



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO

“RELACIÓN ENTRE LAS
DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD
Y LA CALIDAD DE SUEÑO EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON
MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA

SUSANA BEATRIZ SILVA MOSTAJO

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR DE TESIS

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por ser el pilar de mi vida.

DEDICATORIA.

Con mucho amor, cariño y admiración a mi esposo

Fredy por guiar con sabiduría y ternura nuestra familia así como también por motivarme a ser mejor cada día.

Con el amor más sublime a nuestro hijo Santiaguito, por ser la alegría de nuestras vidas.

Con cariño a mis padres Juan y Lula por su dedicación, entrega, enseñanzas, apoyo y amor incondicional en cualquier circunstancia de la vida.

Con cariño a mis hermanos, Juan, Judith, José Miguel y Ana Cecilia por ser los mejores cómplices, amigos y compañeros.

A mis sobrinos Farita y Josué por ser fuente de motivación y alegría en la familia.

Con gratitud y cariño a mi asesor de tesis, al Dr. Giancarlo Ojeda, por su constante supervisión, apoyo y enseñanzas.

Gracias a mis maestros y amigos que permitieron concretar éste trabajo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 LIMITACIONES DE INVESTIGACIÓN	8
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS.....	10
2.1.1 PERSONALIDAD TEORÍAS DE LOS RASGOS	10
2.1.2 SUEÑO.....	19
2.1.3 CALIDAD DE SUEÑO.....	23
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	32
2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES	37
2.4 HIPÓTESIS	39
2.4.1 Hipótesis General	39
2.4.2 Hipótesis Específicas.....	39
CAPÍTULO III: METODOLOGIA.....	40
3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
3.3 NATURALEZA DE LA POBLACIÓN.....	41

3.4	INSTRUMENTOS	43
3.5	PROCEDIMIENTO	48
3.6	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	49
	CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	50
	CAPÍTULO V: DISCUSION.....	61
	CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	65
	RECOMENDACIONES.....	66
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	67
	ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 01: MODELO COGNITIVO DEL INSOMNIO.....	24
FIGURA N°02: MODELO COGNITIVO COMPORTAMENTAL INTERACTIVO DE LA SOMNOLENCIA	26
FIGURA N° 03: MODELO DE MICROANÁLISIS DEL INSOMNIO...	27
FIGURA N°04: MODELO COMPORTAMENTAL INTERACTIVO....	28
FIGURA N° 05: MODELO “MAL” DORMIR Y “MALA” CALIDAD..	31

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38
TABLA N° 02: DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y CALIDAD DE SUEÑO.....	50
TABLA N° 03: DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD SEGÚN SEXO.....	51
TABLA N° 04: CALIDAD DE SUEÑO SEGÚN SEXO	52
TABLA N° 05: COORELACIONES ENTRE DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y LA CALIDAD DE SUEÑO.....	54
TABLA N° 06: DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD SEGÚN ESCUELA PROFESIONAL.....	55
TABLA N° 07: CALIDAD DE SUEÑO SEGÚN ESCUELA PROFESIONAL.....	56

TABLA N° 08: CORRELACIONES ENTRE DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y LA CALIDAD DE SUEÑO SEGÚN ESCUELA PROFESIONAL.....	57
TABLA N°09: NÚMERO DE HORAS DE SUEÑO SEGÚN ESCUELA PROFESIONAL.....	58
TABLA N°10: OR PARA DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y CALIDAD DE SUEÑO.....	59

RESUMEN

El presente trabajo de investigación pretende determinar la asociación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios; la muestra estuvo conformada por 367 estudiantes, universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud, de estos 104 varones y 263 mujeres. En el presente estudio se emplearon dos instrumentos de evaluación, el primero el Big Five Personality Trait Short Questionnaire, para valorar las dimensiones de la personalidad, presentando alpha de cronbach, según dimensiones: Apertura 0.57, Extraversión 0.56, Amabilidad 0.66, Responsabilidad 0.51 y Estabilidad 0.43 y el segundo, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, para evaluar la calidad de sueño, con un alpha de cronbach de 0.66. Los resultados señalan que dos de las cinco dimensiones de la personalidad tienen asociaciones significativas con la calidad de sueño, siendo las dimensiones de amabilidad y estabilidad presentan un coeficiente de $r = ,18$; y de $,21$ respectivamente, las que revelan una asociación significativa al nivel 0,01. Finalmente se discuten las implicancias en la práctica clínica de los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVES: *Dimensiones de la personalidad, Calidad de sueño, Big Five, Pittsburg, estudiantes universitarios.*

ABSTRACT

The present research work aims to determine the association between personality dimensions and sleep quality in university students. The sample consisted of 367 students, university students of the Faculty of Health Sciences, of these 104 men and 263 women. In the present study, two evaluation instruments were used, the first the Big Five Personality Trait Questionnaire, to assess personality dimensions, presenting cronbach's alpha, according to dimensions: Opening 0.57, Extraversion 0.56, Friendliness 0.66, Responsibility 0.51 and Stability 0.43 and the second, the Pittsburg Sleep Quality Index, to assess sleep quality, with a cronbach alpha of 0.66. The results indicate that the two dimensions of the personality have significant association with the quality of the sleep, being the dimensions of the kindness and the stability of a coefficient of $r = .18$; and of $.21$, respectively, which reveal a significant association at the 0.01 level. Finally, the implications in the clinical practice of the results are discussed.

KEY WORDS: *Personality dimensions, Quality of sleep, Big Five, Pittsburg, university students.*

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende determinar la relación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud, matriculados en el ciclo académico II-2018.

La calidad de sueño es un factor relevante para la calidad de vida, donde su deterioro podría generar problemas en la salud física y mental; por lo que conocer la relación que pueda tener con cada una de las dimensiones de la personalidad, siendo éstas: apertura, extraversión, amabilidad, responsabilidad y estabilidad nos podría brindar datos relevantes para diseñar programas de intervención en relación al cuidado del sueño. Del mismo modo para promover la amabilidad y estabilidad emocional, considerando su asociación con la calidad de sueño.

El presente trabajo de investigación presenta seis capítulos:

En el primer capítulo se presenta la identificación del problema, justificación del problema, limitaciones de la investigación y objetivos del trabajo de investigación. En este capítulo conoceremos la necesidad de estudiar la relación entre las cinco dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño, necesidad que se convierte en el objetivo principal del presente estudio.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, antecedentes de la investigación, definición conceptual y operacional de las variables de investigación seguidamente el planteamiento de la hipótesis. Encontraremos dos teorías que sostienen el presente estudio, siendo éstas: el Modelo de los Cinco Grandes

conocido como el modelo del Big Five y el Modelo Conductual Interactivo de la Calidad de Sueño.

En el tercer capítulo presentamos la metodología de investigación, donde se señala el tipo, nivel y diseño de investigación; el cual es seguido por la descripción de la muestra, instrumentos y procedimientos. En este apartado se presentarán dos instrumentos de medición como el Big Five Personality Trait Short Questionnaire (BFPTSQ) y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP).

En el cuarto capítulo encontramos los resultados del trabajo de investigación, donde responderemos a la pregunta de investigación ¿Qué relación existe entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios?; así mismo desarrollaremos los objetivos de investigación.

En el quinto capítulo presentamos la discusión de los resultados encontrados haciendo un análisis con estudios previos relacionados a la relación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño.

Sexto capítulo, es el último apartado de nuestra investigación, aquí apreciamos las conclusiones a las que se arribaron en este estudio a si mismo brindaremos algunas recomendaciones en base a los resultados encontrados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pérdida del sueño tiene un impacto medible en la disminución del rendimiento de las funciones cognitivas y sobre las estructuras biológicas que respaldan el rendimiento cognitivo; asimismo, causa reducciones en la velocidad del procesamiento y de la atención. Los déficits cognitivos empeoran con el pasar del tiempo pero pueden revocarse al retomar el sueño normal. Del mismo modo, se afirma, que los trastornos de sueño son una característica muy importante de las condiciones neuropsicológicas que contribuyen al patrón de deterioro cognitivo (Waters and Bucks, 2011).

En líneas anteriores se señala que la pérdida del sueño produce un impacto negativo en las funciones neuropsicológicas; pues bien, ésta también ocasiona modificaciones en las actividades diarias de las personas; es decir, que influye en el deterioro del área social como en el rendimiento laboral, escolar, en las relaciones interpersonales, en la seguridad vial y en otras áreas (Carskadon, 1990; citado por Sierra, Jiménez y Martín, 2018).

Con lo expuesto, se identifica la relevancia de conservar la calidad de sueño para gozar del bienestar físico, mental y socio emocional; ya que éste es un factor determinante para la salud. Es así que se trata de identificar factores que puedan relacionarse de manera positiva o negativa con la calidad de sueño, en la búsqueda

de éstos factores encontramos cinco dimensiones de la personalidad que podrían tener algún tipo de relación con la calidad de sueño; éstas cinco dimensiones o factores de la personalidad conformarían “una estructura común de la personalidad humana, que trasciende las diferencias culturales” (McCrae y Costa, citado por Schultz y Schultz, 2010). Modelo teórico propuesto por Robert McCrae y Paul Costa; donde algunas dimensiones de la personalidad como el neuroticismo tiene mayor relación con síntomas internalizantes (depresión, conducta fóbica y ansiosa), (Ruipérez, 2001, citado en Maestre, et al., 2006) del mismo modo la amabilidad y responsabilidad mantienen relaciones negativas con síntomas externalizantes (problemas de conducta) (Mervielde, 2005 citado en Maestre, et al., 2006). Por lo que tener niveles altos en algunos factores de la personalidad generaría un impacto negativo y/o favorable en nuestro bienestar en general, en consecuencia la calidad de sueño se vería afectada.

Siguiendo la misma línea, se hallan diferencias en las dimensiones de la personalidad en cuanto al sexo, ello evidenciado en estudios como el de Relación de la personalidad y los factores de internalización y externalización en niños realizado por Maestre, et al. (2006), en el cual se observan diferencias de síntomas de internalización y externalización; donde los niños resultaron ser “más inquietos, agresivos, desobedientes, mentirosos y burlones que las niñas” (Caraveo, et., 1992; Macías, et al., 1986; Valencia y Andrade, 2005; citado en Maestre, et al., 2006). Lo que nos invita a conocer si existen diferencias en la relación de dimensiones de la personalidad y en la calidad de sueño, en cuanto al sexo en estudiantes universitarios.

Finalmente frente a la necesidad de conocer la relación mencionada, es que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios?

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La baja calidad de sueño representa un grave problema clínico en las personas que lo padecen, debido a que tiene impacto a nivel neuropsicológico como en el deterioro de las actividades diarias. De los trastornos del sueño es el insomnio el más frecuente, donde más del 50% (Sarrias, 2007) de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio cuando son interrogados sobre su sueño y el 30% (Sarrias, 2007) refiere su malestar por propia voluntad y únicamente el 5% (Sarrias, 2007) van al médico con en busca de tratamiento por dicha dificultad. Así mismo señalan que de un 10 a 15% (Sarrias, 2007) de la población adulto tiene insomnio crónico.

Es por ello que el sueño es un factor importante que contribuye al alcance del bienestar físico y psicológico, es un indicador del estado de salud general, el bienestar y la calidad de vida en las personas con diagnóstico clínico así como en la población general. Pasamos durmiendo un tercio de nuestra vida, donde la cantidad y la calidad del dormir impactan sobre nuestro bienestar físico, psicológico y social (Miró, Cano-Lozano, Buela-Casal, 2005).

Ahora bien las personas con trastornos del sueño se suelen caracterizar por la presencia de rasgos psicopatológicos de la personalidad, en muestras de pacientes con diagnóstico psiquiátrico el 70-75% (Sierra, et. al., 2005) señala que presentó alteraciones del sueño; las mayores dificultades se presentaron en el sueño

nocturno, la somnolencia diurna excesiva, la dificultad para levantarse por la mañana y desajustes del ritmo circadiano en el ciclo de sueño-vigilia. Del mismo modo, los sujetos con insomnio e hipersomnia presentan algún trastorno psiquiátrico; también los trastornos de ansiedad se relacionan con una baja eficiencia del sueño; los trastornos afectivos se relacionan con un sueño fragmentado así como una baja eficiencia del sueño y una desestructuración de la arquitectura del sueño; de otro modo, los pacientes con baja calidad de sueño se predisponen a la depresión (Sierra, et. al., 2005).

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental (2016), señala que:

El INSM “HD-HN” en el 2007 hizo un trabajo de investigación epidemiológico con 2 536 adultos haciendo uso del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y hallaron cifras parecidas a los hallazgos en otras latitudes, con la diferencia que se trataba de una muestra rural. En más del 24% de la muestra tenían problemas que requerían de la atención médica. El 18,8% necesitó más de 30 minutos para conciliar el sueño, mientras que un 38,2% de los entrevistados durmió menos de 7 horas diarias. Cifras parecidas fueron halladas en una muestra de áreas rurales de la sierra peruana, encontrando que 23,4% presentaba problemas que requerían de atención médica, 15,7% necesitó más de 30 minutos para conciliar el sueño y 33,4% durmió menos de 7 horas diarias (p.45).

En nuestro país, los trastornos del sueño se vuelven un problema de la salud con gran relevancia, ya que se identifica que menos de la mitad del porcentaje de las personas padecen alteraciones del sueño con necesidad de atención médica; otra cifra significativa de personas presenta dificultades para conciliar el sueño y así

mismo la cantidad de horas que duermen es menor al tiempo promedio que se necesita dormir para gozar de la calidad de sueño.

Con lo señalado sobre los rasgos psicopatológicos de la personalidad, nos referimos a la personalidad mediante cinco dimensiones que tratan de englobar todas las características comunes de las personas, donde dimensiones como el neuroticismo se relacionan con síntomas internalizantes como la depresión, la que a su vez se relacionaría con la baja calidad de sueño; es por ello que resultaría importante estudiar la relación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño.

En la actualidad, la formación profesional y la vida universitaria implican muchos cambios y modificaciones en los estilos de vida, siendo el sueño uno de los factores que con frecuencia es afectado y modificado, así mismo ello podría depender de la escuela profesional en que se esté formado y la exigencia de la misma. Lo que sugiere identificar y describir la calidad de sueño según la formación en las diferentes escuelas profesionales y distinción entre sexos.

Finalmente, teniendo en consideración la relevancia que tiene la calidad del sueño en nuestro bienestar biopsicosocial como factor determinante de la calidad de vida y que su deterioro tiene un impacto fuerte en la vida de las personas, nos resulta necesario investigar en ésta área y más aún en una sociedad donde las personas prestan poco interés a este problema de salud no considerándolo como tal; es por ello que los resultados de la investigación contribuirán a hallar datos de la relación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño, que permitan a una población como la nuestra, sensibilizarse sobre la importancia del sueño en nuestra vida, concientizar sobre la relevancia de atender este problema de

salud; así como de promover la higiene del sueño; del mismo modo, permitirá identificar los factores de personalidad que podrían estar asociados con la calidad de sueño para así contribuir con pautas en la elaboración de diseños de programas eficaces orientados a mejorar la calidad de sueño.

1.3 LIMITACIONES DE INVESTIGACIÓN

Dentro de las limitaciones del presente trabajo de investigación, encontramos el tipo de muestreo no aleatorio, lo que dificultará la generalización de resultados, pero que a su vez se vuelve en una fortaleza ya que contribuirá a resultados hallados en investigaciones precedentes a ésta favoreciendo a la generalización de resultados.

Así mismo al ser un estudio de corte transversal, ya que los datos fueron recogidos en un solo momento, no se determina la dirección de los eventos por tanto obtendremos la asociación entre los eventos.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar la asociación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud, según sexo.

2. Identificar la asociación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño según las Escuelas Profesionales de Medicina Humana, Odontología, Farmacia - Bioquímica y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS

2.1.1 PERSONALIDAD: TEORÍAS DE LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD

Las teorías de los rasgos, señalan que las personas tenemos diversas formas de comportarnos; donde cada uno tiene un patrón de comportamiento que permanece en el tiempo, el cual puede variar de acorde a las situaciones que se presenten, pero que éste está conformado por características esenciales permanentes en cada persona; por lo que, nos basamos en la definición de Cloninger (2003) el rasgo como: “un constructo teórico que describe una dimensión básica de la personalidad”.

Existen diversas teorías sobre los rasgos de la personalidad, debido a que cada teoría propone una forma diferente de determinar los rasgos básicos o elementos esenciales de la personalidad y ello va a depender de cuán específico o general sean las características que queremos encontrar, por ejemplo la teoría de los cinco factores versus la teoría de los dieciséis factores, los cuales difieren en una agrupación de características donde la primera es más general y la segunda es más específica. Lo cierto es que las teorías de los rasgos tienen dos puntos en común, el primero es que describen las diferencias individuales que se dan en el tiempo a pesar de diferentes situaciones y la segunda es que es factible la medición ya que a pesar

de que no haya conceso y aún existan debates entre los fundamentos de las teóricas, se puede llevar a cabo un proceso de categorización que hace posible su medición y está se puede dar desde las observaciones conductuales hasta los análisis factoriales.

En este sentido, presentamos las siguientes teorías de los rasgos de la personalidad:

2.1.1.1 Teoría personológica de los rasgos de Gordon Allport

Ésta teoría plantea que la personalidad se forma desde la infancia, la cual se caracteriza por ser consistente y estable en el transcurso del tiempo a pesar de que algunas conductas se vean afectadas o modificadas por diversas situaciones. La personalidad está compuesta por rasgos, que vienen a ser la base fundamental de su estructura; éstos se caracterizan por la existencia de una interrelación entre la herencia y el ambiente, dónde cada persona tiene disposiciones o rasgos únicos que los diferencian de los demás, éstos se desarrollan en el tiempo y se modifican según la respuesta adaptativa (Allport, p. 201-205 1937b, citado por Cloninger 2003).

Según lo descrito la personalidad se constituye por características fundamentales, determinantes e individuales producto de lo heredado y aprendido, llamados rasgos; dicha descripción es importante para ésta investigación, porque afirma la existencia de características que perduran en el tiempo que se mantienen a pesar de diversas situaciones, las que son manifestadas por medio de conductas y las que podemos identificar por medio de una escala de medición psicológica diseñada para ese propósito como el Big Five.

Según éste planteamiento los rasgos de la personalidad presentan dos formas de clasificarse (Allport, p.205 1937b, citado por Cloninger 2003), la primera corresponde al tipo y el segundo a la intensidad:

Según los tipos; se identifican los rasgos individuales, que son propios de cada persona; es decir son individuales; y los rasgos comunes, son identificados en varias personas pero difieren en el grado en que se manifiestan.

Según la intensidad de los rasgos, se presentan tres tipos de rasgos: los rasgos cardinales, se caracterizan por ser muy marcados y que pocas personas lo tienen; la persona que presente un rasgo cardinal será fácilmente reconocida por esa característica. Los rasgos centrales, son características que tienen impacto en todas las conductas. Finalmente los rasgos secundarios, son características permanentes pero que no afectan a todas las conductas donde la persona no será fácilmente reconocida por esa característica.

Nos resulta favorable la clasificación descrita en los párrafos anteriores; ya que pretendemos realizar una inferencia partiendo de rasgos comunes a los rasgos individuales y es que a través de éste proceso podremos identificar la personalidad de los sujetos que participarán en ésta investigación.

Sobre el desarrollo de la personalidad hizo un análisis sobre el estudio de la psicología en esos tiempos donde el psicoanálisis centraba su atención en etapas del desarrollo que partían desde la infancia, es decir el foco de atención era sucesos ocurridos en el pasado; frente a esto Allport dice que nos deberíamos de ocupar por lo que sucede en el momento y justificó su idea señalando que los motivos que generan el desarrollo de un rasgo o motivación en el transcurso del tiempo pasan de

ser aprendidos a ser internalizados por la persona haciéndolo propio, es decir se vuelven funcionalmente autónomos.

Así mismo señalan las características que debe componer una personalidad madura o sana, siendo éstas: la extensión del sentido de sí mismo, interacción humana cálida, seguridad emocional, percepción realista, destrezas y deberes, auto objetación y la filosofía unificante de la vida (Allport, p.213-214 (1937a, 1937b, 1950b, 1961) citado por Cloninger, 2003).

2.1.1.2 Teorías analítico factoriales de los rasgos- Catell

Las teorías analítico factoriales utilizan la tecnología y métodos estadísticos de análisis de datos para obtener información de manera sistematizada; así mismo, se basan en un proceso estadístico conocido como análisis factorial; el cual en sus inicios se aplicaba solo para estudios sobre inteligencia, posteriormente se extendió su uso para investigar los rasgos de la personalidad; éste método consiste en calcular coeficientes de correlación que dan lugar a matrices de correlación.

La definición de rasgo para Catell (1979) citado por Cloninger (2003) es: “lo que define lo que hará una persona cuando se enfrente con una situación determinada” (p.234). Por lo tanto, un rasgo es un componente fundamental de la personalidad que predice las conductas.

Ésta teoría propone que existen tipos de rasgos que constituyen la personalidad (Cloninger, 2003) siendo:

Rasgos de superficie, son rasgos intermitentes que pueden presentarse en algunas situaciones y en otras no.

Rasgos de origen, se caracterizan por ser permanentes, se presentan en todas las situaciones.

En relación a la diferencia entre rasgos de superficie y de origen; a Catell le interesó encontrar los rasgos de origen, ya que no varían y pueden predecir con mayor exactitud las conductas, en diversas situaciones; para ello creó cuestionarios de medición de rasgos de la personalidad como el cuestionario de personalidad 16 PF, el que identifica rasgos de origen que conforman la base de una personalidad normal.

Rasgos de habilidad, Son los que determinan el tipo de inteligencia y la eficacia utilizada para alcanzar objetivos; se diferencian dos tipos de inteligencia: fluida y cristalizada, la primera hace referencia a la capacidad innata para el aprendizaje que está condicionada a las facilidades de acceso a la educación; mientras que, la inteligencia cristalizada se relaciona con lo externo; es decir lo aprendido.

Rasgos de temperamento: hace referencia a la influencia biológica, es decir es lo heredado.

Rasgos dinámicos: son los que direccionan nuestros actos y le dan energía, es decir son motivacionales; se distinguió dos tipos de rasgos motivacionales: ergíos (hacen referencia a motivaciones innatas) y metaergios (son motivaciones aprendidas).

2.1.1.3 Teoría de Gray

Ésta teoría es parecida a la teoría psicobiológica de Eysenck, se basa en mecanismos biológicos. Señala que la personalidad tiene dos dimensiones básicas: la ansiedad y la impulsividad; dónde: Ansiedad: es resultado de la introversión y el neuroticismo. Impulsividad: se obtiene de la extraversión y el neuroticismo. (Gómez y Fernández, 2012).

2.1.1.4 Teoría de Eysenck

Para Eysenck y Eysenck, (1985), citado por Schmidt, et al., (2010), la personalidad es:

“Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendócrina”. (p.9).

La personalidad según ésta teoría se basa en la existencia de rasgos; describiéndolos como factores dimensionales que intervienen en nuestro actuar diario y que estarán presentes en diversas situaciones; donde la dimensión es un factor que subyace de la correlación entre los rasgos. Se señalan cuatro dimensiones:

Extraversión: se caracteriza por ser sociable y activo.

Neuroticismo: caracterizado por trastornos neuróticos, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Psicoticismo: caracterizado por bajo interés en establecer buenas relaciones interpersonales y carece de empatía.

Factor G: mide las capacidades cognitivas.

Éstas cuatro dimensiones tienen fundamento biológico, fisiológico y genético, que explican en la teoría psicobiológica de la personalidad propuesta por Eysenck (Schmidt, et al., 2010)

2.1.1.5 Modelo de los Cinco Factores

En la historia de la psicología, vemos que habido variedad de intentos por clasificar los rasgos de la personalidad (Cloninger citado por Martínez, 2015). Todas las clasificaciones buscaron identificar dimensiones y taxonomías que permitan ordenar la enorme cantidad de atributos que describan las diferencias individuales (Martínez, 2015).

Los cinco grandes factores de la personalidad conocido como Big Five, se desarrolló del enfoque léxico y el estadístico; el enfoque léxico inició en la década de 1930, con el trabajo pionero de Allport y Odbert (1936) citado por Larsen y Buss (2005).

Este modelo de personalidad plantea que la personalidad es como un individuo realiza de forma única sus estilos individuales, emocionales, interpersonales, experienciales y motivacionales; Costa y McCrae (1992). El Modelo de los Cinco Grandes Factores, ha sido ampliamente aceptado por la comunidad científica – aunque no ha estado exento de las críticas (McAdams, 1992, citado por Martínez, 2015). En ese sentido se encuentra el Modelo de los Cinco Factores (MCF) o de los Cinco Grandes propuestos por Costa y McCrae; los cuales señalan cinco dimensiones de la personalidad: Apertura a la Experiencia (A), Extraversión (E), Amabilidad (A), Responsabilidad (R) y Neuroticismo (N).

Dimensión de Apertura a la Experiencia (A): “Representa diferencias individuales en relación a la imaginación, apreciación de las diferentes ideas y

expresiones artísticas, la curiosidad intelectual y los diferentes valores sociales y políticos” (Martínez, 2015, p. 8). Según Carver y Sheier, (2014), señalan que esta dimensión también recibe otros nombres como intelecto, intelecto cuestionador, cultura e inteligencia; así mismo predice mayor compromiso frente a los cambios del diario vivir y la reacción ante situaciones de estrés es menos intensa.

Dimensión de la Extraversión (E): “Se refiere a las diferencias individuales en cuanto a sociabilidad, nivel de actividad, búsqueda de sensaciones, asertividad y la tendencia a manifestar emociones positivas” (Martínez, 2015, p. 8). Así mismo Carver y Sheier, (2014), señalan que la extraversión es conocida también como adaptabilidad social, insurgencia y asertividad; en el mismo sentido la extroversión es entendida de diferentes formas, muchas veces como asertividad, espontaneidad y energía; en otras ocasiones es entendida como dominancia y confianza; también es comprendida como búsqueda a la felicidad y sentido de sociabilidad; también las personas extrovertidas se interrelacionan más con otras personas en el pasar de la vida diaria. En el mismo sentido la extraversión correspondería al impacto social, donde las personas del sexo masculino interactuarían más con el sexo femenino que no conocen la diferencia de los introvertidos; así mismo los extrovertidos saludarían con la mano con mayor firmeza y elaborarían historias junto a sus pares.

Dimensión de la Amabilidad (A): “manifiesta diferencias individuales referentes a la empatía, la colaboración, la prosociabilidad y la ayuda a los demás” (Martínez, 2015, p. 8). Carver y Sheier, (2014), en su libro teorías de la personalidad, hacen un análisis de los cinco grandes de la personalidad donde: mencionan que ésta dimensión también es llamada conformidad, simpatía, obediencia amistosa, trabajo; así mismo tiene como pilar fundamental la

preocupación por conservar relaciones e implica el cuidado y apoyo emocional. Siguiendo la misma línea sugieren que como un rasgo social se orienta a mantener relaciones positivas con las demás personas, también ser amables nos conlleva a ser protegidos de ser victimizados por los pares como a tener mayor apoyo social de los integrantes familiares. Así mismo la amabilidad predice menores discusiones en parejas románticas así como en los intentos con otros. La misma se asoció al menor consumo de sustancias como a la menor conducta antisocial.

Dimensión de la Responsabilidad (R): “revela diferencias individuales en la tendencia a la organización, la capacidad de controlar los impulsos, la planificación, respetar y obedecer las normas y reglas sociales convencionales, consecución de las propias metas y a la tendencia de ser ordenado, metódico y reflexivo” (Martínez, 2015, p. 8). La dimensión de la responsabilidad también es conocida como el deseo de lograr y escrupulosidad. Según Carver y Sheier (2014), contar con mayor responsabilidad o escrupulosidad evita la práctica de conductas de riesgo, también está asociada a la sensibilidad paterna hacia los niños de menor edad; así mismo ésta dimensión podría tener relación con la salud al cumplimiento con el cumplimiento de las ordenes médicas.

Dimensión de Neuroticismo (N): revela diferencias individuales en la tendencia a experimentar emociones negativas tales como la ansiedad, estado de ánimo deprimido, miedo, irritabilidad y baja autoestima” (Martínez, 2015, p. 8). Para Carver y Sheier, 2014, esta dimensión también es conocida como control emocional y emoción; es así que el neuroticismo o estabilidad emocional, se valora básicamente experiencia subjetiva de la ansiedad y la angustia en genera; donde

tener altos nivel de neuroticismo podrían alejarse de sus compañeros pasado un evento negativo.

A partir del Modelo de los Cinco Factores o Cinco Grandes de la personalidad se han desarrollado diversos instrumentos de medición de la personalidad con el fin de valorar las cinco dimensiones; siendo una de ellas el Big Five Personality Trait Short Questionnaire (BFPTQ) en versión española y aplicable a adolescentes y adultos, a partir de los doce años, el mismo que describiremos en el Capítulo III de este estudio.

2.1.2 SUEÑO

“El sueño constituye un estado de relevancia para todo ser humano porque pasamos un tercio de nuestra vida durmiendo” (Sierra citado por Oblitas, 2010).

A continuación presentaremos algunas definiciones sobre término de sueño:

“El sueño se considera como un estado de alteración de la conciencia en el que la percepción y la reacción al ambiente del paciente están disminuidas; también menciona que el sueño es un conjunto de procesos fisiológicos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central, que se acompañan de modificaciones en los sistemas nervioso periférico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y muscular” (Rodrigo, 2011, p. 02).

Farré (2004, p.306) hace referencia al sueño como “un período de tiempo activo, pues en él ocurren cambios en las funciones corporales y en las actividades mentales, que tienen una enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos”.

Barlowy Durand (2003) refieren que: “El sueño es un fenómeno cíclico también conocido como ritmo circadiano (ciclo sueño – vigilia). En los años

sesenta, científicos alemanes y franceses identificaron varios ritmos corporales que parecen persistir sin claves ambientales, ritmos que se autorregulan (Aschoff y Wever, 1962; Siffre, 1964). Como estos ritmos no corresponden exactamente a nuestro día de 24 horas, se llaman “circadianos” (de *circa* que significa “aproximado” y *diano* que quiere decir “día”). Nuestro cerebro cuenta con un mecanismo que nos mantiene con sintonía con el mundo externo, nuestro reloj biológico el cual se halla en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo; asimismo en el núcleo supraquiasmático existe una ruta que procede de los ojos, la luz que percibimos por la mañana y la disminución luminosa de la noche indica al cerebro que ponga al reloj biológico a cero cada día. Los científicos consideran que la hormona melatonina contribuye al establecimiento de nuestros relojes biológicos, los cuales nos indican cuando dormir; ésta hormona se genera en la glándula pineal, en la parte central del cerebro. Cuando nuestros ojos perciben que es de noche, esta información es transmitida a la glándula pineal, la cual a su vez, comienza a producir melatonina” (pp. 295-297).

Yueyan et al (2018), hacen referencia lo siguiente: el sueño, como un fenómeno fisiológico normal, es un proceso de auto-regulador que abastece a un individuo las necesidades básicas. Sin embargo, las alteraciones del sueño son cada vez más común en la actualidad de una sociedad multitarea (Cauter y Tasali, 2017; Cheng et al., 2012), y han sido considerados como el segundo lugar para el dolor en términos de ser el síntoma más común para el cual se solicita atención médica (Mahowald y Schenck, 2005).

Por su parte Kai-Li et al. (2019) señalan en su estudio lo siguiente:

Es bien sabido que el sueño es una parte integral de la vida y uno de los factores de comportamiento vital en el mantenimiento de la salud (Kim et al., 2015). El sueño también afecta a los dos sistemas efectores primarios, el eje adrenal hipotálamo-pituitario-y el sistema nervioso simpático, que regula las respuestas inmunitarias adaptativas e innatas (Irwin, 2015). Los problemas relacionados con el sueño aparecen en varias áreas de la vida, actividades de rendimiento, el bienestar emocional, trabajo y ocio, y el bienestar físico y mental general (Strine y Chapman, 2005). (p 196-197)

Según Norlander et al. (2005), señala sobre el sueño, un estado de conciencia alterada en el que el impacto de los estímulos externos se reduce significativamente, es importante para la salud mental y física de todos individuos (Åkerstedt, 2001; Morin, Rodrigue & Ivers, 2003; Wheatley, 1997).

2.1.2.1 TEORÍAS SOBRE EL SUEÑO

2.1.2.2 Teoría de reparación y restauración del sueño

Según ésta teoría el dormir es esencial para la revitalización y restauración de los procesos fisiológicos que mantienen el cuerpo y la mente sana y el funcionamiento correcto. Esta teoría sugiere que el sueño NREM es importante para la restauración de las funciones fisiológicas, mientras que el sueño REM es esencial en el restablecimiento de las funciones mentales. El apoyo a esta teoría es proporcionada por investigaciones que muestran los períodos de aumento del sueño REM, períodos siguientes de la privación del sueño y la actividad física extenuante. Durante el sueño, el cuerpo también aumenta su tasa de división celular y la síntesis de proteínas, lo que sugiere que la reparación y la restauración se producen durante los períodos de sueño (Kalat, 2004).

2.1.2.3 Teoría de la evolución del sueño

La teoría evolutiva, también conocida como la teoría de adaptación de sueño, sugiere que los períodos de actividad y la inactividad evolucionan como un medio de conservación de energía. Según esta teoría, todas las especies se han adaptado a dormir durante períodos de tiempo cuanto el período de vigilia sería de mayor requerimiento. El apoyo a esta teoría proviene de la investigación comparativa de las diferentes especies animales; los animales que tienen pocos depredadores naturales, como los osos y los leones, a menudo duermen entre 12 a 15 horas cada día. Por otro lado, los animales que tienen muchos depredadores naturales sólo tienen períodos cortos de sueño; por lo general tienen no más de 4 o 5 horas de sueño cada día (Kalat, 2004).

2.1.2.4 Teoría de la Información de la consolidación del sueño

La teoría de la consolidación de la información del sueño se basa en la investigación cognitiva y sugiere que la gente duerme con el fin de procesar la información que se ha adquirido durante el día. Además de procesar la información del día anterior, esta teoría sostiene también que el sueño permite al cerebro prepararse para el día por venir. Algunos estudios también sugieren que el sueño ayuda a consolidar las cosas que hemos aprendido durante el día en memoria a largo plazo. El apoyo a esta idea se deriva de una serie de privación del sueño, estudio que demuestra que la falta de sueño tiene un grave impacto en la capacidad de recordar información (Kalat, 2004).

2.1.3 CALIDAD DE SUEÑO

La calidad de sueño es el resultado de la evaluación de dos dimensiones: objetiva y subjetiva. Los factores de la dimensión objetiva son: duración del dormir, los despertares nocturnos, latencia del sueño, etc. y la dimensión subjetiva está relacionada con el bienestar que experimenta el paciente en relación a su dormir.

Según el modelo comportamental interactivo de Buela-Casal y Sierra, la calidad de sueño está determinado por cuatro factores: tiempo, conducta, organismo y ambiente. Finalmente para evaluar la calidad de sueño se consideran los siguientes componentes: calidad del dormir, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna (Buysse, 1989).

2.1.4 MODELOS TEÓRICOS DE LA CALIDAD DE SUEÑO

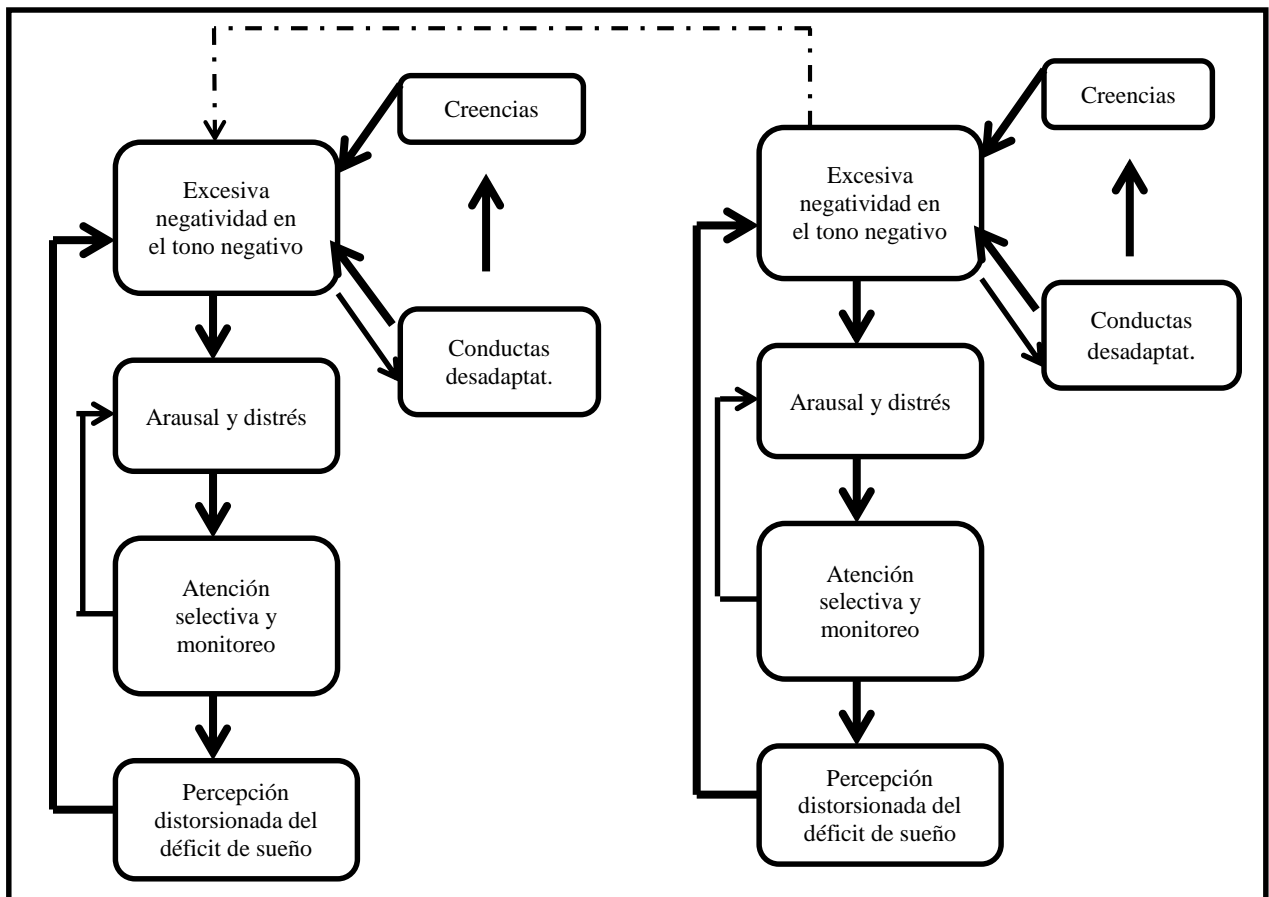
2.1.4.1 Modelo cognitivo del insomnio

Agudelo, Vinaccia, Tobón y Sandín, (2008), hacen mención al modelo cognitivo del insomnio y señalan que Harvey es representante de este modelo, el cual retoma algunos aspectos centrales del componente cognitivo y de activación del modelo micro analítico del insomnio de Morín y los modelos cognitivos del procesamiento de la información de Beck. Este modelo explica el papel de la acción cognitiva, en la generación sintomática de aspectos que mantienen el insomnio, defendiendo la acción de las creencias cognitivas en cuatro aspectos:

- Excesiva negatividad en el tono cognitivo
- Nivel de arousal y distrés
- Atención selectiva y monitoreo de conductas elevado
- Percepción distorsionada del déficit del sueño.

Estos cuatro factores generan tanto las conductas desadaptativas, que refuerzan las creencias de la noche sobre la percepción negativa de déficit de sueño real, y durante el día la percepción errada del funcionamiento diurno.

Figura N° 1: Modelo cognitivo del insomnio propuesto por Harvey; fuente: Agudelo, et al. (2008).



Modelo sostenido por Marín y Vinaccia, el cual concibe la somnolencia, como una respuesta subjetiva caracterizada por un deseo irresistible de dormir en circunstancias inapropiadas o no deseadas, modulada por tres sistemas conductuales en la estructuración de la misma:

VARIABLES SITUACIONALES que alteran o fragmentan el sueño nocturno, determinadas por aquellas conductas que causan privación del sueño y que van

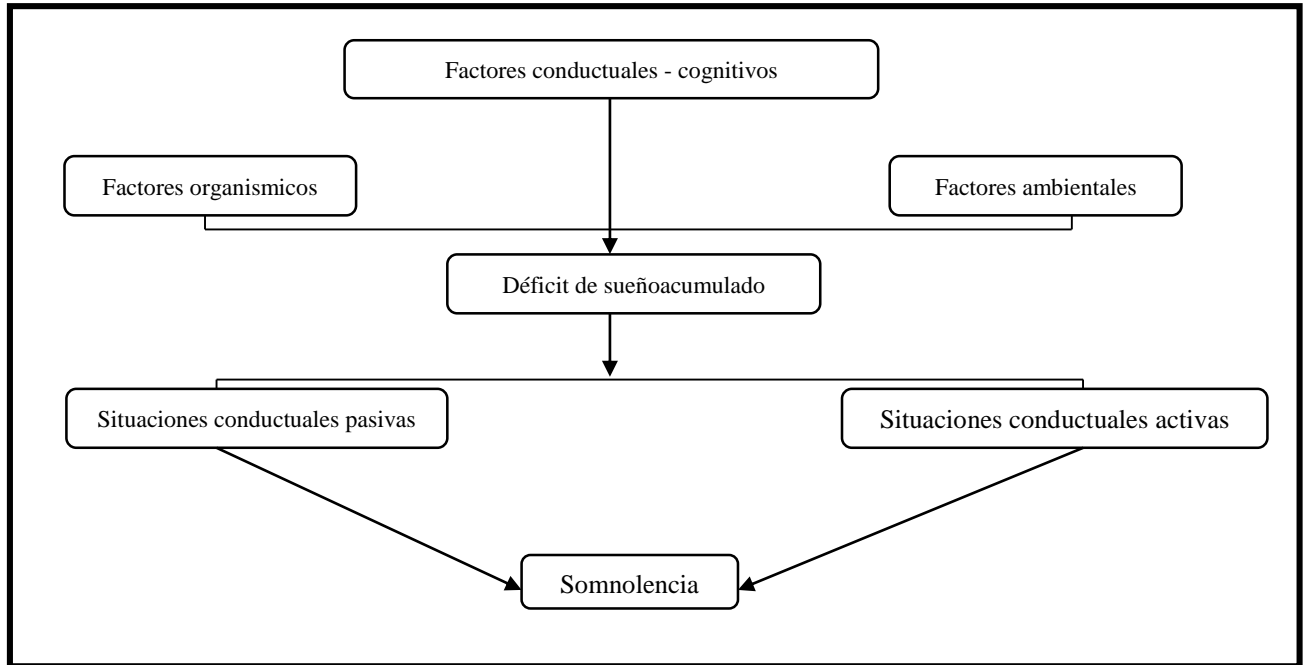
moduladas en consonancia con el modelo de regulación del sueño y factores circadianos del mismo.

Sistemas de creencias y evaluaciones negativas sobre la eficacia y necesidad del sueño, además cogniciones que favorecen la conducta activa y el estado de alerta más allá de los patrones circadianos y de regulación de sueño del individuo.

Características fisiológicas que fragmentan el sueño nocturno, algunas patogénesis de tipos específicos de hipersomnias (déficit de hipocretina en la narcolepsia, características morfofisiológicas en la apnea obstructiva del sueño), otras referidas a la alteración en sistemas de respuestas fisiológicas de manifestación conductual que están directamente relacionados con los síntomas dentro de los cuales se encuentran la arquitectura del sueño y ciertas variables relacionadas con la calidad de sueño como la latencia de sueño (considerada como la medida de sueño en la cual una persona tarda en dormirse), la duración de sueño (que hace referencia a la cantidad de horas que el sujeto es capaz de mantenerse dormido) y la eficiencia habitual del sueño (que hace referencia a la valoración de porcentaje de sueño que un sujeto puede estar dormido, sobre todo el total del tiempo que permanece acostado sin dormirse, multiplicado por cien). Estas variables se modulan en interacción con otras que fragmentan el sueño, como una tendencia más fuerte a desarrollar somnolencia excesiva diurna. Los factores antes mencionados, describen aspectos centrales que en general producen privación del sueño y la manifestación conductual de sueño excesivo ante situaciones pasivas y activas, con una caracterización de curso adecuado a la clasificación internacional de los trastornos del sueño, de significancia clínica, leve, moderada y grave diurno (Agudelo, et al., 2008).

Figura N°2: Modelo cognitivo comportamental interactivo de la somnolencia.

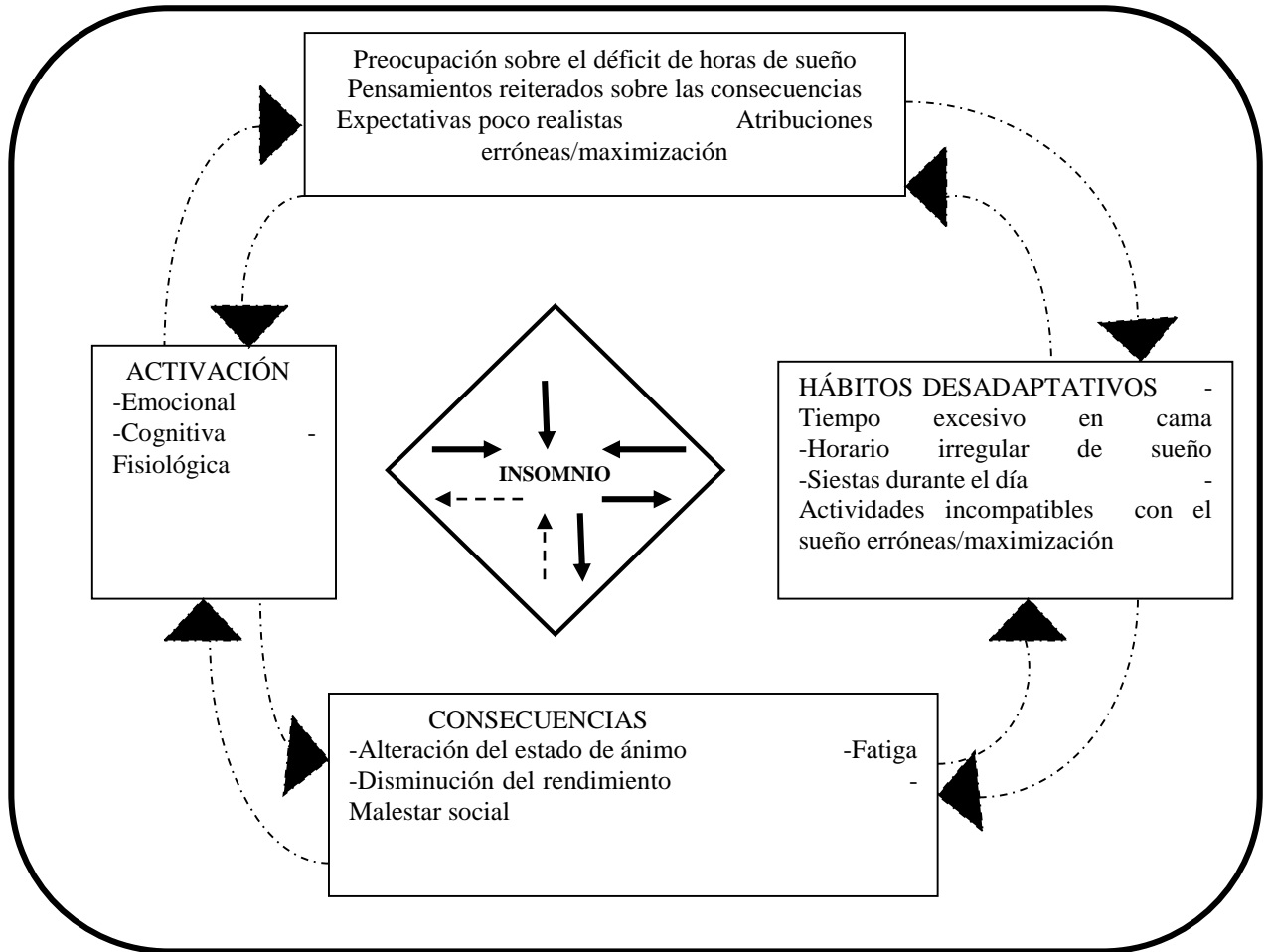
Fuente: Agudelo, et al. (2008).



2.1.1.1 Modelo del microanálisis del insomnio

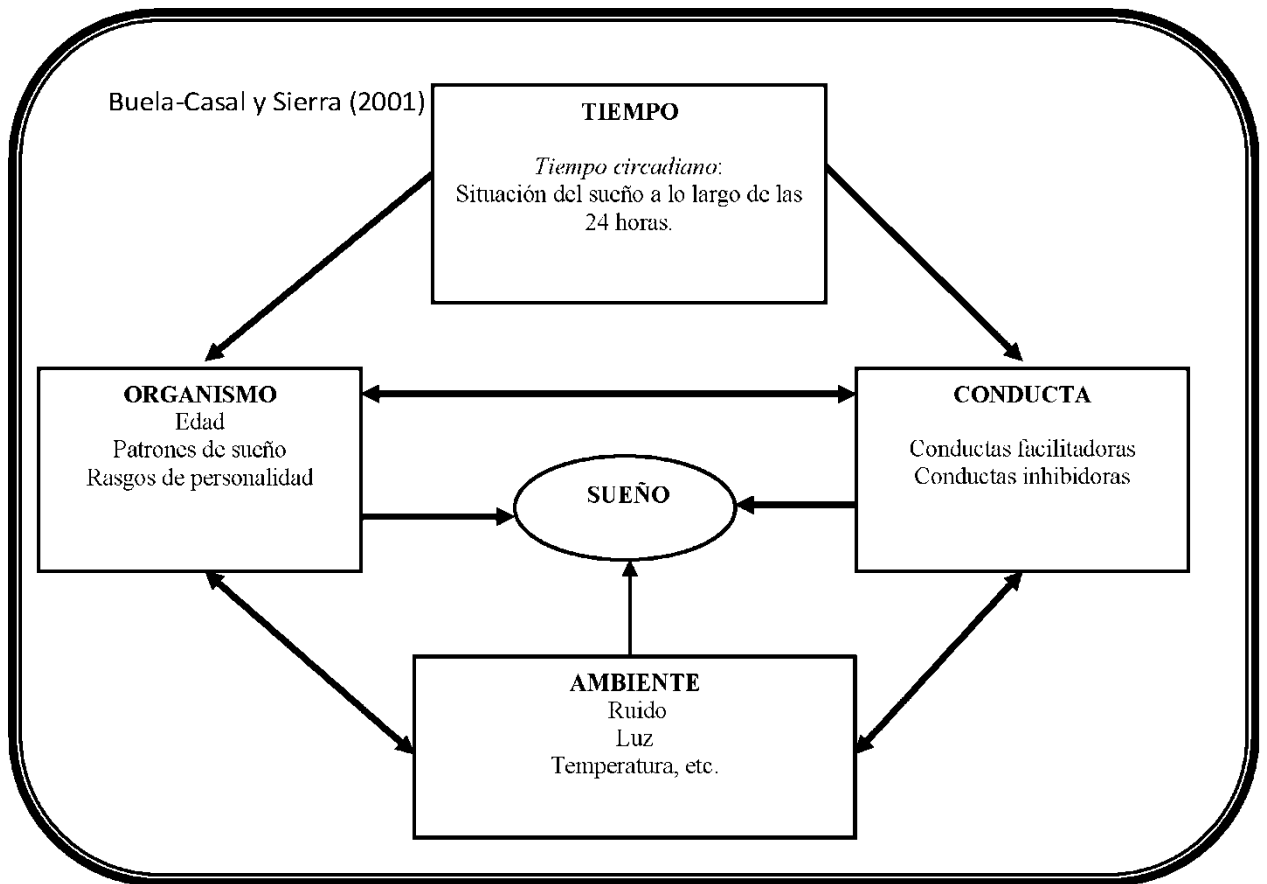
Este modelo descrito por Morín, menciona aspectos tales como la hiperactivación o múltiples estímulos que elevan el nivel de activación por encima del umbral crítico interrumpiendo la secuencia natural de la relajación, somnolencia e inicio del sueño, las repuestas más típicas al insomnio, las cuales incluyen preocupación por el número de horas de sueño y pensamientos reiterativos sobre los efectos residuales del día, la tensión muscular, la inquietud física general y las consecuencias del día siguiente, que implican fatiga, alteración del estado de ánimo, irritabilidad, malestar social y disminución del rendimiento (Agudelo, et al., 2008).

Figura N°3: Modelo del microanálisis del insomnio. Fuente: Agudelo, et al. (2008).



Modelo propuesto por Buela-Casal y Sierra, elaborado desde la perspectiva comportamental en el que el sueño tanto su duración como su estructura está determinado por cuatro factores diferentes: a) el tiempo circadiano u hora del día en el que está localizado (¿Cuánto duerme la persona?), b) factores intrínsecos al organismo (edad, patrones de sueño y estado fisiológico o necesidad de dormir, (¿Cómo duerme?), c) conductas que facilitan o inhiben el sueño (¿Qué se hace para dormir?) y d) por último el ambiente (habitación, temperatura, ruido, luz, etc. (¿Dónde duerme?)(Sierra citado en Oblitas, 2010.

Figura N°4: Modelo comportamental interactivo. Fuente: Sierra citado en Oblitas, 2010).



Tiempo circadiano: La alteración del ritmo circadiano lleva grandes alteraciones del sueño, problemas de la salud en general e inestabilidad emocional. Razón por la cual para fortalecer el ciclo circadiano y la vigilia es necesario que nos levantemos y acostemos a la misma hora y procurar levantarnos siempre a las misma hora por más de que nos acostemos en diferente hora a la acostumbrada (Sierra citado en Oblitas, 2010).

Factores intrínsecos: Dentro de los factores intrínsecos tenemos: edad, patrones de sueño y rasgos de personalidad.

Edad: según este factor en las etapas del desarrollo del ser humano, la cantidad de tiempo del sueño varía. Después del primer año de vida el tiempo de duración del sueño es entre 13 a 17 horas; hacia los veinte años la cantidad de horas de sueño se reduce aproximadamente a ocho horas y a mayor edad disminuye la cantidad de horas de sueño. Por lo que sugiere que si alteramos o no cumplimos con las horas que nuestro organismo necesita descansar presentaremos problemas en el sueño y que se manifestará tanto en nuestro estado de ánimo y salud en general. • Patrones de sueño: en base en las horas en que los adultos duermen se han descrito tres patrones de sueño: a) *patrón de sueño corto* (propio en individuos que necesitan dormir menos de seis horas); b) *patrón de sueño largo* (propio de personas que duermen más de nueve horas); y c) *patrón de sueño intermedio* (propio de individuos que duermen entre siete u ocho horas).

Sierra (2009), cita a Kripke y Miró (2002) quienes ponen en manifiesto en un estudio que: “las personas con un patrón intermedio tienen menos riesgos de sufrir problemas de salud física, salud mental y somnolencia que las que tienen un patrón de sueño largo o corto, siendo estos los más perjudicados; a estos grupos de patrones de sueño descritos se añade un cuarto patrón que es el *patrón de sueño variable*, caracterizado por la inconsistencia de sus hábitos de sueño sin embargo, las diferencias individuales en cuanto la duración del sueño es desconocida; independientemente de la cantidad de sueño, los sujetos se pueden clasificar en patrones de sueño que se diferencian principalmente por la calidad de dormir, es así que nos referimos a individuos con patrón de sueño eficiente o de buena calidad y de personas con sueño no eficiente o de pobre calidad (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005)”.

Y por último existen diferencias entre personas en la tendencia circadiana del ciclo sueño-vigilia; así tenemos a los sujetos matutinos (aquellos que tienden a levantarse y acostarse temprano, los momentos de máxima alerta y ejecución se producen durante la mañana) y los individuos vespertinos (aquellos que tienden a levantarse y acostarse tarde, los momentos de máxima alerta y ejecución son durante la tarde-noche) (Buela-Casal y Caballo, 1991), citados por Sierra (2009). Rasgos de personalidad psicopatológica: son varios los estudios que se relacionan los rasgos de ansiedad, psicastenia y depresión con trastornos del sueño en pacientes insomnes, en individuos con trastornos del ritmo circadiano o en pacientes con apnea obstructiva. (Hong, Pan, Lin y Li, 1997; Rosa, Bonnet, 2000; Wu y Wang, 1999), citados por Sierra (2009). Asimismo, en sujetos normales sin graves trastornos del sueño se ha detectado un vínculo entre rasgos psicopatológicos y calidad de sueño; se ha demostrado que la preocupación por la salud y la ansiedad se relacionan de forma negativa con la calidad de sueño y tienen cierta capacidad para predecirla.

c) Conductas facilitadoras e inhibidoras del sueño: Una buena calidad de sueño requiere de conductas que faciliten el sueño (alimentación, práctica regular de ejercicio físico), así como la eliminación de comportamientos incompatibles con un sueño reparador (consumo de sustancias estimulantes: alcohol, cafeína, tabaco; fármacos para dormir).

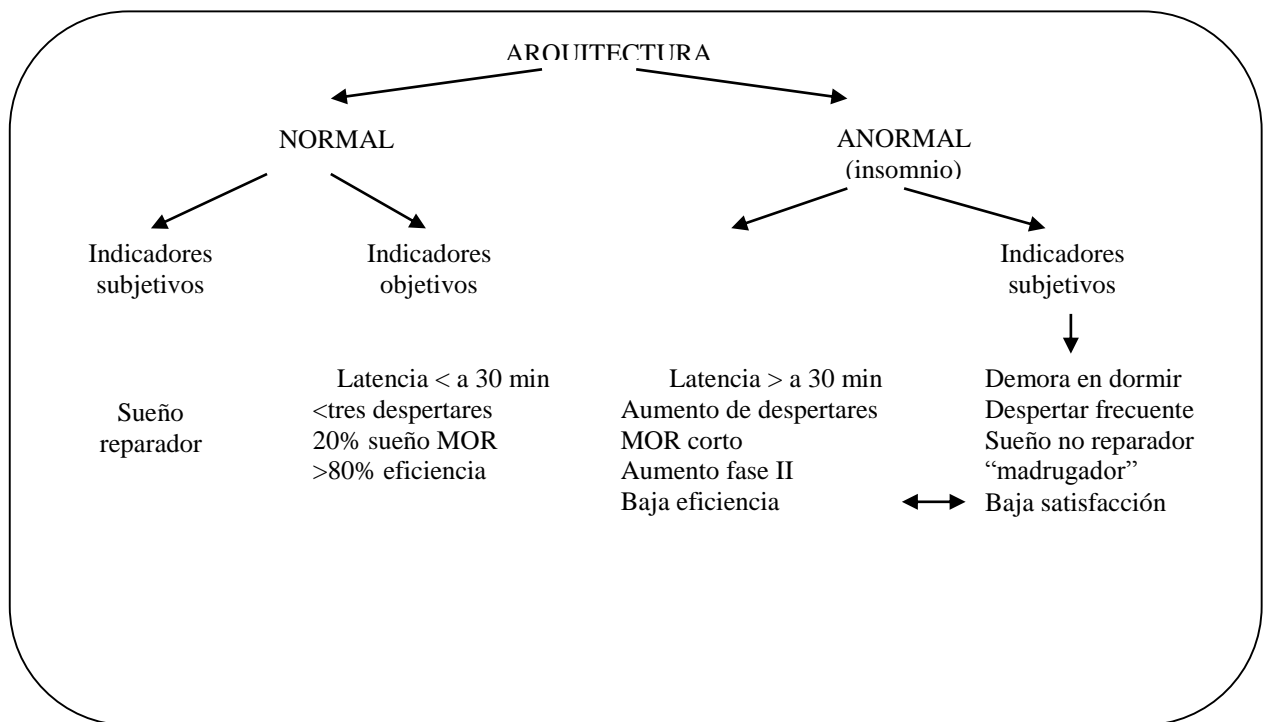
d) Factores ambientales: Factores como el ruido, la luz ambiental, la temperatura y la calidad del colchón se asocian a diferentes perturbaciones y como consecuencia afectan la calidad del sueño.

Ya habiendo revisado los modelos anteriores, no se puede apreciar una definición de la calidad de sueño, sin embargo se ha identificado algunos indicadores de un “buen” o “mal” dormir. En el siguiente modelo basamos la parte teórica en relación a la calidad de sueño del presente estudio.

2.1.1.2 Modelo “mal” dormir y “mala” calidad

Desde la perspectiva neurológica se ha desarrollado este modelo, dónde se entrevé una relación de los indicadores subjetivos con los objetivos tanto en el sueño normal como en el sueño anormal, es decir dependiendo de su estructura. Este modelo nos permite apreciar las diferencias entre un buen dormir y un mal dormir; señalando así la calidad de sueño (Morillo, 2008).

Figura N°5: Modelo “mal” dormir y “mala” calidad. Fuente: Morillo, (2008).



2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación presentamos estudios previos que guardan relación con el presente trabajo de investigación, a nivel internacional encontramos a:

En referencia a la relación entre la calidad de sueño y los rasgos de la personalidad Kai-Li et al (2019), realizaron un estudio de investigación de esta relación en las jóvenes coreanas demostró que la personalidad puede ser uno de los factores que contribuyen a la mala calidad del sueño (Kim et al., 2015). Los rasgos de personalidad pueden jugar un papel causal en el desarrollo del insomnio y actuar como un predictor de la calidad del sueño (van de Laar et al., 2010). Adicionalmente, los investigadores han estudiado los mecanismos de cómo la personalidad afectaba el sueño. Por ejemplo, Vantieghe et al. indicó que la supresión de la emoción debe considerarse como una variable intermediadora (Vantieghe et al., 2016). Williams y Moroz examinaron el camino de la personalidad con la interrupción del sueño relacionada con el estrés e implicaba que el neuroticismo y la conciencia eran negativos y positivamente asociado con la calidad del sueño, respectivamente (Williams y Moroz, 2009).

En el estudio realizado por Yueyan et al. (2018), citan a (Emert, Tutek, y Lichstein, 2017; Harvey, Gehrman, y Espie, 2014; Hintsanen et al., 2014), quienes señalan que “el alto neuroticismo podría aumentar la susceptibilidad a insomnio en circunstancias de estrés y el bajo neuroticismo puede proteger a los individuos de los trastornos del sueño”.

Demirhan, Randler, Beşoluk y Barış Horzum (2017), en su trabajo de investigación: Gifted and non-gifted students' diurnal preference and the relationship between personality, sleep, and sleep quality; pretendieron estudiar las

preferencias diurnas en estudiantes dotados y no dotados (la preferencia diurna o matinidad - vespertinidad o cronotipo), que es la preferencial funcional de cada individuo; así mismo buscaron conocer las relaciones entre datos socio demográficos, la personalidad, calidad de sueño y cronotipo de los estudiante dotados. Para ello trabajaron con una muestra de 276 estudiantes dotados (de escuelas de alto rendimiento de tres ciudades de Turquía) y 1921 estudiantes no dotados (de escuelas públicas, al azar, de las misma ciudades turcas), todos ellos con un rango de edad 7-17 años. Para ello hicieron uso de los siguientes instrumentos Escala Compuesta de Matinidad (CSM), Cinco Grandes Inventario (BIG-5) (Gosling et al. 2003) y Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), (Buysse et al 1989). Entre los resultados se obtuvo los estudiantes del grupo dotados que eran de tipo noche presentaban dificultades con la calidad de sueño, latencia del sueño, disfunción diurna y calidad de sueño global.

Randler, Schredl and Göritz (2017), en el trabajo que realizaron titulado: Chronotype, sleep behavior, and the big five personality factors; hallaron correlaciones entre la personalidad y la calidad de sueño donde el neuroticismo se relaciona de forma negativa con la calidad de sueño obteniendo una correlación negativa (-.367) y correlaciones positivas en las dimensiones de extraversión (.236), apertura (.067), amabilidad (0.83) y responsabilidad (.116); tales resultados se asemejan con las correlaciones encontradas en este estudio, donde la dimensión de neuroticismo al relacionarse negativamente con la calidad de sueño, sugiere que la estabilidad emocional se relaciona positivamente con la calidad de sueño.

En el mismo sentido, Martinez en el 2015, realizó la adaptación española del Big Five Personality Trait Short Questionnaire, el cual es una prueba de

cincuenta ítems con cinco dimensiones de la personalidad y cada una consta de diez ítems por dimensión. En una muestra de 262 participantes, donde el test presenta una validez de contenido adecuada y todos los ítems se consignaron como válidos del mismo modo los índices de fiabilidad fueron adecuados.

Del mismo modo encontramos a Sierra, Delgado, Carretero – Dios (2009), quienes realizan un estudio sobre influencia de la calidad de sueño sobre variables psicopatológicas: un análisis comparativo entre trabajadores sometidos a turnos y trabajadores con horarios normales. El estudio estuvo dirigido a analizar los problemas psicológicos (calidad de sueño y rasgos psicopatológicos) derivados de un sistema de trabajo por turnos con horario nocturno, y la influencia que la calidad de sueño de los trabajadores pudiera tener determinantes variables psicopatológicas. La investigación fue correlacional – comparativa, haciendo uso de los siguientes instrumentos Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg así como el Cuestionario de 90 Síntomas – Revisado. Investigación que confirma la presencia de diferencias estadísticamente significativas en la calidad de sueño entre los trabajadores con turno rotatorio y aquellos con un horario normal.

Sierra, Zubeidat, Ortega y Delgado, que en el año 2005 hacen un estudio sobre “Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad de sueño”. El problema de investigación está relacionado en diferenciar las poblaciones clínicas de las no clínicas, debido a que la mayoría de estudios en el área se realizan en sujetos con trastornos del sueño y la novedad fue investigar en sujetos no clínicos es decir sin trastornos de sueño. La investigación tuvo un corte correlacional. Así mismo hicieron uso de del Inventario Multifacético De Personalidad De Minnesota-2 (MMPI-2) Y El Índice De Calidad De Sueño De

Pittsburg (PSQI). Donde hallaron rasgos de psicopatológicos como hipocondría, ansiedad y depresión, los que correlacionan positivamente con casi todas las dimensiones de la calidad de sueño recogidas en el PSQI.

En el 2002 Sierra, Jiménez Navarro y Martín Ortiz, realizan un estudio sobre la calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. El problema de investigación está relacionado a estudiar la incidencia de los trastornos de sueño en distintos tipos de poblaciones, así como los factores que los determinan. Para esta investigación se utilizó el índice de calidad de sueño de Pittsburg ya que la higiene de sueño incide sobre los componentes que dicho instrumento mide. El estudio se realizó con 716 estudiantes universitarios, se consideró los efectos del consumo de alcohol, cafeína y tabaco sobre la calidad de sueño. Los resultados encontrados muestran que aproximadamente 30% de la muestra presenta una mala calidad del sueño, una excesiva latencia y una pobre eficiencia del sueño; no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en ningún componente, a excepción del consumo de hipnóticos, donde las mujeres presentan una mayor puntuación.

Ahora bien señalaremos estudios previos a nivel nacional, realizados en Perú, así tenemos:

En el 2015 a Luna, Y., Robles, Y. y Agüero, quienes realizaron un trabajo de investigación donde validaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg en una muestra peruana, donde el estudio de corte descriptivo transeccional, contó con una muestra de 4445 adultos. Utilizaron el análisis factorial exploratorio para la validez del constructo así mismo se hizo uso del Alpha de Cronbach para la confiabilidad, encontrando que el ICSP tuvo una validez de constructo el que se encuentran 3

factores que explican el 60,2% (Luna, et al., 2015) de la varianza total y un alfa de Cronbach de 0,564 (Luna, et al., 2015); concluyendo que el ICSP es válido para la valoración de la calidad de sueño en sujetos adultos que pertenecían a Lima Metropolitana y Callao.

Así mismo Del Piela, Failoc, Plasencia y Díaz en el año 2013 realizan un estudio sobre la Calidad de Sueño y Estilo de Aprendizaje en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. El problema de investigación está relacionado a los estudios que reflejan con frecuencia que calidad de sueño es elevada y los estilos de aprendizaje son teórico y reflexivo. El estudio transversal contó con 174 estudiantes, para la medición de dichas variables se utilizó el índice de calidad de sueño de Pittsburg y el cuestionario de estilos de aprendizaje d Honey-Alonso. Los resultados de la investigación señalan mala calidad de sueño (79%) y estilo de aprendizaje fue el asimilador.

Rosales, Egoavil, La Cruz y Rey de Castro que en el año 2007 hacen un estudio sobre la Somnolencia y Calidad del Sueño en Estudiantes de Medicina de una Universidad Peruana. El objetivo de ésta investigación fue determinar el grado de somnolencia diurna y calidad del sueño en estudiantes de medicina. La investigación transversal se realizó con 150 estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, para ello se hizo uso de escala de somnolencia de Epworth e índice de calidad del sueño Pittsburgh. No hubo diferencia con respecto a la somnolencia y calidad del sueño entre externos e internos. De todos los encuestados, 58% tenía mala calidad del sueño y 34% excesiva somnolencia diurna. La latencia subjetiva del sueño mayor de 30 minutos, dormir 6 horas o menos, eficiencia subjetiva del sueño menor de 85% y el uso de

medicación hipnótica estuvieron asociados con mala calidad del sueño. Asimismo, dormir 5 horas o menos, consumo de cafeína y tabaquismo estuvieron asociados a mala calidad del sueño y excesiva somnolencia diurna. Encontraron alta frecuencia de pobre calidad del sueño y excesiva somnolencia diurna.

2.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

2.2.1 Definición conceptual de variables:

Dimensiones de la personalidad.-

El modelo de las «Cinco Grandes» asume que los rasgos de personalidad presentan una estructura jerárquica en seis facetas por cada uno de los cinco grandes dominios: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad, (Hendriks, Hofstee & De Raad, 1999a; 1999, citado por Sánchez y Robles, 2013).

Calidad de sueño.-

La calidad de sueño es el resultado de la evaluación de dos dimensiones: objetiva y subjetiva. Los factores de la dimensión objetiva son: duración del dormir, los despertares nocturnos, latencia del sueño, eficiencia del sueño, entre otros; la dimensión subjetiva está relacionada con el bienestar que experimenta el paciente en relación a su dormir (Buysse, 1989). Así mismo está determinada por cuatro factores: el tiempo circadiano u hora del día en el que se está localizado, factores intrínsecos al organismo, conductas que facilitan o inhiben el sueño y el ambiente (Buela-Casal y Sierra, 2009; citado en Oblitas, 2010).

2.2.2 Definiciones operacionales de las variables:

Dimensiones de la personalidad.-

Para el presente estudio se ha considerado la variable de personalidad, la cual está compuesta por cinco factores: apertura, extraversión, responsabilidad, amabilidad y estabilidad emocional.

Calidad de sueño.-

La calidad de sueño es la evaluación que realizan los alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los factores que los determinan como buen o mal durmiente; dichos factores se componen de dimensiones objetivas y subjetivas. Ello se obtendrá en los resultados de la aplicación del Índice de calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP).

Tabla 1:

Matriz de operacionalización de variables

Variab les	Dimensiones/ componentes	Ítems	Calificación	Test	Niveles
Dimensiones de la Personalidad	Apertura	1,6,11,16,21,26,31,36,41,46	Puntaje	Big Five Personality Trait Short Questionnair (BFPTSQ)	Alto Medio Bajo
	Responsabilidad	2,7,12,17,22,27,32,37,42,47	Puntaje		
	Extraversión	3,8,13,18, 23,28,33,38,43,48	Puntaje		
	Amabilidad	4,9,14,19,24,29,34,39,44,49	Puntaje		
	Neuroticismo	5,10,15,20,25,30,35,40,45,50	Puntaje		
Calidad de Sueño	Calidad de sueño subjetiva	6	Proporcional	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP)	Buen durmie nte Mal durmie nte
	Latencia del sueño	2,5 ^a	Tiempo proporcional		
	Duración del dormir	4	Tiempo		
	Eficiencia del sueño habitual	3,1	Tiempo		
	Alteraciones del sueño	5b, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j	Proporcional		
	Uso de medicamentos para dormir	7	Proporcional		
Disfunción diurna	8,9	Proporcional			

2.3 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

HG: Existe una asociación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios.

H0: No existe una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de sueño y las dimensiones de la personalidad en estudiantes universitarios.

2.4.2 Hipótesis Específicas

H1: Existe una asociación estadísticamente significativa de acuerdo al sexo, entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud.

H0: No existe una asociación estadísticamente significativa de acuerdo al sexo, entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud.

H2: Existe una asociación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud, según las escuelas profesionales.

H0: No existe una asociación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud.

CAPÍTULO III

MÉTODOLÓGIA

3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de nivel sustantiva descriptiva ya que permitirá resolver problemas de carácter conceptual, aportar al conocimiento científico y resolver problemas prácticos.

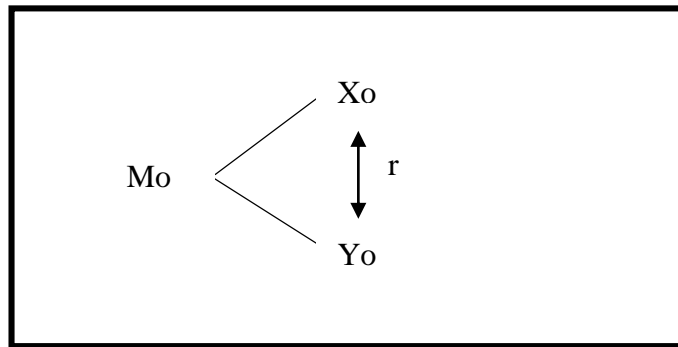
El tipo de investigación es descriptivo – correlacional (Hernández, Fernández y Baptista. 2016), debido a que las investigaciones descriptivas buscan especificar las propiedades, las características y perfiles de personas u otro fenómeno que se sometan a un análisis. Por su parte las investigaciones correlacionales centran su interés en la relación entre variables.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es no experimental transeccional descriptivo – correlacional; debido a que las investigaciones transeccionales recogen datos en un momento determinado, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y perfiles de personas u otro fenómeno que se sometan a un análisis. El presente estudio es descriptivo porque nos permite especificar las características de las dimensiones de la personalidad y de la calidad de sueño. Por su parte las investigaciones correlacionales miden el grado de relación que existen entre las variables, permiten saber cómo se comportan las variables

(Alarcón, 2013, p. 206, 207), en este estudio medirán la relación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño.

Esquemáticamente encontramos:



Dónde:

M_o : Muestra

X_o : Variable Dimensiones de la Personalidad

r : Relación entre X_o y Y_o :

Y_o : Variable Calidad de Sueño.

3.3 NATURALEZA DE LA POBLACIÓN

3.3.1 Población

3.3.1.1 Descripción de la Población

La población estará conformada por estudiantes universitarios de la Facultad Ciencias de la Salud; matriculados en el ciclo académico II -2018, siendo un total de 2867 alumnos. La Facultad Ciencias de la Salud comprende cuatro escuelas profesionales, siendo éstas: Escuelas Profesionales de: Enfermería (408 alumnos), Odontología (801 alumnos), Medicina Humana (1128 alumnos), Farmacia –Bioquímica (530 alumnos).

3.3.2 Muestra y método de muestreo

El método de muestreo a emplear será el muestreo probabilístico - aleatorio simple, dónde los datos serán tomados de manera censal.

Para calcular el tamaño de la muestra se hizo uso de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

La muestra está conformada por 368 estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud matriculados en el ciclo académico II -2018, los cuales se encuentran estudiando en las Escuelas Profesionales de: Enfermería, Odontología, Medicina Humana y Farmacia –Bioquímica.

3.3.3 Criterios de inclusión

Para el presente trabajo de investigación se considerarán a todos los alumnos matriculados en el semestre académico 2018-II de las Escuelas Profesionales de Medicina Humana, Odontología, Farmacia - Bioquímica y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Así mismo son parte de este estudio los alumnos que sean mayores de 18 años.

3.3.4 Criterios exclusión

No se considerarán alumnos matriculados por cursos en el semestre académico 2018-II de las escuelas profesionales de Escuelas Profesionales de Medicina

Humana, Odontología, Farmacia - Bioquímica y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud.

3.4 INSTRUMENTOS

Para ésta investigación se pretende usar los siguientes instrumentos psicométricos:

3.4.1 Big Five Personality Trait Short Questionnaire (BFPTSQ)

El Big Five Personality Trait Short Questionnaire derivó del BFI desarrollado por John, Donahue y Kentle en 1991, 2008; el cual es un cuestionario con ítems cortos y son más comprensibles para los adolescentes; de la misma manera su adaptación es más sencilla a otros idiomas. El BFPTSQ, se desarrolló en Quebec, en idioma francés y posteriormente se tradujo al inglés; del mismo modo, se realizó la adaptación española por Martínez en el 2015; la muestra se realizó en estudiantes canadienses y es aplicable para adolescentes y adultos, a partir de los doce años. Este test se caracteriza por ser corto, cuenta con cincuenta ítems y contiene diez ítems por cada escala. Presenta una validez de contenido adecuada; ya que, se ejecutó el juicio de expertos en psicología de la personalidad y construcción de cuestionarios, todos los ítems se consignaron como válidos; así mismo los índices de fiabilidad fueron satisfactorios (Martínez, 2015).

En tanto para su aplicación del Big Five Personality Trait Short Questionnaire (BFPTSQ), en una población como la nuestra, en el presente estudio se realizó una aplicación de prueba piloto a sesenta estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud; con la finalidad de validar los instrumentos, evaluar y corregir las deficiencias que afecten la validez de los instrumentos; es así, que no se ha evidenciado la falta de comprensión de los ítems por parte de los

participantes y por ser un instrumento que ha sido empleado en Latino América y países hispanohablantes, se puede concluir que dicho instrumento presenta buenos elementos que reflejan los componentes teóricos de la variable de estudio. Con respecto a la validez de constructo, se ha ratificado las dimensiones del BFPTSQ, presentando así el siguiente alfa de cronbach para cada dimensión: Apertura 0.57, Extraversión 0.56, Amabilidad 0.66, Responsabilidad 0.51 y Estabilidad 0.43. En el mismo sentido para el análisis global de dicho instrumento se ha utilizado la fórmula del Omega siendo de 0.68.

Descripción del instrumento Big Five Personality Trait Short

Questionnaire:

- Título: Big Five Personality Trait Short Questionnaire - BFPTSQ.
- Autor: Morizot (2014).
- Adaptación Española: Matínez (2015).
- Elemento personal evaluado: Rasgos.
- Tipo de instrumentos: inventario psicométrico.
- Ítems: 50 ítems (10 ítems por cada dimension y 05 alternativas por cada ítem).
- Administración: Individual y colectiva.
- Población: Adolescentes y adultos, a partir de los doce años en adelante.
- Duración: Aproximadamente 15 minutos.
- Valoración: Por dimensiones
 - (N) Neuroticismo.
 - (E) Extraversión.
 - (O) Apertura al cambio.

(A) Amabilidad.

(C) Conciencia.

- Base teórica: Teoría de los cinco grandes factores de Costa y McCrae.

3.4.2 Índice de calidad de sueño de Pittsburg

El Índice de calidad de sueño de Pittsburg, fue elaborado por Buysse y col. En 1989; en el trabajo de Buysse, los datos de validez predictiva arrojan los siguientes resultados: para un punto corte de 5 (menor igual a 5 malos dormidores) la sensibilidad era del 89.6% y la especificidad del 86.5%. la tasa de mal clasificados fue de 11.5% para el conjunto de la muestra, del 15,6% para el grupo de pacientes con TIMS, el 12% de los pacientes con TSE y 3% de los pacientes con depresión mayor. El trabajo de Royuela y Macías, para un punto corte de 5, se obtuvo una sensibilidad del 88.63%, una especificidad del 74.99% y un VPP del 80.66. Buysse et al. (1989) informan de una consistencia interna de 0.83 y una fiabilidad test-retest de 0.85 para la escala total. En España Royuela y Macías (1997) advirtieron una buena consistencia interna, que oscila entre 0.67 y 0.81, dependiendo del factor de la población estudiada, de una aceptable fiabilidad test- retest y de una capacidad predictiva superior al 80%.

Para el uso del Índice de calidad de sueño de Pittsburg en nuestro medio, contamos con el estudio de Luna et al. (2015), quienes hallaron resultados favorables para la validación del ICSP, tanto en su validez de constructo como en su consistencia interna con un alpha de cronbach de 0,564 (Luna et al. ,2015). En tal sentido, en el presente trabajo de investigación realizamos la aplicación de una prueba piloto a sesenta estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la

Salud; con la finalidad de validar dicho instrumento, evaluar y corregir las deficiencias que afecten su validez; encontrando que no se ha evidenciado la falta de comprensión de los ítems por parte de los participantes, concluyendo que dicho instrumento presenta buenos elementos que reflejan los componentes teóricos de la variable de estudio. Con respecto a la validez de constructo, se ha ratificado los componentes del Índice de Calidad de Sueño del Pittsburgh; donde, el análisis exploratorio de cargas factoriales de los ítems indican valores del alpha de cronbach mayores a 0.66.

Descripción del instrumento Big Five Personality Trait Short Questionnaire

- Nombre original : Índice de calidad de sueño de Pittsburgh
- Nombre abreviado: ICSP
- Autor /es: Buysse y col.
- Año de edición: 1989
- Antecedentes: En 1988 Daniel J. Buysse y col. Diseñaron el cuestionario de Índice de calidad de sueño de Pittsburgh, con la intención de disponer de un instrumento que analice la calidad de sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos, en seguidamente fue ampliamente utilizado y adoptado.
- Forma de aplicación: Es Auto aplicable
- Tiempo de aplicación: No tiene tiempo límite de aplicación
- Número de ítems: 19 ítems, que permiten obtener una puntuación global acerca de la calidad del sueño en el último mes; esta puntuación se obtiene a partir de siete componentes diferentes: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño habitual, perturbaciones del sueño, uso de mediación hipnótica y disfunción diurna. Mientras que la puntuación oscila

entre 0 (ausencia en la alteración en el sueño) y 21 (severa alteración en el sueño), las puntuaciones parciales de cada componente lo hacen entre 0 y 3, estableciéndose la puntuación de 5 como punto de corte para diferenciar a los buenos dormidores de los malos dormidores (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989).

- Significación: Instrumento que sirve para detectar “buenos” y “malos” dormidores
- Indicadores: Presenta 07 componentes; Calidad de sueño subjetiva: Evalúa la valoración personal de la calidad del dormir, permitiendo categorizar según la propia percepción la calidad del dormir. Latencia de sueño: Hace referencia al tiempo requerido para dormirse, el cual debe ser expresado en minutos. Duración del dormir: En este componente cuantifica las horas que ha dormido o cree haber dormido, el cual es diferente a las horas permanecidas en la cama. Eficiencia del sueño habitual: Es el cociente entre el tiempo dormido y el tiempo permanecido en la cama (la cual es expresada en porcentaje y las cifras elevadas indican mejor continuidad del sueño). Alteraciones del sueño: Son causados por presentar problemas para dormir a causa de: despertares en la noche o madrugada, levantarse para ir al sanitario, dificultad para respirar, toser o roncar ruidosamente, sentir frío o demasiado calor, presencia de pesadillas o malos sueños, sufrir dolores u otra razón que especifique la persona. Uso de medicamentos para dormir: Componente relacionado con la ingestión de medicamentos para la inducción del sueño, ya sean por prescripción médica o no. Disfunción diurna: Referida a la presencia de somnolencia en las actividades diurnas y al estado de alerta y vigilia.

3.5 PROCEDIMIENTO

Para la fase de aplicación de instrumentos en campo, en primer lugar se presentó una solicitud para la autorización de la aplicación de instrumentos en la facultad de ciencias de la salud; una vez que la solicitud fue aceptada; se coordinó con los docentes responsables de las diferentes escuelas profesionales con el fin de elaborar un cronograma de aplicación de instrumentos, en el cual se especificaron las fechas y horarios correspondientes a los meses intermedios del ciclo académico II – 2018, para la administración de los cuestionarios ; cuando se concretó este punto, se visitó las aulas designadas. Una vez que los entrevistadores ingresaron a las aulas, previamente capacitados para la administración de los instrumentos del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y del Big Five Trait Short Questionnaire, se procedió a explicar a los estudiantes universitarios sobre el trabajo de investigación que se quiere realizar así mismo se les dio a conocer los objetivos; seguidamente se les presentó y entregó la ficha del consentimiento informado y se procedió a su lectura, dejando en claro que su participación es de forma voluntaria con la finalidad de salvaguardar los derechos de los participantes en el estudio. Finalmente se procedió a la aplicación de los instrumentos de investigación con un tiempo aproximado de 20 minutos a los estudiantes universitarios que accedieron a participar del estudio y que firmaron previamente el consentimiento informado.

3.6 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico del presente estudio, se empleó los siguientes tipos de estadística:

- Estadística descriptiva: en este caso se emplearon procedimientos como medias, mediana, desviación estándar, porcentajes y frecuencias.
- Estadística inferencial: en este área se emplearon los procedimientos como análisis de fiabilidad de instrumentos, análisis de carga factorial de ítems y el alpha de cronbach para demostrar la confiabilidad de ambos instrumentos.

Del mismo modo se utilizaron pruebas para determinar la normalidad de los datos como la prueba de KMO. Para determinar la relación de las variables se utilizaron correlaciones bivariadas, específicamente la r de Pearson, que está recomendada en caso de que los datos sean normales, así también se utilizaron las pruebas de significancia para el caso de la pruebas de hipótesis.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, iniciaremos con los resultados del objetivo general y seguidamente presentaremos los resultados de los objetivos específicos.

Tabla 2

Correlaciones entre Dimensiones de la Personalidad y la Calidad de Sueño.

		Calidad de Sueño	
Dimensiones de la personalidad	APERT.	r	.05
	EXTRAV.	r	.06
	AMAB.	r	.18**
	RESP.	r	.10
	ESTAB.	r	.21**

Nota: **P<0.01

Las dimensiones de amabilidad y estabilidad presentan un coeficiente de $r = ,18$; y de $,21$ respectivamente, las que revelan una correlación significativa al nivel 0,01. El objetivo general del presente estudio buscó determinar la relación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño en estudiantes universitarios; encontrándose que las dimensiones de estabilidad emocional y amabilidad presentan una relación significativa con la calidad de sueño; es decir, en primer lugar que a mayor estabilidad emocional la cual es caracterizada por emociones positivas como la alegría, la gratitud, la serenidad, el interés relacionado a la curiosidad, la esperanza, el orgullo, la diversión, la inspiración, el asombro y el

amor presentará mayor calidad del sueño, el cual es el resultado de la evaluación objetiva y subjetiva del sueño, relacionado a la duración del dormir, los despertares nocturnos, la latencia del sueño y el bienestar que se experimenta en relación a su dormir.

Tabla 3

Dimensiones de la personalidad según sexo

Dimensiones de la Personalidad												
			APERT.		EXTRAV.		AMAB.		RESP.		ESTAB.	
Sexo	Bajo	F	1	0%	0	0%	9	3%	0	0%	9	3%
		M	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	10%
	Medio	F	131	50%	166	63%	231	88%	201	76%	206	79%
		M	52	50%	72	69%	83	77%	76	72%	88	84%
	Alto	F	131	50%	96	37%	24	9%	62	24%	47	18%
		M	53	50%	33	31%	20	19%	29	28%	16	15%
Total			368		367		368		368		367	

En la presente tabla podemos apreciar las dimensiones de la personalidad según el sexo; encontrando que en la Dimensión de Apertura, ambos sexos presentan mayores porcentajes en los niveles de alto y medio; señalando que ambos sexos tienen niveles promedios y altos, no existiendo diferencia por sexo en cuanto a la imaginación, a las apreciaciones de ideas y expresiones artísticas, a la curiosidad intelectual y a los valores sociales como políticos.

En la Dimensión de Extraversión encontramos que ambos sexos presentan en general porcentajes ubicados en el nivel medio y alto; donde los más altos porcentajes en el nivel medio; señala que las mujeres así como los varones tienen niveles medios en cuanto a la sociabilidad, actividad, búsqueda de sensaciones, asertividad y tendencia a manifestar emociones positivas.

En la Dimensión de Amabilidad, ambos sexos presentan mayor porcentaje en el nivel medio; sin embargo, el sexo masculino obtiene un porcentaje diferencial en el nivel alto en relación de las mujeres; lo que indica que el sexo masculino tiende a ser un poco más empático, colaborador, prosocial y ayuda a los demás a diferencia de las mujeres que mantienen un nivel medio en las características mencionadas.

En la Dimensión de Responsabilidad, ambos sexos presentan mayores porcentajes en el nivel medio y alto, siendo más representativo en el nivel medio; lo que sugiere que tanto varones como mujeres tienden a la organización, planificación, orden, a ser metódico, reflexivo a respetar y seguir normas, consecución de metas y capacidad de controlar impulsos.

En la Dimensión de Estabilidad, ambos sexos presentan mayor porcentaje en el nivel medio; éstos resultados sugieren que las mujeres como los varones, tienden a experimentar emociones buenas o positivas, así como la tranquilidad, alegría, gratitud, serenidad, entre otros.

Tabla 4

Calidad de Sueño según sexo

		Sexo				
		F		M		Total
		f	%	f	%	
Calidad de Sueño	Buen Durmiente	198	75%	72	69%	263
	Mal Durmiente	65	25%	32	31%	104
Total		263	100%	104	100%	367

La tabla 4, podemos apreciar que las mujeres presentan una pequeña diferencia en relación a los varones; ya que presentan mayor puntuación en Buen

Durmiente, representado por el 75%, a diferencia de los varones quienes están representados por el 69%; sugiriendo que ambos sexos experimentan bienestar en su dormir con adecuados tiempos de duración de su dormir, menores despertares nocturnos, mayor eficiencia del sueño, menor uso de medicamentos para conciliar el sueño así como menor disfunción diurna.

Tabla 5

Correlaciones entre Dimensiones de la Personalidad y la Calidad de Sueño, según sexo

			Calidad de Sueño	
			F	M
Dimensiones de la personalidad	APERT.	r	,064	-,004
	EXTRAV.	r	,084	,011
	AMAB.	r	,174**	,121
	RESP.	r	,137*	-,027
	ESTAB.	r	,206**	,198*

Nota: *P<0.05 , **P<0.01

En la presente tabla hallamos los resultados del primer objetivo específico donde se aprecia que las mujeres presentan un coeficiente $r = ,174$ en la dimensión de amabilidad y $r = ,206$ en la dimensión de estabilidad, las que revelan una correlación significativa al nivel 0,01. Es decir, que existe una asociación entre ambas variables donde a mayor amabilidad mayor calidad de sueño o también a mayor calidad de sueño mayor amabilidad; sugiriendo que la amabilidad está representado por la empatía, colaboración y ayuda a los demás y la calidad de sueño siendo la valoración objetiva y subjetiva que experimenta la persona con relación a su dormir. En el mismo sentido, las mujeres en la dimensión de responsabilidad, el coeficiente $r = ,137$, el cual revela una correlación significativa al nivel 0,05; lo cual sugiere una asociación entre la dimensión de responsabilidad y la calidad de sueño,

donde a mayor responsabilidad mayor calidad de sueño y viceversa; entendiendo a la responsabilidad como la capacidad de organización, control de impulsos, planificación, respeto y obediencia de normas; del mismo modo la calidad de sueño como el resultado manifestado por el bienestar que se experimenta en el dormir.

Los varones presentan un coeficiente $r = ,198$ el cual señala una correlación significativa al nivel 0,05 en la dimensión de estabilidad, sugiriendo una asociación entre la dimensión de estabilidad y la calidad de sueño, donde a mayor estabilidad mayor calidad de sueño y viceversa; donde la estabilidad es representado por la tendencia a experimentar emociones positivas como tranquilidad, alegría, serenidad entre otros.

Tabla 6

Dimensiones de la personalidad según Escuela Profesional

		Escuelas Profesionales								
		Enfermería		Odontología		Medicina		Farmacia		
Dimensiones de la Personalidad	APERT.	Bajo	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
		Medio	67	51%	38	60%	38	55%	49	47%
		Alto	65	49%	33	52%	32	46%	54	52%
	EXTRAV	Bajo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
		Medio	83	63%	39	62%	49	71%	67	64%
		Alto	49	37%	23	37%	21	30%	36	35%
	AMAB.	Bajo	3	2%	2	3%	2	3%	4	4%
		Medio	114	86%	55	87%	59	86%	86	83%
		Alto	15	11%	6	10%	10	14%	13	13%
	RESP.	Bajo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
		Medio	100	76%	49	78%	52	75%	76	73%
		Alto	31	23%	14	22%	18	26%	28	27%
	ESTAB.	Bajo	2	2%	0	0%	0	0%	7	7%
		Medio	106	80%	56	89%	57	83%	77	74%
		Alto	25	19%	7	11%	12	17%	19	18%

En la tabla 6 podemos apreciar los siguientes resultados:

En la dimensión de apertura, las escuelas profesionales de enfermería, odontología y medicina, obtienen mayores porcentajes en el nivel medio y en el nivel alto; lo que sugiere que los estudiantes de éstas carreras profesionales se caracterizan por tener niveles medios y altos de imaginación, apreciación de ideas y expresiones artísticas, curiosidad intelectual y valores políticos y sociales. En cuanto a la escuela profesional de farmacia, obtiene mayor porcentaje en el nivel alto a diferencia de las demás escuelas profesionales, señalando que los estudiantes de farmacia tienen mayor flexibilidad mental, mayor apreciación del arte, imaginación y creatividad y tienden a la curiosidad por las cosas.

En la dimensión de extraversión, las escuelas profesionales de medicina, enfermería, odontología y farmacia, presentan altos porcentajes en el nivel medio. En tal sentido, los estudiantes de las cuatro escuelas profesionales presentan niveles intermedios en cuanto a la asertividad, sociabilidad, niveles de actividad y experimentar así como manifestar emociones positivas como tranquilidad, alegría, entre otros.

En la dimensión de amabilidad, las diferentes escuelas profesionales de la facultad de ciencias de salud presentan altos porcentajes en el nivel medio; sugiriendo que los estudiantes se caracterizan por ser medianamente empáticos, colaboradores y tienen tendencia por la ayuda a los demás.

En la dimensión de responsabilidad, los estudiantes de las cuatro escuelas profesionales presentan niveles intermedios de organización, planificación, tendencia a ser ordenado; así como capacidad de control de impulsos y seguimiento de normas.

En la dimensión de estabilidad, se obtuvieron altos porcentajes en el nivel intermedio en las escuelas profesionales de enfermería, odontológica, medicina y farmacia; sugiriendo que los estudiantes de las facultades de ciencias de la salud tienden a experimentar emociones positivas como la alegría, tranquilidad, gratitud, serenidad, entre otros.

Tabla 7

Calidad de sueño según escuela profesional

		Calidad de sueño				Total
		Buen Durmiente		Mal Durmiente		
		f	%	f	%	
Escuela Profesional	Enfermería	96	73%	35	27%	131
	Odontología	46	73%	17	27%	63
	Medicina	46	67%	23	33%	69
	Farmacia	82	79%	22	21%	104
Total		270		97		367

En la tabla 7, podemos apreciar la calidad de sueño según las escuelas profesionales; donde los estudiantes de la escuela profesional de medicina, obtuvieron mayor porcentaje en la categoría de mal durmiente, sugiriendo que este grupo de estudiantes presentan mayores problemas en su dormir por lo que no experimentan suficiente satisfacción y bienestar en relación a su dormir.

En cambio, los estudiantes de la escuela profesional de farmacia tienen mayor porcentaje en la categoría de buen durmiente; sugiriendo que de las cuatro escuelas profesionales de la facultad de ciencias de la salud, los estudiantes de farmacia, experimentan mayor bienestar objetivo y subjetivo relación a su dormir. Seguidamente encontramos a los estudiantes de enfermería y odontología quienes también obtienen altos porcentajes en la categoría de buen durmiente.

Tabla 8

Correlaciones entre Dimensiones de la Personalidad y la Calidad de Sueño, según escuela profesional.

		Calidad de Sueño			
		Enfermería	Odontología	Medicina	Farmacia
Dimensiones de la personalidad	APERT. r	,139	,156	-,180	,051
	EXTRAV. r	,085	,119	-,043	,086
	AMAB. r	,261**	,157	-,046	,136
	RESP. r	,237**	,069	-,171	,077
	ESTAB. r	,291**	,014	,237	,187

Nota: **P<0.01

El segundo objetivo específico busca identificar la relación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño, según las escuelas profesionales; en la tabla 8, encontramos que la escuela profesional de enfermería presenta tres dimensiones de la personalidad que guardan relación significativa con la calidad de sueño, siendo éstas: estabilidad con un coeficiente $r = ,291$, amabilidad con un coeficiente $r = 261$ y responsabilidad con un coeficiente $r = 237$, las que revelan una correlación significativa al nivel 0,01. En tal sentido se encuentra un asociación entre las dimensiones de la personalidad de amabilidad, responsabilidad y estabilidad y la calidad de sueño en los estudiantes de la escuela profesional de enfermería; donde a mayor amabilidad, responsabilidad y estabilidad mayor calidad de sueño y viceversa.

Tabla 9*Número de horas de sueño según escuela profesional*

		Número de horas de sueño								Total
		Más de 7 horas		De 6 a 7 horas		De 5 a 6 horas		Menos de 5 horas		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Escuela Profesional 1	Enfermería	50	38%	32	24%	37	28%	13	10%	132
	Odontolog.	15	24%	20	32%	18	28%	10	16%	63
	Medicina	11	16%	10	14%	29	41%	20	29%	70
	Farmacia	44	42%	33	32%	18	17%	9	9%	104
Total		12		95		102		52		369

En la presente tabla se puede apreciar que la escuela profesional de medicina presenta un patrón diferente de puntuaciones a los porcentajes de las demás escuelas profesionales en relación al número de horas de sueño; donde, los estudiantes de medicina en un 29% duermen menos de cinco horas y únicamente el 16% de ellos duerme más de siete horas; siendo en las demás escuelas en sentido inverso, presentan mayor porcentaje en más de siete horas de sueño y menor porcentaje en menos de cinco horas. Una razón de tal hallazgo, podría ser a razón del nivel de intensidad de la demanda curricular.

Tabla 10*OR para Dimensiones de Personalidad y Calidad de Sueño*

		OR	Sig.
Dimensiones de la personalidad	Apertura	1,072	,016
	Extraversión	1,037	,194
	Amabilidad	1,024	,334
	Responsabilidad	1,045	,044
	Estabilidad	1,100	,000

Nota: **P<0.05

En la presente tabla encontramos los valores de ORs y nivel de significancia para las dimensiones de personalidad y la calidad de sueño; hallando que: la dimensión de apertura tiene un nivel de significancia de ,016; lo que sugiere que ésta dimensión se asocia o relaciona de significativa con la calidad de sueño. La dimensión de extraversión, tiene un nivel de significancia menor a 0.05 por lo que la dimensión de extraversión no se asocia o relaciona con la calidad de sueño. La dimensión de amabilidad no guarda relación con la calidad de sueño; ya que tiene un nivel de significancia menor a 0.05. La dimensión de responsabilidad tiene un nivel de significancia de ,044 lo que sugiere que la dimensión de responsabilidad se asocia o relaciona de significativa con la calidad de sueño. Finalmente la dimensión de estabilidad tiene un nivel de significancia de ,000 lo que sugiere que la dimensión de responsabilidad se asocia o relaciona de significativa con la calidad de sueño.

De acuerdo al estudio realizado para determinar la asociación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño, se utilizó la prueba de Odds ratio, como se puede apreciar en la tabla N° 10 los valores de odds ratio fluctúan entre 1.02 a 1.10 y su intervalo de confianza al 95% .000 - .033. De lo cual podemos concluir que si se repitieran este estudio en poblaciones de estudiantes universitarios con una

muestra de 369, el 95% de las muestras presentarían odds ratios que fluctúan entre 1.02 – 1.10. Ello nos lleva a concluir que el valor real del OR se encuentra al 95% de probabilidad.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El objetivo general tuvo por interés conocer la relación entre las dimensiones de la personalidad y la calidad de sueño, en estudiantes universitarios; encontrando que la dimensión de estabilidad emocional y la calidad de sueño tiene una correlación significativa ($r=,21$) con nivel de significancia de 0,01; sugiriendo que los estudiantes que atraviesan por menor ansiedad, estrés, preocupación y tensión y a su vez gozan de mayores emociones positivas como la alegría, gratitud, serenidad, el interés relacionado a la curiosidad, la esperanza, el orgullo, la diversión, la inspiración, el asombro y el amor; experimentan mayor bienestar de su dormir es decir cuentan con mayor calidad del sueño. En tal sentido éstos datos, corroboran el enunciado por Yueyan et al. (2018), quienes citan a (Emert, Tutek, y Lichstein, 2017; Harvey, Gehrman, y Espie, 2014; Hintsanen et al., 2014), señalando: “el alto neuroticismo podría aumentar la susceptibilidad al insomnio en circunstancias de estrés y el bajo neuroticismo puede proteger a los individuos de los trastornos del sueño”. En el mismo sentido Kai-Li et al (2019), señalaron que de entre los rasgos de la personalidad el neuroticismo y la conciencia son los que se relacionan con la calidad de sueño. Así mismo, Randler, Schredl and Göritz (2017), en el trabajo que realizaron, hallaron correlaciones entre la personalidad y la calidad de sueño donde el neuroticismo se relaciona de forma negativa con la

calidad de sueño obteniendo una correlación negativa (-.367) y correlaciones positivas en las dimensiones de extraversión (.236), apertura (.067), amabilidad (0.83) y responsabilidad (.116); tales resultados se asemejan con las correlaciones encontradas en este estudio, donde la dimensión de neuroticismo al relacionarse negativamente con la calidad de sueño, sugiere que la estabilidad emocional se relaciona positivamente con la calidad de sueño, hallazgos que se asemejan con nuestros resultados al encontrar una correlación positiva (.21) y la dimensión de amabilidad mantiene una correlación positiva con la calidad de sueño.

En las dimensiones de la personalidad según sexo, se encuentra que en la dimensión de amabilidad el sexo masculino obtiene un porcentaje diferencial en el nivel alto en relación de las mujeres; lo que indica que el sexo masculino tiende a ser un poco más empático, colaborador, prosocial y ayuda a los demás a diferencia de las mujeres que obtienen un nivel medio. En relación a las dimensiones de apertura, extraversión, responsabilidad y estabilidad, las mujeres como los varones obtienen altos porcentajes en nivel medio, lo que sugiere que no existe mayor diferencia entre sexos en las cuatro dimensiones señaladas.

Al respecto del sueño según sexo; los resultados encontrados señalan que el 31% del sexo masculino presenta mala calidad de sueño y que el 25% de las mujeres también presentan mala calidad de sueño. Sugiriendo que en más del cincuenta por ciento de los estudiantes de ambos sexos, experimentaron bienestar en su dormir de una forma favorable y casi homogénea. Estos resultados se asemejan a los hallazgos de Sierra, Jiménez Navarro y Martín Ortiz (2002), quienes señalaron que no encontraron diferencias entre hombres y mujeres, en lo que refiere a la calidad de sueño.

En relación a la calidad de sueño según escuelas profesionales; la escuela profesional medicina es la que presenta menor calidad de sueño, representado por el 33%; lo que quiere decir que la escuela de profesional de medicina tiene más estudiantes con menor calidad de sueño. Las escuelas profesionales de farmacia, enfermería y odontología se ubican en una categoría de muy alto en buenos dormitorios, correspondiendo al 79%, 73% y 73%. En el mismo sentido en relación a las horas de sueño la escuela profesional de medicina presenta un patrón diferente de puntuaciones a los porcentajes de las demás escuelas profesionales, en relación al número de horas de sueño; donde, los estudiantes de medicina en un 29% duermen menos de cinco horas y únicamente el 16% de ellos duerme más de siete horas; siendo en las demás escuelas en sentido inverso, presentan mayor porcentaje en más de siete horas de sueño y menor porcentaje en menos de cinco horas. Una razón de tal hallazgo, podría ser a razón del nivel de intensidad de la demanda curricular. Éstos resultados encontrados se asemejan a los hallazgos encontrados por Rosales, Egoavil, La Cruz y Rey de Castro (2007), quienes hallaron que el 58% de los estudiantes de medicina, tenían mala calidad de sueño así como excesiva somnolencia diurna; así mismo, Del Piela, Failoc, Plasencia y Díaz (2013) señalaron que el 79% de los estudiantes de medicina presentaban mala calidad de sueño.

En relación al instrumento de calidad de sueño, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, se encuentra que es un instrumento válido para la administración en una población de estudiantes universitarios en la ciudad de Cusco, donde el análisis exploratorio de cargas factoriales de los ítems indican valores del alpha de Cronbach mayores a 0.66; datos que se asemejan al trabajo

realizado por Luna, Y., Robles, Y. y Agüero en el 2015, quienes realizaron un trabajo de investigación donde validaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg en una muestra peruana, donde hallaron un alfa de Cronbach de 0,564 (Luna, et al., 2015); concluyendo que el ICSP es válido para la valoración de la calidad de sueño en sujetos adultos que pertenecían a Lima Metropolitana y Callao.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Primera.- Los estudiantes universitarios que presentan mayores niveles de amabilidad y estabilidad también experimentan mayor bienestar en su dormir y viceversa.

Segunda.- Las mujeres experimentan mayor bienestar y satisfacción en su dormir; así mismo, existen correlaciones significativas entre las dimensiones de apertura y amabilidad con la calidad de sueño, en relación a las mujeres y existe una correlación significativa entre la amabilidad y calidad de sueño en los varones.

Tercera.- Los estudiantes de medicina presentan menor calidad de sueño y es la escuela profesional de la facultad de ciencias de la salud donde los estudiantes tienen menos horas de sueño.

RECOMENDACIONES

Primera.- Se sugiere fomentar mayor amabilidad y estabilidad emocional, expresado en emociones positivas como la alegría, tranquilidad, gratitud, conductas prosociales en los estudiantes de las diferentes escuelas profesionales, con el fin de mejorar su calidad de sueño y del mismo modo se recomienda sensibilizar a los estudiantes universitarios en el cuidado del sueño para que puedan contar con mayor amabilidad y estabilidad emocional.

Segunda.- Se recomienda concientizar y sensibilizar a los estudiantes universitarios en el cuidado e higiene del sueño para que puedan gozar del bienestar de su dormir.

Tercera.- Elaborar programas de psico-educación sobre la calidad de sueño y sensibilizar sobre la importancia de la calidad de sueño a la población estudiantil, en especial a los alumnos de medicina, quienes presentaron menor calidad de sueño.

Cuarta.- Es importante promover la higiene del sueño para estudiantes con rasgos de personalidad negativos como el neuroticismo para que así puedan gozar de la calidad del sueño

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agudelo, M., Vinaccia, A., Tobón, S., Sandín, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño: vol. 15, Núm. 1, 217-239.
- Alarcón, R. (2013). Metodología y diseños de investigación del comportamiento (2da Ed. Reimpresión). Lima, Perú: Editorial Universitaria.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow D. y Durand M. (2003). Psicopatología (3a. ed.). Madrid, España: Thonsom
- Buysse D., Reynolds C., Monk T., Berman S. and Kupfer D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res.
- Carver, Ch. y Scheier, M. (2014). Teoría de la personalidad (7ma Ed.). México, D.L.: Pearson.
- Carver, Ch. y Scheier, M. (1997). Teorías de la Personalidad México, D.L.: Prentice Hall.
- Cervone, D. y Pervin, L. (2009). Personalidad Teoría e investigación (2da Ed.). México, DF.: El Manual Moderno
- Cloninger, S. (2003). Teorías de la personalidad (3^a.ed.). México: Pearson Educación.

- Costa, P. & McCrae, R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI - R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, Florida, EEUU: Psychological Assessment Resources.
- Eda Demirhan, Christoph Randler, Şenol Beşoluk y Mehmet Barış Horzum (2017): *Gifted and non-gifted students' diurnal preference and the relationship between personality, sleep, and sleep quality*. Biological Rhythm Research, DOI: 10.1080/09291016.2017.1333568
- Digman, J. (1986). Personality Structure: Emergence of the five – Factor Model. Annual Review of Psychology, 41, p. 417-440. Recuperado de: <file:///C:/Users/pc/Downloads/Digman+on+Five+Factor+Model.pdf>.
- Farré J., et al. (2004). Enciclopedia de la Psicología (Vol. 02). Barcelona, España: Océano.
- Gómez, L., Fernández, C. (2012). Psicología de la personalidad y diferencial. CEDE (2ed).
- Instituto Nacional de Salud Mental (2016). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Huánuco 2013. Informe General*. Anales de Salud Mental Vol. XXXII. Número 2.
- Kalat, J. (2004). Psicología biológica (8va ed.). México: Thomson.
- Kai-Li et al. (2019). *Sleep quality mediating the association of personality traits and quality of life among underground workers and surface workers of Chinese coal mine: A multi-group SEM with latent response variable mediation analysis*. Psychiatry Research, 272, 196-205.

- Luna, Y., Robles, Y. y Agüero. (2015). *Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana*. Anales de Salud Mental, Volumen XXXI (2), 23-30.
- Norlander T., Åsa Johansson and Sven Åke Bood (2005): *The Affective Personality: Its relation to Quality of Sleep, Well-Being and Stress*. Social Behavior and Personality. 33(7) 709-722.
- Martinez, M. (2015). *Validez del constructo de la versión española del Big Five Personality Trait Short Questionnaire (BFPTSQ)*. 30/11/2019, de Universitat Jaume I Sitio web: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/133365>.
- Maestre, E., Moyas, J., Edo, S., Mezquita, L., Ruipérez, M. y Villa, E. (2006). Relación de la personalidad y los factores de internalización y externalización en niños. Universitat Jaume I. Recuperado de: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/78549>.
- Miró, Cano-lozano, y Buela-Casal (2005). Sueño y Calidad de Vida. Revista Colombiana de Psicología 14, 11-27.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida (3ª.ed.)*. Mexico: Cengage Learning Editores.
- Pielago, A., Failoc V., Plasencia, E. Díaz, C. (2013). Calidad de sueño y estilo de aprendizaje en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Acta Med Per 30(4).
- Quintanilla, B. (2003). *Personalidad Madura Temperamento y Carácter*. México: D.R. Publicaciones Cruz O., S.A.

- Rodrigo, S. (2011). Calidad del sueño en personal de enfermería. *Reduca*, (3) 2, 1-24.
- Rosales, E., Egoavil, M., La Cruz, C., Rey, J. (2007). Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Redalyc, Anales de la Facultad de Medicina* ISSN 1025 – 5583.
- Sierra, J., Zubeidat, I., Ortega, V., Delgado, C. (2005). Evaluación entre los rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad de sueño. *Salud Mental*, vol. 28, núm. 3.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M. E., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G.D., y Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, (11), 2.
- Sarrais, P. (2007). *El insomnio*. Scielo. Vol.30. pp.121-134.
- Sierra, C. (2009). La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida. J. Arellano y J. Pérez (Eds.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (3a. ed.) (pp.337-344). Universidad de Granada, España.
- Sanchez, D. y Robles, Ma.(2013). El modelo Big Five de personalidad y conducta delictiva. *International Journal of Psychological*. Vol. 6 núm. 1 pp. 102-109.
- Larsen, R. y Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. (2da Ed.). México: McGraw Hill.
- Sierra, J., Jiménez-Navarro, C. y Martín-Ortiz, J. (2018). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. [online]

New.medigraphic.com. Available at: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=17415> [Accessed 25 Jan. 2018].

Schultz, D. y Schultz, S. (2010). *Teorías de la personalidad* (9ª.ed.). México: Cengage Learnin.

Randler, Schredl and Göritz (2017). *Chronotype, Sleep Behavior, and the Big Five Personality Factors*. SAGE Open. DOI: 10.1177/2158244017728321.

Waters, F. and Bucks, R. (2011). Neuropsychological Effects of Sleep Loss: Implication for Neuropsychologists. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(04), pp.571-586.

Yueyan Fang, Xiaofei Kang, Xiujuan Feng, Di Zhao, Donghua Song & Ping Li (2018): *Conditional effects of mindfulness on sleep quality among clinical nurses: the moderating roles of extraversion and neuroticism*, *Psychology, Health & Medicine*, DOI:10.1080/13548506.2018.1492731

ANEXOS

BFPTSQ

Aquí se presenta una lista de características que las personas pueden manifestar en su vida diaria. Nos gustaría que indicases en qué medida cada una de estas características se aplican a ti. No pienses en determinadas situaciones o personas, sino simplemente indica en qué medida te describen habitualmente. Todo el mundo puede ser diferente en todas estas características, por lo que no hay respuestas buenas o malas.

Por favor, indica el nivel de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los siguientes ítems. Si no estás seguro/a acerca de una respuesta y dudas, elige de todos modos la que mejor te represente.

Totalmente En Desacuerdo (0)	Un Poco En Desacuerdo (1)	Opinión Neutra (2)	Un Poco De Acuerdo (3)	Totalmente De Acuerdo (4)
---	--	-------------------------------	-----------------------------------	--

Me veo a mi mismo/a como alguien que...

1. Es original, a menudo tiene ideas nuevas.	0	1	2	3	4
2. Le gusta hablar, expresa sus opiniones.	0	1	2	3	4
3. Tiende a criticar a los demás.	0	1	2	3	4
4. Trabaja a conciencia, hace bien las cosas que debe hacer.	0	1	2	3	4
5. Tiende a estar deprimido/a con facilidad, triste.	0	1	2	3	4
6. Es curioso/a acerca de muchas cosas diferentes.	0	1	2	3	4
7. Es reservado/a o tímido/a, tiene dificultad para acercarse a los demás.	0	1	2	3	4
8. Ayuda y es generoso/a con los demás.	0	1	2	3	4
9. Puede ser un poco descuidado/a y poco aplicado/a.	0	1	2	3	4
10. Generalmente está relajado/a, maneja bien el estrés.	0	1	2	3	4
11. Es ingenioso/a, reflexiona mucho	0	1	2	3	4
12. Está lleno/a de energía, le gusta estar siempre activo/a.	0	1	2	3	4
13. Provoca riñas o discusiones con los demás.	0	1	2	3	4
14. Es un/a estudiante – trabajador/a fiable, con quien se puede contar.	0	1	2	3	4
15. Puede estar tenso/a, estresado/a.	0	1	2	3	4
16. Tiene mucha imaginación.	0	1	2	3	4
17. Es un/a líder, capaz de convencer a los demás.	0	1	2	3	4
18. Es benévolo/a, perdona fácilmente.	0	1	2	3	4
19. Tiende a ser desorganizado/a, descuidado/a.	0	1	2	3	4
20. Se preocupa mucho por la mayoría de cosas.	0	1	2	3	4

21. Tiene imaginación, creativo/a.	0	1	2	3	4
22. Es más bien reservado/a, no habla mucho.	0	1	2	3	4
23. Generalmente confía en los demás.	0	1	2	3	4
24. Tiende a ser perezoso/a.	0	1	2	3	4
25. Es estable emocionalmente, no se disgusta fácilmente.	0	1	2	3	4
26. Le gustan las experiencias artísticas o estéticas.	0	1	2	3	4
27. Muestra autoconfianza, es capaz de actuar decisivamente.	0	1	2	3	4
28. Puede ser distante y frío/a con los demás.	0	1	2	3	4
29. No deja una tarea hasta que está acabada.	0	1	2	3	4
30. Puede tener cambios frecuentes de humor.	0	1	2	3	4
31. No está muy interesado/a en otras culturas, sus costumbres y valores.	0	1	2	3	4
32. Es tímido/a	0	1	2	3	4
33. Es considerado/a y amable con casi todo el mundo.	0	1	2	3	4
34. Hace las cosas eficientemente, trabaja bien y con rapidez.	0	1	2	3	4
35. Permanece calmado/a en situaciones tensas o estresantes.	0	1	2	3	4
36. Le gusta reflexionar, intenta entender cosas complicadas.	0	1	2	3	4
37. Es extravertido/a, sociable.	0	1	2	3	4
38. Puede ser grosero/a o desagradable con los demás.	0	1	2	3	4
39. Planea las cosas que hay que hacer y las realiza de principio a fin.	0	1	2	3	4
40. Puede ponerse nervioso/a fácilmente.	0	1	2	3	4
41. Tiene pocos intereses artísticos.	0	1	2	3	4
42. Le gustan las actividades estimulantes, que proporcionen sensaciones fuertes.	0	1	2	3	4
43. Le gusta colaborar con los demás.	0	1	2	3	4
44. Se distrae con facilidad, le cuesta mantener la atención.	0	1	2	3	4
45. Tiende a sentirse inferior a los demás.	0	1	2	3	4
46. Es sofisticado/a cuando se trata de arte, música o literatura.	0	1	2	3	4
47. Tiende a reír y divertirse con facilidad.	0	1	2	3	4
48. Puede engañar y manipular a la gente para conseguir lo que quiere.	0	1	2	3	4
49. Puede hacer cosas impulsivamente sin pensar en las consecuencias.	0	1	2	3	4
50. Tiende a irritarse fácilmente.	0	1	2	3	4

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre y apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse? _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?
(Apunte el tiempo en minutos) _____
3. Durante el último mes, ¿a que hora se ha estado levantando por la mañana? _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?
(el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido) _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:
 - a) *No poder conciliar el sueño en la primera media hora:*
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 - b) *Despertarse durante la noche o de madrugada:*
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 - c) *Tener que levantarse para ir al sanitario:*
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 - d) *No poder respirar bien:*
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 - e) *Toser o roncar ruidosamente:*
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 - f) *Sentir frío:*
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 - g) *Sentir demasiado calor:*
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 - h) *Tener pesadillas o "malos sueños":*
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 - i) *Sufrir dolores:*
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 - j) *Otras razones (por favor descríbalas a continuación):*

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?
 - () Bastante buena
 - () Buena
 - () Mala
 - () Bastante mala
 7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
 - () Ninguna vez en el último mes
 - () Menos de una vez a la semana
 - () Una o dos veces a la semana
 - () Tres o más veces a la semana
 9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
 - () Ningún problema
 - () Un problema muy ligero
 - () Algo de problema
 - () Un gran problema