



UAP

**UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“RELACION ENTRE LA CALIDAD DE SUEÑO CON LOS
COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN TARSICIO, AREQUIPA -2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

VIVIANA MILAGROS, MOLLO MURILLO

**AREQUIPA - PERÚ
2016**

**“RELACION ENTRE LA CALIDAD DE SUEÑO CON LOS
COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN TARSICIO, AREQUIPA -2015”**

A Dios, Por haberme permitido lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis familia por su apoyo a lo largo de este tiempo, por su comprensión, tolerancia y porque creyeron en mis capacidades.

A la universidad Alas Peruanas con su Escuela Profesional de Enfermería, donde encontré muy buenos profesionales para mi formación

Gracias a todas las personas que ayudaron en la realización de esta investigación.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación de la calidad de sueño con los comportamientos agresivos en estudiantes de la institución educativa San Tarsicio, Arequipa 2015. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de diseño correlacional. La muestra fueron 150 estudiantes de 1ero a 5to año de secundaria. Entre sus principales conclusiones tenemos: La edad en que se encuentran los estudiantes corresponde a la etapa de pre adolescencia y adolescencia propiamente dicha. Asimismo el mayor porcentaje de estudiantes son de género masculino.

Existe relación entre la variable de estudio calidad de sueño y comportamiento agresivo de los estudiantes específicamente en el 42%(62) estudiantes que presentan comportamiento agresivo ya que también existe en el 35%(52) una mala calidad de sueño. Se encuentra que el 58%(88) no presentan agresividad pero si un mínimo porcentaje tiene buena calidad de sueño y es agresiva y los que tienen mala calidad no son agresivos. El 61%(92) de los estudiantes tienen buena calidad de sueño, el 39%(58) presentan mala calidad de sueño es decir no tienen un patrón de horario para descansar. Existe comportamiento agresivo en el 42%(62) estudiantes. Asimismo predomina en el comportamiento el de tipo verbal en el 35%(52) estudiantes y un mínimo porcentaje del 7%(10) presentan agresividad física.

Palabras Claves: Calidad de sueño y conducta agresiva

ABSTRAC

The aim of the research was to determine the relationship between sleep quality with aggressive behaviors in students of the school San Tarcisio, Arequipa 2015. Fue a study of non-experimental descriptive and correlational design level. The sample consisted of 150 students from 1st through 5th grade. Among its main findings we are: The age at which students are corresponding to the pre teens and teens that properly. Also the highest percentage of students are male.

There is a relationship between the study variable quality of sleep and aggressive behavior of students specifically in 42% (62) students who have aggressive behavior because it also exists in 35% (52) a poor quality of sleep. It is found that 58% (88) have no aggressiveness but a small percentage have good quality of sleep and is aggressive and those with poor quality are not aggressive. 61% (92) of the students have good sleep quality, 39% (58) have poor sleep quality ie have no pattern descansar. Existe schedule for aggressive behavior in 42% (62) students. Also dominates the verbal behavior type in 35% (52) students and a minimum rate of 7% (10) have physical aggression.

Keywords: Quality of sleep and aggressive behavior

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	49
2.4. Hipótesis	50
2.5. Variables	50
2.5.1. Definición conceptual de la variable	50
2.5.2. Definición operacional de la variable	51
2.5.3. Operacionalización de la variable	52

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	53
3.2. Población y muestra	54
3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	55
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	58
CAPÍTULO V: DISCUSION	69
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El presente informe de tesis, titulada "Relación entre la calidad de sueño con los comportamientos agresivos en estudiantes de la Institución Educativa San Tarsicio, Arequipa -2015", surge debido a que hoy en día se observa un comportamiento agresivo entre los adolescentes y también existen evidencias de que no descansan lo suficiente es por ello que la enfermera debe brindar una atención integral considerando que los adolescentes necesitan de nuestra atención y ser visto como un ser biopsicosocial, buscando mantener la atención holística ya que muchas veces las acciones del profesional de enfermería se abocan generalmente a la satisfacción de sus acciones dejando de lado de otras sin satisfacer.

El descanso es básico para poder sentirse mejor y controlar nuestras emociones y es un componente importante en la conducta de los adolescentes que hoy en día se ven influenciados por los estereotipos y por las familias disfuncionales, de los modelos observados en la sociedad es decir cuando el servicio responde a las necesidades y supera las expectativas, es por ello que el profesional de enfermería por medio de la consejería desempeña un rol preponderante de intervención directa y eficaz en la prevención llegando a contribuir a la salud y equilibrio. Conociendo los múltiples beneficios que esta tiene en la salud del niño y del adolescente

En el ámbito profesional, como alumna de interés en conocer la satisfacción de las madres a la consejería de enfermería sobre lactancia materna.

El presente estudio se realizó a través de entrevista a las madres con bebés menores de 6 meses que asisten al centro materno infantil José Carlos Mariátegui. El instrumento que se aplicó fue una escala que tuvo como propósito determinar el nivel de satisfacción de las madres.

Durante la ejecución de la investigación, no se presentó ningún obstáculo al aplicar el instrumento.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, se observa, se siguen tolerando y legitimando acciones negativas y/o agresivas, evidenciando que, cuando se agrede a los demás, no siempre es porque se pierde la cabeza y el control de la razón, sino porque la razón y los sentimientos se han ido llenando de razones para legitimar tales agresiones y conductas asociales. Así, en la medida que los modelos de vida en los que crecen los niños y adolescentes y en los que desarrollan sus aprendizajes vitales, por un lado olvidan que la persona entendida como un todo es lo fundamental, especialmente cuando este es débil, marginado o pobre, se fomentan percepciones e interpretaciones insensibles, haciendo mucho más difícil para ellos construir valores fundamentales como la tolerancia, la comprensión empática, la solidaridad y en general, los sentimientos prosociales hacia los demás, indispensables para superar los conflictos, desencuentros y dificultades que, además de frecuentes, son “normales” en las relaciones interpersonales y que no deben conducir necesariamente a actitudes de rechazo y de violencia.¹

Sin embargo, los niños, las niñas y los adolescentes, se encuentran hoy con grandes dificultades para adquirir estos aprendizajes de la convivencia y de la aceptación de los demás, porque en los entornos donde se socializan no siempre se potencian estos valores, considerando que la familia, la escuela, el grupo de iguales y los medios de comunicación, como referentes en el proceso de socialización, en múltiples ocasiones potencian otro tipo de valores y de formas de relacionarse con los demás.²

Por otra parte, dos de estos ejes fundamentales: la familia y la escuela, cada vez ceden más terreno a los medios de comunicación y al grupo de iguales, debido a los cambios cualitativos que desde hace un tiempo se vienen produciendo en la sociedad europea y más concretamente en la española; cambios que se hacen evidentes en la organización social, política y económica, donde se valora el tener, el poder, el éxito, el individualismo y en general, la “ley del más fuerte”, haciendo entonces más difícil el aprendizaje de estos valores relacionados con los Derechos Humanos.

Es cada vez mayor el reconocimiento que se le da a la importancia del sueño en la salud pública; no dormir lo necesario está asociado a accidentes automovilísticos, desastres industriales, malos comportamientos, entre otros.

Las personas que no duermen lo necesario también son más propensas a padecer enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, depresión y obesidad, así como cáncer, a mayor mortalidad y menor calidad de vida y productividad⁽³⁾

Aproximadamente 50 a 70 millones de adultos en los EE.UU. tienen trastornos del sueño o insomnio.⁽³⁾

Estudios peruanos señalan que los estudiantes de algunas universidades del Perú tienen una mala calidad del sueño, ya que descansan seis a menos horas, lo que les trae algunos problemas a su salud física y emocional⁽²⁾

Todos estos problemas de mala calidad de sueño pueden traer consecuencias en la personalidad del adolescente, es así que se puede presentar casos de agresión escolar, que es uno de los problemas que en la actualidad tienen una gran presencia entre los estudiantes. Se encuentra que muchos estamentos involucrados en esta situación no pueden desarrollar sus actividades normalmente ya que cada día son más los alumnos que presentan comportamientos violentos contra sus compañeros, ya sea, de forma física, psicológica y social. Además este comportamiento inadecuado no sólo se presenta en el aula, sino también en la casa, en la calle y en varios sitios públicos en los cuales estén participando estos adolescentes; este tipo de comportamientos también se desarrollan a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación.

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas se formula la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1.- Problema general

¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y el comportamiento agresivo en los estudiantes de la Institución Educativa San Tarsicio, Arequipa 2015?

1.2.2.- Problemas específicos

- ¿Cuál es la calidad de sueño de los estudiantes de la Institución Educativa San Tarsicio, Arequipa 2015?
- ¿Cuál es el comportamiento de los estudiantes de la Institución Educativa San Tarsicio, Arequipa 2015?
- ¿Cuál es el tipo de comportamiento agresivo de los estudiantes de la Institución Educativa San Tarsicio, Arequipa 2015?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.- Objetivo General

Determinar la relación de la calidad de sueño con los comportamientos agresivos en estudiantes de la Institución Educativa San Tarsicio, Arequipa 2015.

1.3.2.- Objetivos Específicos

- Identificar la calidad de sueño de los estudiantes de la Institución Educativa San Tarsicio, Arequipa 2015.
- Reconocer el comportamiento de los estudiantes de la Institución Educativa San Tarsicio, Arequipa 2015.
- Identificar el tipo de comportamiento agresivo de los estudiantes de la Institución Educativa San Tarsicio, Arequipa 2015.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Todo trabajo que tenga como unidad muestral a los adolescentes es necesario e importante de realizar ya que se recomienda conversar el aspecto conductual con los adolescentes, más difícil es revisar junto con ellos sus horarios de estudio, recreación y sueño para llegar a un acuerdo en que el adolescente se comprometa a levantarse, estudiar, ver la televisión y acostarse en determinados horarios claramente establecidos, de modo que disponga de 8 a 10 horas para dormir y así pueda funcionar bien durante el día. Estas actividades estarán enmarcadas en la actividad educativa que el personal de enfermería puede fomentar entre los padres y adolescentes porque en el desarrollo de nuestra labor en los diversos centros hospitalarios de la ciudad, y sobre todo en comunidad, nos encontramos con adolescentes que llegan a estos centros a hacerse atender por problemas generados por acciones violentas en las cuales se ven involucrados, tanto por ser los agredidos como los agresores, motivados por el incumplimiento de sus horas de descanso necesario que deben tener diariamente, por lo que será labor de la enfermera atender estos casos.

La utilidad de los datos obtenidos, que serán un reflejo de la realidad, permitirá que las autoridades de salud y también las educativas sepan cómo se está desarrollando este comportamiento y así tomar las acciones más oportunas para garantizar que todos los adolescentes no descuiden su descanso y eso les puedan generados actos violentos.

La trascendencia de estudiar este tema, permitirá obtener información sobre estos problemas que suelen padecer los adolescentes, lo que repercutirá en el comportamiento que tengan; esto también servirá a otros investigadores a seguir incidiendo en estos temas a través de investigaciones que abarquen otras variables e indicadores.

Este trabajo está realizado porque se ha podido notar que hay muchos casos de problemas de salud que padecen algunos adolescentes, como

resultado del incumplimiento de sus horas de descanso, que muchas veces es generado por estar dedicando horas a actividades que le genera cansancio físico y mental, por lo que es necesario dedicarle atención a este problema que muestra presencia permanente en los hogares.

La relevancia de la presente investigación está dada porque los datos obtenidos permitirán que las autoridades de salud tengan referencias y puedan tomar algunas medidas que permitan corregir algunas falencias encontradas.

El aporte científico está dado porque los conocimientos que surjan de este trabajo servirán para que se incrementen los ya existentes sobre este tema.

La factibilidad del presente estudio se da porque el investigador cuenta con los recursos necesarios para su ejecución.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

GALLEGO J. (2013), en Murcia, España, realizó un estudio titulado: “Proyecto educativo sobre Calidad del sueño y somnolencia diurna en estudiantes de Enfermería: estudio de prevalencia”. Su objetivo fue Conocer la prevalencia del deterioro del patrón de sueño en los alumnos de enfermería de la Universidad Católica San Antonio (UCAM) y su relación con los hábitos de sueño, aspectos socio familiares y rendimiento académico. Para dar respuesta a los objetivos propuestos en nuestro trabajo, se ha utilizado metodología cuantitativa, diseñando un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, de secuencia transversal. La población de estudio está formada por alumnos de 1º, 2º y 3º de la Facultad de Enfermería (Grado de Enfermería), de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. El análisis de los resultados obtenidos permite determinar que la Escala de Somnolencia y el Índice de Calidad del Sueño, describen a los estudiantes universitarios de la Facultad de

Enfermería como malos dormidores, con una alta prevalencia de somnolencia diurna, una latencia de sueño prolongada, superior a treinta minutos, un sueño poco reparador y un importante déficit de sueño. El cronotipo intermedio es el más común entre los alumnos de enfermería si bien, puede apreciarse una clara tendencia a la vespertinidad. Los estudiantes prefieren la actividad nocturna antes que desarrollar sus tareas durante el día. Pese a existir un predominio del patrón de sueño intermedio, consistente en dormir entre 5.30 y 9 horas, son muchos los alumnos (21.5%) que duermen menos de cinco horas al día. Los alumnos con un patrón de sueño corto (duermen menos de 5.30 horas), y aquellos con preferencias vespertinas, son los que más sufren de excesiva somnolencia diurna y los que peor calidad del sueño presentan⁽³⁾

RODRIGO, S. (2012), en España, realizó una investigación que llevó por título: "Calidad del sueño en personal de enfermería". El objetivo fue conocer la calidad del sueño de los profesionales de enfermería mediante el "Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh". Se realizó un estudio descriptivo transversal, que se llevaría a cabo durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2009 entre el personal de enfermería del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (HCSC), hospital docente y de referencia de la Comunidad de Madrid con un número de camas de entre 1.000 y 1.200. Concluye que la calidad de sueño del personal de enfermería es medio, debido a varios factores que intervienen⁽⁴⁾

2.1.2. Antecedentes nivel nacional

GUEVARA Y. (2013), en Tacna investigó "Factores Psicosociales y su Relación con la Calidad de Sueño en Estudiantes de Enfermería de la UNJBG Tacna -2012". Tuvo como objetivo determinar la relación de los factores psicosociales con la calidad de sueño.

El estudio se analiza la calidad del sueño con un total de 143 estudiantes de enfermería (124 mujeres y 9 varones) por medio del Índice de la Calidad de sueño de Pitsburg el cual consta de siete dimensiones: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Las preguntas hacen referencia al último mes. Además se evaluó la relación con los factores psicosociales. Se encontró que la mayoría de los estudiantes de la escuela de enfermería son malos dormidores con un 86,7% lo que indican que sufren de algún trastorno de sueño, con respecto a la duración de sueño se observa que un 31,47 % tienden a dormir menos de 5 horas, La latencia subjetiva del sueño menor a 15 minutos con un 56,6% y 21 % consume alguna de medicación hipnótica. En cuanto a la relación de los factores psicológicos que es el estrés se encontró que sí existe correlación entre ambas variables con $0,028 < \alpha < 0,05$.⁽⁵⁾

TELLO, T, VARELA, L, ORTIZ, P, CHÀVEZ, H, REVOREDO, C. (2011), en Lima, estudiaron "Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima". Tuvo como objetivo determinar la calidad del sueño, la frecuencia de somnolencia diurna y la higiene del sueño de los adultos mayores en un Centro del Adulto Mayor en Lima. se entrevistó a 73 adultos mayores que acudían a un Centro del Adulto Mayor. Se utilizó el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh, la escala de somnolencia de Epworth y el índice de higiene del sueño modificado, previamente validados. el 74% de los participantes (54 personas) presentaba una mala calidad de sueño, el análisis de los componentes mostró una auto percepción de calidad del sueño bastante mala y muy mala en el 9,6% (7 personas), una latencia del sueño prolongada en el 20,2% de los participantes (14 personas), una duración total del sueño

considerada como bastante mala y muy mala en el 24,7% (18 personas) y un 52,1% (38 personas) tuvo una eficiencia subjetiva de sueño menor al 85%. Concluyen que los adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Lima, tienen una alta frecuencia de mala calidad de sueño de somnolencia diurna y de mala higiene del sueño.⁽⁶⁾

2.1.3. Antecedentes a nivel local

ESPINOZA, H., (2013), en Arequipa, investigó “Calidad del sueño en alumnos del último año de la escuela de sub oficiales PNP de Charcani, Arequipa 2013”. Objetivo: Determinar la calidad del sueño en los alumnos de último año de la escuela de sub oficiales PNP de Charcani Arequipa 2013. Métodos: Se realizó la investigación en la totalidad de alumnos que cursan el último año de la escuela de sub oficiales PNP de Charcani excluyendo a aquellos que se negaran a colaborar con el estudio, el diseño del mismo es descriptivo y transversal, se utilizó el índice de la calidad del sueño de Pittsburgh (PSQ1) para realizar la encuesta. Resultados: La calidad del sueño según el índice de calidad del sueño de Pittsburgh separa a los encuestados en buenos y malos dormidores según el puntaje total obtenido, al realizar la encuesta en los alumnos de la escuela se encontró que el (75.3%) de los encuestados es un mal dormidor mientras que en cuanto a los factores que intervienen en la calidad del sueño se encontró que en lo que se refiere a la calidad subjetiva del sueño un (48%) de los alumnos tiene problemas a este nivel, la latencia del sueño se encuentra alterada en un (12.7%), la duración del sueño se encuentra alterada en un (83.3%), la eficiencia habitual del sueño se encuentra alterada en un (12.7%), las perturbaciones extrínsecas del sueño fueron problemáticas en un (27.4%), el uso de medicación hipnótica resulto problemática en un (4.6%) y en cuanto a la disfunción diurna resulto ser problemática en un

(30.7%). Conclusión: La calidad del sueño en los alumnos de último año de la escuela de sub oficiales PNP de Charcani es muy baja en la más de la mitad del alumnado, siendo la duración del sueño el factor más afectado.⁽⁷⁾

VALERA R. (2012), en Arequipa investigó “Calidad del sueño y accidentes de tránsito en choferes del transporte público de la provincia de Arequipa 2011”, El objetivo fue determinar la asociación entre calidad del sueño y accidentes de tránsito en choferes de transporte público de la provincia de Arequipa 2011 .Se realizó un estudio de investigación teórica, de campo, prospectiva, de corte transversal. Se aplicó el Cuestionario de Pittsburgh para la Calidad del Sueño estructurado en una población objetivo de 110 choferes que accedieron a responder, en los terminales de los vehículos de transporte público de Arequipa. Los resultados fueron que la edad promedio fue de 45 años, el 63.6% con 70 choferes tenían buena calidad del sueño y el 36.4% con 40 choferes tenían mala calidad del sueño; la edad del chofer, la experiencia laboral, la categoría del brevete no tuvieron ninguna connotación entre la buena o mala calidad del sueño, la horas de conducción si tuvieron mucha relación con la calidad del sueño, el cansancio y somnolencia, la relación de los componentes de la calidad del sueño de PITTSBURG, calidad Subjetiva del Sueño, disfunción diurna, somnolencia, latencia del sueño, duración del sueño, eficacia habitual del sueño, perturbación extrínseca del sueño; se encontraron diferencias significativas entre el tipo de accidente y calidad de sueño que va desde leve, moderado y severo, en cuanto al uso de medicación hipnótica para el sueño ninguno de los encuestados la usó. ⁽⁸⁾

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Calidad de sueño

La palabra sueño proviene de la palabra latina, *sonnus* (sehlahf, Ale., *sonneil*, Fr., *sleep*, In., *sonno*, It., *sono*, Port.) y significa acción de dormir. Se le considera como una pérdida o suspensión normal y periódica de la conciencia y de la vida de relación, vinculado a un familiar y a la vez poco explicado estado de reposo, del cual puede despertarse con estímulos sensoriales u otros; y es reconocido técnicamente como un proceso activo que requiere la participación de numerosas influencias hipnógenas, surgidas en determinadas estructuras neurales con compleja transmisión y modulación neurobioquímica. La calidad de sueño no sólo se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino que incluye también un buen funcionamiento diurno. La mala calidad de sueño puede afectar distintos subprocesos de la atención.

El sueño es un fenómeno complejo y frágil, consume gran parte de la vida humana e influye de manera determinante en la vigilia. Para una vida sana y feliz, el sueño es una condición necesaria, no sorprende entonces, que ante una gran cantidad de problemas personales o médicos, el sueño sea una de las variables, que primero se afecta y aparezca el insomnio y en situaciones ansiogénicas las pesadillas. ⁽⁴⁴⁾

Además, habitualmente encontramos cambios documentados del EEG asociados con el sueño sin que muchos individuos admitan haber dormido, y de forma inversa determinados individuos pueden dormir sin que se detecten modificaciones en el EEG.

Tanto el sueño como la vigilia se encuentran ligados a la diversidad de exigencias ambientales a que se ven sometidos los

individuos y las diferentes especies animales. De esta forma, los reptiles y determinadas especies de mamíferos duermen con el frío y despiertan progresivamente al llegar las estaciones más cálidas. Sin embargo, la tónica general en los mamíferos más próximos filogenéticamente al hombre, consiste en ligar las horas de vigilia a las horas de luz y el sueño a las horas de oscuridad

Es una función fisiológica indispensable para la vida, fundamental para garantizar el bienestar físico y emocional del individuo, así como la armonía con su medio externo. Al presentarse alteraciones del sueño ya sea por aumento en los despertares nocturnos, profundidad del sueño o la duración del adormecimiento, el individuo puede definir su sueño como no reparador, lo cual traduce afectación de su calidad de vida siendo esta una cualidad atribuida por el individuo. Existen entidades clínicas en las cuales se afecta con frecuencia esta cualidad, debido a alteraciones en la arquitectura del sueño, como serían algunas patologías neurológicas y psiquiátricas. Es un estado complejo de comportamientos necesarios a lo largo de la vida, para la salud somática y psicológica la cual se puede ver afectada por la condición estructural y funcional del cerebro. ⁽⁴⁰⁾

Los trastornos del sueño constituyen unos de los problemas de salud más relevantes de las sociedades occidentales; así, nos enfrentamos a uno de los problemas médicos más extendidos y a la vez menos comprendidos

La importancia de una buena calidad del sueño no sólo es fundamental como factor determinante de salud sino como elemento determinante de una buena calidad de vida. Diversos estudios sugieren la existencia de una relación positiva entre la calidad de sueño y la salud autoinformada. También se ha documentado la relación entre calidad de sueño y bienestar psicológico. ⁽¹⁶⁾

Los componentes del cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP) son siete; Calidad subjetiva del sueño, Latencia de sueño, Duración del sueño, Eficiencia de sueño habitual, Alteración del sueño, Uso de medicación hipnótica y Disfunción diurna.⁽¹⁷⁾

A. Calidad subjetiva del sueño

La “calidad del sueño “es un proceso complejo, difícil de definir y difícil de medir con objetividad, en el que se integran aspectos cuantitativos (duración del sueño, latencia del sueño, número de despertares) y subjetivos del sueño (profundidad, reparabilidad).⁽¹⁷⁾

Los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas de salud más relevantes en las sociedades occidentales. Una buena calidad de sueño es importante como elemento propiciador de una buena calidad de vida. La calidad del 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). Ello hace que sea fundamental estudiar la incidencia de estos trastornos en distintos tipos de poblaciones, así como los factores que los determinan.

Al presentarse alteraciones del sueño ya sea por aumento en los despertares nocturnos, profundidad del sueño o la duración del adormecimiento, el individuo puede definir su sueño como no reparador.⁽¹⁷⁾

Kleitman refiere que la calidad del dormir es difícil de definir, ya que es una dimensión más amplia y compleja que comprende aspectos cuantitativos, pero también subjetivos de bienestar y de funcionamiento diurno.⁽²²⁾

B. Latencia de sueño

Se entiende por latencia de sueño al intervalo entre cuando se apagan las luces y la llegada del sueño. El cual es definido como cinco minutos consecutivos de sueño. Esta latencia se define también como la primera época de cualquier fase de sueño

Al tener ganas de dormir, comienza un adormecimiento o período de latencia, (tiempo que transcurre entre el disponerse a dormir y el dormirse, dura no más de media hora y ahí se pasa del estado de vigilia a la de sueño con una progresiva disminución de la conciencia). En esta fase puede que se produzcan ilusiones visuales o auditivas de estímulos que no existen, así como que se sientan calambres, vértigos o sensación de tropiezo o caída en un precipicio, y presentar sacudidas (fases I y II Luego se llega a las fases III y la IV donde se produce el sueño de mayor profundidad).

Durante la primera fase, habitualmente denominado sueño de ondas lentas, hay una disminución progresiva del tono muscular, temperatura corporal, frecuencia del pulso, tensión arterial y volúmenes respiratorios.

La segunda fase, de sueño activado o REM, se caracteriza por una disociación entre el estado de inconsciencia y determinados aspectos de hiperactividad neurofisiológica, hay una activación del trazado electroencefalográfico que adopta patrones similares a los observados durante la vigilia, aparecen movimientos oculares conjugados rápidos, aumenta la frecuencia respiratoria y cardíaca, así como la temperatura corporal. De forma paradójica, durante esta fase ocurre disminución del tono muscular, lo que se traduce en una activación de la formación reticular bulbar inhibidora, de igual

forma que lo hacen los centros nerviosos facilitadores de ubicación más rostral. En base a los patrones EEG, EMG y movimiento oculares podemos diferenciar los siguientes estadios de sueño. ⁽²⁶⁾

C. Duración del sueño

Sueño REM: el primer episodio REM de la noche típicamente ocurre 70 a 100 minutos después del inicio del sueño, usualmente es breve,

de menos de 10 minutos. Se caracteriza por actividad EEG de bajo voltaje con ondas theta, movimientos oculares rápidos y tono muscular considerablemente descendido en relación a los niveles del sueño NREM.

El sueño modifica sus patrones en el transcurso de la vida del sujeto, así el recién nacido duerme aproximadamente el 70% del día, siendo la mitad de ese tiempo ocupado por sueño REM. A partir de los 10 años de edad la duración del sueño REM va disminuyendo hasta ocupar la tercera parte del tiempo total de sueño. Periodos de actividad rítmica de reposo y movimientos se han identificado en fetos y en recién nacidos prematuros de 24 a 26 semanas de gestación, y a las 28-30 semanas de gestación pueden identificarse periodos de sueño activo con movimientos oculares rápidos. En el recién nacido pueden identificarse tres patrones de sueño: sueño activo (REM), sueño NREM y sueño indeterminado. Este último reúne criterios variables de sueño REM o NREM. El patrón alternante en el EEG habitual en los recién nacidos a término es inicialmente identificable a las 32-34 semanas de gestación; este patrón está totalmente desarrollado a las 37-38 semanas de edad gestacional y desaparece gradualmente durante el primer mes de vida. Durante los primeros tres

meses de vida ocurren profundas modificaciones que conducen a patrones de sueño más maduros. ⁽¹⁰⁾

De forma concomitante con el desarrollo del sueño NREM se van desarrollando las capacidades de atención del lactante y se logra una distribución diurna de los periodos de vigilia. A diferencia de lo que ocurre en el periodo neonatal, las modificaciones de los patrones del sueño durante el periodo preescolar son más progresivas. En el niño de 2-3 años de edad los ciclos NREM tienen una longitud aproximada de 60 minutos, que a los 4-5 años aumenta progresivamente desde 60 a minutos, por lo que la proporción total de sueño REM se ve en consecuencia disminuida desde un 30 % del total del sueño a un 20-25 %. Típicamente los niños en edad preescolar tienen 7 ciclos NREM en cada periodo de sueño nocturno, acompañados característicamente de movimientos corporales especialmente intensos. Durante el periodo que va de los 5 a los 10 años el tiempo total de sueño es 2.5 horas mayor que el patrón de sueño del sujeto adulto, los movimientos corporales disminuyen en intensidad y el estadio IV decrece desde 2 horas de duración total en edades previas hasta aproximadamente 75-80 minutos. Durante la fase de sueño REM se produce un aumento del flujo sanguíneo cerebral en un 30-50%. Del mismo modo, la temperatura corporal que durante las fases de vigilia se relaciona con la actividad metabólica del sujeto, durante la fase de sueño de ondas lentas disminuye y aumenta notoriamente durante la fase de sueño REM. ⁽¹¹⁾

D. Eficiencia habitual de sueño

Es eficiente el sueño si el tiempo que un sujeto que pasa en sueño verdadero; no se puede despertar durante el tiempo que se dedica a dormir. Uno de los descubrimientos más

importantes de la investigación sobre la privación de sueño es que las personas que están privadas de sueño se convierten en durmientes con un sueño más eficiente. Concretamente, en su sueño hay una proporción más alta de ondas lentas (fases 3 y 4), lo que parece servir a la principal función de recuperación.⁽¹⁶⁾

El registro psicofisiológico de la actividad del durmiente es útil no sólo para conocer posibles patrones alterados de sueño, o para constatar de qué forma afectan las reacciones emocionales al buen dormir, sino que se convierte también en una técnica oportuna para la evaluación de las propias disfunciones afectivas.⁽¹⁶⁾

E. Perturbaciones del sueño

Los trastornos del sueño no son una patología grave por si misma, pero puede traer serias implicaciones en la vida diaria de la persona que la padece: agotamiento físico, bajo rendimiento, sueño diurno, mal humor, cansancio, dificultad para cumplir con las obligaciones profesionales, familiares o sociales.⁽¹¹⁾

Algunos trastornos que se presentan son:

- Apnea del sueño: Donde la persona hace una o más pausas en la respiración o tiene respiraciones superficiales durante el sueño.
- Enuresis: Es cuando la persona se orina en la cama durante el sueño; generalmente le pasa a los niños.
- Insomnio: Es sueño insuficiente, intranquilo, de mala calidad, o no restaurador.

- Síndrome de piernas inquietas: Este es un trastorno en el cual se desea o necesita mover las piernas para interrumpir sensaciones molestas.
- Terrores nocturnos: Este trastorno se caracteriza por el despertar abrupto y aterrorizado de la persona.
- Sonambulismo: Las personas caminan o realizan otra actividad estando aún dormidas.
- Narcolepsia: Es cuando la persona sufre un gran sueño durante todo el día aunque hayan dormido sus horas completas la noche anterior. De repente, uno se duerme sin querer a cualquier hora del día. ⁽⁴²⁾.

En cuanto a los trastornos, su origen es muy variado; en ocasiones, aparecen como efecto de otras enfermedades y otras, constituyen factores de riesgo que favorecen la aparición de otras patologías.

Por ello, el correcto diagnóstico y tratamiento de estos pacientes necesita un enfoque multidisciplinar. Para su diagnóstico se realiza una polisomnografía o prueba del sueño, que consiste en el registro durante la noche de las variables fisiológicas⁽¹¹⁾

Los trastornos del sueño o desórdenes del sueño (también conocidos con el nombre de enfermedades del sueño o incluso trastornos del dormir, según el país hispanohablante de que se trate), son un amplio grupo de padecimientos que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia. Algunos trastornos del sueño pueden ser muy graves e interferir con el funcionamiento físico, mental y emocional del individuo.

Pueden afectar el curso del sueño directamente, o hacerlo de manera secundario.

F. Utilización de medicación para dormir

La medicina del sueño es una subespecialidad médica que se dedica al diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño. Desde mediados del siglo XX, las investigaciones han generado conocimientos, respuestas y cuestionamientos cada vez más amplios acerca del funcionamiento del ciclo sueño vigilia. Esta disciplina, que está creciendo rápidamente, se ha convertido en una subespecialidad médica reconocida en algunos países. La medicina del sueño odontológica también ha sido reconocida y certificada por los comités médicos de algunos países. Debidamente organizados, en los Estados Unidos se están organizando programas académicos de posgrado de una duración mínima de 12 meses. En algunos países, los investigadores del sueño pueden ser los mismos doctores que ofrecen tratamiento a personas que tienen dificultades para dormir. ⁽¹⁸⁾

Los trastornos y perturbaciones del sueño son muy comunes y tienen consecuencias significativas en la vida de los individuos afectados, y también efectos económicos y de muchos otros tipos a nivel social. ⁽¹⁸⁾

Muchas personas toman sedantes para poder dormir. Pero esto puede generar en los consumidores que algunos medicamentos

para tratar el insomnio pueden reducir su capacidad de estar alerta a la mañana siguiente de su uso, afectando sus habilidades para realizar funciones en las que se debe estar muy alerta, como el conducir un auto.

El Zolpidem es uno de los medicamentos usados para poder dormir, aunque se ha encontrado que algunas medicinas que contienen este producto de liberación inmediata, pueden alterar los niveles de alerta al conducir y en otras funciones en la mañana posterior a su uso. Estas medicinas se comercializan como medicamentos genéricos y bajo las siguientes marcas:

Ambien (tabletas orales)

Edluar (tabletas sublinguales)

Zolpimist (aerosol oral)

La somnolencia ya figura como un efecto secundario en las etiquetas de los medicamentos contra el insomnio, junto con advertencias de que los pacientes aun puedan sentir somnolencia en la mañana posterior a al uso de este producto. “Todos los medicamentos contra el insomnio son muy potentes y deben usarse cuidadosamente.”⁽¹³⁾

G. Disfunción del sueño durante el día

La falta de horas de sueño tiene consecuencias muy evidentes durante el día. Algunas de ellas son la tendencia a dormirse a todas horas, los cambios repentinos de humor, tristeza, irritabilidad, actitud pesimista y aumento del estrés y la ansiedad.

Diversas pruebas para estudiar la falta de sueño durante varios días dieron como resultado que, después del tercer día sin dormir, suelen manifestarse alucinaciones y locura temporal. Los estudios demuestran que las probabilidades de sufrir alguna enfermedad psiquiátrica aumentan en un 40

por ciento cuando los problemas para dormir se vuelven crónicos. ⁽³⁵⁾

A nivel fisiológico, se ha visto que la falta de sueño también repercute en la habilidad para procesar la glucosa, lo que puede provocar altos niveles de azúcar en la sangre y favorecer la diabetes o un aumento de peso.

También provoca la disminución de la temperatura corporal basal, responsable, entre otros factores, de la constancia del ritmo cardíaco. Por lo tanto, en estas circunstancias pueden observarse arritmias o paradas cardio-respiratorias nocturnas.

El sueño limpia la memoria a corto plazo y deja espacio para más información. En este sentido, se ha demostrado que una noche sin dormir reduce la capacidad de asimilar conocimientos en casi un 40 por ciento. Además de las pérdidas de memoria y recuerdo, la persona se vuelve más lenta y menos precisa, por eso, la falta de sueño puede provocar una alteración en el habla y dificultad para aprender, crear y resolver problemas.

También se han demostrado otras alteraciones importantes más a largo plazo. Son la hiperalgesia o aumento de la percepción de dolor, temblores, envejecimiento precoz, agotamiento, trastornos gastrointestinales o aumento de probabilidad de contraer infecciones por afectación del sistema inmunitario.

Respecto a la patología respiratoria y las repercusiones cardiovasculares, destacar que una persona con apnea de sueño tiene, en comparación con individuos sanos, el doble de probabilidad de morir en el curso de 10 años. Su riesgo

de presentar hipertensión arterial y accidentes cerebrovasculares se relaciona directamente con el grado y tiempo de evolución de los síntomas y la probabilidad de presentar un segundo infarto de miocardio aumenta 23 veces.

El trastorno de hipersomnia se caracteriza por una somnolencia más o menos permanente, en el cual el paciente se queja de no estar nunca verdaderamente despierto o de estarlo en muy pocas ocasiones. Duerme largos períodos durante el día, y, cuando se despierta, se encuentra en un estado de somnolencia aún más evidente, en algunos casos, que antes de dormirse; experimenta este sueño como no reparador. Por la noche, duerme largo tiempo y se despierta tarde y con dificultad. El paciente tiene la impresión de funcionar «con radar»; piensa y habla lentamente. A veces, su conducta resulta inadecuada. También puede sufrir dolor de cabeza o accesos de calor.

Desafortunadamente, es una enfermedad que si no es detectada a tiempo puede causar un grave daño en su aspecto social y familiar, ya que su convivencia disminuye, así como su desarrollo escolar y laboral, pues no capta de la misma manera la información.

Relación general entre el sueño y la conducta

El sueño es un proceso fisiológico necesario, durante el cual el sujeto no está fácilmente en contacto con el entorno, a nivel consciente. Dentro de este concepto destaca, por su importancia, la frase *proceso fisiológico necesario*. Un sueño adecuado desempeña un papel crítico en el desarrollo precoz del cerebro, en el aprendizaje y en la consolidación de la memoria, y, por otro lado, los trastornos del sueño se

relacionan en forma directa con problemas conductuales y pobre regulación emocional ⁽²⁵⁾.

La fragmentación del sueño está determinada por despertares frecuentes durante la noche, lo que determina una alteración de la arquitectura del sueño y una disminución del rendimiento al día siguiente; las funciones que exigen concentración y destreza son las más afectadas por los trastornos del sueño. Los padres de los niños *malos para dormir* refieren una incidencia de trastornos conductuales significativamente mayor que en los niños sin trastornos del sueño, lo que significa que transfieren la hiperactividad nocturna al día y la hiperactividad diurna a la noche ²²

En un estudio en que se realizó una encuesta sobre trastornos del sueño a los padres de un grupo de niños hiperactivos, 70% de los padres contestaron que sus hijos tenían trastornos del tipo de hiperactividad, falta de atención, agresividad, rabietas, temperamento difícil, síntomas ansiosos o depresivos, o trastornos de conducta. Cuando a estos mismos niños se les efectuó una polisomnografía, que es el *gold standard* para el estudio objetivo de los trastornos del sueño, se confirmó la presencia de dichos trastornos en 20% de los niños. Esto quiere decir que los padres relacionan la hiperactividad diurna y nocturna con mayor frecuencia que lo que se demuestra en forma objetiva, pero, aun así, la prevalencia de trastornos del sueño en este grupo es el doble de lo habitual.

Se ha demostrado que la hiperactividad y los trastornos conductuales se relacionan con la hipersomnia diurna; es decir, los niños que muestran somnolencia durante el día

presentan también hiperactividad y trastornos conductuales: 36% de los niños con dificultad para dormir tienen trastornos conductuales significativos y la prevalencia de los trastornos del sueño en niños con síndrome de déficit de atención con hiperactividad (SDAH) alcanza a 50%. Además, la ansiedad y los síntomas depresivos se relacionan con trastornos del sueño, especialmente insomnio de conciliación; por lo tanto, cuando un niño tiene insomnio de conciliación se debe pensar que puede tener síntomas ansiosos o depresivos¹⁸

Entre de los trastornos del sueño, el exponente máximo es el síndrome de apnea o hipopnea obstructiva del sueño, que se presenta en niños respiradores bucales, que tienen hipertrofia amigdaliana y adenoidea, roncan en la noche y hacen apneas, lo que conduce a una hipoxemia crónica que, a su vez, se asocia con trastornos neurocognitivos. Lo anterior se ve con frecuencia en los escolares y afecta principalmente la capacidad para efectuar tareas complejas y la función ejecutiva. En un experimento que consistió en someter a un grupo de ratas a hipoxia durante dos semanas, para después observar su comportamiento en un laberinto que se les había enseñado previamente, se observó que el proceso de aprendizaje era mucho más lento que antes de la exposición a la hipoxia. En otro estudio, esta vez en niños, se encontró una disminución significativa en la escala de inteligencia para niños, de Wechsler, revisada (WISC-R) en el grupo de portadores de apnea obstructiva grave del sueño, en comparación con el grupo control.

Entre las posibles causas de fragmentación del sueño están las patologías del sueño, la ansiedad, la depresión y la morbilidad pediátrica, por ejemplo, la hipertrofia adenoidea y amigdaliana. Esta fragmentación causa hipersomnias diurnas,

la cual se manifiesta clínicamente como hiperactividad, agresividad, irritabilidad, trastorno cognitivo, cefalea matinal y trastorno del crecimiento.

2.2.2. Causas y consecuencias de la fragmentación del sueño.

Fisiología del sueño

El sueño cicla entre etapas REM y no REM. En las etapas no REM, que son cuatro, el sueño se profundiza y se hace más lento, y, en general, es lento y muy reparador; la frecuencia cardíaca y respiratoria, la presión arterial y el tono muscular permanecen constantes y se mantiene el control de la temperatura. La función del sueño no REM es restituir la estructura proteica neuronal, aumentar la producción de factores neuroendocrinos, cuyo máximo exponente es la hormona de crecimiento, y la de neurotransmisores y factores inmunológicos.

El sueño REM, en cambio, es activo: las frecuencias cardíaca y respiratoria son irregulares, la presión arterial es variable y el tono muscular disminuye. El consumo de oxígeno aumenta y el individuo se hace poiquiloterma, de modo que se enfría, porque ajusta su temperatura a la del ambiente. Hay mucha actividad cerebral y aparecen los sueños. Esta etapa tiene un papel fundamental en el aprendizaje y la memoria, la cual se consolida durante el sueño no REM. Las etapas REM y no REM se intercalan, y hay cuatro o cinco ciclos durante las 8 ó 9 horas de descanso nocturno. El típico histograma del sueño en un adulto joven es diferente en los niños.

Las etapas del sueño se grafican contra el tiempo transcurrido en una noche completa.

El ciclo sueño-vigilia comienza a organizarse al mes de vida y a los tres meses ya está bien organizado. Entre el mes y los tres meses de vida, los niños duermen 15 horas diarias en promedio, cifra que se reduce a 13,5 horas entre los 12 y los 18 meses; 13 horas a los 2 años; y 12 horas a los 3 años, es decir, duermen una o dos siestas en el día y tienen un sueño nocturno largo. Entre los 5 y 6 años el sueño debe ser monofásico; por lo tanto, a esta edad no deben hacer siestas, pero deben dormir 10 horas en la noche. Se debe recomendar a los padres que los niños se acuesten a las 21:00 horas para que se puedan levantar a las 7:00 y estar atentos, concentrados y funcionar adecuadamente. Los adolescentes duermen 8 a 9 horas en promedio.

Todos los trastornos del sueño pueden influir en la conducta si son graves, pero en esta ocasión se analizará cinco de ellos.

síndrome de piernas inquietas, síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño, insomnio, narcolepsia y pesadillas. Estas últimas se consideran como indicador de un problema conductual asociado con un trastorno ansioso; en cambio, las cuatro primeras entidades se catalogan entre las disomnias, es decir, alteraciones en la cantidad de sueño, de naturaleza intrínseca. También es muy importante la higiene inadecuada del sueño, la que se clasifica como una disomnias de origen extrínseco.

Trastornos del inicio y mantención del sueño: insomnio

El insomnio en lactantes y preescolares es un motivo de consulta muy frecuente. Se define como la incapacidad para iniciar o mantener el sueño, asociada con despertares frecuentes frente a cualquier estímulo. La causa más

frecuente son las expectativas inadecuadas por parte de los padres, quienes han establecido en forma incorrecta los límites del sueño nocturno y durante el día. A esta edad, las patologías como cardiopatías, asma, nefropatías crónicas, son raras como causa de insomnio.

La fisiopatología del insomnio en los niños pequeños se desencadena por la falta de hábitos en la familia, la que altera la estructura del sueño. El niño se resiste a dormir y, como la madre no sabe cómo conseguir que duerma, surge ansiedad en relación con el inicio del sueño, la que se traduce en insomnio, hipersomnia diurna (de débito), inquietud e irritabilidad durante el día. Todo lo anterior aumenta la ansiedad familiar y establece un círculo vicioso. El insomnio a esta edad puede reflejar una disfunción familiar grave o bien puede deberse a que el niño asiste a una sala cuna donde lo hacen dormir en exceso durante el día, lo que desfasa el inicio del sueño nocturno. La madre espera que se quede dormido después de la comida, pero el niño no tiene sueño, porque ha dormido durante el día. Esta alteración determina que los niños sean irritables, hiperactivos, demandantes, impulsivos, sin límites ni normas que los contengan y opositores en el momento de acostarse.

En el manejo de este problema es muy importante educar a los padres en la higiene del sueño, la que se debe aplicar desde el período de lactante y que tiene por objeto lograr que el niño aprenda a dormirse, calmarse en caso de despertar y volver a dormirse, prácticamente sin ayuda de los padres. Para conseguirlo, no se debe mover al niño, cantarle ni tomarlo en brazos para hacerlo dormir. Después de tomar su leche, se le debe mudar, dejar en la cuna y

esperar que se tranquilice solo. No se debe despertar al niño ni jugar con él cuando esté a punto de dormirse, porque eso le hará volver al estado de vigilia con la consiguiente dificultad para volver a conciliar el sueño.

Es importante generar un *ambiente de sueño*: bajar las luces, apagar el televisor y la radio, y bañar al niño antes de acostarlo, porque un baño tibio, de corta duración, lo relaja y le induce el sueño. Se puede usar un pañal o un peluche para que lo acompañe a dormir. También se recomienda la luminoterapia, que consiste en mantener el ambiente muy iluminado en el día, ojalá con luz solar, y oscuro en la noche, para que se marque claramente en el ciclo circadiano la diferencia entre el sueño y la vigilia. Se debe prohibir que el televisor esté en el dormitorio de los niños. Todo esto se debe enseñar a los padres en el control del niño sano.

El insomnio en el adolescente tiene otras causas. El desarrollo puberal se relaciona con un aumento de la hipersomnia diurna, porque los adolescentes necesitan más horas de sueño para poder mantener los niveles de alerta que tenían en la etapa prepuberal. Este hecho es consecuencia del retraso del ciclo del sueño, debido a que los adolescentes se preparan para dormir mucho más tarde de lo ideal, lo que les hace estar hipersomnes durante el día. Por este motivo, en algunos colegios secundarios de los Estados Unidos, la hora de ingreso de los adolescentes es más tarde, para respetar el sueño de fase retardada propio de esta edad. En los adolescentes, el insomnio se suele presentar en jóvenes de personalidad ansiosa u obsesiva, y se asocia con pensamientos inquietantes y preocupaciones a la hora de acostarse. También se puede deber a que son roncadores o a alguna patología del sueño.

En cuanto al manejo, se recomienda conversar el aspecto conductual con los adolescentes más difíciles y revisar junto con ellos sus horarios de estudio, recreación y sueño para llegar a un acuerdo, en que el adolescente se comprometa a levantarse, estudiar, ver la televisión y acostarse en determinados horarios claramente establecidos, de modo que disponga de 8 a 10 horas para dormir y así pueda funcionar bien durante el día. Se le debe enseñar a llevar una bitácora de sus actividades para poder hacer los ajustes necesarios. En caso de sospecha de alguna patología, se puede realizar una polisomnografía. También se puede utilizar la luminoterapia en el día y existe la opción del tratamiento con melatonina durante la noche, por tres meses.

Trastornos por exceso de sueño: narcolepsia

La narcolepsia es una disomnia cuyos síntomas duran toda la vida y que afecta a entre 0,06% y 0,1% de la población. Esta patología comienza entre los 10 y los 20 años de edad y aunque su prevalencia es baja, es devastadora; si no se realiza el diagnóstico correcto, el niño puede desarrollar depresión. Se caracteriza por la tétrada siguiente: (a) ataques de sueño: se presentan en 77% de los casos y se manifiestan por persistencia de las siestas después de los cuatro años, conducta hiperactiva, pobre expresión y concentración, y deterioro en el rendimiento y el aprendizaje; (b) parálisis del sueño: en 50% de los casos, aparece durante la transición entre vigilia y sueño, o entre sueño lento y sueño REM; (c) alucinaciones hipnagógicas: 50%; (d) cataplejía: 33%; se manifiesta por caídas bruscas al suelo ante un estímulo, lo que genera dificultades en la actividad deportiva y en la relación con los demás. A estos niños se

les suele catalogar como epilépticos, porque al tocarlos o reírse se desploman, duermen durante todo el día y tienen alucinaciones.

Se debe investigar la presencia de antecedentes familiares de narcolepsia, porque la historia familiar positiva aumenta la probabilidad de presentar este cuadro.

En el laboratorio, este trastorno se evalúa principalmente mediante el *Test* de Latencias Múltiples, que consiste en que el individuo haga cuatro siestas de 20 minutos de duración, separadas entre sí por dos horas. El comienzo precoz del sueño o la presencia de sueño REM durante esos 20 minutos de siesta diurna permiten hacer el diagnóstico de narcolepsia, porque esta fase se inicia generalmente a los 90 minutos de iniciado el sueño. La polisomnografía permite descartar otras patologías.

Se trata con clomipramina (25-100 mg/día) o fluoxetina (20-60 mg/día). Además, se recomienda que el individuo duerma siesta y realice actividades deportivas, y se debe mantener un apoyo psicológico permanente, por el trastorno depresivo y ansioso relacionado con su enfermedad.

Apnea/hipopnea obstructiva del sueño

Es el gran exponente de la patología del sueño en el escolar. Osler, en 1880, describió que los niños que roncaban y presentaban pausas en la noche tenían una *mirada estúpida* y eran lentos para responder preguntas, o sea, la influencia de este problema sobre el

desarrollo neurocognitivo le resultó llamativa. Posteriormente, en 1970, Guilleminault, gran investigador del estudio del sueño, fue uno de los primeros en comunicar el síndrome apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) en los niños.

El SAHOS se define como la ausencia de flujo de aire en la nariz y la boca, como consecuencia de una obstrucción faríngea, durante 10 segundos o más, con persistencia de movimientos toraco-abdominales. Por lo general, se inicia después de los dos años de vida y la prevalencia oscila entre 2% y 5% de la población pediátrica (*Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165:1217-39). Su causa principal es la hipertrofia amigdaliana o adenoidea. Otras etiologías son: malformaciones óseas de la vía aérea superior; retrognatía; prognatismo; infiltración del tejido blando; lesiones neurológicas que afectan la musculatura faríngea; incoordinación de la vía aérea; y el síndrome de Down, que se asocia en forma significativa con apnea obstructiva del sueño.

El ronquido es el síntoma más evidente (30%) y, por lo general, es muy fuerte. Durante los períodos de obstrucción se interrumpe el ronquido y puede haber cianosis y bradicardia asociadas. Se presenta predominantemente durante el sueño REM, debido a la hipotonía que se presenta en esta etapa, y hay frecuentes episodios de despertar para aliviar la apnea mediante mejoría del tono muscular faríngeo, con lo que se logra ventilar en forma adecuada. El sueño es muy fragmentado debido a estos microdespertares.

Estos niños tienen un dormir inquieto, mojan la almohada con saliva y adoptan posturas extrañas para dormir, como la hiperextensión del cuello, para facilitar el paso de aire por la vía aérea. Además, presentan sudoración profusa o enuresis durante la noche, tienen una facies característica (adenoidea) y son respiradores bucales. Su despertar es confuso, son irritables y presentan cefalea matinal y somnolencia diurna excesiva. En los casos prolongados y graves puede haber disminución del apetito, problemas de crecimiento, trastornos de conducta (irritabilidad, hiperactividad, agresividad) y trastornos del rendimiento escolar. La hipoxemia crónica, además del trastorno cognitivo, puede llevar a hipertensión arterial, *cor pulmonale* y arritmias cardíacas. En un artículo publicado en 2004 se describe que los roncadores nocturnos sin apnea tendrían con mayor frecuencia hiperactividad y ansiedad. El síntoma de ronquido es muy importante y se debe preguntar en forma dirigida.

2.2.3. Comportamientos Agresivos

El concepto de agresividad ⁽¹⁹⁾, se refiere a una reacción que descarga estímulos nocivos sobre otro organismo y concedía una importancia fundamental al carácter de intencionalidad de la misma, considerando la agresión como cualquier forma de conducta dirigida hacia la meta de dañar o perjudicar a otro ser vivo que está motivado a evitar tal tratamiento. Otro concepto sobre la agresividad es de Bandura ⁽¹⁵⁾, considera que es una conducta perjudicial y destructiva que socialmente es definida como agresiva.

La agresión también debe ser conceptuada como una conducta intraindividual, para pasar a enfatizar el carácter interactivo e

interpersonal. Es una forma en que las nuevas orientaciones sobre la agresividad recogen el carácter social de la misma, consiste en la referencia al uso de las normas sociales. Este mismo investigador indica que la agresión encarna una fuerza que puede ser canalizada para cumplir con metas socialmente deseables. Así, se requerirían

ciertas dosis de agresividad para ejecutar con decisión y autonomía tareas altruistas, como elemento de protección frente a los peligros que puedan poner en riesgo la integridad individual o colectiva así como para desempeñar con eficiencia y eficacia determinadas funciones profesionales y/o tareas, así como para los acontecimientos fortuitos de la vida cotidiana.⁽¹⁹⁾

Si la persona expresa sus necesidades, sus pensamientos y sus sentimientos de un modo que humille o someta a los demás, o que ignore los derechos de estos, está actuando agresivamente. Se están expresando los sentimientos y deseos, pero de una manera negativa u hostil.

El comportamiento agresivo intenta humillar o dominar a la otra persona, física o emocionalmente. La persona agresiva siempre trata de quedar por encima de la otra persona.⁽²⁴⁾

Su actitud supone:

- Ignorar los sentimientos de los demás; asumir la postura que sostiene:
- "Tengo la razón". No se plantea la visión del otro.
- Querer ganar, aunque sea a costa de la relación, cosa que no le preocupa.
- Utilizar la misma agresividad para controlar la situación.

- Intentar manipular, si es que no posee fuerza suficiente para dominar.
- Utilizar la ironía y el sarcasmo para debilitar la resistencia del otro.

Desde el punto de vista psiquiátrico, las conductas violentas y agresivas son motivadas por diferentes desórdenes, tanto del Eje I (trastornos del humor, abuso de sustancias, trastornos delirantes, esquizofrenia, trastorno explosivo intermitente y demencia, entre otros) como del Eje II (trastornos paranoide, antisocial, narcisista y límite de la personalidad).

En estos casos, el desarrollo de comportamientos agresivos y su ejecución pueden explicarse a partir de la teoría del aprendizaje y del modelo cognitivo conductual. Tal conceptualización permite además diseñar estrategias para la modificación de los patrones de conducta violenta y su reemplazo por estilos de afrontamiento más eficaces y adaptativos⁽²⁴⁾

La conducta agresiva se ha definido como «el daño intencional a otras personas». Lo central aquí es la intención o el propósito de lastimar, quedando fuera de la definición el daño accidental. (19) Otros requisitos para calificar como conducta violenta además de la intención de dañar: es que el agresor crea que infligirá un daño (para excluir los casos en que el sujeto desconoce el efecto de sus acciones) y que suponga que el receptor del daño querrá evitarlo (para descartar el daño producido en el curso de un procedimiento médico o incluso en una relación sado-masoquista). Se distingue habitualmente distintos tipos de agresión: física, verbal o relacional⁽²²⁾, entendiéndose esta última como el propósito de dañar el estatus, la reputación o las relaciones de otra persona.

Se distinguen dos tipos de agresión, en una distinción ya clásica, aunque actualmente en revisión: la agresión reactiva u hostil y la instrumental. La primera es una reacción ante provocaciones, injusticias o agresiones reales o percibidas, y se dispara en forma impulsiva como parte de un estado de ira o de cólera. Este tipo de agresión puede ocurrir naturalmente en cualquier persona pero es particularmente frecuente en ciertos desórdenes como los trastornos límite y paranoide de la personalidad. En el otro extremo, la agresión instrumental, fría y planificada, se emite con el propósito de obtener un beneficio y es más propia de las personalidades antisociales. ⁽¹⁹⁾

Es común también que los delincuentes que planifican cuidadosamente sus delitos cedan a reacciones impulsivas durante la consumación de los mismos. Por último, los sujetos encolerizados moderan o controlan su reacción teniendo en cuenta las consecuencias de la misma, por ej.: si están siendo amenazados por

un sujeto armado. Por tales motivos, se acepta actualmente que tanto los aspectos emotivos, básicamente la ira, como los instrumentales (es decir: los probables resultados de la reacción agresiva) juegan un papel en la consumación de comportamientos violentos.⁽¹⁹⁾

Los factores de la agresividad son:

A. Dimensión psicoafectiva

El vínculo afectivo es una necesidad primaria significativa que constituye la base para crear los lazos entre el individuo y su grupo social de referencia, y que sólo puede ser satisfecho dentro de la sociedad. ⁽¹⁸⁾

Las motivaciones del hombre adulto, sus vanidades, ansia de poder, anhelo de conocer la verdad, pasión de amor y de fraternidad, destructividad lo mismo que su creatividad, todos los deseos poderosos están enraizados en el potencial psicoafectivo que recibió de niño, pero también la intensa angustia y frustración por vivencias e imágenes de desprotección, inestabilidad emocional y presión a través de la agresividad.

Es así, que las consecuencias en el niño y adolescente a corto plazo por la ausencia de una vida plena en lo psicoafectivo son: reacción hostil hacia la figura de apego (madre o figura sustituta) al momento de reunirse con ella; excesiva exigencia para con la madre o figura de apego sustituta que se manifiesta a través de una intensa posesividad combinada con celos exagerados y violentas manifestaciones de enojo. Alegre pero superficial apego a cualquier adulto que encuentre en su medio social; indiferencia frente a situaciones emocionales, problemas de conducta en la escuela, compañeros y padres; y a largo plazo: relaciones afectivas superficiales; incapacidad de sentir afecto por las personas o de hacer amistades verdaderas; rechazo marcado hacia la ayuda que

puedan brindarle otras personas; engaño, evasión y manipulación; hurto; falta de concentración en los trabajos que emprende; ninguna respuesta emocional ante las situaciones que debería darse; falta de interés; resentimiento y conductas desadaptadas y antisociales. ⁽¹²⁾

a. Excitabilidad

En el desarrollo de la persona la excitabilidad consiste en la capacidad de dar respuesta a partir de un estímulo

determinado. Se debe a la apertura y aumento de los canales de Sodio (Na⁺), que se dan al interior de las neuronas más positivas y esto favorece a que se despolaricen. Planteada la cuestión en este sentido, un estímulo genera una gama de excitabilidades, lo cual se debe por lo general al movimiento corporal excesivo: moverse, retorcerse, tirarse al suelo, etc.
(26)

b. Tolerancia a la frustración.

Una frustración es la vivencia emocional ante una situación en la que un deseo, un proyecto, una ilusión o una necesidad no se satisfacen o no se cumple, lo que sucede normalmente cuando se establecen límites o queremos que se cumplan normas.

En tanto que la tolerancia a la frustración es superar esa situación desagradable continuando con su vida normal a pasar de ella, y tener baja tolerancia a la frustración, es tener sentimiento de cólera, de miedo o de tristeza al enfrentarse con el no cumplimiento de los deseos. El manejo a las frustraciones se aprende desde pequeño.

Son los padres en el hogar y los maestros en la institución educativa los que deben ayudar a comprender que no siempre se consigue lo que se quiere, que los demás tienen sus propios límites y que hay que aceptar la realidad sin experimentar sentimientos fuertes de cólera, miedo o tristeza.
(26).

c. Actuar antes de pensar

Muchas personas viven sin pensar y reaccionan automáticamente, por costumbre, ante una situación dada. Tampoco piensan cuáles pueden ser las consecuencias de

sus acciones. No es lo correcto. De esta forma tienen muchos errores al actuar.

Normalmente viven mejor aquellas pocas personas en las que el pensar es un hábito y son ellas las que alcanzan sus objetivos. Por eso es sumamente importante hacer del pensar un hábito.

Con frecuencia se suele escuchar que la educación tradicional está en crisis y es por ello que ahora se hace mucho esfuerzo para superar el concepto de la institución educativa como el lugar donde se enseña únicamente contenidos académicos. El aula de clase, el patio escolar deben llegar a ser el lugar donde el alumno adquiera destrezas cognitivas de orden superior y habilidades sociales para asegurar una convivencia democrática. Quizás lo más difícil es crear un ambiente donde se aprende a pensar porque pensar implica entre otras cosas encontrar significados, contextualizar la información adquirida del medio social y físico, y poner toda esta información en el juego con las percepciones y apreciaciones de los demás. ⁽³⁸⁾

B. Dimensión cambio de conducta

Entendemos el cambio de conducta como la aplicación de los conceptos y principios de la conducta, con la finalidad de predecir y cambiar el comportamiento de las personas en el ambiente natural. Se puede decir que la modificación de conducta es un enfoque de intervención psicológica y social que aplica sistemáticamente de los métodos y principios de la psicología experimental y en particular de la investigación del aprendizaje en la solución de problemas socialmente significativos, individuales o grupales. El modificador de conducta se ocupa del tratamiento rehabilitación, educación y orientación del comportamiento.⁽⁴³⁾

Por eso la modificación de conducta promueve el cambio con intervención psicológica para mejorar comportamientos en las personas; al modificarla se pretende que la persona se desarrolle al máximo. También se pretende que logre tener un mejor ambiente y adopten buenas actitudes.

Al modificar la conducta se logra obtener mayor bienestar, satisfacción y competencia. Es un cambio permanente de la conducta de la persona como resultado de la experiencia. Se refiere al cambio en la conducta o al potencial de la conducta de un sujeto en una situación dada, como producto de sus repetidas experiencias en dicha situación. ⁽⁴³⁾

a. Autoestima

Autoestima es la discrepancia que existe entre lo que pensamos que somos y lo que nos gustaría ser, es decir, es como valoramos lo que pensamos que somos.⁽²³⁾

Decimos que una persona tiene una alta autoestima cuando se valora positivamente y está satisfecha con sus habilidades y acciones. Estas personas tienen confianza en sí mismas, conocen cuáles son sus puntos fuertes, y hacen gala de ellos, y saben identificar sus puntos débiles, por lo que intentan mejorarlos, sabiendo la crítica que se hacen a sí mismos. Por el contrario, en las personas con baja autoestima hay diferencia entre cómo sienten, qué son y cómo les gustaría ser. Cuantas más áreas de la vida del niño estén afectadas por esta forma de valorarse, peor será su evaluación.

La baja autoestima aparece por problemas infantiles, influyen diversos factores:

- Personales (la imagen corporal, las habilidades físicas e intelectuales).

- Personas significativas (padres, hermanos, profesorado, amigos).
- Factores sociales (valores, cultura, creencias).⁽²³⁾

b. Identidad

La identidad es la capacidad de sentirse uno mismo a pesar de los sucesivos cambios y poder mantenerse estable en situaciones difíciles. Los cambios son necesarios porque si no hay cambios no hay crecimiento ni desarrollo personal.

Según Moarri (39), señala que:

La poca tolerancia a la frustración y la resistencia al cambio hace que el sentimiento de identidad se resienta provocando angustia por la necesidad de seguridad y de que todo permanezca igual, porque esos cambios son vistos como una amenaza de pérdida de la identidad. Todo cambio implica dudas y compromiso y la necesidad de afrontar consecuencias; y esta situación provoca dudas y ansiedad. En un mundo donde prevalece la confusión y donde los medios de comunicación avasallan con un gran caudal de información, a veces contradictoria, que no se puede asimilar ni sintetizar, se produce la alienación de la identidad.

c. Socialización

El ámbito de la institución educativa implica que el adolescente debe enfrentar y adecuarse a un ambiente nuevo que se le viene en la sociedad, en el cual deberá lidiar con demandas desconocidas hasta ese momento para él, aprender, interactuar con nuevas figuras adultas y lograr la integración a grupos de pares. La adaptación y ajuste que se logre a este nuevo ambiente, tiene una importancia que trasciende lo

inmediato. La relación con los padres cambia, iniciándose un proceso gradual de independencia y autonomía como un referente que se va a constituir en uno de los ejes centrales del desarrollo en esta etapa. En este período existe un gran aumento de las relaciones interpersonales; los grupos de amistad se caracterizan por ser del mismo sexo. Entre los escolares la amistad se caracteriza por relaciones más íntimas, mutuamente compartidas, en las que hay una relación de compromiso, y que en ocasiones se vuelven posesivas. El grupo de pares, comienza a tener centralidad cada vez mayor, porque en la interacción con ellos descubren sus aptitudes y es con ellos con quienes medirá sus cualidades y su valor como persona, lo que permite el desarrollo de su autoconcepto y autoestima.⁽³⁹⁾

Existe consenso en que el logro de relaciones positivas con pares y la aceptación por parte de ellos, no son sólo importantes socialmente para ellos sino también dan un pronóstico acerca de su ajuste social y escolar posterior.⁽³²⁾ El aislamiento social, durante el periodo escolar es un indicador importante de desajuste o trastorno emocional. Respecto a los padres, se va aumentando su nivel de independencia y distancia, como consecuencia de su madurez física, cognitiva y afectiva.

La moral de cooperación o autónoma, se caracteriza por cierta flexibilidad, por la capacidad de darse cuenta de los diferentes puntos de vista. Logra hacer juicios más sutiles que incluyen las intenciones del que cometió la falta y no tan sólo las consecuencias del hecho. Los juicios de niños menores solamente consideran el grado de la falta.⁽³²⁾

C. Dimensión agresión verbal

La agresión verbal agrupa aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio y falta de respeto y de consideración por la dignidad del estudiante. El desprecio, el odio, la ridiculización, la burla, el menosprecio, los sobrenombres o apodos, la malicia, la manifestación gestual de desprecio y la imitación burlesca son los indicadores de esta escala. ⁽²⁹⁾

Hay cuatro instintos superiores tanto en el hombre como en los animales, estos instintos agresivos son: hambre, agresión, sexo y miedo; según el referido investigador, el instinto es un mecanismo innato del comportamiento biológicamente determinado, que tiene su origen en la evolución filogenética y su transmisión es hereditaria; y la agresión es un impulso innato que le lleva a agredir a sus congéneres y que determina toda una amplia gama de conductas destructivas, abarcando desde una pelea sin importancia entre niños hasta la guerra nuclear. ⁽²¹⁾

Las personas tienen una fuente de impulsos agresivos, un ánimo de agresión que se repite con cierta regularidad. Es decir que durante la participación en una actividad lúdica los niños se irritan, pero al concluir la competición disminuye el impulso agresivo.

La agresión verbal es también una respuesta vocal que descarga estímulos nocivos sobre otro organismo. Es una acción negativa expresada tanto en el estilo como en el contenido de la palabra. El estilo incluye discusión, gritos y alaridos; el contenido inserta amenazas, sarcasmos e insultos.

Esto porque los daños son internos, específicamente en la parte emocional. ⁽²¹⁾

El niño debe ser orientado adecuadamente para romper el silencio y denunciar al agresor. Si el niño permite que esta agresión continúe dará paso a: la pérdida de identidad, vivir con miedo. ⁽¹⁶⁾

a. Amenazas

Algunos especialistas piensan que somos agresivos y violentos por naturaleza y que en consecuencia esta manifestación de conducta es consustancial a las relaciones interpersonales. Así, para el psicoanálisis ortodoxo, el comportamiento está motivado en última instancia por dos pulsiones instintivas: El eros o instinto de vida y el thanatos, instinto de muerte, destrucción o agresión. Ambos estarían en permanente pugna por lograr su supremacía, actuando a nivel inconsciente, pero tendiendo a expresarse de diversas maneras en la vida psíquica consciente de los seres humanos.

Para Salgado una amenaza es un fenómeno o proceso natural ocasionado por el ser humano que puede poner en peligro a un grupo de personas, sus cosas y su ambiente, cuando no son precavidos; y señala que existen dos tipos de amenazas diferentes: las naturales y las provocadas por el hombre. ⁽⁴⁷⁾

b. Sarcasmos

El sarcasmo es conocida como la forma más baja de ingenio. Está pensado para menospreciar y herir al receptor, por lo general delante de los demás, de modo que la opinión del agresor quede reforzada por la risa o

apreciación a veces embarazosa, de los demás. Los que escuchan algún comentario sarcástico dirigido hacia algún colega y se unen a las risas, también están siendo agresivos. ⁽⁴⁷⁾

c. Insultos

Un insulto es una palabra o expresión que utilizada por el emisor con la intención de lastimar u ofender a otra persona o que es considerada por el receptor como tal. Generalmente, el insulto es una práctica social desaprobada y rechazada. Con frecuencia el insulto se refiere a la sexualidad, a los progenitores, apariencia, discapacidades físicas o a las capacidades mentales de la persona a quien se dirige el insulto.

D. Dimensión agresión física

Son los actos de agresión intencional en la que se utiliza cualquier parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia, con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de otra persona, generalmente más débil, encaminado a su sometimiento y control. (38) Incluye los empujones, bofetadas, puñetazos o puntapiés. Este tipo de violencia muchas veces deja cicatrices, enfermedades que duran toda la vida, lesiones leves y/o severas e incluso puede causar la muerte.

En efecto, podemos reafirmar que la agresión física es el acto por medio del cual se atenta contra la integridad de una persona, con el ánimo de causar daño físico o moral, la utilización de la fuerza con el claro objetivo de causar lesiones en la víctima. Este tipo de violencia o intimidación ejercida por el agresor revisten, a no dudarlo, un carácter particularmente

degradante o vejatorio para la víctima, ya que no solo es el hecho físico de la agresión mediante golpes o puntapiés, sino también mediante la utilización de cuerpos duros, contundentes y peligrosos, con el ánimo expreso de causar daño en la integridad física, sino que también llega a generar un trauma en el ego, produciéndose un temor ante una nueva agresión por parte del agresor y/o agresores. Existen circunstancias en que las agresiones físicas son materia de tratamiento con intervención de la ley, es decir pueden aplicarse sanciones tipificadas en el código penal. ⁽³⁷⁾

a. Empujones

En el tema del bulling, Bandura (8), plantea que una dosis de agresividad entre los escolares es necesaria para formar adultos capaces de moverse en el mundo en que vivimos. Pero esta agresividad está pasando a convertirse en algo preocupante por la elevada incidencia con la que se produce y porque agrava sus conductas y altera el normal desenvolvimiento de la vida escolar. En el contexto de la agresión física, el empujón es un golpe fuerte que se da a una persona o cosa para moverla o apartarla. Cuando hablamos de situaciones violentas en contextos escolares se piensa en peleas, robos o destrozos en el material y las instalaciones de los centros, pero las situaciones violentas incluyen otros hechos, no siempre tan explícitos, y que se describen como comportamientos propios de la infancia.

b. Arrojar objetos

Una de las formas de violencia física es tirar objetos o romper cosas. Algunos adolescentes tienen por costumbre tener ataques de rabia incontrolables cuya manifestación es arrojar objetos, es decir lanzar por los aires lo primero

que cae al alcance de su mano. Si una persona se encuentra en la línea de fuego de dichos ataques, puede resultar una situación muy difícil de solucionar y, para las personas sumisas y pasivas, puede ser imposible.

Estas muestras de agresión indican una pérdida del control por parte del agresor y a la vez son un signo de inmadurez, sea cual sea su edad. Quizá de niño descubrió que realizando una pataleta podía manipular a sus padres, y en la actualidad continúa utilizando el mismo método. A lo mejor, procede de una familia en la que imperaba la ley del que más grita o del que es más molesto. Sea cual fuere la razón original, cualquiera que habitualmente tenga ataques de rabia será porque ha visto los resultados desde muy pequeño y por eso ha decidido seguir empleando este método para conseguir sus fines⁽³³⁾

c. Golpizas

La golpiza es una serie de golpes dados a una persona como castigo o con intención de hacerle daño.⁽³⁷⁾

El enojo lleva inexorablemente a que comience a dar golpizas sin poder controlarse y llevándolo hasta la rabia.

2.2.4. Teorías que dan sustento a la Investigación

Hildegarde Peplau⁽¹⁴⁾

Peplau en su modelo colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo. Sus fuentes teóricas las centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales. Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta

para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas.

En su teoría ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el "proceso interpersonal", al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. Mientras este reciba cuidados, la meta de la enfermería, por tanto, deberá de apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos. Para Peplau, "La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

Esta autora ha descrito cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal: Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. Su obra produjo gran impacto, probablemente fue la primera que desarrolló un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento.

Permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo, en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos, y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería.

Modelo de Promoción de la Salud” Según Nola Pender:

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.⁽²⁰⁾

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria, en este caso el lavado de manos.

Teoría de Madeleine Leninger

Por medio de la teoría de Madeleine Leninger se puede explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leninger define la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que no parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos. Leninger, creó la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores ²⁰

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **Calidad**

Es el conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

- **Sueño**

Sueño es el acto de dormir o el deseo de hacerlo. Es una realidad virtual que se experimenta al dormir. Se originan a partir de un procedimiento de la mente no programado ni dirigido que se basa en la reelaboración de distintos datos que se almacenan en la memoria.

- **Comportamiento**

Manera de actuar y realizar sus actividades una persona

- **Agresividad**

La agresividad es una tendencia a actuar o a responder de forma violenta.

2.4 HIPÓTESIS

H^a.- Existe relación de la calidad de sueño con los comportamientos agresivos en estudiantes de la institución educativa San Tarsicio, Arequipa 2015.

H^o.- No existe relación de la calidad de sueño con los comportamientos agresivos en estudiantes de la institución educativa San Tarsicio, Arequipa 2015

2.5. VARIABLES

Variable X: Calidad de sueño

Variable Y: Comportamientos agresivos

2.5.1. Definición conceptual de variables

Variable X: Calidad de sueño

Es el conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o

explícitas. Sueño es el acto de dormir o el deseo de hacerlo. Es una realidad virtual que se experimenta al dormir. Se originan a partir de un procedimiento de la mente no programado ni dirigido que se basa en la reelaboración de distintos datos que se almacenan en la memoria.

El dormir es una actividad absolutamente necesaria, en ella se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos, lo que se logrará si se tiene un buen descanso y con sueño placentero y confortable.

Variable Y: Comportamientos agresivos

Comportamientos agresivos es expresar las necesidades, los pensamientos y los sentimientos de un modo que humille o someta a los demás, o que ignore los derechos de éstos.

2.5.2. Definiciones operacionales

Calidad de sueño

Esta variable será medida con un cuestionario

Comportamientos agresivos

Un cuestionario nos permitirá medir esta variable.

2.5.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBINDICADORES
Variable Independiente Calidad de sueño	DIMENSIONES Parámetros subjetivos del sueño	Indicadores
		Duración del sueño
		Eficiencia habitual de sueño
		Perturbaciones del sueño Utilización de medicación para dormir.
		Disfunción del sueño durante el día
		Indicadores
		Duración del sueño
Variable Dependiente Comportamientos agresivos	Psicoafectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Excitabilidad - Tolerancia a la frustración - Actuar antes de pensar
	Cambio de conducta	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - Identidad - Socialización
	Agresión verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Amenazas - Sarcasmos - Insultos
	Agresión física	<ul style="list-style-type: none"> - Empujones - Arrojar objetos - Golpizas

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

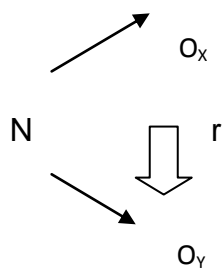
De tipo no experimental. Porque no se manipularán las variables de estudio.

Nivel de Investigación

De nivel descriptiva: Ya que está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso calidad de sueño con los comportamientos agresivos.

De Diseño Correlacional

El diseño adecuado para esta investigación es el correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et all (2005).



Diseño correlacional

N: Problema de Investigación

Ox: Variable X

Oy: Variable Y

r : relación.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1.- Población de estudio

El estudio se realizó con los estudiantes de 1° a 5° de secundaria de la institución educativa San Tarsicio, que en total son 150, distribuidos de la siguiente manera:

Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Total
27	33	30	28	32	150

3.2.2.- Muestra

Fue de manera no probabilística e intencional ya que se consideró a los 150 estudiantes de 1^{ero} a 5^{to} año de secundaria.

Criterios de inclusión

- Alumnos que pertenezcan a esta institución educativa.

- Alumnos que estudien en los grados considerados.
- Alumnos regulares.
- Alumnos que tengan el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Alumnos que no deseen participar en la investigación.
- Alumnos de otras instituciones educativas.
- Alumnos que no llenen completamente el cuestionario.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnicas

Para la presente investigación se utilizó como técnica:

Para la variable X: La encuesta.

Para la variable Y: La encuesta.

3.3.2. Instrumentos

Variable X:

Nombre del instrumento: Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño. Descripción: El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los caso una puntuación de "0" indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suman finalmente para dar una

puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. “0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas. Confiabilidad del instrumento: Para determinar la confiabilidad del instrumento, primero se determinará una muestra piloto de 10 madres, a los cuales se aplicó el cuestionario con el propósito de determinar el grado de confiabilidad, para lo cual se utilizará el alfa de Cronbach

Variable Y:

Nombre del instrumento: Cuestionario de agresividad adapta

Descripción: Dimensión psicoafectiva:

Indicadores:

Excitabilidad (ítem: 1, 2, 3, 4), tolerancia a la frustración (ítem: 5, 6, 7, 8), actuar antes de pensar (ítems: 9, 10, 11, 12).

Dimensión cambio de conducta:

Indicador:

Autoestima (ítem: 13, 14, 15, 16), identidad (ítem: 17, 18, 19, 20), socialización (ítem: 21, 22, 23, 24).

Dimensión agresión verbal:

Indicador:

Amenazas (ítem: 25, 26, 27, 28), sarcasmos (ítem: 29, 30, 31, 32), insultos (ítem: 33, 34, 35, 36).

Dimensión agresión física:

Indicadores:

Empujones (ítem: 37, 38, 39, 40), arrojar objetos (ítem: 41, 42, 43, 44), golpizas (ítem: 45, 46, 47, 48).

El instrumento elegido para el trabajo de campo es el cuestionario, que tiene como base el Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992) cuyos ítems han sido adaptados a los alumnos de los años escogidos en la investigación.

Validez: El instrumento a utilizar fue adaptado por Maribel Parra Aybar en 2009, teniendo como base el Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992) cuyos ítems han sido adaptados a los alumnos de los años escogidos en la investigación.

Confiabilidad del instrumento: Para determinar la confiabilidad del instrumento, primero se determinará una muestra piloto de 10 madres, a los cuales se aplicará el cuestionario con el propósito de determinar el grado de confiabilidad, para lo cual se utilizó el alfa de Cronbach.

CAPITULO IV. RESULTADOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS ADOLESCENTES

EDAD DE LOS ESTUDIANTES	N	%
12 a 14 años	82	55
15 a 16 años	30	20
17 años	38	25
TOTAL	150	100

Interpretación: Se observa que el 55%(82) de las estudiantes tienen 12 y 14 años, el 20%(30) tiene 15 a 16 años y solamente el 25%(38) tienen 17 años de edad.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS ADOLESCENTES

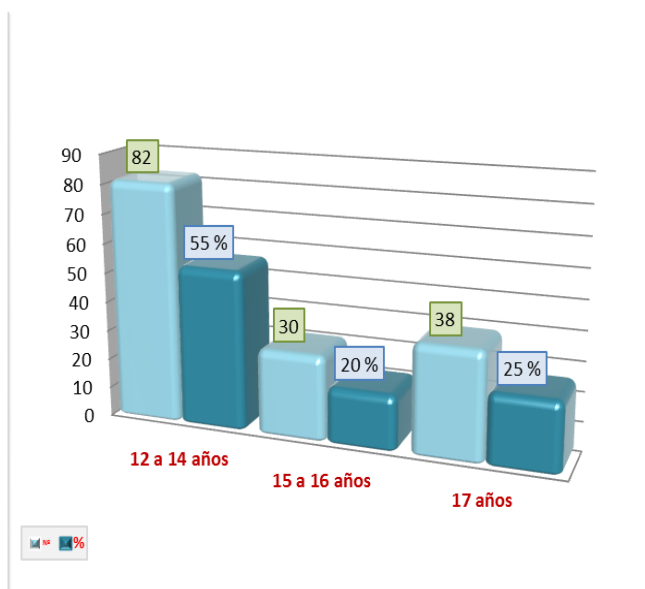


TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES

GENERO	N	%
Masculino	88	59
Femenino	62	41
TOTAL	150	100

Interpretación: Se observa que el 59%(88) de los estudiantes son de género masculino, el 41%(62) son de género femenino

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES

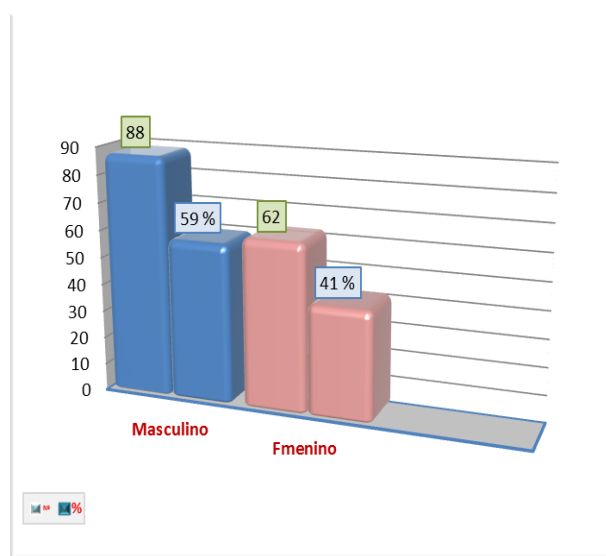


TABLA N° 3

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE SUEÑO Y EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO EN LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN TARSICIO, AREQUIPA 2015

Comportamiento	Calidad de sueño				Total %	
	Buena		Mala			
Escala	N	%	N	%		
Existe agresividad	10	7	52	35	62	42
No existe agresividad	82	54	6	4	88	58
Total	92	61	58	39	150	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que en el 42%(62) estudiantes existe comportamiento agresivo de los cuales en el 35%(52) también existe una mala calidad de sueño encontrándose que existe relación entre ambas variables y que el no descansar y/o dormir lo suficiente se relacionan con la agresividad que presentan. Asimismo se encuentra que el 58%(88) no presentan agresividad pero si un mínimo porcentaje tiene buena calidad de sueño y es agresiva y los que tienen mala calidad no son agresivos.

TABLA N° 4

**CALIDAD DE SUEÑO DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SAN TARSICIO, AREQUIPA 2015**

CALIDAD DE SUEÑO	N	%
Mala calidad de sueño	58	39
Buena calidad de sueño	92	61
TOTAL	150	100

Interpretación: Se observa que el 61%(92) de los estudiantes tienen buena calidad de sueño, el 39%(58) presentan mala calidad de sueño.

GRAFICO N° 4

CALIDAD DE SUEÑO DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN TARSICIO, AREQUIPA 2015

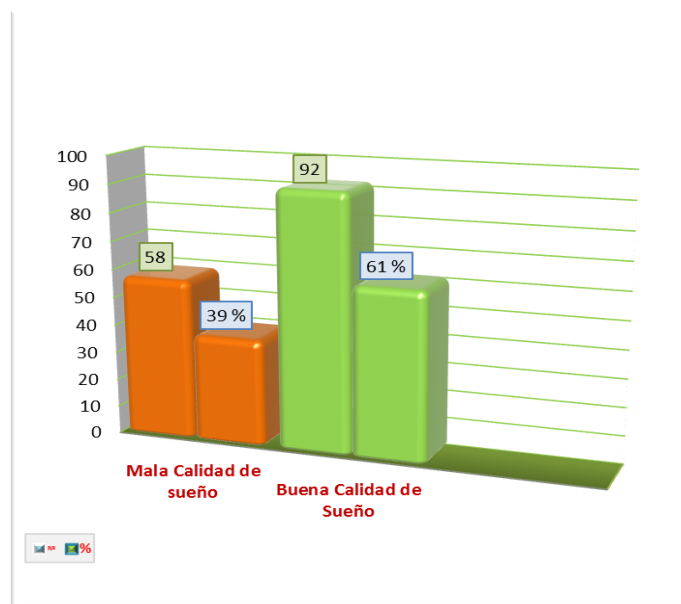


TABLA N° 5

**COMPORTAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SAN TARSICIO, AREQUIPA 2015**

Comportamiento		
	N	%
Existe agresividad	62	42
No existe agresividad	88	58
Total	150	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que existe comportamiento agresivo en el 42%(62) estudiantes. Asimismo se encuentra que el 58%(88) no presentan agresividad.

GRAFICO N° 5

COMPORTAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN TARSICIO, AREQUIPA 2015

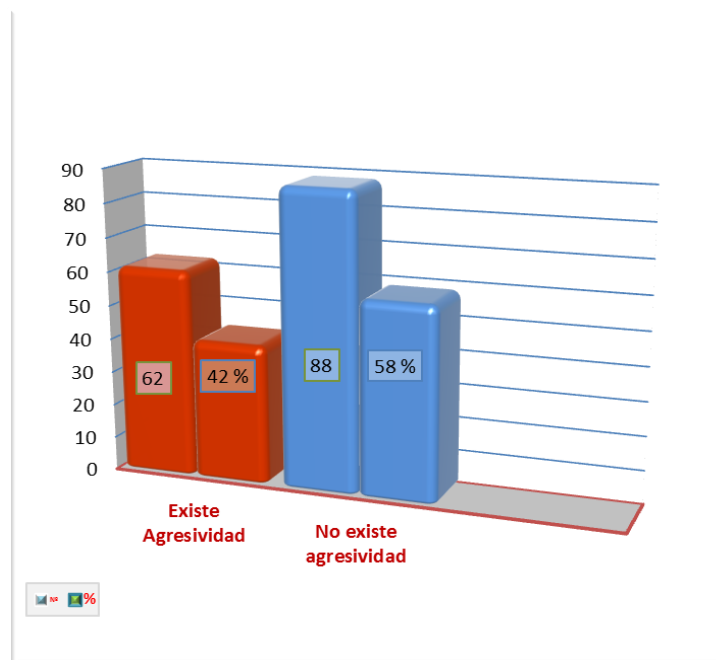


TABLA N° 6

**TIPO DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO DE LOS ESTUDIANTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN
TARSICIO, AREQUIPA 2015**

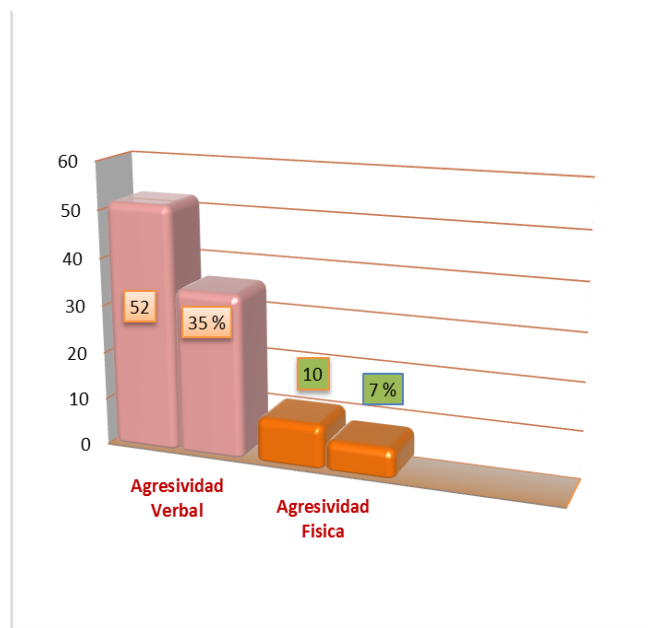
Comportamiento		
	N	%
Agresividad Verbal	52	35
Agresividad Física	10	7
Total	62	42

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que el comportamiento agresivo es de tipo verbal en el 35%(52) estudiantes. Asimismo se encuentra que el 7%(10) presentan agresividad física.

GRAFICO N° 6

TIPO DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN TARSICIO, AREQUIPA 2015



CAPITULO V: DISCUSIÓN

El sueño es un fenómeno fisiológico restaurativo y esencial que ocupa un tercio de la vida del ser humano y cuyos mecanismos y función todavía hoy no son bien conocidos. Teniendo esto en cuenta se tiene que aceptar que no solamente la gente adulta o en etapa de adulta mayor pueden tener problemas en torno a la calidad del sueño también se pueden presentar en los niños y adolescentes y más aún cuando presentan problemas conductuales de agresividad es por ello que se consideró a los estudiantes de 12 y 14 años encontrándose que el mayor porcentaje de ellos tienen el 59%(88) son de género masculino, el 41%(62) son de género femenino.

Teniendo en cuenta que el objetivo general era identificar la relación entre las variables de estudio se puede afirmar que existe relación entre la variable calidad del sueño y la conducta agresiva de los estudiantes encontrándose que en el 62%(42) estudiantes existe comportamiento agresivo de los cuales en el 52%(35) también existe una mala calidad de sueño encontrándose que existe relación entre ambas variables y que el no descansar y/o dormir lo suficiente se relacionan con la agresividad que presentan. Asimismo se encuentra que el 58%(88) no presentan agresividad pero si un mínimo porcentaje tiene buena calidad de sueño y es agresiva y los que tienen mala calidad no son agresivos. Esto guarda relación con lo que se conoce en el marco conceptual entorno al sueño, ya que una mala calidad del sueño afecta las relaciones interpersonales, el rendimiento en actividades motoras y cognitivas, además, influye en el metabolismo y el funcionamiento hormonal e inmunológico.

CONCLUSIONES

- La edad en que se encuentran los estudiantes corresponde a la etapa de pre adolescencia y adolescencia propiamente dicha. Asimismo el mayor porcentaje de estudiantes son de género masculino.
- Existe relación entre la variable de estudio calidad de sueño y comportamiento agresivo de los estudiantes específicamente en el 42%(62) estudiantes que presentan comportamiento agresivo ya que también existe en el 35%(52) una mala calidad de sueño
- Se encuentra que el 58%(88) no presentan agresividad pero si un mínimo porcentaje tiene buena calidad de sueño y es agresiva y los que tienen mala calidad no son agresivos.
- El 61%(92) de los estudiantes tienen buena calidad de sueño, el 39%(58) presentan mala calidad de sueño es decir no tienen un patrón de horario para descansar.
- Existe comportamiento agresivo en el 42%(62) estudiantes. Asimismo predomina en el comportamiento el de tipo verbal en el 35%(52) estudiantes y un mínimo porcentaje del 7%(10) presentan agresividad física.

RECOMENDACIONES

- ☑ La privación parcial de sueño y/o llevar una mala calidad de sueño influye en la vida de los estudiantes por ello se recomienda que el personal jerárquico de la Institución Educativa tengan conocimiento de lo que ocurre entre los estudiantes.
- ☑ Se recomienda que inmediatamente el personal jerárquico busque las estrategias más adecuadas para disminuir o erradicar la amenaza que está latente entre los estudiantes ya que al encontrarse conducta agresiva se tiene una bomba de tiempo entre los estudiantes.
- ☑ Se recomienda realizar talleres de convivencia donde deben estar los padres para que se les instruya sobre el desarrollo y evolución de su hijo y donde puedan identificar las posibles causas del comportamiento agresivo y con ello evitar que llegue hacer violento.
- ☑ Se debe revisar los hábitos de higiene del sueño mantener un ritmo regular de horarios para dormir y levantarse, ya que se sabe que una mala calidad de sueño provocará problemas conductuales, afecta al sistema nervioso e incluso presentarse otras enfermedades físicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CDC. No dormir lo necesario: epidemia de la salud pública. <http://www.cdc.gov/spanish/Datos/FaltaSueno>
2. Barrenechea, M, Gomez, C, Huaira, P, Pregúntegui, L. Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina. (2010). <http://www.redalyc.org/pdf/717/71721155002.pdf>
3. Gallego J. Proyecto educativo sobre Calidad del sueño y somnolencia diurna en estudiantes de Enfermería: estudio de prevalencia. España. Tesis. 2012
4. Rodrigo, S. Calidad del sueño en personal de enfermería. España. 2012
5. Guevara Y. Factores Psicosociales y su Relación con la Calidad de Sueño en Estudiantes de Enfermería de la UNJBG Tacna -2012. Tacna. Tesis
6. Tello, T, Varela, L, Ortiz, P, Chàvez, H, Revoredo, C. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima. 2011
7. Espinoza, H., calidad del sueño en alumnos del último año de la escuela de sub oficiales PNP de Charcani, Arequipa. 2013
8. Valera R. Calidad del sueño y accidentes de tránsito en choferes del transporte público de la provincia de Arequipa. Tesis. 2011
9. Pariona, E. Asociación entre las relaciones familiares y violencia escolar en niños de 9 a 12 años en un instituto educativo del distrito de Villa María del Triunfo. Lima. 2012
10. Abad AF, Melendo SJ, Pérez TJ: Alteraciones globales de sueño en una población juvenil: Malos dormidores y trasgresores del sueño. *Psiquis* 1994;15:438-444

11. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Masson S.A., Barcelona, 1995.
12. Anderson, Craig A. and Bushman, Brad J. Human aggression. *Annu. Rev. Psychol.* 2002. 53:27–51
13. Andrea M., Outomuro D. Medicina y sueño: antecedentes históricos y evidencia científica. *GacMéd Caracas* 2011; 119(3): 183-187.
14. Ayuso Gutierrez, José Luis. Biología de la conducta agresiva y su tratamiento. *Salud Mental, Número Especial*, 1999.
15. Bandura, A. (1973). *La agresión: un análisis del aprendizaje social*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall.
16. Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
17. Bandura, A. *Principios de Modificación de Conducta*. Ediciones Sígueme S.A., Salamanca, España, 1983. (Edición original en inglés: 1969).
18. Beck, Aaron T. y Freeman, Arthur. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Ediciones Paidós, Buenos Aires, 1995 (Edición original en inglés 1992).
19. Bushman, Brad J. and Anderson, Craig A. Is it time to pull the plug on the hostile vs. instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review*, 2001, Vol 108, Nº 1, 273-279
20. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 4ta ed. España. Editorial Harcourt Brace. 1999
21. BUYSSE R. The Pittsburg Sleep Quality Index: A new instrument for Psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213
22. Chambers, Jemma C, Eccleston, Lynne, Day, Andrew, Ward, Tony and Howells, Kevin. Treatment readiness in violent offenders: The influence of cognitive factors on engagement in violence programs. *Aggression and Violent Behavior*, April 2008.

23. Chaux, Enrique. Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. *Revista de Estudios Sociales*, Nº 15, junio de 2003, 47-58.
24. Chertok, Alberto. 60 mentiras que nos complican la Autoestima. Centro de Terapia Conductual, Montevideo, 2ª Edición, 2006 (edición digital disponible en: www.psicologiatotal.com).
25. Chertok, Alberto. Las causas de nuestra conducta. Centro de Terapia Conductual, Montevideo, 8ª Edición, 2006 (edición digital disponible en: www.psicologiatotal.com).
26. De las Cuevas CC, Henry BM, Gonzales JL: El insomnio como queja subjetiva en la población general. *Anales de Psiquiatría* 1991;7:372-376.
27. Sierra- Freire J. Domingo. J. Martín-Ortiz, Carmen Giménez N. Salud mental. SM, Dialnet. 2002; Vol. 25, Nº. 6 , págs. 35-43
28. Del Río Portilla IY, Estrés y sueño, *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2006; 7(1): 15-20.
29. Ellis, Albert y Grieger, Russell. Manual de Terapia Racional Emotiva. Editorial DDB, Bilbao, 1981.
30. Eysenck, H.J. Estudio Científico de la Personalidad. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1971
31. Eysenck, H.J. Fundamentos Biológicos de la Personalidad. Edit. Fontanella S.A., Barcelona, 1978. (Edición original en inglés: 1967).
32. Factores psicológicos y emocionales en las alteraciones del sueño capítulo i. Módulo II: 164.187. nov 2009
33. García, E. (2007). Factores de riesgo en el desarrollo del niño. La socialización, la moral y el juego. Recuperado de www./niño.socialización.juego/23929-7. Uruguay. 65
34. Graña, J. L. (2011). Caracterización de la agresión de hijos a padres. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. En *Perfiles*

psicosociales de los menores. Referencia electrónica. Recuperado de www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol

35. Lazarus RS, Folkman S. El sueño y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986. (Original de 1984.)
36. LOAYZA C. Medición de la calidad de sueño y validación del índice de Pitsburg en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna. 2008.
37. McKay, Matthew, Davis, Martha y Fanning, Patrick. Técnicas cognitivas para el tratamiento de los problemas del sueño. Martínez Roca S.A., Barcelona, 1985.
38. McKay, Matthew, McKay, Judith and Rogers, Peter D. Venza su Ira. RobinBook, Barcelona, 1993.
39. Meichenbaum, D.H. y Cameron, R.: "El potencial clínico para modificar las agresiones físicas". En: Manual de Terapia Racional Emotiva (Ellis, Grieger y col.). DDB, Bilbao, 1981 (Cap. 22). (Publicado originalmente en inglés en 1974).
40. Moarri Hoss S. Nivel de estrés Rendimiento académico en los estudiantes de Medicina Humana en la UNJBG- Tacna 2005
41. Monago J. Tipos de sueño. 4ed. Marin Ferrer. 2007.
42. Palanca Sánchez I. Barbé F. Elola Somoza J. Paniagua Caparrós J. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Unidad del sueño: estándares y recomendaciones. Madrid; 2011. pag 90-95.
43. Potter P, Griffin A. Fundamentos de enfermería. Madrid: Harcourt; 2002
44. Richetin, Juliette and South Richardson, Deborah. Automatic processes and individual differences in aggressive behavior. Aggression and Violent Behavior 13 (2008) 423–430
45. Rodrigo S. Calidad del sueño en personal de enfermería Madrid. 2011.

46. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ J. Calidad de Sueño y su Influencia en el carácter de los alumnos del V "B" de Secundaria del Colegio Lord Byron
47. ROYUELA-RICO, MACÍAS Y CONDE Calidad del sueño en ancianos. Madrid 2000
48. Sánchez-Navarro, Juan Pedro y Román, Francisco. Expresión emocional. Anales de Psicología 2004, vol. 20, Nº 2 (diciembre), 223-240
49. Seward James P. La medicina del sueño. Mc Graw Hill 3º Edición. México. p.p. 557-587.1990.
50. SIERRA J. El sueño. Facultad de Psicología. Universidad de Granada, 1ra versión: 21 de enero de 2002. 2da versión: 4 de julio de 2002; aceptado: 24 de septiembre de 2002. España.
51. Ticona S, Paúcar Q, Llerena C. Calidad del sueño y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de Enfermería-UNSA Arequipa 2006.
52. Valdizan JR, editor. Sueño: funciones y patología. Barcelona: Sociedad Científica Interdisciplinar del Sueño; 1999

ANEXOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO: CALIDAD DEL SUEÑO

Buenos días, me encuentro realizando un trabajo de investigación y deseo contar con su colaboración para contestar el presente cuestionario, ya que con esta información voy a poder obtener datos que permitan materializar mi trabajo final.

Instrucciones: Solicito que responda con veracidad y precisión las siguientes preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y colaboración

Cuestionario para medir la calidad de sueño

Instrucciones:

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

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

.....

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

Menos de 15 min () Entre 16-30 min () Entre 31-60 min ()

Más de 60 min ()

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

.....

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

.....

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

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

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

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

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

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

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

d. No poder respirar bien:

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

e. Toser o roncar ruidosamente:

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

f. Sentir frío:

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

g. Sentir demasiado calor

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana

- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

h. Tener pesadillas o malos sueños

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

i. Sufrir dolores:

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

j. Otras razones. Por favor descríbalas:

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

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

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala

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

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

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

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana

- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

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

- Ningún problema
- Solo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

- solo
- con alguien en otra habitación
- en la misma habitación, pero en otra cama
- en la misma cama



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

Querido estudiante:

Ten la amabilidad de responder esta serie de frases sobre la forma como piensas, sientes o actúas; es para saber y estudiar sobre el comportamiento agresivo de los niños de nuestro salón, para que mejoremos las relaciones en el hogar, el aula, la institución educativa y la comunidad.

Marca con un aspa (X) en una solo casillero del sí o no lo que creas correcto.

	si	no
1 Algunas veces me siento como un volcán a punto de estallar.		
2 Cuando la gente no me hace caso de inmediato, me desespero mucho.		
3 Me molesto rápidamente, pero se me pasa en seguida.		
4. Cuando la gente no me hace caso, no me hago problemas y sigo tranquilo haciendo otra cosa.		
5. A veces soy bastante envidioso.		
6. A veces pienso que la vida no es justa.		
7. A veces soy bastante generoso.		
8. A veces pienso que la vida es justa.		
9. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, inmediatamente discuto con ellos sin pensar en el tema que se está hablando.		
10. Hago las cosas sin tomar en cuenta las opiniones de los demás.		
11. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, inmediatamente dialogo con ellos del tema que se está hablando.		
12. Hago las cosas teniendo en cuenta las opiniones de los demás.		
13. A menudo me siento triste y solo.		
14. A menudo me siento muy nervioso.		
15. A menudo me siento alegre y acompañado.		
16. A menudo me siento tranquilo.		
17. A veces pienso que soy muy fastidioso y renegón con mis amigos.		
18. Me gustaría ser como ese chico grande que todos tienen miedo.		
19. A veces pienso que soy muy divertido y tengo paciencia con mis amigos.		
20. Me gustaría ser como ese niño que todos quieren por ser		

buena gente.		
21. Sé que mis "amigos" hablan mal de mí a mis espaldas.		
22. Algunos de mis amigos piensan que soy arrebatado y que por eso discuto mucho.		
23. Sé que mis "amigos" hablan bien de mí aunque yo no esté presente.		
24. Algunos de mis amigos piensan que soy calmado y que por eso no discuto.		
25. He amenazado con golpear a otras personas.		
26. He amenazado con palabras feas a algunas personas que conozco.		
27. He demostrado ser amistoso con las personas.		
28. He utilizado mis buenos modales con las personas que conozco.		
29. A menudo no estoy de acuerdo con las personas y me burlo de ellas.		
30. A menudo me río de la apariencia de las personas que me rodean.		
31. A veces no estoy de acuerdo con las personas; pero respeto su opinión.		
32. A veces hago bromas de mis amigos, pero sin herirlos.		
33. Cuando la gente me molesta, les insulto.		
34. Cuando no gano en un juego insulto a los que están a mí alrededor.		
35. Cuando la gente me molesta, los ignoro.		
36. Cuando no gano en un juego felicito a los que ganaron.		
37. De vez en cuando no puedo controlar las ganas de empujar a otra persona.		
38. Cuando no me hacen caso, me enojo y empujo al que está a mi costado.		
39. De vez en cuando controlo las ganas de empujar a otra persona.		
40. Cuando no me hacen caso, me incomodo pero evito roces o empujones con el que está a mi costado.		
41. He llegado a estar furioso que he roto cosas.		
42. Algunas veces pierdo la tranquilidad sin motivo y arrojé algunas cosas.		
43. Cuando he estado furioso he evitado romper cosas.		
44. A veces pierdo la tranquilidad sin motivo pero me controlo y no arrojé algunas cosas.		
45 Me involucro en las peleas hasta llegar a pegar más que los otros.		
46 Si se me fastidian repetidamente, golpeo a otro niño o niña.		
47. Evito involucrarme en las peleas, no me gusta golpear ni ser golpeado.		
48. Si se me fastidian repetidamente, no hago caso al principio pero luego pido explicaciones y que se disculpen.		

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	APOORTE CIENTÍFICO
<p>PROBLEMA</p> <p>Es cada vez mayor el reconocimiento que se le da a la importancia del sueño en la salud pública; no dormir lo necesario está asociado a accidentes automovilísticos, desastres industriales, malos comportamientos, entre otros.</p> <p>Las personas que no duermen lo necesario también son más propensas a padecer enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, depresión y obesidad, así como cáncer, a mayor mortalidad y menor calidad de vida y productividad.(1)</p> <p>Aproximadamente 50 a 70 millones de adultos en los EE.UU. tienen trastornos del sueño o insomnio. (1)</p> <p>Estudios peruanos señalan que los estudiantes de algunas universidades del Perú tienen una mala calidad del sueño, ya que descansan seis a menos horas, lo que les trae algunos problemas</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación de la calidad de sueño con los comportamientos agresivos en estudiantes de la institución educativa San Tarsicio, Arequipa 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar la calidad de sueño de los estudiantes de la institución educativa San Tarsicio, Arequipa 2015 ▪ Reconocer el comportamiento de los estudiantes de la institución educativa San Tarsicio, Arequipa 2015 ▪ Identificar el tipo de comportamiento agresivo de los estudiantes de la institución educativa institución educativa San Tarsicio, Arequipa 2015 	<p>Enfoque propuesto</p> <p>Es pertinente el tema a investigar porque en el desarrollo de nuestra labor en los diversos centros hospitalarios de la ciudad, y sobre todo en comunidad, nos encontramos con adolescentes que llegan a estos centros a hacerse atender por problemas generados por acciones violentas en las cuales se ven involucrados, tanto por ser los agredidos como los agresores, motivados por el incumplimiento de sus horas de descanso necesario que deben tener diariamente, por lo que será labor de la enfermera atender estos casos.</p> <p>La utilidad de los datos obtenidos, que serán un reflejo de la realidad,</p>

<p>a su salud física y emocional.(2)</p> <p>Todos estos problemas de mala calidad de sueño pueden traer consecuencias en la personalidad del adolescente, es así que se puede presentar casos de agresión escolar, que es uno de los problemas que en la actualidad tienen una gran presencia entre los estudiantes. Se encuentra que muchos estamentos involucrados en esta situación no pueden desarrollar sus actividades normalmente ya que cada día son más los alumnos que presentan comportamientos violentos contra sus compañeros, ya sea, de forma física, psicológica y social. Además este comportamiento inadecuado no sólo se presenta en el aula, sino también en la casa, en la calle y en varios sitios públicos en los cuales estén participando estos adolescentes; este tipo de comportamientos también se desarrollan a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación.</p> <p>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cómo se relaciona la calidad de sueño con los comportamientos agresivos en estudiantes de la</p>		<p>permitirá que las autoridades de salud y también las educativas sepan cómo se está desarrollando este comportamiento y así tomar las acciones más oportunas para garantizar que todos los adolescentes no descuiden su descanso y eso les puedan generados actos violentos.</p> <p>La trascendencia de estudiar este tema, permitirá obtener información sobre estos problemas que suelen padecer los adolescentes, lo que repercutirá en el comportamiento que tengan; esto también servirá a otros investigadores a seguir incidiendo en estos temas a través de investigaciones que abarquen otras variables e indicadores.</p> <p>Este trabajo está realizado porque se ha podido notar que hay muchos casos de problemas de salud que padecen algunos adolescentes, como resultado del incumplimiento de sus horas de</p>
--	--	---

<p>institución educativa institución educativa San Tarsicio, Arequipa 2015?</p>		<p>descanso, que muchas veces es generado por estar dedicando horas a actividades que le genera cansancio físico y mental, por lo que es necesario dedicarle atención a este problema que muestra presencia permanente en los hogares.</p> <p>La relevancia de la presente investigación está dada porque los datos obtenidos permitirán que las autoridades de salud tengan referencias y puedan tomar algunas medidas que permitan corregir algunas falencias encontradas.</p> <p>El aporte científico está dado porque los conocimientos que surjan de este trabajo servirán para que se incrementen los ya existentes sobre este tema.</p> <p>El presente trabajo me permitirá obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería</p>
---	--	--

VARIABLES E INDICADORES	BASE TEÓRICA (Títulos y subtítulos)	HIPÓTESIS
<p>Variable Independiente Calidad de sueño</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad subjetiva del sueño - Latencia de sueño - Duración del sueño - Eficiencia habitual de sueño - Perturbaciones del sueño - Utilización de medicación para dormir - Disfunción del sueño durante el día <p>Variable dependiente Comportamientos agresivos</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoafectiva - Cambio de conducta - Agresión verbal - Agresión física 	<p>Calidad de sueño</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad subjetiva del sueño - Latencia de sueño - Duración del sueño - Eficiencia habitual de sueño - Perturbaciones del sueño - Utilización de medicación para dormir - Disfunción del sueño durante el día <p>Comportamientos agresivos</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoafectiva - Cambio de conducta - Agresión verbal - Agresión física 	<p>La calidad de sueño están relacionados con los comportamientos agresivos en estudiantes de la institución educativa San Tarsicio, Arequipa 2015.</p>

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE(S)	MÉTODO OPERACIONAL
<p>TIPO La investigación será del tipo no experimental, ya que no se pretende influir sobre las variables de estudio.</p> <p>DISEÑO Al aplicarse el instrumento una sola vez, el diseño que se seguirá es el Transversal</p> <p>NIVEL El nivel investigativo será el descriptivo de correlación.</p>	<p>Variable X:</p> <p>Nombre del instrumento: Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.</p> <p>Descripción: El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los caso una puntuación de “0” indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suman finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. “0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas.</p> <p>Confiabilidad del instrumento: Para determinar la confiabilidad del instrumento, primero se determinará una muestra piloto de 10 madres, a los cuales se aplicará el cuestionario con el propósito de determinar el grado de confiabilidad, para lo cual se utilizará el alfa de Cronbach</p>	<p>AMBITO DE ESTUDIO La presente investigación se realizará en las instalaciones de la institución educativa parroquial san Tarsicio-41053, que queda ubicado en la Av. 3 DE ABRIL S/N, Distrito de Aplao, Provincia de Castilla y región de Arequipa</p> <p>UNIDAD DE ESTUDIO La unidad de análisis son los estudiantes de 1° a 5° de secundaria de la institución educativa San Tarsicio.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alumnos que pertenezcan a esta institución educativa. - Alumnos que estudien en los agrados considerados. - Alumnos regulares. - Alumnos que tengan el consentimiento informado

	<p>Variable Y:</p> <p>Nombre del instrumento: Cuestionario de agresividad adapta</p> <p>Descripción: Dimensión psicoafectiva:</p> <p>Indicadores:</p> <p>Excitabilidad (ítem: 1, 2, 3, 4), tolerancia a la frustración (ítem: 5, 6, 7, 8), actuar antes de pensar (ítems: 9, 10, 11, 12).</p> <p>Dimensión cambio de conducta:</p> <p>Indicador:</p> <p>Autoestima (ítem: 13, 14, 15, 16), identidad (ítem: 17, 18, 19, 20), socialización (ítem: 21, 22, 23, 24).</p> <p>Dimensión agresión verbal:</p> <p>Indicador:</p> <p>Amenazas (ítem: 25, 26, 27, 28), sarcasmos (ítem: 29, 30, 31, 32), insultos (ítem: 33, 34, 35, 36).</p> <p>Dimensión agresión física:</p>	<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alumnos que no deseen participar en la investigación. - Alumnos de otras instituciones educativas. - Alumnos que no llenen completamente el cuestionario. <p>POBLACIÓN</p> <p>El estudio se realizará con los estudiantes de 1° a 5° de secundaria de la institución educativa San Tarsicio, que en total son 150.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Para la presente investigación no se utilizará muestra ya que se trabajará con toda la población.</p>
--	---	---

	<p>Indicadores:</p> <p>Empujones (ítem: 37, 38, 29, 40), arrojar objetos (ítem: 41, 42, 43, 44), golpizas (ítem: 45, 46, 47, 48).</p> <p>El instrumento elegido para el trabajo de campo es el cuestionario, que tiene como base el Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992) cuyos ítemes han sido adaptados a los alumnos de los años escogidos en la investigación.</p> <p>Validez: El instrumento a utilizar fue adaptado por Maribel Parra Aybar en 2009, teniendo como base el Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992) cuyos ítemes han sido adaptados a los alumnos de los años escogidos en la investigación</p> <p>Confiabilidad del instrumento: Para determinar la confiabilidad del instrumento, primero se determinará una muestra piloto de 10 madres, a los cuales se aplicará el cuestionario con el propósito de determinar el grado de confiabilidad, para lo cual se utilizará el alfa de Cronbach.</p>	
--	--	--