

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN POBLACIÓN SANITARIA E INFLUENCIA DEL COVID-19

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Autoras:

Cruz Suárez, Sandra Milagros

González Sánchez, Beatriz

Tutorizado por:

Conrado Manuel Viña Lorenzo

Curso académico: **2020-2021**

Convocatoria de Junio

RESUMEN

En la actualidad, los trastornos del sueño se han incrementado en los países desarrollados, viéndose involucrados los turnos laborales y las presentes situaciones sanitarias (COVID-19). En este estudio se investiga las posibles diferencias en los trastornos del sueño entre una muestra sanitaria (N=103) y no sanitaria (N=112). Los participantes respondieron al cuestionario *Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS)*, *Índice de Gravedad de Insomnio* y *Cuestionario de Oviedo del Sueño*. Los resultados concluyen que no hay diferencias significativas en los trastornos del sueño entre sanitarios y no sanitarios, ni en los turnos rotativos de los profesionales sanitarios, aunque este último parece guardar relación; sin embargo, existen diferencias en la muestra estudiada entre antes de empezar el COVID-19 y durante este.

Palabras clave: Sanitarios, trastornos del sueño, turnos rotativos, COVID-19.

ABSTRACT

Currently, sleep disorders have been increased in developed countries, involving work shifts and the current health situations (COVID-19). This study investigates the possible differences in sleep disorders between a health workers (N = 103) and a non-health workers (N = 112) sample. Participants responded to the *Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS)* questionnaire, *Insomnia Severity Index* and *Oviedo Sleep Questionnaire*. The results conclude that there are no significant differences in sleep disorders between health workers and non-health workers, nor in the rotating shifts of health professionals, although the latter seems to be related; however, there are differences in the sample studied between before COVID-19 started and during it.

Key Words: Health workers, sleep disorders, rotating shifts, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

Una de las funciones biológicas estrechamente relacionada con el bienestar y la calidad de vida es el sueño, que ocupa un tercio de la vida de las personas. Éste es de vital importancia en diversos procesos, como la codificación, consolidación y recuperación de la memoria, la activación del sistema inmunológico, conservación de energía, regulación metabólica, plasticidad cerebral y el aprendizaje motor, entre otros (Baddeley et al., 2018). Una cantidad y calidad del sueño insuficiente puede afectar negativamente a la salud física, psicológica y social, provocando trastornos del sueño.

Los trastornos del sueño son cada vez más comunes pero muy poco comprendidos; producen diferentes alteraciones como la dificultad en la conciliación y mantenimiento del sueño, problemas para permanecer despierto y mantener un horario regular para dormir, conductas inusuales durante el periodo de descanso produciendo una interrupción del mismo... Es decir, existe una clasificación numerosa y heterogénea de estos trastornos, siendo el más frecuente y demandado en la atención primaria (alrededor del 10% y 20%) el *insomnio* (American Psychiatric Association (APA), 2013).

El trastorno de insomnio hace referencia a la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o de que éste no sea reparador. Según APA (2013), la dificultad del sueño debe persistir durante un mínimo de tres meses y, este es más prevalente en mujeres. Asimismo, implica dificultades que afectan a la calidad de vida de las personas y que puede conllevar a una disminución de la concentración, somnolencia, descenso o merma del rendimiento y productividad sociolaboral.

Diferentes estudios epidemiológicos, tal y como cita Miró et al. (2005), señalan que la prevalencia de este trastorno en la población se encuentra entre el 20% y 30%, incrementando, además, con la edad.

Por otro lado, las causas de estos trastornos están relacionadas con diversos factores emocionales, tales como ansiedad, estrés y depresión. Así, tal y como refleja el estudio de Breslau et al. (1997), un 75% de las personas con

trastorno del ciclo sueño-vigilia sufren síntomas de ansiedad o depresión y, más de un 50% padecen trastorno psicológico.

Además, los trabajadores que están sometidos a un sistema de turnos rotativos y/o nocturnos, son especialmente vulnerables a padecer problemas de sueño, debido a que, se interrumpe el equilibrio biológico por los cambios en el ritmo circadiano, al intentar adaptarse a las demandas horarias, tal y como corrobora el estudio de Palazón y Sánchez (2017), donde apuntan que los trabajos sometidos a turnos y excesivas horas de trabajo, como la ejercida en personal sanitario, son factores que correlacionan de forma directa con los trastornos del sueño.

Del mismo modo, Khaleque (1999) realiza un estudio donde analiza el sueño, la salud y el bienestar de 60 trabajadores sometidos a turnos rotativos. Los resultados indicaron que el turno de noche era el que más alteraba el sueño y provocaba mayores quejas de salud. Además, encontró que no sólo presentaban problemas en el sueño (86%), sino que se restringía la vida social (87%), generaban problemas en la vida familiar (90%), reducían las actividades de ocio (91%), afectando en el 100% de los casos a la salud.

Tal y como cita Miró et al. (2005), se han encontrado que los turnos rotativos y nocturnos pueden comprometer la seguridad laboral, siendo esto, uno de los principales motivos de mortalidad laboral. De la misma manera, en el estudio de Landrigan et al. (2004) mostraron que los médicos cometen más fallos tras realizar turnos de 24h o más; similar a otro estudio realizado para valorar la calidad del sueño, donde casi la mitad de los profesionales sanitarios asumieron haber cometido mayor número de equivocaciones tras las guardias.

Por otra parte, se ha visto que el COVID-19 es un factor relacionado con los trastornos del sueño. Así, el estudio de Wang et al. (2020) con 484 pacientes hospitalizados por este virus, avala que cerca de la mitad de los pacientes presentaban insomnio (42,8%), estando esto relacionado con el sexo femenino, estar casado, presentar fatiga severa y haber recibido información sobre la enfermedad. Asimismo, los que presentaban mayores puntuaciones para insomnio eran los jóvenes, puesto que recibían más noticias acerca de la

enfermedad (evolución y datos actualizados de mortalidad), al tener acceso a internet a través de sus teléfonos móviles, generando mayor ansiedad. De la misma manera, Lin et al. (2020), encontraron que las causas de los trastornos se debían a las preocupaciones por la pandemia generadas ante la visualización de noticias en la televisión y redes sociales, así como, una mala higiene del sueño como consecuencia de pasar más tiempo en la cama de lo habitual, alterando el ritmo biológico del sueño. Igualmente, Rossi et al. (2020), observó que los factores que estaban asociados al insomnio en personas sin COVID-19 eran el estrés, haber perdido a un ser querido y estar en situación de paro o atravesando problemas económicos; todo ello generado por la situación sanitaria.

Con relación a la situación económica, se ha visto que el nivel de ingresos es un factor predisponente para padecer trastornos del sueño. Así, en un estudio realizado por el Centro de Investigación sobre Fitoterapia, señalan que casi cuatro de cada diez españoles padecen insomnio a causa de problemas económicos y el paro (Europa Press, 2011).

Este estudio se lleva a cabo con el objetivo principal de estudiar los trastornos del sueño en una muestra sanitaria, en comparación con una muestra general, para ver en qué medida se corrobora que trabajar en el medio hospitalario afecta a la calidad del sueño. Se analizará el efecto que tienen los horarios de los trabajadores sanitarios, para mostrar si los turnos rotativos son un factor de riesgo. Además, se intentará poner a prueba qué papel tienen las creencias y actitudes sobre el sueño en la calidad de éste. Asimismo, se intentará mostrar la posible relación entre el COVID-19 y los problemas con el sueño. Finalmente, se comprobará si el nivel de ingresos es un factor que contribuye negativamente a estos trastornos y, si durante la pandemia, se han incrementado.

MÉTODO

Diseño

Se trata de una investigación empírica de estrategia asociativa, en concreto, un estudio comparativo transversal.

Muestra

La muestra total de este estudio es una muestra disponible de 215 personas, de las cuales 103 son sanitarios y 112 no sanitarios. A su vez, contamos con 152 mujeres y 63 hombres, no habiendo diferencias notables entre grupos.

El rango de edad oscila entre 19 y 73 años obteniendo una media similar en sanitarios y no sanitarios ($\bar{x}=36,49$ y $\bar{x}=39,45$) y una desviación típica ($dt= 11,97$ y $dt=14,97$), respectivamente; no existiendo diferencias significativas en la prueba ANOVA.

Asimismo, hemos de informar que utilizando la prueba Ji cuadrado, encontramos diferencias significativas en el nivel de ocupación entre los dos grupos; no obstante, en ambos, el más predominante es el empleo por cuenta ajena (anexo 1).

Instrumentos de medida

Para realizar el estudio, se utilizaron los siguientes instrumentos de medida:

- **Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales**, elaborado específicamente para la investigación (Anexo 2), incluye: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, ocupación, nivel de ingresos de la unidad familiar al año, ciudad de residencia, profesión, horario y tipo de turno.
- **Cuestionario Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS)**, (Morin, 1993): se trata de un cuestionario de 30 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos que refleja las creencias y actitudes disfuncionales de las personas sobre el sueño. La puntuación total oscila entre 30-150 puntos.

Hay datos de validación en español para este cuestionario (Sierra et al., 2005). Estos autores encontraron en cuanto a su validez, evidencia de que este cuestionario discrimina entre sujetos insomnes y no insomnes y, que puede ayudar a identificar diferentes subgrupos de insomnes; además, es susceptible a la detección de los cambios provocados por la

terapia cognitivo-conductual en pacientes insomnes. También, se ha llegado a demostrar que las creencias acerca de las consecuencias a largo plazo del insomnio suponen un factor de mejor pronóstico en la terapia que las creencias sobre consecuencias negativas inmediatas.

Con respecto a la fiabilidad, la consistencia interna encontrada para las dimensiones racionales propuestas por los autores originales ha sido insuficiente (alfa de Cronbach < 0.60) salvo para la escala de “consecuencias del insomnio” (alfa de Cronbach = 0.71). Sin embargo, Sierra et al. (2005) llevaron a cabo un estudio de la estructura empírica del cuestionario y encontraron una estructura factorial con unas características aceptables de fiabilidad y validez. En el presente estudio hemos optado por utilizar la escala íntegra para obtener una primera aproximación a la influencia global que pueden tener las creencias y actitudes disfuncionales acerca del sueño en estas dos muestras.

- **Índice de Gravedad de Insomnio o Insomnia Severity Index (ISI)**, adaptado al español: Los autores de la versión original son Bastien et al. (1998), y, la versión adaptada fue creada por Fernández- Mendoza et al. (2012). Esta escala consta de 5 ítems que, mediante una valoración subjetiva, mide el nivel de insomnio. La puntuación total que se puede obtener oscila entre 0-28, siendo de 0-7=ausencia de insomnio clínico, 8-14= insomnio subclínico leve, 15-21 = insomnio clínico moderado y de 22-28 = insomnio clínico grave.

Hay datos de validación en español para este cuestionario (Sierra et al.,2008). Estos autores encontraron que posee una validez convergente y fiabilidad aceptables (alfa de Cronbach de 0,91).

- **Cuestionario de Oviedo del Sueño** (Bobes et al., 2000): Este cuestionario ha sido modificado, añadiendo la variable de Covid-19 como variable temporal “Antes” y “Durante”. La escala original cuenta con 15 ítems y 3 subescalas, pero al añadir la nueva variable se han duplicado, pasando a obtener 30 ítems y 6 subescalas. Es decir, cada ítem de la escala original se ha planteado haciendo referencia a “Antes” y “Durante”

el COVID-19. De esta manera, las 3 subescalas originales (satisfacción subjetiva del sueño, insomnio e hipersomnias) quedarán también subdivididas en los dos momentos temporales, así: satisfacción subjetiva del sueño “antes” (ítem 1), satisfacción subjetiva del sueño “durante” (ítem 2), insomnio “antes” (ítem 3, 5, 7, 9, 13, 15, 17, 19 y 21), insomnio “durante” (ítem 4, 6, 8, 10, 14, 16, 18, 20, 22), hipersomnias “antes” (ítem 11, 23, 25), hipersomnias “durante” (ítem 12, 24, 26). Los ítems restantes proporcionarán información sobre el uso de ayudas para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño.

Encontramos también, para este cuestionario, datos de validación en español (Bobes et al., 2000). La validez convergente y fiabilidad encontrada por estos autores demostró ser buena (alfa de Cronbach de 0,77).

Procedimiento

Estos cuestionarios se plasmaron en la plataforma de Google Forms, y fueron distribuidos a través de las diferentes redes sociales, en un periodo de siete días.

Tras haber recopilado un tamaño de muestra considerado oportuno para poder llevar a cabo la investigación, se cerró el cuestionario y se procedió a descargar los datos en Excel para poder cuantificar la información. Posteriormente, abrimos el archivo Excel con el programa SPSS (versión 25) para proceder al análisis estadístico, donde realizamos diferentes comparaciones entre grupos de medidas (Anova de un factor y dos factores y, pruebas de Ji cuadrado) procediendo al posterior análisis de resultados y discusión de los mismos.

RESULTADOS

A continuación, en las Tablas 1 y 2, presentamos los resultados de calcular las diferencias de medias, utilizando ANOVAs, entre ambos grupos en los cuestionarios DBAS e INSOMNIO.

Tabla 1*Diferencias de Medias entre Sanitarios y No sanitarios en el DBAS (N=215)*

DBAS		
N total=215		\bar{x} Sanitarios= 78.32 dt=18,69
		\bar{x} No Sanitarios= 76.38 dt=16,51
ANOVA		
Entre grupos	F	Sig
	,66	,42

Tabla 2*Diferencias de Medias entre Sanitarios y No sanitarios en el cuestionario de Índice de Gravedad de Insomnio (N=215)*

INSOMNIO		
N total=215		\bar{x} Sanitarios= 9,78 dt= 5,60
		\bar{x} No Sanitarios= 9,13 dt= 5,13
ANOVA		
Entre grupos	F	Sig
	,79	,37

Al analizar las creencias y actitudes del sueño, así como el nivel de insomnio, no se aprecian diferencias significativas entre el grupo de sanitarios y no sanitarios.

Del mismo modo, se realizó entre los grupos en el cuestionario de OVIEDO, pero en este caso, con ANOVA de dos factores con medidas repetidas.

Un factor es el tiempo (antes-durante) y el otro, el grupo (sanitarios-no sanitarios), presentándose estos resultados en las Tablas 3A y 3B.

Tabla 3A

Medias y Desviaciones Típicas de Sanitarios y No sanitarios en los Problemas del Sueño, Antes y Durante el Covid-19 (N=215)

CUESTIONARIO OVIEDO					
		<i>Antes Covid</i>		<i>Durante Covid</i>	
		\bar{x}	dt	\bar{x}	dt
No sanitario	Satisfacción con el sueño	4,96	1,70	4,63	1,72
	Insomnio	21,57	5,52	24,58	6,75
	Hipersomnia	1,88	2,40	2,56	3,05
	Total	28,41	6,48	31,77	8,18
Sanitario	Satisfacción con el sueño	5,05	1,64	4,30	1,77
	Insomnio	22,22	6,27	25,48	7,23
	Hipersomnia	1,98	2,07	3,11	3,03
Total		29,25	7,06	32,89	8,73

Tabla 3B

F de Fisher-Snedecor y valores de significación de Sanitarios y No sanitarios en los Problemas del Sueño, Antes y Durante el Covid-19 (N=215)

<i>Prueba de efectos intrasujetos</i>			<i>Prueba de efectos intersujetos</i>																											
<i>Origen</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Subescalas</i>	<i>Sig</i>	<i>F</i>	<i>Origen</i>																								
Tiempo	26,77	,00	Satisfacción con el sueño	,57	,33	Sanitario /no																								
Tiempo * sanitario/no	4,25	,04					Tiempo	80,99	,00	Insomnio	,34	,93	Tiempo* sanitario/no	,13	,71	Tiempo	38,71	,00	Hipersomnia	,34	,92	Tiempo * sanitario/no	2,38	,12	Tiempo	78,05	,00	Total	,31	1,03
Tiempo	80,99	,00	Insomnio	,34	,93																									
Tiempo* sanitario/no	,13	,71					Tiempo	38,71	,00	Hipersomnia	,34	,92	Tiempo * sanitario/no	2,38	,12	Tiempo	78,05	,00	Total	,31	1,03	Tiempo * sanitario/no	,12	,73						
Tiempo	38,71	,00	Hipersomnia	,34	,92																									
Tiempo * sanitario/no	2,38	,12					Tiempo	78,05	,00	Total	,31	1,03	Tiempo * sanitario/no	,12	,73															
Tiempo	78,05	,00	Total	,31	1,03																									
Tiempo * sanitario/no	,12	,73																												

No se han encontrado diferencias significativas en ninguna de estas subescalas entre el grupo de sanitarios y no sanitarios; sin embargo, se pueden observar diferencias significativas en cada una de ellas para la variable tiempo. Es decir, en la escala “Satisfacción con el sueño” se encuentran diferencias significativas entre antes y durante el COVID-19 en el sentido de una menor

satisfacción durante el mismo, dándose además una interacción significativa entre el factor tiempo y el factor grupo.

Asimismo, se pueden observar diferencias entre antes y durante el COVID-19 en las variables Insomnio e Hipersomnia, en el sentido de mayores niveles de estas variables durante el mismo. No obstante, en estas variables no se aprecia interacción significativa entre los factores grupo y tiempo.

Por otro lado, en la Tabla 4, se muestran los resultados de calcular las diferencias de medias para el factor horario en la variable dependiente de satisfacción con el sueño del cuestionario Índice de gravedad de INSOMNIO, utilizando ANOVA.

TABLA 4

Medias y Desviaciones típicas de satisfacción con el sueño, en cada nivel de la variable horario en los trabajadores sanitarios (N=110)

HORARIO Y SATISFACCIÓN CON EL SUEÑO			
	N	\bar{x}	dt
Mañana	31	2,39	1,12
Tarde	3	3,00	,00
Mañana y tarde	20	2,30	1,17
Mañana tarde y noche	55	2,20	1,08
Mañana y noche	1	2,00	-
TOTAL	110	2,29	1,09

Se ha encontrado que los sanitarios más satisfechos con el sueño corresponden a los que tienen turno de tarde (aunque en esta situación solo hay tres personas), a continuación, los del turno de mañana, posteriormente, los de

mañana y tarde y, finalmente, los que tienen turno de mañana tarde y noche. Por consiguiente, los más insatisfechos son los de mañana y noche. No obstante, entre estos cinco grupos no se obtuvieron diferencias significativas en el Ji cuadrado.

Además, se han calculado las diferencias de medias entre los distintos niveles de ingresos de la unidad familiar y la escala insomnio del cuestionario OVIEDO y, a su vez, se ha comprobado si existen diferencias entre los dos momentos temporales. Esto se realizó mediante ANOVA, presentándose estos resultados en las Tablas 5A y 5B.

Tabla 5A

Medias y Desviaciones típicas de los diferentes Niveles de Ingresos en relación con el Insomnio, Antes y Durante el Covid-19 (N=215).

NIVEL DE INGRESOS E INSOMNIO				
	<i>Antes Covid</i>		<i>Durante Covid</i>	
	\bar{x}	dt	\bar{x}	dt
<20.000	22,50	5,57	27,17	7,54
20.000-30.000	22,70	6,42	25,41	6,49
30.000-40.000	20,96	5,02	24,15	7,09
40.000-50.000	18,47	4,40	21,81	6,17
50.000-60.000	23,81	6,02	25,18	5,57
60.000-70.000	20,21	3,60	23,43	5,54
70.000-80.000	19,33	5,25	19,50	5,27
80.000-90.000	24,88	5,07	27,13	3,71
90.000-100.000	22,20	11,08	21,60	11,57
>100.000	17,75	7,43	22,00	12,02
TOTAL	21,88	5,88	25,01	6,98

Tabla 5B

F de Fisher-Snedecor y Valores de significación de los diferentes Niveles de Ingresos en relación con el Insomnio, Antes y Durante el Covid-19 (N=215).

<i>Prueba de efectos intrasujetos</i>			<i>Prueba de efectos intersujetos</i>			
<i>Origen</i>	<i>Sig.</i>	<i>F</i>	<i>Variable dependiente</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>	<i>Origen</i>
Tiempo	0,00	14,60	Insomnio	1,62	,11	Nivel de ingresos
Tiempo * nivel de ingresos	,29	1,21				

Así, se han encontrado diferencias significativas en el insomnio en relación con los ingresos económicos de la unidad familiar, antes y durante el COVID-19; aunque, no se encuentran diferencias relevantes en la interacción entre estas variables (tiempo y nivel de ingresos) ni diferencias significativas entre niveles de ingresos.

Finalmente, en la Tabla 6, se presentan los resultados de calcular las correlaciones en la muestra de sanitarios y no sanitarios, utilizando la correlación de Pearson, entre el cuestionario DBAS y las escalas del cuestionario de Índice de gravedad de INSOMNIO.

En la diagonal superior se presenta la muestra de sanitarios, y en la diagonal inferior, la muestra de no sanitarios, para comparar así, los diferentes patrones de correlaciones entre las variables en cada una de las muestras.

Tabla 6

Correlaciones de Pearson entre el Cuestionario DBAS y las escalas del Cuestionario de Índice de gravedad de Insomnio en Sanitarios (N=103) y No Sanitarios (N=112)

	DBAS	DQD	DPD	DDT	SS	FDIS	CDACV	PS
DBAS	1	,43 **	,39 **	,29 **	-,51 **	,64 **	,57 **	,58 **
DQD	,27 **	1	,63 **	,32 **	-,77 **	,42 **	,27 **	,75 **
DPD	,07	,42 **	1	,40 **	-,68 **	,40 **	,28 **	,62 **
DDT	,32 **	,22 *	,22 *	1	-,40 **	,31 **	,25 *	,32 **
SS	-,28 **	-,61 **	-,55 **	-,40 **	1	-,50 **	-,40 **	-,82 **
FDIS	,57 **	,32 **	,14	,40**	-,30 **	1	,66 **	,60 **
CDACV	,56 **	,18	,00	,24 *	-,19 *	,62 **	1	,50 **
PS	,47 **	,60 **	,46 **	,32 **	-,68 **	,44 **	,34 **	1

*Sig. ,01 ***

*Sig. ,05 **

Nota. DQD (Dificultad Quedarse Dormido); DPD (Dificultad Permanecer Dormido); DDT (Dificultad de Despertar Temprano); SS (Satisfacción con Sueño); FDIS (Funcionamiento Diario Interferido por el Sueño); CDACV (Conocimiento problemas de sueño por los Demás y Afectación a Calidad de Vida); PS (Preocupación problemas de Sueño)

Se ha encontrado que las *creencias y actitudes acerca del sueño* correlacionan de forma directa y significativa con las dificultades para quedarse y permanecer dormido, con las dificultades por el hecho de despertar temprano, con el funcionamiento diario interferido por problemas de sueño (fatiga, concentración, estado de ánimo...), con el conocimiento de problemas de sueño por los demás y, preocupación por padecer éstos. Encontrando, de la misma manera, que todas estas variables correlacionan negativamente con la *satisfacción con el sueño*, existiendo una correlación, también negativa, entre las propias creencias y actitudes acerca del sueño y la satisfacción con el mismo, tanto en la muestra sanitaria como en la no sanitaria. Además, cabe destacar que se observa un patrón de correlaciones que difiere en las muestras, es decir, la muestra de sanitarios correlaciona más alto que la de no sanitarios en todas las variables analizadas.

Asimismo, los resultados revelan que las correlaciones más altas se dan cuando a mayor nivel de preocupación por el sueño, mayor nivel de insatisfacción con éste. Igualmente, encontramos correlaciones altas en este nivel de satisfacción, siendo esta peor, a mayor dificultad para quedarse dormido y permanecer dormido. De la misma manera, con correlaciones altas, aunque con puntuaciones menores, se evidencia que a mayor nivel de creencias y actitudes acerca del sueño, mayor funcionamiento diario interferido por el sueño. Además, los resultados revelan que a mayores preocupaciones acerca del sueño, mayores dificultades para quedarse y permanecer dormido, correlacionando también estas preocupaciones, aunque en menor medida, con las creencias y actitudes por el sueño. Por último, se evidencia una alta correlación entre el conocimiento de los problemas del sueño por los demás con el funcionamiento diario interferido por el sueño.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos acerca de las creencias y actitudes sobre el sueño son los que cabría esperar, puesto que, estos pensamientos se encuentran arraigados en la población en general, independientemente de su profesión. Asimismo, la bibliografía consultada apoya estos datos, al afirmar que

la relación entre pensamientos disfuncionales previos a dormir y la mala calidad de sueño, está presente en la población en general (Sierra et al., 2005).

De igual manera, en el presente estudio se evidencia que las creencias y actitudes sobre el sueño juegan un papel importante en el insomnio. Así, la preocupación por los problemas del sueño aumenta a medida que incrementan las creencias y actitudes que se tienen acerca de éste, provocando el mayor impacto sobre la satisfacción con el sueño. Así también, estas creencias y actitudes sobre el sueño interfieren en el funcionamiento diario. Asimismo, la dificultad para quedarse y permanecer dormido, se relacionan con la satisfacción y con la preocupación sobre el sueño, pudiendo deberse a que las dificultades en conciliación y mantenimiento del sueño provocan problemas de salud como ansiedad, problemas de memoria y peor concentración. Además, el hecho de encontrar correlaciones más altas en la muestra sanitaria se podría justificar por las dificultades para ajustarse a las demandas horarias del trabajo, generando una preocupación por mantener unos ritmos de sueño que permitan una buena calidad de este, repercutiendo así, en la satisfacción con el mismo.

Por el contrario, la ausencia de diferencias entre sanitarios y no sanitarios en el nivel subjetivo de insomnio, satisfacción con el sueño, insomnio e hipersomnia, no ha resultado ser lo esperado, ya que son varios los autores que ponen de manifiesto que la calidad del sueño de los trabajadores por turnos es peor que la de los trabajadores convencionales, tal y como afirman Medina y Sierra (2004). De la misma manera, en un estudio realizado por Sierra et al., (2009) con 237 trabajadores, de los cuales 197 tenían horario rotativo y 40 horario normal, obtuvieron que los participantes con turno rotativo presentaban una peor calidad de sueño y elevados niveles de psicopatología que los trabajadores con un horario normal.

Así, en el presente estudio, en cuanto a la satisfacción con el sueño en la muestra sanitaria según el tipo de turno, se encuentra mayor satisfacción en turnos no rotativos, como pueden ser los de mañana o tarde, comenzando a haber una mayor insatisfacción cuando empieza a haber rotación (mañana y tarde). Además, en la medida en la que el turno de noche se incluye en las

rotaciones, esto parece ser un factor de riesgo en la satisfacción con el sueño. No obstante, los resultados revelan mayor insatisfacción cuando el turno es de mañana y noche que cuando es de mañana, tarde y noche; contradictorio a lo esperado y, a la bibliografía consultada. Según Aguado (2016), los trastornos del sueño en la población trabajadora sometida a mayores turnos de trabajo, en especial de noche y, estrés laboral, correlaciona con mala calidad del sueño repercutiendo en salud, seguridad y bienestar. Sin embargo, estos resultados pueden deberse a que en el horario de mañana y noche, se obtuvo una muestra de N=1.

Además, cabe destacar que la mayor parte de la población sanitaria tiene turno rotativo (N=76) frente a los no rotativos (N=34), por lo que más de la mitad están expuestos a constantes alteraciones de los ritmos circadianos, lo que, a su vez, puede conllevar a una mala higiene del sueño. A su vez, las condiciones ambientales desfavorables para dormir durante el día (luz, ruido, excesivo calor en épocas de verano...), podrían ser una de las causas que expliquen las dificultades para adaptarse a los ritmos de trabajo.

De igual modo, quizá habría que tener en cuenta en nuestros resultados, que las diferencias entre los diferentes turnos no sean significativas, debido a la presencia de las condiciones sanitarias actuales, aumentando la prevalencia de los trastornos del sueño en la población. Así también, que las diferencias entre sanitarios y no sanitarios hayan desaparecido, ya que, en ambos grupos, el COVID-19 es un factor de riesgo para padecer problemas del sueño.

Los resultados revelan que, durante la pandemia, ambos grupos han experimentado peor satisfacción con el sueño que la que presentaban antes de comenzar el COVID-19. Análogamente, durante la pandemia, han aumentado los problemas del sueño, entre ellos el insomnio e hipersomnia, los cuales generan repercusiones durante la vigilia al presentar dificultades tales como: conciliación y mantenimiento del sueño, despertar precoz, sueño no reparador, así como, sueño diurno y preocupación sobre el funcionamiento diario. Esto puede ser debido a los malos hábitos a consecuencia del periodo de confinamiento, como acostarse y levantarse tarde, uso de excesiva tecnología,

comidas copiosas, dejar de hacer deporte..., dificultando la recuperación de las rutinas en la actualidad. Además, la excesiva información de los diferentes medios de comunicación ha conllevado a altos niveles de preocupación acerca del COVID-19, provocando una disminución en la calidad del sueño, tal y como cita Medina-Ortiz et al., (2020).

Por último, se ha visto que los ingresos económicos también han tenido un papel importante en el insomnio durante la pandemia, relacionándose con un incremento de éste. Esto podría justificarse por el nivel de preocupación que existe acerca de los ingresos económicos de la unidad familiar durante el COVID-19 ante los descensos de ingresos debido a la disminución de salarios, ERTES o paro. Además, la bibliografía publicada acerca del nivel socioeconómico apoya que es uno de los factores predisponentes para el insomnio (Lloyd Perlis et al., 2016).

CONCLUSIÓN

La escasez de investigaciones entre población sanitaria y no sanitaria ha dificultado la comparación de resultados del presente estudio. No obstante, se ha podido constatar que la bibliografía consultada acerca de los trastornos del sueño coincide con este estudio comparativo transversal.

En definitiva, en la muestra analizada no hemos encontrado diferencias en los trastornos del sueño, ni en las creencias y actitudes que se tienen sobre este. Sin embargo, estas creencias y actitudes han mostrado tener relación con el insomnio. Además, se ha visto que los turnos laborales en los profesionales sanitarios guardan relación con la satisfacción con el sueño, a pesar de no ser significativo. Asimismo, la presencia del COVID-19 ha afectado a la población en general, aumentando los problemas en satisfacción con el sueño, insomnio e hipersomnia. De la misma manera, el nivel de ingresos es uno de los factores que también se ha visto comprometido durante la pandemia, aumentando los problemas de insomnio.

De esta manera, habría que considerar que las diferencias no encontradas entre sanitarios y no sanitarios, así como en los diferentes turnos laborales, se hayan igualado debido a la presente situación pandémica, jugando el COVID-19, un papel importante en los trastornos del sueño en toda la población, comprometiendo seriamente la calidad y la satisfacción con éste.

Asimismo, de cara a futuras investigaciones, habría que tener en consideración las presentes limitaciones de este estudio, entre ellas, que las muestras no son representativas, es decir, son muestras disponibles y, además, se encontraron diferencias significativas entre sanitarios y no sanitarios en la variable sociodemográfica de ocupación.

REFERENCIAS

- Aguado, T. (2016). Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(1), 12-18.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.) (DSM-5). Panamericana.
- Alto, M., López, J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29 (3), 1038-1059.
- Baddeley, A., Eysenck, M. y Anderson, M. (2018). *Memoria* (2.ª ed.). Alianza editorial.
- Bobes García, J., González G.-Portilla, M.P., Saíz Martínez, P.A., Bascarán Fernández, M.T., Iglesias Álvarez, C. y Fernández Domínguez, J.M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 107-12.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L. y Andreski, P. (1997). Daytime sleepiness: An epidemiological study of young adults. *American Journal of Public Health*, 87(10), 1649-1653.

- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K.G., Sánchez-Vázquez, I. y Rangel-Caballero, M.F. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la facultad de medicina (México)*, 61(1), 6-20. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006
- Europa Press. (2011). El paro y los problemas económicos, primera causa de insomnio entre los españoles. *Infosalus*. <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-paro-problemas-economicos-primera-causa-insomnio-espanoles-20111125111401.html>
- García-Portilla, M.P., Sáiz, P.A., Díaz-Mesa, E. M., Fonseca, E., Arrojo, M., Sierra, P., Sarramea, F., Sánchez, E., Goikolea, J. M., Balanzá, V., Benabarre, A. y Bobes, J. (2009, Octubre). Rendimiento psicométrico del Cuestionario Oviedo de Sueño en pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 169-177. <https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-rendimiento-psicometrico-del-cuestionario-oviedo-S1888989109732355>
- Khaleque, A. (1999). Sleep deficiency and quality of life of shift workers. *Social Indicators Research*, 46 (2), 181-189.
- Landrigan, C., Rothschild, J., Cronin, J., Kaushal, R., Burdick, E., Katz, J., Lilly, C., Stone, P., Lockley, S., Bates, D. y Czeisler, C. (2004). Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *The New England Journal of Medicine*, 351 (18), 1838-1848.
- Lin, L.Y., Wang, J., Ou-Yang, X.Y., Miao, Q., Chen, R., Liang, F.X., Zhang, Y.P., Tang, Q. y Wang, T. (2020). The immediate impact of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak on subjective sleep status. *Sleep Medicine*, 77, 348-354.
- Lira, D. y Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(1), 20-28. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>

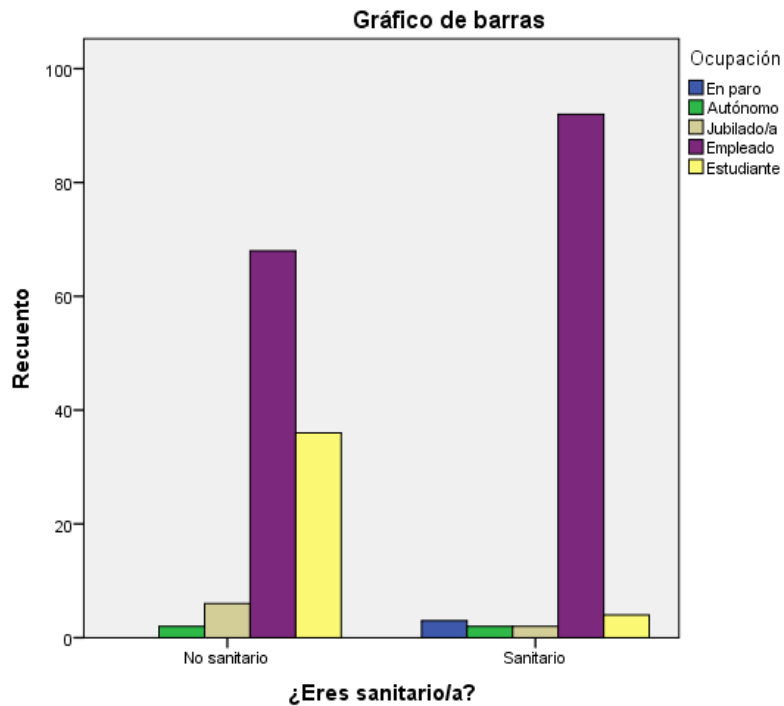
- Lloyd Perlis, M., Gordon Ellis, J., DeMichele Kloss, J. y Wilhelm Riemann, D. (2016). Etiology and Pathophysiology of Insomnia. En Kryger, M., Roth, T. y Dement, W. *Principles and Practice of Sleep Medicine, 4th edition* (769-784). Filadelfia.
- Medina, A.G. y Sierra, J.C. (2004). Influencia del trabajo por turnos en el estado emocional y en la calidad del sueño. *Psicología y Salud, 14* (2), 147-154.
- Medina-Ortiz, O., Araque-Castellanos, F., Ruiz-Domínguez, L. C., Riaño-Garzón, M. y Bermudez, V. (2020). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por Covid-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 37* (4), 755-61.
- Miró, E., Cano-Lozano, M.C. y Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología, 14*, 11-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401401>
- Muñoz-Pareja, M., Loch, M. R., Geremias dos Santos, H., Sakay Bortoletto, M. S., Durán González, A. y Maffeir de Andrade, S. (2016). Factores asociados a mala calidad de sueño en la población brasilera a partir de 40 años de edad: estudio VIGICARDIO. *Gaceta Sanitaria, 30*(6), 444-450. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.011>
- Palazón, E. y Sánchez, J.C. (2017). Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Revista Enfermería del Trabajo, 7* (1), 30-37.
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A. y Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown 1 measures impact on mental 2 health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 790.
- Sarraís, F. y Castro Manglano, P. (2007). El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30*(1), 121-134. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011#:~:text=La%20clasificaci%C3%B3n%20de%20enfermedades%20de,de%20malestar%20personal%20significativo%20y

- Sierra, J.C., Delgado-Domínguez, C.J. y Carretero-Dios, H. (2005). Propiedades psicométricas de la dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale (DBAS) en una muestra española de sujetos normales. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3), 523-539.
- Sierra, J.C., Delgado-Domínguez, C. y Carretero-Dios, H. (2009). Influencia de la calidad de sueño sobre variables psicopatológicas: un análisis comparativo entre trabajadores sometidos a turnos y trabajadores con horario normal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (1), 121-130.
- Sierra, J.C., Guillén-Serrano, V. y Santos-Iglesias, P. (2008). Insomnia Severity Index: algunos indicadores acerca de su fiabilidad y validez en una muestra de personas mayores. *Revista de Neurología*, 47(11), 566-570.
- Torres Esteche, V. y Monteghirfo, R. (2011). Trastornos del sueño. *Prensa Médica Latinoamericana*, 33(1), 29-45.
<https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/supl1/3.pdf>
- Wang, Y., Zhu, L.Y., Ma, Y.F., Bo, H. X., Deng, H.B., Cao, J., Wang, Y., Wang, X.J., Xu, Y., Lu, Q.D., Wang, H. y Wu, X. J. (2020). Association of insomnia disorder with sociodemographic factors and poor mental health in COVID-19 inpatients in China. *Sleep Medicine*, 75, 282-286.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.06.011>.

ANEXO

Figura 1 (Anexo 1)

Variable sociodemográfica de Ocupación



Anexo 2

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales

- Edad
- Sexo
 - Mujer
 - Hombre
 - Otro
- Estado Civil
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Pareja de hecho
 - Divorciado/a

- Viudo/a
- Otro
- Ciudad de residencia
- Nivel de estudios
 - Leer y escribir
 - Educación primaria
 - Educación secundaria (E.S.O.)
 - Bachillerato
 - Ciclos formativos
 - Estudios Universitarios
 - Estudio de posgrado
- Ocupación
 - Estudiante
 - Autónomo
 - En paro
 - Empleo por cuenta ajena
 - Jubilado/a
- Nivel de ingresos de la unidad familiar (al año)
 - < 20.000 euros
 - De 20.000 a 30.000 euros
 - De 30.000 a 40.000 euros
 - De 40.000 a 50.000 euros
 - De 50.000 a 60.000 euros
 - De 60.000 a 70.000 euros
 - De 70.000 a 80.000 euros
 - De 80.000 a 90.000 euros
 - De 90.000 a 100.000 euros
 - > 100.000 euros

OFICIO/ PROFESIÓN

- ¿Eres sanitario/a?

- Soy Sanitario/a
- No Soy Sanitario/a

- Profesión

Si eres sanitario/a, agradecemos completar estas 2 preguntas antes de pasar a la siguiente sección

- Tipo de turno
 - Regular
 - Irregular
- Horario
 - Mañana
 - Tarde
 - Noche