

HÁBITOS DEL SUEÑO Y ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD  
PRIVADA DE CÚCUTA

MANUEL ERNESTO RIAÑO GARZÓN, TUTOR METODOLÓGICO

INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS IV

AUTORES

GABRIEL ANTONIO PINILLA CORTÉS

JESSICA ANDREA BONILLA LOPEZ

JENNDY LORENA CLARO ÁLVAREZ

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR, EXTENSIÓN CÚCUTA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Cúcuta, Octubre 2019

## INDICE

Resumen .....	5
CAPÍTULO I .....	6
Planteamiento del Problema .....	6
Justificación .....	8
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos .....	10
Marco Referencial .....	10
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEORICO .....	20
SUEÑO.....	20
SISTEMA ENDOCRINO EN EL SUEÑO .....	22
Teoría circadiana.....	23
Teoría de la recuperación.....	24
Teoría de la conservación energética.....	24
La importancia del sueño .....	24
Fases del sueño .....	24
Sueño REM .....	25
Sueño NREM .....	25
Sueño y Estrés.....	25
ESTRÉS.....	26
Perspectiva Biológica del estrés.....	26
Perspectiva Psicológica del Estrés .....	27
Endocrinología del estrés .....	28
Fases del Estrés .....	28
Fase de Alarma.....	29
Fase de Adaptación .....	29
Fase de Agotamiento.....	29
Marco conceptual .....	30
Estrés.....	30
Estresores .....	30
Agentes de estrés según el momento en que actúan .....	30
Estrés único y reiterado.....	30

Sueño.....	31
Hábitos .....	32
Marco contextual .....	32
Historia. ....	34
Universidad Simón Bolívar.....	34
Marco Legal.....	35
Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental .....	35
Artículo 1°. OBJETO. ....	35
Artículo 3°. SALUD MENTAL.....	35
Artículo 5°. DEFINICIONES. ....	36
Ley 1090 de 2006 - Rol del psicólogo.....	38
Artículo 9°. Derechos del psicólogo.....	38
Artículo 13 .....	40
Artículo 14. ....	40
Artículo 15 .....	40
Artículo 16. ....	40
Artículo 17. ....	41
Artículo 21 .....	41
Artículo 28 .....	41
Artículo 29 .....	41
Cuadro de Operacionalización.....	41
MARCO METODOLÓGICO .....	43
Paradigma de la investigación .....	43
Enfoque de la investigación.....	43
Diseño de la investigación .....	43
Población.....	44
Muestra .....	44
Técnica e instrumentos de recolección de datos .....	45
Técnicas de procesamiento y análisis de datos .....	46
CAPITULO IV .....	47
Resultados.....	47
Discusión.....	50

Conclusión .....	51
Referencias .....	53
ANEXOS .....	59
Anexo 1 .....	59
Anexo 2 .....	61
COSENTIMIENTO INFORMADO .....	65

## **Resumen**

El estrés ha sido calificado por la OMS como un problema de salud pública, este se genera por diversos factores que a su vez afectan los hábitos de sueño, por consiguiente, la presente Investigación tiene por objetivo Describir la relación entre los hábitos del sueño y el estrés de los estudiantes universitarios de la universidad Simón Bolívar sede Cúcuta. Para ello la investigación se realiza desde el paradigma positivista con un enfoque de tipo cuantitativo cuyo diseño es correlacional de tipo no experimental y cuya muestra se conforma de 46 estudiantes de psicología y trabajo social de la universidad Simón Bolívar usando el ICSP y la EEP-10 teniendo como resultados que la hora del desayuno tiene una correlacion significativa con el distrés general y la capacidad de afrontamiento, a su vez, a medida que aumenta la presión académica más propenso los estudiantes se ven a padecer estrés y por ende su calidad de sueño se ve afectada debido a los diversos factores .

## CAPÍTULO I

### Planteamiento del Problema

La humanidad, en su afán de progreso, evolución y conflictos constantes, ha generado en sí misma un estilo de vida agitado, exigente y frustrante; donde impera la impaciencia, la rabia, la ansiedad, la inestabilidad...entre otras situaciones que llevan a los individuos a padecer constantemente de estrés, el cual, Selye (1978) reconocido mundialmente por haber sido el principal científico lo definió como “La respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia, sea provocada por condiciones agradables o desagradables”

En este orden de ideas, el estrés viene generándose como una respuesta de supervivencia que debido a las condiciones actuales que han ido incrementando se ha convertido en un problema de salud pública; su causa es inespecífica porque ocurre en forma similar ante estímulos muy diversos: infecciones, temperaturas extremas, ruidos, deportes, cambios sociales... entre otros, porque si obedeciese a determinada causa solamente sería específica. (Selye, 1978)

Últimamente, el estilo de vida de los jóvenes universitarios se ha visto cada vez más exigente, complejo, absorbente y con retos de distinta índole por ser (o querer ser) hoy en día una sociedad del conocimiento, esto ha conllevado a que el nivel, la calidad y rendimiento sea más alto en pro de conseguir un profesional competente, capaz, que trabaje bajo presión y que sea responsable con sus obligaciones, sin embargo, si bien es cierto que se logra construir este perfil, la realidad es que el individuo se encuentra sometido a una serie de situaciones que le llevan a padecer estrés. Así las cosas, la persona en su afán cumplir sus diversas obligaciones y compromisos postergar necesidades básicas como el dormir, ya sea porque no administran bien su tiempo o bien porque las diversas preocupaciones futuras no les permiten conciliar sueño lo cual lleva a un desajuste dentro de otros ámbitos de la vida.

Entre estos desajustes está el sueño, el cual “es un fenómeno complejo resultante de la interacción entre el funcionamiento del sistema neuroendocrino, los relojes biológicos y procesos bioquímicos, con aspectos ambientales, culturales y sociales que adquieren especial relevancia en esta etapa de la vida.” (Talero, Durán & Pérez, 2013) este fenómeno si bien es reparador e imperativo para el buen funcionamiento del individuo debe ser regulado o manejado a través de los hábitos de sueño de la persona, los cuales Gonzales et al (2013) señalan que:

Los hábitos de sueño se encuentran en la intersección entre lo biológico y los valores culturales.... Los hábitos de sueño difieren en los patrones del sueño: pero en conjunto dependen de factores endógenos propios del organismo, y exógenos del ambiente que median el comportamiento. Estos hábitos también incluyen los comportamientos relacionados con las actividades desarrolladas por las personas para inducir y mantener el sueño, con el fin de optimizar el metabolismo y la utilización de energía. (p.434)

En los estudiantes universitarios, la evidencia observable, da muestras de que los hábitos de sueño no son los más apropiados ya que muchos tienden a acostarse tarde, a despertarse muy temprano, a no dormir por diversos compromisos o porque extienden su momento de entretenimiento. En este sentido, una población susceptible debido al estilo de vida en el que están inmersos es la que está en el rango de los 20 a 40 años de edad o como lo define Papalia: La adultez temprana. Hudd et al (2000) señala que “los universitarios en la etapa de la adultez temprana son más propensos a no dormir lo necesario y no hacer el ejercicio suficiente”. Así mismo, en la época entre los veinte y los treinta es de mucha actividad, por lo que no que muchos adultos emergentes y tempranos a menudo no duermen lo necesario. Entre los universitarios, el estrés de la vida familiar unido al que genera la

actividad académica se asocia con altos niveles de insomnio (Bernert, Merrill, Van Orden y Joiner, 2007). Es en este punto, como se mencionó anteriormente, en que los estudiantes se encuentran ante una serie de factores dentro de su contexto que están vinculados directamente a sus hábitos de sueño y al refuerzo o inhibición del estrés, alterando de esta manera su ciclo circadiano y sus hábitos de sueño, por consiguiente, es preciso preguntarse ¿Cómo se relaciona los hábitos del sueño y el estrés de los estudiantes de la universidad Simón Bolívar sede Cúcuta?

### **Justificación**

Según cifras del Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia realizado por el ministerio de Salud en el año 2018 el número de personas atendidas por Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos en todos los servicios de salud, según subgrupos diagnósticos CIE 10 fueron de 259.700 en el 2014, 211.135 en el 2015, 210.775 en el 2016 y 246.883 en el 2017; así mismo, el mismo boletín refiere que el número de personas hospitalizadas por Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos fueron de 4.491 en el 2014, 3.945 en el 2015, 2.951 en el 2016 y 3.502 en el 2018.

El estrés es un tema que está presente en la vida de los seres humanos, el conocimiento popular dice que “es la enfermedad del siglo XXI”, si se analiza con profundidad estas palabras y se hace una revisión referente al tema se puede ir evidenciando que sí es así. Existen temas relacionados al estrés en el ámbito laboral, en el rendimiento académico, en la percepción de situaciones estresantes, los problemas de salud fisiológicos que produce, entre otros, pero, ¿qué hay referente a las implicaciones frente a como se relaciona con los hábitos del sueño?

Esta investigación, al ser de carácter descriptivo, más que ofrecer una intervención que brinde una solución, ofrece a la población con la que se trabajará, específicamente con aquellos casos que el escala de estrés refleje que están afectados, la oportunidad de que el individuo se dé cuenta que está atravesando una situación que afecta su salud mental y requiere atención profesional. Partiendo desde un aporte científico los factores sociodemográficos cumplen un papel relevante en el aumento o disminución del sueño y el estrés, así mismo el aporte disciplinar considera las distintas dimensiones del sueño y el estrés para encontrar relación entre ambas variables, frente al aporte social se presenta datos a la universidad para desarrollar planes de intervención que sensibilicen a la comunidad sobre la importancia de los hábitos de sueño, la relevancia nos muestra cifras del Servicio en Salud Mental en Colombia (BSMOA) refieren que desde el 2014 al 2018 las cifras por trastornos de estrés han ido ascendiendo, y la pertinencia nos dice que los universitarios en la etapa de la adultez temprana son más propensos a no dormir lo necesario y no hacer el ejercicio suficiente (Hudd, 2000).

Es importante resaltar las consecuencias a nivel psicológico y fisiológico para las personas serán diversas, Del Rio Portilla (2006) señala que "Las alteraciones del sueño como consecuencia del estrés se pueden ver desde una perspectiva bidireccional, ya que las alteraciones del sueño producen estrés y, a su vez, el estrés genera cambios en el ciclo sueño-vigilia. La privación de sueño en el ser humano genera estrés, lentitud de pensamiento, dificultad para lograr concentración y percepción precisa, fatiga e irritabilidad, nerviosismo..." en ese sentido, a través de dicha investigación, se da la oportunidad de ampliar la literatura existente y dar bases a próximas intervenciones psicoterapéuticas.

### **Objetivo General**

Describir la relación entre los hábitos del sueño y el estrés de los estudiantes universitarios de la universidad Simón Bolívar sede Cúcuta.

### **Objetivos Específicos**

Identificar los hábitos del sueño de los estudiantes universitarios de la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta por medio de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg

Conocer el nivel de estrés de los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta mediante la Escala de Estrés Percibido-10.

Caracterizar los datos sociodemográficos de los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta.

### **Marco Referencial**

El estrés es un fenómeno que afecta los factores desencadenantes y las formas de afrontarlo, para así moldear comportamientos adecuados en los estudiantes e involucrar acciones que ayuden a la preservación de la salud mental, física y social, en este sentido uno de los estudios que servirá como marco referencial para la siguiente investigación, es el realizado Ávila, Barrios, Alvis & Estrada (2018), cuyo objetivo es Describir el estrés académico de estudiantes de enfermería de la ciudad de Cartagena, Colombia. El método utilizado fue un estudio descriptivo transversal que incluyó 587 estudiantes matriculados en los tres programas de enfermería de la ciudad, seleccionados mediante un muestreo probabilístico. Para la recolección de la información, se utilizó una encuesta sociodemográfica, y para medir el estrés académico, el inventario SISCO. Teniendo en cuenta todos los aspectos éticos nacionales e internacionales para investigación en salud. Los estudiantes de los programas de enfermería de Cartagena tienen niveles heterogéneos de estrés y se sienten nerviosos y preocupados por la carga académica de los semestres, lo que

puede repercutir de forma negativa en su salud física y mental; pero puede ser atenuado con la promoción de prácticas que faciliten el intercambio social y la relajación.

Seguido a esto la investigación de Franco en el 2015 propone en su investigación dos objetivos principales en este campo de conocimiento: 1. Explorar y describir la experiencia global de estrés académico en estudiantes universitarios; y 2. averiguar si esta experiencia de estrés varía en función de las orientaciones motivacionales a metas de los estudiantes. confirmando que se producen correlaciones estadísticamente significativas entre los distintos grupos de orientaciones motivacionales a metas académicas y las variables de estrés. De esta forma, los estudiantes con metas de evitación del rendimiento presentan una percepción más alta de los estresores, una mayor sintomatología psicofisiológica y un menor uso de estrategias de afrontamiento activo. Por el contrario, los estudiantes con metas de aproximación al aprendizaje y al rendimiento presentan niveles más bajos de estrés y un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo. Por lo tanto, podemos concluir que las orientaciones motivacionales a metas académicas pueden actuar como un factor modulador de la influencia del estrés en los estudiantes.

Seguido de lo anterior el estrés, a nivel fisiológico, al enfrentarse a una amenaza, provoca una serie de cambios en el funcionamiento corporal interno tales como aceleración del ritmo respiratorio, producción de diferentes tipos de hormonas (glucocorticoides, adrenalina y noradrenalina) que se incorporan al sistema circulatorio e inhibición de otras (hormonas sexuales o del crecimiento), aumento de la actividad cardiovascular, cierre del tracto digestivo, etc. Y, por tanto, según la investigación fisiológica, se puede evaluar el nivel de estrés del sujeto a partir del análisis de estas variables, como, por ejemplo, mayores o menores restos de cortisol en la orina.

Es importante señalar que el estrés tiene muchas variables como el hábito del sueño que en estudiantes es importante mencionar, pues depende en cierto modo el rendimiento académico, y por ende el estrés puede aumentar o disminuir en los universitarios, es por eso que la investigación realizada por Gonzales, Villalobos, Forero, Camargo, Niño, (2012), titulado influencia familiar en el hábito del sueño en una muestra de estudiantes universitarios sanos en Bogotá, Colombia, El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre el patrón de sueño familiar y su influencia en el hábito de sueño en estudiantes sanos de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A en Bogotá, D.C. Se trató de un estudio con abordaje cualitativo de tipo descriptivo etnográfico, basado en la teoría de diversidad y universalidad del cuidado propuesta por Madeleine Leininger, a través de una entrevista semi-estructurada mostraron que los estudiantes universitarios deben adaptarse al entorno académico, modificando los hábitos de sueño aprendidos y practicados en casa, identificando dentro de los cambios más importantes: el ambiente con relación al descanso y el cambio de los hábitos relacionados con el “trasnocho” y el rendimiento académico. Al implementar la teoría propuesta por Leininger, se puede establecer que existe una relación entre el hábito del sueño de los estudiantes y las costumbres aprendidas en casa debido a la influencia familiar que se genera en el comienzo de la vida, demostrando su aplicabilidad en esta investigación.

Referente a los hábitos de sueño también es importante mencionar la investigación realizada por Duran, Rosales, Moya y García, (2017) sobre Insomnio, latencia al sueño y cantidad de sueño en estudiantes universitarios chilenos durante el periodo de clases y exámenes, el cual pretende determinar los factores asociados a la cantidad de horas de sueño, somnolencia diurna e insomnio antes y durante un periodo de clases y exámenes.

En periodo de exámenes se incrementa significativamente la latencia al sueño, en especial en mujeres; en hombres se observa una disminución de las horas de sueño. Finalmente, las mujeres presentan un mayor riesgo de somnolencia diurna; en cambio, la ausencia de insomnio es un factor protector. Ni el estado nutricional ni el consumo de cafeína se asociaron con problemas de sueño.

En el artículo titulado “Trastornos y calidad de sueño en trabajadores industriales de turno rotatorio y turno fijo diurno” realizado por los autores: Arnoldo, T., Roció, V, Dehisy, M., & Herrera, L. Realizado el año 2015 en México tuvo como Objetivo General: Estimar la prevalencia de los trastornos de sueño y conocer su relación con la calidad de sueño, el estrés, la depresión y variables médicas en una muestra de personal operativo, así como comparar dichas variables entre trabajadores con turno rotatorio y trabajadores con turno fijo.

De igual forma, la investigación realizada por Muñoz et al en el año 2015 tuvo como finalidad identificar las relaciones que existen entre la triada del estrés (estrés-emociones-afrontamiento) y el imc. Participaron 89 adolescentes y se aplicaron instrumentos que evaluaron el nivel de estrés, el tipo de afrontamiento y las emociones. Encontrando que las situaciones que estresan con mayor intensidad y frecuencia son las escolares y las estrategias más empleadas son las centradas en la emoción. De manera adicional, se detectó una relación entre el imc y el nivel de estrés y emociones como culpa y ansiedad, aportando a la investigación un estudio que apoya con sus resultados el argumento de la presión escolar provoca estrés.

Así mismo la investigación que realizaron callejas et al en el año 2015 en Bogotá por medio de un estudio de corte transversal con una muestra de 205 personas de 18 a 65 años de edad, seleccionada mediante muestreo aleatorio estratificado. Aplicaron el índice de

calidad del sueño de Pittsburgh (ICSP) y la escala de somnolencia de Epworth (ESE). Encontrando que los habitantes de la localidad presentaron mala calidad del sueño por exposición al ruido, siendo la operación aeroportuaria una de las principales fuentes generadoras, para ello es necesario revisar las estrategias de mitigación de ruido en la localidad y considerar las implicaciones de la ampliación del Aeropuerto El Dorado para la salud pública.

Partiendo de la hipótesis de que cuando se reduce el tiempo de sueño o hay alteraciones del mismo trae repercusiones negativas en el funcionamiento de cualquier persona durante la vigilia Quintero, & Bianchi, en el año 2017 tuvieron como propósito identificar la relación de los hábitos de sueño con el desempeño académico y el comportamiento en niños de básica primaria; encontrando que la presencia de problemas en el sueño se asocia con alteraciones comportamentales en los niños, las que, a su vez, se asociaron con un menor rendimiento académico. Estos datos resaltan la importancia de dormir bien como una condición necesaria para alcanzar un óptimo funcionamiento en el ámbito escolar

Ahora bien, el estudio realizado García & Navarro en el año 2017 pretende valorar la evidencia existente sobre los conocimientos y la puesta en práctica, por parte de los universitarios, de la higiene del sueño, y si alguno de estos aspectos está relacionado con la calidad del sueño. Encontrando que es La práctica de una higiene de sueño adecuada y no el conocimiento de la misma lo que realmente se relaciona con una mejor calidad del sueño. Los componentes que más influyen son el mantenimiento de horarios adecuados y un ambiente más confortable en el dormitorio.

El presente artículo enfatiza la relación que tiene el trastorno del sueño al inicio y al final de la carrera en el cual el objetivo del autor Armas, (2019) en el cual encontró que la edad fue la variable con asociación significativa para la ansiedad. La ansiedad clínicamente relevante está asociada significativamente a insomnio con mayor frecuencia, en donde se encuestaron a 217 estudiantes. El sexo más frecuente fue el masculino. La edad media hallada fue de 22 años. La prevalencia de ansiedad hallada fue de un 23.3%, de insomnio fue 37.2% y de hipersomnia en un 2.3%. Un 67.9% están solteros. Y en la que finalmente se encontró asociación significativa con aquellos estudiantes que presentan ansiedad tienen 4,3 veces más probabilidad de tener insomnio CIE10.

Seguido por Carmin & Marisol en el 2016 tuvo como objetivo principal estudiar la relación entre el estrés académico y las conductas de salud en un grupo de 130 estudiantes universitarios, los cuales se encuentran cursando los dos primeros años de sus estudios de pregrado. Los resultados indicaron un nivel “medianamente alto” de estrés académico percibido, las principales situaciones generadoras de estrés académico fueron las evaluaciones, falta de tiempo y sobrecarga académica, mientras que las reacciones psicológicas fueron las más reportadas. Por otro lado, los hombres presentaron mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas que las mujeres. Con respecto a la relación entre las dos variables estudiadas, se encontró que el nivel de estrés académico percibido correlaciona inversamente solo con la organización del sueño. Sumado a esto el impacto de los estresores se relaciona negativamente con la actividad física, recreación y manejo del tiempo libre y la organización del sueño. Por último, todos los síntomas se relacionan negativamente con estas dos últimas conductas. Finalmente, se resalta la importancia de continuar investigando en

temas de salud universitaria, para así potenciar los programas orientados a mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

En síntesis, refiere que las alteraciones del sueño tienen consecuencias físicas y psicosociales importantes. Entre dichas alteraciones, se encuentran los trastornos del sueño, los cuales se presentan en las personas de manera constante en diferentes poblaciones y son muy comunes en las sociedades industrializadas. La muestra consistió en 326 trabajadores de una industria manufacturera de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. La aplicación se llevó a cabo en las instalaciones de la empresa, se realizó por grupos de 30 a 40 trabajadores a los cuales se les explicó las características del estudio y se solicitó su participación. Se utilizó el Cuestionario de trastornos de sueño Monterrey y la escala de estrés percibido.

En sus resultados se encontró que los trabajadores con turno rotatorio presentan más trastornos del sueño como insomnio, ronquido, excesiva somnolencia diurna, entre otros; reportan una peor calidad de sueño y tienen una puntuación mayor en depresión en comparación con los trabajadores con turno habitual. Esta investigación brinda como aporte significativo un soporte para la hipótesis planteada, ya que sostienen que el estrés influye en los trastornos del sueño.

El siguiente artículo de investigación, titulado “Relación entre estrés estudiantil y reprobación” realizado por los autores: Sandoval, Rodríguez, Rodríguez, Díaz, en Chile en el año 2018 tuvo por objetivo correlacionar el nivel de estrés académico versus tasa de reprobación de los estudiantes de 4º año de la carrera de Odontología de la Universidad San Sebastián, sede Santiago. En este sentido, el estudio realizado por dichos autores fue de tipo exploratorio, transversal, y analítico. Se aplicó el inventario de estrés académico Sisco a los estudiantes que cursaban en forma regular el 4º año; dicho instrumento permite identificar el

nivel de estrés, los estímulos reconocidos como estresores, reacciones físicas, reacciones psicológicas, reacciones comportamentales, y estrategias de afrontamiento. El cuestionario fue aplicado poco antes de finalizar el segundo semestre 2015. Una vez cerradas las asignaturas, se confrontaron las respuestas de los estudiantes que aprobaron versus los que reprobaron el año académico. Los resultados arrojaron que todos los estudiantes presentaron estrés, los estudiantes que reprobaron el año académico 2015 mostraron mayores niveles de estrés que los estudiantes que sí aprobaron el año académico. Por su parte, las mujeres se mostraron más estresadas que los hombres. En ninguno de los casos expuestos se encontró diferencia estadísticamente significativa, Así las cosas, la investigación correlaciona el estrés con la reprobación académica, ya que los estudiantes universitarios se ven expuestos a diversos factores estresores, aportando de esta manera el antecedente de que el ambiente universitario sí expone al estudiante a altos niveles de estrés, lo cual da bases para sustentar el proyecto en curso.

El siguiente artículo de Proquest, titulado: Insomnio, latencia al sueño y cantidad de sueño en estudiantes universitarios chilenos durante el periodo de clases y exámenes. Fue desarrollado por los autores: Durán, S, Rosales, G, Moya, C, García, P, realizada en Chile, tuvo por objetivo Determinar los factores asociados a la cantidad de horas de sueño, somnolencia diurna e insomnio antes y durante un periodo de clases y exámenes; dicha investigación reseña la diversa cantidad de sueño antes y después de las jornadas académicas de los estudiantes universitarios. Para su desarrollo, se evaluó a 384 alumnos de ambos sexos (74,1% mujeres), quienes reportaron su peso y estatura. A cada estudiante se le aplicó el Cuestionario de Insomnio y la Escala De Somnolencia de Epworth en el periodo de clases y periodo de exámenes. Al comparar la somnolencia diurna, insomnio, latencia al sueño y

cantidad de horas de sueño entre periodo de clases y exámenes se observó un incremento en la latencia al sueño durante los exámenes. Al realizar la regresión logística tomando como variable dependiente somnolencia diurna, en mujeres se incrementa el riesgo de somnolencia diurna, en cambio, la ausencia de insomnio es un factor protector para somnolencia diurna; El aporte más significativo resalta en sus resultados ya que en periodo de exámenes se incrementa significativamente la latencia al sueño, en especial en mujeres; en hombres se observa una disminución de las horas de sueño. Finalmente, las mujeres presentan un mayor riesgo de somnolencia diurna; en cambio, la ausencia de insomnio es un factor protector.

La investigación titulada: “Escala de Estresores Académicos para la evaluación de los estresores académicos en estudiantes universitarios” cuyos autores Cabanach, Ramón, Souto-Gestal; Franco, Victoria, realizaron en España, tuvo como objetivo la evaluación de los estresores en el entorno académico. A través de esta línea de investigación se intenta responder a la presunción de que las actividades y eventos de la vida académica significan para los estudiantes universitarios importantes demandas, capaces de generar diferentes conflictos que, si no son adecuadamente gestionados, se transforman en una fuente de estrés. El presente estudio utiliza una muestra de 1.196 estudiantes universitarios de diferentes titulaciones para describir y analizar la fiabilidad y validez de la Escala de Estresores Académicos, que forma parte del Cuestionario de Estrés Académico, los autores sabían que los instrumentos empleados con este objetivo no siempre están adecuadamente adaptados al contexto universitario o son lo suficientemente exhaustivos como para englobar el elevado número de fuentes generadoras de estrés académico; Sin embargo, los resultados mostraron una escala compuesta por 54 ítems y 8 factores, Los factores identificados fueron deficiencias metodológicas del profesorado, sobrecarga académica, creencias sobre el rendimiento,

intervenciones en público, clima social negativo, exámenes, carencia de valor de los contenidos y dificultades de participación. Su principal aporte es que mide e identifica las diversas actividades que se les dificultan a los estudiantes universitarios generándoles consecuentemente estrés en ellos.

El artículo “Higiene del sueño en estudiantes universitarios: conocimientos y hábitos. Revisión de la bibliografía” realizado por los investigadores García & Navarro en el año 2017 en España tuvo por Objetivo Valorar la evidencia existente sobre los conocimientos y la puesta en práctica, por parte de los universitarios, de la higiene del sueño, y si alguno de estos aspectos está relacionado con la calidad del sueño, para ello realizaron una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos electrónicas PubMed y Google Académico. Inicialmente se localizaron 62 artículos de los cuales, tras realizar un cribado llevado a cabo por dos revisores, permanecieron 12. Se utilizaron como criterios de inclusión que los participantes fuesen universitarios sanos de ambos sexos y que se midiesen la calidad e higiene del sueño, evaluando la asociación entre ambas, teniendo como resultados que el conocimiento de la higiene del sueño no está relacionado con su práctica. No todos los componentes de la higiene del sueño influyen igualmente sobre la calidad del sueño, relacionándose con una peor calidad los horarios de sueño y un ambiente no confortable en el dormitorio. Concluyendo que la práctica, y no el conocimiento de la higiene del sueño, es lo que está relacionado con una mejor calidad del sueño. Los componentes que más influyen son el mantenimiento de horarios adecuados y un ambiente más confortable en el dormitorio, esta investigación brinda como aporte principal aspectos claves prácticos frente a como se puede adquirir una mejor calidad del sueño a través del desarrollo de una higiene de sueño para ser adquirido como hábito.

De esta manera, el artículo “Hábitos y trastornos del sueño en adolescentes” llevado a cabo por Borge, González, García, Rodríguez, Cabrera, & Monteroen el 2015 en España, plantearon como objetivos conocer los hábitos de sueño en adolescentes, valorando la presencia de trastornos durante el sueño (TS) y su relación con los hábitos de vida. Como método realizaron el estudio observacional transversal de 174 jóvenes mediante el cuestionario general sobre TS, calidad de sueño (cuestionario de Oviedo), ansiedad (cuestionario STAIC), hipersomnolencia (escala de Epworth) y sospecha de síndrome de apneas hipopneas obstructivas durante el sueño (SAHOS, cuestionarios STOP-Bang y de Berlín). Obteniendo como resultados un elevado porcentaje de casos presentaban problemas para dormir, despertares nocturnos y pesadillas o movimientos extraños. La hipersomnia y cansancio diurno fue más frecuente en mujeres, y se relacionaron con el consumo de alcohol, bebidas estimulantes o tabaco y con el número de horas de sueño. La presencia de ronquido o apneas fue infrecuente. Así las cosas, este artículo es de gran relevancia pues amplía la perspectiva de los trastornos de sueño en adolescentes y sus hábitos de vida.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **SUEÑO**

Kleitman (1939), fue el primer investigador en realizar estudios controlados en esta área y sus fenómenos afines en muy diferentes niveles fisiológicos. Kleitman y Aserinsky (1953), observaron que, durante el sueño normal, y por períodos recurrentes de aproximadamente 90 minutos, los sujetos humanos experimentan un estado de sueño durante el cual se producen movimientos horizontales de los ojos como si éstos estuviesen siguiendo una imagen. Si el individuo es despertado en tales circunstancias afirma que estaba soñando, lo que además puede ser inferido por los registros E. E. G. correspondientes. Dement y Kleitman (1957),

confirmaron esas aseveraciones, y asociaron tales períodos de Rápidos Movimientos Oculares (R. E. M.) con la ensoñación. Tal concepto fue posteriormente observado por muchos investigadores, hasta que Jones (1970), concluyó que durante los períodos R. E. M. hay cerca de un 80% de ensoñación; igual se supo entonces que los sujetos humanos sueñan cerca del 18% del tiempo que pasan dormidos

Igualmente menciona Cabello (2005). El sueño se caracteriza por episodios recurrentes y espontáneos de tranquilidad motora, acompañados de umbrales altos frente a estímulos de diverso tipo. Estos episodios son rápidamente reversibles y es esta característica lo que diferencia al sueño, de otros estados como el estupor o el coma, como ya se ha dicho, no es un fenómeno homogéneo. Tanto en el hombre, y en el resto de los mamíferos, como en las aves, el sueño suele dividirse en dos grandes etapas: NREM y REM.

Actualmente el control de los mecanismos del sueño REM y NREM tiene bases anatómicas diferentes. La investigación actual está encaminada a la identificación de diferentes grupos neuronales y de neurotransmisores responsables de dicho control (Peraita, 1992). En este sentido y continuando por lo establecido por Dement y Kleitman (1957) el sueño NREM se divide en cuatro fases, también denominado sueño lento o sincronizado. Con esto, actualmente existen criterios unificados para identificar las fases del sueño en el sujeto adulto gracias al Manual editado por Rechtschaffen y Kales en 1968. También en el niño recién nacido las fases del sueño han sido identificadas (Anders, 1971; Souquet, 1976). Estos criterios sirven de referencia a todos los especialistas que trabajan en la Medicina del sueño y los exponemos a continuación de forma esquemática: Fase 1, caracterizada por frecuencias mixtas de bajo voltaje y ondas agudas de vértice. En el oculograma se observan

movimientos oculares lentos de tipo pendular. La Fase 2 está representada por ondas agudas de vértice de mediana amplitud, por la presencia de husos de sueño “salep”.

Los primeros trabajos de Jouvet en la década de los setenta, sugerían que las neuronas serotoninérgicas de los núcleos del Rafe en el cerebro medio constituían los elementos cruciales en el control del sueño NREM (Jouvet 1978). A pesar de ello, el papel del sistema serotoninérgico tronco encefálico no ha sido aclarado hoy día. El propio Jouvet (1987 y 1989), ha identificado al hipotálamo anterior (HA) como la región crítica para la acción de la serotonina en insomnios experimentales. “La serotonina se comporta como una neurohormona liberada durante la vigilia y necesaria para la síntesis de factores hipógenos, utilizados ulteriormente durante el sueño”. Entre los factores hipógenos existen en la actualidad 15 sustancias en periodo de estudio, no existiendo por el momento conclusiones definitivas.

De lo anterior se puede decir que el sueño humano, al igual que el de otros mamíferos, muestra una alternancia entre el sueño NREM y el sueño REM. El adormecimiento en un individuo normal, va seguido de las fases 1,2, 3,4 y REM. Esta secuencia de fases se define como ciclo de sueño y su duración está comprendida entre 70 y 100 minutos. Dependiendo de la duración del sueño, se pueden observar 4 a 6 ciclos de sueño en una noche, con una duración media aproximada de 90 minutos. Existe un mayor porcentaje de sueño lento profundo (SLP, fases 3+4) en las primeras horas de la noche y un mayor porcentaje de sueño REM hacia la madrugada según (Peralta, Pérez, Santaella, 2005).

## **SISTEMA ENDOCRINO EN EL SUEÑO**

El funcionamiento del sistema hormonal entre el hipotálamo-hipofisario está estrechamente ligado al ritmo circadiano, así, los ritmos de secreción hormonal son muy

constantes y cada hormona tiene y cumple con un patrón circadiano específico de secreción, entonces, la secreción de la hormona de crecimiento se desencadena poco después del adormecimiento y el pico de secreción de la prolactina se observa a los 40 minutos de haber iniciado el sueño. Weitzman et al (1975).

Por el contrario, la secreción de la hormona tiroidea y en cierta medida el cortisol, se inhiben al comienzo del sueño, estos cambios del ritmo vigilia-sueño, por razones diversas, se asocian inmediatamente con trastornos de la secreción hormonal y específicamente, de aquellas hormonas cuya secreción está firmemente acoplada a la iniciación del sueño. Ahora bien, es preciso señalar que el sueño no es solo el resultado de la disminución de la actividad cerebral y corporal; más bien es un estado fisiológico que se encuentra bajo un control muy preciso que involucra diferentes mecanismos y sistemas. En este orden de ideas, se han desarrollado 3 teorías importantes sobre el sueño y sus ciclos.

### **Teoría circadiana**

El sueño ha seguido unas pautas evolutivas y se ha constituido como un mecanismo para mantener al individuo en un estado de inactividad cuando no es adaptativo llevar a cabo algún tipo de conducta o interacción con el medio que promueva su supervivencia. Por consiguiente, el sueño permite conservar la energía cuando no es necesaria para llevar a cabo actividades impostergables para la supervivencia y la evitación de sufrir algún daño. Un aspecto relevante es que los seres humanos y otros animales que duermen por la noche son altamente dependientes de la información visual del entorno para encontrar alimento y evitar a los depredadores, por lo que dormir es una estrategia para mantenerse inactivo mientras no haya que llevar a cabo actividades necesarias para la propia supervivencia y, así mismo conservar la energía de manera eficiente. (Redolar, 2015).

### **Teoría de la recuperación.**

Esta se centraba principalmente en el hecho de que la vigilia produce modificaciones en la homeostasis corporal que se deben corregir de alguna forma para restaurar el cuerpo y volver a los niveles basales. De esta manera, dormir permite recuperar el equilibrio interno. (Redolar, 2015).

### **Teoría de la conservación energética**

Esta teoría resalta que la función del sueño podría orientarse a recuperar los niveles de glucógeno perdidos durante las horas de vigilia. Además, durante los periodos de oscuridad normalmente se da un descenso de las temperaturas. En este sentido, se necesita más cantidad de energía para mantener el equilibrio interno en relación con la temperatura corporal. (Redolar, 2015).

### **La importancia del sueño**

El acto de dormir se ha conservado evolutivamente a través del tiempo en todos los animales y el ser humano. Además, el sueño es vital supervivencia, La privación del mismo produce pérdida de peso, errores en la regulación de la temperatura, alteraciones de la respuesta inmunitaria, reducción de las capacidades cognitivas, alteración del estado de ánimo, alucinaciones e incluso la muerte.

### **Fases del sueño**

Al realizar diferentes parámetros electrofisiológicos en toda clase de mamíferos y aves se ha establecido que el sueño puede subdividirse en sueño REM (Rapid Eye Movement o movimientos oculares rápidos) y sueño NREM (Not Rapid Eye Movement sin movimientos oculares rápidos).

**Sueño REM**

El sueño REM se asemeja más al estado de vigilia que al de sueño, para ser más preciso, el registro de la actividad eléctrica del cerebro muestra un patrón de actividad rápido y desincronizado que recuerda al patrón de actividad cerebral de la persona cuando está despierta, además, el registro de la actividad ocular se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos durante buena parte del estadio y hay parálisis temporal de la musculatura estriada de todo el cuerpo, esto es un mecanismo que protege al organismo de posibles lesiones, dado que impide que se representen los sonidos vívidos característicos del sueño REM.

**Sueño NREM**

El sueño NREM tiene como principal característica la subdivisión en cuatro estadios (I, II, III y IV), a lo largo de los cuales el sueño se muestra progresivamente más profundo. El sueño del estadio III y del estadio IV se denomina sueño de ondas lentas (SOL) porque, en él, el patrón de actividad cerebral sigue un ritmo de ondas de baja frecuencia y de alta intensidad resultado de la actividad conjunta de muchas poblaciones de neuronas; Autores como Siegel (2003) (citado por Redolar, 2015). Sugieren que el SOL podría servir para poner en marcha mecanismos de recuperación celular para eliminar los radicales libres asociados a la alta actividad metabólica del periodo de vigilia. Esta hipótesis se apoya en datos que sugieren que la privación de sueño genera un aumento de radicales libres en el tejido nervioso, lo que causa estrés oxidativo a las células.

**Sueño y Estrés**

Se ha demostrado que la falta de sueño no deteriora las capacidades motrices de los individuos, sin embargo, las capacidades cognitivas y perceptivas sí se han afectado; en este orden de ideas, la privación de sueño puede considerarse un agente estresante, es más, los

agentes estresantes tanto de tipo psicológico y social pueden deteriorar la cantidad y la calidad del sueño, así las cosas Redolar (2015). Señala que:

Durante el SOL disminuyen los niveles de glucocorticoides y la actividad del sistema nervioso simpático. Durante el sueño REM, al contrario, se da un patrón opuesto. En muchos estudios se ha podido comprobar que la falta de sueño provoca un aumento de los niveles tanto de glucocorticoides como de actividad simpática. (p.102)

En otras palabras, las hormonas del estrés en condiciones normales aumentan aproximadamente una hora antes de despertar, Por lo que esta liberación hormonal es necesaria para finalizar el sueño.

## **ESTRÉS**

Históricamente, el estrés no es un término estrictamente psicológico; su origen se remonta al campo de la física al referirse como “strain” el cual hacía referencia a un objeto o cuerpo inactivo que era deformado por fuerzas ambientales, posteriormente, fue tomado por la biología y, paulatinamente, por la medicina, para luego ser adecuado por la psicología. De ahí que el termino estrés sea un término de cuarto uso para la psicología, (Piña, 2009 citado por Galán & Camacho, 2012).

### **Perspectiva Biológica del estrés**

Tanto Cannon (1939) como Seyle (1956) (citados por Galán & Camacho. 2012). concebían el fenómeno de estrés como “la reacción del organismo, una vez que éste entraba en contacto con agentes nocivos del ambiente, los que propiciaban una diversidad de reacciones de defensa, variantes y generalizadas” Consecuente con tal afirmación, Seyle (1975, 1976) propuso lo que se conoce como Síndrome General de Adaptación, el cual se caracterizaba por el hecho de que el organismo transitaba por tres fases: alarma, resistencia

y cansancio, esto puso de manifiesto cómo es que el cuerpo de un mamífero, expuesto a una situación de tensión, movilizaba reacciones de defensa en las que se encontraban implicadas las glándulas pituitaria y suprarrenal (Levine, 1972) (citados por Galán & Camacho 2012).

Así las cosas, los hallazgos de Selye permitieron no sólo identificar las causas y los síntomas de diversas enfermedades y trastornos biológicos, sino que a la vez profundizaron en las funciones del sistema pituitario-suprarrenal. Fue a partir de dicha caracterización de este fenómeno que con el paso del tiempo favoreció la investigación experimental con animales, con el fin de comprender cómo interactuarían determinadas contingencias ambientales en diferentes estructuras con sus correspondientes funciones biológicas. Para ser precisos, la diversidad de estímulos en el ambiente a nivel físico-químico y ecológico-social, tenían la capacidad de afectar a los organismos y sus correspondientes funciones biológicas, como las reacciones del sistema inmune (Galán & Camacho, 2012).

### **Perspectiva Psicológica del Estrés**

Con base en lo anterior, el estrés es una reacción biológica que se presenta en función de la forma en que una persona interactúa con diversos objetos, situaciones u otros individuos en el ambiente en sus distintas modalidades. Ahora bien, profundizando en la perspectiva psicológica lo que se trata es de reconocer y aceptar que en última instancia lo que conoce como estresores no son eventos de estímulo aislados que adquieren significación como ocurrencias, por consiguiente, psicológicamente hablando, son los modos o tipos de interacción entre la persona y el ambiente los que facilitarán el que se llegue a un resultado o una condición biológica particular conocida como estrés.

En este orden de ideas, Carpio (1994) afirma que lo psicológico como interacción ocurre siempre como un ajuste funcional entre la acción o conducta instrumental que

despliega una persona con relación a su ambiente, considerando una gran gamma de circunstancias y las experiencias pasadas, es decir, la historia conductual. En otras palabras, lo psicológico posee sus propias características que lo hace diferente de lo biológico y lo social, y si lo psicológico acontece como interacción y es diferente tanto de lo biológico como de lo social, carece de base asegurar, como lo hacen Lazarus y Folkman (1986) en su propuesta transaccional sobre estrés, que existe algo a lo que se pueda llamar estrés psicológico, es decir, así como un organismo “experimenta”, “sufre” o “padece” de estrés en su sentido biológico, lo mismo se diría de una persona comportándose, que a su vez “experimentaría”, “sufriría” o “padecería” el mal llamado estrés psicológico, e inclusive, de estrés social.

### **Endocrinología del estrés**

Es una reacción de ajuste que modifica nuestro comportamiento y activa cambios hormonales para mantener la homeostasis, mejorando nuestra probabilidad de supervivencia. En esta reacción participan elementos estructurales y neuroendocrinos, con funciones bien definidas entre las cuales ocupan un lugar central la secreción de CRH y la activación del locus ceruleus (noradrenérgico). Además de su activación durante el estrés, estos elementos se activan al despertar y al fijar la atención. (Londoño, 2005)

### **Fases del Estrés**

Durante el estrés se evidencia una reacción fisiológica, en la cual el organismo sufre cambios neuroendocrinos a nivel del hipotálamo y de las glándulas hipófisis y suprarrenales, con una gran activación del sistema nervioso autónomo simpático (Selye, 1935) presentándose signos y síntomas que involucran nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud. Ante la desmesurada presión escolar, laboral o de otra índole, las personas con

frecuencia responden con sensaciones de miedo, temor, angustia, pánico, afán por cumplir, vacío existencial, rapidez por cumplir metas y propósitos, afrontamiento ineficaz e incompetencia en la socialización (Martínez & Díaz, 2007) dando lugar a tres fases mencionadas por el autor, en las que se explica cómo funciona el estrés: La fase de alarma o reacción, la fase de adaptación y la fase de agotamiento.

**Fase de Alarma:** En esta fase el organismo detecta lo que constituye una condición o situación que conlleva un estresor, por lo cual aparecen las primeras reacciones fisiológicas contra este, en primer lugar, el hipotálamo activa las glándulas suprarrenales y estas, a su vez, segregan adrenalina que se libera al torrente sanguíneo cuya función primordial es proporcionar energía al organismo. Su manifestación es la hipervigilancia, que se caracteriza por el incremento de la frecuencia cardíaca, de la tasa respiratoria y de la vasodilatación facial, entre otros efectos. Así mismo, se produce la activación del Sistema Nervioso Simpático, por lo cual si la situación se mantiene sigue la siguiente fase, (Selye, 1935).

**Fase de Adaptación:** En cuanto a esta fase Selye (1935), la describe como una situación que no se pudo cambiar, en la cual se mantiene el estresor y la condición de alerta se refuerza, por lo cual se activan las glándulas suprarrenales, segregando cortisol, lo que mantiene los niveles de glucosa altos en la sangre. En esta etapa, el organismo se encuentra preparado para afrontar el estresor de manera inmediata, aunque si bien es cierto, el organismo tiene mayor capacidad para enfrentarlo, también pierde la capacidad de mantener el control sobre otros, generando que el individuo empiece a perder energía y su rendimiento disminuya, impidiendo que haga frente al estrés.

**Fase de Agotamiento:** En esta última fase se evidencia un declive en la forma de afrontar los estresores, presentándose déficits en las capacidades cognitivas, falta de

concentración y memoria, deterioro en el estado de ánimo, agotamiento fisiológico en la activación ante los estresores, mantenimiento de la sintomatología del estrés, derivándose patologías como la ansiedad y la depresión, lo que contribuye al deterioro de la calidad de vida, aunque existan estas tres fases no es necesario que se evidencien las tres para hablar del síndrome general de adaptación, solo con una al no poderse sobrellevar los estresores que se manifiestan en el ambiente se puede llegar hasta acabar con la vida. (Selye,1935).

### **Marco conceptual**

#### **Estrés**

Orlandini, (2012) señala que:

Se le llama estrés al agente, estímulo, factor que lo provoca o estresor. También a la respuesta biológica al estímulo o para expresar la respuesta psicológica al estresor. Así mismo, para otros expresa la respuesta psicológica al estresor. Denomina enfermedades psíquicas o corporales provocadas por el factor estrés (p.18)

#### **Estresores**

Orlandini (2012) cataloga como “Estresores a los estímulos que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto de estrés normal como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedades”.

#### **Agentes de estrés según el momento en que actúan**

Orlandini (2012) clasifica: “los psicotraumas como remotos, recientes, actuales o futuros, de acuerdo con el momento de la vida del sujeto en que actúen”.

#### **Estrés único y reiterado**

Orlandini (2012) señala que:

La repetición del mismo tema puede reducir o agravar la respuesta al estrés. De este modo, la múltipara percibe menos estrés de los últimos partos o el médico se inmuniza al malestar que supone la asistencia repetida al sufrimiento de enfermos en agonizar el contrario, en otras ocasiones, la reiteración del psicotrauma provoca mayor aflicción, como en los casos e recidivas de neoplasias o reiterados fracasos de la respuesta sexual (p.22)

### **Sueño**

Merino (2012) plantea que “Los primeros ciclos de sueño tienen mucho sueño profundo, que sirve para descansar la parte animal. Más tarde, hay que reponer la parte intelectual del humano, que es la memoria. Esto se hace a través del sueño REM”

Merino (2012) define que:

Dormir es como bajar escaleras. En el último peldaño de la escalinata hallamos el sueño profundo y en este punto encontramos el descanso. Desde ahí, comenzamos a subir por otro tramo de escalones hasta que alcanzamos el nivel en el que soñamos. Un ciclo de sueño abarca desde que empezamos a dormir hasta que acabamos ese episodio de ensoñación (p.1)

Merino (2012) define que:

El ciclo consiste en una parte de sueño no REM seguida de un episodio de sueño REM. El sueño no REM se caracteriza por una actividad cerebral muy lenta. En su última fase es cuando descansamos de todo lo que hemos gastado durante el día. Reponemos hormonas y energía, señala la especialista (p.1)

## **Hábitos**

Christiansen, (2011) define:

El hábito es necesario para el hombre para disponerse a sí mismo hacia su fin requiere una justificación: la disposición de uno mismo corresponde a la forma; si existe la forma, el hábito no parece necesario. Por otro lado, la potencia parece ser principio suficiente del acto, si es así, no hace falta el hábito como instancia intermedia entre acto y potencia. (p.6)

Christiansen, (2011) explica que:

Los hábitos son necesarios cuando una naturaleza es susceptible de disposición según estas tres condiciones. Concretamente, menciona que en estos casos el hábito es necesario para alcanzar el propio fin porque permite el uso de la libertad. El hábito capacita al hombre a disponerse a sí mismo (1); es término medio entre el acto puro y la potencia pura (2); y resulta de la libre acción del sujeto (3). Veamos esto más despacio. (p.8)

### **Marco contextual**

Cúcuta, oficialmente San José de Cúcuta, es un municipio colombiano, capital del departamento de Norte de Santander. Se encuentra situado en el nororiente del país, sobre la Cordillera Oriental de los Andes, cerca de la frontera con Venezuela. Cúcuta cuenta con una población aproximada de 750 mil habitantes tiene una longitud de 10 km de norte a sur y 11 de oriente a occidente. Está constituida por 10 comunas, y es el epicentro político, económico, administrativo, industrial, académico, artístico, cultural, deportivo y turístico de Norte de Santander.

Como capital del departamento, alberga los órganos gubernamentales del orden departamental como la Gobernación de Norte de Santander y la Asamblea de Norte de Santander. El municipio es cabecera del Distrito Judicial de Cúcuta, el cual tiene competencia sobre 27 municipios de Norte de Santander, es sede del Tribunal Superior de Cúcuta que tiene administración en todo el departamento, además es asiento a nivel departamental para el Tribunal Administrativo, el Consejo Superior de la Judicatura y la seccional de la Fiscalía General de la Nación.

La ciudad se encuentra en la región geográfica denominada "Valle de Cúcuta", en la cordillera oriental de los Andes a una altitud media de 320 msnm, en la frontera con Venezuela. Uno de sus puntos más altos es la cima del Cerro Tasajero (de la voz indígena que significa "cerro sagrado") a 987 msnm, el cerro se encuentra cubierto por un bosque seco tropical que alberga varias familias de flora como las leguminosas y animales pequeños como roedores, las cuales se ven amenazadas por la explotación minera.

El río Pamplonita cruza la ciudad de sur a norte, en el que desemboca el río Táchira. El lugar más alto es el corregimiento de Ricaute a unos 41 km del centro de la ciudad, fundado por el sacerdote Demetrio Mendoza en 1921 con el nombre de Mucujún, su temperatura ronda entre los 10 y 17 °C, y se encuentra a 1666 msnm y el lugar más alejado bajo es el corregimiento de La Punta ubicado a 67 km del centro de la ciudad y a 80 msnm. El municipio tiene un área total de 1176 km<sup>2</sup>, su área urbana de 72 km<sup>2</sup>, sin contar las áreas urbanas de la zona metropolitana, la convierte en la sexta ciudad más extensa del país.<sup>43</sup> La ciudad limita al norte con Tibú, al occidente con El Zulia y San Cayetano, al sur con Villa del Rosario y Los Patios y al oriente con Puerto Santander y la república de Venezuela.

## **Historia.**

Cúcuta, denominada así en memoria del cacique Cúcuta, fue un asentamiento precolombino que Pedro de Ursúa le dio en encomienda a Sebastián Lorenzo en 1550. Fue fundada por Antonio Villamizar Pineda en 1773, Doña Juana Rangel de Cuellar donó 782 hectáreas en el sitio Guaimaral y se inició la formación del poblado. La iglesia fue el centro alrededor de la cual se fundó el pueblo de San José de Cúcuta, siendo actualmente un activo polo comercial debido principalmente a su localización fronteriza con Venezuela, posee un clima seco y cálido.

En la ciudad se redactó y promulgó la Constitución de 1821, con la cual se creó la Gran Colombia, país conformado los actuales territorios de Colombia, Venezuela, Ecuador y Panamá. En 1821, Simón Bolívar, Francisco de Paula Santander, y otros próceres de la independencia se dieron cita en lo que hoy es Villa del Rosario para promulgar dicha constitución que oficialmente declaró a Colombia como república independiente. El Templo del Congreso o Templo Histórico, fue el lugar donde promulgó la constitución y el cual hoy está en ruinas debido al Terremoto de 1875. El lugar hoy hace parte del Parque Grancolombiano, el cual también contiene la Casa Natal de Francisco de Paula Santander.

### **Universidad Simón Bolívar**

La Universidad Simón Bolívar, también conocida como la Unisimón, es una institución de educación superior situada en Barranquilla, con sede en Cúcuta, Colombia, sujeta a inspección y vigilancia por medio de la Ley 1740 de 2014 y la ley 30 de 1992 del Ministerio de Educación de Colombia. Cuenta con la acreditación institucional de Alta Calidad concedida por el Ministerio de Educación de Colombia.

La universidad fue fundada por un destacado personaje de la costa atlántica llamado José Consuegra Higgins en 1972. La institución cuenta con 20 programas de pregrado, 23 especializaciones, 17 maestrías y 4 doctorados, para un total de 64 programas académicos. se ubica en la Cl. 15 #142, Barrio la playa, San José de Cúcuta, Norte de Santander-Colombia

### **Marco Legal**

#### **Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental**

**Artículo 1º. OBJETO.** El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

**Artículo 3º. SALUD MENTAL.** La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

**Artículo 5°. DEFINICIONES.** Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

**1. *Promoción de la salud mental.*** La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

**2. *Prevención Primaria del trastorno mental.*** La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo. Relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

**3. *Atención integral e integrada en salud mental.*** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

**4. *Atención integral e integrada en salud mental.*** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La

atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

**5. *Trastorno mental.*** Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

**6. *Discapacidad mental.*** Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

**7. *Problema psicosocial.*** Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

**8. *Rehabilitación psicosocial.*** Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha

experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

### **Ley 1090 de 2006 - Rol del psicólogo**

**Artículo 9º. Derechos del psicólogo.** El psicólogo tiene los siguientes derechos:

- a) Ser respetado y reconocido como profesional científico;
- b) Recibir protección especial por parte del empleador que garantice su integridad física y mental, en razón de sus actividades profesionales como lo establece la Constitución;
- c) Ejercer la profesión dentro del marco de las normas de ética vigentes;
- d) Proponer innovaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- e) Contar con el recurso humano, tecnología e insumos adecuados y necesarios para el desempeño oportuno y eficiente de su profesión.

**Artículo 10. Deberes y obligaciones del psicólogo.** Son deberes y obligaciones del psicólogo:

- a) Guardar completa reserva sobre la persona, situación o institución donde intervenga, los motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales;
- b) Responsabilizarse de la información que el personal auxiliar pueda revelar sin previa autorización;
- c) Llevar registró en las historias clínicas y demás acervos documentales de los casos que le son consultados;

- d) Mantener en sitio cerrado y con la debida custodia las historias clínicas y demás documentos confidenciales;
- e) Llevar registro escrito que pueda sistematizarse de las prácticas y procedimientos que implemente en ejercicio de su profesión;
- f) Guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional;
- g) Cumplir las normas vigentes relacionadas con la prestación de servicios en las áreas de la salud, el trabajo, la educación, la justicia y demás campos de acción del psicólogo;
- h) Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos humanos.

Artículo 11. De las prohibiciones. Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la Psicología; sin perjuicio de otras prohibiciones establecidas en la presente ley:

- a) Participar honorarios entre psicólogos o con cualquier otro profesional, sin perjuicio del derecho a presentar honorarios en conjunto por el trabajo realizado en equipo;
- b) Anunciar o hacer anunciar la actividad profesional como psicólogo publicando falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos; prometer resultados en la curación o cualquier otro engaño;
- c) Revelar secreto profesional sin perjuicio de las restantes disposiciones que al respecto contiene la presente ley;
- d) Omitir o retardar el cumplimiento de las actividades profesionales;
- e) Solicitar o aceptar prebendas o beneficios indebidos para realizar sus actividades;
- f) Realizar actividades que contravengan la buena práctica profesional.

**Artículo 13.** El presente Código Deontológico y Bioético, está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la Psicología, fundamentado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley. El ejercicio de la profesión de psicología debe ser guiado por criterios, conceptos y elevados fines que propendan a enaltecer su profesión; por lo tanto, están obligados a ajustar sus actuaciones profesionales a las disposiciones de las siguientes normas que constituyen su Código Deontológico y de Bioética. Los psicólogos en todas sus especialidades, para todos los efectos del Código Deontológico y Bioético y su régimen disciplinario contemplado en esta ley se denominarán los profesionales.

**Artículo 14.** El profesional en Psicología tiene el deber de informar, a los organismos competentes que corresponda, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles, inhumanas o degradantes de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión.

**Artículo 15.** El profesional en psicología respetará los criterios morales y religiosos de sus usuarios, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la intervención.

**Artículo 16.** En la prestación de sus servicios, el profesional no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología, nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, fundamentado en el respeto a la vida y dignidad de los seres humanos.

**Artículo 17.** El profesional en sus informes escritos, deberá ser sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas de desvaloración discriminatorias del género, raza o condición social.

**Artículo 18.** El profesional nunca realizará maniobras de captación encaminadas a que le sean confiados los casos de determinadas personas, ni tampoco procederá en actuaciones que aseguren prácticamente su monopolio profesional en un área determinada.

**Artículo 21.** El profesional de psicología deberá rechazar, llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones o las comunidades.

**Artículo 28.** De la información profesionalmente adquirida no debe nunca el profesional servirse ni en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del interesado.

**Artículo 29.** La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito.

#### **Cuadro de Operacionalización**

<b>Instrumento</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Medición</b>	<b>Indicador</b>
			<b>Variable</b>	<b>Variable</b>	
<b>Escala de Estrés Percibido</b>	Distrés general o percepción de estrés	Estrés	Cuantitativa	Intervalo	1,2,3,6,9,10

---

	Capacidad o habilidad de afrontamiento					4,5,7,8
<b>Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh</b>	Calidad de sueño subjetiva	Hábitos de sueño	Cuantitativa	Intervalo		6
	Latencia de sueño					2, 5a
	Duración del dormir					4
	Eficiencia del sueño					3, 1
	Alteraciones del sueño					5b a 5j
	Usos de medicamentos para dormir					7
	Disfunción diurna					8, 9

---

## MARCO METODOLÓGICO

### **Paradigma de la investigación**

El paradigma de la investigación es Positivista, Ricoy (2006) indica que el “paradigma positivista se califica de cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, sistemático gerencial y científico tecnológico”. Es decir, este orienta a la investigación que tenga como objetivo comprobar una hipótesis a través de la estadística o determinar los parámetros de una determinada variable por medio de resultados cuantificables.

### **Enfoque de la investigación**

Al estar enmarcado desde el paradigma positivista el enfoque apropiado para la consecución de la investigación es el enfoque cuantitativo el cual brinda la posibilidad de generalizar los resultados de manera más amplia, otorgando control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de los mismos. De igual forma brinda una gran posibilidad de replicar el estudio y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación con otros estudios de la misma similitud (Hernández, & Fernández, & Baptista. 2010)

### **Diseño de la investigación**

La investigación es de carácter No Experimental la cual puede definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables; es decir, se trata de estudios donde no varía en forma intencional las variables independientes para ver su efecto entre otras variables; lo que se hace en investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural para posteriormente analizarlos. En este orden de ideas es de diseño transversal ya que este diseño recolecta datos en un solo momento, en un tiempo

único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Por último, es de tipo descriptivo ya que tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas otros seres vivos, objetos, situaciones, contexto fenómeno, comunidades y así proporcionar su descripción. Son por tanto estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis estas también descriptivas

### **Población**

Selltiz et al., 1980 (citado en Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) señalan que una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Por consiguiente nuestra población serán los estudiantes regulares una universidad en Cúcuta.

### **Muestra**

En la investigación cuantitativa la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que se define o limita de antemano con precisión siendo representativo de dicha población, para ello será de tipo no probabilística la cual es el subgrupo de la población en el que se seleccionan individuos o casos típicos sin intentar que sean representativos de una población determinada. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). De modo que se seleccionaran 46 estudiantes de una universidad del programa de psicología y trabajo social.

## **Técnica e instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos que se utilizarán en la presente investigación será la Escala de Estrés Percibido 10 (EEP-10) la cual es una de las escalas más conocidas para la medición de la respuesta psicológica general frente a los estresores, esta escala mide la percepción de estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes. La escala incluye una serie de consultas directas que exploran el nivel de estrés experimentado durante el último mes. Los incisos se entienden con facilidad. La escala brinda cinco opciones de respuesta: ‘nunca’, ‘casi nunca’, ‘de vez en cuando’, ‘muchas veces’ y ‘siempre’, que se clasifican de cero a cuatro. No obstante, los ítems 4, 5, 7 y 8 se califican en forma reversa o invertida de modo que, a mayor puntuación, mayor estrés percibido. La prueba se encuentra en el Anexo 1.

En este orden de ideas, para evaluar la variable del sueño se utilizará en índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP), este fue presentado en 1989 Buysse y colaboradores el cual es un cuestionario autoaplicable que proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos. El ICSP ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas. Desde 1997 se encuentra disponible una traducción al español, sin embargo, los resultados de un segundo estudio con población colombiana han puesto de manifiesto la necesidad de adaptar las traducciones y determinar sus propiedades clínicas. En este sentido, cabe subrayar que hasta donde se sabe, el ICSP no se ha sometido a análisis factorial, lo cual es relevante en virtud de que puede brindar sustento al constructo “calidad del sueño”. (Jiménez Monteverde, Nenclares Esquivel & de la Vega. 2008).

El cuestionario consta de 19 preguntas autoaplicadas y de 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero de habitación (si éste está disponible) solo las preguntas auto- aplicadas están incluidas en el puntaje. Los 19 Items auto-evaluados se combinan entre sí para formar siete áreas de puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango entre 0 y 3 puntos. Una puntuación de 0 puntos indica que no existe dificultad, mientras que una puntuación de 3 indica una severa dificultad. Las siete componentes entonces se suman para rendir una puntuación global, que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de 0 puntos la no existencia de dificultades y una de 21 indica severas dificultades en todas las áreas estudiadas. La prueba se encuentra en el anexo 2.

### **Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizará el SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) pues es uno de los programas de análisis de datos más difundidos que además contiene todos los análisis estadísticos necesarios para la presentación de resultados, sumado a esto, es el programa con el que cuenta la Universidad Simón Bolívar lo cual resulta conveniente para los fines investigativos planteados. Por lo que se ha de describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variable, lo que se hará por medio de una tabla de distribución de frecuencias, la cual Hernández, Fernández, & Baptista, (2010) definen como un “conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías y generalmente se presenta como una tabla.” Y para poder relacionar las puntuaciones con sus respectivas frecuencias por medio de gráficas se utilizarán los polígonos de frecuencia. En este orden de ideas será relevante la presentación de medidas de tendencia central con el fin de resaltar los datos más relevantes arrojados en el análisis de datos e interpretarlos tomando en cuenta el rango potencial de la escala.

## CAPITULO IV

### Resultados

A modo de análisis en los datos encontrados mediante la respuesta de los objetivos planteados, en un principio se presenta la totalidad de la muestra según datos sociodemográficos, en la que se puede observar su distribución. La totalidad de la muestra se encuentra distribuida en que 95,7% estudia en la jornada diurna, el porcentaje de la muestra frente a los estudiantes del primer semestre es de 58,7%, donde el 28,3% son propensos a vivir en zonas donde están expuestos a ruido, 58% de ellos tienen en su habitación tv y 53 % tienen computadora en su habitación. (Ver Figura 1).

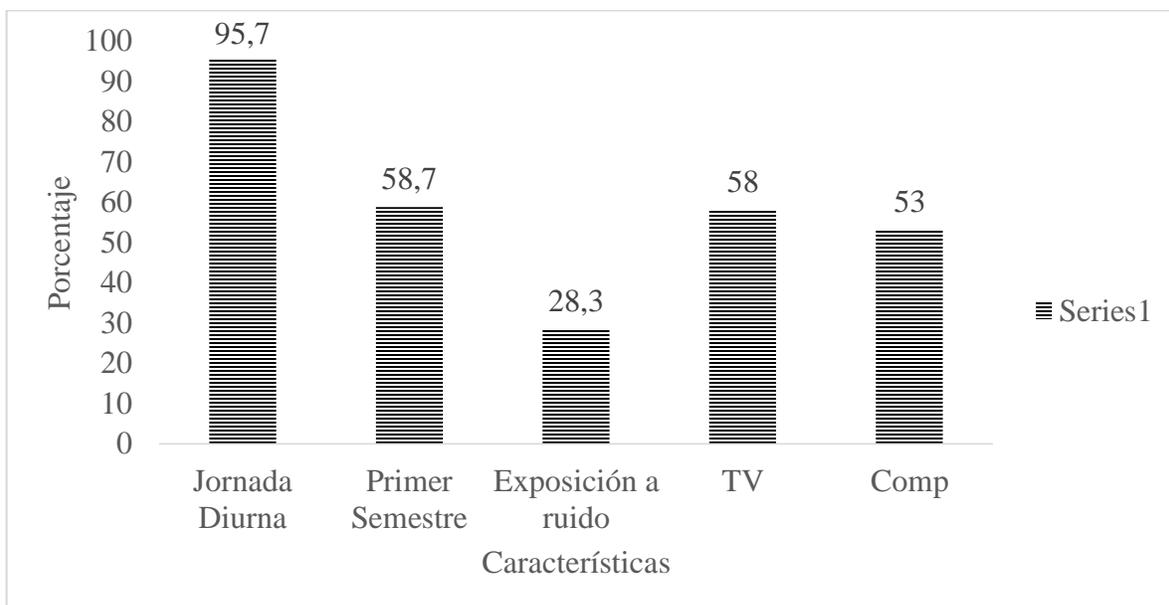


Figura 1

Complementando la información anterior, se obtuvo que la edad promedio de la muestra es de 20 años con una desviación de 5 años de diferencia, por ende, la edad de la muestra oscila entre los 15 a 25 años. En cuanto a las horas de comer las 8 de la mañana es la hora promedio con una desviación de 1 hora de diferencia a la hora de desayunar, a la hora de almorzar no se obtiene ninguna diferencia, la hora reflejada es a las 12 del mediodía, y a

la hora de cenar es de un promedio de 2 horas de diferencia, dando respuesta a la 9 de la noche. (Ver tabla 1)

<b>Horas de Desayuno; Almuerzo y Cena</b>						
		Edad	Hora Desayuno	Hora Almuerzo	Hora Cena	
N	Válidos	46	46	46	46	46
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		20,20	8,2283	12,5815	19,3652	
Desv. típ.		5,188	1,14167	,64853	2,05158	
Mínimo		16	5,30	12,00	7,00	
Máximo		45	10,00	15,00	22,00	

Tabla 1

En cuanto al total de calidad de sueño se puede observar que del 100% de la población total el 34,8% tiene un nivel de calidad de sueño alteradamente leve, así mismo, el 30,4 % tienen un nivel alto de calidad de sueño, el 17,4% tiene un nivel alteradamente alto de calidad de sueño y el 17,4 tiene un nivel normal. (Ver tabla 2)

<b>Puntaje Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg</b>						
	Interpretación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
	<= 5	Normal	8	17,4	17,4	17,4
	6 - 8	Alt. Leve	16	34,8	34,8	52,2
Válidos	9 - 11	Alt Moderada	14	30,4	30,4	82,6
	12 - 21	Alt. Alta	8	17,4	17,4	100,0
	Total		46	100,0	100,0	

Tabla 2

En cuanto a las horas de dormir se puede observar que la hora media para acostarse es a las 10 de la noche, el tiempo en tardarse en dormir es poco, la hora de levantarse es a las 6 am con una desviación de 1 hora, lo que da un rango entre las 5am y las 7am; y las horas que se duerme son por lo general 6 horas con una desviación de 1 hora, dando un rango entre 5 o 7 horas de sueño. (ver Tabla 3)

---

**Horas de Dormir**


---

	Hora de Acostarse	Tiempo en tardarse en dormir	Hora de Levantarse	Horas de dormir
N Válidos	41	46	46	46
Perdidos	5	0	0	0
Media	22,47	,87	6,42	6,63
Desv. típ.	,976	,934	1,817	1,540
Mínimo	20	0	2	3
Máximo	24	3	10	10

Tabla 3

En cuanto al Total de Estrés percibido se puede observar que del 100 % de la población total el 76,1 % tiene un nivel de estrés percibido medio, así mismo, el 13,0 % tienen un nivel alto de estrés percibido y solo el 10,9% de la población tiene un nivel de estrés percibido bajo. (Ver tabla 4)

		<b>Nivel de Estrés</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	10,9	10,9	10,9
	Medio	35	76,1	83,3	85,7
	Severo	6	13,0	14,3	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Tabla 4

Se muestra correlación entre duración de sueño y distrés general reflejando un resultado de ,405\* y un afrontamiento de ,031\*. Así mismo, la duración de sueño tiene una correlación con total estrés de -,325\*. (ver Tabla 5)

		DistrésGeneral	Afrontamiento	TotalEstrés
Despertarse en la noche o la madrugada	Coefficiente de correlación	,267	-,104	,248
	Sig. (bilateral)	,073	,490	,096
	N	46	46	46
Calidad Subjetiva de Sueño en el último mes	Coefficiente de correlación	,154	,049	,107
	Sig. (bilateral)	,306	,746	,480
	N	46	46	46
Latencia de Sueño	Coefficiente de correlación	,405**	,319*	,125
	Sig. (bilateral)	,005	,031	,406
	N	46	46	46
Duración de Sueño	Coefficiente de correlación	-,155	,276	-,325*
	Sig. (bilateral)	,303	,063	,027
	N	46	46	46
Horas permanecido en la cama	Coefficiente de correlación	,091	,109	,020
	Sig. (bilateral)	,548	,472	,897
	N	46	46	46
Eficiencia del Sueño	Coefficiente de correlación	-,125	-,045	-,054
	Sig. (bilateral)	,409	,766	,721
	N	46	46	46

Tabla 5

### Discusión

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, la metodología y el propósito de la investigación con relación a los resultados obtenidos y las bases teóricas, se puede analizar que del total de la muestra correspondiente a 46 estudiantes y la aplicación correspondiente a la evaluación de las variables, permiten recolectar la información necesaria y el hallazgo de los diferentes fenómenos que serán discutidos a continuación.

Con respecto a distrés general se observa que este se presenta en la carrera de psicología y trabajo social, el cual aumenta a medida que los estudiantes suben de semestre.

Ahora bien, se encuentra una relación muy importante entre el distrés y la latencia de sueño, lo que refiere a que a mayor distrés mas tarda el comienzo del sueño hasta la aparición del primer sueño REM esto indica que a mayor estrés peor calidad de sueño, esta correlación también se ha comprobado en estudios como el de García, Querts, Hierresuelo y Quesada (2015) en el que señalan la relación directa con la aparición de insomnio y problemas para dormir. También los problemas de sueño se asocian a varias comorbilidades incluyendo complicaciones, hipertensión, depresión, ansiedad o estrés que afectan el desarrollo de la enfermedad y empeoran la calidad de vida (Brann, Owens &, Williamson2012)

En este orden de ideas, la dimensión más significativa es la correlación entre distrés general con las horas de desayuno, en que a mayor distrés más tarde la persona en desayunar lo cual va en concordancia con lo señalado por Martinez & Diaz (2007) al resaltar que ante la presión académica, laboral o de otras áreas de la vida se manifiesta la sintomatología del estrés la cual debido a sus características reduce la sensación de hambre.

Así las cosas y paradójicamente se evidencia una relación entre afrontamiento y hora de desayuno, en la que se entiende que como el distrés general y el afrontamiento son dos dimensiones del estrés entonces es importante medirle en su conjunto para obtener un resultado más global. Otro aspecto a resaltar es que se encuentra una correlación negativa entre la hora de acostarse y el tener un TV en la habitación, lo que refiere a que cuando se tiene TV hay mayor probabilidad de distraerse y por ende los sujetos no se acuestan a dormir temprano. (Cain & Gradisar, 2010).

### **Conclusión**

La presente investigación concluye mediante el análisis pertinente de la relación entre la Hábitos de Sueño y Estrés de los estudiantes de la universidad. en la que se realizó el

estudio, muestra que algunas dimensiones no tienen una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. No obstante, es notable que el uso del TV tiene una relación estadísticamente significativa, es decir, a mayor tiempo viendo TV menos horas de dormir se tiene. Así mismo, a mayor distrés más se afecta la latencia del sueño. Además, es destacable como la hora del desayuno se relaciona tanto con el distrés general como con la capacidad de afrontamiento.

Se determinó además los indicadores sociodemográficos por medio de una encuesta se presenta que en la totalidad se puede observar su distribución. La totalidad de la muestra se encuentra distribuida en que 95,7% estudia en la jornada diurna, el porcentaje de la muestra frente a los estudiantes del primer semestre es de 58,7%, donde el 28,3% son propensos a vivir en zonas donde están expuestos a ruido, 58% de ellos tienen en su habitación tv y 53 % tienen computadora en su habitación

Al no lograr obtener suficientes datos para determinar efectivamente la relación que tiene los hábitos de sueño con el estrés, solo se obtuvieron datos significativos en ciertas dimensiones de las variables que se puede apreciar la correlación, por lo que se deja así un tema muy amplio y de gran ayuda en la sociedad ya que el estrés es cada vez más frecuente en los jóvenes universitarios siendo así este un método muy innovador y positivo para la consecución de posibles tratamientos.

## Referencias

- Anders, M. W. (1971). Enhancement and inhibition of drug metabolism. *Annual review of pharmacology, 11*(1), 37-56.
- Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. *Science, 118*(3062), 273-274.
- Arnoldo, T. L., Diana Rocio, V. G., Dehisy, M. J., Segura Herrera, L. G., & Luis, F. A. (2015). Trastornos y calidad de sueño en trabajadores industriales de turno rotatorio y turno fijo diurno. *Universitas Psychologica, 14*(2), 695-706. Retrieved from <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2120/docview/1771278821?accountid=45648>
- Brann L, Owens J, Williamson, A. (2012) *The handbook of contemporary clinical hypnosis: theory and practice*. Oxford UK: Wiley-Blackwell.
- Bernert, R. A., Merrill, K. A., Braithwaite, S. R., Van Orden, K. A., & Joiner Jr, T. E. (2007). Family life stress and insomnia symptoms in a prospective evaluation of young adults. *Journal of Family Psychology, 21*(1), 58.
- Borge, J. H., González, M. G., García, M. G., Rodríguez, M. A., Cabrera, A. S., & Montero, P. C. (2015). Hábitos y trastornos del sueño en adolescentes. *Rev Esp Patol Torac, 27*(4), 000-000
- Brenes-Peralta, C. & Pérez-Sánchez, R. (2015). Empatía y agresión en el uso de videojuegos en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13* (1), pp. 183-194.
- Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in schoolaged children and adolescents: A review. *Sleep Medicine, 11*(8), 735- 742.

- Campo A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia.
- Castillo Ávila IY, Barrios Cantillo A, Alvis Estrada LR. Estrés académico en estudiantes de enfermería de Cartagena. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2018;20(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-2.eaee>
- Cabanach, R. G., Souto-Gestal, A., & Franco, V. (2016). Escala de estresores académicos para la evaluación de los estresores académicos en estudiantes universitarios/Stressor academic scale for the evaluation of academic stressors in undergraduates. *Revista Iberoamericana De Psicología y Salud.*, 7(2), 41-50. doi:<http://ezproxy.unisimon.edu.co:2151/10.1016/j.riips.2016.05.001>
- Castro, A. M., Caamaño, L. U., & Sol, C. J. (2014). Calidad del dormir, insomnio y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Duazary*, 11(2), 85-97. doi:<http://ezproxy.unisimon.edu.co:2151/10.21676/2389783X.814>
- Christiansen, S. (2011). III Los hábitos como disposición al fin último. *Cuadernos De Anuario Filosófico. Serie Universitaria*, (240), 55-74. Retrieved from <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2120/docview/1510246851?accountid=45648>
- Cabello, C. J. (2005). *La presión positiva continua en la vía aérea como tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño.* Retrieved from <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2125>
- Dement, W., & Kleitman, N. (1957). Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility, and dreaming. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 9(4), 673-690.

- Duval, Fabrice, González, Félix, & Rabia, Hassen. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318.
- Flóres, B. H., Castro, M. F., & Beltrán, G. (2009). Influencia del consumo mixto de grasas y proteínas, del desarrollo corporal y del c.j., sobre el sueño r.e.m.. Retrieved from <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2125>
- García, S & Navarro, B. (2017). Higiene del sueño en estudiantes universitarios: conocimientos y hábitos. Revisión de la bibliografía. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), 170-178. Recuperado de:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699695X2017000300170&lng=es&tlng=eslaros](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2017000300170&lng=es&tlng=eslaros)
- García, Á, Querts, O, Hierrezuelo E, & Quesada S. (2015). Algunos aspectos psicosociales del insomnio en estudiantes de primer año de medicina. *MEDISAN*, 19(1), 56-60. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192015000100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000100009&lng=es&tlng=es).
- Galán S., & Camacho E. (2012). Estrés y Salud. Investigación básica y aplicada. *Biblioteca UPCH–Recursos Electrónicos. Universidad Peruana Cayetano Heredia*.
- González, G., & Rodríguez, A., Forero, D., & Camargo, A., & Niño, C. (2013). Influencia familiar en el hábito del sueño en una muestra de estudiantes universitarios sanos en bogotá, colombia - 2012. *Revista cuidarte*, 4 (1), 437-443. <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2120/docview/1954236738?accountid=45648>

- Jones, R.(1970) The neto psychology of dreaming. Nueva York: Grune & Stratton,
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 107.
- León, P. (2012, Mar). Dormir bien para vivir mejor. *El Latino* Retrieved from <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2120/docview/1010333212?accountid=45648>
- Londoño, F. U., Franco, J. G., Franco, L. F. M., & Tobón, L. A. L. (2005). Ejes neuroendocrinos del estrés, síndrome metabólico y alteraciones psiquiátricas del síndrome de Cushing. *Iatreia*, 18(4), 431-445.
- Orlandini, A (2012) El estrés: Qué es y cómo evitarlo, editorial fondo de cultura económica. Mexico.
- Martínez, E., & Díaz, D. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y Educadores*, 10(2), 11-22
- Alonso-Álvarez, M. L., Canet, T., Cubell-Alarco, M., Estivill, E., Fernández-Julián, E., Gozal, D., ... & Pin-Arboledas, G. (2012). Documento de consenso del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en niños (versión completa). *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 51(1), 23-50.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>
- Parra Sandoval, J. M., Rodríguez-Álvarez, D., María Rodríguez Hopp, & Victor, P. D. (2018). Relación entre estrés estudiantil y reprobación. *Salud Uninorte*, 34(1)

recuperado

de:

<https://ezproxy.unisimon.edu.co:2120/docview/2064345292/E83863C6243F4435PQ/1?accountid=45648>

Peralta, A. M. R., Pérez, A. C. C., & Alcala-Santaella, M. R. (2005). *Aportación de la polisomnografía al diagnóstico y al tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño*. X Retrieved from <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2125>

Taboada V, (2015) LA MEDICIÓN DEL ESTRÉS EN CONTEXTOS ACADÉMICOS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, Universidad Da Coruña, Programa de Doctorado Procesos Cognitivos, Instruccionales e Intervención Psicoeducativa, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. [file:///E:/Downloads/FrancoTaboada\\_Victoria\\_TD\\_2015.pdf](file:///E:/Downloads/FrancoTaboada_Victoria_TD_2015.pdf)

Talero, C., & Durán, F., & Pérez, I. (2013). Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. *Revista Ciencias de la Salud*, 11 (3), 333-348.

Samuel, A. D., Giovanni, R. S., Paula, G. M., & Cristobal, M. C. (2017). Insomnio, latencia al sueño, y cantidad de sueño en estudiantes universitarios chilenos durante el periodo de clases y exámenes. *Salud Uninorte*, 33(2) Retrieved from <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2120/docview/1984314231?accountid=45648>

Salas, M. C. S., Sánchez, E. G., Abril, M. J., & Martín, M. J.(2005) endocrinología del estrés.

Souquet M. (1976) Sleep states and related pathology, in Korobkin R, Guilleminault C, eds. *Advances in Perinatal Neurology*. New York: Spectrum Publications.

Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31 (1), 11-22.

Redolar, D (2015) *Neurociencia cognitiva*. Editorial medica panamericana.

Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., & de la Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta médica de México*, 144(6), 491-496.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Selección de la muestra. *Metodología de la Investigación*. 5th ed. México: Mc Graw Hill, 170-95.

Rechtschaffen A, Kales A. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. NIH Publication. Washington DC: US Government Printing Office, 1968: No 204

Weitzman, E et al (1975) The relationship of sleep and sleep stages to neuroendocrine secretion and biological rhythms in man. In: R. Greep, Ed. Recent progress in hormone research 31: 399-440. New York

## ANEXOS

## Anexo 1

## ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO 10 (EEP-10)

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_ SEXO (M/F): \_\_\_\_\_

CARRERA: \_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

Durante el último mes	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?					
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?					
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?					
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?					
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?					
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?					

8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?					
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?					
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					

## Anexo 2

**INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH**  
(PSQI)

## Datos Sociodemográficos

Apellidos Y Nombres:				Edad:	
Sexo	Masculino <input type="radio"/>		Femenino <input type="radio"/>		
Estado Civil	Soltero <input type="radio"/>	Casado <input type="radio"/>	Divorciado <input type="radio"/>	Unión Libre <input type="radio"/>	
Sitio de Residencia		Casa <input type="radio"/>	Apartamento <input type="radio"/>		
Trabajo	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Jornada de Trabajo	Diurna <input type="radio"/>	Nocturna <input type="radio"/>
Carrera	Semestre		Jornada de Estudio	Diurna <input type="radio"/>	Nocturna <input type="radio"/>
¿Tiene Televisor en su habitación?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
¿Tiene Computador en su habitación?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
¿Tiene hijos?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Cuántos hijos tiene?		
¿El sitio donde vive es propenso a ruidos?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
¿A qué hora desayuna?		¿A qué hora Almuerza?		¿A qué hora cerna?	

## Instrucciones

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes.

Por favor, conteste a todas las cuestiones.

1.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

\_\_\_\_\_

2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min \_\_\_\_

Entre 16-30 min \_\_\_\_

Entre 31-60 min \_\_\_\_

Más de 60 min \_\_\_\_

3.- Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

\_\_\_\_\_

**4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?**

\_\_\_\_\_

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

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

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\_\_\_\_

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

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\_\_\_\_

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

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\_\_\_\_

d) No poder respirar bien:

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\_\_\_\_

e) Toser o roncar ruidosamente:

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\_\_\_\_

f) Sentir frío:

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\_\_\_\_

g) Sentir demasiado calor:

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\_\_\_\_

h) Tener pesadillas o malos sueños:

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\_\_\_\_

i) Sufrir dolores:

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\_\_\_\_

j) Otras razones. Por favor descríbalas:

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\_\_\_\_

**6) Durante el último mes, ¿Cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?**

- Muy buena\_\_\_\_
- Bastante buena\_\_\_\_
- Bastante mala\_\_\_\_
- Muy mala\_\_\_\_

**7) Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?**

- Ninguna vez en el último mes\_\_\_\_
- Menos de una vez a la semana\_\_\_\_
- Una o dos veces a la semana\_\_\_\_
- Tres o más veces a la semana\_\_\_\_

**8) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?**

- Ninguna vez en el último mes\_\_\_\_
- Menos de una vez a la semana\_\_\_\_
- Una o dos veces a la semana\_\_\_\_
- Tres o más veces a la semana\_\_\_\_

**9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?**

- Ningún problema\_\_\_\_
- Sólo un leve problema\_\_\_\_
- Un problema\_\_\_\_
- Un grave problema\_\_\_\_

**10) ¿Duerme usted solo o acompañado?**

Solo\_\_\_\_

Con alguien en otra habitación\_\_\_\_

En la misma habitación, pero en otra cama\_\_\_\_

En la misma cama\_\_\_\_

**POR FAVOR, SOLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO**

Si Usted tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el último mes usted ha tenido:

- a) Ronquidos ruidosos.  
 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 \_\_\_\_
- b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme.  
 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 \_\_\_\_
- c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme.  
 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 \_\_\_\_
- d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme.  
 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 \_\_\_\_
- e) Otros inconvenientes mientras usted duerme (por favor descríbalos a continuación)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_

## COSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le está invitando a participar en la realización de dos pruebas (INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH PSQI Y ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO 10 EEP-10), a realizarse en un periodo de 30 minutos. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, lo cual se conoce como consentimiento informado. Siéntase con total tranquilidad y libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le permita aclarar las dudas que surjan de esta actividad académica. Una vez que haya comprendido el proceso y desea participar libremente del mismo se le pedirá clic en aceptar este CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Recuerde que:

- La decisión de participar en la práctica académica es completamente libre y voluntaria.
- No habrá consecuencia para usted en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante la estrategia
- No recibirá ningún beneficio económico por participar en este proceso.
- La información obtenida será utilizada para dar respuesta a las necesidades de la investigación.
- La identificación de cada participante se mantendrá en estricta confidencialidad, y por ningún motivo su nombre aparecerá en alguna publicación identificándolo.
- Su participación es muy importante y consiste en la realización de dos pruebas.

En caso de que tenga duda sobre sus derechos como participante de este proceso o requiera obtener sus resultados, póngase en contacto con:

Jenny Lorena Claro Álvarez  
CC. 1093923575  
Tl. 3102946109

Gabriel Antonio Pinilla Cortés  
CC. 1127579248  
Tl. 3163789956

Jessica Andrea Bonilla López  
CC. 1090468310  
Tl. 3108636920

---

Con la opción de aceptar este Consentimiento da cuenta de no tener dudas ni preguntas acerca de su participación y de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento y de haber recibido explicaciones sobre él. Además, declara haber sido informada(o) de los objetivos y fines de la presente investigación realizado por estudiantes de séptimo semestre de psicología de la Universidad Simón Bolívar y estando conforme con los mismos, en forma libre y voluntaria acepta participar en la estrategia de intervención y autoriza la toma de fotografías y la aplicación de instrumentos para la recolección de datos. De igual manera, expresamente autoriza al equipo de profesionales para utilizar la información recolectada para el informe final del trabajo.

**Nombre:**

**Documento de identificación:**

Como responsables del presente proceso de práctica académica, acepto que hemos leído y conocemos la normatividad correspondiente para realizar este proceso con seres humanos y nos apegamos a ella.