Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Plan de Tesis

2016

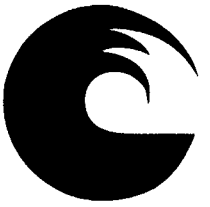
Desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño de padres de niños nacidos pre-término

Bravo, Noelia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1132

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

"Desequilibrio Ocupacional en la Calidad del Sueño de padres de niños nacidos pre-término"

Plan de tesis presentado para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional

AUTORAS:
Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.
Octubre. 2016

Directora:

- Lic. Issa, Lía ……

DNI: 23.457.657

Autoras:

- Bravo, Noelia ……
  DNI: 34.417.094

- Gurtubay, Ana ……
  DNI: 31.580.066

- Iavagnilio, Andrea ……
  DNI: 33.482.009

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

"Desequilibrio Ocupacional en la Calidad del Sueño de padres de niños nacidos pre-término"

La presentación de esta tesis de grado se basa en las normas de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, APA) sexta edición, año 2016.

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Índice

INTRODUCCIÓN.....1

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN 3

MARCO TEÓRICO.....6

Surgimiento de la Terapia Ocupacional.....7

Ciencias de la ocupación.....9

La ocupación.....12

Equilibrio ocupacional.....17

Sueño.....21

Familia del niño prematuro.....27

Bibliografía y Fuente.....30

ASPECTOS METODÓLOGICOS.....35

Tema.....36

Problema.....36

Objetivos.....37

Enfoque.....38

Tipo de estudio.....38

Diseño del estudio.....39

Población.....39

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Muestra.....**39**

Variable.....**41**

Dimensionamiento de la variable.....**43**

Técnica de recolección de datos.....**46**

Análisis de los datos.....**46**

Bibliografía y Fuente.....**48**

ANEXOS.....**49**

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Introducción

Teniendo en cuenta el aumento notable de nacimientos prematuros en estos últimos años, surge la inquietud de comenzar a investigar ésta temática. Al realizar un rastreo bibliográfico, nos encontramos con una variedad de estudios en relación al prematuro. Pero… ¿Qué pasa con la familia de ese niño?, ¿Qué se sabe de ellos?, ¿Qué podemos aportar desde nuestra profesión a estos padres?; quienes junto al pequeño hijo atraviesan una difícil situación. ¿Se puede hablar del niño sin tener en cuenta a la familia? Estas inquietudes nos impulsaron a comenzar la siguiente investigación.

Partiendo desde la concepción que sustentamos como Terapeutas Ocupacionales de que el sujeto es un ser ocupacional y considerándolo desde una visión holística, nos preguntamos *qué ocurriría con las ocupaciones de los padres ante la llegada de un niño prematuro.*

Nuestra investigación se basa en las premisas de las Ciencias de la Ocupación, que hace referencia a que el conocimiento de la forma, función y significado de las ocupaciones, dentro y fuera de los contextos terapéuticos y clínicos, permite comprender al hombre como "sujeto ocupacional" e intervenir en sus ámbitos para favorecer su equilibrio de vida y su bienestar.

Desde esta ciencia se define la ocupación como "toda actividad con propósito iniciada por la persona, que pueden ser nombradas o reconocidas en una cultura" (Yerxa, 1964).

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

El equilibrio de la persona en la organización de sus actividades diarias contribuye a un desempeño ocupacional exitoso, aportándole satisfacción en la vida, y por ende, a la calidad de ella. De lo contrario si hay algo que irrumpe y amenaza dicho equilibrio y esta situación se mantiene, puede verse vulnerado. El sujeto estará más propenso a enfermar.

El nacimiento de un niño/a trae inevitablemente una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana y producen estrés en los miembros de una familia, siendo éste, considerado generalmente como un acontecimiento positivo, aún así, estos cambios pueden ser percibidos como negativos y provocar una fuerte tensión al interior del núcleo familiar.

La internación de un hijo nacido pre-término, internado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, representa una circunstancia estresante para sus padres.

Como profesionales dedicados a mejorar la calidad de vida de las personas, buscando el restablecimiento, mejora de la salud integral y alivio de una situación que afecte la salud del sujeto, consideramos necesario realizar un estudio de tipo exploratorio, con la intención de ***conocer si existe desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño, en los padres de niños nacidos pre-término, internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.*** *Este estudio se llevará a cabo en la Clínica Privada "Sanatorio Tandil" de la ciudad de Tandil, la cual nos autorizó a realizar dicha investigación en el establecimiento.*

Finalmente, para hacer factible nuestro estudio, tomaremos una muestra de padres de niños nacidos pre-términos, a los cuales se les otorgara el cuestionario de ***"Calidad de sueño de Pittsburgh" (Validación Colombiana)***, para conocer si existe dicho desequilibrio.

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Estado Actual de la Cuestión

Se realizó un rastreo bibliográfico exhaustivo con el fin de identificar estudios relacionados con la temática estudiada, se han encontrado las siguientes investigaciones:

Cintia N. Díaz 2012, realizó el estudio de *"Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en las unidades neonatales"*, como requisito para obtener el título de grado de Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Abierta Interamericana , Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, de la ciudad de Santa Fe, Argentina. Su objetivo fue conocer las fuentes de estrés parental y los cambios en la participación ocupacional en cuatro áreas del desempeño ocupacional, percibidos por los padres con hijos recién nacidos internados en Unidades Neonatales.

En dicho estudio se realizaron entrevistas a una población de 83 padres con hijos internados en Unidades Neonatales, los cuales valoraron su percepción de estrés parental y las fuentes del mismo relacionadas con la internación de sus hijos, además de las referentes al ambiente de la Unidad Neonatal. Percibidas las fuentes de estrés parental, los mismos, describieron los cambios en la participación ocupacional tras la internación de sus hijos. Los resultados obtenidos fueron que la totalidad de la población experimentó estrés parental e identificó las fuentes de estrés relacionadas con el ambiente de la Unidad Neonatal. De la misma manera, la muestra percibió cambios cuantitativos y cualitativos por los menos en dos áreas ocupacionales.

Para nuestro estudio utilizamos la validación Colombiana del Indice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (2005).

Muchos estudios establecen una frecuencia elevada de alteraciones del sueño. La prevalencia durante la vida es del 35%. Esta situación ha conducido a desarrollar un gran número de instrumentos con la intención de evaluar mejor estas alteraciones. Sin embargo, la mayoría carecen de una validación adecuada y nacional. Buysse y colaboradores, diseñaron el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP), considerado el instrumento más capaz para establecer la calidad del sueño. Éste ha sido ampliamente usado y validado, pero no existe una versión validada al castellano para Colombia, ni instrumentos similares que permitan realizar estudios sobre el sueño.

Su objetivo fue Validar en Colombia el ICSP (ICSP-VC). Se emplearon consensos de expertos para la validación facial y estudios pilotos para evaluar la comprensión, mediante doble entrevista. Se evaluó la consistencia interna y se realizó una validación concurrente y discriminante.

La consistencia interna α de Cronbach fue 0,78. Hubo puntuaciones diferentes clínica y estadísticamente para los sujetos con alguna alteración del sueño (U de Mann Whitney: $z = -5,635$,$p = 0,000$), con 'muy mala' calidad de sueño o no (U de Mann Whitney: $z = -2,90$, $p = 0,0037$), con uso de hipnóticos o no (U de Mann Whitney: $z = -4,289$, $p= 0,0000$) y con insomnio de conciliación o no (U de Mann Whitney: $z = -4,769$, $p = 0,0000$). Se encontraron diferencias clínicas en las puntuaciones de ancianos comparados con jóvenes (U de Mann Whitney: $z = -1,926$, $p = 0,0542$).

No hubo diferencias por sexo. Los sujetos con puntuaciones extremas tuvieron características clínicas diferentes, al compararlos con los que no se encontraban en estos valores.

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Conclusión: **El ICSP-VC es una versión valida del ICSP útil para estudiar trastornos del sueño.**

En Argentina se empleó la validación Colombiana para realizar el siguiente estudio:

Vigo, Daniel E. y Colaboradores realizaron un estudio titulado *"Reducción de sueño, actividad del Sistema Nervioso Autónomo y riesgo cardiovascular en pacientes con Sindrome Metabólico"*. Buenos Aires. Congreso Argentino de Cardiología XXXV. 2009

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la asociación entre riesgo cardiovascular, alteraciones del sueño y patrón de actividad autonómica en pacientes con síndrome metabólico. Se estudió una muestra de 22 pacientes con síndrome metabólico, que se dividió en dos grupos en función de la mediana del riesgo relativo cardiovascular (RRCV) evaluado por el Score de Framingham. Se analizó el patrón de actividad autonómica mediante indicadores lineales y no lineales de Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC) y la calidad de sueño mediante el cuestionario Pittsburgh (Validación Colombiana). Se evaluaron diferencias entre los dos grupos mediante un test de T para muestras independientes, expresándose las variables como media ± error estándar.

Conclusiones: En la muestra estudiada, se encontró una asociación significativa entre disminución de la cantidad de sueño, modificaciones en la regulación autonómica del ritmo sinusal y aumento del riesgo cardiovascular. Esta relación puede ser relevante en tanto la calidad de sueño es un factor sobre el cual se puede intervenir desde la prevención en todos sus niveles.

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

MARCO TEORICO

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Palabras claves: Ocupación- Desequilibrio ocupacional – Calidad de sueño – Familia del prematuro.

Surgimiento de la Terapia Ocupacional

El primer paradigma se configura a fines del siglo XIX, basado en fundamentos teóricos como la *Filosofía Pragmatista* , el *Tratamiento Moral* y el *Movimiento de Artes y Oficios*, epistemologías que fundamentaban la intervención terapéutica, o el "tratamiento ocupacional", en concepciones filosóficas opuestas a las "visiones del mundo" imperantes en aquella época, como el *fundamentalismo teórico*, la *discriminación de clases y desigualdad social*, y la *industrialización*, características no planteadas por Kielhofner en el denominado *Pre-paradigma de la Ocupación*.

El contexto socio-histórico en el que comienza a gestarse este paradigma, se vincula con la *Segunda revolución industrial*, comprendida entre los años 1850 y 1914 (decreciendo como foco con la Primera Guerra Mundial) y la *Segunda ola del feminismo*, momento en que el poder de las mujeres se expande por los Estados Unidos liberándose del yugo masculino.

En este pre-paradigma, la ocupación se gestaba como el eje central de la disciplina, comenzando a constituirse como tal a comienzos del siglo XX, consolidándose en 1917 con la fundación de la *National Society for the Promotion of Occupational Therapy*.

Otro de los eventos importantes de este período estuvo a cargo de *Adolf Meyer,* quien escribió las bases filosóficas sobre la Terapia Ocupacional, considerando una visión integral del ser humano y aplicando los principios éticos del tratamiento moral y la filosofía pragmatista,

resaltando el rol terapéutico de la ocupación, idea heredada desde el movimiento de artes y oficios.

Paradigma Mecanicista

Debido a los tránsitos paradigmáticos generados por el contexto social, ideológico, cultural, político y económico, la manera de comprender a la Terapia Ocupacional cambia.

Lo anterior impulsa a las sucesivas generaciones de terapeutas ocupacionales, a la búsqueda de validación profesional en las ciencias biomédicas. Es así como, bajo un *Paradigma Mecanicista*, la Terapia Ocupacional es considerada como una disciplina ligada (y jerarquizada) a la Medicina, fundamentado su intervención en técnicas paliativas para reducir incapacidad, centrada en la funcionalidad de sistemas biológicos e intrapsíquicos.

La ocupación deja de ser el eje de la intervención en la profesión, constituyéndose un nuevo eje central: la *función* (Rodolfo Morrison J, Daniela Olivares A, Diego Vidal M, 2011).

Ciencias de La Ocupación

La inquietud por concretar una Ciencia de la Ocupación, nace en los inicios de la profesión.

En 1917, la "Sociedad para la Promoción de la Terapia Ocupacional" visualiza la necesidad de contar con una ciencia que introdujera la ocupación como medida terapéutica y que estudiara el efecto de la ocupación sobre el ser humano. Esta búsqueda ha vivido distintas etapas, desde la formulación de las premisas de la Terapia Ocupacional hasta la fundación formal de la Ciencia de la Ocupación en 1980. (Lucivaldo Da Silva Araújo, Nicolas Fierro Jordán, Pamela Guitérrez Monclus & Olvido Rodriguez, 2011).

La aparición de Mary Reilly[1] (Estados Unidos, 1962) produce un giro en el quehacer de la disciplina, haciendo énfasis en volver a los fundamentos iniciales de la profesión, centrándose en la ocupación como su eje principal. Su reclamo por un nuevo enfoque, llegó en el momento en que la disciplina estaba adormecida en el paradigma mecanicista. A través de sus escritos, pudo proveerle a la Terapia Ocupacional una comprensión amplia y académica del fenómeno complejo con el que trabajan los terapeutas ocupacionales. Su contribución en la orientación de la disciplina la coloca entre los especialistas más influyentes de la Terapia Ocupacional moderna. Este enfoque, invitó a profesionales a reflexionar sobre su desempeño y la manera de comprender a los individuos. (Morrison, R. et al. 2011)

La Ciencia de la Ocupación es considerada como ciencia, dado que posee procesos sistemáticos de recolección de datos para la generación de conocimientos. Es multiprofesional,

[1] Nacida en Massachusetts, graduada en el Boston School of Ocupational Therapy.

dado que integra diversos saberes, y al centrarse en el comportamiento humano, se considera afín a otras ciencias sociales como la antropología, la psicología y la sociología.

A su vez, es una disciplina académica relacionada con el estudio del ser humano como ser ocupacional. Esto implica que no es un marco de referencia para el tratamiento de pacientes, sino que su objetivo fundamental es el estudio e investigación académica de las ocupaciones que el hombre desarrolla. Las Ciencias de la Ocupación no establecen líneas de tratamiento ni formatos de intervención, pero desde el conocimiento generado por esta disciplina, los profesionales que la utilizan pueden diseñar maneras o estilos holísticos e integrales para guiar e informar su razonamiento clínico acerca de casos específicos. (Lucivaldo Da Silva Araújo, et al. 2011).

Estudia patrones de comportamiento humano en cuanto a complejidad de la ocupación de la vida de las personas, grupos o comunidades, articulando de manera sistemática el conocimiento de la *forma*, que abarca los aspectos observables de la ocupación; la *función,* que se refiere a cómo influye en la salud y la calidad de vida de la persona, y el *significado,* que implica la experiencia subjetiva de participación dentro del contexto de la ocupación humana y es individual. (Kottow Miguel & Sepúl Rodrigo, 2014).

La premisa de las Ciencias de la Ocupación es que el conocimiento de la forma, la función y el significado de las ocupaciones dentro y fuera de los contextos terapéuticos y clínicos, permite comprender al hombre como "sujeto ocupacional", e intervenir en sus ámbitos para favorecer su equilibrio de vida y su bienestar (Navarrete Salas E., 2010).

- **Postulados de las Ciencias de la Ocupación:**

Los postulados o axiomas fundamentales de la Ciencia de la Ocupación sostienen:

- En primer lugar, involucrarse o comprometerse en la realización de ocupaciones significativas es esencial para la salud de la persona.
- En segundo lugar, la relación entre ocupación y la narrativa da forma a la identidad personal.
- En tercer lugar, la relación entre la narrativa y la ocupación con significado facilita el poder comprender el mundo y a nosotros mismos.
- En cuarto lugar, los seres humanos construyen su identidad ocupacional según ellos van comprometiéndose en ocupaciones significativas y satisfactorias.
- En quinto lugar, los individuos tienen derecho a una existencia significativa.

De estos postulados se desprende que la identidad de los seres humanos se construye en el transcurso de la vida con la realización de ocupaciones significativas en los diferentes contextos de la misma. Ninguna persona nace con una identidad completa, sino que ésta se va formando según las diferentes experiencias ocupacionales que realice en los contextos o ambientes en que éstas tengan lugar. (Pellegrini M, 2007).

La Ocupación

Desde las Ciencias de la Ocupación se la define como toda actividad con propósito iniciada por la persona (Yerxa, 1964) que pueden ser nombradas o reconocidas en una cultura. (Pellegrini, M. 2007).

En el año 1985, Barris, Kielhofner, Levine & Neville retomaron una concepción más cercana a una de las primeras definiciones hechas por Tylor[2], señalando que *"cultura incluye los valores, normas, costumbres, creencias comportamientos y percepciones que son compartidas por un grupo o sociedad".*

Si analizamos la esencia de los elementos ocupacionales que dan vida a la Terapia Ocupacional, vemos que tanto su definición conceptual como su utilidad práctica están siempre revestidas de un profundo sentido cultural.

La ocupación es cultural y sus patrones responden a una estructura aprendida.

Según Wilckok, A. (1998) "Las ocupaciones son procesos dinámicos en los que interviene la cultura a la que pertenece una persona. Esa cultura le asigna significados a lo que la persona hace; intervienen también sus creencias y valores; emociones; y por supuesto, el sustrato neurobiológico que es la base de las habilidades. Además las ocupaciones, tanto en el transcurso como en el producto, tienen un potencial de crecimiento personal y de transformación tanto en su contexto como en el orden socio-cultural. La ocupación es una síntesis de ser, hacer y llegar a ser". (Erna Navarrete Salas, 2010).

---

[2] Sir TYLOR Edward Burnett, Antropólogo nacido en octubre de 1832 en Londres, Inglaterra. Su primer libro fue publicado en 1881, *"Anthropology"* todavía se considera moderno en sus teorías y conceptos culturales.

Según la World Federatión of Occupational Therapists[3] (WFOT), "las ocupaciones se refieren a las actividades que la gente realiza día a día, individualmente, en familia o con la comunidad, para ocupar el tiempo y darle significado y propósito a la vida. Las ocupaciones también incluyen lo que la gente necesita, quiere y se espera que hagan".

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional 3° Edición (2014) define como ocupación a los "diversos tipos de actividades de la vida en la que las personas, grupos o poblaciones participan, incluidas las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, el descanso y el sueño, la educación, el trabajo, el juego, el ocio y la participación social".

Se entiende como actividad/es, una clase de acciones humanas que se dirigen hacia una meta.

Actividades de la vida diaria: acciones que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. A.V.D también se refiere a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades personales de la vida (APVD). Estas son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): acciones de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de autocuidado utilizadas en las A.V.D.

Descanso y sueño: incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación.

[3] Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). Comenzó con discusiones formal, celebrada en Inglaterra en junio de 1951 , en la que había 28 representantes de diversos países.

- *Descansar:* acciones silenciosas y sin esfuerzo que interrumpen la actividad física y mental, resultando de un estado relajado (Nurit y Michel, 2003). Incluye identificar la necesidad de relajarse; reducir la participación agotadora en actividades físicas, mentales o sociales; y participar en la relajación u otros esfuerzos que restablezcan la energía, la calma y un renovado interés en esta participación.

- *Dormir:* serie de actividades que resultan en ir a dormir, permanecer dormido y garantizar la seguridad, a través de la participación en el sueño manteniendo el compromiso con los entornos físicos y sociales.

- *Prepararse para el sueño*: participar en las rutinas que nos preparan para un descanso cómodo. Determinar el momento del día y la duración del tiempo deseado para dormir, o el tiempo necesario para despertar.

Preparar el entorno físico para los períodos de inconsciencia, tales como: preparar la cama, colocar el reloj de alarma.

- *Participación en el sueño*: cuidar las necesidades personales de dormir como el cese de actividades para garantizar el inicio del sueño, siesta, soñar, mantener un estado de sueño sin interrupciones, y el cuidado nocturno de las necesidades de ir al baño o la hidratación. Negociar las necesidades y requisitos de los demás en el entorno social. Interactuar con los que comparten el espacio para dormir; como los niños o parejas, proporcionando atención en la noche como la lactancia materna, y el seguimiento o vigilancia de la comodidad y la seguridad de otros, como la familia mientras duerme.

Educación: actos necesarios para el aprendizaje y la participación en el ambiente.

Trabajo: participación en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado.

Juego: "cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión" (Parham y Fazio, 1997).

Ocio o tiempo libre: acciones no obligatorias que están intrínsecamente motivadas y en las cuales se participa durante un tiempo direccional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como cuidado propio o dormir.

Participación social: "patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social". (Mosey, 1996).

Se entiende que no todo lo que se hace son simples actos motores, ni todas las actividades constituyen una ocupación.

En la base del desarrollo de la persona se encuentra la actividad humana, aquella mediatizada por los objetos que la misma actividad produce (herramientas, ideas, conceptos) al entregarse a una actividad en que se ponen en marcha destrezas manuales, cognitivas, motivaciones, afectos y valores. Todo ello permite que la persona se construya como un ser en el nido de una sociedad, haga propia la historia colectiva e imprima su sello personal a lo que hace. Así las actividades no pueden entenderse sin un contexto, ni aisladas de otras actividades, hay una compleja interrelación de sus múltiples dimensiones (psicomotoras, perceptivas, valorativas, afectivas,

etc.), que hacen que su ocurrencia sea única. (Revista Chilena de Terapia Ocupacional n°7. Noviembre 2007)

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Equilibrio Ocupacional

La Terapeuta Ocupacional Ann Allart Wilcock desarrolló el concepto de ***equilibrio ocupacional***, el cual se alcanza a través de la organización de las ocupaciones, es personal, está relacionado con los roles ocupacionales del individuo y su ciclo de vida.

El equilibrio ocupacional se relaciona a su vez con el grado de satisfacción de la vida cotidiana, es decir, con el bienestar que se logra a través de las ocupaciones.

El bienestar ocurre cuando las personas participan en ocupaciones productivas y significativas de su elección que se encuentran dentro del contexto sociocultural de sus vidas. Así se afirma, que las ocupaciones con significado contribuyen a la sensación de bienestar, proveen una forma de expresión y por lo tanto colaboran en el mantenimiento de una identidad y, la percepción de uno mismo como eficaz. (Pellegrini, M., 2007).

Desde las Ciencias de la Ocupación el concepto de equilibrio, se define como *"respuesta interna a un desafío significativo en el desempeño de roles". (Gomez Lillo, Silvia)*

El Equilibrio contribuye a un desempeño ocupacional exitoso, otorga satisfacción y mantenimiento de la calidad de vida. Para que el estado de equilibrio sea posible, es necesario que exista cierto grado de adaptación.

En la vida, no sólo las personas en riesgo de adquirir una discapacidad, o que ya la presenten, tienen necesidad de adaptarse, sino que *todas las personas* continuamente deben hacerlo de diversas formas en la organización y en la realización de sus rutinas diarias.

Por otro lado, Kielkofner reafirma lo expresado por Reed y Sanderson (1980): "equilibrio no implica igual cantidad de tiempo en cada área, sino que implica algún tiempo en el transcurso de

una base regular", y más adelante lo explicará diciendo que "el equilibrio más que representar cierta cantidad de trabajo, juego y descanso reflejan una *interdependencia dinámica* de estos espacios de vida y su relación a valores internos, intereses, metas y para las demandas externas del medio ambiente". (Gomez Lillio, S. 2006)

Por otra parte, al analizar equilibrio ocupacional, debe tenerse en cuenta que las áreas de desempeño ocupacional, no se aplican igual para todas las personas. Es decir que, el equilibrio ocupacional es dinámico.

Equilibrio lleva implícito ritmo y orden. El equilibrio y los ritmos correspondientes, no sólo se dan en las ocupaciones de las personas, se dan en el universo entero. Pero existen algunas diferencias, ya que el equilibrio en el universo es bastante estable, mientras que el equilibrio ocupacional es *inestable* dado que se encuentra influenciado por el contexto el cual es extremadamente cambiante, y por el medio en general. Esta inestabilidad es un factor de riesgo que puede afectar positiva o negativamente la salud y el bienestar de las personas.

Su dinamismo, juntamente con factores de personalidad o las condiciones de vida, hacen que haya desequilibrios. De esta manera, existe un interjuego continuo entre equilibrio y desequilibrio, por lo que cierto grado de desequilibrio es normal. Pero si el desequilibrio es mantenido o intenso puede ser nocivo. Esto significa que hay desequilibrio si hay exceso (por ejemplo: de trabajo), pero también es desequilibrante la falta de éste.

Por otra parte, el grado de compromiso en las distintas ocupaciones, puede variar en el tiempo o en distintas situaciones, ya sea por interés o por necesidad, siendo el mismo contexto el que

empuja al sujeto a involucrarse en determinadas actividades. (Revista Chilena de Terapia Ocupacional N°6, Noviembre 2006)

El equilibrio ocupacional tiene repercusiones en la persona y en su medio social. Wilcock, (1998) plantea que la falta de equilibrio, es un factor de riesgo para la salud del individuo.

El desequilibrio afecta el funcionamiento de la persona desde el nivel celular hasta las funciones mentales superiores, además de las estructuras ocupacionales de la sociedad y sus políticas. Así, estas estructuras ocupacionales (escuelas, lugares de trabajo y de esparcimiento de esa comunidad), crean ambientes ocupacionales que afectan, en algún grado, la salud y el bienestar. (Gomez Lillio, Silvia)

Lamentablemente la visión médica ha influido en la perspectiva de los Terapeutas Ocupacionales sobre la disfunción y bienestar ocupacional. Incluso ha provocado que la atención terapéutica se limite a personas que presentan disfunciones ocupacionales debidas a causas médicas (patologías físicas y psíquicas), obviando la atención a personas cuyos problemas ocupacionales se deben a otras causas, perdiendo de vista la naturaleza ocupacional del ser humano. (Sanz Valer P., Rubio Ortega C., 2011)

Según Wilcock (1998), existen *tres tipos de factores de riesgo de disfunción ocupacional*, los cuales amenazan el bienestar si estos ocurren por un tiempo sostenido:

- El desequilibrio ocupacional: una falta de equilibrio entre trabajo, descanso y sueño, autocuidado y juego/ocio, que no logra satisfacer las necesidades de salud físicas, sociales o mentales únicas de cada individuo. Por ejemplo, el desequilibrio ocupacional puede resultar del

conflicto entre los requerimientos de los roles de las personas que tienen responsabilidades profesionales y familiares.

- La deprivación ocupacional: incluye las circunstancias o limitaciones que impiden a una persona adquirir, usar o disfrutar ocupaciones. Las condiciones que conducen a deprivación ocupacional pueden incluir, poca salud, discapacidad, falta de acceso al transporte, aislamiento, desempleo, falta de vivienda, pobreza, situaciones estresantes, entre otras.
- La alienación ocupacional: es un sentido de extrañeza y falta de satisfacción en las ocupaciones propias. Las tareas o el trabajo que se perciben como estresantes, no significativas o aburridas, pueden causar alienación ocupacional. Enfrentarse a un cambio rápido o abrupto puede tener un resultado similar. (Pellegrini, M., 2007)

Retomando la afirmación de que el equilibrio en las ocupaciones es necesario para mantener un estado saludable y bienestar del sujeto, es importante que los profesionales de la salud tomen conciencia del impacto que puede producir un **desequilibrio ocupacional sostenido** repercutiendo negativamente en el individuo.

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Sueño

Es difícil formular una definición satisfactoria del sueño y conocer las razones por las que dormimos (Borbely A, Acheman P., 1992).

Desde el punto de vista conductual, el sueño puede definirse como un estado regular, recurrente, fácilmente reversible, caracterizado por una relativa tranquilidad, pérdida reversible de la conciencia, ojos cerrados, ocurrencia espontánea con ritmicidad endógena, inactividad y un gran incremento en el umbral de respuesta a estímulos externos en comparación al estado de vigilia (Zepelin H., 2001).

Calidad de sueño: No se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas).

La importancia de la calidad del sueño no solamente es fundamental como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida (Borquez Pía, 2011).

Fases del sueño

Las técnicas neurofisiológicas de registro han permitido demostrar que el sueño no es un proceso homogéneo, sino que se organiza cíclicamente en varias fases. Utilizando registros poligráficos (el electroencefalograma (EEG), el electrooculograma (EOG) y el electromiograma (EMG)). Se observa que al dormir tenemos dos tipos de sueño: el NO REM y el REM.

El Sueño NO REM: se divide en cuatro fases. Son las fases de relajación y descanso:

Fase 1. Es la transición inicial de vigilia a sueño. Vuelve a darse si nos despertamos durante la noche, al dormirnos otra vez. En esta fase el cuerpo inicia una distensión muscular, la respiración se hace uniforme y la actividad cerebral se hace más lenta que durante el estado de vigilia. El sueño es ligero. Tiene una duración de entre 30 segundos y varios minutos en cada ciclo.

Fase 2. El dormir se hace menos superficial. La actividad cerebral se ralentiza más. Dura aproximadamente una hora en cada ciclo.

Fases 3 y 4. Es la fase de sueño más profundo, durante el cual el cuerpo descansa más. Se llama también fase de sueño lento, porque en la actividad cerebral las ondas son muy lentas. Cuando una persona está en esta fase se necesitan fuertes estímulos táctiles o auditivos para despertarla.

El sueño REM: En esta fase se encuentra la actividad onírica, es decir, cuando soñamos. En esta fase se producen movimientos oculares rápidos, desaparición del tono muscular, pero el resto de las funciones corporales y vegetativas se vuelven a activar. La tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la respiratoria, la temperatura corporal y cerebral y el consumo de oxígeno tienen niveles similares a los del estado de vigilia.

Los dos tipos de sueño NO REM y REM se van alternando cada 70 a 100 minutos, con un promedio de 90 minutos. Al conjunto de las 4 fases NO REM y la fase REM se llama ciclo de sueño. Un ciclo tiene en total una duración de entre 90 y 120 minutos. Este ciclo se repite cuatro o cinco veces cada noche. En los primeros ciclos de la noche predominan las fases de sueño profundo, de descanso. En la segunda mitad de la noche predominan las fases 2 y REM. Esto

significa que a medida que avanza la noche soñamos más, ya que los sueños se producen principalmente durante la fase REM.

Ritmo circadiano:

El patrón del sueño tiene un ritmo circadiano.

El ser humano, al igual que en otras especies animales, presentan cambios cíclicos en sus funciones biológicas. En la mayoría de ellos, estas variaciones están estrictamente acopladas con claves ambientales (ej: luz solar, temperatura). Cuando la duración de estos ciclos es cercana a 24 horas se les llama "ritmos circadianos", del latín circa (cercano a) y diano (día). En el ser humano, el ritmo circadiano se observa principalmente en la alternancia entre sueño y vigilia, pero también es posible observarlo en otras variables biológicas, como la temperatura corporal, la secreción de hormonas (ej: cortisol), las funciones cognitivas e incluso las emociones.

El sustrato neurológico que explica esta ritmicidad se encuentra en el hipotálamo, particularmente en el Núcleo Supraquiasmático, que regula el reloj biológico en 24 horas.

Esta estructura tiene múltiples conexiones dentro del Sistema Nervioso Central, que le permiten ejercer una función sincronizadora del organismo.

Presenta 2 mecanismos: uno endógeno (que le permite variar su nivel de actividad en forma espontanea) y uno exógeno (que le permite coordinar su funcionamiento con variables externas relevantes).

En algunos individuos esta coordinación puede perderse, provocándose un desacople. Cuando esto produce malestar y disfuncionalidad significativos se denomina "Trastorno del ritmo circadiano del sueño".

El sueño sufre modificaciones en función del desarrollo y madurez. La edad es un factor decisivo para la cantidad de horas de sueño.

Es bien conocido y aceptado que lo ideal es dormir entre 7-8 horas por noche para mantener una buena salud y bienestar, sin embargo, existe la evidencia práctica de que cada individuo debe satisfacer su "cuota de sueño" para sentirse bien. (Dra. Contreras, A 2013).

Existen diversas escalas para valorar el sueño, que evalúan aspectos variados en relación al mismo.

Una de ellas es el "Indice de Calidad de Sueño de Pittsburgh" (Pittsburgh Sleep Quality Index- PSQI), diseñado por D. J. Buysse y sus colaboradores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh (EE.UU. 1989) para determinar la calidad del sueño en el mes previo a la aplicación del mismo.

Se analizan diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, agrupados en 7 componentes: calidad, latencia, duración, eficacia, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna (Lomeli, H. A. 2008).

Se trata de un cuestionario breve, sencillo y bien aceptado por los individuos. Se utiliza para detectar buenos y malos dormidores. No proporciona un diagnóstico sino que orienta al

profesional hacia los aspectos más alterados del sueño (F. Escobar-Córdoba, J. Eslava-Schmalbach, 2005).

La escala ha sido ampliamente usada y validada.

El ICSP fue validado al castellano en España por Royuela y colaboradores, y ha servido para realizar trabajos de investigación en distintos grupos de pacientes. Existen versiones en chino, holandés, francés, alemán, japonés, noruego, español y sueco.

Fiabilidad:

Buysse administró por primera vez el ICSP a 148 sujetos, divididos en 3 grupos: el primero lo formaban 52 individuos "buenos dormidores"; el segundo constaba de 34 pacientes con diagnóstico de depresión mayor; el tercero, estaba formado por 45 pacientes diagnosticados de trastorno de iniciación y/o mantenimiento del sueño (TIMS) y 17 con diagnóstico de trastorno de somnolencia excesiva (TSE). La **fiabilidad**, medida como consistencia interna –α de Cronbach–, fue elevada, tanto para los 19 elementos como para los siete dominios del índice (α de Cronbach: 0,83). Las puntuaciones de los elementos y los dominios y la puntuación total fueron estables a lo largo del tiempo mediante la aplicación del test-retest.

Validación:

En el trabajo de Buysse, los datos de validez predictiva arrojan los siguientes resultados: para un punto de corte de 5 (≥ 5 malos dormidores) la sensibilidad era del 89.6% y la especificidad del 86.5%. La tasa de mal clasificados fue del 11.5% para el conjunto de la muestra, del 15.6%

para el grupo de pacientes con TIMS, el 12% de los pacientes con TSE y 3% de los pacientes con depresión mayor. (F. Escobar-Córdoba, et.al. 2005).

Familia del niño prematuro:

Prematurez

Se denomina prematurez al nacimiento de un niño/a con anterioridad a la semana número 37 de embarazo (Tucker & Mc Guire, 2004). La Organización Mundial de la Salud también coincide con dicha definición.

"El neonato pre-término es designado como prematuro por sus características de inmadurez estructural. Su característica principal está representada por la condición en sí patológica, de no transcurrir el último trimestre del embarazo dentro del útero materno" (Fava, Vizziello, Zorzi, Bottos, 1993).

Los infantes prematuros poseen un alto riesgo de sufrir complicaciones perinatales debido a su inmadurez anatómica y funcional, por lo que requieren de la internación en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Entre los problemas clínicos más frecuentes de éstos bebés según, Fava Vizziello, Zorzi y Bottos (1993) se encuentran: enfermedades respiratorias, problemas ligados a la inmadurez del tracto gastrointestinal y a la dificultad para alimentarse correctamente por vía oral, ictericia, infecciones por inmadurez e inexperiencia del sistema inmunológico, hemorragia cerebral, retinopatía y el Ductus arterioso persistente (DAP).

El nacimiento de un niño/a trae inevitablemente una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana y producen estrés en los miembros de una familia siendo éste, considerado generalmente un acontecimiento positivo (Díaz, Cintia N. 2012). Pero ésta situación adquiere

otro carácter, sentido y significación, ante la llegada de un niño prematuro. Los padres sienten un impacto emocional muy grande. El hijo, no llega cuando se lo esperaba, tampoco es cómo se lo había imaginado, y existen problemas médicos que hacen peligrar su vida. La distancia entre lo que se esperaba sentir y lo que se siente delante de este hijo enfermo y demasiado pequeño, es enorme (Gemma Galiana, 2010).

La internación del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, representa una circunstancia sumamente estresante para los padres; cuya intensidad variará de acuerdo al riesgo de vida que entrañe la enfermedad del niño y del tiempo que dure su internación (Aguayo, 1995). A su vez éstas unidades responden a un ambiente con características particulares, ya que, el número de procedimientos diagnósticos y asistenciales es muy elevado, y en la mayoría de los casos altamente invasivo, haciendo parecer al niño como un ser indefenso y débil ante los ojos parentales (Mignone (1998), Tracey (2000), Aspira y Aspres (2004), Parraquini (2008)).

La estadía del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, genera en los padres la sensación de falta de control sobre la situación; lo cual influye en el desempeño de sus roles protectores: padre, compañeros y sostén del hogar (Arockiasamy, Holsti y Albersheim, 2008). Dicha experiencia los obliga a una adaptación rápida ante las nuevas demandas. Forma, sentido y significado de sus ocupaciones cotidianas pueden verse sustancialmente modificadas, en torno a:

- La situación de internación: afrontar la misma, intentar comprenderla y buscar respuestas;

- La necesidad de reorganizar e incluir roles desconocidos, incluso dentro de la unidad neonatal;

- Involucrarse en rutinas relacionadas con visitas, cuidado y sostén del hijo. (Cintia N. Diaz, 2012).

Tener un hijo hospitalizado, altera las ocupaciones y roles normales de los padres, relacionados con su vida laboral, familiar, entre otros. Y los obliga por un tiempo indeterminado a realizar un proceso de ajuste de sus actividades habituales. (Mira Andrea; Bastías L., Rodolfo, 2006).

Por otra parte, le demandará enfrentar algunos desafíos tales como el manejo del estrés que genera la presencia en este ambiente, su participación activa dentro de la misma, el desconocimiento acerca de la evolución de la enfermedad del niño, la necesidad de aprender y comprender como desempeñar el rol de padres dentro y fuera del área de neonatología, así como la reorganización de la vida ocupacional, en relación a la nueva situación que plantea otros tiempos, intereses, responsabilidades, inquietudes y motivaciones. De modo que, el desempeño de los padres cambia, porque necesitan y eligen participar de ocupaciones de modo diferente y adaptativo, en relación a como lo realizaban previamente; cambiando la organización temporal de sus ocupaciones, e intentando dar respuestas a las demandas físicas, sociales, entre otras. (Cintia N. Díaz, 2012).

Bibliografía y Fuente:

- Borbely A, Acheman P. (1992) "Concepts and models of sleep regulation: An overview".
- Borquez Pía. (2011). "Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercibida en estudiantes universitarios". Universidad Nacional de Asunción. CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología" Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000100009
- Ceriani Cernadas, J. M. (2007) "Prematurez: causas, consecuencias inmediatas y sus potenciales riesgos futuros". Curso virtual Hospital Italiano: Impacto de la Prematurez en el Crecimiento y desarrollo, materiales de trabajo, Bs As.
- Contreras, Andrea S. (2013) "Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud" "Sleep along our life and its implications in health". Rev. Med. Clin. Condes. Recuperado de: Recuperado de: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/1-Dra.Contreras.pdf
- Díaz N. Cintia. (2012). "Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales". Tesis de grado. Universidad abierta interamericana. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. Rosario. Santa Fe. Recuperado de: http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112310.pdf

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

- Erna Navarrete Salas E. (2010). "Ciencias de la Ocupacion: caminos y perspectivas". TOG (A. Coruña). Revista en internet. Volumen 7, Supl. 6:p 132 - 143. Recuperado de: http://www.revistatog.com/suple/num6/erna.pdf
- Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. (2005). "Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh". Revista de neurología. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/7983114.
- Estivill, E., De Béjar, S. (2001). "¡Necesito dormir! El insomnio sí tiene solución". Barcelona, Plaza & Janés.
- Fava Vizziello, G., Zorzi C., y Bottos, M. (1993). " El Neonato Internado. Los hijos de las Máquinas". Nuevo Visión . Buenos Aires.
- Gemma Ginovart Galiana. (2010). "Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común". Revista de Psicología, Ciències de l'Educació de l'Esport. Recuperado de: http://www.raco.cat/index.php/Aloma.
- Gómez Lillo, Silvia."Equilibrio y organización de la rutina diaria". Recuperado de: http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/111
- Lomelli. H. A, Pérez-Olmos, C. Talero-Gutiérrez,C. B. Moreno, R. González-Reyes,L. Palacios, F. de la Peña. (2008). "Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión". Actas Españolas de Psiquiatría. Recuperado de: http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-50-59-279662.pdf

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

- Lucivaldo Da Silva Araújo, Nicolas Fierro Jordán, Pamela Guitérrez Monclus, Olvido Rodriguez. "Ciencia de la ocupación y terapia ocupacional: sus relaciones y aplicaciones a la práctica clínica". Revista Chilena. Vol. 11. N° 1. Pág. 3- 4.
- Marco de Trabajo para la Practica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2010). 2da edición.
- Miguel Kottow y Rodrigo Sepúl. (2014). "Erna Imperatore: La forma de mirar en la ciencia de la ocupacion. Rev. Chil. Salud Pública. Vol 18. Recuperado de: http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/34002/35718
- Mira O., Andrea; Bastías L., Rodolfo. "Terapia ocupacional neonatal, una propuesta para la acción". Recuperado de: file:///C:/Users/Noe/Downloads/108-326-1-PB.pdf
- Navarrete Salas E. (2010). "Ciencia y Ocupacion: caminos y perspectivas". Revista Chilena de Terapia Ocupaconal. Vol 7. Pág. 136- 138. Recuperado de: http://www.revistatog.com/suple/num6/erna.pdf
- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. (2014). American Journal of Occupational Therapy. 3rd Edition.
- Pellegrini, M. (2007). "Fundamentos del Paradigma de Ciencia de la Ocupación". Terapeutas Ocupacionales, Servicio Andaluz de Salud. Vol I y II. Editoral MAD, Sevilla, España.
- Rodolfo Morrison J. Daniela Olivares A , Diego Vidal M. (2011). "La Filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas reflexiones y

propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación". Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Vol. 11. N° 2. Pág 6- 9.

- Revista Chilena de Terapia Ocupacional N° 7. Noviembre 2007 "Definición y desarrollo del concepto de Ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local". Escuela de Terapia ocupacional / Facultad de Medicina - Universidad de Chile.
- Revista Chilena de Terapia Ocupacional N° 6. Noviembre 2006. "Equilibrio y organización de la rutina diaria". Escuela de Terapia ocupacional / Facultad de Medicina - Universidad de Chile.
- Sanz Valer P, Rubio Ortega C. (2011) "Ann Allart Wilcock: trayectoria profesional y aportaciones mas reelevantes a la terapia ocupacional y a la ciencia de la ocupacion". TOG (Acoruña). Revista en internet. Vol 8. N°14. Recuperado de: http://www.revistatog.com/num14/pdfs/historia1.pdf
- Universidad de Castilla- La Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. "presentación". Recuperado de: http://www.uclm.es/to/factole/terapia_ocupacional/
- University of Pittsburgh. Página: http://www.pitt.edu/.
- Vigo, Eduardo. D. (2009). "Reducción del sueño, actividad del Sistema Nervioso Autónomo y riesgo cardiovascular en pacientes con Síndrome Metabólico". Congreso Argentino de Cardiología XXXV. Buenos Aires. Recuperado de:

http://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=27113&congresos=yes&detalles=yes&congr_id=994853

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

TEMA

Desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño de padres de niños nacidos pre-término.

PROBLEMA

¿Presentan desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño, los padres del niño nacido pre-término internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la Clínica Privada "Sanatorio Tandil", de la ciudad de Tandil?

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar en padres de niños nacidos pre-término internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la Clínica Privada "Sanatorio Tandil", de la ciudad de Tandil, si existe desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño.

Objetivos específicos:

- Reconocer la alteración del ritmo circadiano del sueño.
- Identificar si existe modificación en la cantidad de horas dormidas.
- Determinar la relación entre la cantidad de horas dormidas y la calidad del sueño.
- Determinar el porcentaje de padres que presentan desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño.

ENFOQUE

Para desarrollar el presente estudio se utilizó un enfoque cuali-cuantitativo.

Se empleó un instrumento estructurado, para identificar si presentan desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño, los padres de niños nacidos pre-término internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y conocer el porcentaje que presentan dicho desequilibrio.

TIPO DE ESTUDIO

La investigación estará orientada a ***"identificar si se produce desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño, en padres de niños nacidos pre-término internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la Clínica Privada "Sanatorio Tandil", de la ciudad de Tandil"***.

Tipo de estudio por su nivel de profundidad

Exploratorio:

Tiene como objetivo abordar un problema poco estudiado en la Argentina para tratar de descubrir un fenómeno que involucra a un grupo de personas.

Se aplicará un método de recolección de datos estructurado, denominado "Indice de calidad de sueño de Pittsburgh" (cuestionario), a aquellos padres cuyos hijos estuvieron internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

DISEÑO DEL ESTUDIO

No experimental – Transversal:

Se aísla la variable que se desea estudiar seleccionando individuos en los cuales ésta se encuentre presente o ausente.

Recolectaremos datos en un solo momento, en un tiempo único.

En este estudio exploraremos la incidencia de las variables, siendo analizadas en un momento dado.

POBLACIÓN

Padres, cuyos hijos estuvieron internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de la Clínica Privada "Sanatorio Tandil", de la ciudad de Tandil, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

MUESTRA

Constituida por 20 padres (cuyos hijos se encontraban internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) que concurrieron a la clínica privada "Sanatorio Tandil" de la ciudad de Tandil.

Método de selección de la muestra

Se empleó un método **no probabilístico por conveniencia** tomando como muestra a aquellos individuos a los que se tuvo fácil acceso.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- Padres de niños nacidos pre- términos, internados en un período mayor o igual a un mes, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Clínica Privada "Sanatorio Tandil".

- Padres que aceptaron la propuesta de participación en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personas que no aceptaron participar en el estudio.

- Padres de niños nacidos a término internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

A las personas interesadas en participar, se les entregará un consentimiento informado. Posteriormente se les entregará el instrumento de medición, en el caso que acepten conformar la muestra.

VARIABLE

Desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño en padres de niños nacidos pre-término internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la Clínica Privada "Sanatorio Tandil", de la ciudad de Tandil

Definición Conceptual:

Falta de equilibrio (Wilcock, 1998), en relación al hecho de dormir bien durante la noche y poseer un buen funcionamiento diurno, el cual repercute negativamente en el bienestar, si el mismo se mantiene por un tiempo sostenido (Borquez Pía, 2011).

Definición Operacional:

La calidad del sueño en padres de niños nacidos pre-términos, incluye los siguientes aspectos : calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración, eficiencia habitual, perturbaciones, uso de medicación y disfunción diurna (Buysse. D, 1989), definiéndose como:

- **Calidad subjetiva del sueño:** percepción que tiene el sujeto de su dormir.
- **Latencia del sueño:** mide el tiempo que el individuo cree que tarda en dormirse.
- **Duración del sueño:** cantidad de horas que el sujeto duerme ininterrumpidamente.
- **Eficiencia habitual del sueño:** valora el porcentaje de tiempo que el individuo cree estar dormido sobre el total del tiempo que permanece acostado.

- **Perturbaciones del sueño:** interroga acerca de la frecuencia de alteraciones tales como tos, ronquido, calor, frio, o necesidad de levantarse para ir al baño.

- **Uso de medicación:** recurrir a fármacos para poder conciliar el sueño.

- **Disfunción diurna:** valora tanto la facilidad con que el sujeto se duerme mientras realiza alguna actividad, como el cansancio que sufre.

Los indicadores mencionados anteriormente se obtendrán a través de un cuestionario.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE:

Desequilibrio Ocupacional del Sueño	**Calidad de sueño**	Calidad subjetiva de sueño	¿Durante el último mes, cómo calificaría en conjunto la calidad de su sueño?	Muy buena (0) Bastante buena (1) Bastante mala (2) Muy mala (3)
		Latencia de sueño	¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido en promedio?	Menos de 15 min (0) De 16 – 30 min (1) De 31 – 60 min (2) Más de 60 min (3)
			Durante el mes pasado, ¿Cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder quedarse dormido en la primera media hora?	Ninguna vez en el último mes (0) Menos de una vez a la semana (1) Una o dos veces a la semana (2) Tres o más veces a la semana (3)
		Duración del sueño	¿Cuántas horas durmió cada noche? (el tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama).	Horas que crea que durmió.

Desequilibrio Ocupacional del Sueño	**Calidad de sueño**	Eficiencia habitual de sueño	¿A qué hora se levanto habitualmente por la mañana?	Hora habitual de levantarse.
			¿A qué hora se acostó normalmente por la noche?	Hora habitual en la que se acuesta.
		Perturbaciones del sueño	Durante el mes pasado, ¿Cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de...? Desertarse durante la noche o de madrugada. Tener que levantarse para ir al baño. No poder respirar bien. Toser o roncar ruidosamente. Sentir frío. Sentir calor. Tener "malos sueños" o pesadillas. Tener dolores. Otras razones (describir).	Ninguna vez en el último mes (0) Menos de una vez a la semana (1) Una o dos veces a la semana (2) Tres o más veces a la semana (3)

Desequilibrio Ocupacional del Sueño	**Calidad de sueño**			
		Utilización de medicación para dormir	Durante el último mes ¿Cuántas veces ha tonado medicina (recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir?	Ninguna vez en el último mes (0) Menos de una vez a la semana (1) Una o dos veces a la semana (2) Tres o más veces a la semana (3)
		Disfunción durante el día	Durante el último mes ¿Cuántas veces ha tenido problemas para permanecer despierto mientras conducía, comía, trabajaba, estudiaba, o desarrollaba alguna otra actividad social?	Nada problemático (0) Solo ligeramente problemático (1) Moderadamente problemático (2) Muy problemático (3)
			Durante el último mes ¿El "tener ánimos", qué tanto problema le ha traído a usted para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o aguna actividad social?	Nada problemático (0) Solo ligeramente problemático (1) Moderadamente problemático (2) Muy problemático (3)

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos utilizadas para llevar a cabo la investigación es un cuestionario autoadministrado, "Indice de Calidad de Sueño de Pittsburgh" (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI), el cual se aplicará a padres de niños nacidos pre- término en la Clínica Privada "Sanatorio Tandil".

Consta de 19 ítems, además de 5 preguntas para el compañero/a de cama. Estas últimas son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del índice, por lo que no serán utilizadas para la presente investigación.

Las preguntas se refieren a la forma habitual de dormir de la persona encuestada, durante el **último mes**.

Se utilizará la versión colombiana (ICSP-VC) que se basa en la validación realizada por los profesores, Franklin Escobar - Córdoba y Javier Eslava - Schmalbach, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, quienes partieron del artículo original de Buysse et. al. y de la validación española realizada por Royuela Rico y Macías Fernández.

ANALISIS DE LOS DATOS

Los 19 ítems, analizan diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, agrupados en 7 componentes: calidad, latencia, duración, eficiencia y alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del cuestionario, que oscila entre 0 y 21 puntos

(a mayor puntuación, peor calidad de sueño). Buysse propone un punto de corte de 5 (puntaje ≥ 5 define malos dormidores). Se trata de un cuestionario breve y sencillo, el cual se puede utilizar como elemento para detectar buenos y malos dormidores.

Un puntaje ≥ 5 nos indica malos dormidores que puede desencadenar a producir un desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño en el padre del niño nacido pre-término.

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Bibliografía y Fuente:

- Dr. Sabulsky Jacobo. 1993. "Metodología de la investigación". Editorial Kipyfac S.R.l. Pabellon Perú. Ciudad Universiaria.
- Nuria Cortada de Kohan, Guillermo Macbeth, Alfredo López Alonso. (AÑO)"Técnicas de Investigación Científica. Con aplicaciones en: Psicología, Ciencias Sociales y Ciencias de la Educación". Ed Lugar.
- Sampieri, Roberto; Collado, Carlos; Lucio, Pilar."Metodología de la investigación" 1° y 5° Edic. McGRAW-HILL.
- Lomeli H.A., Perez - Olmos I., Gutierrez - Talero C., Moreno B. C., Gonzalez – Reyes R., Palacios L., De la Peña F.,Muñoz – Delgado J. (2008). "Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión". Actas Españolas de Psiquiatría. Recuperado de: http://actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-50-59-279662.pdf

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

ANEXOS

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

"Desequilibrio Ocupacional en la Calidad del Sueño de padres de niños nacidos pre-término"

Solicitud de autorización a la Clínica Privada "Sanatorio Tandil"

Mar del Plata, 20 de Julio de 2016

Sr. Directores:
Dra. Biurrarena, Ma. Victoria
Dr. Del Castillo, Pablo
Clínica Privada "Sanatorio Tandil"

De nuestra mayor consideración:

Somos estudiantes avanzadas de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estamos realizando la tesis de grado para obtener nuestro título profesional. El objetivo de nuestro trabajo está orientado a "***...conocer si existe desequilibrio ocupacional, del sueño en la familia del niño nacido pre-término durante la etapa de internación en la UCIN".***

Es por esta razón, que nos dirigimos a ustedes con el motivo de solicitarle autorización para nombrar a la institución, y así, de ser posible, comenzar nuestro estudio en dicha población. Los datos se obtendrían a través de un cuestionario realizado a los padres por fuera de la clínica, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los participantes. De modo que si, fuera factible la realización del estudio, no se interferiría con las actividades que se desarrollan en dicho establecimiento.

Esta investigación está siendo dirigida y supervisada por nuestra directora de tesis, la Licenciada en Terapia Ocupacional Lía Soledad Issa, Presidente de la Asociación de Terapistas Ocupacionales de Mar del Plata (AMTO).

La posibilidad de contar con su autorización para llevar a cabo el trabajo sería de valiosa importancia para nosotras y nuestro aporte a la investigación científica de la profesión.

Finalizada la misma, les haríamos llegar los resultados obtenidos del estudio y el aportes que como terapistas ocupacionales, podríamos brindarles.

Nuestro contacto es andrea.iavagnilio@gmail.com, por cualquier consulta o información que podamos ofrecerles.

Sin otro particular, a la espera de su pronta respuesta, y agradeciendo su deferencia, los saludan cordialmente.

Directora: Lic. Issa, Lía

Lic. LIA S. ISSA
TERAPISTA OCUPACIONAL
MAT.: 682

Bravo, Noelia
DNI: 34.417.094

Gurtubay, Ana Paula
DNI: 31.580.066

Iavagnilio, Andrea
DNI: 33.482.009

SANATORIO TANDIL S.A.
Telefax (0249) 4442480 y 4442870
Sarmiento 770 - (7000) Tandil

Dolores Gentile
ABOGADA
Tº X - Fº 136 C.A.A.
Tº 118 Fº 843 C.P.A.C.F

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Autorización de la Clínica Privada Sanatorio Tandil

Sanatorio Tandil <gerencia@sanatoriotandilsa.com.ar>

Estimadas,

Venimos por el presente a fin de otorgar el permiso necesario para mencionar a la institución en vuestra tesis. Ello siempre y cuando se cumplan los requisitos indicados por Uds. en la nota enviada, es decir *"... garantizando el anonimato y la confidencialidad de los participante. De modo que si, fuera factible la realización del estudio, no se interferiría con las actividades que se desarrollan en dicho establecimiento".*

En consecuencia, concedemos el permiso solicitado.

Sin más y quedando a v/ entera disposición ante cualquier consulta y/o comentario, aprovecho el presente para saludarlas cordialmente.

Dolores Gentile.

SANATORIO TANDIL S.A.

Sarmiento 770- Tandil (7000)

Provincia de Buenos Aires

T.E.: (0249) 4442480 int. 224

"Desequilibrio Ocupacional en la Calidad del Sueño de padres de niños nacidos pre-término"

Solicitud a la Universidad de Pittsburgh:

Buenas tardes,
Somos estudiantes de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina). Estamos realizando nuestra tesis de grado para obtener nuestro título universitario. La investigación estará orientada a conocer si "... presentan desequilibrio ocupacional de la calidad del sueño lo padres de niños nacidos pre término internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales".
Nos sería de mucha utilidad recabar los datos por medio de la Escala de Pittsburgh... Por lo cual solicitamos su permiso.

Muchas Gracias.
Saludos

Permiso:

Sent on behalf of Dr. Buysse

Dear Noelia,

You have my permission to use the PSQI for your research study. You can find the instrument, scoring instructions, the original article, links to available translations, and other useful information at www.sleep.pitt.edu under the Research/Instruments tab.

The PSQI has been translated into many languages. A list of available translations is on the website indicated above. We would prefer that you use existing translations of the PSQI rather than create another translation if at all possible. This makes it easier to standardize studies and publications, and ensures a consistent approach to translation.

If your requested language is not available, you can request a new translation. However, any new translation of the PSQI must undergo a rigorous linguistic validation procedure. Please contact MAPI Research Trust with any questions regarding translations or copies of existing translations by registering via the following link:
https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/pittsburgh-sleep-quality-index.

Please be sure to cite the 1989 paper in any publications that result.

Question 10 is not used in scoring the PSQI. This question is for informational purposes only, and may be omitted during data collection per requirements of the particular study.

This copyright in this form is owned by the University of Pittsburgh and may be reprinted without charge only for non-commercial research and educational purposes. You may not make

changes or modifications of this form without prior written permission from the University of Pittsburgh. If you would like to use this instrument for commercial purposes or for commercially sponsored research, please contact the Office of Technology Management at the University of Pittsburgh at 412-648-2206 for licensing information.

Good luck with your research.

Sincerely,

Daniel J. Buysse, M.D.
Professor of Psychiatry and Clinical and Translational Science
University of Pittsburgh School of Medicine
E-1123 WPIC
3811 O'Hara St.
Pittsburgh, PA 15213
T: (412) 246-6413
F: (412) 246-5300
buyssedj@upmc.edu

This e-mail may contain confidential information of UPMC or the University of Pittsburgh. Any unauthorized or improper disclosure, copying, distribution, or use of the contents of this e-mail and attached document(s) is prohibited. The information contained in this e-mail and attached document(s) is intended only for the personal and confidential use of the recipient(s) named above. If you have received this communication in error, please notify the sender immediately by e-mail and delete the original e-mail and attached document(s).

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

TÍTULO DEL ESTUDIO: "Desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño de padres de niños con pre-término"

INVESTIGADORES:

- Bravo, Noelia. Estudiante Avanzada de la Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P
- Gurtubay, Ana. Estudiante Avanzada de la Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P
- Iavagnilio, Andrea. Estudiante Avanzada de la Lic en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P

OBJETO:

Identificar el desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño en padres del niño nacido pre-término internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

Responderé a preguntas, en una encuesta anónima.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada solo a efectos de la investigación. Mi identidad será mantenida en anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

"Desequilibrio Ocupacional en la Calidad del Sueño de padres de niños nacidos pre-término"

Mi participación en el presente estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA:.....

FECHA:.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR:.....

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh, versión colombiana

Nombre: _____Edad: _____
Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren a su forma habitual de dormir únicamente durante el último mes, en promedio. Sus respuestas intentarán ajustarse de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayoría de los días y noches del último mes. Por favor, intente responder a todas las preguntas.

Durante el último mes:

1. ¿A qué hora se acostó normalmente por la noche?
Escriba la hora habitual en que se acuesta: _____
2. ¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido en promedio?
Escriba el tiempo en minutos: _____
3. ¿A qué hora se levantó habitualmente por la mañana?
Escriba la hora habitual de levantarse: _____
4. ¿Cuántas horas durmió cada noche? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama.)
Escriba las horas que crea que durmió: _____

5. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de...?	**0. Ninguna vez en el último mes.**	**1. Menos de una vez a la semana.**	**2. Una o dos veces a la semana.**	**3. Tres o más veces a la semana.**
a. No poder quedarse dormido en la primera media hora				
b. Despertarse durante la noche o de madrugada				
c. Tener que levantarse para ir al baño				

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

	0. Ninguna vez en el último mes.	**1. Menos de una vez a la semana.**	**2. Una o dos veces a la semana.**	**3. Tres o más veces a la semana.**
d. No poder respirar bien				
e. Toser o roncar ruidosamente				
f. Sentir frío				
g. Sentir calor				
h. Tener 'malos sueños' o pesadillas				
i. Tener dolores				
j. Otras razones (por favor, descríbalas)				
6. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tomado medicinas (recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir?				

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

	0. Nada problemático.	**1. Solo ligeramente problemático.**	**2. Moderadamente Problemático.**	**3. Muy problemático.**
7. Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para permanecer despierto mientras conducía, comía, trabajaba, estudiaba o desarrollaba alguna otra actividad social?				
8. Durante el último mes, ¿el 'tener ánimos', qué tanto problema le ha traído a usted para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o alguna actividad social?				

9. Durante el último mes, ¿cómo calificaría en conjunto la calidad de su sueño?

0. Muy buena

1. Bastante buena

2. Bastante mala

3. Muy mala

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Instrucciones para la baremación del Indice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI).

Cuestionario autoadministrado que consta de 19 ítems. Analizan diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, agrupados en 7 componentes: calidad, latencia, duración, eficiencia y alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del cuestionario, que oscila entre 0 y 21 puntos (a mayor puntuación, peor calidad de sueño). Buysse propone un punto de corte de 5 (puntaje ≥ 5 define malos dormidores). Se trata de un cuestionario breve y sencillo, el cual se puede utilizar como elemento para detectar buenos y malos dormidores.

Un puntaje ≥ 5 nos indica malos dormidores que puede desencadenar a producir un desequilibrio ocupacional en la calidad del sueño en el padre del niño nacido pre-término.

Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño

Examine la pregunta n°6 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Muy buena	0
Bastante Buena	1
Bastante Mala	2
Muy Mala	3

Puntuación Item 1:_____

Ítem 2: Latencia de Sueño

1. Examine la pregunta n°2 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
≥60 minutos	3

Puntuación Pregunta 2:_____

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

2. Examine la pregunta n°5a y asigne la puntuación:

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

Puntuación Pregunta 5a:_____

3. Sume la pregunta n°2 y n°5a

Suma de la Pregunta 2 y 5a:_____

4. Asigne la puntuación al ítem 2 como se explica a continuación:

Suma de la Pregunta 2 y 5a:	Puntuación:
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación Item 2:_____

Ítem 3: Duración del Sueño

Examine la pregunta n°4 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Más de 7 horas	0
Entre 6 y 7 horas	1
Entre 5 y 6 horas	2
Menos de 5 horas	3

Puntuación Ítem 3:_____

Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño

1. Escriba el número de horas de sueño (Pregunta n°4) aquí: _____
2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:

a. Hora de levantarse (Pregunta no3):____

b. Hora de acostarse (Pregunta no1):____

Hora de levantarse – Hora de acostarse: _____ Número de horas que pasa en la cama

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

3. Calcule la eficiencia habitual de Sueño como sigue:
(Número de horas dormidas / Número de horas que pasa en la cama) x 100= Eficiencia Habitual de Sueno (%)
(_____/_____) x 100 = _____%

4. Asigne la puntuación al Ítem 4:

Eficiencia habitual de sueno (%):	Puntuación:
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Puntuación Item 4:_____

Ítem 5: Perturbaciones del sueño

1. Examine las preguntas n°5b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:

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

Puntuación 5b_____
Puntuación 5c_____
Puntuación 5d_____
Puntuación 5e_____
Puntuación 5f_____
Puntuación 5g_____
Puntuación 5h_____
Puntuación 5i_____
Puntuación 5j_____

2. Sume las puntuaciones de las preguntas n°5b-j:

Suma puntuaciones 5b-j:_____

3. Asigne la puntuación del ítem 5:

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

Puntuación Item 5:_____

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea

Ítem 6: Utilización de medicación para dormir

Examine la pregunta n°7 y asigne la puntuación

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

Puntuación Item 6:_____

Ítem 7: Disfunción durante el día

1. Examine la pregunta n°8 y asigne la puntuación:

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

Puntuación Pregunta 8:_____

2. Examine la pregunta n°9 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ningún problema	0
Solo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3. Sume la pregunta n°8 y la n°9

Suma de la Pregunta 8 y 9:_____

4. Asigne la puntuación del ítem 7:

Suma de la Pregunta 8 y 9:	Puntuación:
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación Ítem 7:_____

Puntuación PSQI Total

Sume la puntuación de los 7 ítems

Puntuación PSQI Total: _____

Bravo, Noelia
Gurtubay, Ana
Iavagnilio, Andrea