



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

**CUIDADO EMPÁTICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL  
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS  
DE UNA CLÍNICA, AREQUIPA-2022**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN  
SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL Y SATISFACCIÓN  
CON LOS SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR  
JOSELINE MICHELL LUNA ARIAS  
MARÍA ELENA DELSI CCOA PACORI

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

ASESOR  
DR. JOSÉ CARLOS APARCANA HERNÁNDEZ  
CÓDIGO ORCID Nº 0000-0001-7398-6817

CHINCHA, 2023

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Chincha, 02 de Mayo del 2023

Dr. JUANA MARÍA MARCOS ROMERO  
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### Presente. –

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarle e informar que las bachilleres: Luna Arias Joseline Michell, con DNI N°47523485 y Maria Elena Delsi Ccoa Pacori, con DNI N°43382703 de la Facultad Ciencias de la Salud del programa Académico de Enfermería, ha cumplido con presentar su tesis titulada: "CUIDADO EMPÁTICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DE UNA CLÍNICA, AREQUIPA-2022" con mención


APROBADO(A):



Por lo tanto, queda expedito para la revisión por parte de los Jurados para sustentación.

Agradezco por anticipado la atención a la presente, aprovecho la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal.

Cordialmente,



José Carlos Apaza Quiñones  
DOCTOR EN EDUCACION

Código ORCID N.º 0000-0001-7398-6817  
DNI. N° 21553760

## DECLARATORIA DE AUTENCIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Joseline Michell Luna Arias identificado(a) con DNI N°47523485 y Maria Elena Delsi Ccoa Pacori, identificado(a) con DNI N°43382703, en nuestra condición de estudiantes del programa de estudios de Ciencias de la salud de la Facultad de Enfermería en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollado la Tesis titulada: "CUIDADO EMPÁTICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DE UNA CLÍNICA, AREQUIPA-2022", declaramos bajo juramento que:

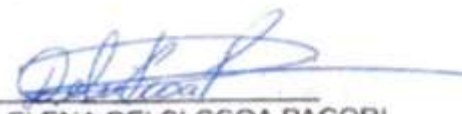
- a. La investigación realizada es de nuestra autoría
- b. La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni auto plagio en su elaboración.
- c. La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas. Así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- d. Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos son reales, por lo que, el(la) investigador(a) no ha incurrido ni en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- e. La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad vigente de la Universidad (no mayor al 28%), el porcentaje de similitud alcanzado en el estudio es del:

7%

Autorizamos a la Universidad Autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normatividad vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Chincha Alta, 02 de Mayo del 2023

  
JOSELINE MICHELL LUNA ARIAS  
DNI: 47523485

  
MARIA ELENA DELSI CCOA PACORI  
DNI:43382703

## **DEDICATORIA**

Mi tesis la dedico con mucho amor a mi fiel compañero, a mi esposo Eddie que con sus sacrificios y esfuerzos fue parte fundamental para poder seguir adelante con mi carrera, gracias por brindarme todo tu cariño, amor y apoyo en toda esta etapa de mi vida.

A mis dos amadas hijas: Azul y Abril, ya que son mi impulso y motivación día a día y así poder tener un mejor futuro.

A mis padres Tania, Francisco y Margarita y a mis queridas tías ya que con su apoyo moral y con sus palabras de aliento día a día me motivaron a seguir mis ideales.

**JOSELINE**

Esta tesis la dedico a mis padres quienes me han apoyado para poder llegar hasta esta etapa de mi carrera, ya que ellos siempre han estado presentes para apoyarme moralmente día a día.

También se la dedico a mi querido hijo Geovanny quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en toda esta etapa de mi vida y para poder ser un ejemplo para él.

**DELSI**

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestro agradecimiento va dirigido primeramente a Dios que nos guio y nos dio fortalezas para seguir adelante.

A la Universidad Autónoma de Ica, la cual nos brinda la oportunidad de graduarnos en ella.

A nuestro asesor por la dedicación puesta en la enseñanza que nos brindaron y por incentivarnos a seguir aprendiendo y esforzándonos para cumplir nuestras metas.

Y finalmente, a todas las personas que siempre estuvieron a nuestro lado en los buenos y malos momentos.

## RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el cuidado empático y la calidad del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. Metodología: Fue una investigación de tipo básica prospectiva, con un enfoque cuantitativo y nivel correlacional, asimismo, fue de diseño no experimental de corte transversal. Contó con la participación de 50 profesionales de la salud de las áreas críticas de una clínica de Arequipa. Para recolección de datos se utilizó dos cuestionarios: Escala de Empatía de Jefferson y el Cuestionario del Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh. Resultados: El 48% del personal de salud presenta un nivel de cuidado empático bueno y el 28% refiere que tiene un cuidado empático malo. Por otro lado, el 84% de la muestra de estudio refiere que merece atención y tratamiento médico respecto a su calidad de sueño. Asimismo, se halló una correlación directa alta entre el cuidado empático y la calidad de sueño con un nivel de significancia de 0.000 al ser menor a 0.050. Conclusión: Se infiere que un mayor cuidado empático hacia el paciente está vinculado a una mejor calidad del sueño en el personal de enfermería que trabaja dentro de las áreas críticas.

Palabras claves: Cuidado, Empatía, Calidad de sueño, Personal de salud, Áreas críticas

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the relationship between empathic care and sleep quality in nursing personnel in critical areas in a clinic in Arequipa, 2022.

**Method:** This was a prospective basic research, with a quantitative approach and correlational level, also, it was a non-experimental cross-sectional design. It involved the participation of 50 health professionals from the critical areas of a clinic in Arequipa. Two questionnaires were used for data collection: Jefferson Empathy Scale and the Pittsburgh Sleep Quality Index Questionnaire.

**Results:** 48% of the health personnel presented a good level of empathic care and 28% reported having a poor level of empathic care. On the other hand, 84% of the study sample reported that they deserved medical attention and treatment regarding their sleep quality. Likewise, a high direct correlation was found between empathic care and sleep quality with a significance level of 0.000 being less than 0.050.

**Conclusion:** It is inferred that greater empathic care towards the patient is linked to better sleep quality in critical areas.

**Keywords:** Care, Empathy, Sleep quality, Health personnel, Critical areas.

## ÍNDICE GENERAL

Constancia de aprobación de la investigación.....	ii
Declaratoria de la autenticidad de la investigación.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Índice general.....	viii
Índice de tablas.....	xi
Índice de figuras.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2.1. Descripción del problema.....	16
2.2. Pregunta de investigación general.....	18
2.3. Preguntas de investigación específicas.....	18
2.4. Objetivo General.....	19
2.5. Objetivos específicos.....	19
2.6. Justificación e importancia.....	20
2.7. Alcances y limitaciones.....	21
III. MARCO TEÓRICO.....	23
3.1. Antecedentes.....	23
3.2. Bases teóricas.....	28
3.3. Marco conceptual.....	38
IV. METODOLOGÍA.....	40
4.1. Tipo y Nivel de investigación.....	40



4.2.	Diseño de investigación .....	40
4.3.	Hipótesis general y específicas .....	40
4.4.	Identificación de las variables .....	41
4.5.	Matriz de Operacionalización de variables .....	42
4.6.	Población – Muestra .....	45
4.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	45
4.8.	Técnicas de análisis y procesamiento de datos.....	49
V.	RESULTADOS .....	50
5.1.	Presentación de Resultados .....	50
5.2.	Interpretación de Resultados .....	76
VI.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	78
6.1.	Análisis resultados – Prueba de hipótesis .....	78
VII.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	87
7.1.	Comparación de resultados .....	87
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	93
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
	ANEXOS.....	108
	Anexo 1: Matriz de consistencia .....	109
	Anexo 2: Instrumento de recolección de datos .....	113
	Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición .....	118
	Anexo 4: Base de datos.....	126
	Anexo 5: Informe de turnitin al 28% de similitud .....	131
	Anexo 6: Evidencias fotográficas .....	132
	Anexo 7: Consentimiento informado .....	133
	Anexo 8: Constancia de aplicación .....	134



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Toma de perspectiva como parte del Cuidado Empático .....	50
<b>Tabla 2</b> Atención con compasión como parte del Cuidado Empático....	51
<b>Tabla 3</b> Habilidad de ponerse en el lugar del paciente como parte del Cuidado Empático.....	52
<b>Tabla 4</b> Cuidado Empático .....	53
<b>Tabla 5</b> Calidad subjetiva del sueño.....	54
<b>Tabla 6</b> Latencia del sueño .....	55
<b>Tabla 7</b> Duración de dormir .....	56
<b>Tabla 8</b> Eficiencia habitual del sueño .....	57
<b>Tabla 9</b> Alteración del sueño .....	58
<b>Tabla 10</b> Uso de medicamento para dormir .....	59
<b>Tabla 11</b> Disfunción diurna.....	60
<b>Tabla 12</b> Calidad de sueño.....	61
<b>Tabla 13</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y la Calidad de Sueño....	62
<b>Tabla 14</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y la Calidad subjetiva del Sueño .....	63
<b>Tabla 15</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Latencia del Sueño .....	65
<b>Tabla 16</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Duración de dormir.....	66
<b>Tabla 17</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Eficiencia habitual del sueño .....	68
<b>Tabla 18</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Alteración del sueño....	70
<b>Tabla 19</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Uso de medicamento para dormir.....	72
<b>Tabla 20</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Disfunción diurna .....	74
<b>Tabla 21</b> Pruebas de normalidad.....	78
<b>Tabla 22</b> Relación entre el Cuidado Empático y la Calidad del Sueño..	79
<b>Tabla 23</b> Relación entre el Cuidado Empático y la Calidad subjetiva del sueño .....	80
<b>Tabla 24</b> Relación entre el Cuidado Empático y la Eficiencia habitual del sueño .....	81
<b>Tabla 25</b> Relación entre el Cuidado Empático y la Lactancia del sueño	82
<b>Tabla 26</b> Relación entre el Cuidado Empático y la Disfunción diurna ...	83

<b>Tabla 27</b> Relación entre el Cuidado Empático y la Alteración del sueño .....	84
<b>Tabla 28</b> Relación entre el Cuidado Empático y la Duración de dormir.	85
<b>Tabla 29</b> Relación entre el Cuidado Empático y el Uso de medicamento para dormir.....	86

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Toma de perspectiva como parte del Cuidado Empático.....	50
<b>Figura 2</b> Atención con compasión como parte del Cuidado Empático ..	51
<b>Figura 3</b> Habilidad de ponerse en el lugar del paciente como parte del Cuidado Empático.....	52
<b>Figura 4</b> Cuidado Empático.....	53
<b>Figura 5</b> Calidad subjetiva del sueño .....	54
<b>Figura 6</b> Latencia del sueño .....	55
<b>Figura 7</b> Duración de dormir.....	56
<b>Figura 8</b> Eficiencia habitual del sueño.....	57
<b>Figura 9</b> Alteración del sueño.....	58
<b>Figura 10</b> Uso de medicamento para dormir.....	59
<b>Figura 11</b> Disfunción diurna .....	60
<b>Figura 12</b> Calidad de sueño .....	61
<b>Figura 13</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y la Calidad de Sueño ..	62
<b>Figura 14</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y la Calidad subjetiva del Sueño .....	63
<b>Figura 15</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Latencia del Sueño....	65
<b>Figura 16</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Duración de dormir ....	66
<b>Figura 17</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Eficiencia habitual del sueño .....	68
<b>Figura 18</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Alteración del sueño ..	70
<b>Figura 19</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Uso de medicamento para dormir.....	72
<b>Figura 20</b> Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Disfunción diurna.....	74

## I. INTRODUCCIÓN

El cuidado empático es una competencia que tiene un profesional de la disciplina de enfermería a fin de brindar cuidados que ayuden a salvaguardar el estado de salud general de los individuos, asimismo, es esa capacidad que tiene para identificarse y compartir los sentimientos, necesidades, temores y alegrías de los demás, que origina confianza, respeto mutuo, profesionalismo y eficacia, haciendo que el trabajo de estos profesionales sea más humano. Para un óptimo ejercicio o desarrollo de la calidad empática es imprescindible que presenten un estado físico y mental adecuados, el cual podría estar condicionada por la calidad de sueño.

Esta calidad de sueño, es comprendida como una estimación subjetiva sobre el dormir bien o el dormir mal, mediante la percepción del tiempo de duración de este, la continuidad, la eficiencia, si no se ha tenido alguna alteración diurna que afecta los quehaceres profesionales y si para conseguir el sueño no se hace uso de medicamentos. Existen algunas investigaciones, que refieren que generalmente el personal de enfermería muestra una calidad de sueño mala, los cuales pueden estar sujetos a diversos factores como el trabajo por turnos, el área de servicio, los años y las horas de trabajo, así como la carga familiar y los problemas personales (1), que en definitiva afecta su desempeño y la relación que entabla con sus pacientes, ya que se sienten cansados, irritados, estresados, malhumorados e incumplidos por la carga de trabajo.

En ese sentido, el presente trabajo busco hallar la asociación de ambas variables de estudio, calidad de sueño y cuidado empático, con el propósito de gestionar políticas que contribuyen a mejorar el trabajo por turnos y se creen programas que mejoren el sueño y prevengan alteraciones en el mismo, de forma que se colabore al buen desempeño, trato y cuidado más empático con sus pacientes, además de generar reflexión sobre la experiencia de cuidado y calidad de sueño.

De esta manera, la presente se estructura en:

Capítulo I. Planteamiento del problema de investigación, apartado en el cual se expone la realidad problemática, asimismo, se plantea las preguntas de investigación, el objetivo tanto general como específicos y se justifica la razón del estudio y su importancia.

Capítulo II. Marco teórico, en este punto se realiza la exposición de los antecedentes, las bases teóricas de las variables y el marco conceptual del cual se respalda la investigación.

Capítulo III. Estrategia metodológica, se detalla el tipo, nivel y diseño del estudio, de la misma manera se plantea la hipótesis general y específicas, operacionalización de las variables, se presenta la población y muestra, las técnicas e instrumentos para recabar la data y la explicación de análisis e interpretación de los hallazgos.

Capítulo IV. Cronograma de actividades, se especifica el orden cronológico de las actividades a realizar.

Capítulo V. Presupuesto, se estima la cantidad de gastos para llevar a cabo esta investigación.

Capítulo VI. Referencias bibliográficas, se describe todas fuentes utilizadas para elaborar esta investigación además se coloca todos los anexos.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 2.1. Descripción del problema

El profesional de la salud, debe contar la habilidad de ofrecer una asistencia cuidadosa a todas las personas, de modo que asegure su bienestar y seguridad, con el único fin de preservar su salud (2). Por lo tanto, deben contar con todas las herramientas personales e institucionales necesarias para realizar sus actividades de forma adecuada. Sin embargo, estas funciones se han visto limitadas debido a la excesiva carga laboral, la defectuosa infraestructura, los escasos recursos materiales y la alta afluencia de pacientes por atender; factores, que ponen barreras para un óptimo cuidado, el cual es una función característica de este profesional (3), que contribuye a la recuperación y satisfacción del paciente. Por lo que, el cuidado empático debe considerarse como un atributo cognitivo esencial del profesional que le permitirá comprender las experiencias, preocupaciones y punto de vista del paciente como individuo (4). Al igual que la calidad de sueño, debe considerarse como un factor elemental para el desenvolvimiento de sus labores, ya que este se valora en función a facilidad de aparición del sueño sin tener complicaciones nocturnas ni diurnas que afecten su estado físico y mental (4).

De manera global, en muchas ocasiones el desarrollo de las actividades de un enfermero se ve limitado, porque el profesional se siente agotado física y mentalmente, irritable, fatigado, ansioso o hasta incluso deprimido a causa de su mala calidad de sueño (5). Según Satizábal J y Marin D (1), generalmente el profesional de enfermería presenta una pésima calidad de sueño, indistintamente del turno o servicio que realice; por ejemplo, Demir Zencirci y Arslan, señalan que el 79,1 % de los enfermeros que laboran por turnos, tienen bajos niveles de calidad de sueño. Al igual que, Sánchez W et al (6) refieren que el 81,3 % del personal de un hospital evidenció alteraciones en el sueño, mientras que, Diaz- Campo Y et al (7) indican que las irregularidades del sueño en el profesional enfermero son igual al de la población en general y el personal que está de guardia no presenta estos trastornos, pero si muestran una mala calidad asistencial.



En el mismo contexto, según Triana M (8) la influencia de los altos niveles empáticos de los enfermeros hacia la persona convaleciente, ha evidenciado mínimas condiciones de estrés y máximos niveles de satisfacción con el cuidado. Al igual que Martos M et al. (9), refieren que la empatía de los profesionales del área oncología pediátrica origina importantes ganancias en la atención cuidadosa del niño y su familia. Por su parte Fernández et al (10) señala que empatía en la población de internos de enfermería exige asumir intervenciones educativo-empáticas para el buen desarrollo de sus actividades dentro del hospital.

En un contexto nacional, Caballero-Alvarado J et al (11) aseguran que el equipo de salud que no duerme bien a causa de sus turnos de trabajo o estudio, experimentan fatiga o somnolencia, el cual repercute negativamente en su desempeño laboral; asimismo, hallaron que los profesionales mayores de 38 años, con más de siete años dentro de una institución, turno noche y con mayor carga laboral tienden a experimentar insomnio o mala calidad de sueño. Por otro lado, Rodríguez J (12), afirmó que el 68% personal del turno noche manifiesta una nociva calidad del sueño relacionada directamente con sentir dolores y una ligera relación con los años de trabajo en el turno de nocturno.

En el mismo contexto, Huapaya S (13) apreció que el 43% del personal enfermero del servicio de hospitalización evidenció un nivel de empatía medio. Al igual que Meléndez D (14), quien halló en estudiantes internos un grado medio de empatía; no obstante, en relación a sus dimensiones, la habilidad de situarse en la posición del paciente muestra elevados niveles, muy contrario a la dimensión cuidado empático donde obtuvieron bajos niveles. Por otro lado, Flores B y Sifuentes L (15), en su estudio con enfermeros del área de emergencia, evidenció niveles bajos de empatía. A nivel local, Coaquira A (16) apreció, en su investigación con internos del Hospital Goyeneche, una prevalencia de calidad de sueño pésima, somnolencia diurna excesivo, pese a que las horas de trabajo se recortaron. De la misma manera, Gonzales A (17) encontró en el personal de salud del Hospital de Camaná, una asociación de la mala calidad de sueño en mayores de 45 años de edad y al sexo femenino en un 74.03%, y los trabajadores que más presentaron mayor somnolencia diurna fueron

del área de medicina en un 85.71%, de emergencia en un 75% y de sala de operaciones en un 70.59%, así como los médicos internistas en un 100%, enfermeras en un 90.91% y anestesiólogos en un 66.67%.

En el mismo contexto, Chávez M y Escobedo P (18) halló que de 395 de profesionales de enfermería de hospitales III de Yanahuara- EsSalud y Honorio Delgado Espinoza, un 43.9 % obtuvo un nivel medio de empatía, y en la investigación de Apaza M y Chahuayo J (19) se demostró que los pacientes del Hospital General Honorio Delgado Espinoza, experimentaron una condición regular de satisfacción a causa de las falencias en empatía, seguridad, capacidad de dar respuesta, ética, sensibilidad y conciencia social por parte del personal de salud.

Bajo estas premisas, se observó que en las áreas críticas de la clínica existe una deficiente calidad de sueño el personal enfermero, debido a que comúnmente se les nota cansados y con somnolencia, sumado a los conflictos personales que no les permite descansar manera adecuada y tienden a expresar este cansancio y malestar en el trabajo, perjudicando la recuperación y satisfacción del paciente en relación al cuidado empático que se le brinda. Por ello, es necesario tomar conocimiento sobre la asociación de la calidad de sueño con el cuidado empático del profesional de enfermería, a fin de que se tomen medidas pertinentes para hacer frente a esta problemática.

## **2.2. Pregunta de investigación general**

¿Cuál es la relación entre el cuidado empático y calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa-2022?

## **2.3. Preguntas de investigación específicas**

PE 1. ¿Cuál es el nivel de cuidado empático en el personal de enfermería en las áreas críticas de Arequipa, 2022?

PE 2. ¿Cuál es el nivel de la calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas de una Clínica de Arequipa, 2022?

PE3. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y calidad subjetiva del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?

PE4. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?

PE5. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y la latencia del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?

PE6. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y la disfunción diurna en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?

PE7. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y las alteraciones del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?

PE8. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y la duración del dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?

PE9. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y el uso de medicamentos para dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?

#### **2.4. Objetivo General**

Determinar la relación entre el cuidado empático y la calidad del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

#### **2.5. Objetivos específicos**

OE 1. Describir el nivel del cuidado empático en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa-2022

OE 2. Describir el nivel de la calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa-2022

OE3. Determinar la relación entre el cuidado empático y la calidad subjetiva del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

OE4. Determinar la relación entre el cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

OE5. Determinar la relación entre el cuidado empático y la latencia del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

OE6. Determinar la relación entre el cuidado empático y la disfunción diurna en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

OE7. Determinar la relación entre el cuidado empático y las alteraciones del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

OE8. Determinar la relación entre el cuidado empático y la duración total del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

OE9. Determinar la relación entre el cuidado empático y el uso de medicamentos para dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

## **2.6. Justificación e importancia**

### **Justificación**

Considerando el criterio teórico, el presente estudio permitió fortalecer las líneas de investigación y aportar al conocimiento con datos de rigor científico que posibilitó una mejor comprensión acerca de la problemática existente en instituciones de salud, además de que existió la necesidad de desarrollar investigaciones que busquen el vínculo de la calidad de sueño con el cuidado empático hacia los pacientes, ya que de forma práctica y teórica se sabe que la calidad atencional contribuye a la recuperación del paciente, además de generar satisfacción no solo en el paciente y sus familiares, sino en el mismo profesional que percibe que está realizando un buen trabajo. Por lo que, saber sobre el origen de las variables y comprender su relación, favoreció el conocimiento y reforzó las hipótesis propuestas.

A nivel práctico, los hallazgos que se obtuvieron de dicha investigación, resultan ser convenientes para el planteamiento de programas de intervención para favorecer la calidad de sueño y de esa manera mejorar la atención con empatía y la satisfacción de los usuarios y familiares. Programas que posiblemente lleguen a ser estandarizados de manera

nacional o internacional, que ayuden a las instituciones de salud a mejorar los turnos de trabajo acortando y creando periodos más largos de descanso integro para este personal, de modo que pueda desempeñarse óptimamente.

A nivel metodológico, la investigación siguió con los lineamientos del método científico lo cual generó que los resultados sean veraces y confiables. Y en base a ello puedan continuarse a futuro, líneas de investigación que fortalezcan la validez de los instrumentos utilizados, de tal manera que puedan brindar datos fiables.

### **Importancia**

La importancia de apreciar la asociación del cuidado empático con la calidad de sueño del experto de la salud que labora en el ámbito crítico del hospital, radica en el hecho de que el individuo presenta la necesidad fisiológica de dormir y descansar durante toda su vida, lo cual es indispensable para la conservación de la salud, más aún, si se desempeña el rol de cuidador de personas en un estado de enfermedad. Desde el punto de vista del enfermero, el descanso es primordial para que pueda trabajar óptimamente asegurando una calidad de cuidado a sus pacientes. Debido a que, el cuidado empático que reciben los pacientes, ya se bueno o malo, se debe a una excelente o pésima calidad de sueño del profesional.

## **2.7. Alcances y limitaciones**

### **Alcances**

El alcance del presente estudio, a nivel investigativo se ubica en el tercer nivel, correlacional que tuvo como propósito determinar el vínculo de las variables, cuidado empático y la calidad del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, a fin de que se gestionen políticas guiadas para proteger la calidad de sueño y el cuidado empático de las enfermeras hacia sus pacientes. Asimismo, esta investigación fue viable ya que se tuvo acceso a la institución para recabar los datos, a través de dos instrumentos válidos y confiables. Y el desarrollo de toda la investigación, fue financiado por las investigadoras.

## **Limitaciones**

Las limitaciones se dieron en función a las restricciones, para acceder a la clínica debido a la COVID-19, sin embargo, se tuvo un presupuesto para la adquisición de equipos de bioseguridad para hacer frente a esta limitación, además de que existen protocolos institucionales, el cual se cumplió, a fin de proteger nuestra salud y la de los pacientes.

Otra limitación estuvo en función a las escasas investigaciones internacionales y locales que relacionara ambas variables, sin embargo, se dispuso de diferentes repositorios y revistas de acceso abierto, que permitieron encontrar información para sustentar la investigación.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes

##### Internacionales

Palazón E y Sánchez J (20) llevaron a cabo una investigación que planteó conocer qué tipo de turno de trabajo (el de 8 horas o el de 12 horas) afecta más la calidad de sueño. La población estuvo conformada por 107 enfermeras de tres hospitales de la Región de Murcia, divididos en dos grupos (53 de turnos a 8 horas y 54 de turnos a 12 horas). Se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP). Se llevó a cabo un análisis bivariante con Chi cuadrado a fin de establecer relaciones significativas entre los componentes medidos por el ICSP y el desarrollo de turnos de trabajo. Para ambos turnos se obtuvieron resultados negativos en cuanto a la puntuación total obtenida por el ICSP. En ambos casos se superó el valor de 5, considerado como límite entre buenos y malos dormidores. Para aquellos profesionales con turnos de 12 horas el valor fue de 6,3 mientras que, para los trabajadores con turnos de 8 horas, se obtuvo un valor de 8,3 y, por tanto, su calidad de sueño fue peor. Se apreció una relación significativa entre trabajar en un turno u otro con seis de los siete componentes medidos con el ICSP (calidad del sueño subjetiva, latencia de sueño, duración del dormir, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir, disfunción diurna). Finalmente, se determinó que los turnos de 8 horas afectan a la calidad total de sueño en mayor medida que los turnos de 12 horas. Resulta necesario implementar programas de higiene del sueño a fin de mejorar la calidad del sueño y, por tanto, la calidad de vida de los trabajadores.

Silva B et al. (21) desarrolló una investigación cuyo objetivo fue identificar posibles asociaciones entre la calidad de sueño, las variables personales y laborales y los estilos de vida de los enfermeros de hospital. El método fue transversal, exploratorio, correlacional, cuantitativo, realizado de octubre a diciembre de 2019. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario que abordó las características personales, estilo de vida y condiciones de trabajo de los encuestados. Para evaluar la calidad de sueño, se utilizó el Pittsburgh Sleep Quality Index (PCSI), versión en portugués de Brasil. Del estudio participaron 42 profesionales, 31 (73,8%)

mujeres, con edad entre 26 y 66 años (media 40,2); el 61,9% trabajaba horas extras; el 26,2% tenía dos vínculos laborales y el 40,5% faltó al trabajo. La calidad de sueño fue considerada buena por el 9,5% de los participantes, mala por el 64,3% y con trastornos del sueño por el 26,2%. El 26,2% de la población que hacía turnos rotativos, calificó la calidad como mala. Los peores resultados se encontraron en la franja etaria de 30 a 39 años y hubo significación estadística en la variable “vive en pareja”. Finalmente, se concluyó que la calidad de sueño de los enfermeros se vio afectada; por lo que es necesario monitorear a estos trabajadores, en particular a los que trabajan por turnos, a fin de implementar medidas preventivas que reduzcan los daños a su salud.

Satizábal J y Marín D (1), realizaron un estudio donde buscaron hallar la percepción de calidad de sueño en el personal enfermero del Hospital Regional de Vélez. Se utilizó una metodología descriptiva transversal y de tipo cualitativo, conformada por 49 enfermeros. Los resultados demostraron la existencia de una prevalencia de malos dormidores, porque presentaron alteración en la duración y latencia del sueño, relacionados con el estrés, exceso de trabajo y falta de apoyo institucional, por otro lado, con los problemas personales y la situación familiar. En conclusión, se sugirió ajustar los turnos de trabajo para cambiar esta situación.

Peña I et al. (22) planteó como objetivo determinar si existe relación entre el estrés percibido y la calidad de sueño en las enfermeras de los turnos nocturno y rotativo de la empresa social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá. El estudio fue transversal con alcance correlacional donde se evaluó el estrés percibido y la calidad de sueño por medio de la escala de estrés percibido - versión 14 y el índice de calidad de sueño de Pittsburg -versión colombiana, respectivamente, en una muestra de 98 enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados indicaron que se presentó una prevalencia del 72,45% de estrés percibido y del 79,59% de mala calidad de sueño; entre estas dos variables se halló una correlación baja ( $r=0,258$ ;  $p=0,010$ ). Se puede asegurar con un 95 % de confianza que mientras una variable aumenta, la otra también lo hace, queriendo decir que, a mayor puntaje en la escala



de estrés percibido, mayor puntaje en el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, lo que sugiere que el nivel de estrés es un factor que tiene relación directamente proporcional con el sueño, es decir, entre mayor estrés, peor calidad de sueño. Asimismo, se concluyó que existe relación entre el estrés percibido y la calidad de sueño, lo cual evidencia, por un lado, que, en las enfermeras a mayor estrés, peor calidad de sueño, y por otro, que, a peor calidad de sueño, mayor estrés.

Gonzales J (23) planteó determinar los factores relacionados con la calidad del sueño en trabajadores del área de la salud. Para ello, se realizó una revisión sistemática de información de los años 2008 a 2018. Se revisaron artículos en idioma español, inglés y portugués, de las bases de datos PUDMED, MEDLINE, SCIELO, empleando los términos de búsqueda calidad del sueño, factores relacionados, trabajadores del área de la salud y trastornos del sueño. Las variables incluidas fueron las sociodemográficas, ocupacionales y las relacionadas con calidad del sueño. Los resultados implicaron que los trastornos de la calidad del sueño se relacionaron con factores sociodemográficos y psicosociales. La prevalencia de mala calidad del sueño en población general fue del 39%, en los hombres del 34% y en las mujeres del 44%. El 58% de las enfermeras que trabajan en turnos nocturnos reportaron problemas para conciliar el sueño y estos se asociaron con la edad, el sexo, el área donde laboraban, los años de servicio y la frecuencia de turno nocturno ( $p < 0.05$ ). Los estudiantes de enfermería tuvieron una prevalencia de depresión, ansiedad y estrés de 35.8%, 37.3% y 41.1% respectivamente. Los hombres tienden a presentar menores problemas en calidad del sueño que las mujeres ( $p = 0,0218$ ). Se encontraron diferencias entre el índice de masa corporal ( $p = 0.0014$ ) y el ejercicio ( $p = 0.0020$ ) con respecto a la calidad de la dieta. El índice de masa corporal y la calidad del sueño también se asociaron significativamente ( $p = 0,0032$ ). Finalmente, se concluyó que existen factores detonantes que deterioran esta calidad, algunos son exógenos como la realización de turnos nocturnos, conflictos familiares y estado marital que afectan la calidad del sueño y desencadenan trastornos de ansiedad y estrés. Dentro de los factores

endógenos se pueden citar las alteraciones gastrointestinales y el desequilibrio en la dieta.

### **Nacionales**

Rueda K (24) planteó determinar la relación entre la somnolencia diurna y la calidad de sueño en enfermeras que realizan guardias nocturnas del Hospital Luis Negreiros Vega, Lima 2019. El método empleado fue el estudio de tipo aplicativo, correlacional, transversal, cuantitativo y prospectivo. Conformado por una muestra de 100 enfermeras. Se utilizó el cuestionario de la Escala de somnolencia de Epworth para medir la somnolencia diurna y el test de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh para medir la calidad de sueño. Se usó el programa estadístico SPSS v24.0 y Excel. Los resultados y conclusiones evidenciaron que la media de la somnolencia diurna fue  $10,66 \pm 3,388$  (rango de 7,3 - 14), que nos indica que algunas enfermeras tienen somnolencia diurna media y otras tienen somnolencia diurna anómala (posible patología), En relación con la calidad de sueño encontramos una media de  $8,42 \pm 3,150$  (rango de 5,3 - 11,60) que nos indica que algunas enfermeras merecen atención médica y otras enfermeras merecen atención médica y tratamiento. Se concluye, que la correlación entre la somnolencia diurna y la calidad de sueño es de 0,000 lo cual indica que existe relación entre la somnolencia diurna y la calidad de sueño en enfermeras que realizan guardias nocturnas del Hospital Luis Negreiros Vega, Lima 2019. La correlación de Pearson es 0,514 existiendo una correlación moderada  $r= 0,514$  ( $p<0.05$ ).

Casquino I (25) en su trabajo sobre establecer el impacto de la calidad atencional de los aprendices de la carrera de enfermería en Lima. De enfoque cuantitativo, hipotético deductivo, no experimental de corte transversal, donde participaron 260 alumnos, que dieron respuesta a dos instrumentos. Los hallazgos se compararon con investigaciones de la misma línea de estudio. En conclusión, se determinó que la empatía impactó en la calidad de atención positivamente.

Huarcaya-Victoria J et al (26) se propuso correlacionar el nivel de empatía y la actitud religiosa de los médicos residentes ingresantes en un hospital. La metodología fue observacional, transversal y se aplicó dos

cuestionarios a los médicos residentes. Los hallazgos, sobre el nivel de empatía y la direccionalidad de la especialidad evidenciaron diferencias no significativas. Se concluye que, quienes se identifican con una religión son más empáticos.

Luna R (27) realizó una investigación donde buscó hallar el vínculo del nivel empático y la edad, años de trabajo, autoestima y funcionamiento familiar del profesional enfermero. Fue un estudio descriptivo correlacional, conformado por 50 personas, que respondieron cuatro encuestas. Se demostró que, la empatía y la autoestima, experiencia de trabajo, funcionamiento familiar y edad se correlacionan de manera positiva.

Baldera M (28) investigó la calidad de sueño de los internos de enfermería de un hospital de Comas. El enfoque fue cuantitativo, diseño no experimental, método descriptivo transversal, compuesta por 40 internos. Los resultados, refieren que el 72.5% de los internos presentan una pésima calidad de sueño y solo el 27,5% indica que su calidad de sueño es buena. Concluyendo, que en general presentan una calidad de sueño mala.

Valdera L (29) en su investigación se asoció el síndrome de burnout y la calidad de sueño en el personal enfermero de una clínica de Lima. Con un enfoque de tipo básico y diseño descriptivo, correlacional, donde participaron 118 enfermeros y técnicos. El análisis, evidenció que el cansancio emocional y la calidad de sueño se correlacionaron moderadamente (0.527), y por otro lado la relación entre la calidad de sueño con la despersonalización y realización personal, fue débil con un valor de 0.327. En conclusión, la correlación entre las variables fue débil (0.377).

### **Locales**

Moncca A (30) examinó la asociación entre la calidad de sueño y síndrome de burnout de los internos de medicina que ingresan y egresan a un hospital público de Arequipa. Fue una investigación correlacional con la participación de 63 internos. Los resultados evidenciaron tanto los internos egresados (62.86%) e ingresantes (57.14%) tuvieron mala

calidad de sueño, y un alto cansancio emocional. Sin embargo, no se halló relación significativa entre las variables.

Araoz J (31) comparó los niveles de calidad de sueño y ansiedad del personal de salud. Empleó una metodología descriptiva, para la cual se contó con la participación de 83 trabajadores. Los resultados, demostraron que en su mayoría no presentan indicadores elevados de ansiedad (80%) y son buenos dormidores (63.86%). En conclusión, esta población presenta buenos niveles de calidad de sueño y niveles de ansiedad bajo.

## **3.2. Bases teóricas**

### **3.2.1. El Cuidado empático**

#### **3.2.1.1. Concepto de empatía**

La empatía ha sido objeto de estudio durante muchos años y por diferentes disciplinas como la filosofía, psicología, teología, etología, entre otros. Quizás, este es el motivo por el cual no se ha podido definir exactamente lo que implica el término. Sin embargo, autores como Deutsch y Madle; Goldstein y Michaels y Batson, Coke y Hoffman la han reconocido y definido como un proceso primordialmente cognitivo (32). En su sentido más general, se conceptualiza como aquella disposición para comprender e identificar emociones para responder a ellos de manera adecuada (33).

Asimismo, estudios empíricos la definieron como el sentimiento que se genera tras presenciar el sufrimiento de otras personas, lo cual genera la capacidad de sentir lo que el otro se encuentra padeciendo; dicho proceso es lo que se conoce como empatía (34).

De acuerdo a la teoría de la percepción acción, la base neuronal de la empatía está en el sistema de las neuronas espejo, que se activan cuando se aprecia a una persona experimentando una emoción o llevando a cabo una acción. Por otro lado, la teoría de la Simulación refiere que el reconocimiento y comprensión de una conducta requiere de una relación entre la observación y el agente, puesto que la observación se origina a partir de la activación de la corteza premotora similar a lo que se experimenta cuando se es quien padece el sufrimiento (33).

Algunos autores como Davis M (35) señalan que la respuesta empática comprende la aptitud para comprender a la otra persona y la capacidad de colocarse en su lugar a partir de lo que se observa. Ante ello, es posible experimentar la empatía vivenciando sentimientos de alegría, tristeza, rabia, temor o ansiedad (36).

Es de esa forma que el concepto de empatía ha servido para impulsar conductas cooperativas, de convivencia positiva y se ha estimado como uno de los cimientos morales, puesto que motiva el desarrollo del altruismo, favorece el comportamiento prosocial y la cognición social e inhibe la actitud agresiva (32).

#### **3.2.1.1.1. Abordajes actuales de la empatía**

Muñoz A y Chaves L (32) refieren que a pesar que existan implicaciones históricas de la empatía, aún persisten versiones completamente diferentes sobre el concepto de la empatía y sus implicancias, los cuales se abordan de la siguiente manera:

- **Empatía como habilidad comunicativa.** La empatía implica a la habilidad comunicativa, la cual opera como un agente movilizador que permite adaptar y establecer vínculos entre los miembros de una familia. De este modo, la comunicación eficiente generará relaciones positivas entre las personas (32).
- **Empatía como competencia ciudadana.** La empatía relacionada con la conducta prosocial implica la realización de comportamientos de ayuda, cuidado, concilio y perdón, lo cual ayuda a mejorar las relaciones y regular las emociones (32). Por el contrario, un bajo nivel de empatía viabilizará el accionar de comportamientos disruptivos o antisociales, omisión de normas, carencia de reconocimiento de emociones, entre otros. Todo ello obstaculizará la posibilidad de entablar relaciones positivas con otros (32).
- **Empatía incluida en la inteligencia emocional.** La empatía orientada a la inteligencia emocional es la habilidad que guía el pensamiento y acción individual al aprender a sobrellevar y discriminar entre los sentimientos propios y ajenos. Por ello, esta habilidad comprende la capacidad de reconocer y controlar las emociones personales, automotivarse y ser empático con el resto. Mientras que la empatía está direccionada más a

la adaptación de acciones sociales vinculadas con el estado emocional (32).

### **3.2.1.1.2. Abordaje de la empatía en las ciencias médicas**

El ejercicio de las actividades profesionales vinculadas con las ciencias médicas, además de una sólida formación científico-técnica, requiere de una actitud humanista que permita al profesional comprender acerca de los factores del entorno que inciden en la manera en cómo el paciente experimenta su padecimiento. Es entonces, la actitud empática, entendida como la predisposición del profesional médico-enfermero para comprender el estado emocional ajeno como el propio. No obstante, la conceptualización del término “empatía” aún no es claro, puesto que suele confundírsele la definición del concepto “simpatía”, el cual es un proceso subjetivo que implica las emociones de las expresiones, por lo que sentir simpatía puede afectar al adecuado juicio clínico. En contraste, la empatía es un proceso intelectual vinculado con influencias culturales relacionados a vivencias, aprendizajes y experiencias educativas. El mismo conlleva dos componentes de acuerdo con la definición socio-psicológica de Davis (37):

- **Cognitivo:** es la capacidad de abstraer los procesos mentales, a fin de comprenderlos. El componente cognitivo es una habilidad para asumir el punto de vista mental de otra persona, lo cual implica alejarse de la perspectiva propia para considerar los pensamientos o actitudes de otra persona, dadas las circunstancias individuales de la misma.
- **Emocional:** el componente cognitivo da paso al emocional, puesto que luego de haber comprendido al estado mental del otro, el componente emocional permitirá reaccionar ante lo que siente. Asimismo, los procesos emotivos reflejan la reactividad emocional de una persona, por lo cual la empatía emotiva implica la conciencia intuitiva de los sentimientos de otra persona, sin tener que establecer una unión directa con la experiencia emocional completa del paciente (37).

En conjunto, estos procesos emotivos y cognitivos reflejan la voluntad general de una persona para suprimir sus propias emociones y pensamientos con el fin de sentir e imaginar lo que es estar “en el lugar de otra persona”. De esta forma, la empatía por parte del personal de salud implicará comprender las experiencias

del paciente, limitándose a percibir los sentimientos del mismo, sin que eso nuble el juicio del personal (38)

#### **3.2.1.1.3. El cuidado empático de las enfermeras**

El sistema de salud en la comunidad cumple el rol de promover la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de los problemas de salud. De este modo, el profesional en el área de salud forma parte de un equipo que no solo brinda asistencia médica, sino atención, respeto y dignidad (37).

La política prioritaria en salud toma en cuenta como un eje esencial a la humanización en la atención. Por ello, la labor del personal médico, específicamente la enfermera, es clave para el logro de metas formuladas, puesto que su asistencia reconoce al paciente como un ser humano sujeto a derechos que requiere del interés genuino y desinteresado de su cuidador. Por ello, entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes es crucial para dar inicio a una relación terapéutica. El fundamento de esta actitud es la empatía, ya que es el atributo que le da a la enfermera la habilidad para comprender a la otra persona. Por tanto, la empatía es esencial para generar relaciones satisfactorias entre el enfermero - paciente (39).

Asimismo, para generar relaciones a través de la empatía es imprescindible establecer lazos a través de la interrelación comunicativa. Solo a través de la cercanía que genere un correcto contacto comunicativo se podrán comprender todas las necesidades reales de los pacientes (40).

Asimismo, el cuidado empático hacia el paciente generará no solo interrelación comunicativa, sino lazos de familiaridad, respeto y consideración por los miedos y preocupación del paciente con el objetivo de aliviar el sufrimiento a los pacientes (41).

Asimismo, para desarrollar empatía hacia otra persona, será primordial que los profesionales de enfermería comprendan primero la propia perspectiva de la profesión, la cual es la de servicio, debido a que, aunque la enfermera cuente con conocimientos técnicos adecuados para brindar el servicio, la falta de empatía en el proceso de atención disminuirá los niveles de satisfacción con la atención recibida (42).

#### **3.2.1.1.4. Empatía en la relación enfermera-paciente**

Esta relación, se entiende como aquella destreza del especialista de la salud de comunicar la experiencia del paciente empleando la comunicación efectiva y adecuada. Además, debido a la cercanía que tiene el enfermero con el paciente,

que presenta necesidades específicas de cuidado, hace posible que este puede visibilizar las necesidades del paciente, comunicarle lo que le transmite y pueda darle respuestas de ayuda de la manera más humanamente posible. Por lo tanto, los expertos en salud deben interesarse en comprender lo que el paciente experimenta a fin de brindarle una respuesta a sus padecimientos lo más certera posible (8).

#### **3.2.1.1.5. Dimensiones del cuidado empático**

Hojat M et al (43) refiere que la escala de empatía de Jefferson propone tres dimensiones que miden el nivel de empatía en profesionales del sector salud:

- **Toma de perspectiva**

Implica el entendimiento respecto a los sentimientos del paciente desde la perspectiva del personal de salud, que intenta razonar como él, manteniendo el buen sentido del humor y apreciando el lenguaje no expresivo y expresivo (44).

- **Atención con compasión**

Es la atención personalizada y humanitaria a modo de factor esencial para que el tratamiento que se le proporcione al cliente funcione. Por ello, el personal deberá preocuparse por conocer la situación de vida actual del paciente, con el único objetivo comprender el vínculo que mantiene con sus dolencias físicas, y que los lazos afectivos pueden colaborar en la recuperación del paciente. Asimismo, el ejercicio profesional de estos enfermeros no solo debe centrarse en el tratamiento, sino también debe prestar una atención especial a la entrevista e historia clínica, que les permita entender mejor a los pacientes (44)

- **Habilidad de ponerse en lugar del paciente**

Es la capacidad de saber apreciar lo fundamental que son los vínculos que establecen las interrelaciones entre el paciente y su entorno familiar durante su recuperación; por ello, los profesionales deben esmerarse para comprender cada vez más a sus pacientes, intentado colocarse en sus zapatos ante cualquier problema que se le presenta, ya sea de naturaleza físico o psicosocial (44).



#### **3.2.1.1.6. Beneficios de las relaciones empáticas para enfermeras**

Son muchos los beneficios que implica la puesta en práctica de la empatía. La principal es que se pierde menos tiempo, puesto que se crea un ambiente de conexión. Algunos de los beneficios más importantes implican:

- El ahorro del tiempo, puesto que, al establecer una comunicación fluida y empática con el paciente, no se perderá tiempo tratando de convencerlo.
- La empatía ayudará a crear un ambiente más relajado, por tanto, ayudará a que la profesional enfermera se sienta más satisfecha respecto a sus labores.
- Ayudará a mantener el sentido de asistencia y ayuda
- Aumenta la eficacia en las labores y reduce la posibilidad de generar conflictos irrelevantes por causas de tensión (45).

#### **3.2.1.1.7. Beneficios de las relaciones empáticas para los pacientes**

La relación empática para los pacientes se considera como el camino real para la atención óptima. La enfermedad no puede ser atendida sin entender al paciente, por lo que la curación comienza no cuando la medicina es administrada, sino cuando comienza a administrarse. Asimismo, el éxito del tratamiento del paciente conlleva, como se especificó, no solo de conocimientos y habilidades, sino del cumplimiento efectivo de la atención del personal de salud. Uno de los factores más importantes es la calidad de atención que se genera entre enfermeras y pacientes. Algunos presentan la ventaja de haber pasado por una situación semejante a la del paciente lo cual permite comprenderle. Sin embargo, si bien esto puede ser así, es necesario que el paciente o el personal de enfermería ponga su experiencia entre paréntesis y evite todo tipo de proyección. En otras palabras, el “te comprendo perfectamente porque a mí me ha pasado lo mismo”, puede ser una expresión vacía. La actitud de la enfermera sería: “te comprendo porque veo las cosas desde tu punto de vista y mi experiencia semejante a la tuya me permite hacerme cargo de lo que tú manifiestas y lo que ahora esto significa para ti” (45).

#### **3.2.2. Calidad de sueño**

Buysee D et al. (46), establecen que la calidad del sueño requiere de un constructo esencial. En ese sentido, distintas investigaciones recopilan quejas frecuentes en cuanto a la calidad de sueño; las encuestas epidemiológicas indican que el 35% de la población adulta posee una baja calidad de sueño

ocasionado por diversos agentes que determinan padecimientos médicos en los individuos quienes la experimentan.

Las alteraciones del sueño suelen presentarse durante el padecimiento de trastornos psiquiátricos y por el uso de sustancias psicoactivas, que inciden de manera negativa en la calidad del sueño. Esta última, es muy difícil de medir objetivamente, ya que depende únicamente de la evaluación subjetiva de cada persona.

La concepción más aceptada sobre la calidad de sueño es que esta es una valoración subjetiva del sueño, donde se evalúa aspectos cuantitativos como el tiempo que dura el sueño, la latencia del sueño o la cantidad de veces que la persona despierta durante la noche y aspectos subjetivos como la capacidad de reparación y la profundidad del sueño (47).

Es importante también, considerar que la calidad de sueño incide de manera positiva en la vida de la persona. Asimismo, los trastornos de la mala calidad de sueño pueden incrementar el riesgo a padecer accidentes laborales y de tránsito, así como puede provocar diversas enfermedades (48). Por consiguiente, calidad de sueño es considerada como un aspecto indispensable para mantener un estilo de vida saludable

### **3.2.2.1. Calidad de sueño en el personal de enfermería**

En los hospitales que poseen gran concurrencia de pacientes, el personal de enfermería es el más proclive a sufrir burnout, insatisfacción laboral o problemas de sueño, siendo este último el más frecuente. La afectación del sueño conlleva a la adquisición de hábitos desadaptativos o disruptivos (49).

A nivel internacional, los trabajadores de enfermería ocupan un lugar significativo en la baja calidad de sueño y esto tiene que ver con las condiciones del trabajo y la infraestructura (50). Entre otros factores, se encuentra el trabajo por turnos, el sistema de rotación, la antigüedad, el sexo, a su vez, factores ambientales como la temperatura y la altitud. El más relevante, es el servicio por turnos, el cual genera afecciones en la salud y los ritmos circadianos e incluso el incremento de accidentes laborales debido a la fatiga (51).

Lo más recomendable, es llevar un ritmo entre la actividad laboral y la actividad fisiológica donde el sueño significa descanso y relajación, sin embargo, existen

actividades que necesitan establecer horarios fuera de lo aconsejable porque así lo requiere el servicio, este el caso de los hospitales que necesitan una atención las 24 horas. Esta desincronización horaria trae consigo un conflicto biológico, laboral y socio-familiar, una inadecuada calidad del sueño, además de afectar la salud y la vida personal, repercute en el cuidado que se le ofrece al paciente (52).

Para Satizábal (53), es fundamental problematizar la calidad del sueño en el ámbito de enfermería porque influye de forma decisiva en el estrés laboral, el rendimiento y la satisfacción laboral, las tres poseen una relación de correspondencia mutua.

En el personal de enfermería, el deterioro de la calidad de sueño, se relaciona con la realización de turnos y la carencia de un descanso adecuado, lo que conlleva a dificultades cognitivas, fallas en la atención, disminución de la memoria y mal desempeño de tareas de larga duración (54). Por consiguiente, la calidad de sueño es considerada como un aspecto indispensable para mantener un estilo de vida saludable.

La calidad del sueño incluye aspectos cuantitativos y cualitativos; el primer aspecto, se mide a través de la duración del sueño, la latencia del sueño o el número de despertares; y, para el segundo aspecto, se mide mediante profundidad o el descanso del sueño. Sin embargo, esta valoración posiblemente varía de una persona a otra (46).

En este sentido, el estudio de Naidon et al. (55) expresa la relación entre la calidad de sueño y los turnos de servicio, cuyo efecto conlleva una afectación en la calidad de vida del personal enfermero. Principalmente los turnos que determinan mayores afecciones son el rotativo y el nocturno.

### **3.2.2.2. Necesidad de sueño y descanso**

Según Virginia Henderson en su modelo conceptual sobre enfermería, define 14 necesidades básicas en los seres humanos. Entre ellas, la quinta refiere al descanso y el sueño. Tales necesidades son un requisito que se debe satisfacer para que las personas conserven su integridad y, promuevan el crecimiento y desarrollo.

El descanso y el sueño son necesario para la salud de las personas, varían entre una y otra persona. Sin la cantidad necesaria de descanso y sueño, disminuye

la capacidad de concentración y aumenta la irritación. Asimismo, la vigilia se encuentra vinculada a la alteración en el sistema nervioso (56)

#### **3.2.2.2.1. Descanso:**

El descanso es un estado de actividad mental disminuida que no abarca la inactividad. Un buen descanso tiene un efecto positivo en la persona, lo mantiene mentalmente relajado, sin ansiedad y calmado. Los factores que favorecen un buen descanso son: la como la comodidad física, eliminación de preocupaciones y sueño suficientes.

#### **3.2.2.2.2. Vigilia:**

Se trata de un estado opuesto al del sueño, se trata de estar consciente. Es un estado de alto nivel de actividad, es decir, hay mayor intercambio información con el ambiente que rodea al individuo.

#### **3.2.2.2.3. Sueño**

Según Carrillo-Mora P (57) la esencialidad del sueño incluye la conservación de la salud, singularizado por la disminución de la conciencia y la reactividad a estímulos del entorno; es reversible, asociado a la relajación e inmovilidad muscular, se presenta a diario y su carencia puede provocar alteraciones.

Naidon et al. (55) El sueño es una necesidad fundamental para el relajamiento del cuerpo y la restauración física.

Asimismo, es un estado normal que reduce la capacidad de proporcionar respuesta al entorno. Generalmente, el sueño es un estado dinámico que el sistema nervioso central, con el que se consolida la memoria, se regula la temperatura, se almacena energía y mantiene la inmunocompetencia (58).

Este proceso aparece cada 24 horas, el cual se alterna con el estado de vigilia, que permite reconocer patrones normales y anormales del sueño. Además, durante este proceso el cerebro ve incrementada su sensibilidad (59).

El sueño es importante para la eliminación de toxinas y debe de caracterizarse por contar con una duración, profundidad y calidad adecuada. Sin embargo, el trabajo de los profesionales de la salud está sujeto a turnos rotativos, es decir con un horario irregular que pueden ocasionar perjuicios en la salud de los enfermeros (60)

El sueño es una necesidad fisiológica, indispensable para la vida orgánica y el desempeño óptimo de actividades realizadas por el individuo. Se caracteriza por la disminución de la actividad física y la respuesta de estímulos externos. (61)

El sueño es un estado de inconciencia en la cual el individuo puede despertar ejerciendo estímulos sensitivos.

De acuerdo a Layme (62) se atribuye al sueño las siguientes funcionalidades

- Restauración corporal y cerebral
- Protección del organismo
- Conservación de la energía
- Adaptación y supervivencia
- Estimulo endógeno (Sueño REM)
- Maduración del sistema nervioso (Sueño REM)
- Satisfacción o expresión de un instinto
- Reprogramación de la información y conservación de la memoria.

### **3.2.2.3. Fases del sueño**

Carrillo-Mora P et al (63) refiere que la Academia Americana de Medicina del sueño establece las siguientes fases de sueño:

- **Sueño No MOR**

*Fase 1.* Se lo conoce como la somnolencia; es decir, este aparece al principio del sueño ligero; se determina por el descenso de la función muscular, con frecuencias de bajo voltaje, breves sacudidas musculares y sensación de caídas (63).

*Fase 2.* Durante esta fase, ocurren patrones específicos de actividad cerebral, la temperatura, la frecuencia cardiaca, y respiratoria comienzan a disminuir poco a poco (63)

*Fase 3 y 4.* En estas fases, la actividad de frecuencia y las ondas son muy lentas (63).

- **Sueño MOR**

*Fase R.* La fase se caracteriza por movimientos oculares rápidos; hay una disminución física en el tono de los músculos, la frecuencia cardiaca y

respiratoria son irregulares y puede incrementarse la erección espontánea del pene o del clítoris. La mayoría de ensoñaciones, se da en esta fase (63).

Un adulto joven se encuentra en el sueño No MOR, durante 70 a 100 minutos, luego de ello, entra a un sueño MOR durante 5 a 30 minutos; ciclo que se repite cada 1h y 30 min en toda la noche, por lo tanto, se pueden dar entre 4 a 6 ciclos de sueños MOR (63).

#### **3.2.2.4. Dimensiones a cerca de la calidad de sueño**

- **Calidad subjetiva del sueño**

Es la valoración personal respecto al hecho de dormir bien durante la noche entera, para contar con las energías necesarias para afrontar las actividades diarias (64)

- **Eficiencia habitual del sueño**

Consiste en la proporción de tiempo que se duerme respecto al tiempo que se pasa en cama acostado (64).

- **Latencia del sueño**

Esta dimensión está en relación al tiempo que toma el individuo en quedarse dormido a partir de que empieza a intentarlo (64).

- **Disfunción diurna**

La disfunción diurna, está en relación a la sensación de somnolencia durante el día y las posibles dificultades que se pueden presentar a causa de la misma (64).

- **Alteración del sueño**

Esta dimensión implica síntomas de insomnio, apnea y dificultad para mantener el sueño (64).

- **Duración del dormir**

La duración del dormir está en función a la cantidad de horas que duerme el individuo (64).

- **Uso de medicamentos para dormir**

Esta dimensión consiste en que si para conciliar el sueño el individuo necesita algún tipo de medicamento para lograrlo (64).

### **3.3. Marco conceptual**

**Cuidado empático:** es la habilidad que implica la comprensión de perspectivas, experiencias y emociones. Debería implicar una relación indispensable entre médico paciente (65).

**Toma de perspectiva:** Implica la capacidad de comprender los sentimientos del paciente y su entorno familiar para lograr la recuperación del paciente y la mantención de una adecuada relación; asimismo, se trata de atender con buen sentido de humor y considerando la perspectiva de la otra persona (66).

**Atención con compasión:** el trato compasivo es un factor esencial en función a la situación que atraviesa el paciente. La generación de vínculos ayuda a la mejora del proceso de recuperación (66).

**Habilidad de ponerse en el lugar del paciente:** implica la comprensión de la postura del paciente; es esencial para proporcionar asistencia efectiva por medio de la comunicación, comprensión y observación de la situación (66).

**Calidad de sueño:** es un suceso que incluye aspectos cuantitativos y cualitativos, relacionados a valoraciones subjetivas en función a la aparición del sueño: incluye el mantenimiento del tiempo de sueño, despertares a tempranas horas, carencia de ansiedad y entorno adecuado para conciliar el sueño (1).

**Personal de enfermería:** son un grupo de profesionales que se encuentran en primera línea de acción y desarrollan actividades enfocadas a recuperar la salud de personas con padecimientos (67)

**Trabajo por turnos:** es una manera de trabajo, que se lleva a cabo por diferentes grupos sucesivos, implica un total de 16 y 24 horas de trabajo diarias (68).

**Falta de sueño:** Es una alteración del sueño, el cual causa el impedimento para conseguir el sueño o mantenerlo, o puede hacer que el individuo se despierte muy temprano y no consiga volver a dormirse (69)

**Trastornos del sueño:** son episodios caracterizados por presentar carencia de sueño y somnolencia excesiva diurna (70).

**Calidad de atención:** es el grado en que los servicios de salud sean realizados de manera óptima, cubriendo y atendiendo todas las necesidades del paciente y la comunidad. Por lo que, se da en función a los conocimientos profesionales basados en la evidencia y es importantísimo para lograr una cobertura sanitaria universal (71).

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Tipo y Nivel de investigación

#### **Tipo de investigación**

Esta investigación fue de tipo básica prospectiva. En ese sentido, fue básica, porque planteó incrementar el conocimiento de una realidad concreta (72). Prospectiva, porque fue empleado para establecer la historia natural y pronóstico de alguna variable, con un sentido que se extiende hacia el futuro; donde se puede medir una serie de variables (73). Asimismo, siguió un enfoque cuantitativo porque recolectó datos para probar las hipótesis planteadas en base al análisis estadístico y medición numérica (74).

#### **Nivel de investigación**

El nivel fue correlacional, porque buscó detallar las características principales y propiedades de la variable en un contexto preestablecido; asimismo, se pretendió hallar el vínculo entre variables en un solo momento (74).

### 4.2. Diseño de investigación

El estudio fue no experimental, ya que Hernández-Sampieri R y Mendoza C (74), señalan que estos estudios miden fenómenos que ya ocurrieron, sin realizar modificaciones a su entorno o variables; asimismo, fue transversal, porque la recopilación de datos se dio en un solo momento.

### 4.3. Hipótesis general y específicas

#### **Hipótesis general**

Ho: No existe relación entre el cuidado empático y calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022

Hi: Existe relación entre el cuidado empático y calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

#### **Hipótesis específicas**

HE1. Los niveles de calidad de sueño son bajos en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa, 2022.



HE2. Los niveles de cuidado empático son bajos en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa, 2022.

HE3. Existe una relación entre el cuidado empático y la calidad subjetiva del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

HE4. Existe una relación entre el cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

HE5. Existe una relación entre el cuidado empático y la latencia del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

HE6. Existe una relación entre el cuidado empático y la disfunción diurna en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

HE7. Existe una relación entre el cuidado empático y las alteraciones del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

HE8. Existe una relación entre el cuidado empático y la duración del dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

HE9. Existe una relación entre el cuidado empático y el uso de medicamentos para dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

#### **4.4. Identificación de las variables**

**Variable 1:**

Cuidado Empático

**Variable 2:**

Calidad de sueño

#### 4.5. Matriz de Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Cuidado Empático	El cuidado empático es la capacidad que tiene una persona para comprender las emociones de los demás, así como sus perspectivas y experiencias, siendo esta una capacidad básica en toda relación médico paciente (65)	Medir el nivel de cuidado empático a través de la toma de perspectiva, la atención con compasión y la habilidad de ponerse en el lugar del paciente (75)	Toma de perspectiva	Tendencia adoptar puntos de vista de los demás	Ordinal
			Atención con compasión	Tendencia a experimentar sentimientos de los demás	
			Habilidad de ponerse en el lugar del paciente	Tendencia a imaginarse en una situación similar	

Calidad de sueño	La calidad de sueño es un fenómeno complejo, el cual está sujeto a la apreciación subjetiva de las personas respecto a la facilidad de aparición del sueño, su mantenimiento, tiempo total del sueño, despertares temprano, agitación durante la noche, movimiento durante el sueño, ansiedad, tensión, la	Medir la calidad de sueño y sus alteraciones durante el último mes, en función a aspectos como la calidad subjetiva del sueño, la eficiencia habitual del sueño, la latencia del sueño, la disfunción diurna, la alteración del sueño, la duración del sueño y el uso de medicamentos para dormir (64).	Calidad subjetiva del sueño	Índice de calidad de sueño	Ordinal
			Eficiencia habitual del sueño	Número de horas entre el número de horas que pasa en la cama	
			Latencia del sueño	Tiempo de sueño	
			Disfunción diurna	Dificultad del sueño durante el día	
			Alteración del sueño	Problemas para dormir	
			Duración del dormir	Número de horas del sueño	

	falta de cama cuando se intenta dormir y la percepción de la profundidad del sueño (1).		Uso de medicamento para dormir	Consumo de medicamentos	
--	---	--	--------------------------------	-------------------------	--

#### **4.6. Población – Muestra**

##### **Población**

La población es un conglomerado de objetos u personas que cuentan con características comunes o cumplen con determinadas condiciones (74). Para ello, la población de la presente investigación estuvo compuesta por un total de 50 profesionales de enfermería de las áreas críticas de una clínica de Arequipa.

##### **Muestra**

Es una parte representativa de la población en la cual se llevó a cabo la investigación (76). Para la presente, se empleó un muestreo de tipo censal el cual indica que deben considerarse todas las unidades de investigación (74). Por tanto, se tomó en cuenta a toda la población; es decir, a los 50 profesionales de enfermería.

Una vez obtenida la muestra, se consideró algunos principios bioéticos, el cual se comprende como la correcta unión entre lo cognitivo y la práctica profesional (77), procurando el bienestar y la preservación de la dignidad de las personas y la comprensión de sus necesidades sin importar su cultura o condición social (78). Para ello, se consideró el principio del respeto, beneficencia y justicia. El cual se aplicó por medio del consentimiento informado, donde se le brindó información necesaria, adecuada, solicitando su consentimiento para la participación del estudio, asimismo, se les recalcó la confiabilidad de sus datos y la libertad de retirarse del mismo, si lo consideraban pertinente. De la misma forma, se les aseguró que el estudio no provocaría daño alguno y que los resultados obtenidos serían en beneficio de ellos por ser de justicia (79).

#### **4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información**

##### **Técnica**

Se utilizó la técnica de la encuesta, que se refiere a la utilización de una serie de procedimientos estandarizados de investigación por medio del cual se recopiló y analizó una serie de datos de una muestra representativa de una población (80).

##### **Instrumento**

###### **A. Cuestionario del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh**

**Autor:** Buysse y col (1989)

**Procedencia:** EE.UU.

**Validez instrumento original:** La validez se realizó mediante una comparación de los resultados del PSQI con los resultados de las variables polisomnográficas. La latencia del sueño, la duración del sueño y la eficiencia del sueño se compararon con sus homólogos medidas polisomnográficas como somnolencia, mantenimiento de sueño; para ello utilizando pruebas t. Las pruebas T no mostraron diferencias entre las estimaciones de PSQI y los hallazgos de polisomnográficas para la latencia del sueño, pero las estimaciones PSQI sobre la duración y la eficiencia habituales del sueño fueron mayores que las obtenidas durante la polisomnografía ( $t = 9,98$  y  $4,50$ , respectivamente; ambas  $ps < 0.001$ ) (81).

**Confiabilidad del instrumento original:** El instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0.83, un grado alto homogeneidad interna; es decir hay una construcción coherente global (81).

**Traducción al español:** Alejandro Jiménez-Genchi y col (82)

**Validez del instrumento traducido:** Su validez se obtuvo mediante el análisis factorial, mediante el cual se produjo dos factores que explicaron 63.2% de la varianza. Quedando como primer factor calidad de sueño con los componentes 1, 2, 4, 5, 6, 7 (cargas factoriales 0.82, 0.75, 0.61, 0.80, 0.46 y 0.74, respectivamente) y el segundo (la duración del dormir) por el componente 3 (carga factorial 0.77).

**Confiabilidad del instrumento traducido:** El instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0.78, sobre la relación entre los componentes se obtuvo coeficientes entre 0.06 a 0.77, mientras que los componentes y la suma total de los componentes fueron de 0.53 a 0.77; por lo que posee una confiabilidad aceptable.

**Adaptación peruana:** Luna-Solis Y, Robles-Arana Y, Agüero-Palacios Y (64)

**Validez del instrumento peruano:** Se midió la validez de constructo en donde se halló tres factores que explican el 62% de la varianza total.

**Confiabilidad del instrumento peruano:** Obtuvo un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.564 (posiblemente se deba a la cantidad de muestra).

**Dirigido a:** personas mayores de 18 años

**Tiempo:** entre 15 y 20 minutos

**Objetivo:** Evaluar en función al sueño siete dimensiones como la calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones, uso de medicamentos y disfunción diurna.

**Descripción:** Este cuestionario está compuesto por 19 preguntas, las cuales distribuyen en 7 dimensiones como:

- Calidad subjetiva de sueño
- Latencia del sueño
- Duración del sueño
- Eficiencia del sueño
- Perturbaciones del sueño
- Uso de medicación para dormir
- Disfunción diurna

**Calificación e interpretación:** Se suma todas las puntuaciones de las dimensiones, que da como resultado una puntuación total, que varía entre 0 y 21 puntos, siendo:

- Puntuación menor de 5: Sin problemas de sueño.
- Puntuación entre 5 a 7: Merece atención médica.
- Puntuación entre 8 y 14: Merece atención y tratamiento médico.
- Puntuación de 15 a más: Problema de sueño grave.

Por lo tanto, a mayor puntuación menor calidad de sueño (64)

## **B. Escala de empatía médica de Jefferson**

**Autor:** Hojat M et al (43)

**Procedencia:** EE.UU.

**Validez del instrumento original:** Las correlaciones corregidas entre la puntuación total y el ítem oscilaron entre un mínimo de 0,20 y un máximo de 0,61 (mediana=0,46).

**Confiabilidad del instrumento original:** El instrumento obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.82 (43)

**Traducción al español:** José Manuel Blanco Canseco -Madrid (83)

**Validez del instrumento traducido:** Mediante análisis factorial confirmatorio, se obtuvieron covarianzas adecuadas entre las tres dimensiones (oscilaron entre 0,12 y 0,23).

**Confiabilidad del instrumento traducido:** El instrumento obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.082 (83)

**Adaptación peruana:** Morales-Concha L, Ccarita-Yucra K, Marroquin-Santa Cruz J, y Atamari-Anahui N (84).

**Validez del instrumento peruano:** Este cuestionario presenta una validez de constructo, convergente y discriminante (84)

**Confiabilidad del instrumento peruano:** Presentó una confiabilidad interna con un alfa de Cronbach entre 0,80 - 0,90 y una estabilidad de 2,5 (84)

**Ámbito de aplicación:** personas mayores de 18 años

**Tiempo de aplicación:** entre 15 a 20 minutos

**Objetivo:** Medir el nivel de cuidado empático a través de la toma de perspectiva, la atención con compasión y la habilidad de ponerse en el lugar del paciente (75).

**Descripción:** Este instrumento está compuesto por 20 preguntas presentados en una escala tipo Likert, presentados 7 alternativas, establecidas desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Mide la empatía bajo tres componentes tales como la toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para ponerse en el lugar de paciente (75)

**Calificación e interpretación:** Para la comunicación se deberá sumar todas las puntuaciones, donde la puntuación mínima es 20 y la máxima es 140, interpretándose como un nivel de empatía directamente proporcional al puntaje obtenido. Presenta cuartiles de 25, 50 y 75; donde los puntajes hasta el cuartil 25 son considerados como "Bajo", los puntajes desde el cuartil 25 a 75 son considerados como "Medio", y los puntajes desde el cuartil 75 en adelante son considerados como "Alto" (75).



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

##### **Análisis estadístico descriptivo**

Después de la recolección de datos, estos fueron agrupados en el programa Microsoft Excel 2016, de tal manera que fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 25 y luego presentados mediante tablas y figuras estadísticas para su interpretación de manera descriptiva.

##### **Análisis estadístico inferencial**

Para la verificación de la hipótesis se empleó la estadística inferencial, y de acuerdo a la distribución de los datos se hizo uso del coeficiente de correlación Rho de Spearman. Así mismo, se realizó el análisis correlacional de las variables en función a los objetivos planteados.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Presentación de Resultados

#### Análisis descriptivo de las variables

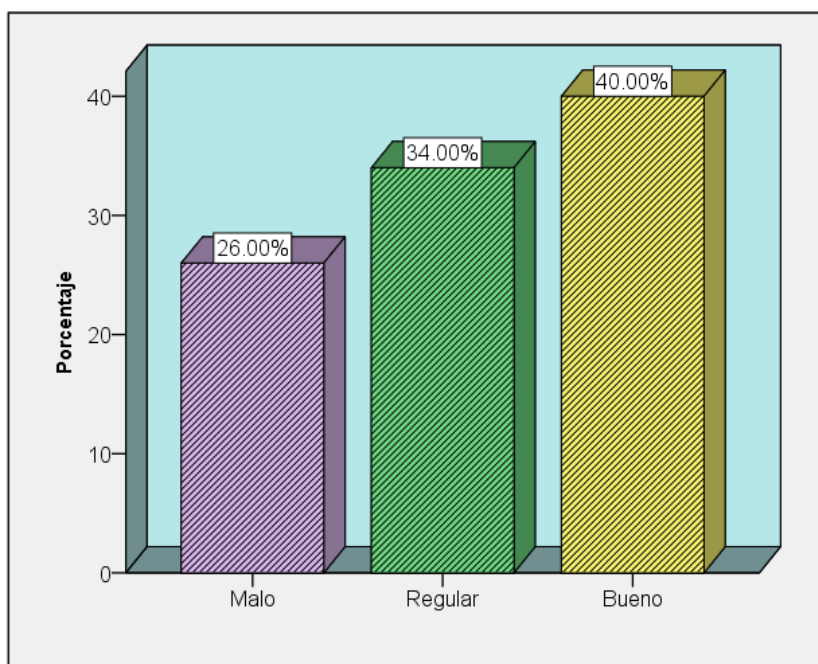
Tabla 1

*Toma de perspectiva como parte del Cuidado Empático*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Malo	13	26
Regular	17	34
Bueno	20	40
Total	50	100

Figura 1

*Toma de perspectiva como parte del Cuidado Empático*



En la Tabla 1 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 40.0% (20) percibe la dimensión de toma de perspectiva en un nivel bueno, mientras que, el 34.0% (17) en un nivel regular y un 26.0% (13) en un nivel malo.

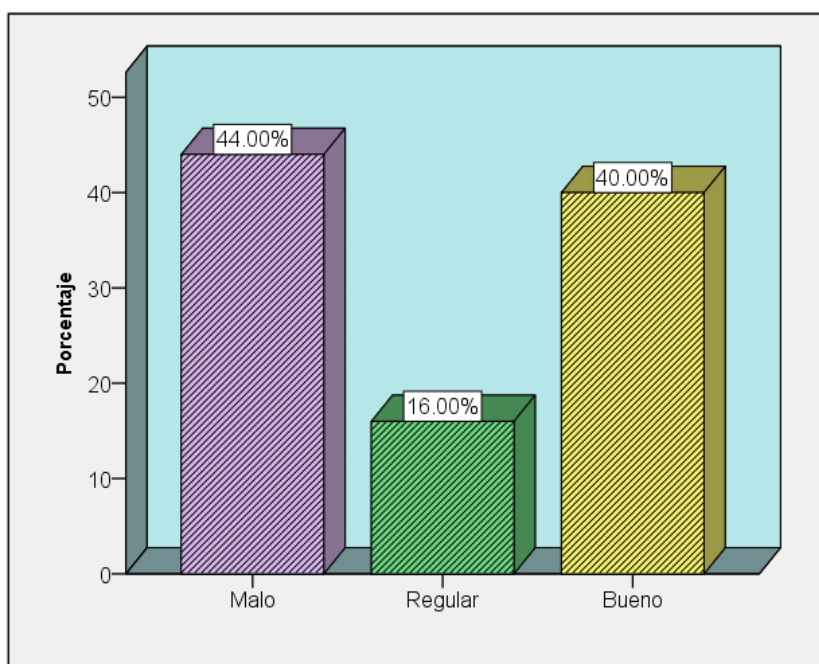
**Tabla 2**

*Atención con compasión como parte del Cuidado Empático*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Malo	22	44
Regular	8	16
Bueno	20	40
Total	50	100

**Figura 2**

*Atención con compasión como parte del Cuidado Empático*



En la Tabla 2 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 40.0% (20) percibe la dimensión de atención con compasión en un nivel bueno, mientras que, el 16.0% (8) en un nivel regular y un 44.0% (22) en un nivel malo.

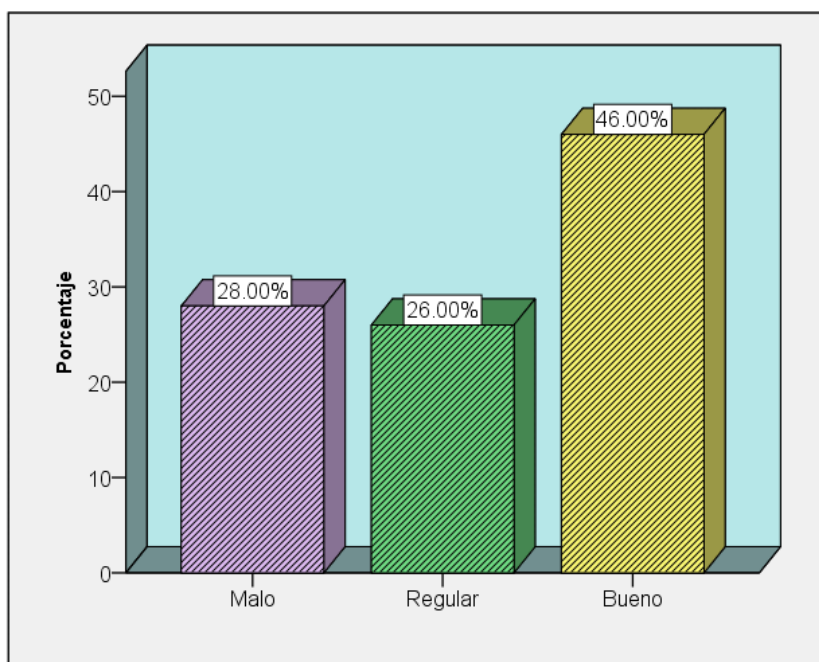
**Tabla 3**

*Habilidad de ponerse en el lugar del paciente como parte del Cuidado Empático*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Malo	14	28
Regular	13	26
Bueno	23	46
Total	50	100

**Figura 3**

*Habilidad de ponerse en el lugar del paciente como parte del Cuidado Empático*



En la Tabla 3 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 46.0% (23) percibe la dimensión de la habilidad para ponerse en el lugar de paciente en un nivel bueno, mientras que, el 26.0% (13) en un nivel regular y un 28.0% (14) en un nivel malo.

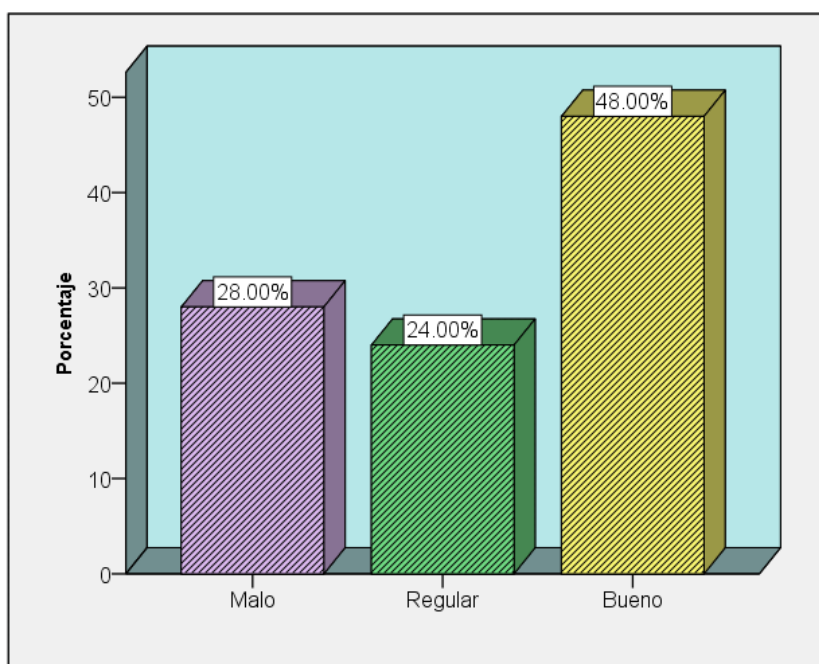
**Tabla 4**

*Cuidado Empático*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Malo	14	28
Regular	12	24
Bueno	24	48
Total	50	100

**Figura 4**

*Cuidado Empático*



En la Tabla 4 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 48.0% (24) percibe que el cuidado empático a los pacientes fue en un nivel bueno, mientras que, el 24.0% (12) en un nivel regular y un 28.0% (14) en un nivel malo.

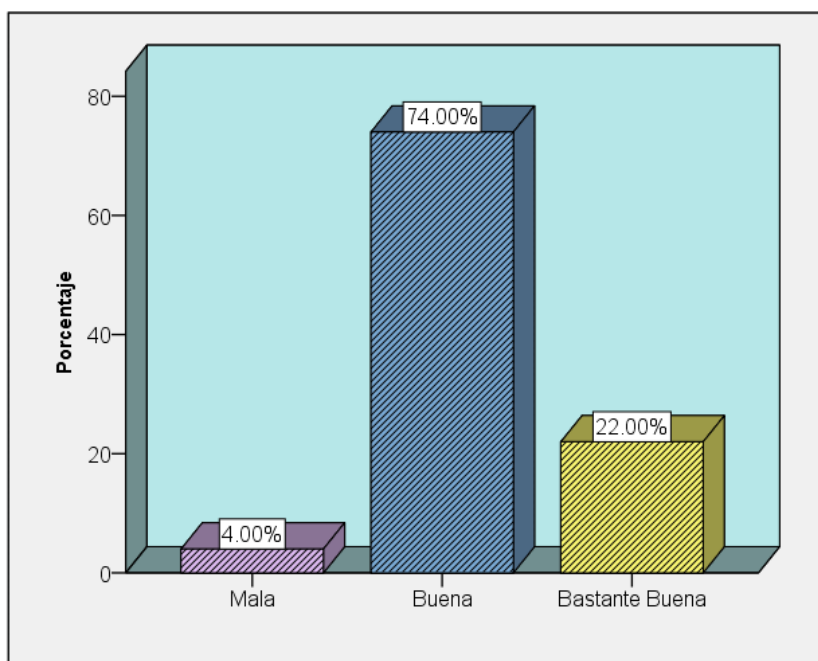
**Tabla 5**

*Calidad subjetiva del sueño*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	2	4
Buena	37	74
Bastante Buena	11	22
Total	50	100

**Figura 5**

*Calidad subjetiva del sueño*



En la Tabla 5 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 22.0% (11) percibe la dimensión de calidad subjetiva del sueño en un nivel bastante bueno, mientras que, el 74.0% (37) en un nivel bueno y un 4.0% (2) en un nivel malo.

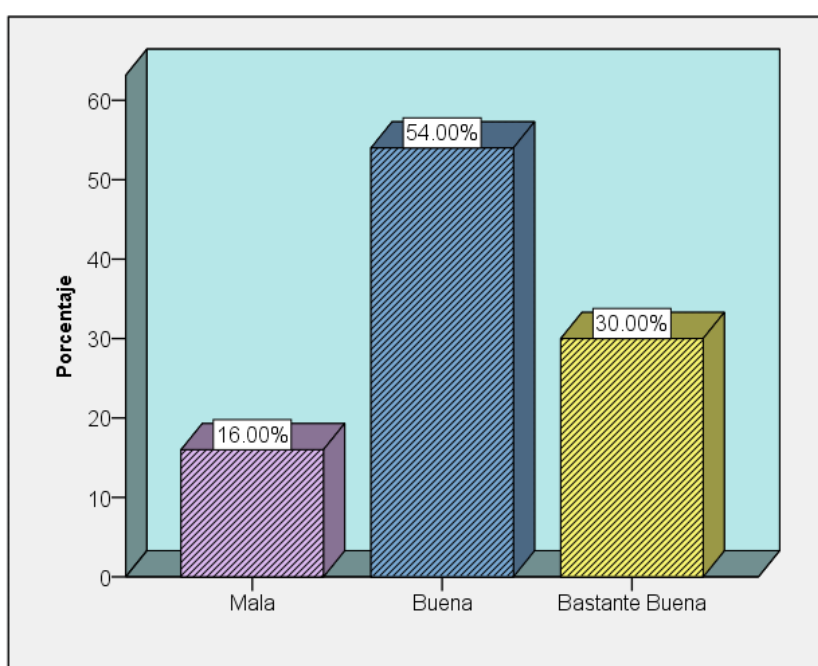
**Tabla 6**

*Latencia del sueño*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	8	16
Buena	27	54
Bastante Buena	15	30
Total	50	100

**Figura 6**

*Latencia del sueño*



En la Tabla 6 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 30.0% (15) percibe la dimensión de lactancia del sueño en un nivel bastante bueno, mientras que, el 54.0% (27) en un nivel bueno y un 16.0% (8) en un nivel malo.

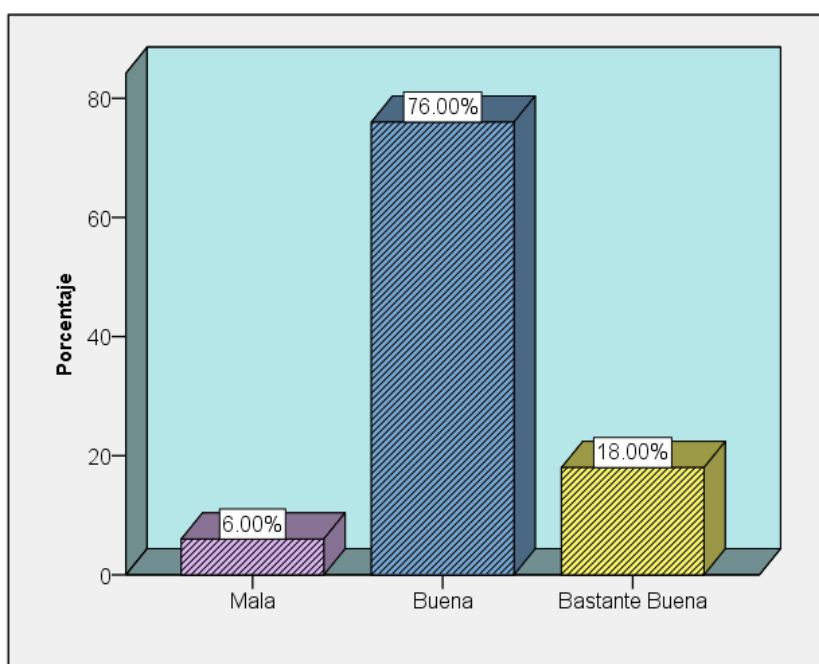
**Tabla 7**

*Duración de dormir*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	3	6
Buena	38	76
Bastante Buena	9	18
Total	50	100

**Figura 7**

*Duración de dormir*



En la Tabla 7 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 18.0% (9) percibe la dimensión de la duración del sueño en un nivel bastante bueno, mientras que, el 74.0% (38) en un nivel bueno y un 6.0% (3) en un nivel malo.



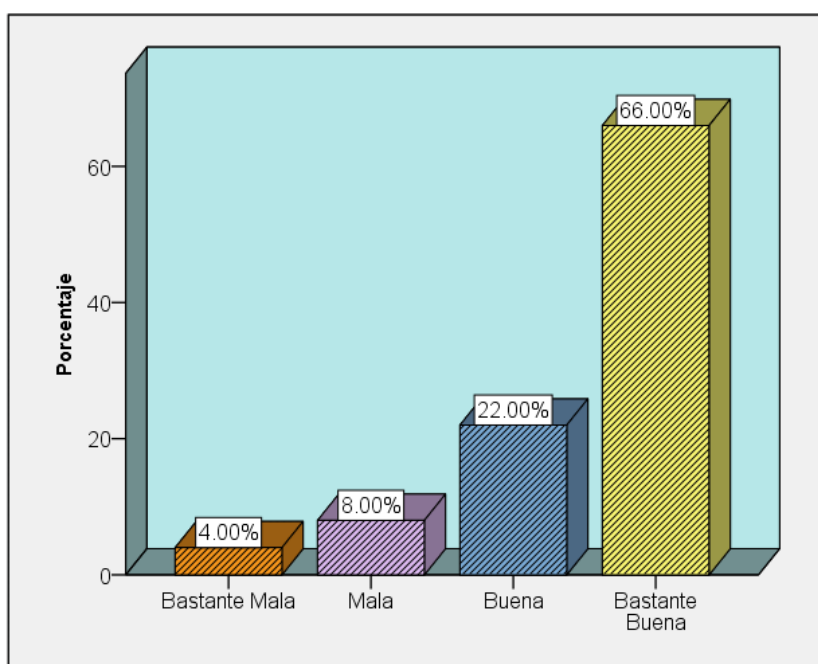
**Tabla 8**

*Eficiencia habitual del sueño*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bastante Mala	2	4
Mala	4	8
Buena	11	22
Bastante Buena	33	66
Total	50	100

**Figura 8**

*Eficiencia habitual del sueño*



En la Tabla 8 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 66.0% (33) percibe la dimensión de eficiencia habitual del sueño en un nivel bastante bueno, mientras que, el 22.0% (11) en un nivel bueno, el 8.0% (4) en un nivel malo y un 4.0% (2) en un nivel bastante malo.

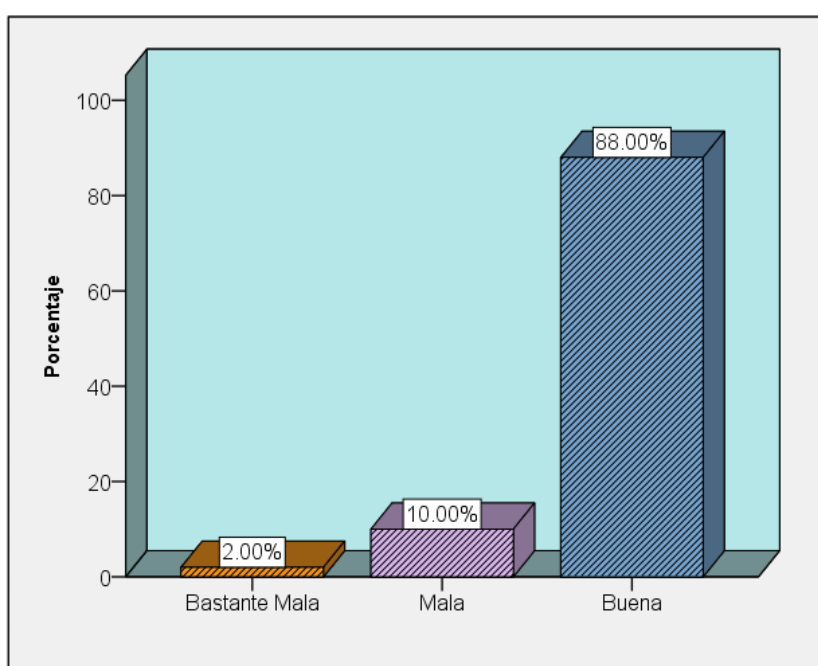
**Tabla 9**

*Alteración del sueño*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bastante Mala	1	2
Mala	5	10
Buena	44	88
Total	50	100

**Figura 9**

*Alteración del sueño*



En la Tabla 9 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 88.0% (44) percibe la dimensión de alteración del sueño en un nivel bastante bueno, mientras que, el 10.0% (5) en un nivel malo y un 2.0% (1) en un nivel bastante malo.

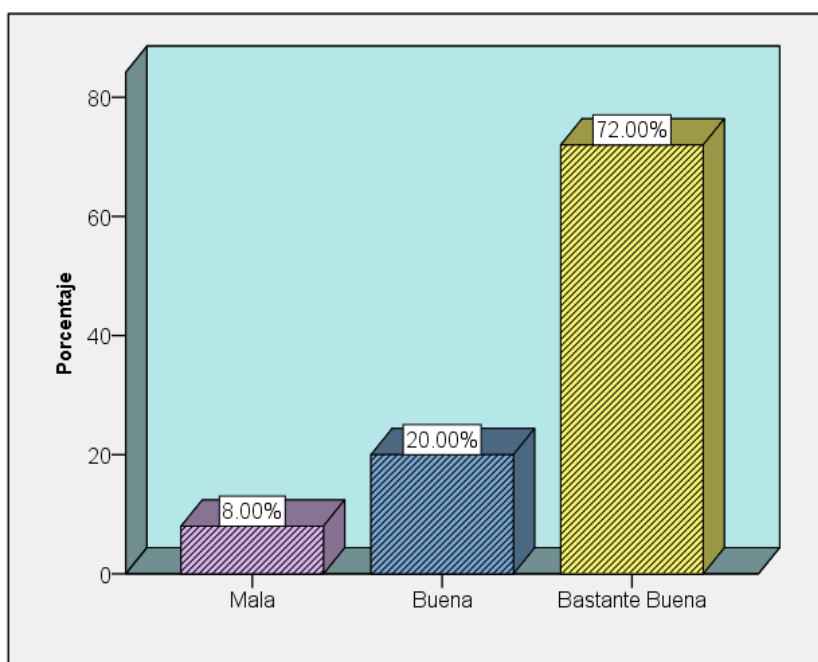
**Tabla 10**

*Uso de medicamento para dormir*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Mala	4	8
Buena	10	20
Bastante Buena	36	72
Total	50	100

**Figura 10**

*Uso de medicamento para dormir*



En la Tabla 10 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 72.0% (36) percibe la dimensión del uso de medicamento para dormir en un nivel bastante bueno, mientras que, el 20.0% (10) en un nivel bueno y un 8.0% (8) en un nivel malo.

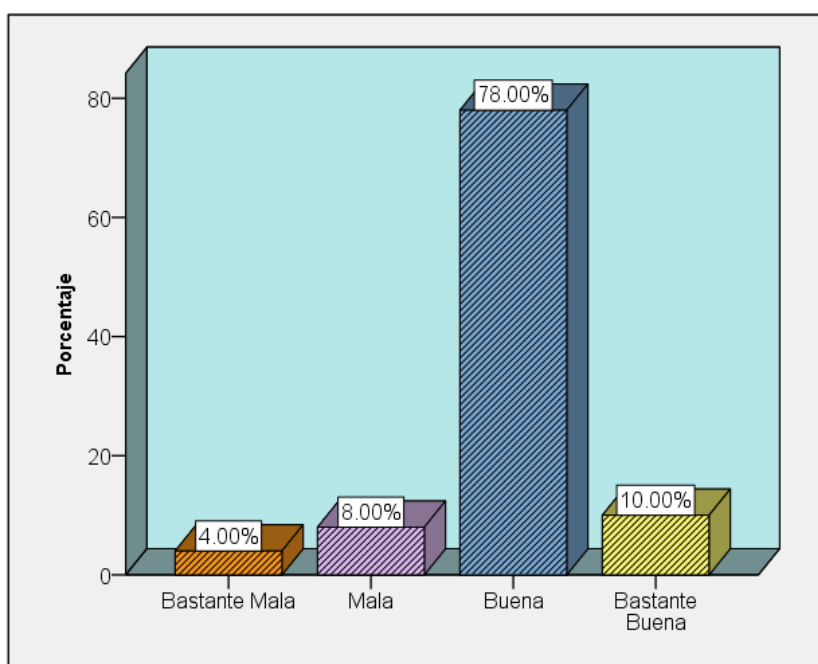
**Tabla 11**

*Disfunción diurna*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bastante Mala	2	4
Mala	4	8
Buena	39	78
Bastante Buena	5	10
Total	50	100

**Figura 11**

*Disfunción diurna*

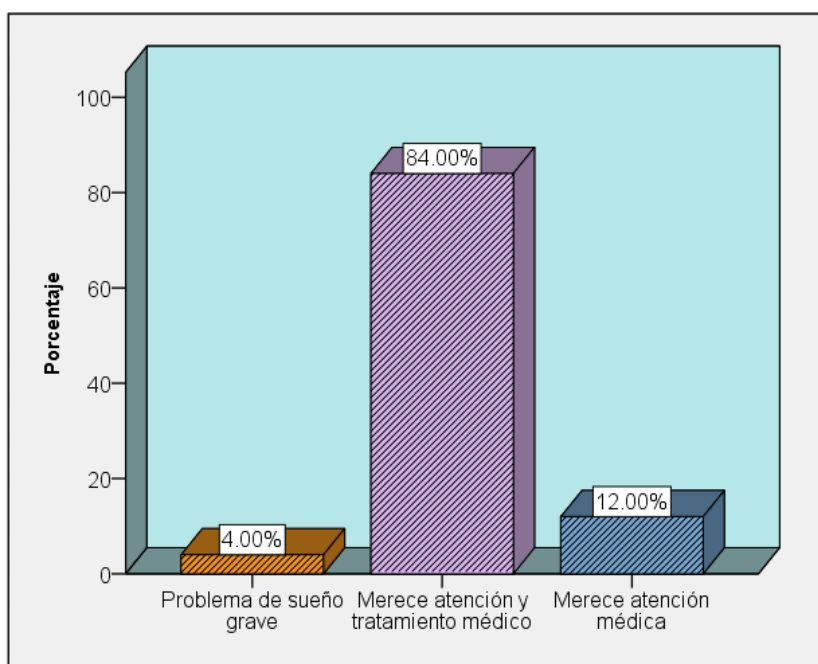


En la Tabla 11 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 10.0% (5) percibe la dimensión de la disfunción diurna en un nivel bastante bueno, mientras que, el 78.0% (38) en un nivel bueno, el 8.0% (4) en un nivel malo y un 4.0% (2) en un nivel bastante malo.

**Tabla 12** *Calidad de sueño*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Problema de sueño grave	2	4
Merece atención y tratamiento médico	42	84
Merece atención médica	6	12
Total	50	100

**Figura 12** *Calidad de sueño*



En la Tabla 12 se aprecia que, del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado, el 12.0% (6) tendría una calidad de sueño buena y merecería una atención médica sencilla, mientras que, el 84.0% (42) merecería atención y a la vez un tratamiento sencillo para dormir mejor debido a su regular calidad de sueño y un 4.0% (2) si tendría problemas graves por la bastante mala calidad de sueño.

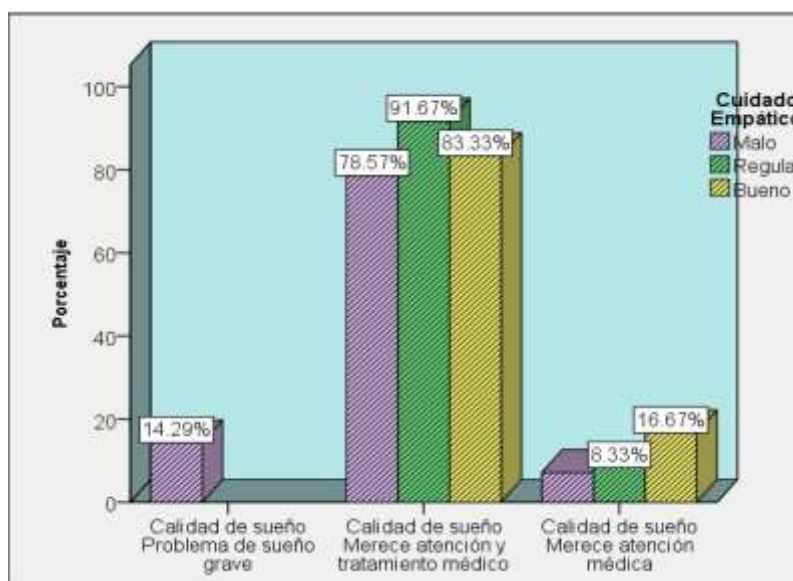
**Tabla 13**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y la Calidad de Sueño*

			Calidad de sueño			
			Merece			
			Problema de sueño grave	atención y tratamiento médico	Merece atención médica	Total
Cuidado Empático	Malo	n	2	11	1	14
		%	14.3%	78.6%	7.1%	100.0%
	Regular	n	0	11	1	12
		%	0.0%	91.7%	8.3%	100.0%
	Bueno	n	0	20	4	24
		%	0.0%	83.3%	16.7%	100.0%
Total		n	2	42	6	50
		%	4.0%	84.0%	12.0%	100.0%

**Figura 13**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y la Calidad de Sueño*



En la Tabla 13 se aprecia que, del total de personal de enfermería de áreas críticas que percibe que el cuidado empático a los pacientes fue en un nivel malo (14), el 14.3% (2) tendría problemas de sueño graves, mientras que, de quienes perciben un regular cuidado empático (12), el 91.7% (11) tendría una calidad de sueño que merece atención y hasta tratamiento médico. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen cuidado empático (24), solo el 12.0% (6) tendría una calidad de sueño que merece a lo sumo atención médica.

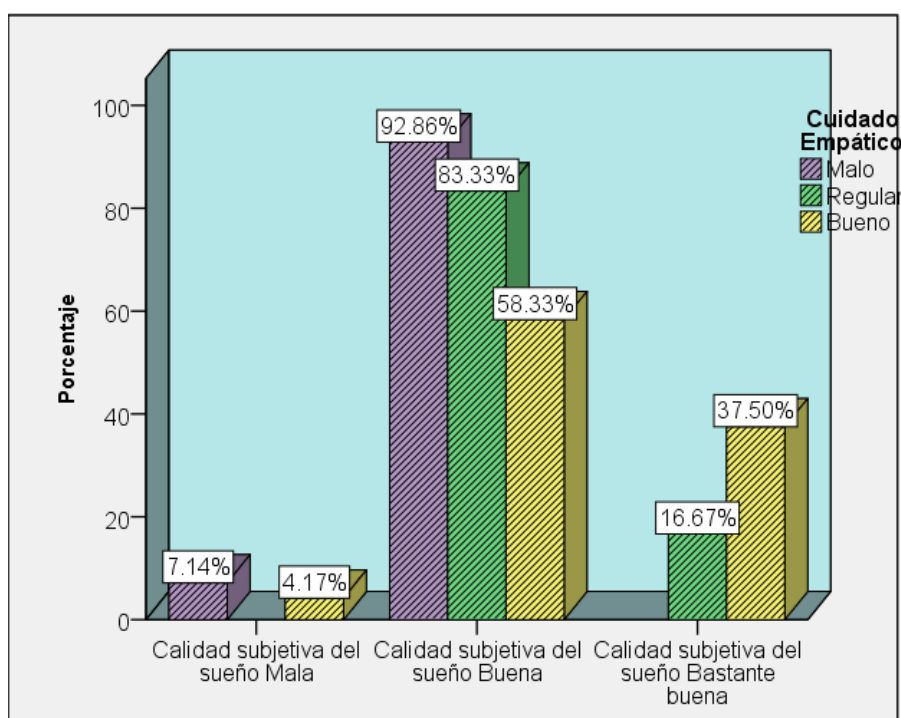
**Tabla 14**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y la Calidad subjetiva del Sueño*

		Calidad subjetiva del sueño				Total
		Mala	Buena	Bastante Buena		
Cuidado Empático	Malo	n	1	13	0	14
		%	7.1%	92.9%	0.0%	100.0%
	Regular	n	0	10	2	12
		%	0.0%	83.3%	16.7%	100.0%
	Bueno	n	1	14	9	24
		%	4.2%	58.3%	37.5%	100.0%
Total	n	2	37	11	50	
	%	4.0%	74.0%	22.0%	100.0%	

**Figura 14**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y la Calidad subjetiva del Sueño*



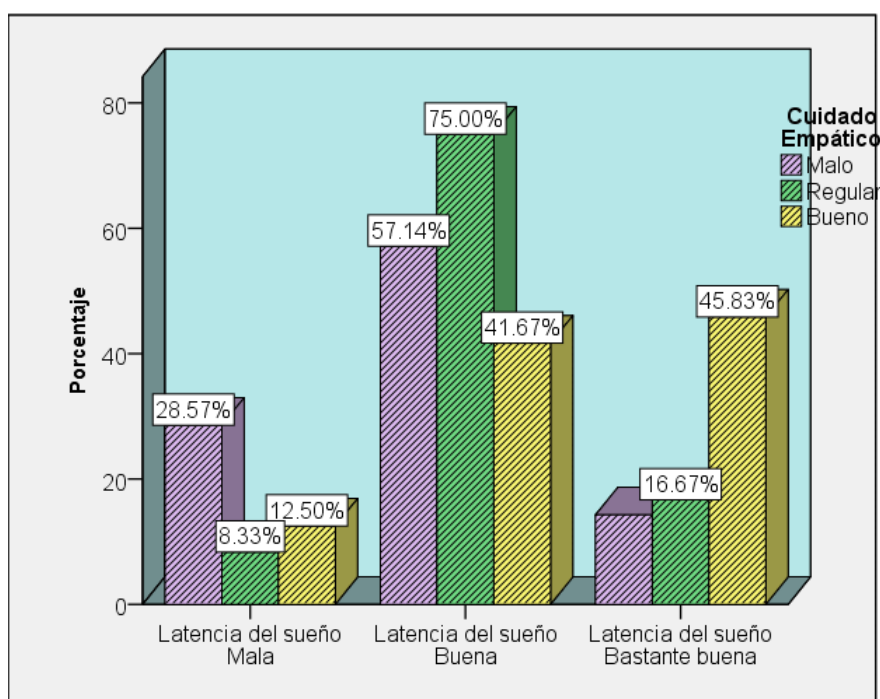
En la Tabla 14 se aprecia que, del total de personal de enfermería de áreas críticas que percibe que el cuidado empático a los pacientes fue en un nivel malo (14), solo el 7.1% (1) tendría una mala calidad subjetiva de sueño, mientras que, de quienes perciben un regular cuidado empático (12), el 83.3%

(10) tendría una regular calidad subjetiva de sueño. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen cuidado empático (24), apenas el 37.5% (9) tendría una buena calidad subjetiva de sueño.



**Tabla 15***Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Latencia del Sueño*

		Latencia del sueño				
			Mala	Buena	Bastante Buena	Total
Cuidado Empático	Malo	n	4	8	2	14
		%	28.6%	57.1%	14.3%	100.0%
	Regular	n	1	9	2	12
		%	8.3%	75.0%	16.7%	100.0%
	Bueno	n	3	10	11	24
		%	12.5%	41.7%	45.8%	100.0%
Total		n	8	27	15	50
		%	16.0%	54.0%	30.0%	100.0%

**Figura 15***Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Latencia del Sueño*

En la Tabla 15 se aprecia que, del total de personal de enfermería de áreas críticas que percibe que el cuidado empático a los pacientes fue en un nivel malo (14), solo el 28.7% (4) tendría una mala latencia del sueño, mientras que, de quienes perciben un regular cuidado empático (12), el 75.0% (9) tendría una regular latencia del sueño. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen cuidado empático (24), el 45.8% (11) tendría una buena latencia de sueño.

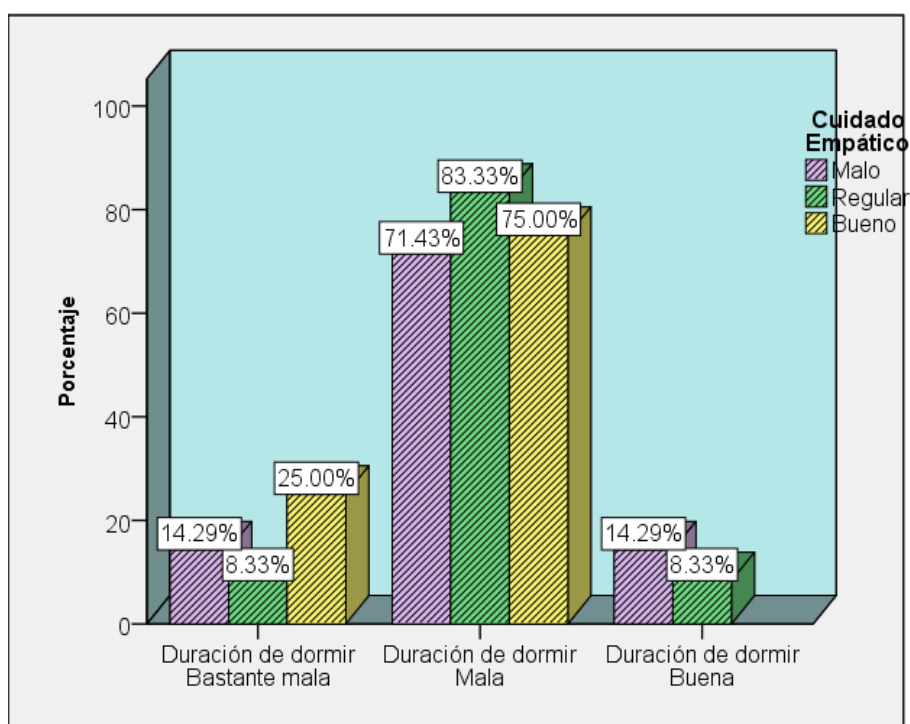
**Tabla 16**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Duración de dormir*

		Duración de dormir				Total
		Mala	Buena	Bastante Buena		
Cuidado Empático	Malo	n	2	10	2	14
		%	14.3%	71.4%	14.3%	100.0%
	Regular	n	1	10	1	12
		%	8.3%	83.3%	8.3%	100.0%
	Bueno	n	0	18	6	24
		%	0.0%	75.0%	25.0%	100.0%
Total		n	3	38	9	50
		%	6.0%	76.0%	18.0%	100.0%

**Figura 16**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Duración de dormir*



En la Tabla 16 se aprecia que, del total de personal de enfermería de áreas críticas que percibe que el cuidado empático a los pacientes fue en un nivel malo (14), solo el 14.2% (2) tendría una mala duración de dormir, mientras que, de quienes perciben un regular cuidado empático (12), el 83.3% (10) tendría

una regular duración de dormir. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen cuidado empático (24), a lo sumo el 25.0% (6) tendría una buena duración de dormir.

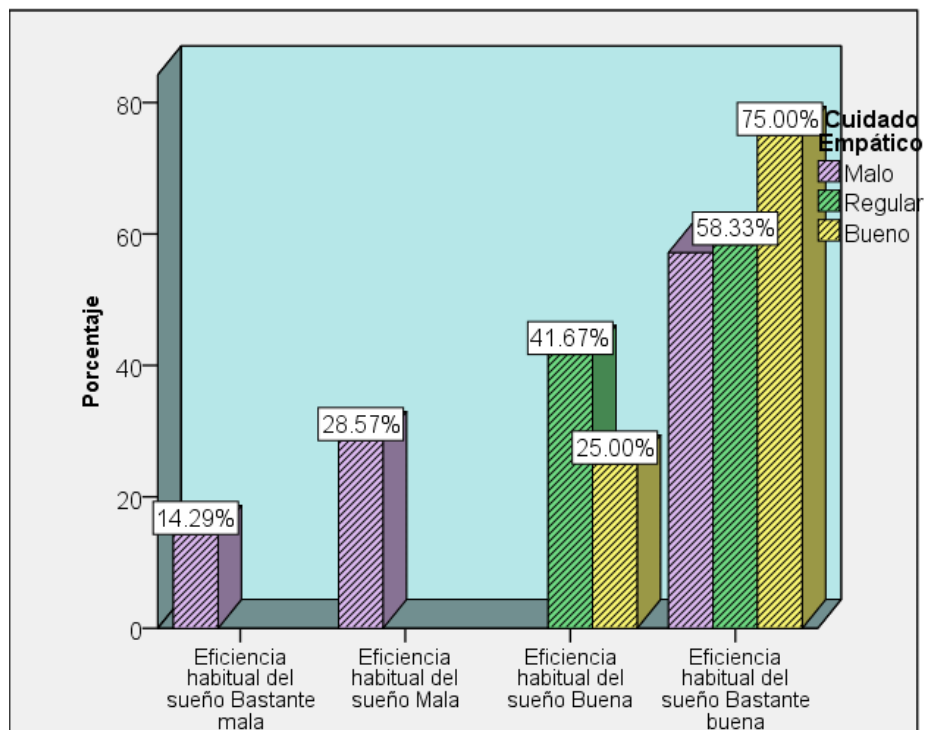
**Tabla 17**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Eficiencia habitual del sueño*

		Eficiencia habitual del sueño				Total
		Bastante mala	Mala	Buena	Bastante buena	
Cuidado Empático	Malo	n 2	4	0	8	14
		% 14.3%	28.6%	0.0%	57.1%	100.0%
	Regular	n 0	0	5	7	12
		% 0.0%	0.0%	41.7%	58.3%	100.0%
	Bueno	n 0	0	6	18	24
		% 0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%
Total		n 2	4	11	33	50
		% 4.0%	8.0%	22.0%	66.0%	100.0%

**Figura 17**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Eficiencia habitual del sueño*



En la Tabla 17 se aprecia que, del total de personal de enfermería de áreas críticas que percibe que el cuidado empático a los pacientes fue en un nivel malo (14), solo el 14.2% (2) tendría una mala eficiencia habitual del sueño,

mientras que, de quienes perciben un regular cuidado empático (12), el 41.7% (5) tendría una regular eficiencia habitual del sueño. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen cuidado empático (24), el 75.0% (11) tendría una buena eficiencia habitual del sueño.

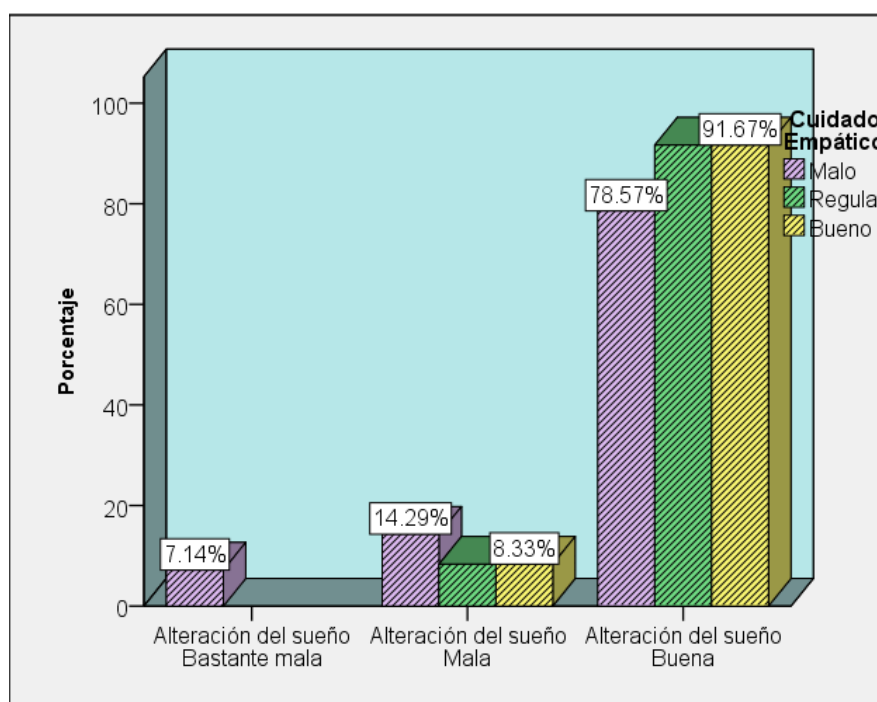
**Tabla 18**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Alteración del sueño*

		Alteración del sueño				Total
		Bastante mala	Mala	Buena		
Cuidado Empático	Malo	n	1	2	11	14
		%	7.1%	14.3%	78.6%	100.0%
	Regular	n	0	1	11	12
		%	0.0%	8.3%	91.7%	100.0%
	Bueno	n	0	2	22	24
		%	0.0%	8.3%	91.7%	100.0%
Total		n	1	5	44	50
		%	2.0%	10.0%	88.0%	100.0%

**Figura 18**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Alteración del sueño*



En la Tabla 18 se aprecia que, del total de personal de enfermería de áreas críticas que percibe que el cuidado empático a los pacientes fue en un nivel malo (14), solo el 7.1% (1) tendría una mala o débil alteración del sueño, mientras que, de quienes perciben un regular cuidado empático (12), el 8.3% (1) tendría una regular alteración del sueño. Finalmente, del total de pacientes que

percibe un buen cuidado empático (24), el 91.7% (22) tendría una buena alteración del sueño.

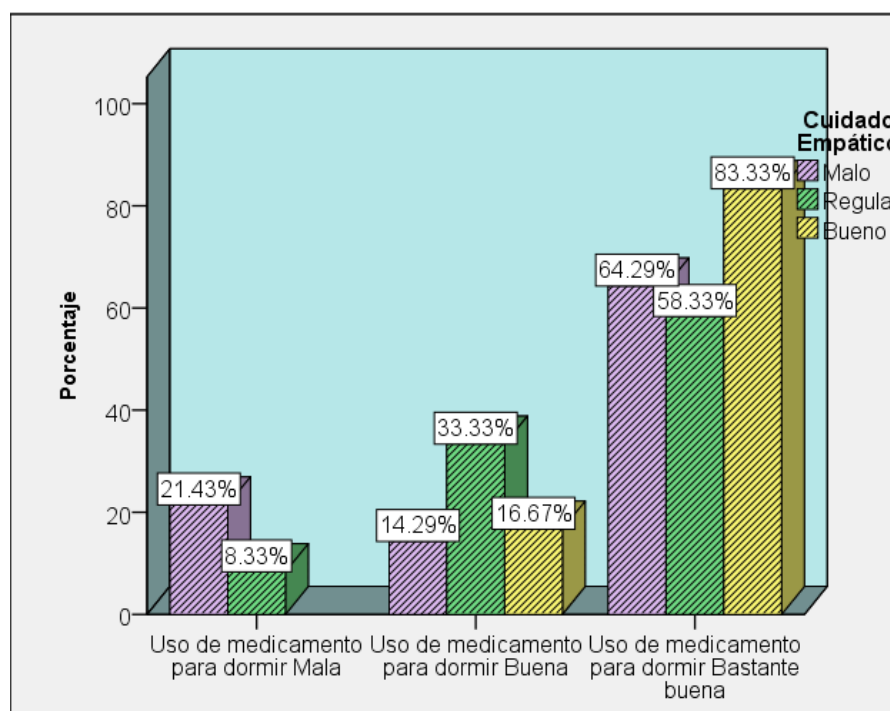
**Tabla 19**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Uso de medicamento para dormir*

		Uso de medicamento para dormir			Total	
		Mala	Buena	Bastante buena		
Cuidado Empático	Malo	n	3	2	9	14
		%	21.4%	14.3%	64.3%	100.0%
	Regular	n	1	4	7	12
		%	8.3%	33.3%	58.3%	100.0%
	Bueno	n	0	4	20	24
		%	0.0%	16.7%	83.3%	100.0%
Total		n	4	10	36	50
		%	8.0%	20.0%	72.0%	100.0%

**Figura 19**

*Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Uso de medicamento para dormir*



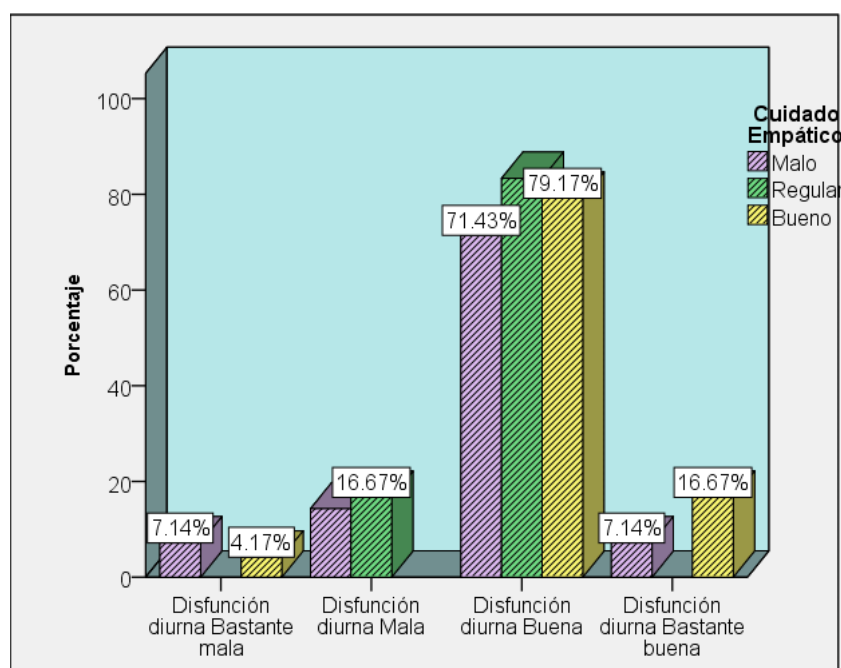
En la Tabla 19 se aprecia que, del total de personal de enfermería de áreas críticas que percibe que el cuidado empático a los pacientes fue en un nivel malo (14), solo el 21.4% (3) tendría un mal uso de medicamento para dormir, mientras que, de quienes perciben un regular cuidado empático (12), el 33.3% (4) tendría un regular uso de medicamento para dormir. Finalmente, del



total de pacientes que percibe un buen cuidado empático (24), el 83.3% (20) tendría un buen uso de medicamento para dormir.

**Tabla 20***Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Disfunción diurna*

		Disfunción diurna				Total	
		Bastante mala	Mala	Buena	Bastante buena		
Cuidado Empático	Malo	n	1	2	10	1	14
		%	7.1%	14.3%	71.4%	7.1%	100.0%
	Regular	n	0	2	10	0	12
		%	0.0%	16.7%	83.3%	0.0%	100.0%
	Bueno	n	1	0	19	4	24
		%	4.2%	0.0%	79.2%	16.7%	100.0%
Total		n	2	4	39	5	50
		%	4.0%	8.0%	78.0%	10.0%	100.0%

**Figura 20***Tabla Cruzada - Cuidado Empático y Disfunción diurna*

En la Tabla 20 se aprecia que, del total de personal de enfermería de áreas críticas que percibe que el cuidado empático a los pacientes fue en un nivel malo (14), solo el 7.1% (1) tendría una bastante mala o débil disfunción diurna, mientras que, de quienes perciben un regular cuidado empático (12), el 16.7% (2) tendría una mala disfunción diurna. Finalmente, del total de pacientes

que percibe un buen cuidado empático (24), el 79.2% (19) tendría una buena o apropiada disfunción diurna.

## 5.2. Interpretación de Resultados

El personal de enfermería de las áreas críticas que percibe que el cuidado empático de un total de 50 pacientes, presento un nivel malo 14 personas, el 14.3% (2 personas) tendría problemas de sueño graves, mientras que, de quienes perciben un regular cuidado empático (12 personas), el 91.7% (11 personas) tendría una calidad de sueño que merece atención y hasta tratamiento médico. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen cuidado empático son 24 personas, solo el 12.0% (6 personas) tendría una calidad de sueño que merece a lo sumo atención médica.

La dimensión calidad subjetiva de sueño presentan el 7.1% (1 persona), mientras que, el 83.3% (10 personas) tendría una regular calidad subjetiva de sueño. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen es el 37.5% (9 personas).

La dimensión latencia del sueño en el personal de enfermería el 28.7% (4 personas), mientras que, el 75.0% (9 personas) tendría una regular latencia del sueño. Finalmente, del total de pacientes el 45.8% (11 personas) tendría una buena latencia de sueño.

La dimensión duración de dormir representa el 83.3% (10 personas) tendría una regular duración de dormir. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen cuidado empático representa el 25.0% (6 personas).

La dimensión eficiencia habitual del sueño el 41.7% (5 personas) tendría una regular eficiencia habitual del sueño. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen cuidado empático el 75.0% (11 personas).

La dimensión alteración del sueño presentan un nivel malo, el 7.1% (1 persona) tendría una mala o débil alteración del sueño, mientras que, el 8.3% (1 persona) tendría una regular alteración del sueño. Finalmente, del total de pacientes que percibe un buen cuidado empático, el 91.7% (22 personas) tendría una buena alteración del sueño.

La dimensión uso de medicamento para dormir, el 21.4% (3 personas) tendría un mal uso de medicamento para dormir, mientras que, el 33.3% (4 personas)

tendría un regular uso de medicamento para dormir. Finalmente, el 83.3% (20 personas) tendría un buen uso de medicamento para dormir

La dimensión disfunción diurna, el 7.1% (1 persona) tendría una bastante mala o débil disfunción diurna, mientras que, el 16.7% (2 personas) tendría una mala disfunción diurna. Finalmente, del total de pacientes el 79.2% (19 personas) tendría una buena o apropiada disfunción diurna.

## VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 6.1. Análisis resultados – Prueba de hipótesis

**Tabla 21**

*Pruebas de normalidad*

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Cuidado Empático	.982	50	.641
Calidad de sueño	.944	50	.019
Calidad subjetiva del sueño	.646	50	.000
Latencia del sueño	.876	50	.000
Duración de dormir	.648	50	.000
Eficiencia habitual del sueño	.817	50	.000
Alteración del sueño	.833	50	.000
Uso de medicamento para dormir	.541	50	.000
Disfunción diurna	.811	50	.000

En la Tabla 21 se aprecia que, la prueba de normalidad según el estadístico de Shapiro Wilk, muestra un nivel de significancia de 0.000 o a lo sumo de 0.019 para el caso de la variable de calidad del sueño y sus respectivas dimensiones, por lo que, al ser dicha significancia menor a 0.050 se concluye que esta variable y las dimensiones no cumplen con el supuesto de normalidad. De otro lado, para el caso de la variable cuidado empático se observa un estadístico de Shapiro Wilk con una significancia de 0.641 que al ser mayor a 0.050, determina que esta variable si cumple con el supuesto de normalidad.

Ahora bien, dado que solo una de las dos variables de análisis cumple con el supuesto de normalidad, es que, se recurre a una prueba estadística no paramétrica como el estadístico de Correlación de Spearman a fin de corroborar las hipótesis de relación entre las variables y dimensiones.

## Hipótesis General

H0: No existe una relación entre el cuidado empático y la calidad del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

H1: Si existe una relación entre el cuidado empático y la calidad del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

**Tabla 22**

*Relación entre el Cuidado Empático y la Calidad del Sueño*

			Calidad de sueño
Rho de Spearman	Cuidado Empático	Coeficiente de correlación	.637**
		Sig. (bilateral)	.000
		N	50

En la Tabla 22 se aprecia que, la prueba de correlación según el estadístico de Spearman tiene un valor de 0.637 evidenciando con ello una correlación directa alta, muestra un nivel de significancia de 0.000 que al ser menor a 0.050 conlleva a aceptar la hipótesis de investigación que afirma una relación significativa entre el cuidado empático y la calidad de sueño en el personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado. Entonces, se infiere que un mayor cuidado empático hacia el paciente está vinculado a una mejor calidad del sueño en el personal de enfermería.

### Hipótesis Especifica 3

H0: No existe una relación entre el cuidado empático y la calidad subjetiva de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

H1: Si existe una relación entre el cuidado empático y la calidad subjetiva de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

**Tabla 23**

*Relación entre el Cuidado Empático y la Calidad subjetiva del sueño*

			Calidad subjetiva del sueño
Rho de Spearman	Cuidado Empático	Coefficiente de correlación	.389**
		Sig. (bilateral)	.005
		N	50

En la Tabla 23 se aprecia que, la prueba de correlación según el estadístico de Spearman tiene un valor de 0.389 evidenciando con ello una correlación directa muy baja, muestra un nivel de significancia de 0.005 que al ser menor a 0.050 conlleva a aceptar la hipótesis de investigación que afirma una relación significativa entre el cuidado empático y la dimensión de la calidad subjetiva del sueño en el personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado. Entonces, se infiere que un mayor cuidado empático hacia el paciente está vinculado a una mejor calidad subjetiva del sueño en el personal de enfermería.



#### Hipótesis Especifica 4

H0: No existe una relación entre el cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

H1: Si existe una relación entre el cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

**Tabla 24**

*Relación entre el Cuidado Empático y la Eficiencia habitual del sueño*

			Eficiencia habitual del sueño
Rho de Spearman	Cuidado Empático	Coefficiente de correlación	.268**
		Sig. (bilateral)	.060
		N	50

En la Tabla 24 se aprecia que, la prueba de correlación según el estadístico de Spearman tiene un valor de 0.268 evidenciando con ello una correlación directa muy baja, sin embargo, muestra un nivel de significancia de 0.060 que al ser mayor a 0.050 conlleva a rechazar la hipótesis de investigación que afirma una relación significativa entre el cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado.

### Hipótesis Específica 5

H0: No existe una relación entre el cuidado empático y la latencia del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

H1: Si existe una relación entre el cuidado empático y la latencia del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

**Tabla 25**

*Relación entre el Cuidado Empático y la Latencia del sueño*

			Latencia del sueño
Rho de Spearman	Cuidado Empático	Coeficiente de correlación	.373**
		Sig. (bilateral)	.008
		N	50

En la Tabla 25 se aprecia que, la prueba de correlación según el estadístico de Spearman tiene un valor de 0.373 evidenciando con ello una correlación directa muy baja, muestra un nivel de significancia de 0.008 que al ser menor a 0.050 conlleva a aceptar la hipótesis de investigación que afirma una relación significativa entre el cuidado empático y la latencia de sueño del personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado. Entonces, se infiere que un mayor cuidado empático hacia el paciente está vinculado a un mejor nivel de latencia del sueño en el personal de enfermería.

### Hipótesis Específica 6

H0: No existe una relación entre el cuidado empático y la disfunción diurna en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

H1: Si existe una relación entre el cuidado empático y la disfunción diurna en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

**Tabla 26**

*Relación entre el Cuidado Empático y la Disfunción diurna*

			Disfunción diurna
Rho de Spearman	Cuidado Empático	Coeficiente de correlación	-.172**
		Sig. (bilateral)	.233
		N	50

En la Tabla 26 se aprecia que, la prueba de correlación según el estadístico de Spearman tiene un valor de -0.172 evidenciando con ello una correlación indirecta muy baja, sin embargo, muestra un nivel de significancia de 0.233 que al ser mayor a 0.050 conlleva a rechazar la hipótesis de investigación que afirma una relación significativa entre el cuidado empático y la disfunción diurna en el personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado.

### Hipótesis Específica 7

H0: No existe una relación entre el cuidado empático y las alteraciones del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

H1: Si existe una relación entre el cuidado empático y las alteraciones del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

**Tabla 27**

*Relación entre el Cuidado Empático y la Alteración del sueño*

			Alteración del sueño
Rho de Spearman	Cuidado Empático	Coefficiente de correlación	-.087**
		Sig. (bilateral)	.549
		N	50

En la Tabla 27 se aprecia que, la prueba de correlación según el estadístico de Spearman, muestra un nivel de significancia de 0.549 que al ser mayor a 0.050 conlleva a rechazar la hipótesis de investigación que afirma una relación significativa entre el cuidado empático y la alteración del sueño en el personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado.

### Hipótesis Específica 8

H0: No existe una relación entre el cuidado empático y la duración del dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

H1: Si existe una relación entre el cuidado empático y la duración del dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

**Tabla 28**

*Relación entre el Cuidado Empático y la Duración de dormir*

			Duración del dormir
Rho de Spearman	Cuidado Empático	Coeficiente de correlación	.286**
		Sig. (bilateral)	.044
		N	50

En la Tabla 28 se aprecia que, la prueba de correlación según el estadístico de Spearman, muestra un nivel de significancia de 0.044 que al ser menor a 0.050 conlleva a aceptar la hipótesis de investigación que afirma una relación significativa entre el cuidado empático y la duración del sueño en el personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado. Entonces, se infiere que un mayor cuidado empático hacia el paciente está vinculado a una mejor duración del dormir en el personal de enfermería.

### Hipótesis Especifica 9

H0: No existe una relación entre el cuidado empático y el uso de medicamentos para dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

H1: Si existe una relación entre el cuidado empático y el uso de medicamentos para dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.

**Tabla 29**

*Relación entre el Cuidado Empático y el Uso de medicamento para dormir*

			Uso de medicamento para dormir
Rho de Spearman	Cuidado Empático	Coefficiente de correlación	.303**
		Sig. (bilateral)	.033
		N	50

En la Tabla 29 se aprecia que, la prueba de correlación según el estadístico de Spearman, muestra un nivel de significancia de 0.033 que al ser menor a 0.050 conlleva a aceptar la hipótesis de investigación que afirma una relación significativa entre el cuidado empático y el uso de medicamento para dormirse el personal de enfermería de áreas críticas que fue encuestado. Entonces, se infiere que un mayor cuidado empático hacia el paciente está vinculado a un mejor uso de medicamento para dormir en el personal de enfermería.

## VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 7.1. Comparación de resultados

La presente investigación tuvo como objetivo fundamental; determinar si existe relación entre el cuidado empático y la calidad del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022, siendo desarrollada con éxito gracias a fortalezas como; la accesibilidad del director a cargo de una clínica en Arequipa que se estableció como la unidad de estudio, y de manera mucho más importante la gran disposición por parte del personal de enfermería de las áreas críticas de tal clínica, quienes colaboraron en todo momento para una óptima ejecución de las encuestas. Igualmente, se contó con el presupuesto necesario para la realización completa de la investigación y de manera especial el soporte del asesor que brindo una excelente guía durante todo el proceso a fin de conseguir los objetivos planteados. En este mismo sentido, una fortaleza a resaltar de la presente investigación es su aporte significativo al obtener una especie de diagnóstico sobre el estado de las variables en relación a la unidad de estudio, el que se convierte en una herramienta con potencial uso para futuras mejoras en beneficio del propio personal de enfermería como de los pacientes que reciben sus servicios.

En cuanto a las limitaciones o debilidades de la presente investigación, cabe mencionar principalmente que; la muestra de la unidad de estudio apenas alcanzó a 50 profesionales de la salud, lo cual hace que los resultados no puedan generalizarse a otros ámbitos, pero si en el ámbito de estudio. Además, la investigación no tiene un alcance profundo que facilite una mayor explicación de los hallazgos revelados, es decir, que no tiene un alcance suficiente para determinar las causas del estado de cada una de las variables de investigación, por lo que, se sugiere a nuevos investigadores pueda tomar el presente trabajo como un estudio de línea base y extender su alcance mediante una nueva investigación.

Ahora bien, en relación a los resultados de carácter descriptivo de la presente investigación, sobresale hallazgos como; un 48% del personal de enfermería que percibe un nivel bueno de cuidado empático que de

alguna manera es fundamentado a partir de un 46% del personal encuestado que percibe contar con una buena habilidad para ponerse en el lugar del paciente, y de un 40% que percibe una buena toma de perspectiva en la realización de sus tareas, seguido de otra proporción del 40% del personal de enfermería que fue encuestado y que consideran que brindan una atención con compasión.

Por otro lado, respecto a la variable calidad del sueño, sobresale que, un 84% del personal de enfermería encuestado, merece atención y tratamiento médico sencillo para conseguir un sueño con mejor calidad, pues a pesar de que hay un 76% que percibe una buena duración cuando duermen, un 74% que percibe una buena calidad subjetiva del sueño, un 66% con una eficiencia habitual para el sueño bastante buena, y un 54% con un nivel bueno de latencia de sueño, también se ha encontrado un 88% con un buen nivel de alteración del sueño, un 78% con un buen nivel de disfunción diurna y un 72% del personal de enfermería que fue encuestado que hace uso de medicamentos para dormir, aunque lo hacen de forma bastante apropiada.

En cuanto a los resultados de carácter inferencial, se corroboró la hipótesis general, aceptando que; existe una relación significativa entre las variables de estudio con una significancia de  $p=0.000$  y un  $\rho=0.637$ , es decir, que si el personal de enfermería de las áreas críticas tiene una buena calidad de sueño hará mayor empleo del cuidado empático, lo que se traduciría en que el personal tenga mayor capacidad de interpretar los estados emocionales del paciente, brindar una atención humanizada y una mayor habilidad de ponerse en el lugar del paciente, además de preocuparse por brindar información clara, el respeto por los valores y establecer relaciones de confianza con el paciente. Estos resultados son consistentes con lo corroborado en trabajos de Araoz J (31) y Mufato L y Munhoz M (39), en los que se identificó que elementos psicológicos, entre ellos de empatía, afectan la calidad del sueño. Adicionalmente, Valdera L (29) mostró que una mala calidad de sueño está relacionada al cansancio emocional. Asimismo, Casquino I (25) y Huarcaya-Victoria J et al (26) mostraron que, la empatía es un factor preponderante en la atención al paciente y para los mismos profesionales de la salud.



En cuanto a la segunda hipótesis específica, esta fue rechazada, pues se encontró que cerca de la octava parte del total del personal de enfermería de las áreas críticas que fueron encuestados (84%), considera conseguir una buena calidad de sueño lo que cuando están despiertos tienen un buen funcionamiento para desarrollar sus actividades, esta buena calidad se debe principalmente a la duración del sueño y el uso apropiado de medicamentos que toman para descansar mejor adicionalmente, la mayoría de los encuestados mencionaron que el conciliar el sueño suele ser luego de la primera media hora que ya se encuentran en la cama, a su vez, la mayoría del personal de enfermería no suele presentar somnolencia luego de la ingesta de alimentos, sintiéndose por el contrario más despiertos y animados en sus labores. Estos hallazgos son divergen a los encontrados en los estudios realizados por Satizábal J y Marín D (1), Baldera M (28), Moncca A (30), en los que, se encontró que la mayoría de los profesionales de salud eran en realidad malos dormidores pues presentaban alteraciones del sueño y niveles desfavorables de latencia de sueño.

En cuanto a la segunda hipótesis específica, esta fue rechazada, pues se encontró que cerca de la mitad del total del personal de enfermería de las áreas críticas que fueron encuestados (48%), percibió un buen nivel de cuidado empático hacia los pacientes, destacando principalmente su habilidad para ponerse en el lugar del paciente (46%) lo que significa que el personal tiene mayor capacidad de comprensión del paciente y aprecia los vínculos del paciente, así como su atención con compasión que implica una atención personalizada con la finalidad que el tratamiento logre sus objetivos. Asimismo, la mayoría del personal de enfermería considera que; los pacientes se sienten mejor cuando sus sentimientos son comprendidos y se toma en cuenta tanto su lenguaje verbal como el no verbal, pues también se pone en el lugar de los pacientes que se atiende y se trata de pensar como ellos para brindarles un mejor cuidado, lo cual da validez a su labor como terapéutica que es consistente con una gran empatía. Sin embargo, también reconocen que necesitan trabajar mejor en su humor, así como, extender su comprensión al estado emocional no solo del paciente sino la de sus familiares. Estos resultados son

congruentes con los encontrados en la investigación de Fernández-Aragón S (86), en la que también se identificó que el grupo de profesionales de enfermería mostraban un buen nivel de empatía al paciente, también Mufato L y Munhoz M (39) mediante su investigación obtuvo que la empatía está relacionada a la mejora en el proceso terapéutico.

En cuanto a la tercera hipótesis específica, esta fue aceptada, pues se identificó que existe una relación significativa entre el cuidado empático hacia el paciente y la dimensión de la calidad subjetiva de sueño ( $\rho=.389$ ;  $p=.005$ ) del personal de enfermería de las áreas críticas de una clínica. Al respecto, no existen estudios que precedan una relación demostrada entre estas variables, sin embargo, cabe mencionar a Cavalheiri et al. (5) y Triana M (6) quienes fundamentan que; la calidad del sueño es analizada también desde la incidencia de factores como la empatía y el estado emocional que refiere un aspecto subjetivo importante en el profesional de la salud durante el ejercicio de sus funciones.

En cuanto a la cuarta hipótesis específica, esta fue rechazada, pues no se encontró suficiente evidencia para determinar que existe una relación significativa entre el cuidado empático hacia el paciente y la dimensión de la eficiencia habitual del sueño ( $\rho=.268$ ;  $p=.060$ ) del personal de enfermería de las áreas críticas de una clínica. Al respecto, no existen estudios que precedan una relación demostrada entre estas variables, sin embargo, cabe mencionar a Díaz D (7) y Huapaya S (13) quienes fundamentan que; la empatía en el cuidado al paciente y en la interacción entre el personal de las ciencias de la salud favorece en muchas situaciones no solo al logro de objetivos laborales sino que al mismo tiempo ayuda conseguir un sueño que es eficiente para poder reponer el estado normal que requiere el profesional para atender a sus obligaciones.

En cuanto a la quinta hipótesis específica, esta fue aceptada, pues se identificó que existe una relación significativa entre el cuidado empático hacia el paciente y la dimensión de la latencia del sueño ( $\rho=.373$ ;  $p=.008$ ) del personal de enfermería de las áreas críticas en una clínica. Al respecto, no existen estudios que precedan una relación demostrada

entre estas variables, sin embargo, cabe mencionar a Flores B y Sifuentes L (15), además de Gonzales A (17) quienes fundamentan que; el cuidado empático del profesional de la salud en áreas críticas o de urgencia es imprescindible no solo para brindar un servicio correcto que no ponga en riesgo al paciente, sino que esto va mucho más allá porque termina por generar una especie de bienestar en el profesional de salud que le ayuda a manejar menores niveles de estrés y ansiedad, lo cual al final de cuentas contribuye a un mejor descanso mediante el sueño.

En cuanto a la sexta hipótesis específica, esta fue rechazada, pues no se encontró suficiente evidencia para determinar que existe una relación significativa entre el cuidado empático hacia el paciente y la dimensión de la disfunción diurna ( $\rho = -.172$ ;  $p = .233$ ) del personal de enfermería de las áreas críticas de una clínica. Al respecto, no existen estudios que precedan una relación demostrada entre estas variables, sin embargo, cabe mencionar a Casquino I (24) y a Baldera M (27) quienes fundamentan que; la empatía que logra manejar el personal de un hospital o que se encuentre atendiendo a pacientes con problemas de salud, es un factor con mucha capacidad de influir en la calidad con la que se les trate, aunque esto demanda gran esfuerzo que en muchas ocasiones termina por afectar la calidad del sueño del personal profesional del área de la salud pues tienen que sacrificar un sueño de calidad ante las extensas y extenuantes jornadas de trabajo.

En cuanto a la séptima hipótesis específica, esta fue rechazada, pues no se encontró suficiente evidencia para determinar que existe una relación significativa entre el cuidado empático hacia el paciente y la dimensión de la alteración del sueño ( $\rho = -.087$ ;  $p = .549$ ) del personal de enfermería de las áreas críticas de una clínica. Al respecto, no existen estudios que precedan una relación demostrada entre estas variables, sin embargo, cabe mencionar a Mufato L y Munhoz M (22), además de a Moncca A (29) quienes fundamentan que; la empatía es un factor preponderante a considerarse cuando se habla de la relación que mantienen el personal de salud con el paciente y entre ellos mismos, por lo que, un ambiente con relativo cuidado empático termina por propiciar situaciones estresantes que se convierten en elementos que alteran la calidad de sueño del

personal de salud y consecuentemente su desenvolvimiento. Adicionalmente, se debe señalar a Araoz J (31), quien muestra que, la alteración del sueño es un elemento de incidencia desfavorable sobre la calidad del sueño y consecuentemente en aspectos de la empatía que desarrolla el personal profesional de salud.

En cuanto a la octava hipótesis específica, esta fue aceptada, pues se identificó que existe una relación significativa entre el cuidado empático hacia el paciente y la dimensión de la duración del sueño ( $\rho=.286$ ;  $p=.044$ ) del personal de enfermería de las áreas críticas en una clínica. Al respecto, no existen estudios que precedan una relación demostrada entre estas variables, sin embargo, cabe mencionar a Luna R (26) y Valdera L (28) quienes fundamentan que; el profesional de la salud se desenvuelve en contextos que demandan lidiar con altos niveles de estrés, por lo que, es necesario que este tipo de profesionales se encuentren preparados para jornadas de descanso relativamente cortas o incluso de poca calidad.

En cuanto a la novena hipótesis específica, esta fue aceptada, pues se identificó que existe una relación significativa entre el cuidado empático hacia el paciente y la dimensión del uso de medicamentos para dormir ( $\rho=.303$ ;  $p=.033$ ) del personal de enfermería de las áreas críticas de una clínica. Al respecto, no existen estudios que precedan una relación demostrada entre estas variables, sin embargo, cabe mencionar a Chávez M y Escobedo P (18), además de a Rodríguez et al. (12) quienes fundamentan que; el profesional de la salud se desenvuelve en contextos muy exigentes por lo que es necesario que perciban que de alguna manera son valorados para mantenerlos satisfechos pues puede suceder que una insatisfacción merma su desenvolvimiento, mientras que aquel profesional de la salud que tiene la disposición y la pasión para tolerar las fuertes exigencias de sus funciones, en muchas ocasiones termina por necesitar medicación o tratamientos que le ayuden a recuperar sus fuerzas y conseguir un mejor sueño.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

**Primera:** Se logró determinar la relación entre el cuidado empático y la calidad del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. Se obtuvo un valor de  $\rho=0.637$ , en cuanto al valor de la significancia se obtuvo  $p=0.000$ ; por lo que, un mayor cuidado empático hacia el paciente está asociado a una mejor calidad del sueño del personal de enfermería de las áreas críticas, por lo que mediante el coeficiente de correlación de Spearman se corroboró la hipótesis general.

**Segunda:** En función al primer objetivo, describir el nivel del cuidado empático en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa-2022. La investigación determinó que, una mayoría representada por el 48.0% del personal de enfermería de áreas críticas percibió que, el cuidado empático hacia los pacientes se daba en un nivel bueno, destacando principalmente su habilidad para ponerse en el lugar del paciente (46%), así como su atención con compasión.

**Tercera:** Se logró describir el nivel de la calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa-2022, donde una gran mayoría representada por el 84.0% del personal de enfermería de áreas críticas, conseguiría una regular calidad del sueño, por lo que, se reconoce que merecen atención y un tratamiento sencillo. Igualmente, destacó que eran las dimensiones de; la duración del sueño (76.0%), y el uso de medicamentos para dormir (72.0%) las que se encontraban en un mayor nivel favorable.

**Cuarto:** En función al tercer objetivo, determinar la relación entre el cuidado empático y la calidad subjetiva del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. Se obtuvo un valor de  $\rho=.389$ , en cuanto al valor de significancia se obtuvo  $p=.005$ , determinando que, un mayor cuidado empático hacia el paciente está asociado a una mejor calidad subjetiva del sueño del personal de enfermería de las áreas críticas, entonces se corroboró la hipótesis que

afirma que existe una relación significativa entre la variable y la dimensión.

**Quinto:** De acuerdo, al cuarto objetivo al terminar la relación entre el cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. Se obtuvo un valor de  $\rho = .268$ , en cuanto al valor de significancia se obtuvo  $p = .060$ , lo que significa que un mayor cuidado empático hacia el paciente no está asociado a una mayor o peor eficiencia habitual del sueño del personal de enfermería de las áreas críticas; por lo tanto, no se corroboró la hipótesis que afirma que existe una relación significativa entre la variable y la dimensión, por tanto, la eficiencia habitual del sueño se debe a factores distintos al cuidado empático.

**Sexto:** En base al quinto objetivo, determinar la relación entre el cuidado empático y la latencia del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. Se obtuvo un valor de  $\rho = .373$ , en cuanto al valor de significancia se obtuvo  $p = .008$ ; por lo que, un mayor cuidado empático hacia el paciente está asociado a una mejor latencia del sueño del personal de enfermería de las áreas críticas, de manera que se corroboró la hipótesis que afirma que existe una relación significativa entre la variable y la dimensión.

**Séptima:** Respecto al sexto objetivo, determinar la relación entre el cuidado empático y la disfunción diurna en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. Se obtuvo un valor de  $\rho = -.172$ , en cuanto al valor de significancia se obtuvo  $p = .233$ , un mayor cuidado empático hacia el paciente no está asociado a una mejor o peor disfunción diurna del personal de enfermería de las áreas críticas; por lo tanto, no se corroboró la hipótesis que afirma que existe una relación significativa entre la variable y la dimensión, es decir, la disfunción diurna se debe a factores distintos al cuidado empático.

**Octava:** De acuerdo al séptimo objetivo, determinar la relación entre el cuidado empático y las alteraciones del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. Se obtuvo un valor de  $\rho = -.087$ , en cuanto al valor de significancia se obtuvo  $p = .549$ ; de modo que, un mayor cuidado empático hacia el paciente no está asociado a un mejor o peor nivel de alteración del sueño del personal de enfermería de las áreas críticas señalar que, lo que significa que no se corroboró la hipótesis que afirma que existe una relación significativa entre la variable y la dimensión, por tanto, la alteración del sueño se debe a factores distintos al cuidado empático.

**Novena:** En función al octavo objetivo, determinar la relación entre el cuidado empático y la duración total del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. Se obtuvo un valor de  $\rho = .286$ , en cuanto al valor de significancia se obtuvo  $p = .044$ ; es decir, un mayor cuidado empático hacia el paciente está asociado a una mejor duración del dormir del personal de enfermería de las áreas críticas, por lo tanto, se corroboró la hipótesis que afirma que existe una relación significativa entre la variable y la dimensión.

**Décima:** Respecto al noveno objetivo, determinar la relación entre el cuidado empático y el uso de medicamentos para dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. Se obtuvo un valor de  $\rho = .303$ , en cuanto al valor de significancia se obtuvo  $p = .0033$ , lo que significa que un mayor cuidado empático hacia el paciente está asociado a un mejor uso de los medicamentos para dormir del personal de enfermería de las áreas críticas, de manera que se corroboró la hipótesis que afirma que existe una relación significativa entre la variable y la dimensión.

## RECOMENDACIONES

**Primera:** Al director de la clínica que ha sido objeto de estudio que, implemente un programa de talleres para fortalecer las habilidades blandas, principalmente el sentido del humor y la paciencia, de manera que mejore la empatía en el personal de enfermería del área crítica y se ofrezca una mejor atención a los pacientes. Adicionalmente a ello, talleres que puedan seguir mejorando su descanso fuera del horario de trabajo con la finalidad de laborar y cumplir sus funciones de manera efectiva.

**Segunda:** Al director de la clínica que ha sido objeto de estudio que, implemente un programa de sensibilización sobre la importancia de tener en cuenta los sentimientos y emociones de los pacientes, de manera que, se logre fortalecer la relación entre enfermero(a)-paciente y se brinde una atención de mayor calidad.

**Tercera:** Al director de la clínica que ha sido objeto de estudio que, implemente un programa de desarrollo de la habilidad de ponerse en el lugar de los pacientes y no solo se considere una única perspectiva del profesional de la salud, de manera que, aumente la comprensión y el trato compasivo del paciente como un ser humano, más allá de ser solo un sujeto enfermo.

**Cuarta:** Al director de la clínica que ha sido objeto de estudio que, implemente un programa en el capacite y fortalezca al personal enfermero respecto de técnicas para conciliar el sueño en la primera media hora, a fin de que puedan lograr descansar el total de horas que se recuestan en la cama. Asimismo, debe desarrollar un diagnóstico respecto del padecimiento de las somnolencias y alteración del sueño en el personal de enfermería y así se puedan tomar medidas correctivas, así como la automedicación y así mejorar no solo su calidad de sueño sino su desenvolvimiento en el área.

**Quinto:** Al director de la clínica que ha sido objeto de estudio que, fomente el desarrollo de nuevas investigaciones respecto de cuáles serían los factores que estarían incidiendo sobre la eficiencia habitual del sueño,



sobre la disfunción diurna y la alteración del sueño, pues la presente investigación determino que no se relacionan con la calidad del sueño.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Satizábal J, Marín D. Calidad de sueño del personal de enfermería. Rev Cienc Salud. 2018; 16: p. 75-86.
2. De Arco-Canoles O, Suarez-Calle Z. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Universidad y Salud. 2017; 20(2): p. 171-182.
3. De la Rosa R, Zamora G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? Index de Enfermería. 2012; 21(4).
4. Montilva M, García M, Torres A, Puertas M, Zapata E. Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. Investigación en Educación Médica. 2015; 4(16): p. 223-228.
5. Cavalheiri J, Risso C, Salete N, Vieira A, Defante L, Caivilla F. Calidad del sueño y trastorno mental común en un equipo de enfermería de un hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2021; 2021(29).
6. Sanchez W, Mariaca H, Anampa R, Alvarez R. Calidad del sueño en personal de salud expuestos a la pandemia de COVID-19 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2021; 14(1).
7. Díaz-Campo Y. La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2008; 2(2).
8. Triana M. La empatía en la relación enfermera-paciente. Avances en Enfermería. 2017; 35(2).
9. Martos M, Galiana T, León M. La empatía como herramienta del cuidado enfermero en servicios de oncología pediátrica. Revista española de Comunicación en Salud. 2020; 11(1).
10. Fernández S, Díaz A, Díaz V. Niveles de empatía en estudiantes de enfermería en Colombia. Revista Cubana de Enfermería. 2019; 35(3).
11. Caballero-Alvarado J, Pino-Zavaleta F, Barboza J. Factores asociados a insomnio en profesionales de salud de un hospital público de Trujillo-Perú. Horizonte

Médico. 2020; 20(4). Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.04>).

12. Rodríguez J, Flores B, López M. Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Metas Enferm.* 2016; 19(4).
13. Huapaya S. Empatía del profesional de enfermería del servicio de hospitalización de un hospital de Lima, 2020. [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. ; 2020.
14. Melendez D. Empatía en internos de Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima – 2019. [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Winer]. ; 2019.
15. Flores B, Sifuentes L. Nivel de empatía en enfermeros del servicio de emergencia y hospitalización de la Clínica Providencia, San Miguel - 2020. Tesis de pregrado. Universidad de Ciencias y Humanidades ; 2021.
16. Coaquira A. Calidad de sueño, somnolencia excesiva diurna y rendimiento académico en los internos de medicina al finalizar la primera rotación en el Hospital III Goyeneche, Arequipa-2016. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín , Medicina Humana ; 2016.
17. Gonzáles A. Calidad de sueño y datos sociolaborales del personal de salud que trabaja en el turno nocturno del Hospital II de Apoyo de Camaná, julio-diciembre, Arequipa 2013. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Católica Santa María, Medicina Humana; 2014.
18. Chávez M, Escobedo P. Empatía y satisfacción laboral en profesionales de enfermería, de organizaciones de salud Arequipa. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Psicología; 2011.
19. Apaza M, Chahuayo J. Calidad de servicio del personal de salud y su influencia en la satisfacción de los usuarios atendidos en consulta externa del Hospital General Honorario Espinoza, Arequipa 2019. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Trabajo social. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10162>; 2019.

20. Palazón E, Sánchez J. Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Revista Enfermería del Trabajo* [Internet]. 2017; 7(2): p. 30-37.
21. Silva A, Barcellos , Eckeli , Pires de Sousa A, De Oliveira A, Do Carmo M. Calidad de sueño, variables personales, laborales y estilo de vida de enfermeros de hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2022; 13.
22. Peña-Rodríguez I, Nieto-Olarte L, Sánchez-Preciado D. Relación entre estrés percibido y calidad de sueño en enfermeras de turnos nocturno y rotativo. *Rev. colomb. enferm* [Internet]. 2019; 18(3): p. 1-17.
23. González. Factores relacionados con la calidad del sueño en trabajadores de la salud : revisión sistemática de información. [Tesis de posgrado]. Bogotá, Colombia : [Universidad del Rosario]; 2018.
24. Rueda. Somnolencia diurna y la calidad de sueño en enfermeras que realizan guardias nocturna del hospital Luis Negreiros Vega, Lima 2019. [Tesis de posgrado]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener.
25. Casquino I. Influencia de la empatía en la calidad de atención a pacientes, de estudiantes de enfermería de una Universidad Privada de Lima - 2021. Tesis de maestría. Lima: Universidad Norbert Wiener, Enfermería; 2021.
26. Huarcaya-Victoria J, Cano-Uría B, Villanueva-Ruska A, Cruz-Oré J. Evaluación de los niveles de empatía médica en médicos residentes de un hospital general en Perú. *Educación Médica*. 2019 Setiembre; 20(2): p. 59-66.
27. Luna R. Factores psicosociales, laborales y grado de empatía del personal de enfermería con el paciente hospitalizado. Tesis de maestría. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Enfermería; 2019.
28. Baldera M. Calidad de sueño de los internos de Enfermería del Hospital Sergio Bernales, Comas- 2018. Tesis de pregrado. Universidad Cesar Vallejo. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/18008>; 2018.

29. Valdera L. Relación entre dimensiones del Burnout y calidad de sueño en licenciados y técnicos de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Cayetano Heredia, Psicología; 2016.
30. Moncca A. Relación del grado de Somnolencia, calidad de sueño y síndrome de Burnout en internos de medicina que ingresan al internado del Hospital Goyonche 2019-2020, Arequipa. Tesis de pregrado. Universidad Nacional de San Agustín; 2020.
31. Araoz J. Nivel de ansiedad y calidad del sueño en el personal del Hospital Militar Regional del sur de Arequipa, diciembre 2013. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Católica Santa María, Medicina Humana. Disponible en: <https://1library.co/document/yr3op87y-ansiedad-calidad-personal-hospital-militar-regional-arequipa-diciembre.html>; 2014.
32. Muñoz A, Chaves L. La empatía ¿un concepto unívoco? *Envigado*. 2013;(16): p. 123-143.
33. López M, Filippetti V, Richaud M. Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2014; 32(1).
34. Moya-Albiol L, Herrero N, Consuelo M. Bases neuronales de la empatía. *Neurología de la conducta*. 2010; 50(2): p. 89-100.
35. Davis M. Los efectos de la empatía disposicional sobre las reacciones emocionales y la ayuda: un enfoque multidimensional. 1983.
36. Vallejos A. Empatía, violencia de género y trabajo social. Tesis de pregrado. Universidad de Jaén, Trabajo social; 2017.
37. Matalinares-Calve , Díaz-Acosta , Rivas-Díaz L, Arenas-Iparraguirre C, Baca-Romero D, Raymundo-Villalva , et al. Relación entre estilos parentales disfuncionales, empatía y variables sociodemográficas en estudiantes de Enfermería, Medicina Humana y Psicología. *Acta Colombiana de Psicología [internet]*. 2019; 22(2): p. 99-111.

38. Parra GdJ, Cámara. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2016; 6(24): p. 221-227.
39. Mufato L, Munhoz M. Empatía en enfermería y el contexto de la relación enfermero-paciente: consideraciones críticas. *Revista Científica*. 2019; 54.
40. Muñoz A, Morales I, Bermejo J, Gonzáles J. La Relación de ayuda en Enfermería. *Index Enfermería*. 2014; 23(4).
41. Ñahuincopa R. Empatía en el cuidado enfermero, en el hospital regional de Huancavelica-2019. Tesis de pregrado. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Enfermería; 2019.
42. Terezaml R, Reis-Queiroz , Komura. The importance of empathy in health and nursing care. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2017; 70(3): p. 669-670.
43. Hojat M, DeSantis J, Shannon S, Mortensen L, Speicher M, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*. 2018 Julio; 23(5): p. 899-920.
44. Mejía M. Conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la salud. Universidad de los Andes. Mérida-Venezuela. Tesis de maestría. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Medicina; 2012.
45. Quispe. Actitud empática de las enfermeras según opinión de los pacientes oncológicos. Departamento de Oncología, Hospital María Auxiliadora 2014. [Tesis de posgrado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
46. Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Res de Psiquiatria*. 1989; 28(2): p. 193-213.
47. Fontana S, Raimondi W, Rizzo M. Calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitarios: estudio descriptivo transversal. *Medware*. 2014; 14(8).

48. Universidad Saludable. Calidad de sueño. [Online]. [cited 2022 mayo 6. Available from: <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/99/Archivos/05calidadsueno.pdf>.
49. Moreno M, Poncelas E, Gómez T, Martínez M, Escobar G. Percepción sobre la calidad de los cuidados, entorno laboral y características del sueño de las enfermeras que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2018; 28(4): p. 230-239.
50. Da Costa J, Silva S, Gonçalves S, Do Espírito F, Roggia D, Griebeler S, et al. Reiki para la promoción de la salud y la calidad de sueño en profesionales de enfermería hospitalaria. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2022; 75(05): p. 1-9.
51. Palazón E, Sánchez J. Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Revista de enfermería del trabajo* [internet]. 2017; 7(2): p. 30-38.
52. Campos M. Calidad de sueño posterior a sus labores del personal profesional de enfermería del hospital regional docente las Mercedes, Chiclayo, 2016. *Revista Científica Curae* [internet]. 2018; 1(1): p. 25-39.
53. Satizábal J, Marín D. Calidad de sueño del personal de enfermería. *Ciencias de la salud* [internet]. 2018;(16): p. 75-86.
54. Peña I, Nieto L, Sánchez D, Cortés R. Relación entre estrés percibido y calidad de sueño en enfermeras de turnos nocturno y rotativo. *Revista colombiana de enfermería* [internet]. 2019; 18(3): p. 1-17.
55. Naidon A, Da Silva R, Colomé C, D'Almeida F, Lima G, Camponogara S. Trabajo nocturno, calidad del sueño y enfermedades de trabajadores de enfermería. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]. 2021;(34): p. 1-7.
56. Charcas M, Melchiori B, Ozán D. Patrón descanso-sueño en el personal de enfermería. [Tesina de grado]. Mendoza, Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2016.
57. Carrillo-Mora P, Ramírez-Peris J, Magaña-Vasquez K. Neurología del sueño y su importancia: antología para el estudiantes univesitario. *Revista de la Facultad de*

- Medicina de la UNAM [internet]. 2013; 56(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>).
58. Aguirre-Navarrete R. Bases anatómicas y fisiológicas del sueño. Revista Ecuatoriana de Neurología [internet]. 2007; 15(2-3): p. 1-9. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Bases.pdf>.
  59. Contreras S. Sueño a lo largo de la vida y sus implicaciones en salud. Revista Médica Clínica Las Condes [internet]. 2013 Mayo; 24(3): p. 341-349.
  60. Silva A, De Marchi R, De Sousa A, Cruz A, Cruz M. Calidad de sueño, variables personales, laborales y estilo de vida de enfermero de hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem [internet]. ;: p. 1-14.
  61. Cortes R. Relación entre estrés percibido y calidad del sueño en enfermeras de los turnos nocturnos y rotativo del hospital San Rafael de Facatativá. [Tesis de Licenciatura]. Cundinamarca, Colombia: Universidad de Cundinamarca; 2018.
  62. Layme M. El estrés laboral y la calidad del sueño en el personal de enfermería del Servicio de Emergencias Hospital Ilo. [Tesis de Licenciatura]. Tacna, Perú: Universidad Jorge Badre Grohamnn; 2017.
  63. Carrillo-Mora P, Ramírez-Peris J, Magaña-Vasquez K. Neurología del sueño y su importancia: antología para el estudiantes univesitario. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2013; 56(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>).
  64. Luna-Solis Y, Robles-Arana Y, Agüero-Palacios Y. Validación del Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. Anales de Salud Mental. 2015; 16(2).
  65. Esquerda O, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. Atención primaria. 2016; 48(1): p. 8-14.
  66. Ñahuincopa R. Empatía en el enfermero, en el Hospital Regional de Huancavelica, 2019. Tesis de pregrado. Universidad Nacional de Huancavelica; 2019.



67. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería. [Online].; 2022 [cited 2022 Junio 03. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria#:~:text=Los%20profesionales%20de%20enfermer%C3%ADa%20est%C3%A1n,de%20salud%20multiprofesionales%20e%20interdisciplinarios.>
68. García S. El trabajo a turnos. Riesgos laborales y medidas preventivas. [Online].; 2021 [cited 2022 Junio 03. Available from: <https://www.metacontratas.com/blog/el-trabajo-a-turnos-riesgos-laborales-y-medidas-preventivas/>.
69. Mayo Clinic. Insomnio. [Online].; 2016 [cited 2022 Junio 03. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/insomnia/symptoms-causes/syc-20355167>.
70. Ramirez N. Turnos de trabajo en el personal de Enfermería de una unidad de cuidados intensivos. Enfermería en Costa Rica. 2013; 33(2): p. 74-80.
71. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención. [Online].; 2022 [cited 2022 Junio 03. Available from: [https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1).
72. Alvarez A. Clasificación de las investigaciones. Universidad de Lima. 2020;(1-5. Disponible en : <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10818>).
73. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Revista Médica Clínica las Condes. 2019; 30(1): p. 36-49.
74. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación México: Mc Graw Hill Education; 2018.
75. Mayo G, Quijano E, Ponce D, Ticse R. Utilización de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Residentes que realizan su especialización en un hospital peruano. Rev Neuropsiquiatr. 2019; 82(2): p. 131-140.
76. López P. Población muestra y muestreo. Punto Cero. 2004; 9(8).

77. Pachón K, Piña L, Pineda D, Pineda I, Giménez M. Principios bioéticos aplicados por la enfermera en una unidad de emergencia del área privada. *Revista Venezolana de Enfermería y Ciencias de la Salud*. 2018; 11(2): p. 107-112.
78. Aldana G, Tovar B, Vargas Y, Joya N. Formación bioética en enfermería desde la perspectiva de los docentes. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2021; 20(2): p. 121-141.
79. Martínez N. La ética y la investigación en enfermería. *Revista Cubana de enfermería*. 2010; 26(1).
80. Casas J, Repullo J, Donaldo J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Aten Primaria*. 2003; 31(8): p. 527-538. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>.
81. Buysse D, Reynolds III C, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*. 1988; 28.
82. Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G, Vega-Pacheco A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Méd Méx*. 2008; 144(6): p. 491-496.
83. Blanco J. Traducción, adaptación cultural y validación en nuestro medio de la escala de empatía médica de Jefferson. Tesis de doctorado. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria UFV Madrid. Disponible en: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1872/Tesis%20JM%20Blanco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Biosanitarias; 2018.
84. Morales-Concha L, Ccarita-Yucra K, Marroquin-Santa J, Atamari-Anahui N. Evaluación de la empatía en estudiantes de medicina humana en una universidad pública de la sierra sur del Perú. *Educación Médica*. 2018; 30(20): p. 1-6.

85. Garrigos-Pedron M, Segura-Orti E, Graci-Naya M, La Touche R. Factores predictores de la calidad del sueño en pacientes con migraña crónica. *Neurología*. 2019; 30.
86. Fernández-Aragón S, Díaz-Perez A, Díaz-Narváez V. Niveles de empatía en estudiantes de enfermería en Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*. 2021; 35(3): p. 1-14.
87. Giménez-Espert M, Prado-Gascó V, Valero-Moreno S. Efecto de los aspectos laborales sobre la comunicación, la inteligencia emocional y la empatía en enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019;(27).
88. Tirapu-Ustárriz J, Pérez-Sayes G, Erekatxo-Bilbao M, Pelegrín-Valero C. ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*. 2007; 44(8).
89. Aguirre-Navarrete R. Bases anatómicas y fisiológicas del sueño. *Rev. Ecuat. Neurol*. 2007; 15(2-3): p. 1-9. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Bases.pdf>.
90. Contreras S. Sueño a lo largo de la vida y sus implicaciones en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2013 Mayo; 24(3): p. 341-349.
91. Licham. Síndrome de Burnout y calidad de sueño en personal de Salud de clínicas privadas de la ciudad de Trujillo. Tesis de pregrado. Trujillo: Universidad Privada del Norte, Psicología; 2017.
92. Ravelo M. Validez y confiabilidad del Cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh en estudiantes universitarios peruanos. Tesis de pregrado. Universidad César Vallejo, Psicología; 2022.
93. Díaz-Narváez V, Dávila-Pontón Y, Martínez-Reyes F, Calzadilla-Núñez A, Vélez-Clavo X, Reyes-Reyes A, et al. Psicometría, escala de empatía médica de Jefferson y atención médica en Ecuador. *Revista de Salud Uninorte*. 2022; 37(1): p. 96-111.

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

"CUIDADO EMPÁTICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DE UNA CLÍNICA, AREQUIPA, 2022"						
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			MÉTODO
			VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la relación entre el cuidado empático y calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa, 2022?</p> <p><b>Problemas específicos:</b> PE 1. ¿Cuál es el nivel de cuidado empático en el personal de enfermería en las áreas críticas de Arequipa, 2022? PE 2. ¿Cuál es el nivel de la calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la relación entre el cuidado empático y la calidad del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b> OE 1. Determinar el nivel del cuidado empático en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa-2022</p>	<p><b>Hipótesis general</b> <b>Ho:</b> No existe relación entre el cuidado empático y calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022 <b>Hi:</b> Existe relación entre el cuidado empático y calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> HE1. Los niveles de calidad de sueño son bajos en el personal de enfermería en las áreas</p>	Cuidado empático	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de perspectiva</li> <li>- Atención con compasión</li> <li>- Habilidad de ponerse en lugar del paciente</li> <li>- Calidad subjetiva del sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia adoptar puntos de vista de los demás</li> <li>- Tendencia a experimentar sentimientos de los demás</li> <li>- Tendencia a imaginarse en una situación similar</li> <li>- Índice de calidad de sueño</li> </ul>	<p><b>Tipo:</b> Básico</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental</p> <p><b>Nivel:</b> Transversal</p> <p><b>Nivel:</b> Descriptivo correlacional</p> <p><b>Población y muestra:</b> Compuesta por 50 profesionales de enfermería de las áreas críticas de una clínica de Arequipa</p> <p><b>Muestra:</b></p>

<p>críticas de una Clínica de Arequipa, 2022? PE3. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y calidad subjetiva del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022? PE4. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022? PE5. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y la latencia del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022? PE6. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y la disfunción</p>	<p>OE 2. Determinar el nivel de la calidad de sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa-2022 OE3. Determinar la relación entre el cuidado empático y la calidad subjetiva del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. OE4. Determinar la relación entre el cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. OE5. Determinar la relación entre el cuidado empático y la latencia del sueño en</p>	<p>críticas de una clínica de Arequipa, 2022. HE2. Los niveles de cuidado empático son bajos en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de Arequipa, 2022. HE3. Existe relación entre el cuidado empático y la calidad subjetiva del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. HE4. Existe una relación entre el cuidado empático y la eficiencia habitual del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. HE5. Existe una relación entre el cuidado empático y la latencia del sueño en el personal de enfermería en las áreas</p>	<p>Calidad de sueño</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eficiencia habitual del sueño</li> <li>- Latencia del sueño</li> <li>- Disfunción diurna</li> <li>- Alteración del sueño</li> <li>- Duración del dormir</li> <li>- Uso de medicamento para dormir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de horas entre el número de horas que pasa en la cama</li> <li>- Tiempo de sueño</li> <li>- Dificultad del sueño durante el día</li> <li>- Problemas para dormir</li> <li>- Número de horas de sueño</li> <li>- Consumo de medicamentos</li> </ul>	<p>50 profesionales de enfermería <b>Técnica:</b> La encuesta <b>Instrumentos:</b> Escala de Empatía Médica De Jefferson (EEMJ) Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh</p>
---	---	--	-------------------------	---	--	--

<p>diurna en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?</p> <p>PE7. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y las alteraciones del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?</p> <p>PE8. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y la duración del dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022?</p> <p>PE9. ¿Cuál es la relación entre cuidado empático y el uso de medicamentos para dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una</p>	<p>el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p> <p>OE6. Determinar la relación entre el cuidado empático y la disfunción diurna en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p> <p>OE7. Determinar la relación entre el cuidado empático y las alteraciones del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p> <p>OE8. Determinar la relación entre el cuidado empático y la duración total del sueño en el personal de enfermería en las</p>	<p>críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p> <p>HE6. Existe una relación entre el cuidado empático y la disfunción diurna en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p> <p>HE7. Existe una relación entre el cuidado empático y las alteraciones del sueño en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p> <p>HE8. Existe una relación entre el cuidado empático y la duración del dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p> <p>HE9. Existe una relación entre el cuidado empático y el uso de medicamentos para</p>				
---	---	---	--	--	--	--

<p>clínica de Arequipa, 2022?</p>	<p>áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022. OE9. Determinar la relación entre el cuidado empático y el uso de medicamentos para dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p>	<p>dormir en el personal de enfermería en las áreas críticas en una clínica de Arequipa, 2022.</p>				
-----------------------------------	---	--	--	--	--	--



## Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

### ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON (EEMJ)

#### Datos Personales:

Edad:

Sexo: (M) (F)

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada uno de los siguientes enunciados, marcando con una (X) el número apropiado que se encuentra al lado de cada enunciado.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (el mayor número de escala indica mayor acuerdo).

Totalmente en desacuerdo < 1 < 2 < 3 < 4 > 5 > 6 > 7 > Totalmente de acuerdo.

N	ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7
1.-	Mi comprensión sobre los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en la atención y cuidado enfermero.	1	2	3	4	5	6	7
2.+	Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3.-	Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
4.+	Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación con mi paciente (enfermero-paciente).	1	2	3	4	5	6	7
5.+	Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye en el bienestar de mi paciente y un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7
6.-	La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7.-	Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
8.-	La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la eficacia del cuidado y tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
9.+	Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los atiendo.	1	2	3	4	5	6	7
10.+	Mi comprensión de los sentimientos de mis Pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1	2	3	4	5	6	7

11.-	Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con el cuidado y tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7
12.+	Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7
13.+	Trato de entender qué está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
14.-	Creo que las emociones no tienen lugar en el cuidado y tratamiento de una enfermedad médica.	1	2	3	4	5	6	7
15.+	La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como enfermera puede ser limitado.	1	2	3	4	5	6	7
16.+	Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
17+	Trato de pensar como mis pacientes para poder brindarles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
18.+	No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes y sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
19.+	No disfruto leer sobre literatura no médica o arte.	1	2	3	4	5	6	7
20.+	Creo que la empatía es un factor terapéutico en la atención y cuidado enfermero en mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7

## INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

1. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuál ha sido su hora de irse a acostar? (utilice sistema de 24 horas)

Escriba la hora habitual en que se acuesta: /\_\_/\_/

2. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuánto tiempo habrá tardado en dormirse (conciliar el sueño) en las noches?

Escriba el tiempo en minutos: \_\_/\_/\_/

3. **En las últimas 4 semanas**, habitualmente ¿A qué hora se levantó de la cama por la mañana y no ha vuelto a dormir? (Utilice sistema de 24 horas)

Escriba la hora habitual de levantarse: /\_\_/\_/

4. **En las últimas 4 semanas**, en promedio, ¿cuántas horas efectivas ha dormido por noche?

Escriba la hora que crea que durmió: /\_\_/\_/

5. **En las últimas 4 semanas**, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de: ...

	0. NINGUNA VEZ EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
¿No poder quedarse dormido (a) en la primera media hora?					
a. ¿No despertarse durante la noche o la madrugada?					
b. ¿Tener que levantarse temprano para ir al baño?					
c. ¿No poder respirar bien?					
d. ¿Toser o roncar ruidosamente?					
e. ¿Sentir frío?					
f. ¿Sentir demasiado calor?					
g. ¿Tener pesadillas o "malos sueños"?					
h. ¿Sufrir dolores?					
i. Otras razones: _____?					
j.					

**6. En las últimas 4 semanas,** (marcar la opción más apropiada).

	0. NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?					
¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por el médico?					

**7. En las últimas 4 semanas** (marcar la opción más apropiada)

	0. NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, ¿comía o desarrollaba alguna actividad?					
¿Ha representado para usted mucho problema el “mantenerse despierto (a)” cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?					

**8. ¿Qué tanto problema ha tenido para mantenerse animado (a) o entusiasmado (a) al llevar a cabo sus tareas o actividades? (acepte una respuesta).**

0. Nada
1. Poco
2. Regular o moderado
3. Mucho o bastante

**9. ¿Cómo valoraría o calificaría la calidad de sueño?**

0. Bastante bueno
1. Bueno
2. Malo
3. Bastante malo

---

**Hoja de calificación**

---

Componente		
1	#9 puntuación	C1.....
Componente	#2 puntuación (menos de 15 min: 0, 31-60 min: 2, más de	
2	60 min: 3+ #5a puntuación (si la suma es igual a=0; 1-2:1;3-4:2;5-6:3)	C2.....
Componente		
3	#4 puntuación (más de 7:0, 6-7:1, 5-6:2, menos de 5:3)	C3.....
Componente	(Total # de horas dormido) / (Total # de horas en cama)	
4	x100. Más del 85%: 0, 75-84%:1, 65-74%:2, menos del 65%:3	C4.....
Componente	#Suma de puntuaciones 5b a 5j (0: 0; 1-9:1;10-18:2;19-	
5	27:3)	C5.....
Componente		
6	#6 puntuaciones	C6.....
Componente		
7	#7 puntuaciones + #8 puntuaciones (0:0; 1-2:1;3-4:2;5-6:3)	C7.....
Sume las puntuaciones de los siete componentes.....		ICSP puntuación global.....

---

### Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición



#### **INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

ESCALA DE EMPATÍA MÉDICA DE JEFFERSON (EEMJ)

#### **I. DATOS GENERALES**

Título de la Investigación: CUIDADO EMPÁTICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DE UNA CLÍNICA, AREQUIPA-2022

Nombre del Experto: APARCANA HERNANDEZ José Carlos

#### **II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:**

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Sí cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Sí cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Sí cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Sí cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Sí cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Sí cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Sí cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Sí cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Sí cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Sí cumple	

### III. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento cumple con los aspectos de validez, por lo tanto, el instrumento es aplicable.

  
José Carlos Apurípuh Hernández  
DOCTOR EN EDUCACION  
DNI 21553760

**Adjuntar al formato:**

- \*Matriz de consistencia de la investigación (Cuantitativo) ó matriz de categorización apriorística (cualitativo)
- \*Matriz de Operacionalización de variables (Cuantitativo) ó matriz de categorías y subcategorías (Cualitativo)
- \*Instrumento(s) de recolección de datos



**INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

**I. DATOS GENERALES**

Título de la Investigación: CUIDADO EMPÁTICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DE UNA CLÍNICA, AREQUIPA-2022

Nombre del Experto: APARCANA HERNANDEZ José Carlos

**II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:**

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Si cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Si cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Si cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Si cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Si cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Si cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Si cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Si cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Si cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Si cumple	



### III. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento cumple con los aspectos de validez, por lo tanto, el instrumento es aplicable.

  
Jose Carlos Aparicio Hernandez  
DOCTOR EN EDUCACION  
DNI 21553760

**Adjuntar al formato:**

- \*Matriz de consistencia de la investigación (Cuantitativo) ó matriz de categorización apriorística (cualitativo)
- \*Matriz de Operacionalización de variables (Cuantitativo) ó matriz de categorías y subcategorías (Cualitativo)
- \*Instrumento(s) de recolección de datos



**INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

**I. DATOS GENERALES**

Título de la Investigación: *Impacto empírico y calidad del Servicio en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica Arequipa 2022*

Nombre del Experto: *Monserate Flores Solman*

**II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:**

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>Si Cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>Si Cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>Si Cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	<i>Si Cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>Si Cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>Si Cumple</i>	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos técnicos del tema investigado	<i>Si Cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>Si Cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>Si Cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	<i>Si Cumple</i>	

III. OBSERVACIONES GENERALES

  
Apellidos y Nombres del validador:  
Grado académico:  
N°. DNI: 24426344

**Adjuntar al formato:**

- \*Matriz de consistencia de la investigación (Cuantitativo) ó matriz de categorización a priori (cualitativo)
- \*Matriz de Operacionalización de variables (Cuantitativo) ó matriz de categorías y subcategorías (Cualitativo)
- \*Instrumento(s) de recolección de datos



**INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

**I. DATOS GENERALES**


Título de la Investigación: Validación empírica y calidad de vida en el personal de enfermería en las áreas críticas de una clínica de urgencias

Nombre del Experto: Lic. Susy H. Amoz Bolognini

**II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:**

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Coherencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos técnicos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

  
Cecilia María Gómez  
Estructura Organizacional  
C.A. 4155

Apeellidos y Nombres del validador:  
Grado académico:  
N°. DNI: 41413224

Adjuntar al formato:  
\*Matriz de consistencia de la investigación (Cuantitativo) ó matriz de categorización  
apriorística (cualitativo)  
\*Matriz de Operacionalización de variables (Cuantitativo) ó matriz de categorías y  
subcategorías (Cualitativo)  
\*Instrumento(s) de recolección de datos

## Anexo 4: Base de datos

				RESPUESTAS CODIFICADAS									
				Cuidado Empático									
				Toma de perspectiva									
Encuestado	EDAD	EDAD	SEXO	V1_CE_D1_TP_P2	V1_CE_D1_TP_P4	V1_CE_D1_TP_P5	V1_CE_D1_TP_P9	V1_CE_D1_TP_P10	V1_CE_D1_TP_P13	V1_CE_D1_TP_P15	V1_CE_D1_TP_P16	V1_CE_D1_TP_P17	V1_CE_D1_TP_P20
1	29	1	2	3	6	4	4	5	4	3	4	5	5
2	29	1	1	5	4	5	5	6	5	6	5	5	5
3	34	2	1	7	7	5	6	7	2	1	7	7	7
4	32	2	1	5	4	6	5	4	5	5	5	6	5
5	28	1	2	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	35	2	1	3	6	4	4	5	4	3	4	5	5
7	32	2	2	6	6	4	6	7	5	4	2	6	7
8	29	1	2	5	5	4	5	5	5	5	5	6	5
9	40	3	2	1	6	5	6	7	4	3	4	5	5
10	30	1	1	5	6	5	6	5	4	5	5	4	4
11	35	2	1	6	6	3	6	5	4	4	2	5	6
12	30	1	2	6	6	4	6	6	6	1	6	6	6
13	31	2	2	6	6	5	6	5	5	5	3	6	6
14	37	2	2	5	4	6	5	4	5	5	5	6	5
15	36	2	2	5	4	5	5	5	6	5	6	5	5
16	28	1	2	5	5	4	5	5	4	5	5	5	6
17	25	1	1	5	4	5	3	5	5	6	4	6	6
18	29	1	2	4	5	6	5	5	3	4	5	4	5
19	38	3	2	4	5	3	4	5	4	2	4	5	5
20	35	2	2	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
21	31	2	2	4	5	3	4	5	4	2	4	5	5
22	32	2	2	5	6	5	6	5	5	5	6	5	5
23	36	2	2	6	6	4	1	4	4	5	5	6	6
24	33	2	2	5	4	5	6	5	6	5	5	6	4
25	30	1	2	5	5	4	6	4	4	5	3	6	5
26	35	2	2	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
27	24	1	2	5	4	6	5	4	5	5	5	6	5
28	38	3	2	5	5	4	4	5	3	5	5	5	5
29	38	3	2	4	5	4	3	5	6	6	6	5	5
30	37	2	2	4	5	5	3	5	6	6	5	4	5
31	30	1	2	5	6	5	6	5	6	4	5	4	5
32	33	2	2	5	5	6	5	5	4	5	5	5	6
33	35	2	1	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5
34	36	2	2	4	5	4	5	6	4	5	4	5	4
35	36	2	2	5	4	5	5	6	5	6	5	5	5
36	34	2	2	5	4	4	5	5	4	5	6	5	5
37	34	2	2	5	5	6	5	4	5	4	5	5	4
38	34	2	2	6	6	4	6	6	6	1	6	6	6
39	30	1	2	4	5	4	5	6	4	5	4	5	4
40	32	2	2	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4
41	43	3	2	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5
42	28	1	2	5	4	3	4	5	5	6	4	5	5
43	36	2	2	4	5	4	5	6	4	5	5	4	4
44	30	1	1	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5
45	37	2	2	6	5	4	5	4	5	6	6	5	5
46	32	2	2	6	6	5	6	5	5	5	3	6	6
47	29	1	2	2	6	3	6	6	3	3	2	7	7
48	37	2	2	5	4	5	5	6	5	6	5	5	5
49	36	2	2	5	5	3	5	3	4	4	5	5	5
50	34	2	1	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5

				Cuidado Empático											
				Atención con compasión									Habilidad de ponerse en el lugar del paciente		
Encuestado	EDAD	EDAD	SEXO	V1_CE_D2_AC_P1	V1_CE_D2_AC_P7	V1_CE_D2_AC_P8	V1_CE_D2_AC_P11	V1_CE_D2_AC_P12	V1_CE_D2_AC_P14	V1_CE_D2_AC_P18	V1_CE_D2_AC_P19	V1_CE_D3_HPLP_P3	V1_CE_D3_HPLP_P6		
1	29	1	2	5	4	5	2	4	6	5	3	4	5		
2	29	1	1	4	5	5	6	5	5	5	3	4	5		
3	34	2	1	5	6	5	4	5	6	6	5	5	6		
4	32	2	1	5	4	5	6	5	5	5	6	6	5		
5	28	1	2	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5		
6	35	2	1	5	4	5	2	4	6	5	3	4	5		
7	32	2	2	7	7	6	1	7	7	5	4	6	7		
8	29	1	2	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5		
9	40	3	2	3	5	5	6	6	5	4	5	2	6		
10	30	1	1	5	4	5	5	6	5	6	6	5	5		
11	35	2	1	6	6	5	2	6	6	5	5	6	6		
12	30	1	2	6	6	6	1	6	6	6	2	6	6		
13	31	2	2	2	2	6	2	5	6	6	3	5	6		
14	37	2	2	5	4	5	6	5	5	5	6	6	5		
15	36	2	2	5	3	4	3	4	5	6	6	3	5		
16	28	1	2	5	5	5	5	5	4	5	5	3	5		
17	25	1	1	5	6	5	4	5	6	5	3	2	5		
18	29	1	2	5	4	4	5	6	5	5	3	5	5		
19	38	3	2	5	5	6	5	4	5	6	5	5	5		
20	35	2	2	5	5	4	5	6	5	5	3	3	5		
21	31	2	2	5	5	6	5	4	5	6	5	5	5		
22	32	2	2	4	5	5	5	5	6	6	5	4	5		
23	36	2	2	6	6	6	1	6	6	6	5	6	6		
24	33	2	2	5	5	5	4	6	5	5	3	5	6		
25	30	1	2	2	2	5	2	6	6	5	2	2	6		
26	35	2	2	4	5	5	5	5	6	6	6	4	6		
27	24	1	2	5	4	5	6	5	5	5	6	6	5		
28	38	3	2	5	5	5	4	6	5	5	5	3	6		
29	38	3	2	6	6	5	5	5	6	6	3	3	5		
30	37	2	2	5	3	6	6	5	6	5	6	5	4		
31	30	1	2	5	4	5	5	6	5	4	5	4	5		
32	33	2	2	3	5	5	6	3	6	6	6	4	6		
33	35	2	1	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5		
34	36	2	2	5	4	5	5	4	5	5	5	6	5		
35	36	2	2	4	5	5	6	5	5	5	3	4	5		
36	34	2	2	3	5	5	5	5	4	5	3	3	5		
37	34	2	2	5	5	4	3	6	4	5	4	3	4		
38	34	2	2	6	6	6	1	6	6	6	2	6	6		
39	30	1	2	5	4	5	5	4	5	5	5	6	5		
40	32	2	2	5	6	5	6	5	6	4	4	5	4		
41	43	3	2	4	3	3	4	5	5	4	5	5	5		
42	28	1	2	4	5	5	4	6	5	5	6	3	5		
43	36	2	2	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5		
44	30	1	1	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5		
45	37	2	2	5	5	6	5	6	5	6	5	3	5		
46	32	2	2	2	2	6	2	5	6	6	3	5	6		
47	29	1	2	6	6	2	7	5	2	6	3	5	2		
48	37	2	2	4	5	5	6	5	5	5	3	4	5		
49	36	2	2	6	6	5	3	6	5	5	4	5	6		
50	34	2	1	2	4	5	4	5	5	4	5	3	5		

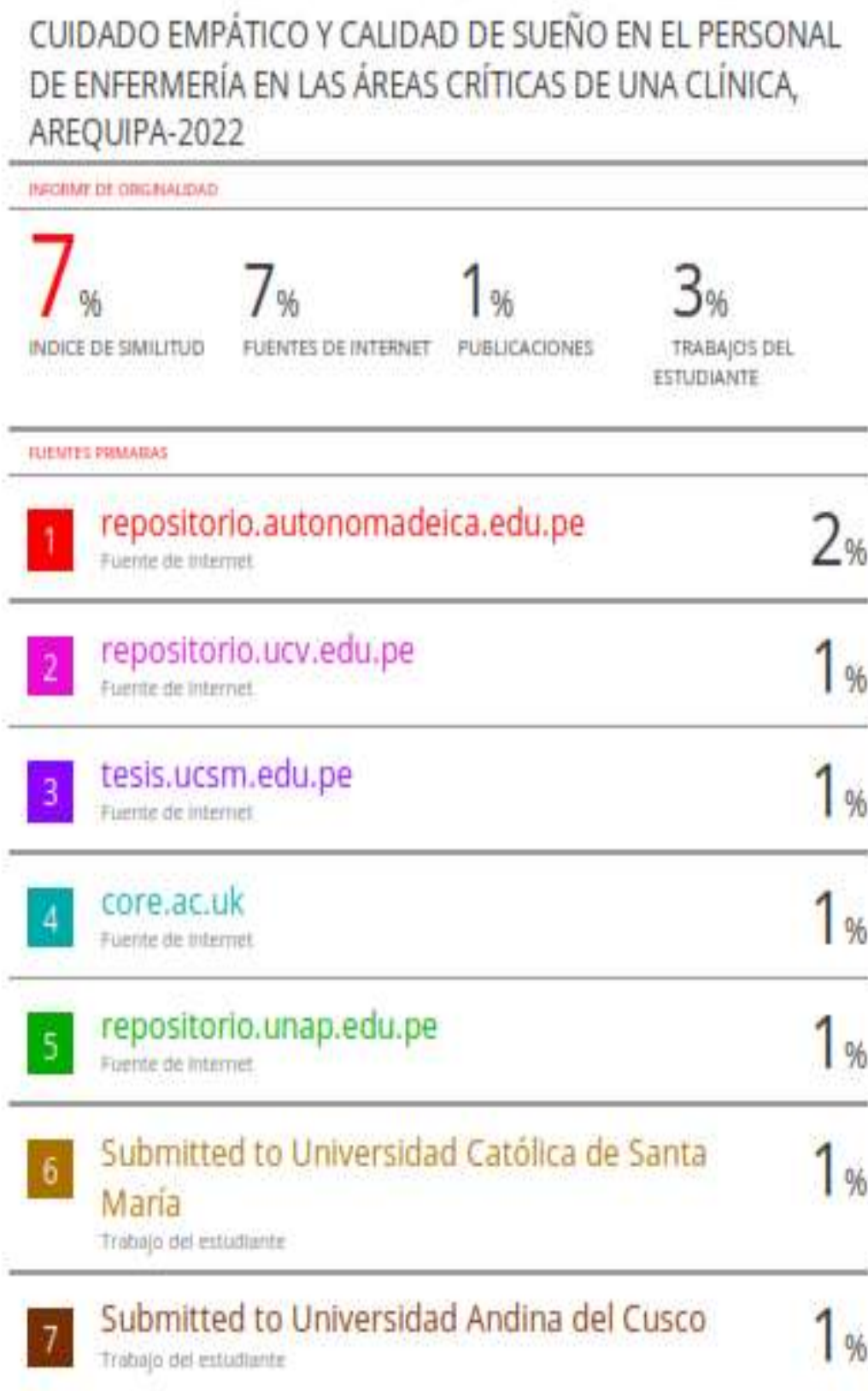
				Calidad del sueño				
				Calidad subjetiva del sueño	Latencia del sueño		Duración del dormir	Eficiencia habitual del sueño
Encuestado	EDAD	EDAD	SEXO	V2_CS_C1_CSBS_P9	V2_CS_C2_LACS_P2	V2_CS_C2_LACS_P5a	V2_CS_C3_DURDOR_F	V2_CS_C4_EES_(P5/P3-P1)*100
1	29	1	2	2	1	2	5	71
2	29	1	1	2	0	2	5	100
3	34	2	1	1	1	2	6	100
4	32	2	1	1	0	2	4	100
5	28	1	2	1	1	1	5	83
6	35	2	1	1	1	1	4	100
7	32	2	2	1	0	1	4	100
8	29	1	2	1	1	3	4	100
9	40	3	2	1	1	1	4	100
10	30	1	1	0	0	1	6	100
11	35	2	1	0	0	2	5	83
12	30	1	2	1	0	0	4	100
13	31	2	2	1	2	0	5	83
14	37	2	2	1	0	0	5	100
15	36	2	2	1	2	1	5	83
16	28	1	2	1	1	1	3	100
17	25	1	1	1	2	0	5	83
18	29	1	2	1	1	1	5	100
19	38	3	2	1	1	1	6	100
20	35	2	2	1	0	1	5	100
21	31	2	2	1	2	1	5	71
22	32	2	2	0	0	1	4	100
23	36	2	2	1	0	0	5	100
24	33	2	2	0	2	0	6	100
25	30	1	2	1	2	0	5	63
26	35	2	2	0	0	0	6	86
27	24	1	2	0	2	2	6	75
28	38	3	2	1	0	0	6	100
29	38	3	2	0	1	0	5	83
30	37	2	2	1	0	0	6	86
31	30	1	2	1	0	0	6	86
32	33	2	2	0	0	0	6	86
33	35	2	1	1	0	1	7	88
34	36	2	2	1	1	0	6	86
35	36	2	2	1	2	0	5	100
36	34	2	2	1	0	0	5	71
37	34	2	2	1	0	0	5	63
38	34	2	2	1	0	0	6	75
39	30	1	2	1	1	0	5	100
40	32	2	2	0	0	0	6	86
41	43	3	2	1	1	1	5	71
42	28	1	2	1	1	1	7	100
43	36	2	2	1	2	0	7	88
44	30	1	1	0	0	1	6	75
45	37	2	2	1	0	0	4	100
46	32	2	2	0	0	0	6	75
47	29	1	2	1	1	3	6	100
48	37	2	2	1	0	0	5	83
49	36	2	2	1	2	0	6	100
50	34	2	1	1	1	2	6	86



				Calidad del sueño								
				Alteración del sueño								
Encuestado	EDAD	EDAD	SEXO	V2_CS_C5_AS_P5b	V2_CS_C5_AS_P5c	V2_CS_C5_AS_P5d	V2_CS_C5_AS_P5e	V2_CS_C5_AS_P5f	V2_CS_C5_AS_P5g	V2_CS_C5_AS_P5h	V2_CS_C5_AS_P5i	
1	29	1	2	3	3	3	1	2	3	2	3	
2	29	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	
3	34	2	1	2	3	1	2	2	1	1	1	
4	32	2	1	2	1	0	1	2	1	1	0	
5	28	1	2	0	0	0	0	2	2	3	1	
6	35	2	1	2	1	0	0	1	2	1	0	
7	32	2	2	2	0	0	0	2	1	1	0	
8	29	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	
9	40	3	2	1	2	0	0	2	1	1	0	
10	30	1	1	2	1	0	0	0	2	1	1	
11	35	2	1	1	2	1	0	0	1	2	0	
12	30	1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	
13	31	2	2	1	3	0	0	0	0	0	2	
14	37	2	2	1	2	0	0	1	2	0	0	
15	36	2	2	2	3	0	0	1	1	0	0	
16	28	1	2	0	1	0	0	0	0	0	3	
17	25	1	1	2	3	0	0	2	0	0	3	
18	29	1	2	0	0	1	0	0	0	0	3	
19	38	3	2	0	1	0	0	0	0	1	0	
20	35	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	
21	31	2	2	0	1	0	0	0	0	1	1	
22	32	2	2	0	1	0	0	0	0	0	1	
23	36	2	2	0	1	0	0	0	1	0	1	
24	33	2	2	0	1	0	0	1	0	0	1	
25	30	1	2	1	1	0	0	0	1	1	0	
26	35	2	2	0	1	0	0	0	0	1	1	
27	24	1	2	0	2	0	0	0	3	0	0	
28	38	3	2	1	1	0	0	0	0	1	0	
29	38	3	2	1	0	0	0	1	1	1	1	
30	37	2	2	0	1	0	3	0	0	0	2	
31	30	1	2	0	1	0	0	0	0	1	0	
32	33	2	2	1	0	0	0	2	0	3	2	
33	35	2	1	0	1	0	0	1	0	3	3	
34	36	2	2	1	2	0	0	1	1	2	0	
35	36	2	2	1	0	0	0	1	0	0	1	
36	34	2	2	1	0	0	1	1	0	2	0	
37	34	2	2	1	0	0	0	1	0	1	0	
38	34	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	
39	30	1	2	1	0	0	0	1	0	0	1	
40	32	2	2	1	0	0	0	2	0	1	0	
41	43	3	2	0	1	0	0	0	0	0	1	
42	28	1	2	0	0	0	0	2	2	3	1	
43	36	2	2	1	0	0	0	1	0	0	1	
44	30	1	1	2	1	0	0	0	2	1	1	
45	37	2	2	0	1	0	3	0	0	0	2	
46	32	2	2	1	0	0	0	2	0	1	0	
47	29	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	
48	37	2	2	0	1	0	3	0	0	0	2	
49	36	2	2	1	0	0	0	1	0	0	1	
50	34	2	1	2	3	1	2	2	1	1	1	

				Calidad del sueño				
				Uso de medicamento para dormir		Disfunción diurna		
Encuestado	EDAD	EDAD	SEXO	CS_C6_USOMEDDOR_P	CS_C6_USOMEDDOR_P	2_CS_C7_DISFUNDIU_P7	2_CS_C7_DISFUNDIU_P7	2_CS_C7_DISFUNDIU_P
1	29	1	2	0	0	1	0	1
2	29	1	1	0	0	1	0	1
3	34	2	1	0	0	2	0	1
4	32	2	1	0	0	0	0	3
5	28	1	2	0	0	1	1	1
6	35	2	1	0	0	0	0	2
7	32	2	2	0	0	0	0	1
8	29	1	2	0	0	0	0	2
9	40	3	2	0	0	0	0	1
10	30	1	1	0	0	0	0	2
11	35	2	1	0	0	0	0	2
12	30	1	2	0	0	0	1	2
13	31	2	2	0	0	1	1	1
14	37	2	2	0	0	0	1	1
15	36	2	2	0	0	1	0	1
16	28	1	2	0	0	2	1	1
17	25	1	1	0	0	1	1	1
18	29	1	2	2	2	2	2	1
19	38	3	2	0	0	3	3	2
20	35	2	2	0	3	0	1	1
21	31	2	2	0	0	0	1	1
22	32	2	2	0	0	1	1	1
23	36	2	2	0	0	1	1	1
24	33	2	2	0	0	1	1	1
25	30	1	2	2	2	2	2	2
26	35	2	2	0	0	1	1	1
27	24	1	2	0	0	3	3	2
28	38	3	2	1	1	2	2	2
29	38	3	2	0	0	0	0	2
30	37	2	2	0	1	0	0	1
31	30	1	2	0	0	0	0	2
32	33	2	2	0	0	0	0	2
33	35	2	1	0	0	0	1	1
34	36	2	2	0	1	0	2	2
35	36	2	2	0	0	0	2	2
36	34	2	2	2	2	1	1	2
37	34	2	2	0	1	0	0	2
38	34	2	2	0	0	0	1	2
39	30	1	2	0	1	2	3	2
40	32	2	2	0	1	0	1	1
41	43	3	2	0	1	1	1	1
42	28	1	2	0	0	1	1	1
43	36	2	2	0	0	0	2	2
44	30	1	1	0	0	0	0	2
45	37	2	2	0	1	0	0	1
46	32	2	2	0	1	0	1	1
47	29	1	2	0	0	0	0	2
48	37	2	2	0	1	0	0	1
49	36	2	2	0	0	0	2	2
50	34	2	1	0	0	2	0	1

## Anexo 5: Informe de turnitin al 28% de similitud



## Anexo 6: Evidencias fotográficas



## **Anexo 7: Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante la presente, se le invita a participar de la investigación denominada **“CUIDADO EMPÁTICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DE UNA CLÍNICA, AREQUIPA-2022”** realizada por los Bachilleres en Relaciones Industriales **Joseline Luna Arias y María Ccoa Paccori** pertenecientes a la Programa Académico de Enfermería de la Universidad Autónoma de Ica.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que como objetivo principal se pretende determinar el grado de relación entre el cuidado empático y la calidad de sueño del personal de enfermería de las áreas críticas de la ciudad de Arequipa.

Se le resalta que la investigación no implicará ningún daño a su integridad y los datos serán tratados solo con fines investigativos.

Desde ya agradecemos su colaboración.

Yo, \_\_\_\_\_, acepto voluntariamente participar en el estudio para fines convenientes del mismo.

## Anexo 8: Constancia de aplicación

SOLICITUD: Aplicar encuesta de tesis en áreas críticas

DR. CARLOS EDUARDO MELCHOR MACHADO

DIRECTOR MEDICO

CLINICA AUNA sede VALLESUR

YO, MARIA ELENA DELSI CCOA PACORI con DNI 43382703

Con domicilio en la Asociación Carlos Baca Flor Mz "B" Lte "11"

Distrito de Cerro Colorado provincia y departamento de Arequipa

Estudiante de la Facultad de ciencias de la Salud del programa

Académico de Enfermería de la Universidad AUTONOMA DE ICA

Me es grato saludarla y a la vez solicitarle autorización para poder aplicar encuesta de tesis en áreas críticas y poder continuar con el desarrollo de mi investigación ya que mi proyecto está relacionado con las áreas de EMERGENCIA, UCI, UCIN.

Que tiene como título "CUIDADO EMPATICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS AREAS CRITICAS DE UNA CLINICA DE AREQUIPA-2022".

Ya que dicha encuesta será aplicada al personal de enfermería sin ocasionar inconvenientes ni incomodidad teniendo como plazo de 4 semanas para aplicarla.

Por la cual esperando a que acceda a mi solicitud y agradecimiento de antemano

ADJUNTO: - constancia de aprobación de tesis

- Proyecto de tesis

Atentamente

Arequipa de 7 de julio del 2022

auna Clínica  
Vallesur  
**APROBADO**

**AUNA VALLESUR**

MARIA ELENA DELSI CCOA PACORI

43382703

SOLICITUD: Aplicar encuesta de tesis en áreas críticas

LIC. CARMEN ELENA MOSCOSO VARGAS

JEFA DE ENFERMERIA

CLINICA AUNA sede VALLESUR

YO, MARIA ELENA DELSI CCOA PACORI con DNI 43382703

Con domicilio en la Asociación Carlos Baca Flor Mz "B-Lte"11"

Distrito de Cerro Colorado provincia y departamento de

Arequipa

Estudiante de la Facultad de ciencias de la Salud del programa

Académico de Enfermería de la Universidad AUTONOMA DE ICA

Me es grato saludarla y a la vez solicitarle autorización para poder aplicar encuesta de tesis en áreas críticas y poder continuar con el desarrollo de mi investigación ya que mi proyecto está relacionado con las áreas de EMERGENCIA, UCI, UCIN.

Que tiene como título "CUIDADO EMPATICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS AREAS CRITICAS DE UNA CLINICA DE AREQUIPA-2022".

Ya que dicha encuesta será aplicada al personal de enfermería sin ocasionar inconvenientes ni incomodidad teniendo como plazo de 4 semanas para aplicarla.

Por la cual esperando a que acceda a mi solicitud y agradecimiento de antemano

ADJUNTO: - constancia de aprobación de tesis

- Proyecto de tesis

Atentamente

Arequipa de 7 de julio del 2022

  
**APROBADO**  
**AUNA VALLESUR**



MARIA ELENA DELSI CCOA PACORI

43382703

SOLICITUD: Aplicar encuesta de tesis en áreas críticas

SRTA. JIMENA ISABEL PORTILLA INFANTAS

ANALISTA DE GESTION HUMANA

CLINICA AUNA sede VALLESUR

YO, MARIA ELENA DELSI CCOA PACORI con DNI 43382703

Con domicilio en la Asociación Carlos Baca Flor Mz "B" Lte "11"

Distrito de Cerro Colorado provincia y departamento de

Arequipa

Estudiante de la Facultad de ciencias de la Salud del programa

Académico de Enfermería de la Universidad AUTONOMA DE ICA

Me es grato saludarla y a la vez solicitarle autorización para poder aplicar encuesta de tesis en áreas críticas y poder continuar con el desarrollo de mi investigación ya que mi proyecto está relacionado con las áreas de EMERGENCIA, UCI, UCIN.

Que tiene como titulo "CUIDADO EMPATICO Y CALIDAD DE SUEÑO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS AREAS CRITICAS DE UNA CLINICA DE AREQUIPA-2022".

Ya que dicha encuesta será aplicada al personal de enfermería sin ocasionar inconvenientes ni incomodidad teniendo como plazo de 4 semanas para aplicarla.

Por la cual esperando a que acceda a mi solicitud y agradecimiento de antemano

ADJUNTO: - constancia de aprobación de tesis

- Proyecto de tesis

Atentamente

Arequipa de 7 de julio del 2022

auna Clínica  
Vallesur  
**AFROBADO**

**AUNA VALLESUR**



MARIA ELENA DELSI CCOA PACORI

43382703