaron voluntariamente en la investigación.

El cuestionario ajustado cuenta con dos partes que fueron de gran importancia para obtener los datos.

1: La primera parte abarcó los aspectos sociodemográficos, en donde se obtuvo la información general de la población objeto de estudio, se tuvo en cuenta variables como la edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, procedencia, profesión, antigüedad laboral y el número de hijos.

2: La segunda parte abordó la calidad del sueño en los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de los diferentes servicios asistenciales de la clínica.

9.6.1 INSTRUMENTO

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI) es un instrumento de evaluación directa y auto aplicada con preguntas correspondientes a los factores involucrados en la calidad del dormir, que fue desarrollado por el departamento de psiquiatría de la Universidad de Pittsburg en 1988. El PSQI es comúnmente utilizado en el ámbito clínico y de investigación para identificar y discriminar que tan bien o mal han dormido las personas, pacientes, etc., durante el último mes. (31)

Contiene 19 reactivos que evalúan 7 dimensiones relacionadas con la calidad de sueño.

Dichas dimensiones son:

1) Calidad de sueño subjetiva, se refiere a que tan «bien» o «mal» las personas perciben que duermen. Se evalúa teniendo en cuenta la puntuación asignada a la pregunta PSQI 6.

Muy buena = 0

Bastante buena = 1

Bastante mala = 2

Muy mala = 3

2) Latencia de sueño, se refiere al tiempo que toma quedarse dormido a partir de que se comienza a intentarlo. Evaluada teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

a) Puntuación asignada a la pregunta PSQI 2

Menos de 15 minutos = 0

16 a 30 minutos = 1

31 a 60 minutos = 2

Mas de 60 minutos = 3

b) Puntuación asignada a la pregunta PSQI 5a.

Ninguna vez el último mes = 0

Menos de una vez a la semana = 1

Una o dos veces a la semana = 2

Tres o más veces a la semana = 3

c) Suma de la puntuación asignada a las preguntas PSQI 2 y PSQI 5a

d) Asignación de la puntuación de la dimensión 2 (suma de PSQI 2 y PSQI 5a)

0 = 0

1-2 = 1

3-4 = 2

5-6 = 3

3) Duración del dormir, es decir, la cantidad de horas que duermen. Se evalúa teniendo en cuenta la puntuación asignada a la PSQI 4.

> 7 horas = 0

6-7 horas = 1

5-6 horas = 2

< 5 horas = 3

4) Eficiencia de sueño, se refiere al porcentaje de tiempo que se duerme respecto al tiempo que se pasa en cama acostado.

a) Se tiene en cuenta el número de horas dormidas

b) Calculo de horas de permanencia en la cama:

- Hora de levantarse (PSQI 3)

- Hora de acostarse (PSQI 1)

- Número de horas permanecidas en la cama

c) Calculo de la eficiencia habitual del sueño (Número de horas dormidas / número de horas permanecidas en la cama) x 100 = eficiencia habitual del sueño %

d) Asignación de puntuación de la dimensión:

> 85% = 0

75 y 84 % = 1

65 y 74% = 2

< 65% = 3

5) Alteraciones de sueño, implica síntomas de insomnio, apnea y dificultad para mantener el sueño por mencionar algunos.

- a) Se tiene en cuenta la puntuación asignada a las respuestas de PSQI 5a a PSQI 5j
- b) Suma de las puntuaciones de PSQI 5a a PSQI 5j
- c) Se le asigna la puntuación a la dimensión teniendo en cuenta el resultado anterior

0 = 0

1 – 9 = 1

10 – 18 = 2

19 – 27 = 3

6) Uso de medicamentos para dormir, se tiene en cuenta la respuesta de PSQI 7

Ninguna vez el último mes = 0

Menos de una vez a la semana = 1

Una o dos veces a la semana = 2

Tres o más veces a la semana = 3

7) Disfunción diurna, se refiere a la sensación de somnolencia durante el día y las posibles dificultades que se pueden presentar a causa de esta.

a) Teniendo en cuenta la respuesta de PSQI 8

Ninguna vez el último mes = 0

Menos de una vez a la semana = 1

Una o dos veces a la semana = 2

Tres o más veces a la semana = 3

b) Teniendo en cuenta la respuesta de PSQI 9

Ningún problema = 0

Solo un leve problema = 1

Un problema = 2

Un grave problema = 3

c) Suma de PSQI 8 y PSQI 9

d) Se asigna la puntuación a la dimensión

0 = 0

1-2 = 1

3-4 = 2

5-6 = 3

Puntuación global del PSQI: Suma de las 7 dimensiones = puntaje global

9. 7. ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar el análisis de los datos, los datos obtenidos mediante el cuestionario fueron ingresados a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016, en donde se construyó una tabla para posteriormente analizar cada una de las respuestas registradas.

En primer lugar, se realizó el análisis de las características sociodemográficas, para lo cual se realizó una tabla dinámica que abarcara las variables, frecuencia absoluta y relativa.

Posteriormente, para el análisis de las dimensiones del cuestionario, se crearon tablas dinámicas teniendo en cuenta el índice de interpretación del propio cuestionario (Índice

de calidad del sueño de Pittsburgh), con el fin de obtener el puntaje de cada dimensión, y luego con la sumatoria de cada componente, obtener el puntaje global en lo que respecta a la calidad del sueño como macro variable.

Finalmente, se realizó la correlación de la variable calidad del sueño teniendo en cuenta el puntaje global, con las características sociodemográficas, mediante tablas dinámicas, expresando los resultados tanto en frecuencia absoluta, relativa y total general.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

10.1. PRINCIPIOS

La confidencialidad y anonimato de los profesionales que participaron quedaron aseguradas en todo momento, solo fueron utilizados por la institución en beneficio de su personal, evitando generar daño o perjuicio a los profesionales de la salud, se realizó mediante el consentimiento informado y por lo tanto el derecho de aceptar o rechazar ser parte de la investigación.

El estudio se realizó bajo los direccionamientos de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (32) Esta investigación se considera de bajo riesgo y con el fin de proteger los derechos de los participantes, además se les informó de que los resultados de la investigación solo se utilizaron con fines académicos.

10.2. RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

El marco ético de la presente investigación estuvo dado por la Resolución 8430 de 1993. De acuerdo con su normativa, el estudio puede catalogarse como una investigación sin riesgo, dado que la técnica e instrumento que se aplicara no ocasionara ningún tipo de daño biológico, fisiológico, psicológico o social en los participantes. (32)

11. RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos planteados en el presente trabajo de grado, se ha analizado la información obtenida mediante el cuestionario “Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI)” adaptado al estudio Calidad del sueño de profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de una clínica de tercer nivel de Cartagena de indias en el año 2022, en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016 para su análisis e interpretación.

TABLA 2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
VARIABLES	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Edad		
21-29	37	46%
30 – 39	19	24%
40 – 49	19	24%
50 – 59	5	6%
TOTAL	80	100%
Sexo		
Femenino	70	87.5%
Masculino	10	12.5%
TOTAL	80	100%
Estrato socioeconómico		
1	25	31%
2	29	36%
3	22	28%

4	4	5%
TOTAL	80	100%
Estado Civil		
Casado	13	16%
Soltero	34	43%
Unión libre	33	41%
Total	80	100%
Ocupaciones		
Médicos	22	28%
Enfermeras	19	24%
Técnicos de enfermería	39	49%
TOTAL	80	100%
Antigüedad en la institución		
Entre 1 y 3 años	29	36%
Entre 6 y 12 meses	15	19%
Mas de 3 años	36	45%
TOTAL	80	100%
Servicio donde labora		
Cirugía	2	3%
Hospitalización 3er piso	21	26%
Hospitalización 4to piso	17	21%
UCI 1er piso	9	11%
UCI 3er piso	13	16%
Urgencias	18	23%

TOTAL	80	100%
--------------	-----------	-------------

Fuente: elaboración propia

En la tabla 2 la cual relaciona las características sociodemográficas de la población en estudio, se puede evidenciar, que las edades más frecuentes fueron de 21 – 29 años con un (46%), seguido las edades entre 30– 39 años y 40 – 49 años con un (24%), las edades menos frecuentes fueron entre 50– 59 años con un (6%). Con respecto al sexo predominó el femenino con un (88%), mientras que el sexo masculino fue representado con un (13%). En base al nivel socioeconómico obtiene mayor relevancia el estrato 2 con un (36%), seguido del 1 con un (31%), el 3 y 4 con un (28%) y (5%) respectivamente. En cuanto al estado civil, se obtuvo como resultado que el (43%) están solteros, seguido del (41%) se encuentran en unión libre y solo el (16%) se encuentran casados. En referencia a la ocupación, se encuestaron 80 trabajadores del área de la salud donde la mayor población fue auxiliares de enfermería con un (49%), seguido de la participación de médicos con un (28%), y por último enfermeras con un (24%), en respuesta a la antigüedad de la institución se observa que más de 3 años obtiene el mayor porcentaje con un (45%) seguido de entre 1 y 3 años con un (36%) y por último entre 6 y 12 meses con un (19%). En relación al servicio donde labora encontramos que predomina el servicio de Hospitalización 3 piso con un (26%) seguido de urgencias 23% y hospitalización 4 piso (22%), luego en menos porcentaje esta UCI 3er piso (16%), UCI 1er piso con un (11%) y por último el servicio de cirugía con un (3%).

TABLA 3 COMPONENTE 1. CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO

Componente 1. Calidad del sueño subjetiva			
Respuesta	Puntuación	Frecuencia	Frecuencia
		Absoluta	Relativa
Bastante buena	1	28	35%
Bastante mala	2	13	16%
Muy buena	0	31	39%
Muy mala	3	8	10%
Total, general		80	100%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 3, se representan los resultados obtenidos del componente calidad del sueño subjetiva, en donde se evidenció que el (39%) de la población de estudio manifiesta una muy buena calidad del sueño, con una puntuación de 0; seguido del (35%) que refirió bastante buena, con puntuación de 1; el (16%) y (10%) refirieron calidad de sueño bastante mala y muy mala, con puntuaciones de 2 y 3 respectivamente.

TABLA 4 COMPONENTE 2: LATENCIA DEL SUEÑO

Componente 2. Latencia del sueño			
Rango		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1-2	1	29	36%
3-4	2	44	55%
5-6	3	7	9%
Total, general		80	100%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 4, se expresan los resultados del componente latencia del sueño, en la cual, el (55%) se encuentra en el rango 3-4, con una puntuación de 2; seguido del (36%) en el rango 1-2, con puntuación de 1; y en menor proporción el (9%) en el rango 5-6 con puntuación de 3.

TABLA 5. COMPONENTE 3: DURACIÓN DEL SUEÑO

Componente 3. Duración del sueño.	Puntuación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
5-6 Hrs	2	63	79%
>7 Hrs	0	11	14%
<5 Hrs	3	6	8%
6-7 Hrs	1	0	0%
Total, general		80	100%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 5, se evidencia el número de horas de sueño, en donde el (79%) duerme entre 5-6 horas, con puntuación de 2; seguido del (14 %), 7 horas, con puntuación de 0; en menor proporción el (8 %), <5 horas, con una puntuación de 3, no se evidencian los rangos entre 6 -7 horas, con la respectiva puntuación de 1.

TABLA 6 COMPONENTE 4. EFICIENCIA DEL SUEÑO HABITUAL

Componente 4 Eficiencia del Sueño Habitual %	Puntuación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
>80%	0	52	65%

75%-84%	1	22	28%
65%-74%	2	5	6%
< 65%	3	1	1%
Total, general		80	100%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 6, se evidencia que el (65%) tiene una eficiencia del sueño mayor al 80%, con una puntuación de 0; seguido del (28%) que reportó una eficiencia del 75 al 84%, considerando puntuación de 1; en menor proporción el (6%), reportó una eficiencia del 65 al 74%, con puntuación de 2; y solo el (1%) reportó eficiencia del sueño menor al 65%, con una respectiva puntuación de 3.

TABLA 7 COMPONENTE 5. PERTURBACIÓN DEL SUEÑO HABITUAL

COMPONENTE 5: Perturbación del sueño habitual			
Puntuación	Frecuencia		Rango
	Absoluta	Relativa	
0	0	0%	0
1	56	70%	1-9
2	23	29%	10-18
3	1	1%	19-27
Total, general	80	100%	

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7, se expresan los resultados del componente correspondiente a perturbación del sueño habitual, en ella se evidencia que el (70%) presenta perturbaciones en un rango de 1-9, con puntuación de 1; seguido del (29%), que presenta en el rango 10-18,

con puntuación de 2; y solo el (1%) presenta perturbaciones en el rango de 19-27, con puntuación de 3.

TABLA 8 COMPONENTE 6 USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA

COMPONENTE 6. Uso de medicación Hipnótica			
Puntuación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Respuesta
0	70	88%	Ninguna vez en el último mes
1	4	5%	Menos de una vez a la semana
2	1	1%	una o dos veces a la semana
3	5	6%	tres o más veces a la semana
Total, general	80	100%	

Fuente: elaboración propia

La tabla 8 expresa el uso de medicación hipnótica, en ella, se evidencia que el (88%) utilizó medicamentos ninguna vez en el último mes, con puntuación de 0; seguido del (6%), que utilizó tres o mas veces a la semana, con puntuación de 3; en menor proporción el (5%) utilizó medicamentos menos de una vez a la semana, con puntuación de 1; y solo el (1%) utilizó una o dos veces a la semana, con una puntuación de 2.

TABLA 9 COMPONENTE 7. DISFUNCIÓN DIURNA

Componente 7. Disfunción Diurna
--

Rango	Puntuación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
0	0	34	43%
1-2	1	26	33%
3-4	2	17	21%
5-6	3	3	4%
	Total, general	80	100%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 9 se expresan los resultados del componente disfunción diurna, en ella se evidencia que el (43%) se encuentra en el rango 0, lo que traduce una puntuación de 0; seguido del (33%), que se encuentran en el rango 1-2 con una puntuación de 1; en menor proporción el (21%) se encuentra en el rango 3-4, con puntuación de 2; y solo el (4%) se encuentra en el rango 5-6, con una puntuación de 3.

TABLA 10 PUNTAJE GLOBAL DE CUESTIONARIO DE PITTSBURG

Puntaje Global. Índice calidad del sueño		
Puntaje Global	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
3	4	5%
5	10	13%
6	20	25%
7	17	21%
8	10	13%
9	7	9%
10	1	1%
11	2	3%

12	1	1%
13	2	3%
14	2	3%
Total, general	80	100%

La tabla 10 hace referencia al puntaje global de las 7 dimensiones del cuestionario Índice de calidad del sueño de Pittsburg, en donde el (25%) de la población tuvo un puntaje global de 6; seguido del (21%) con puntaje de 7; el (13%) y (13%) con puntajes de 5 y 8 respectivamente; el (9%) con puntaje de 9; (5%) y (5%) con puntajes de 3 y 4 respectivamente; (3%), (3%) y (3%) con puntajes de 11, 13 y 14 respectivamente; y solo el (1%) y (1%) con puntajes de 10 y 12 respectivamente.

TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS RESPECTO A LA CALIDAD DEL SUEÑO.

VARIABLES		Mala	Mala %	Buena	Buen a %	Total= n 80	Total %
Sexo	Femenino	54	67.5%	16	20%	70	87.5%
	Masculino	8	10%	2	2.5%	10	12.5%
							100%
Estrato	1	18	23%	7	9%	25	31%
	2	25	31%	4	5%	29	36%
	3	16	20%	6	8%	22	28%
	4	3	4%	1	1%	4	5%
							100%
Estado	Soltero	22	28%	12	15%	34	43%

civil	Unión libre	28	35%	5	6%	33	41%
	Casado	12	15%	1	1%	13	16%
100%							
Ocupación	Médico	16	20%	6	8%	22	28%
	Enfermero	17	21%	2	3%	19	24%
	Técnicos de enfermería	29	36%	10	13%	39	49%
101%							
Servicio en el que labora	UCI 1er piso	7	9%	2	3%	9	11%
	UCI 3er piso	10	13%	3	4%	13	16%
	Hospitalización 3er piso	17	21%	4	5%	21	26%
	Hospitalización 4to piso	12	15%	5	6%	17	21%
	Urgencias	14	18%	4	5%	18	23%
	Cirugía	2	3%	0	0%	2	3%
100%							
Antigüedad laboral	6 a 12 meses	11	14%	4	5%	15	19%
	1 y 3 años	23	29%	6	8%	29	36%
	Más de 3 años	28	35%	8	10%	36	45%
100%							

La tabla 11 hace referencia al puntaje global entre la relación de la calidad del sueño y las variables sociodemográficas, en la cual se obtuvo de la variable sexo un mayor porcentaje por parte del sexo femenino teniendo mala calidad de sueño con un (68%), e

igualmente presenta mayor porcentaje en la buena calidad de sueño por parte del sexo femenino con un (20%), a diferencia en menor cantidad está el sexo masculino que tienen buena calidad de sueño con un (3%) y con mala calidad de sueño con un (10%), en la variable del estrato socioeconómico de las personas con mala calidad de sueño según su estrato se identificó con mayor porcentaje el estrato 2 con un (31%) y con buena calidad de sueño el estrato 1 con un (9%), con respecto a la variable del estado civil arrojó resultado con mayor porcentaje de mala calidad de sueño las personas en unión libre con un (35%) y con buena calidad de sueño las personas solteras con un (15%), los trabajadores con mayor porcentaje de mala calidad de sueño fueron los técnicos de enfermería con un (36%) y de igual manera los técnicos de enfermería presentaron mayor porcentaje de buena calidad de sueño con respecto a las de más profesiones con un (13%), el servicio donde se identificó mala calidad de sueño en mayor porcentaje fue en el servicio de hospitalización tercer piso con un (21%) y el servicio con mayor porcentaje de buena calidad de sueño fue el servicio de hospitalización cuarto piso con un (6%), finalmente con relación a la variable del tiempo de antigüedad en la institución presentaron con mayor porcentaje de mala calidad de sueño las personas que tienen más de 3 años de antigüedad con un (35%), de igual manera el personal con más de 3 años de antigüedad presentó mayor porcentaje de buena calidad de sueño con un (10%).

12. DISCUSIÓN

La calidad del sueño en la actualidad es un tema ampliamente investigado, sin embargo, pocas son las que se han realizado en profesionales de la salud. Con la elaboración de esta investigación, Calidad del sueño en profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería en una clínica de tercer nivel en la ciudad de Cartagena en el año 2022, se logró identificar la calidad del sueño de acuerdo a las 7 dimensiones del cuestionario utilizado en este grupo de profesionales de salud, que son: calidad del sueño subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño habitual, trastornos del sueño, uso de hipnóticos y disfunción diurna.

Al analizar los resultados de nuestra investigación, en lo que respecta a cada una de las dimensiones que evalúa el cuestionario, se obtuvo como resultado que en relación a la calidad del sueño subjetiva en los participantes de nuestro estudio el 39% tiene muy buena calidad, seguido del 35% que tiene buena calidad; en relación a la latencia del sueño, en nuestro estudio el 55% tiene una prolongación de 31 a 60 minutos; respecto a la duración del sueño, el 79% duerme entre 5 y 6 horas al día; respecto a la eficiencia habitual del sueño, el 65% tiene la eficiencia del sueño >80%; en relación a las perturbaciones, el 70% las presenta en un rango de 1-9, lo que traduce a perturbaciones adecuadas; respecto al uso de medicación hipnótica, el 88% no los ha usado ninguna vez en el último mes; finalmente en cuanto a la disfunción diurna se encontró que el 43% no presenta disfunción diurna. Datos que pueden ser comparados con la investigación realizada por Satizábal y Marín (10), en cuyos resultados se observó que el 85.7% considera su calidad del sueño como muy buena, dato que no se asemeja a nuestros resultados; el 34.7% presentó una latencia del sueño prolongada de 31 a 60 minutos, dato similar al nuestro; el 61.2% duerme 7 horas; el 91.8% presentó buena eficiencia del sueño con valores por encima de 85%, dato similar al obtenido en esta

investigación; el 10.2% presentó un puntaje superior a 10, lo que traduce a perturbaciones de sueño inadecuadas; el 4.1% usó medicación hipnótica; por último el 8.2% presentó disfunción diurna, dato que contrasta este estudio.

Con relación a la calidad del sueño según el sexo el 68% de la población femenina tiene una mala calidad del sueño y solo el 20% tiene una buena calidad del sueño, el 10% de la población masculina reportó una mala calidad y solo el 3% tiene una buena calidad. Lo anterior refleja que en la población femenina hay una mayor prevalencia de mala calidad del sueño.; dato similar a la investigación de Cavalheir (9), donde encontró que el 88% de la población femenina presentaba trastornos del sueño.

Respecto al estado civil, en esta investigación se encontró que la mala calidad del sueño prevalece en la población en unión libre en un 35%, seguido de los solteros en un 28%; dato que fue similar en Cavalheir (9), en donde el 60.7% se encontraban casados/unión estable y tenían trastornos del sueño, y en menor porcentaje el 39.3% se encontraban solteros y también presentaban trastornos del sueño.

En relación a la ocupación, se observó que el 36% de los técnicos de enfermería tienen una mala calidad del sueño, seguido del 21% que representa a los enfermeros con mala calidad del sueño; en Cavalheir (9), se encontró que el 78,7% de los técnicos de enfermería presenta trastornos del sueño y los enfermeros en un 21.3% también presentaban trastornos del sueño. Respecto a la calidad del sueño de los médicos, el 20% presenta una mala calidad del sueño, dato que contrasta a García (16), en cuyos resultados el 68% de los médicos que tiene depresión tiene una buena calidad del sueño.

Respecto al servicio en el que se labora, en este estudio, se encontró que los servicios donde se reportaron los porcentajes más altos de mala calidad del sueño son hospitalización 3er piso y urgencias con 21% y 18% respectivamente, en menor

porcentaje hospitalización 4to piso, UCI 3er piso, UCI 1er piso y cirugía con 15%, 13%, 9% y 3% respectivamente. Autores como Satizábal y Marín (10), en su investigación muestran que en los servicios cirugía tienen un índice de Pittsburgh de 5,3, lo que traduce una mala calidad del sueño, mientras que, en urgencias, encontraron el índice de Pittsburgh de 4,5, considerándose buena calidad del sueño.

Así mismo, respecto a antigüedad laboral en nuestra investigación quienes en mayor porcentaje presentan mala calidad del sueño, están los profesionales que están laborando hace más de 3 años, representado por el 35%, dato que se contrasta en la investigación de Satizábal y Marín (10), en donde el índice de Pittsburgh más elevado fue de 5, considerado como buena calidad del sueño, en quienes están laborando desde hace más de 23 meses.

13. CONCLUSIONES

Con la elaboración de esta investigación, se pudo evidenciar la calidad del sueño en un grupo de profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de la clínica Cartagena del Mar. Los resultados obtenidos fueron comparados con investigaciones nacionales e internacionales, encontrando similitudes y diferencias descritas anteriormente, considerándose una investigación coherente y pertinente. En este sentido se aportó información relevante y actualizada en lo que respecta a la calidad del sueño de un grupo de trabajadores del área de la salud de una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados anteriormente, se tomó como punto de partida los resultados dados a conocer previamente. Es así como se puede concluir que sociodemográficamente predominó el sexo femenino, la mayoría solteros, mayormente pertenecientes al nivel socioeconómico 2, el mayor porcentaje fueron técnicos de enfermería, antigüedad laboral de más de 3 años y el servicio de hospitalización 3er piso con mayor porcentaje.

De acuerdo con la evaluación mediante el cuestionario Índice de calidad del sueño de Pittsburgh, se concluyó que, en relación con la calidad del sueño subjetiva en los participantes de este estudio, el 39% de los participantes tienen muy buena calidad del sueño, el 35% buena y el 16% y 10% mala y muy mala respectivamente.

Referente a la latencia del sueño, el 55% de la población tienen una prolongación de tiempo para conciliar el sueño de entre 31 y 60 minutos, seguido del 36% que reportó quedarse dormido entre 15 y 30 minutos, y solo el 9% reportó quedarse dormido después de 1 hora.

Respecto a la duración del sueño, el 79% reportó dormir entre 5 y 6 horas, seguido del 14% más de 7 horas y el 8% duerme menos de 5 horas.

El 65% tuvo una eficiencia del sueño mayor al 80%, que se traduce como muy buena eficiencia, seguido del 28% con eficiencia entre 75 y 84%, considerada como buena eficiencia, el 6% con eficiencia entre 65 y 74%, y solo el 1% con eficiencia menor al 65%, considerada como muy mala.

En cuanto a las perturbaciones del sueño habitual, el 70% de la población reportó tener perturbaciones adecuadas durante el sueño, el 29% con perturbaciones medianamente inadecuadas y solo el 1% con perturbaciones muy inadecuadas.

Respecto al uso de medicación hipnótica, el 88% reportó no haber utilizado medicamentos ninguna vez en el último mes, el 6% utilizó más de tres veces a la semana, el 5% menos de una vez a la semana y solo el 1% una o dos veces a la semana.

Finalmente, en cuanto a la presencia de disfunción diurna el 43% de los participantes no presentó disfunción diurna, el 33% presentó en niveles bajos, el 21% niveles moderados y solo el 3% con disfunción diurna severa.

Así mismo se concluyó que el sexo femenino es quien reporta mayor porcentaje de mala calidad de sueño en un 67.5%, igual que el nivel socioeconómico 2 con 31%, el estado civil en el que se reportó mala calidad del sueño fue en unión libre en un 35%, así mismo la ocupación más afectada fueron los técnicos de enfermería en un 36%, el servicio y la antigüedad laboral con porcentajes mas altos de mala calidad del sueño fueron hospitalización 3er piso y más de 3 años con porcentajes de 21% y 35% respectivamente.

Por consiguiente, se concluyó que, la mala calidad del sueño es un factor presente en este grupo de trabajadores, por lo cual es importante realizar investigaciones en las

cuales se puedan determinar los factores que influyen en la calidad del sueño de esta población.

14. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar controles de salud con relación al patrón sueño y descanso de forma periódica en el personal de salud de la institución y brindar tratamiento si así lo requiere.
- Incentivar actividades de promoción y fomento de la higiene del sueño para tratar de mejorar el problema en esta población de la institución.
- Ofrecer un ambiente y área adecuada de descanso para el personal en los casos que estos lo necesiten.
- Dar continuidad a la presente investigación que permita la evaluación de manera regular a los profesionales de la salud sobre sus trastornos del sueño. (33)
- Se sugiere evaluar otras variables asociadas a la mala calidad de sueño, como: jornadas laborales largas, cantidad de pacientes atendidos por turno, carga familiar, consumo de sustancias estimulantes, comorbilidades, entre otros que puedan estar asociadas a problemas de sueño.
- Fomentar la formación de los profesionales de la salud, para una oportuna detección y atención de los problemas del sueño.
- Se recomienda ayuda profesional que incluya evaluaciones periódicas de los efectos sobre la salud tanto físicos como psicosociales de los profesionales de la salud. (34)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sueño: Información Sobre el Estado [Internet]. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. U.S. Department of Health and Human Services; 2018 [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/sleep/informacion>
2. Fases y etapas del sueño [Internet]. National Heart Lung and Blood Institute. U.S. Department of Health and Human Services; 2022 [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sueno/estadios-del-sueno#:~:text=A1%20dormir%2C%20se%20atraviesa%20un,entre%20un%20ciclo%20y%20otro>
3. Calidad del sueño [Internet]. Centro Universitario de Educación a Distancia. 2014 [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cuedac.edu.mx/calidad-del-sueno/>
4. Campos Burga, M . Calidad de Sueño posterior a sus labores del personal profesional de Enfermería del hospital regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2016. [Internet]. Revista científica CURAE. 2018 [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1021>
5. Rodríguez A, Olavarrieta S, Fernandez J, Moreno B. Insomnio y Calidad del Sueño en Médicos de Atención Primaria: Una perspectiva de género [Internet]. 2008 [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/236606564_Insomnio_y_calidad_del_sueno_en_medicos_de_atencion_primaria_una_perspectiva_de_genero
6. Palazón Galera E, Sánchez López JC. Calidad del Sueño del personal de enfermería. comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas

- [Internet]. Dialnet. Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo; 2017 [citado el 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5920690>
7. Juárez Neri J. Calidad de Sueño Asociado a la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la unidad de medicina familiar 57 [Internet]. RIAA Principal. 2020 [citado el 3 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11271>
 8. Dong H, Zhang Q, Zhu C, Lv Q. Sleep quality of nurses in the Emergency Department of Public Hospitals in China and its influencing factors: A cross-sectional study - health and quality of life outcomes [Internet]. SpringerLink. BioMed Central; 2020 [cited 2022Dec15]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12955-020-01374-4>
 9. Cavalheiri JC, Pascotto CR, Tonini NS, Vieira AP, Ferreto LED, Follador FAC. Sleep quality and common mental disorder in the hospital nursing team [Internet]. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo; 2021 [citado el 3 de septiembre de 2022].
 10. Satizábal Moreno JP, Marín Ariza DA. Calidad de Sueño del personal de enfermería [Internet]. Revista Ciencias de la Salud. 2018 [citado el 3 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/562/56255615006/html/>
 11. Francisco María, María F. Extraños Hábitos de sueño de la edad media [Internet]. okdiario.com. 2022 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://okdiario.com/historia/extranos-habitos-sueno-edad-media-8517780>

12. Sanchis A. Hubo un tiempo en el que la gente dormía en dos turnos: Así Funcionaba el "Sueño bifásico" de la edad media [Internet]. Magnet. Magnet; 2022 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://magnet.xataka.com/un-mundo-fascinante/hubo-tiempo-que-gente-dormia-dos-turnos-asi-funcionaba-sueno-bifasico-edad-media>
13. Valiensi S. Resumen de Historia del sueño [Internet]. Amsue.org. 2017 [citado 11 nov 2022]. Disponible en: <http://www.amsue.org/resumen-de-historia-del-sueno/>
14. Fontana S, Raimondi W, Rizzo M. Calidad de Sueño y atención selectiva en Estudiantes Universitarios: Estudio descriptivo transversal [Internet]. Medwave. 2014 [cited 2022Dec15]. Available from: <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/6015.html>
15. Silva A, Barcellos Rde C, Eckeli A, Pires A, Oliveira A, Cruz ML. Calidad de sueño, variables personales, laborales y estilo de vida de enfermeros de hospital [Internet]. SciELO. 2022 [cited 2022Dec15]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae>
16. Paola D, Garcia R. UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA "CALIDAD DE SUEÑO COMO FACTOR ASOCIADO A DEPRESIÓN EN PROFESIONALES MÉDICOS" TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO [Internet]. Edu.pe. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4332/1/REP_MED.HU_MA_VERENITZE.VILLANUEVA_CALIDAD.SUE%c3%91O.FACTOR.ASOCIADO.DEPRESI%c3%93N.PROFESIONALES.M%c3%89DICOS.pdf

17. OMS. Constitución [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
18. La Salud mental según La Oms [Internet]. Redgesam. OMS; 2017 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redgesam.cl/web/index.php/2017/07/22/la-salud-mental-segun-la-oms/>
19. Bliccathemes. ¿Qué es el sueño? [Internet]. Instituto de Investigaciones del Sueño. Unidad Clínica Madrid. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.iis.es/que-es-como-se-produce-el-sueno-fases-cuantas-horas-dormir/>
20. Fontana S, Rizo ML, Raimondi W. Calidad de Sueño y atención selectiva en Estudiantes Universitarios: Estudio descriptivo transversal [Internet]. Medwave. 2014 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/6015.html>
21. Efectos de la Privación del Sueño [Internet]. NORMODORMÂ. 2020 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.normodorm.es/blog/efectos-privacion-sueno>
22. Ritmos Circadianos [Internet]. National Institute of General Medical Sciences. U.S. Department of Health and Human Services; [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/circadian-rhythms-spanish.aspx?hss_channel=tw-14287409
23. Latencia del Sueño: Todo Lo Que Debes saber [Internet]. SoloDuerme. Redaccion Marketing <https://soloduerme.com/wp-content/uploads/2021/02/Nombre-Marca-2.png>; 2022 [citado el 11 de noviembre

- de 2022]. Disponible en: <https://soloduerme.com/latencia-del-sueno-todo-lo-que-debes-saber/>
24. Martín EM. Profesional sanitario. Definición y tipos de profesiones sanitarios [Internet]. Consumoteca. 2022 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/profesional-sanitario/>
25. Ley 911 DE 2004 [mineducación.gov.co](http://www.mineducacion.gov.co) [Internet]. Ministerio de Educación. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
26. Ley 266 de 1996 - Gestor Normativo [Internet]. Inicio - Función Pública. 2015 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66192>
27. Sampieri Roberto Hernández, Collado Carlos Fernández, Lucio MPB. Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. En: Metodología de la investigación. Sexta. México: McGraw-Hill; 2014. p. 92–.
28. Morales F. Estudio Transversal [Internet]. Economipedia. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/estudio-transversal.html>
29. Sampieri Roberto Hernández, Collado Carlos Fernández, Lucio MPB. Selección de muestra. En: Metodología de la investigación. Sexta. México: McGraw-Hill; 2014. p. 174–.
30. ¿Qué es el Muestreo por conveniencia? [Internet]. QuestionPro. 2022 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/muestreo-por-conveniencia/>

31. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) [Internet]. Library.Co. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://1library.co/article/indice-de-calidad-de-sue%C3%B1o-de-pittsburgh-psqi.y4w3j45q>
32. Ministerio de Salud [Internet]. Resolución 8430 de 1993. [Citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RE-SOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
33. González Parra JM. Factores relacionados con la Calidad del Sueño en trabajadores de la salud: Revisión Sistemática de Información [Internet]. Repositorio Institucional EdocUR. Universidad del Rosario; 2018 [Citado El 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/18772>
34. Casasqui Miranda J. Prevalencia y factores asociados a trastornos del sueño en personal técnico de enfermería del Hospital Goyeneche, Arequipa 2018 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa facultad de ... - unsa. 2018 [citado el 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5774/MDsamijr.pdf?sequence=1>

ANEXOS

ANEXO 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variab le	Tipo de variable	Operacio nalización	Categorizaci ón y dimensiones	Definición	Indicador	Nivel de medició n
Edad	Cuantita tiva	Según edad en el momento de la encuesta	Sociodemogr áfica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	- 15 - 19 años - 20 - 40 años - 41- 60 años - 61 o más	Discreta
Sexo	Cualitati va	Según sexo biológico de pertenenci a	Sociodemogr áfica	Característi ca biológica que diferencia un hombre y una mujer	-Femenino -Masculino	Nomina l dicotóm ica
Estado civil	Cualitati va	Según condición de la unión de	Sociodemogr áfica	Situación de las personas determinada s por sus	-Soltero -Casado -Unión libre	Nomina l politó mica

		la pareja		relaciones	- Divorciado -Viudo	
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Según condiciones de la vivienda y salario económico	Sociodemográfica	Medida total que limita la parte económica de la preparación laboral de una persona	-Nivel 1 -Nivel 2 -Nivel 3 -Nivel 4 -Nivel 5 -Nivel 6	Ordinal politémica
Procedencia	Cualitativa	Según el lugar de procedencia	Sociodemográfica	Lugar o persona de la que procede alguien o algo	-Rural - Urbano	Nominal dicotómica
Profesión	Cualitativa	Según profesión que ejerza en el área de la salud	Sociodemográfica	Persona que ha completado un curso de estudio en el campo de la salud	-Médico -Enfermero -Auxiliar de enfermería	Nominal politémica

Antigüedad laboral	Cuantitativa	Según el tiempo de laborar en la institución .	Sociodemográfica	La antigüedad laboral es el tiempo que una persona ha permanecido o laborando para una organización pública o privada.	-Entre 6 y 12 meses -Entre 1 y 3 años -Mas se 3 años.	Ordinal politémica
Servicio en el que labora	Cualitativa	Según el servicio en el que se desempeña a laboralmente.	Sociodemográfica	Servicio que brinda atención médica continuada, de tratamiento estructurado y múltiple, con la integración de distintas actividades	- Hospitalización 1er piso - Hospitalización 3er piso - UCI 1er piso - UCI 3er piso - Urgencias	Nominal politémica

				terapéuticas , trabajo en equipo de varios especialistas en pacientes con patologías que requieren cuidados diarios y directos.	- Cirugía	
Número de hijos	Cuantitativa	Según el número de hijos	Sociodemográfica	Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron.	-No tiene - 1 hijo - 2 hijos - 3 o más hijos	Ordinal politémica
Calidad del sueño	Cualitativa	Según la calidad de sueño	Dimensión	Conciliar y mantener durante una	PSQI 6 -Muy buena	Componente o dimensión

		subjetiva		cantidad determinada de horas durante la noche y como consecuencia directa un buen funcionamiento durante el día.	- Bastante buena - Bastante mala - Muy mala	ón del cuestionario
Latencia del sueño	Cualitativa	Según latencia del sueño	Dimensión	Tiempo transcurrido desde que se apagan las luces hasta que comienza la fase primera de nuestro periodo de descanso.	(PSQI 2 + PSQI 5a) PSQI 2 -Menos de 15 minutos - Entre 16 y 30 minutos - Entre 30 y 60 minutos - Más de 60 minutos	Composiciones o dimensiones del cuestionario

					PSQI 5a -Ninguna vez en el último mes - Menos de una vez a la semana - Una o dos veces a la semana - Tres o más veces a la semana	
Duración del sueño	Cuantitativa	Según las horas dedicadas a dormir	Dimensión	se refiere al número de horas totales de sueño durante la noche.	PSQI 4 > 7 horas = 0 6-7 horas = 1 5-6 horas = 2 < 5 horas = 3	Componente o dimensión del cuestionario


Eficiencia del sueño	Cualitativa	Según el número de horas dormidas y el número de horas permanecidas en la cama.	Dimensión	La eficiencia del sueño es la proporción del tiempo total que se pasa durmiendo (tiempo total de sueño) en una noche en comparación con la cantidad total de tiempo que se pasa en la cama.	PSQI 3 y PSQI 1 (número de horas dormidas/número de horas permanecidas en la cama) x100 =%	Componente o dimensión del cuestionario
Alteración del sueño	Cualitativa	Según la presentación de alteraciones	Dimensión	afecciones que provocan cambios en	Suma de puntuaciones de PSQI 5a a PAQI	Componente o dimensión del

		s del sueño.		la forma de dormir. Un trastorno del sueño puede afectar tu salud, seguridad y calidad de vida en general.	5j 0=0 1-9= 1 10-18= 2 19-27= 3	question ario
Uso de medica mentos para dormir	Cualitati va	Según el uso de medicame ntos para dormir.	Dimensión	Se refiere al uso de medicament os recetados o de venta libre para conciliar el sueño.	PSQI 7 -Ninguna vez en el último mes - Menos de una vez a la semana - Una o dos veces a la semana - Tres o más veces a la semana	Compo nente o dimensi ón del question ario

Disfunción diurna	Cualitativa	Según la presencia de disfunción diurna.	Dimensión	Consiste en la incapacidad para sostener la vigilia con un deseo irrefrenable de dormir, aun con la consciencia de que eso sería riesgoso o no recomendable.	Suma de PSQI 8 y PSQI 9.	Componente o dimensión del cuestionario
--------------------------	-------------	--	-----------	--	--------------------------	---

ANEXO 2 CRONOGRAMA

CALIDAD DEL SUEÑO EN PROFESIONALES MÉDICOS, ENFERMEROS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA EN UNA CLÍNICA DE III NIVEL EN CARTAGENA DE INDIAS EN EL AÑO 2022				
<i>Cronograma de trabajo 2022-II</i>				
<i>Actividades</i>				
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Encuentro inicial: Presentación de idea de investigación, cronograma de trabajo,	▽			
Matriz de referencias de investigación.				
Planteamiento del problema y pregunta de investigación, objetivos.				
Justificación- Propósito de la investigación.		▽		
Marco (Teórico- referencia)				
Marco conceptual- normativo				
Metodología				
Metodología de la investigación – Enviar comité de Ética universidad como la clínica			▽	
Presentación del anteproyecto en la				

CCM				
Recolección de la información				
Análisis de resultados				
Conclusiones				
Discusión				
Presentación sustentación				

ANEXO 3 PRESUPUESTO



UNIVERSIDAD DEL SINÚ
Elías Bechara Zainúm
Seccional Cartagena

PROCESO: INVESTIGACIÓN, CIENCIA E INNOVACIÓN

TÍTULO: PRESUPUESTO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CODIGO: R-INVE-030

VERSIÓN: 002

Título del proyecto:

**CALIDAD DEL SUEÑO EN PROFESIONALES MÉDICOS ENFERMEROS Y
TÉCNICOS DE ENFERMERÍA EN UNA CLÍNICA DE III NIVEL EN
CARTAGENA DE INDIAS EN EL AÑO 2022**

Rubro	Recursos Unisinu		Recursos Externos		Total
	Cartagena		Especie	Frescos	
	Especie	Frescos	Especie	Frescos	
Personal	\$ 480.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 480.000,00
Servicios técnicos	\$ -	\$ -	\$ 400.000,00	\$ -	\$ 400.000,00
	\$ -				
Compra de equipos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Materiales / insumos / reactivos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 350.
Salidas de campo	\$ -	\$ -	\$ 600.000,00	\$ -	\$ 600.000,00
Software	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

	-	-	- 380.000,00	-	- 380.000,00
	380.000,00				
Viajes	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Gastos de publicación	\$ -	\$ -	\$ 250.000,00	\$ -	\$ 250.000,00
Gastos de patentes	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total	\$ 518.000,00	\$ -	\$ 1.980.000,00	\$ -	\$ 2.110.000,00
TOTAL					\$ 2.110.000,00

Caracterización de la inversión	Entidades	Total	Especie	Frescos
	Inversión Unisinu	20%	20%	0%
	Inversión Externa	80%	80%	0%

ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la privación del sueño y la aparición de síntomas de importancia clínica en salud mental en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería en una clínica de tercer nivel en la ciudad de Cartagena.

La confidencialidad y el anonimato de los participantes quedarán aseguradas en todo momento, los datos obtenidos solo serán utilizados con fines académicos.

Este estudio se realiza bajo los direccionamientos de la resolución de 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Para continuar, seleccione la opción "ACEPTO", si está de acuerdo en hacer parte de la investigación.

¿Acepta ser parte de la investigación?

ANEXO 5 CUESTIONARIO

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdMARZaiO54u5g_f8KruTsferN6vfVv3is

3ig-YObZ1esJHBQ/viewform?usp=sf_link

TRABAJO DE GRADO

Preguntas Respuestas 60 Configuración Puntos totales: 0

Sección 2 de 3

Caracterización sociodemográfica

El cuestionario está encabezado por preguntas que responden a las variables sociodemográficas.

1. Edad (solo el número) *


Texto de respuesta corta

2. Sexo *

Femenino

Masculino

ANEXO 6 CARTA DE SOLICITUD PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN


UNIVERSIDAD DEL SINÚ
 Elías Bechara Zainúm
Resolución del Ministerio Educación 4973 de diciembre de 2004
 NIT. 881000592-1
Seccional Cartagena

2022-EN-204

Cartagena de Indias D, T y C, 20 de octubre de 2022.

Doctora:
ISABEL OSPINO GOMEZ
 Directora Científica
 Clínica Cartagena del Mar
 Cartagena

J. Alba
Recibido
21.10.2022
[Signature]
Dirección
Cartagena

Respetada doctora.

Reciba un cordial saludo por parte de la Universidad del Sinú y la Escuela de Enfermería, deseándole éxitos y bienestar.

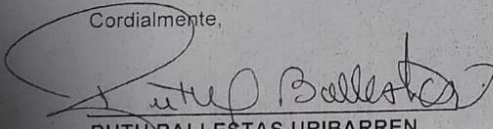
La Escuela de Enfermería de la Universidad del Sinú seccional Cartagena, dentro de la formación académica de nuestros Estudiantes se encuentra la formación en el área de investigación, adelantando trabajos de investigación como proyecto de opción de grado.

En este sentido los estudiantes de la Escuela: **JULIA ANDREA BENÍTEZ PAULO Y JAIR ALEXANDER ORTEGA HERNÁNDEZ** bajo la asesoría de la docente Mercedes de Alba Romero, los cuales realizarán una Investigación que llevara como título **"IMPACTO DE LA PRIVACIÓN DEL SUEÑO EN LA SALUD MENTAL EN MÉDICOS, ENFERMEROS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA DE III NIVEL DE CARTAGENA"**

Por lo anterior solicitamos muy respetuosamente nos concedan su aval por escrito para que nuestros estudiantes puedan acceder a la institución para la aplicación de las encuestas.

Esperando contar con su valiosa colaboración, agradezco su confirmación.

Cordialmente,


RUTH BALLESTAS URIBARREN
 Director de Escuela de Enfermería (E)
 Universidad del Sinú seccional Cartagena
 direccionenfermeria@unisinucartagena.edu.co

SECCIONAL CARTAGENA
 Dirección: Avenida al Bosque transversal 54 N° 30 – 729 Teléfonos: (57) (5) 6810800 -6810801
www.unisinucartagena.edu.co
 Cartagena de Indias

