



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL

TEMA:

**“TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA
DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE IBARRA”**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magister en Higiene y
Salud Ocupacional**

Línea de investigación: Salud y Bienestar integral

AUTOR:

Md. Sonia Gabriela Monroy Acosta

DIRECTOR:

Dr. David Francisco Balseca Bolaños

Ibarra, febrero 2025

CERTIFICACIÓN DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Ibarra, 24 de febrero de 2025

Dr. David Francisco Balseca Bolaños

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



Firmado electrónicamente por:
DAVID FRANCISCO
BALSECA BOLANOS

(f)

Dr. David Francisco Balseca Bolaños

C.C.: 1720935020



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1716510514		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Monroy Acosta Sonia Gabriela		
DIRECCIÓN:	Capitán Ramos E2166, Quito		
EMAIL:	sgmonroya@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	022418288	TELÉFONO MÓVIL:	0998128948

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Trastornos del sueño en personal de salud del área de emergencia de un Hospital de Ibarra
AUTOR (ES):	Md. Sonia Gabriela Monroy Acosta
FECHA: DD/MM/AAAA	21/02-/2025
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> GRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Higiene y Salud Ocupacional
ASESOR /DIRECTOR:	Director: Dr. David Francisco Balseca Bolaños Asesor: Dra. Janeth Fernanda Jiménez Rey PhD.

2. CONSTANCIAS

La autora Sonia Gabriela Monroy Acosta manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 24 días del mes de febrero de 2025

EL AUTOR:



Firmado electrónicamente por:
SONIA GABRIELA
MONROY ACOSTA

(Firma).....

Nombre: Sonia Gabriela Monroy Acosta

DERECHOS DEL AUTOR

Yo, Sonia Gabriela Monroy Acosta, declaro que conozco y acepto la disposición del Estatuto de la Universidad Técnica del Norte, que en su parte pertinente dice: El Patrimonio de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, está constituido por: La propiedad intelectual sobre las Investigaciones, trabajos científicos o técnicos, proyectos profesionales y consultaría que se realicen en la Universidad o por cuenta de ella.

Ibarra, 24 de febrero del 2025

AUTOR:

Sonia Gabriela Monroy Acosta

Firma:



Firmado digitalmente por:
SONIA GABRIELA
MONROY ACOSTA

No. CI. 1716510514

DEDICATORIA

A Dios que me ha dado su bendición en cada paso y cada logro de mi vida.

A mi esposo Xavier, por todo su apoyo, paciencia y comprensión, por siempre ser mi compañero y complemento en cada paso que doy.

A mis Padres, Mao y Sonia, quienes siempre han sido un apoyo y un ejemplo de superación y dedicación.

A mi hermano Andre, que, aunque este lejos, siempre me apoya en conseguir mis metas.

A mis abuelitos, Argentina, por su amor incondicional, y Vicente, que desde el cielo celebra mis logros, al igual que mis abuelitos Elena y Fernando.

A mis tíos y tías, que me han acompañado siempre, en cada proceso de mi vida.

A mi Florcita y mi Lali que me han enseñado la valentía, el amor sincero y la nobleza de un corazón puro.

AGRADECIMIENTO

Expreso mis sinceros agradecimientos a la Universidad Técnica del Norte-UTN - Ecuador, por darme la oportunidad de ser parte de la primera cohorte de la maestría de higiene y salud ocupacional.

A los Profesores de la Facultad de Posgrados de la UTN, que nos impartieron sus conocimientos a lo largo de esta maestría.

Un agradecimiento especial al Doctor David Balseca, quien, como mi tutor, me brindó su apoyo y orientación invaluable durante este proceso académico.

También expresé mi gratitud a la Doctora Janeth Jiménez, mi asesora, por su guía y apoyo, que han sido fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DEL AUTOR	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	1
Introducción	3
CAPITULO I	5
1.1 Planteamiento del Problema	5
1.2 Preguntas de Investigación	8
1.3 Antecedentes	8
1.4. Objetivos	10
1.4.1 Objetivo General.....	10
1.4.2 Objetivos Específicos.....	10
1.5 Justificación	10
CAPITULO II.....	12
2. Marco Teórico.....	12
El Sueño.....	12
Tipos y Fases del Sueño.....	12
Fases del Sueño No Mor:.....	12
Sueño Mor.....	13

Trastornos del Sueño.....	13
Clasificación de los trastornos de sueño ICSD-2.....	14
Trastornos del sueño en personal de salud.....	17
Afectación de los trastornos del sueño en la salud	19
Calidad de Vida.....	20
Calidad de vida en personal de salud.....	22
Factores que comprometen la calidad de vida del personal de salud.	23
Calidad de vida relacionada a la disminución de horas de sueño	24
2.1 Marco Normativo.....	25
Constitución de la República del Ecuador.....	25
Reglamentos Internacionales:	25
Decisión 584: Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	27
Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo (Decreto Ejecutivo 2393)	28
Reglamento del seguro general de riesgos del trabajo Resolución C.D. 513	29
Ley Orgánica del Servidor Público, LOSEP:.....	30
CAPITULO III.....	31
3. Metodología.....	31
3.1 Hipótesis	31
3.2.1 Enfoque de la Investigación.....	31
3.3.1 Población y Muestra	32
3.4.1 Criterios de inclusión	33

3.4.2 Criterios de exclusión	33
3.5 Instrumentos.....	34
3.5.1 Cuestionario de Trastornos del sueño de Monterrey.....	34
3.5.2 Escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF).....	35
3.6 Fases del Estudio.....	36
CAPITULO IV.....	38
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
4.1 RESULTADOS	38
4.2 DISCUSIÓN	44
4.3 CONCLUSIONES	46
4.4 RECOMENDACIONES	47
4.5 BILIOGRAFÍA	48
Bibliografía	48
Anexos 1 Cuestionario de trastornos del sueño de Monterrey	51
Anexo 2 Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF	52

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Afecciones en la salud.....	20
Tabla 2 Descripción de la población en estudio.....	32
Tabla 3 Frecuencia de trastornos del sueño de acuerdo con género en personal de salud.....	38
Tabla 4 Trastornos del sueño en relación con el cargo que ocupa el personal.....	39
Tabla 5 Trastornos del sueño identificados.....	39
Tabla 6 Frecuencia de calidad de vida de acuerdo con género en personal de salud...	40
Tabla 7 Frecuencia de calidad de vida de acuerdo con el cargo que ocupa el personal de salud.....	41
Tabla 8 Percepción de salud respecto a calidad de vida	41
Tabla 9 Correlación entre calidad de vida y trastorno del sueño	42
Tabla 10 Correlación entre calidad de vida y trastorno del sueño	43

RESUMEN

Palabras clave: trastornos del sueño, calidad de vida, personal de salud

El estudio "Trastornos del sueño en el personal de salud del área de emergencia de un Hospital de Ibarra" tuvo como objetivo principal correlacionar los trastornos del sueño con la calidad de vida del personal de emergencia. Se llevó a cabo una investigación de campo de tipo correlacional, no experimental y de enfoque cuantitativo, aplicando un diseño transversal. La población de estudio incluyó a 70 profesionales de la salud que laboran en turnos rotativos en el servicio de emergencia. Para la recolección de datos, se utilizaron el cuestionario de trastornos del sueño de Monterrey y la escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) y se analizaron los datos.

Los resultados mostraron una correlación inversa débil entre los trastornos del sueño y la calidad de vida del personal (coeficiente de Spearman p -valor = -0,101, mayor a 0,05), indicando que los trastornos del sueño leves son comunes en el 75,72% del personal, con mayor prevalencia de insomnio. La calidad de vida reportada fue moderada en el 68,57% de los casos, siendo mayor en mujeres que en hombres. Aunque la correlación encontrada fue débil, se destaca que la presencia de trastornos del sueño puede afectar negativamente la calidad de vida del personal, sugiriendo la necesidad de implementar estrategias de mejora del sueño.

En conclusión, se debe promover la higiene del sueño, ajustar los turnos de trabajo y realizar investigaciones futuras para profundizar en los factores específicos que contribuyen a estos trastornos y sus efectos en la calidad de vida del personal de salud.

ABSTRACT

Keywords: sleep disorders, quality of life, healthcare personnel

The study "Sleep Disorders in Healthcare Personnel of the Emergency Department of a Hospital in Ibarra" aimed to correlate sleep disorders with the quality of life of emergency department personnel. This was a quantitative, non-experimental, cross-sectional field study with a correlational design. The study population consisted of 70 healthcare professionals working rotating shifts in the emergency department. Data collection tools included the Monterrey Sleep Disorders Questionnaire and the World Health Organization Quality of Scale (WHOQOL-BREF), with data analysis performed.

The results showed a weak inverse correlation between sleep disorders and the quality of life of the staff (Spearman's coefficient p -value = -0.101, greater than 0.05), indicating that mild sleep disorders are common in 75.72% of the staff, with insomnia being the most prevalent. The reported quality of life was moderate in 68.57% of the cases, with women reporting a higher quality of life than men. Although the correlation found was weak, it is important to note that the presence of sleep disorders can negatively affect the staff's quality of life, suggesting the need for strategies to improve sleep.

In conclusion, it is recommended to promote sleep hygiene practices, adjust work shifts, and conduct future research to explore specific factors contributing to sleep disorders and their impact on the quality of life of healthcare personnel.

Introducción

El sueño es la acción de dormir, es el descanso con pérdida de la conciencia y del movimiento ambulatorio que le permite al cuerpo revitalizarse, renovarse y reponerse, (Carriedo-Diez et al., 2022) es decir, este estado fisiológico periódico del organismo, que durante la noche, hace que la persona, luego de un día de actividades, baje sus tensiones y recobre fuerza y energía, cumple funciones fundamentales para nuestra salud física y mental; al ser una parte esencial de la salud general, su alteración en el cuerpo y la mente es trascendental, ya que esta actividad biológica vital y básica, no solo proporciona descanso físico, sino que también desempeña un papel crucial en funciones cognitivas y emocionales (Merino et al, 2023).

Siendo el sueño una actividad tan importante y necesaria en la vida de las personas, no dormir lo suficiente o no tener el descanso necesario y adecuado, puede causar problemas graves en la salud general de las personas, haciendo que su calidad de vida disminuya, lo cual puede reflejarse en la capacidad de realizar actividades diarias.

Los trastornos del sueño, es la alteración de este descanso, necesario para tener una correcta homeostasis en el cuerpo humano. El personal de salud, debido a su especial jornada de trabajo, está expuesto a que esta función biológica básica, se vea alterada, con consecuentes repercusiones para su salud, física y emocional, lo cual conduce a una alteración en su calidad de vida (Albares, 2023).

Este trabajo aborda los factores que contribuyen a los trastornos del sueño en el personal sanitario del servicio de emergencias de un hospital de segundo nivel. El Capítulo I. Hace referencia al planteamiento del problema, las causas y consecuencias de los trastornos del sueño en el personal sanitario de emergencia de un hospital de segundo nivel de atención, así también los antecedentes de este estudio.

Capítulo II. Se presenta una resumida revisión teórica de los principales trastornos del sueño así también la calidad de vida, tomando en cuenta que los trastornos del sueño han adquirido gran importancia en los últimos años dada su repercusión sobre diferentes aspectos de la vida diaria, salud y bienestar de los individuos y la sociedad, accidentalidad y desempeño laboral, así como los costos directos e indirectos en la atención médica requerida para su manejo.

En el capítulo III se aborda las bases del estudio como su metodología, la población de estudio, fases de estudio donde se describe como se fue realizando el estudio. Por último, en el capítulo IV se muestran los resultados obtenidos después del procesamiento de datos con lo cual se puede llegar conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del Problema

En el mundo, los trastornos del sueño afectan a un gran porcentaje de la población, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 40% de la población ha padecido algún trastorno del sueño (Infobae, 2020). Es preocupante la alta prevalencia de trastornos del sueño en profesionales de la salud, lo cual puede estar relacionado con los altos niveles de estrés y las largas jornadas laborales que deben cumplir (Qiet al., 2020). En México, en un estudio sobre patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión realizado por Loria (2010) demostró que el 75% de los médicos residentes tenían alteraciones del sueño y en el 32% la percepción la calidad del sueño fue mala y muy mala (Loría Castellanos et al., 2010).

Es fundamental comprender cómo estos trastornos afectan la calidad de vida y el desempeño laboral del personal de salud (Andra et al., 2023). El sistema de atención hospitalaria de emergencia que presta sus servicios 24 horas al día los 365 días al año, organiza turnos rotativos con el personal sanitario, las jornadas pueden ser de veinte y cuatro horas continuas o 12 horas según sus necesidades. Este horario rotativo obligatoriamente ocasiona que el personal deba trabajar en jornadas nocturnas, cambiando totalmente el ritmo normal de vida. A la larga este sistema de trabajo puede dar lugar a que se presenten trastornos del sueño.

Es importante destacar que el descanso inadecuado y la alteración del ritmo circadiano pueden tener impactos negativos en la salud física y mental, como enfermedades cardiovasculares, problemas inmunológicos y nutricionales, entre otros. Estos factores influyen directamente en la percepción de calidad de vida del personal de salud (Schwab, 2022). Es alarmante que, a pesar de las regulaciones existentes, muchos profesionales de la salud no puedan disfrutar de un descanso adecuado debido a largas jornadas laborales.

Se ha observado una relación directa entre una mala calidad de sueño y el mayor riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares, metabólicas y trastornos del ánimo, como resultado de una senescencia celular acelerada (Mandelkorn et al., 2021). La somnolencia deteriora variables funcionales psicomotoras y neurocognoscitivas, como el tiempo de reacción, la capacidad de vigilancia, juicio y atención, así como el procesamiento de información (Lira, 2018), problemas que se vuelven más graves si se presenta en el personal de salud que atiende a seres humanos, lo que podría implicar errores en el diagnóstico y tratamiento poniendo en riesgo la vida de los pacientes.

Es cierto que los trastornos del sueño están presentes en muchos desórdenes, en los que influyen una serie de factores sociales, personales y psicológicos. La relación es bidireccional. Pues de igual forma puede decirse que múltiples enfermedades alteran el ciclo de sueño. Como consecuencia del interés renovado en el tema, existe cada vez más conocimiento nuevo sobre este fenómeno, con sus diferentes consecuencias y severidad (Bolaños González & Huertas Angulo, 2021).

El estudio realizado por Collado et al, (2016) expresan que, según estadísticas del Centro de Investigaciones de trastornos del sueño en Estados Unidos, más de 40 millones de habitantes de ese país sufren insomnio o alteraciones del sueño crónico. Igual sucede con 30 millones de mexicanos También afirman que el insomnio es un motivo de consulta frecuente en los sistemas de salud pública.

Jennum et al.(2009) encontró costos médicos sumamente elevados en la población danesa en atención, además de un mayor índice de desempleo en individuos con narcolepsia, con costos anuales de 11,654 euros, contra 1,430 de sujetos sanos, de igual manera Sjösten reportó mayor ausentismo laboral en pacientes finlandeses antes de ser diagnosticados con síndrome de apnea (Sjösten et al., 2009) y Hoffman encontró en 2010 una significativa

disminución en costos médicos y ausentismo en los dos primeros años después del tratamiento en sujetos norteamericanos (Hoffman et al., 2010).

En Ecuador, un estudio realizado en la Clínica Praxxel de Cuenca por Parra (2024) reveló que el 75% del personal de salud experimenta trastornos del sueño ligeros, mientras que un 20% enfrenta afectaciones moderadas o graves en su sueño. A pesar de que las condiciones laborales generales fueron calificadas como buenas, el estudio evidenció que ciertos aspectos laborales específicos contribuyen a la aparición de estos trastornos. Esto plantea una preocupación significativa, ya que las alteraciones en el sueño del personal de salud pueden repercutir negativamente en su calidad de vida y, en consecuencia, en la calidad de la atención que brindan a los pacientes. La escasa investigación sobre la relación entre las condiciones laborales específicas y los trastornos del sueño en el contexto ecuatoriano sugiere la necesidad de estudios más profundos y específicos que permitan desarrollar estrategias efectivas para mitigar este problema. (Parra, 2024).

En un estudio realizado en Guatemala, se determinó que casi la mitad de los médicos (48 por cada 100) que laboran en turnos nocturnos presentan algún tipo de trastorno del sueño. Entre los trastornos más comunes se encuentran el ronquido (58%), la somnolencia excesiva diurna (37%), el síndrome de piernas inquietas (21%) y el insomnio (11%). Estos trastornos no solo afectan la calidad de vida de los profesionales de la salud, sino que también pueden tener un impacto directo en la calidad de la atención médica que brindan.

A pesar de la relevancia de este problema, existe una deficiencia en la investigación continua y sistemática sobre los trastornos del sueño en el personal de salud, particularmente en contextos específicos como el servicio de emergencias en hospitales. La falta de estudios regulares y de estrategias de intervención adecuadas puede llevar a una subestimación del problema y a una inadecuada gestión del bienestar de los profesionales sanitarios.

Este estudio busca llenar estos vacíos, proporcionando datos actualizados sobre la prevalencia de los trastornos del sueño en el personal de salud que trabaja en emergencias y evaluando cómo estos trastornos afectan su calidad de vida y el desempeño laboral. Además, se pretende incentivar la implementación de políticas de salud ocupacional que promuevan la higiene del sueño y mejoren la calidad asistencial en el entorno hospitalario.

1.2 Preguntas de Investigación

¿El personal de emergencia de un Hospital de Ibarra, padece trastornos del sueño?

1.3 Antecedentes

Lemus (2019) en su investigación sobre "*Trastornos del sueño en médicos*", realizado en Guatemala, participaron en el estudio 40 médicos, con el objetivo de evaluar la prevalencia de trastornos del sueño en médicos que trabajan por turnos nocturnos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sede Chiquimula y el Hospital Nacional de Chiquimula. Se utilizó el cuestionario Trastornos de Sueño Monterrey. Los resultados mostraron que el 47.5% de los galenos presentaba algún tipo de trastorno del sueño, siendo los más comunes el ronquido (58%), la somnolencia excesiva diurna (37%) y las piernas inquietas (21%). Visto de manera general, la prevalencia de trastornos del sueño fue de 48 por cada 100 médicos que realizan turnos. Llegaron a concluir que estudiar la presencia de trastornos del sueño en médicos es muy necesaria, así también dar continuidad a estos y fomentar la higiene del sueño para lograr mejorar la calidad de vida y la salud de los médicos que trabajan por turnos nocturnos (Lemus et al., 2019).

Según Sánchez, en su investigación realizada en las Islas Baleares- España, sobre los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos, en el que participaron varios tipos de profesionales entre ellos enfermeras. Se propuso estudiar el impacto de los turnos laborales nocturnos y rotativos sobre el bienestar multidimensional, la satisfacción

familiar y el rendimiento perceptivo-visual. Los resultados indicaron que efectos negativos significativos de los turnos nocturnos y rotativos, especialmente en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual, destacando una clara desventaja en comparación con el turno diurno. Como conclusión resalta los retos que pueden presentar las labores durante estos turnos de trabajo, apuntando a la necesidad de políticas laborales que mitiguen sus impactos adversos (Sanchez, 2004).

Barahona (2013), En su estudio que tuvo como objetivo determinar las consecuencias que el trabajo nocturno implica para la salud de los trabajadores. Los resultados muestran que, si existe una prevalencia mayor de trastornos del sueño, entre los trabajadores que realizan trabajo en jornada nocturna en comparación con la diurna. Además, se observó una correlación entre la duración del trabajo nocturno y la severidad de los síntomas reportados. Este estudio concluye que laborar en horario nocturno, si se asocia con trastornos del sueño y afectaciones físicas en los trabajadores de salud, recalando la necesidad de desarrollar estrategias preventivas y de intervención para aminorar estos efectos negativos (Barahona et al., 2013).

Bonet (2009) En el estudio sobre el turno nocturno, se planteó explorar las diferencias de salud y calidad de vida entre el personal de enfermería de hospitales públicos catalanes según el tipo de horario que desempeñaban, sea diurno o nocturno. Los resultados arrojaron que existe una mayor prevalencia de problemas de insomnio e interrupciones del sueño en el turno nocturno, así como alteraciones significativas en el apoyo social, bienestar físico/psicológico y ocio, aunque las puntuaciones globales de calidad de vida fueron similares. Se puede concluir que las jornadas nocturnas tiene relación para el desarrollo de riesgos específicos para la salud y la calidad de vida, subrayando la necesidad de estrategias de mitigación enfocadas en este colectivo.(Bonet et al., 2009)

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Correlacionar los trastornos del sueño con la calidad de vida del personal que labora en el servicio de emergencia de un Hospital de Ibarra.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los trastornos del sueño más frecuentes en el personal de salud de la emergencia de un Hospital de Ibarra.
- Estimar la calidad de vida en el personal de salud de la emergencia de un Hospital de Ibarra.
- Relacionar los trastornos del sueño y calidad de vida en el personal de salud de la emergencia de un Hospital de Ibarra.

1.5 Justificación

El personal de salud desempeña un papel crucial en la sociedad, y los trastornos del sueño pueden tener un impacto significativo en su bienestar y desempeño laboral. Explorar este tema es de gran trascendencia ya que no solo puede contribuir al conocimiento científico, sino también a la identificación de posibles soluciones o intervenciones para mejorar la calidad de vida y la salud del personal de salud y por ende la calidad de servicios que prestan en la Institución.

Históricamente el sueño ha sido objeto de estudio por parte de muchos sectores, ya que como sabemos cumple una función biológica y fundamental en la vida y salud de las personas, no obstante, en la actualidad se ha restado importancia al ritmo de vida que la sociedad impone. En el personal de salud, es particularmente vulnerable a padecer trastornos del sueño, debido a sus situaciones de trabajo, especialmente en áreas críticas, como lo es la emergencia, el descanso efectivo, a través del sueño, se ve afectado por la jornada laboral, en

especial la jornada nocturna, horarios extendidos y extraordinarios, que no permiten la recuperación física y emocional en el trabajador. La identificación de esta vulnerabilidad es fundamental para implementar intervenciones que mejoren su calidad de vida y, por ende, su rendimiento laboral. (Benavides, 2019)

Mucho se habla de la salud física y emocional de las personas. El sueño es un factor importante para poder llegar a un equilibrio en la salud, es por eso que a través de esta investigación se quiere conocer si el personal de salud de la emergencia padece trastornos del sueño y si éstos afectan la calidad de vida. El presente trabajo tiene el propósito de concientizar que la falta de sueño afecta a corto y largo plazo a los trabajadores de la salud, a fin de tomar medidas para evitar que los efectos sean aún más graves y que el personal nuevo que ingrese a laborar en estas áreas, no llegue a desarrollar trastornos del sueño y puedan llevar una calidad de vida adecuada.

En cuanto a la magnitud del problema, se conoce que una alta proporción del personal de salud experimenta algún tipo de trastorno del sueño, lo que sugiere que es un problema significativo que no puede ser ignorado. La identificación y cuantificación de la prevalencia de estos trastornos en el personal de emergencia del hospital de Ibarra permitirá entender la gravedad del problema a nivel local, lo cual es esencial para diseñar estrategias adecuadas de intervención

Esta investigación es viable y factible, ya que existen herramientas validadas para evaluar tanto los trastornos del sueño como la calidad de vida en el ámbito del personal de salud. Además cuenta con el respaldo de la Universidad Técnica del Norte y la colaboración del personal sanitario de emergencia, además se contó con los recursos materiales para ejecución. Los beneficiarios son los funcionarios que podrán conocer más a fondo sobre los trastornos del sueño y sus afectaciones.

CAPITULO II

2. Marco Teórico

El Sueño

Se considera que el sueño tiene relación con el ciclo del día y la noche, lo que en los seres humanos se ha denominado ritmo circadiano o sistema circadiano, a través del empleo de la luz natural del sol para desarrollar las diversas actividades de la vida diaria y la oscuridad de la noche para descansar y dormir con una duración aproximada de 24 horas, lo que regula el círculo circadiano. (Pérez, 2007)

El sueño es una necesidad fisiológica que juega múltiples roles en los seres humanos y presenta características especiales que van variando con la edad y el medio ambiente. (Lira, 2018) La exposición a la luz artificial por la noche, así como el acelerado ritmo de la vida moderna contribuyen al aumento de la prevalencia de los trastornos de sueño, que podrían afectar las funciones cognitivas mediante diversos mecanismos fisiopatológicos (Pérez, 2007)

Tipos y Fases del Sueño.

El sueño suele dividirse en dos grandes fases que de forma normal ocurren siempre en la misma sucesión: todo episodio de sueño comienza con el llamado sueño sin movimientos oculares rápidos (No MOR), que tiene varias fases, y después pasa al sueño con movimientos oculares rápidos (MOR).

Fases del Sueño No Mor:

- Fase 1 (N1) esta fase corresponde con la somnolencia o el inicio del sueño ligero, en ella es muy fácil despertarse, la actividad muscular disminuye paulatinamente y pueden observarse algunas breves sacudidas musculares súbitas que a veces coinciden con una sensación de caída.

- Fase 2: (N2) en el EEG se caracteriza por que aparecen patrones específicos de actividad cerebral llamados husos de sueño y complejos K; físicamente la temperatura, la frecuencia cardíaca y respiratoria comienzan a disminuir paulatinamente.
- Fase 3: es un sueño más profundo, se denomina DELTA, donde el bloqueo sensorial se intensifica. Si el individuo despierta durante esta fase, se siente confuso y desorientado. En esta fase no se sueña, hay disminución de la tensión arterial y el ritmo respiratorio.
- Fase 4: es la fase de mayor profundidad del sueño, en la que la actividad cerebral es más lenta, es necesaria para la recuperación física y psíquica (déficit en fase 3 y 4 causan somnolencia diurna). Puede en ocasiones aparecer sueños en esa fase, pero no es muy común. Algunos estudios han unido la fase 3 y 4 llamándola fase N3 (Carrillo et al., 2018)

Sueño Mor.

Ahora es llamado fase R y se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos; físicamente el tono de todos los músculos disminuye (con excepción de los músculos respiratorios y los esfínteres vesical y anal), así mismo la frecuencia cardíaca y respiratoria se vuelve irregular e incluso puede incrementarse y existe erección espontánea del pene o del clítoris. Durante el sueño MOR se producen la mayoría de sueños y los pacientes que despiertan durante esta fase suelen recordar vívidamente el contenido de sus ensoñaciones. (Carrillo et al., 2018)

Trastornos del Sueño

Los trastornos del sueño constituyen un grupo muy numeroso y heterogéneo de procesos. Hay muchísimas enfermedades que cursan con algún trastorno del sueño como uno más de sus síntomas. De hecho, es difícil encontrar alguna enfermedad que no altere en nada

el sueño nocturno o la tendencia a dormir durante el día. Por ello, las clasificaciones han buscado catalogar los trastornos del sueño como enfermedades propias y no sólo como síntomas (Pérez, 2007).

Clasificación de los trastornos de sueño ICSD-2.

Esta clasificación propuesta en 2005 vuelve al diagnóstico clínico tradicional, dando más peso al síntoma principal. Se centra en las enfermedades del sueño y no en los métodos diagnósticos.

1. Insomnio
2. Trastornos respiratorios
3. Hipersomnias
4. Alteraciones del ritmo circadiano
5. Parasomnias
6. Movimientos anormales relacionados al sueño
7. Síntomas aislados
8. Otros trastornos del sueño

- **Insomnios.** Es el principal y más común de los trastornos del sueño. Por insomnio se entiende la presencia de forma persistente de dificultad para la conciliación o el mantenimiento del sueño, despertar precoz, o un sueño poco reparador, a pesar de disponer de condiciones adecuadas para el sueño. Se tiene algunos tipos de insomnio:

- Insomnio agudo o por desajuste.
- Insomnio psicofisiológico.
- Insomnio paradójico.
- Insomnio idiopático.
- Insomnio debido a trastornos mentales.
- Insomnio debido a fármacos o tóxicos.
- Insomnio debido a problemas médicos.
- Insomnio debido a una inadecuada higiene del sueño

Insomnio debido a una inadecuada higiene del sueño. Las personas que presentan este tipo de insomnio son los que no tienen un horario adecuado para dormir o consumen sustancias o realizan actividades que dificultan el inicio de sueño, o usan la cama para otras actividades, así también los horarios de sueño variables, con siestas diurnas (Leal-Grimaldo, Álvarez-Contreras, & Tamez Rodríguez, 2017). Cuando se habla de una higiene inadecuada se refiere a una alteración constante en las rutinas diarias que hoy en día se sabe influyen en el sueño. Por ejemplo, no ir cada día a dormir a la misma hora, las cenas abundantes, ingesta de alcohol, la práctica de ejercicio muy extremo pocas horas antes de acostarse, favorece a que se tenga una mala noche.

Repetir constantemente unas rutinas antes de iniciar el sueño ayudarán a mantener unos buenos hábitos que facilitarán una buena calidad del sueño. Se conoce que muchas veces no se sigue una rutina diaria, es por esto que no se considera conveniente que, si no se duerme bien o lo suficiente una noche se trate de recuperar el sueño la siguiente noche, ya que lo que ocurriría es dormir más rápido por el sueño acumulado pero el despertar no es reparador, alterando el ritmo circadiano. Su prevalencia constituye alrededor de un 5-10% de los insomnios.

- ***Trastornos Respiratorios.*** Trastornos del sueño que se caracterizan por una alteración de la respiración durante el sueño.
- ***Hipersomnias.*** Son las enfermedades caracterizadas por somnolencia diurna, que no es atribuible a ninguna dificultad para el sueño nocturno ni a cambios en el ritmo circadiano. Se entiende por somnolencia diurna la incapacidad para mantenerse despierto y alerta durante la mayoría de las situaciones del día

(González, 2021). En la segunda Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño se incluyen en este grupo las siguientes entidades:

- Narcolepsia con cataplejía o síndrome de Gelineau.
- Hipersomnia recurrente.
- Hipersomnia idiopática con sueño prolongado.
- Hipersomnia idiopática sin sueño prolongado.
- Sueño insuficiente inducido por el comportamiento.
- ***Sueño insuficiente inducido por el comportamiento:*** Consiste en la somnolencia secundaria a consecuencia de la privación crónica del sueño, voluntaria, pero no buscada directamente, derivada de comportamientos que impiden alcanzar la cantidad de sueño necesario para mantener un adecuado nivel de vigilia y alerta (obligada por circunstancias como el trabajo. (Merino, 2023)
- ***Alteraciones del ritmo circadiano.*** Entre estas alteraciones se encuentra.
 - Síndrome de la fase del sueño retrasada
 - Síndrome de la fase del sueño adelantada
 - Ritmo sueño-vigilia irregular
 - Ritmo sueño-vigilia libre
 - Jet Lag o alteración del sueño por viajes con cambio de huso horario
 - Alteración del ritmo circadiano debida a un proceso médico
 - Alteración del trabajador nocturno
- ***Alteración del trabajador nocturno.*** En esta alteración los síntomas de insomnio o hipersomnia son secundarios a jornadas o turnos laborales que se solapan con el periodo normal del sueño, permaneciendo el trabajador alerta en un momento inadecuado de su ciclo sueño-vigilia. No sólo se presenta en trabajadores que tienen turnos nocturnos o de madrugada, sino también en aquellos con rotación de los turnos; estos últimos necesitan un tiempo

determinado para adaptar su ciclo sueño-vigilia a la nueva situación. Habitualmente, todas estas condiciones de trabajo conllevan una reducción de las horas de sueño con un desajuste del ritmo circadiano de sueño-vigilia (Parra, 2024)

- ***Parasomnias.*** Son trastornos de la conducta o comportamientos anormales que tienen lugar durante el sueño.

Parasomnias del despertar

- Despertar confusional
- Sonambulismo
- Terrores nocturnos

Parasomnias asociadas al sueño MOR

- Trastorno de conducta del sueño MOR
- Parálisis del sueño aislada
- Pesadillas
- Otras parasomnias
- ***Movimientos anormales relacionados con el sueño.*** Son los trastornos del sueño asociados a enfermedades del control motor.
 - Síndrome de piernas inquietas
 - Movimientos periódicos de las piernas
 - Calambres nocturnos
 - Bruxismo
 - Movimientos rítmicos durante el sueño (Pérez, 2007)

Trastornos del sueño en personal de salud

La correcta previsión del personal de salud y de sus horarios laborales son factores que inciden en el desempeño de los profesionales de la salud y en la salud de los trabajadores, puesto que un ambiente laboral caótico tiene consecuencias negativas en el estado emocional

y anímico del recurso humano provocando que la frustración, la insatisfacción, el desánimo sean sentimientos frecuentes durante las jornadas laborales (Agudelo, 2008)

Las jornadas laborales del personal de salud se organizan en turnos rotativos diurnos y nocturnos. Se ha comprobado que en el intervalo de horas en el día existe un mayor rendimiento laboral por parte de la persona, es decir, el horario entre las ocho de la mañana y las seis de la tarde es más productivo, por el contrario, en las veladas o turnos nocturnos tiene consecuencias para la salud del personal sanitario, entre ellas alteraciones del sueño, desestabilización de los hábitos alimenticios, agresividad, trastornos digestivos, fatiga o cansancio.

Los trastornos de sueño involucran mayor riesgo en el bienestar emocional y la estabilidad de las personas, esto teniendo en cuenta que el sueño es un estado de inactividad relativa en la que ocurren algunos cambios fisiológicos, además, el cuerpo al tener un reloj biológico en el que existen tramos de horas establecidas para las variaciones de sueño y de vigilancia, el desestabilizar o desplazar estos ciclos puede determinar el surgimiento de enfermedades o trastornos mentales. El estar sometido a un constante cambio de horarios impacta en la salud del personal en estudio de manera simultánea y multidimensional provocando la disminución de la capacidad cognitiva, el impacto comportamental en adultos, es decir, existe un desbalance en el correcto funcionamiento del cuerpo. Esta falta de calidad y cantidad de sueño causa una ruptura en el desarrollo neuronal de la persona, retardando y entorpeciendo el efecto acción– reacción, incrementado las posibilidades de un fallo o errores de ejecución.

El trabajar por la noche dificulta que la persona mantenga buenos hábitos alimenticios, el cambio en el horario dificulta el consumo de los alimentos correspondientes a cada comida del día, esta afección incide en la probabilidad de padecer problemas gastrointestinales y enfermedades cardiovasculares. El tener que trabajar dentro de un horario

poco habitual, tanto en el número de horas como en la designación de fechas, tiene una fuerte incidencia en la estabilidad emocional y en las relaciones sociales del trabajador, en muchas ocasiones estos problemas llegan a ser grandes generadores de estrés que llegan a inducir al consumo de sustancias adictivas como una vía de escape al sentimiento de abandono y soledad (Agudelo, 2008).

Afectación de los trastornos del sueño en la salud

La privación del sueño tiene efectos deletéreos serios, los efectos nocivos más obvios y más bien documentados de la privación del sueño se centran en la función cognoscitiva, la función cardiopulmonar, y el sistema inmune. Los trastornos del sueño y sus consecuencias son una problemática preocupante en la salud pública, imponiendo una carga sustancial ante el individuo y la sociedad. Aunque el sueño ocupa una mitad de nuestras vidas y se puede considerar para ser un tema tan importante, la medicina del sueño es una especialidad joven, que si bien es cierto se ha avanzado en muchísimos aspectos, queda de fondo un sinnúmero de problemáticas para investigar en este campo (Agudelo, 2008).

Se conoce que no conseguir un sueño reparador puede impactar negativamente en nuestro estado de salud y la mayoría de las personas están muy familiarizadas con los efectos negativos de corto plazo, sin embargo, pocos saben en realidad cuáles pueden ser las consecuencias de una mala calidad de sueño de manera repetida o crónica (Carrillo et al., 2018).

Tabla 1. Afecciones en la salud

Localización de la afección	Signos y Síntomas
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Fibrilación auricular • Cardiopatía isquémica • Insuficiencia cardíaca •
Metabólico	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Obesidad • Síndrome metabólico • Dislipidemias •
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad vascular cerebral • Parkinson • Alzheimer • Deterioro cognitivo o demencia
Psiquiátrico	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad •
Otras	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de fatiga crónica

Fuente: Paúl Carrillo. Trastornos del sueño (2018)

La calidad del sueño y el tiempo de descanso repercuten directamente en la calidad de vida de las personas, es por ello que se dedica esta sección a recopilar información que sustente la importancia del sueño y la calidad de vida.

Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida se ha empezado a usar como medida de bienestar, sin embargo, no existe una definición concreta, por lo que muchas veces se puede llegar a mal utilizar su concepto. Algunos autores correlacionan la felicidad y la satisfacción con la calidad de vida. Actualmente la calidad de vida incorpora tres ramas: medicina, economía y ciencias sociales, cada uno con un concepto diferente. Hablando en el ámbito de medicina se puede considerar que la calidad de vida se define como “el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes” (Urzúa M & Caqueo-Urizar, 2012).

Es importante tomar en cuenta y referirnos brevemente al significado de la calidad de vida laboral. Según Cruz, la calidad de vida laboral o calidad de vida en el trabajo: “se basa en una percepción que expresan los empleados en una organización sobre su grado de satisfacción o insatisfacción con respecto al medio ambiente en el que laboran...” (Cruz Velazco, 2018).

La calidad de vida laboral entonces está determinada por las condiciones favorables para el trabajador, lo que repercutirá en su satisfacción personal, buena motivación y consecuentemente buen rendimiento laboral a través de la motivación. Para llegar a estos objetivos, se requieren algunos aspectos, como estabilidad laboral, un sueldo adecuado, buen ambiente entre el personal, reconocimiento laboral, buena relación, oportunidad de crecimiento profesional, entre estos aspectos también se habla sobre el horario de trabajo que debe ser justo y debe permitir que el trabajador tenga su adecuado descanso, y tiempo que le permita compartir con su familia o tiempo de dispersión (León Salazar, 2020).

La calidad de vida abarca varios aspectos que pueden clasificarse en objetivos, subjetivos y sociales. Los aspectos objetivos están relacionados con las condiciones materiales, como su nivel de ingresos, vivienda, alimentación, vestimenta, seguridad social y educación. Estos elementos son fundamentales para satisfacer las necesidades básicas y forman parte de los derechos humanos. Por otro lado, los aspectos subjetivos se refieren a los elementos psicológicos de la persona, como la autoestima, el autoconcepto, la intimidad, la expresión emocional y la percepción de la salud. Estos son considerados subjetivos porque dependen de la evaluación y valoración personal que cada individuo hace sobre sí mismo, su propósito en la vida y su lugar en el mundo. Además, existen aspectos sociales que incluyen políticas públicas, programas sociales, servicios institucionales y pensiones no contributivas, entre otros servicios proporcionados por el gobierno para atender integralmente las diversas necesidades de los adultos mayores. En conjunto, estos tres aspectos constituyen la calidad de

vida de las personas y están estrechamente vinculados con las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales del contexto en el que vive cada individuo. Es importante recordar que la experiencia de la calidad de vida es única, diversa y subjetiva. Lo que una persona considera esencial para su bienestar, como un alto nivel de ingresos o posesiones materiales, puede no ser tan relevante para otra. Por lo tanto, es crucial evaluar los aspectos objetivos, subjetivos y sociales que conforman nuestra calidad de vida, con el fin de identificar áreas que puedan estar debilitadas y desarrollar estrategias para fortalecerlas. (Netuveli, 2008)

Calidad de vida en personal de salud

El concepto de calidad de vida, que inicialmente surgió en las ciencias de la salud, se expandió posteriormente a la sociología y la psicología. Esta adopción interdisciplinaria reemplazó términos como "felicidad" o "bienestar". La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que refleja la percepción y valoración que cada individuo tiene de su existencia. Esta percepción se forma a partir de características inherentes a la persona, combinadas con sus expectativas y metas de vida, lo que resulta en una noción personal de calidad de vida. Este concepto es frecuentemente utilizado en el ámbito de la salud, donde se han desarrollado escalas e instrumentos para medirlo y así mejorar la práctica médica. En el contexto del personal de salud, la calidad de vida profesional se define como el bienestar experimentado al percibir un equilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles para enfrentarlas, tanto psicológicos, como organizacionales y relacionales. (Fernández et al., 2007) (Muñoz et al., 2006)

Aunque la definición de calidad de vida es vaga y su aplicación varía en campos como la sociología, la ciencia política, la medicina y los estudios sociales del desarrollo, se puede evaluar en cinco áreas clave: 1) bienestar físico (salud y seguridad física); 2) bienestar material (ingresos, posesiones, vivienda, transporte, etc.); 3) bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad); 4) desarrollo personal (metas de vida,

productividad, contribución económica, educación); y 5) bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión y espiritualidad). Según esta perspectiva, la evaluación de la calidad de vida del personal de salud debería considerar estos aspectos. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre calidad de vida en personal de salud han sido cuantitativos y, lamentablemente, se han centrado en el burnout, dejando de lado otros factores importantes como el bienestar material, social, emocional y el desarrollo personal.(Prieto et al., 2009)

A pesar de que los primeros enfoques de medición se centraron en aspectos objetivos, estos no siempre reflejan la satisfacción y felicidad personal, que también dependen de factores subjetivos. Esto puede llevar a paradojas, como tener una baja calidad de vida objetiva, pero experimentar una alta satisfacción personal. Como quiera que pueda entenderse, lo cierto es que, paradójicamente, el personal de salud busca mejorar sus oportunidades laborales y su calidad de vida a largo plazo, mediante los programas de formación de especialistas, periodo en el cual su calidad de vida se ve afectada, al menos durante cinco años. Las dificultades de ingreso a estos programas, debidas al inmenso número de aspirantes en contraposición a las pocas plazas, favorece que este espíritu de sacrificio sea una constante en la mayoría de los residentes, sobre todo en América Latina.(Reyes, 2013)

Factores que comprometen la calidad de vida del personal de salud.

Los estudios han tratado de examinar y clasificar los factores de estrés que experimentan los residentes, los cuales tienen lugar tanto en la residencia como en su vida personal. Entre ellos se mencionan: 1) factores derivados del estrés situacional, físico, vinculados con el ambiente de formación; 2) factores derivados de su condición laboral, tales como baja o ninguna remuneración, relaciones laborales, entre otros; 3) factores de estrés personal y familiar

desencadenados por variables sociodemográficas, características de personalidad, proyecto de vida y elementos propios del ciclo vital en que se encuentran. (Maslach et al., 2001)

Calidad de vida relacionada a la disminución de horas de sueño

Es ampliamente reconocido que los profesionales de la salud suelen trabajar durante largos períodos en el entorno clínico. Quirófanos, salas de urgencias, de partos y unidades de cuidados intensivos son los lugares donde se trabaja intensamente durante la noche. Los efectos del trabajo nocturno en el día siguiente muestran que existen riesgos tanto para la vida personal como para la seguridad de los pacientes y otras personas. En países como México, se ha demostrado que, además de estos factores de estrés, la práctica clínica de los médicos residentes a menudo carece de supervisión y retroalimentación adecuada, debido a la desproporción entre el número de residentes y el de profesores titulares y adjuntos. Estudios han revelado que jornadas laborales prolongadas están significativamente asociadas con el síndrome de burnout, especialmente en aquellos que trabajan 80 horas o más por semana o tienen tres o más guardias. (Mingote, 2004)

Además de estos factores, se observa que el estado de ánimo de los residentes suele deteriorarse, lo que afecta negativamente sus relaciones profesionales y familiares. La mayoría de los residentes considera que la actividad asistencial nocturna impacta negativamente en diversos aspectos de su calidad de vida, su desempeño laboral y su salud, lo que puede llevar a errores graves en la atención de pacientes, al desarrollo de enfermedades y a problemas en sus relaciones. La falta de sueño por sí sola sería suficiente para predisponer a cometer más errores; sin embargo, entre los residentes también se reporta abuso de alcohol, consumo de sustancias alucinógenas e incluso casos de suicidio. (Hockey, 2013)

Uno de los factores más estudiados y con mayor impacto en la calidad de vida es el sueño. Se ha demostrado que antes de una guardia, los médicos residentes duermen un promedio de 6 horas y, después de una guardia, 14 horas en los dos días siguientes. Estos

valores contrastan con las recomendaciones para adultos, que sugieren dormir entre 8 y 10 horas antes de una privación aguda de sueño, y 16 horas después. Los efectos negativos más destacados tras una guardia incluyen disminución de la velocidad de reacción, la atención y la memoria. Estudios de laboratorio han demostrado que después de un turno, los niveles de somnolencia diurna en los médicos residentes son similares, o incluso superiores, a los de pacientes con narcolepsia o apnea del sueño, quienes padecen una privación crónica parcial del sueño.(Sarmiento, 2015)

2.1 Marco Normativo

Constitución de la República del Ecuador

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, 11 eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (ANE, 2008).

Reglamentos Internacionales:

España: La regulación actual del trabajo nocturno y rotativo en España se encuentra contenida en la sección 5ª, “art. 36, del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, desglosado de manera amplia en cinco apartados, de los cuales se citará a continuación el contenido más relevante”

Artículo 36.1: “(...) se considera trabajo nocturno el realizado entre las 10 de la noche las 6 de la mañana (...). La jornada de trabajo de los trabajadores nocturnos no podrá exceder de ocho horas diarias de promedio, en un período de referencia de 15 días [por lo general, entre las 22:00 y las 6:00]. Dichos trabajadores no podrán realizar horas extraordinarias”.

Artículo 36.1 (continuación): “Se considerará trabajador nocturno a aquel que realice normalmente en período nocturno una parte no inferior a tres horas de su jornada diaria de trabajo, así como a aquel que se prevea que puede realizar en tal período una parte no inferior a un tercio de su jornada de trabajo anual.”

Artículo 36.2: “El trabajo nocturno tendrá una retribución específica que se determinará en la negociación colectiva, salvo que el salario se haya establecido atendiendo a que el trabajo sea nocturno por su propia naturaleza o se haya acordado la compensación de este trabajo por descansos.”

Artículo 36.3: “Se considera trabajo a turnos toda forma de organización del trabajo en equipos según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas, (...) ningún trabajador estará en el de noche más de dos semanas consecutivas, salvo adscripción voluntaria.”

Artículo 36.4: “Los trabajadores nocturnos deberán gozar en todo momento de un nivel de protección de salud y seguridad adaptado a la naturaleza de su trabajo (...) los trabajadores nocturnos a los que se le reconozcan problemas de salud tendrán derecho a ser destinados a un puesto de trabajo diurno que exista en la empresa y para el que sean profesionalmente aptos (...).”

Artículo 36.5: “(...) atenuar el trabajo monótono y repetitivo en función del tipo de actividad y de las exigencias en materia de seguridad y salud de los trabajadores (...) deberán ser tenidas particularmente en cuenta a la hora de determinar los períodos de descanso durante la jornada de trabajo.” La Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, contiene las bases legales específicas del trabajo nocturno y a turnos en la Comunidad Económica Europea. Dicha normativa fue modificada por la sentencia C84/64 de 1996, que eliminó el párrafo segundo del artículo 5º de la misma, relativo al descanso semanal. Se establece en la sección III las condiciones de la duración máxima del trabajo nocturno (art. 8), la evaluación de la salud y el traslado de los trabajadores nocturnos al trabajo diurno en caso de enfermedad relacionada con el turno (art. 9), las garantías estatales del trabajo nocturno (art. 10), información empresarial a las instituciones estatales del empleo regular de trabajadores nocturnos (art. 11) y la protección especial en materia de seguridad y de salud (art. 12). Algunos artículos de la Directiva 93/104 son modificables mediante los respectivos acuerdos sindicales – en nuestro caso, el art. 8º es el único referente al trabajo nocturno que está sujeto a modificaciones sindicales.”

Cada país tiene una legislación específica sobre el trabajo nocturno, con sus ventajas y desventajas sobre los demás. El eje en el cual se centran las distintas legislaciones laborales internacionales sobre trabajo nocturno, es la Organización Internacional del Trabajo (Sánchez González & Psicología, 2017).

Decisión 584: Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo

Capítulo II: Política de Prevención de Riesgos Laborales - Artículo 4.

En el marco de sus Sistemas Nacionales de Seguridad y Salud en el Trabajo, los Países Miembros deberán propiciar el mejoramiento de las condiciones de seguridad y salud

en el trabajo, a fin de prevenir daños en la integridad física y mental de los trabajadores que sean consecuencia, guarden relación o sobrevengan durante el trabajo.

Para el cumplimiento de tal obligación, cada País Miembro elaborará, pondrá en práctica y revisará periódicamente su política nacional de mejoramiento de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo (sn, 2004)

Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo (Decreto Ejecutivo 2393)

Título I

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 1.- ámbito de aplicación. - Las disposiciones del presente Reglamento se aplicarán a toda actividad laboral y en todo centro de trabajo, teniendo como objetivo la prevención, disminución o eliminación de los riesgos del trabajo y el mejoramiento del medio ambiente de trabajo.

Art. 3.- Ministerio de Trabajo. - Corresponde a este Ministerio, en materia de Seguridad e Higiene en el Trabajo, las facultades siguientes:

- 2. Recolectar datos a nivel nacional respecto a composición y número de la población laboral, horarios de trabajo y número de accidentes y enfermedades profesionales, sus causas y consecuencias. Tales datos serán regularmente remitidos al Comité Interinstitucional a efectos de elaborar la estadística respectiva.
- 3. Mantener relaciones con Organismos Internacionales y con los otros países en materias de prevención de riesgos del trabajo y mejoramiento de las condiciones del medio ambiente laboral.

- 4. Impulsar, realizar y participar en estudios e investigaciones sobre la prevención de riesgos y mejoramiento del medio ambiente laboral; y, de manera especial en el diagnóstico de enfermedades profesionales en nuestro medio. (IESS, s. f.-a)

Reglamento del seguro general de riesgos del trabajo Resolución C.D. 513

Primer Anexo y Anexo "A" Codificación del informe de Investigación de Accidentes de Trabajo "IAT" o Análisis de Puesto de Trabajo "APT".

Primer Anexo: para efectos de la protección del Seguro General de Riesgos del Trabajo se considerarán enfermedades profesionales las siguientes

Enfermedades profesionales según el órgano o sistema afectado

- Trastornos mentales y del comportamiento.
- Trastorno de estrés postraumático
- Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y lo(s) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador.

Anexo "A": Codificación del informe de Investigación de Accidentes de Trabajo "IAT" o Análisis de Puesto de Trabajo "APT":

4. Descripción detallada del accidente (Para IAT)

4.3.9 Sobre tensión-sobreesfuerzo- sobrecarga: 4.3.9.3 Sobreesfuerzo mental (*C.D. 513.pdf*, s. f.).

5. Análisis de Causalidad

5.1.1.5 Factores de riesgo psicosocial: Organización del trabajo (rotación, turnos, pausas), carga mental, estrés, otros (especifique).

5.2.2.3.2 Exposición a factores de riesgo sicosocial.

5.2.2.4.2 Fatiga debido a la carga o duración de las tareas.

5.2.2.4.3 Fatiga debido a la falta de descanso.

5.2.2.4.4 Fatiga debido a sobrecarga sensorial.

5.2.2.5 Tensión mental o psicológica (Estrés) (IESS, s. f.-b)

Ley Orgánica del Servidor Público, LOSEP:

Art. 25.- De las jornadas legales de trabajo.- a) Jornada Ordinaria: Es aquella que se cumple por ocho horas diarias efectivas y continuas, de lunes a viernes y durante los cinco días de cada semana, con cuarenta horas semanales, con períodos de descanso desde treinta minutos hasta dos horas diarias para el almuerzo, que no estarán incluidos en la jornada de trabajo; y, b) Jornada Especial: Es aquella que por la misión que cumple la institución o sus servidores, no puede sujetarse a la jornada única y requiere de jornadas, horarios o turnos especiales; debiendo ser fijada para cada caso, observando el principio de continuidad, equidad y optimización del servicio, acorde a la norma que para el efecto emita el Ministerio de Relaciones Laborales. Las servidoras y servidores que ejecuten trabajos peligrosos, realicen sus actividades en ambientes insalubres o en horarios nocturnos, tendrán derecho a jornadas especiales de menor duración, sin que su remuneración sea menor a la generalidad de servidoras o servidores. Las instituciones que, en forma justificada, requieran que sus servidoras o sus servidores laboren en diferentes horarios a los establecidos en la jornada ordinaria, deben obtener la aprobación del Ministerio de Relaciones Laborales. En el caso de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, sus entidades y regímenes especiales, esta facultad será competencia de la máxima autoridad (Delgado, s. f.)

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Hipótesis

HI. Los trastornos del sueño en el personal que labora en el servicio de emergencia de un Hospital en Ibarra están significativamente correlacionados con una disminución en la calidad de vida.

H0: No existe una correlación significativa entre los trastornos del sueño y la calidad de vida del personal que labora en el servicio de emergencia de un Hospital en Ibarra

HA: Existe una correlación significativa entre los trastornos del sueño y una disminución en la calidad de vida del personal que labora en el servicio de emergencia de un Hospital en Ibarra

3.2 Diseño de investigación

Es un estudio cuantitativo, según la forma de la recolección de información, se aplicó una investigación de campo, correlacional, describe la relación entre dos o más variables, en este caso, los trastornos del sueño y la calidad de vida del personal sanitario del servicio de emergencia, es no experimental, no se manipuló las variables, permite observar una situación tal como se presenta y por la temporalidad es transversal, se recolectó la información en un tiempo único y en un momento dado, haciendo una evaluación de los trastornos del sueño en el personal de emergencia.

3.2.1 Enfoque de la Investigación

Este estudio se clasifica como cuantitativo. La recolección de datos numéricos permite realizar un análisis estadístico objetivo, fundamental para establecer relaciones entre los trastornos del sueño y la calidad de vida del personal de emergencia. Al ser un estudio transversal, se obtuvo información en un único momento temporal, lo que facilitó la

comparación entre diferentes grupos de personal de salud, como auxiliares de enfermería, enfermeros/as, médicos residentes y médicos tratantes, permitiendo así identificar patrones en la prevalencia de los trastornos del sueño.

3.3 Datos Demográficos

El estudio se realizó en un hospital de segundo nivel de atención, ubicado en el servicio de emergencia que cuenta con cinco médicos tratantes, veintidós médicos residentes, veintiséis licenciados/as de enfermería y diecisiete auxiliares de enfermería. Con capacidad resolutive atiende las emergencias de la zona norte del país en especial Carchi, Imbabura, Esmeraldas y Sucumbíos.

En su cartera de servicios cuenta con consulta externa y dispone de 51 consultorios para: pediatría, medicina interna, cirugía, ginecología, obstetricia y fisioterapia; y en hospitalización cuenta con 162 camas, seis quirófanos, servicios de diagnóstico, laboratorio clínico, imagenología, además de servicio de emergencias y farmacia, además cuenta con los servicios de hospitalización y consulta externa de medicina interna, cirugía, traumatología, ginecología y pediatría, además cuenta con el servicio de neonatología y emergencias en la cual están incluida emergencia ginecológica, pediátrica y de adultos.

3.3.1 Población y Muestra

La población del estudio fue 70 personas que laboran en el área de emergencia de un hospital de Ibarra, se trabajó con el 100% de la población.

Tabla 2 Descripción de la población en estudio

Tipo de personal	Total	Porcentaje
Médicos tratantes	5	2,68%
Médicos residentes	22	14,07%
Enfermeras/os	26	16,75%
Auxiliares de enfermería	17	11,39%
Total	70	100%

3.4.1 Criterios de inclusión

- Personal de Emergencia Activo:
 - Profesionales que actualmente trabajan en el servicio de emergencia de un Hospital de Ibarra (médicos tratantes y residentes, enfermeras, auxiliares de enfermería).

- Edad:
 - Participantes de entre 25 y 65 años.

- Turnos Rotativos:
 - Personal que trabaja en turnos rotativos, incluyendo turnos nocturnos, matutinos y vespertinos.

- Experiencia Laboral:
 - Mínimo de seis meses en el servicio de emergencia.

- Consentimiento Informado:
 - Aquellos que han dado su consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Enfermedades Crónicas Diagnosticadas:
 - Personal que padezca enfermedades asociadas al sueño.

- Uso de Medicación Específica:
 - Participantes que estén tomando medicación para el tratamiento de trastornos del sueño (como sedantes o antidepresivos) que puedan alterar los resultados del estudio.

- Cambios Recientes en el Estilo de Vida:

- Personal que haya experimentado cambios significativos en su estilo de vida (como el nacimiento de un hijo) en los últimos tres meses, que puedan influir en su sueño y calidad de vida.
- Trabajo administrativo:
 - Personal que trabaje a en la emergencia, pero desempeñe labores administrativas.

3.5 Instrumentos

3.5.1 Cuestionario de Trastornos del sueño de Monterrey

Este cuestionario fue desarrollado con el objetivo de tener un instrumento en español para evaluar los trastornos del sueño más comunes. Los resultados nos indican que sus propiedades psicométricas son adecuadas, ya que tiene una consistencia interna alta y además una evidencia de validez, la cual ha sido aceptada por otros investigadores como validada y confiable. (Téllez et al., 2012)

El cuestionario de Trastornos de Sueño Monterrey, cuenta con 30 preguntas en escala Likert de 5 puntos que van de nunca (1) a siempre (5), y fue realizado con base en indicadores descritos en la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño. La puntuación global de los trastornos del sueño se obtiene sumando las calificaciones de los 30 reactivos. Los trastornos del sueño incluidos en este cuestionario fueron: insomnio, somnolencia excesiva diurna, indicadores de apnea obstructiva, sonambulismo, indicadores de síndrome de piernas inquietas, parálisis del sueño, ronquido, pesadillas, somniloquio, bruxismo, enuresis, consumo de medicamentos estimulantes y/o hipnóticos. (Téllez et al., 2016)

3.5.2 Escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF)

El WHOQOL-BREF es un instrumento de 26 ítems que consta de cuatro dominios: salud física (7 ítems), salud psicológica (6 ítems), relaciones sociales (3 ítems) y salud ambiental (8 ítems); también contiene ítems de calidad de vida y salud general. Cada ítem se puntúa de 1 a 5 en una escala de respuesta, que se estipula como una escala ordinal de cinco puntos. Luego, las puntuaciones se transforman linealmente a una escala de 0 a 100 (16, 17). El dominio de salud física incluye ítems sobre movilidad, actividades diarias, capacidad funcional, energía, dolor y sueño. Las medidas del dominio psicológico incluyen autoimagen, pensamientos negativos, actitudes positivas, autoestima, mentalidad, capacidad de aprendizaje, concentración de memoria, religión y estado mental. El dominio de relaciones sociales contiene preguntas sobre relaciones personales, apoyo social y vida sexual. El ámbito de la salud ambiental abarca cuestiones relacionadas con los recursos financieros, la seguridad, la salud y los servicios sociales, el entorno físico vital, las oportunidades para adquirir nuevas habilidades y conocimientos, la recreación, el medio ambiente general (ruido, contaminación del aire, etc.) y el transporte. (Vahedi, 2010)

El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada; sin embargo, no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. (García, 2002)

El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas. El cuestionario debe ser autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistada. (Servicio Andaluz de Salud, 2010)

3.5.3 Procesamiento de datos

Se realizó la toma de datos mediante cuestionarios, los cuales fueron explicados de manera previa a cada participante. Posterior a que todos los participantes hayan terminado sus cuestionarios, se procedió a tabular y realizar el análisis mediante el programa SPSS, donde se obtuvieron varios resultados que son explicados en el capítulo de resultados.

3.6 Fases del Estudio

3.6.1 Fase 1: Delimitación del problema: en esta fase se determinó el problema y se plantearon los objetivos para poder conocer si el personal de salud de la emergencia padece trastornos del sueño y si estos tienen afectación en su calidad de vida.

3.6.2 Fase 2: Delimitación de la población: Se selección a profesionales sanitarios que realizan turnos rotativos médicos residentes, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería, se determinó quienes serían objetos de estudio mediante criterios de inclusión y exclusión, el total fue de 70 participantes.

3.6.3 Fase 3: Verificación de la muestra. No se realiza cálculo de muestra ya que se trabaja con el total de la población.

3.6.4 Fase 4: Aplicación del instrumento. Los instrumentos seleccionados para el estudio fueron el cuestionario de Monterrey y el de Calidad de vida WHOQOL-BREF previamente validados y aprobados, previo al consentimiento informado de cada sujeto se aplicó los instrumentos, con la información se construyó la base de datos en SPSS, se elaboró tablas que facilitó el análisis. conclusiones y recomendaciones.

3.7 Consideraciones Bioéticas

El presente estudio se realizó para diagnosticar si existen trastornos del sueño en el personal que labora en la emergencia de un Hospital de Ibarra, respetando la voluntad de ser

parte o no del estudio. Previo a recopilar la información, se explica a cada persona el propósito de esta investigación y se menciona también que los datos recopilados, son anónimos, por tanto, no ocasionarán ninguna consecuencia en su relación laboral.

Este estudio se adhiere a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, que presenta directrices médicas fundamentales para la investigación en seres humanos, abarcando la utilización de material humano y datos identificables (Helsinki and consent, 1976). También el estudio observó los principios de dignidad y derechos humanos, tal como lo establece la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005. Se garantizó el respeto a la privacidad y confidencialidad de los participantes, asegurando la protección de su identidad y el uso adecuado de los datos recopilados durante la investigación. Esto aseguró que el estudio se llevase a cabo de manera ética y responsable, priorizando el bienestar y la protección de los participantes (Salazar et al., 2018).

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

En la presente investigación, la población estudiada corresponde a 70 participantes que representan el 100% del universo y son el personal de salud que labora en el área de emergencia de un hospital de Ibarra, donde después de aplicar los instrumentos como el Test de Monterrey y el de WHOQOL-BREF, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 3 Frecuencia de trastornos del sueño de acuerdo con género en personal de salud

		Sueño Normal	%	Trastorno Leve del Sueño	%	Trastorno Moderado del Sueño	%	Trastorno Severo del Sueño	%	Total	%
Género	Hombre	0	0,00%	22	31,43%	2	2,86%	1	1,43%	25	35,72%
	Mujer	1	1,43%	31	44,29%	13	18,57%	0	0,00%	45	64,28%
Total		1	1,43%	53	75,72%	15	21,43%	1	1,43%	70	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de resultados:

La tabla 3, da a conocer los resultados obtenidos por género al aplicar el test de Monterrey, donde el 31,43 % y el 44,29 %, tanto en hombres como mujeres respectivamente presentan un trastorno leve del sueño, en cambio un 1,43 % de las mujeres poseen un sueño normal y el 1,43 % de los hombres un trastorno severo del sueño. Lo que da a conocer que las mujeres son más propensas a padecer trastornos del sueño debido a que existe un mayor número del género femenino en el área de salud y podrían ser más susceptibles a presentar estrés.

Tabla 4 Trastornos del sueño en relación con el cargo que ocupa el personal

Cargo que ocupa	Sueño Normal	%	Trastorno Leve del Sueño	%	Trastorno Moderado del Sueño	%	Trastorno Severo del Sueño	%	Total	%
	Auxiliar de enfermería	0	0,00%	13	18.57%	4	5.71%	0	0,00%	17
Enfermero/a	1	1.43%	20	28.57%	4	5.71%	1	1.43%	26	37.14%
Médico residente	0	0,00%	16	22.85%	6	8.57%	0	0,00%	22	31.42%
Médico tratante	0	0,00%	4	5.71%	1	1.43%	0	0,00%	5	7.14%
Total	1	1,43%	53	75,72%	15	21,43%	1	1,43%	70	100,00%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 muestra que la mayoría de los profesionales de salud experimentan trastornos del sueño leves, con un 75.72% de los casos. Los enfermeros/as y médicos residentes son los que presentan la mayor proporción de trastornos leves y moderados, con un 28.57% y 22.85% respectivamente, lo que sugiere una posible relación entre el tipo de cargo y el nivel de estrés. Los trastornos severos son raros, con solo un 1.43% en total, reflejando que, aunque los trastornos del sueño son comunes, los casos graves son menos frecuentes. Los médicos tratantes tienen la menor incidencia de trastornos del sueño, lo que podría indicar diferencias en las cargas laborales o en el manejo del estrés en comparación con otros cargos.

Tabla 5 Trastornos del sueño identificados

Trastorno:	Total	% / Muestra
Insomnio	41	59%
Trastornos respiratorios	7	10%
Hipersomnias	37	53%
Parasomnias	33	47%
Movimientos anormales	19	27%
Otros	23	33%

Fuente: Elaboración propia

Los resultados reflejados en la tabla 5 indican que el insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en la muestra, seguido de hipersomnias y parasomnias, lo que evidencia una alta prevalencia de alteraciones relacionadas con la cantidad y calidad del sueño. Los movimientos anormales (27%) y otros trastornos (33%) tienen una presencia moderada, mientras que los trastornos respiratorios (10%) son los menos comunes. Estos resultados resaltan la necesidad de priorizar el insomnio y las hipersomnias en intervenciones, considerando su impacto significativo en la calidad de vida.

Tabla 6 Frecuencia de calidad de vida de acuerdo con género en personal de salud

		Baja	%	Moderada	%	Alta	%	Total	%
Género	Hombre	1	1.43%	17	24.28%	7	10%	25	35.72%
	Mujer	0	0.00%	31	44.29%	14	20%	45	64.28%
Total		1	1.43%	48	68.56%	21	30%	70	100,00%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 6, indica que las mujeres reportan una calidad de vida más alta en comparación con los hombres. Las mujeres tienen un 44.29% en la categoría de calidad de vida moderada y un 20% en la categoría alta, mientras que los hombres tienen un 24.28% en la moderada y un 10% en la alta. No hay mujeres en la categoría de calidad de vida baja, a diferencia de los hombres, que tienen un 1.43% en esta categoría. En total, el 68.56% de los participantes reporta una calidad de vida moderada y un 30% una calidad de vida alta, reflejando que una mayoría significativa está en una categoría intermedia o alta. La ausencia de mujeres en la categoría baja y su mayor presencia en las categorías moderada y alta sugiere que, en general, las mujeres tienden a reportar una calidad de vida más comprometida que los hombres, destacando la necesidad de abordar posibles diferencias de género en las condiciones que afectan la calidad de vida.

Tabla 7 Frecuencia de calidad de vida de acuerdo con el cargo que ocupa el personal de salud

		Baja	%	Moderada	%	Alta	%	Total	%
Cargo que ocupa	Auxiliar de enfermería	1	1.43%	10	14.28%	6	8.57%	17	24.28%
	Enfermero/a	0	0,00%	17	24.28%	9	12.85%	26	37.14%
	Médico residente	0	0,00%	16	22.85%	6	8.57%	22	31.42%
	Médico tratante	0	0,00%	5	7.14%	0	0%	5	7.14%
Total		1	1.43%	48	68.57%	21	30%	70	100,00%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 7 arroja que la mayoría del personal de salud encuestado percibe una calidad de vida moderada con un 68.57%, con variaciones según el cargo. Los enfermeros y médicos residentes tienen la mayor proporción de alta calidad de vida, 12.85% y 8.57% respectivamente, mientras que los médicos tratantes reportan exclusivamente una calidad de vida moderada. Solo un auxiliar de enfermería reporta baja calidad de vida, 1.43%. Estos resultados destacan la necesidad de enfocarse en mejorar la calidad de vida en todos los cargos, especialmente en los médicos tratantes y auxiliares de enfermería

Tabla 8 Percepción de salud respecto a calidad de vida

Percepción de salud	Muy baja	% / Muestra	Baja	% / Muestra	Moderada	% / Muestra	Alta	% / Muestra
1. Salud Física	4	6%	32	46%	28	40%	6	9%
2. Psicológico	1	1%	25	36%	35	50%	9	13%
3. Relaciones Sociales	2	3%	24	34%	34	49%	10	14%
4. Ambiente	1	1%	34	49%	31	44%	4	6%

Fuente: Elaboración propia

La percepción de salud muestra que la mayoría de los encuestados califican su estado en un rango moderado a bajo, especialmente en los dominios de salud física y psicológica,

donde el 46% y 36% lo perciben como "bajo", respectivamente. En salud física, solo el 9% reporta una percepción "alta". El dominio psicológico tiene un mayor porcentaje en "moderada" (50%), mientras que las relaciones sociales destacan con un 49% en "moderada" y un 14% en "alta". El ambiente es percibido mayoritariamente como "bajo" (49%), con un escaso 6% que lo valora como "alto". Esto sugiere la necesidad de intervenciones focalizadas en mejorar la percepción de salud física y ambiental, que son los dominios más vulnerables en esta muestra.

Tabla 9 Correlación entre calidad de vida y trastorno del sueño

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Test WHOQOL-BREF	,422	70	,000
Test de Monterrey	,452	70	,000

Fuente: Elaboración propia

Al realizar la prueba de normalidad tanto de los resultados obtenidos entre el test de Monterrey y el de WHOQOL-BREF, para ambos casos se utiliza la prueba de Kolmogorov-Smirnov, ya que la población estudiada es $n > 50$, donde se trabaja con un nivel de significancia de 0,95 y un error $\alpha = 0,05$, al realizar la prueba de normalidad nos da como resultado en ambas variables un valor $\alpha = 0,000$, lo que conlleva a decir que en los datos no existe normalidad.

Tabla 10 Correlación entre calidad de vida y trastorno del sueño

		Test W	Test Monterrey
Rho de Spearman	Test WHOQOL-BREF	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,407
		N	70
	Test Monterrey	Coefficiente de correlación	-,101
		Sig. (bilateral)	,407
		N	70

Fuente: Elaboración propia

Al no ser los datos obtenidos normales, esto sugiere que se debe utilizar el coeficiente de correlación de Spearman, donde el p – valor equivale a -0,101, siendo este mayor que 0,05 se define que posee una correlación negativa muy baja, teniendo como consecuencia que las variables se relacionan de forma inversa, lo que quiere decir es que los valores de una variable tienden a incrementarse mientras que los valores de la otra variable descienden. Con este análisis se determina que se acepta la hipótesis alterna que manifiesta que existe una correlación significativa entre los trastornos del sueño y una disminución en la calidad de vida del personal que labora en el servicio de emergencia de un Hospital en Ibarra, y se rechaza la hipótesis nula.

4.2 DISCUSIÓN

El interés por abordar los trastornos del sueño son una arista adicional en la salud pública debido al impacto y las repercusiones que tienen en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Barrenechea Loo, 2010), los problemas de sueño se han asociado con un mayor riesgo de alteraciones de la salud mental, especialmente, con el desarrollo de trastornos depresivos (Roelen et al., 2018).

En este estudio, se encontró una correlación inversa entre trastornos del sueño y calidad de vida, datos que se asemejan con del estudio realizado en Ecuador, por Zuñiga (2021), que indica que las variables de trastornos del sueño y calidad de vida tienen un coeficiente de significancia ($p < 0,01$) (Zuñiga et al., 2021)

Corroborando los datos encontrados en este estudio con los hallazgos de Barahona (2013) se reconoce que el trabajo nocturno puede tener consecuencias significativas para la salud y el bienestar del personal en estudio. La correlación observada entre la duración del trabajo nocturno y la severidad de los síntomas de trastornos del sueño subraya la importancia de abordar este problema en el entorno laboral de los trabajadores de la salud.

A diferencia del estudio de Bonet R. (2009), los resultados no mostraron una correlación entre los trastornos del sueño y la calidad de vida del personal de salud, encontró una mayor prevalencia de problemas de insomnio e interrupciones del sueño en el turno nocturno, así como alteraciones significativas en el apoyo social, bienestar físico/psicológico y ocio.

Al hacer una comparación con el estudio de Bonet R. (2009), realizado en España; Ambos estudios revelan una relación negativa entre los trastornos del sueño y la calidad de vida, aunque desde diferentes perspectivas. Mientras que el estudio citado asocia el trabajo nocturno con mayores problemas de insomnio y peores resultados en dimensiones específicas de la calidad de vida, nuestros hallazgos muestran una correlación inversa generalizada,

donde un aumento en los trastornos del sueño se relaciona con una disminución global en la calidad de vida del personal de emergencia. Esto sugiere que, más allá del trabajo nocturno, los trastornos del sueño tienen un impacto negativo significativo en el bienestar general

En este estudio se observó que todos los trabajadores presentaron algún tipo de trastornos del sueño. Esta alta prevalencia es notable y relaciona con los hallazgos del estudio de Carro (2013), efectuado en Guatemala, que encontró que el 47.5% de los médicos encuestados presentaba algún tipo de trastorno del sueño. En la investigación mencionada se identificó varios tipos de trastornos del sueño entre los médicos, siendo los más comunes el ronquido, la somnolencia excesiva diurna y las piernas inquietas. Tanto este estudio como el de Carro (2013) resaltan la importancia de estudiar y abordar los trastornos del sueño en el personal de salud que trabaja por turnos nocturnos. La alta prevalencia de estos trastornos entre los trabajadores de salud puede tener importantes implicaciones para la calidad de vida y la salud de estos profesionales, así como para la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Los resultados de nuestro estudio respaldaron la existencia de una correlación significativa entre los trastornos del sueño en el personal de salud y su calidad de vida. Este hallazgo es coherente con el estudio de Méndez (2005), que señaló que los turnos nocturnos tienen un impacto adverso en aspectos de la calidad de vida, así como en la salud y la calidad asistencial de los médicos residentes en España. Al igual que en el estudio de Méndez, nuestro estudio observó que los turnos nocturnos en el personal de salud están asociados con trastornos del sueño y una disminución en la calidad de vida. Estos resultados refuerzan la idea de que los turnos nocturnos pueden tener consecuencias adversas para la salud física, mental y emocional de los trabajadores de la salud. Ambos estudios resaltan la importancia de considerar la nocturnidad al evaluar la calidad de vida y la salud del personal de salud, ya que las condiciones laborales desfavorables, como la falta de sueño y la fatiga, pueden

contribuir significativamente a la percepción de una mala calidad de vida y a la aparición de problemas de salud física y mental

4.3 CONCLUSIONES

Acorde a los objetivos planteados en el estudio, que fueron respondidos en los resultados mediante el análisis descriptivo, inferencial y las pruebas de hipótesis, se investigó la relación entre los trastornos del sueño y la calidad de vida del personal de emergencia del Hospital de Ibarra y se establece las siguientes conclusiones:

- Los trastornos del sueño leves son comunes en el personal de salud de la emergencia del Hospital de Ibarra, afectando al 75.72%. Las mujeres presentan una mayor propensión a estos trastornos, igualmente el trastorno con mayor prevalencia fue el insomnio.
- La mayoría del personal reporta una calidad de vida moderada 68.57%, con las mujeres mostrando una calidad de vida más alta en comparación con los hombres. Esto destaca la importancia de considerar las diferencias de género en la evaluación de la calidad de vida.
- Aunque se encontró una correlación inversa entre los trastornos del sueño y la calidad de vida, esta relación es débil. Esto implica que, aunque los trastornos del sueño tienden a afectar negativamente la calidad de vida, el impacto no es extremadamente fuerte. Estos hallazgos sugieren que es necesario implementar estrategias para mejorar la calidad del sueño del personal de emergencia, ya que los trastornos del sueño pueden contribuir a una disminución en la calidad de vida, aunque de forma moderada.

4.4 RECOMENDACIONES

Con base en los objetivos del estudio y los resultados obtenidos, es crucial establecer estrategias que mejoren la calidad de vida del personal de emergencia del Hospital de Ibarra.

Dada la influencia de los trastornos del sueño en su bienestar y desempeño, se sugieren las siguientes recomendaciones:

- Incentivar actividades de promoción y fomento de la higiene del sueño en el personal de salud para tratar de mejorar el problema en esta población
- Explorar en futuras investigaciones los factores específicos que contribuyen a los trastornos del sueño en el personal de salud, así como las estrategias preventivas y de intervención que podrían ayudar a mitigar estos efectos negativos.
- Compartir los resultados con las autoridades del Hospital para así poder implementar turnos rotativos más equilibrados y permitir tiempos de descanso adecuados puede ayudar a reducir el impacto negativo de los turnos nocturnos en la calidad del sueño y la calidad de vida del personal.

4.5 BILIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Mandelkorn, U., Genzer , S., Choshen-Hillel, J., Reiter, J., Meira , E., Cruz, M., & Hochner, H. (1 de enero de 2021). Escalada de alteraciones del sueño en medio de la pandemia de COVID-19: un estudio internacional transversal. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 45-53. doi:<https://doi.org/10.5664/jcsm.8800>
- Sjösten, N., Vahtera, J., Salo, P., & Oksanen , T. (2009). Increased risk of lost workdays prior to the Increased risk of lost workdays prior to the. *Chest.*, 136(1), 130-136.
- Andra, J., Silveira, C., & Terra, F. (2023). La cronicidad y su impacto en la salud de los trabajadores: un llamado a acciones concretas. *Rev Bras Enferm., Suppl 3(1)*, 1-2. doi:Rev Bras Enferm.2023(Suppl 3):e76suppl301.
- ANE. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Asamblea Nacional.
- Barrenechea Loo, M. e. (2010). Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil*, 15(2), 54-58. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71721155002>
- Bjorvatn, B., Pallesen , S., & Moen, B. (2018). tension-type headache and medication-overuse headache in a large population of shift working nurses. *BMJ Open*, 8(11). doi:10.1136/bmjopen-2018-02240
- Bolaños González, J., & Huertas Angulo, M. (2021). *Manejo y Tratamiento Actualizado de los Trastornos del Sueño: Una revisión al día*. Tesis Especialidad en Psiquiatría , Universidad de Costa Rica, Instituto de Posgrado . Obtenido de <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/82762/Tesis%20-%20Sue%C3%B1o%20Melissa%20y%20Jorge.pdf?sequence=3>

- Carriedo-Diez, B., Tosoratto-Venturi, J., Cantón-Manzano, C., & Wanden-Berghe, C. (agosto de 2022). The Effects of the Exogenous Melatonin on Shift Work Sleep Disorder in Health Personnel: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph191610199>
- Collado, M., Sánchez, O., Almanza, J., & Arch, E. (2016). Epidemiología de los trastornos del sueño en población mexicana: seis años de experiencia en un centro de tercer nivel. *Anales Médicos*, 61(2), 87-92. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc162b.pdf>
- Connor, J., Whitlock, G., Norton, R., & Jackson, R. (2001). El papel de la somnolencia del conductor en los accidentes automovilísticos: una revisión sistemática de estudios epidemiológicos. *Accident Analysis & Prevention*, 31-41. doi:[https://doi.org/10.1016/S0001-4575\(00\)00013-0](https://doi.org/10.1016/S0001-4575(00)00013-0)
- Fernandes Portela, L., Kröning, C., & Rotenberg, L. (2015). Tensión laboral y síntomas de insomnio autoinformados entre enfermeras: ¿qué pasa con la influencia de las demandas emocionales y el apoyo social? *Biomed Res Int*. doi:10.1155/2015/820610
- González, M. (2021). Hipersomnia idiopática: desconocida y polimórfica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 584-590. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.09.005>
- Hoffman, B., Wingenbach, D., Kagey, A., & Schaneman, J. (2010). The long-term health plan and disability cost benefit of obstructive sleep apnea treatment in a commercial motor vehicle driver population. *J Occup Environ Med*, 52(5), 473-477.
- Infobae. (20 de enero de 2020). *Trastornos del sueño*. Recuperado el 24 de enero de 2024, de <https://www.infobae.com/salud/2020/01/20/trastornos-del-sueno-el-40-de-la-poblacion-mundial-duerme-mal/>
- Jennum, P., Knudsen, S., & Kjellberg, J. (2009). The economic consequences of narcolepsy. *J Clin Sleep Med*, 5(3), 240-245.

- Leal-Grimaldo, J., Álvarez-Contreras, J., & Tamez Rodríguez, A. (2017). Nivel de insomnio no orgánico posterior a una estrategia de higiene del sueño. *Aten Fam*, 24(1), 23-26. Obtenido de <https://n9.cl/5cbpeq>
- Lira , D., & Nilton , C. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1), 20-28. doi:<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>
- Loría Castellanos, J., & Rocha Luna , J. (julio-septiembre de 2009). Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicosresidentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *San Greogorio*, 16. doi:<https://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/1357/1308>
- Merino Andreu, M., & Naranjo Castresana, M. (Febrero de 2023). Trastornos del sueño. *Medicine-Programa de Formación Médica*, 13(72), 4243-4255.
- Merino et al. (febrero de 2023). Trastornos del sueño. *Medicine*, 23(72), 4205-4278. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2023.02.013>
- Parra Siguenza, D., Baculima Suarez, J., & Mariño Andrade, H. (2023). Trastornos del sueño asociados al trabajo nocturno del personal de salud de la Clínica Praxxel - Cuenca. *Anatomía Digital*, 6(4.1), 6-22. doi:<https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i4.1.2740>
- Qi, J., Xu, J., Li, B.-Z., & et al. (mayo de 2020). The evaluation of sleep disturbances for Chinese frontline medical workers under the outbreak of COVID-19. 72, 1-4. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.023>
- Zúñiga-Vera, A., Coronel-Coronel, M., Naranjo-Salazar, C., & Vaca-Maridueña, R. (abril-junio de 2021). Correlación entre calidad de sueño y calidad de vida en estudiantes de

Anexos 1 Cuestionario de trastornos del sueño de Monterrey

9.2 Cuestionario Monterrey					
Ítem	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Factor 1: Somnolencia excesiva diurna					
A pesar de haber dormido durante la noche, siente sueño durante el día.					
Se siente con sueño durante el día.					
Se siento cansado aunque haya dormido suficiente tiempo.					
Siente muchas ganas de dormir durante el día					
Qué tan seguido ha sentido somnolencia excesiva durante el día					
Factor 2. Insomnio intermedio e insomnio final					
Se despierta dos o tres horas antes de lo acostumbrado y tiene dificultades para volver a dormir					
Se despierta antes de su horario habitual y ya no se puede quedar dormido nuevamente.					
Se despierta durante la noche con dificultades para volver a dormir					
Se despierta a la mitad de la noche y no consigue volver a dormir.					
Factor 3. Insomnio inicial					
Al acostarse, permanece despierto una hora o más antes de poder dormir.					
Tarda en quedarse dormido después de que se acuesta					
Tiene dificultades para quedarse dormido.					
Tiene insomnio.					
Factor 4. Apnea obstructiva					
Se sofoca o se atraganta mientras duerme.					
Ha sentido que se detiene su respiración mientras duerme.					
Ha sentido dificultad para respirar por las noches					
Factor 5. Parálisis del dormir, enuresis y bruxismo					
Ha sentido que no puede moverse o se siente paralizado al empezar al despertarse.					
Se orina en la cama.					

Rechinan los dientes cuando está dormido.					
Factor 6. Sonambulismo y somniloquio					
Le han comentado que camina dormido.					
Ha presentado sonambulismo.					
Habla dormido.					
Factor 7: Roncar					
Le han comentado que ronca mientras duerme					
Ronca					
Factor 8. Piernas inquietas y pesadillas					
Por la noche me duelen las piernas o se me acalambren					
Cuando intenta dormir siente dolor o cosquilleo en las piernas.					
Tiene pesadillas.					
Factor 9: Uso de medicamentos					
Consume medicamentos que le quitan el sueño					
Consume medicamentos para conciliar el sueño					
Factor 10: Parálisis al dormir					
Ha sentido que no puede moverse o se siente paralizado al empezar a dormir.					

Anexo 2 Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5