



Somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en educación con mención en docencia y gestión educativa**

AUTOR:

Br. Santos Lucio, Chero Pisfil

ASESOR:

Dr. Héctor Santa María Relaiza

SECCIÓN:

Educación e Idiomas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Inclusión y Democracia.

Perú - 2018

Página del Jurado

.....
Dr. Chantal Juan Jara Aguirre
Presidente

.....
Dr. Yolvi Ocaña Fernández
Secretario

.....
Dr. Héctor Raúl Santa María Relaiza
Vocal

Dedicatoria

Este trabajo de investigación lo dedico a mis hijos, Diego, Daniel, Alejandro; así como a mis hermanos y hermanas por su cariño y comprensión que contribuyeron a su culminación.

Agradecimiento

A Dios, a mis padres que, desde el cielo, siempre están conmigo, a mi familia que siempre alentaron para que siga avanzando, a Yajaira Díaz, por la sugerencia de una de las variables y de manera muy especial a quienes les quite mucho tiempo que eran suyo. Gracias Familia.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Santos Lucio, Chero Pisfil, estudiante del Programa Académico de Maestría en Docencia y gestión educativa de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI 06139258 con la tesis titulada “Somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018”

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Los Olivos, 10 junio 2018

Br. Santos Lucio Chero Pisfil

DNI: 06139258

Presentación

Señor presidente

Señores miembros del jurado

Presento la Tesis titulada, “Somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018”, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para optar el grado académico de Magistro en Docencia y gestión educativa.

Esperamos que nuestros modestos aportes contribuyan con algo en reconocer que existe una problemática en nuestros estudiantes universitarios, prestando especial atención en los aspectos relacionados con la somnolencia diurna y la inteligencia emocional de una universidad de Lima.

La información se ha estructurado en siete capítulos teniendo en cuenta el esquema de investigación sugerido por la universidad.

En el primer capítulo se expone la introducción. En el segundo capítulo se presenta el marco metodológico. En el tercer capítulo se muestran los resultados. En el cuarto capítulo abordamos la discusión de los resultados. En el quinto se precisan las conclusiones. En el sexto capítulo se adjuntan las recomendaciones que hemos planteado, luego del análisis de los datos de las variables en estudio. Finalmente, en el séptimo capítulo presentamos las referencias bibliográficas y anexos de la presente investigación.

Tabla de contenido	
Página del Jurado	2
Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Declaratoria de autenticidad	5
Presentación	6
Índice de tablas	10
Índice de figuras	11
Resumen	12
Abstract	13
I.Introducción	14
1.1.Realidad problemática.....	15
1.2. Trabajos previos.....	18
Antecedentes Internacionales.....	18
Antecedentes Nacionales	23
1.3 Teorías relacionadas a la somnolencia diurna	25
El sueño.....	25
Aspectos generales	26
Características del sueño relativos a la edad de la persona.....	27
Características del sueño relativos al género	29
La falta de sueño	30
Riesgos y complicaciones por la falta de sueño	31
Trastorno del ritmo circadiano de sueño - vigilia.....	31
Tipos de codificación	32
Tipo de sueño – vigilia asociado a turnos laborales	33
La somnolencia diurna.....	33
Escala de somnolencia de Epworth	36
Variable 1: Somnolencia diurna	37
Definición conceptual: Somnolencia diurna	38
Dimensiones:.....	38
Variable 2: Inteligencia emocional	39
Cronología de la inteligencia emocional y social.....	40

Teorías sobre Inteligencia Emocional	40
Definición conceptual: Inteligencia emocional (IE)	42
Dimensiones	44
1.4. Formulación del problema	46
Problema general	46
Problemas específicos	46
1.5 Justificación del estudio	47
Justificación teórica	47
Justificación práctica	47
Justificación pedagógica	48
Justificación metodológica	48
1.6 Hipótesis general	49
Hipótesis específicas	49
Objetivo general	50
Objetivos específicos	50
II.- Método	51
2.1. Diseño de la investigación	52
Diseño:	52
Método de Investigación	52
Tipo de investigación	53
Nivel de la Investigación	53
Enfoque de Investigación	53
Paradigma de la Investigación	53
2.2. Variables – Operacionalización	54
Definición conceptual de la variable: Somnolencia diurna	54
Definición conceptual de la variable: Inteligencia emocional	54
Definición operacional de la variable: Somnolencia diurna	55
Definición operacional de la variable: Inteligencia emocional	55
2.3. Población y muestra	58
2.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos: validez y confiabilidad... 58	
Instrumento1: Escala de Somnolencia de Epworth – Versión Peruana (ESE-VP). Anexo	59

Instrumento 2: Escala de inteligencia emocional (TMMS-24)	60
2.5. Método de análisis e interpretación de datos	62
III Resultados	63
Descripción de resultados	64
Desde el punto de vista inferencial	84
IV. Discusión	92
V. Conclusiones	98
VI. Recomendaciones	100
VII. Referencia	103
Referencias	104
Anexos	109
Anexo 1 : Somnolencia diurna	110
Anexo 2: Inteligencia emocional	111
validez y confiabilidad de los instrumentos:	112
Matriz de consistencia	119
Data de la muestra	122
Data de la carta de presentación.....	126
Constancia de haber pasado el instrumento	130

Índice de tablas

Tabla 1 Patrón normal de sueño en el ser humano.....	29
Tabla 2 Operacionalización de la variable: somnolencia diurna.....	56
Tabla 3 Operacionalización de la variable: inteligencia emocional.....	57
Tabla 4 Distribución general de Inteligencia Emocional y Somnolencia Diurna ...	64
Tabla 5 Inteligencia Emocional y Somnolencia diurna	66
Tabla 6 Tabla cruzada Inteligencia Emocional: Factor Atención*Somnolencia Diurna.....	68
Tabla 7 Tabla cruzada Inteligencia Emocional: Factor Claridad*Somnolencia Diurna.....	70
Tabla 8 Tabla cruzada Inteligencia Emocional: Factor Reparación*Somnolencia Diurna.....	72
Tabla 9 Distribución general de Factores de Atención, Claridad y Reparación....	74
Tabla 10 Distribución general de Edad, Talla y Peso	78
Tabla 11 Somnolencia diurna: Población que conduce vehículo	81
Tabla 12 Somnolencia Diurna: Horas Sueño	81
Tabla 13 Somnolencia Diurna: Guardia Nocturna	82
Tabla 14 Somnolencia Diurna: Estudio y trabajo.....	82
Tabla 15 Somnolencia diurna: Cantidad de horas que duermen.....	83
Tabla 16 Coeficiente de correlación entre Inteligencia Emocional y Somnolencia diurna	84
Tabla 17 Coeficiente de correlación entre Inteligencia Emocional: Factor Atención y Somnolencia diurna.....	86
Tabla 18 Coeficiente de correlación entre Inteligencia Emocional: Factor Claridad y Somnolencia diurna.....	88
Tabla 19 Coeficiente de correlación entre Inteligencia Emocional: Factor Reparación y Somnolencia diurna.....	90

Índice de figuras

Figura 1. Distribución general de somnolencia diurna.....	65
Figura 2. Distribución general de Inteligencia Emocional.....	65
Figura 3. Inteligencia Emocional y Somnolencia diurna	67
Figura 4. Inteligencia Emocional: Factor Atención y Somnolencia diurna	69
Figura 5. Inteligencia Emocional: Factor Claridad y Somnolencia diurna.....	71
Figura 6. Inteligencia Emocional: Factor Reparación y Somnolencia diurna.....	73
Figura 7. Distribución general de Inteligencia Emocional: Factor Atención	75
Figura 8. Distribución general de Inteligencia Emocional: Factor Claridad	76
Figura 9. Distribución general de Inteligencia Emocional: Factor Reparación	77
Figura 10. Distribución general de Edad	79
Figura 11. Distribución general de Talla.....	79
Figura 12. Distribución general de Peso	80

Resumen

El dormir adecuadamente es una necesidad fisiológica, privarse de las horas recomendadas, traerá consecuencias en la salud, estado anímico e inteligencia emocional, la carga académica domiciliaria o el trabajo nocturno, serán factores que influenciarán en sus horas de sueño. Objetivo: Conocer el comportamiento de la somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física del sexto al décimo ciclo de una universidad de Lima.

Método: Estudio de tipo básico, transversal, descriptivo, correlacional, prospectivo; conformada por 214 alumnos y muestra de 140 (mujeres 64.2%). Se utilizó el cuestionario de epworth para somnolencia diurna, versión peruana, validado por Rosales (2009); inteligencia emocional a través de la escala Trait Meta Mood Scale, adaptada por Fernández – Berrocal, Extremera & Ramos (2004), mediante tres componentes: La atención emocional, la claridad emocional y la reparación emocional. Programa estadístico, SPSS versión 23, análisis exploratorio a través de Rho de Spearman.

Resultados y conclusiones: Edad media $25,73 \pm 4,2$ años, talla $1,61 \pm 0,81$ ms., peso $64,28 \pm 10,92$ kg; horas de sueño $5,86 \pm 1,28$; somnolencia diurna media, $9,95 \pm 3,6$, con un nivel de somnolencia ligero (69,65%) y moderado (12,5%); inteligencia emocional $78,66 \pm 13,08$, siendo el factor de reparación el de mayor puntuación ($28,36 \pm 5,63$) seguido de claridad ($25,91 \pm 5,58$) y atención ($24,38 \pm 5,50$), coeficiente de correlación de Rho de Spearman entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional, igual a $-0,161$ correlación negativa el nivel de significancia ($\text{sig} = 0,058$), mayor que el p valor 0.05.

Palabras claves: somnolencia diurna, inteligencia emocional, estudiantes universitarios.

Abstract

Adequate sleep is a physiological need, depriving oneself of the recommended hours, will bring health consequences, emotional state and emotional intelligence, home academic load or night work, will be factors that will influence in your sleep hours. Objective: To know the behavior of daytime sleepiness and its relationship with emotional intelligence in university students of physical therapy from the sixth to the tenth cycle of a university in Lima.

Method: Basic, cross-sectional, descriptive, correlational, prospective study; conformed by 214 students and sample of 140 (women 64.2%). We used the epworth questionnaire for daytime sleepiness, Peruvian version, validated by Rosales (2009); emotional intelligence through the scale Trait Meta Mood Scale, adapted by Fernández - Berrocal, Extremera & Ramos (2004), through three components: Emotional attention, emotional clarity and emotional repair. Statistical program, SPSS version 23, exploratory analysis through Spearman's Rho.

Results and conclusions: Average age 25.73 ± 4.2 years, height 1.61 ± 0.81 ms, weight 64.28 ± 10.92 kg; sleep hours 5.86 ± 1.28 ; mean daytime sleepiness, 9.95 ± 3.6 , with a level of mild (69.65%) and moderate (12.5%) somnolence; emotional intelligence 78.66 ± 13.08 , with the repair factor being the highest score (28.36 ± 5.63) followed by clarity (25.91 ± 5.58) and attention (24.38 ± 5.50).), Spearman's Rho correlation coefficient between daytime somnolence and emotional intelligence, equal to -0.161, negative correlation level of significance (sig = 0.058), greater than p value 0.05.

Key words: daytime somnolence, emotional intelligence, university students.

I. Introducción

1.1 Realidad problemática

El estado de dormir es una necesidad fisiológica para el desarrollo integral del ser humano, desde el nacimiento tiene una enorme importancia, ya que pasamos la mayor cantidad de horas en dulce sueño, para estas ir disminuyendo conforme transcurren los años; sin embargo, con el paso de estos y para cuando es adulto en pos de un avance profesional estas horas se van modificando y cuando uno se convierte en universitario, pasara muchas sin dormir, tanto por los estudios como por el trabajo, sobre todo cuando se tiene que valer por sí mismo; sin embargo la deficiencia de dormir traerá consecuencias relevantes no solo en la salud sino que estas influenciarán sobre el adecuado comportamiento del estado emocional, generando cambios en el rendimiento académico, laboral, de atención, cambiando el humor e inclusive riesgos y complicaciones viales como quedándose dormidos cuando conducen un auto.

El estudiante universitario de terapia física y rehabilitación, desempeña una labor académica asistencial, el cual realiza como parte de su entrenamiento una relación terapeuta – paciente y terapeuta- familiar, en busca de una mejora a través de la rehabilitación de los pacientes de todas las edades con diversos padecimientos físicos, cardiovasculares, respiratorios, etc. Y la falta de dormir traerá cambios que pueden alterar el comportamiento y generar una modificación de los estados anímicos propios y ajenos a través de diferentes respuestas como la interacción con los pacientes o sentirse incomodo consigo mismo, cambios en el sentido de responsabilidad, el tomar iniciativa, el escuchar y la sociabilidad a lo que hoy en día se denomina inteligencia emocional.

La inteligencia emocional (IE), es un concepto que va más allá de los aspectos cognitivos del ser humano, ya que, es en las emociones donde existe el mayor potencial de desarrollo de este; es aquella inteligencia que nos permite poder interactuar con los demás, trabajar en equipo, (Gavidia, 2008). En nuestro país Valera (2016), encontró una pobre capacidad para gestionar sus emociones, manejar y regular sus hábitos negativos o estresantes en mayor medida en estudiantes universitarios, sin embargo, Estrada (2016), encontró en estudiantes de mexicanos, una adecuada percepción de los estados emocionales, mientras que

en relación al sexo se encontró diferencia estadísticamente significativa en el factor reparación, los hombres tienden a regular frecuentemente los estados emocionales, sin embargo, estas pueden modificarse cuando no se duerme adecuadamente.

El quehacer y las vivencias del día, se pueden cambiar o modificar cuando se presentan condiciones como la somnolencia diurna, que alteran las reacciones emocionales, las que influyen para un buen desempeño en el estudiante universitario; por lo que nos preguntamos si realmente la somnolencia diurna debido a la falta de dormir nos puede traer consecuencias en el comportamiento de las reacciones a través de la inteligencia emocional; estas se medirán mediante la Escala Trait Meta Mood Scale (versión reducida en castellano: TMMS-24). Mayer & Salovey (1997), que es la capacidad para entender los estados emocionales, por lo que la referían en base a cuatro etapas, sin embargo, Fernández – Berrocal, Extremera & Ramos (2004), lo adaptan a tres componentes de la IE: La atención, la claridad y la reparación emocional, variables que se tomarán en cuenta en la presente investigación, al relacionar con la somnolencia diurna, producto de la falta de sueño, sabiendo que como personal de salud, el estudiante de fisioterapia mantiene una relación y acercamiento frente al paciente de manera constante y permanente.

Se conoce que en países como España del 6 a 8 % de la población tiene problemas de sueño, según refiere el Consenso Nacional Español sobre el Síndrome de apnea – hipopnea (SAHS), lo que repercute sobre la salud influenciados por cuadro de somnolencia diurna excesiva, (Duran Cantolla, y otros, 2005); se considera que aproximadamente del 3 al 6% de los habitantes adultos presenta un síndrome de apnea hipoapnea del sueño de tipo sintomático, de los cuales solo se encuentran diagnosticados y tratados entre el 5% y el 9%, más frecuente en varones: 4% - 6% frente a las mujeres (2% - 4%), también se considera que está relacionado con el aumento del índice de masa corporal y el sexo la somnolencia diurna, por lo que es una enfermedad respiratoria que está en tercer lugar de prevalencia seguida del asma bronquial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Entre 660,000 mayores y 77,200 jóvenes menores de 15 años en Chile, presentan somnolencia diurna (Henry, 2006). En Argentina,

encuentran relación entre alteración del sueño vigilia y el bajo rendimiento académico que desarrollan los estudiantes de medicina. (Lucero, 2014)

En el Perú, en un estudio de universitarios de medicina, encontró que el 58% de los encuestados tenían mala calidad de sueño (Rosales, 2009), así también Barnechea (2011), encontró en estudiantes del 3° y 4° año de medicina, que el 64.5% tenía alteración en la calidad de sueño; siendo la media de 5,6 horas de dormir; tiempo menor a lo correspondiente que debería de ser entre 7 a 8 horas de cada 24 en una persona joven y el estudiante universitario peruano tiene un déficit de sueño, como lo demuestran los estudios respectivos sobre la calidad de sueño, lo cual afecta generando baja capacidad de concentración, bajas calificaciones, mayor agotamiento, mayor fatiga, limitaciones en las actividades cognitivas y motoras, cambios en las relaciones interpersonales e inclusive accidentes laborales, accidentes de tránsito, así como cambios en el estado de ánimo y una cantidad considerable de enfermedades a futuro, ya que por la juventud estos pasan desapercibidos; para conocer dichos trastornos del sueño, estos serán evaluados mediante el cuestionario de somnolencia diurna de Epworth, quien a través de la valoración del ritmo vigilia-sueño, con especial atención a la existencia de apneas presenciadas evidenciaran las características de la somnolencia y la repercusión en su vida social e inclusive laboral, (Abad Fernandez, 2014). El estudiante de terapia física, debe relacionarse mucho con el paciente y el entorno familiar, durante sus prácticas académicas, en busca de una asistencia idónea para el adecuado tratamiento, por lo que el propósito principal de nuestra investigación es conocer la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional percibida, en los jóvenes universitarios de terapia física de una universidad de Lima 2018.

1.2. Trabajos previos

Antecedentes Internacionales

Durán (2017), en su trabajo de investigación: *Insomnio, latencia al sueño y cantidad de sueño en estudiantes universitarios chilenos durante el periodo de clases y exámenes*, tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la cantidad de horas de sueño, somnolencia diurna e insomnio antes y durante un periodo de clases y exámenes. Estudio observacional analítico longitudinal, mediciones en periodo de clases y durante exámenes; se evaluó a 384 estudiantes, al comparar la somnolencia diurna, insomnio, latencia al sueño y cantidad de horas de sueño, se observa incremento significativo en latencia al sueño ($p < 0,05$), durante el periodo de exámenes; mujeres incrementan significativamente la latencia al sueño en periodo de exámenes; hombres disminuyen las horas de sueño en el periodo de exámenes ($p < 0,05$). Puntaje según escala de Epworth se clasificó en < 10 o normal, 208 (54.1%), de 10 a 15 puntos 136 (35.4%) y > 15 fue 40 puntos (10.5%), en periodo de clases, media de $9,6 \pm 4,2$; en mujeres y $8,5 \pm 3,1$ en varones, con una $p = 0,019$, durmiendo $5,8 \pm 1,1$ y $5,8 \pm 1,2$ hs, respectivamente con un $p = 0,791$ mediante la prueba de T de Student; hombres presentan disminución de horas de sueño; las mujeres presentan mayor somnolencia diurna en ambos periodos; al comparar por año de ingreso, los estudiantes de 2 o más años en la universidad duermen menos y presentan mayor somnolencia diurna. Finalmente, mujeres mayor riesgo de somnolencia diurna. La explicación podría estar en el papel del estrés como un factor de riesgo importante para la calidad de sueño.

Barraza (2017), en su trabajo de investigación: *Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año*; objetivo determinar el grado de correlación entre la inteligencia emocional y la depresión- ansiedad y estrés en alumnos de medicina del primer año. Estudio correlacional, muestreo no probabilístico de estudiantes voluntarios; muestra 106 universitarios al norte de Chile. Se utilizó TMMS-24 y la escala DASS-21, para percibir los diferentes estados emocionales, cuyos resultados de adecuación fueron

entre 27 ± 6 puntos para hombres y de 30 ± 6 para mujeres; factor de claridad $30,5 \pm 5,5$ puntos en varones y mujeres 29 ± 6 , para factor reparación $29,5 \pm 6,5$ puntos para los varones y 29 ± 6 en mujeres; análisis mediante coeficiente de correlación de Pearson, consistencia interna total de $\alpha = 0,92$, los tres factores de inteligencia emocional, indican puntajes promedio en niveles adecuados, no mostrando variaciones estadísticamente significativas en relación al sexo, respecto a la depresión, ansiedad y estrés, de 37% a 45% se encuentran en niveles anómalos; siendo la media al mínimo de la normalidad para depresión, estrés rango medio en los puntajes para ansiedad, sin diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo. Media atención $25,5(\pm 7,5)$, claridad $26,5(\pm 7,1)$ y reparación $28,5(\pm 7,2)$, resultados determinan existencia de relación inversa entre el factor de claridad y reparación con manifestaciones depresivas, ansiosas y estrés, también correlación directa entre el factor de atención con depresión. Se concluye, reforzar las habilidades de inteligencia emocional para acortar efectos negativos de los estados anímicos y ansiosos que se encontraron en los alumnos de medicina.

Estrada (2016), en su trabajo de investigación titulada: *La inteligencia emocional en estudiantes universitarios mexicanos*. Es un estudio descriptivo, comparativo y trasversal, muestra conformada por 340 estudiantes de diferentes licenciaturas de una universidad pública de la ciudad de Toluca; 51.6% hombres y 48.4% mujeres y con una edad promedio de 20 años. Material y método: Se utilizó el Trait Meta Mood Scale (TMMS-24), elaborada por Salovey y Mayer; traducido por Fernández, Extremera y Ramos, y validado en México; se considera una medida de autoinforme de IE con 24 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta, agrupados en tres factores: atención, claridad y reparación; con un alfa de Crombach .879. y para el procesamiento de información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión IBM 21. Los resultados obtenidos muestran que los estudiantes universitarios presentan una media más alta en factor de reparación, seguido por claridad y considera en los tres factores una adecuada percepción de los estados emocionales. En relación al sexo se encontró diferencia estadísticamente significativa en el factor reparación, los hombres tienden a regular correctamente los estados emocionales.

Lucero (2014), en el trabajo de investigación: *Trastornos del sueño-vigilia en alumnos de 5° año de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y su impacto sobre el rendimiento académico*, evalúa la prevalencia de los trastornos del sueño y vigilia en los alumnos de Medicina relacionando con las notas obtenidas. Estudio correlativo, transversal, observacional, descriptivo, no experimental. Población 625 alumnos, muestra 309, mujeres 60,19%, edad $23,56 \pm 4,28$ años, la somnolencia diurna, se midió con escala de somnolencia de epworth, y para evaluación de los trastornos del sueño, SLEEP-50 Questionnaire, cuestionario auto administrado; para rendimiento académico, evaluaciones durante últimos 6 meses, análisis de varianza (ANOVA) significancia chi cuadrado ($p < 0.05$), T-test para grupos no apareados. Resultados: Epworth $8,18 \pm 4,42$ puntos; 7 puntos o menos (sin somnolencia diurna 44,43%), 10-14 puntos (somnolencia moderada: 29,44%), 8-9 puntos (somnolencia leve: 17,15%), la media de notas $7,27 \pm 0,99$; promedio del sueño $6,38 \pm 1,21$ hs, 84,14% menos de 8 h, 48,20% menos de 6 h/día, el 30,76% entre 6-8 h, el 13,26% entre 8 y 10 hs y el 2,26% más de 10 h, quienes laboran de día refieren mala calidad del sueño ($5,69 \pm 1,66$ vs. $6,67 \pm 1,67$; $p = 0,002$). Estudiantes que laboraban de noche menores notas ($5,61 \pm 1,04 \pm 0,29$ vs. $6,45 \pm 1,20 \pm 0,07$; $p = 0,01$) y ($6,62 \pm 0,81 \pm 0,22$ vs. $7,30 \pm 0,95 \pm 0,06$; $p = 0,01$). Concluye: elevada prevalencia de trastornos del sueño y somnolencia, influyen en rendimiento académico, menores notas en trastornos más frecuentes y graves; mujeres mayor Somnolencia.

Martínez (2014), en su tesis titulada: *Calidad de sueño y Somnolencia diurna*, cuyo objetivo busca relacionar la calidad de sueño y la somnolencia diurna según el índice de calidad de sueño de Pittsburgh y la escala de somnolencia diurna de Epworth en los estudiantes de Medicina del Centro Universitario de Oriente. Guatemala, estudio de tipo descriptivo, trasversal, observacional, con una población de 489 y muestra de 216 universitarios. Siendo los resultados mayor frecuencia en relación a la edad de 20 a 23 años. El 71% (154) de universitarios presentan mala calidad de sueño sobre un 29% (62) con buena calidad de sueño; según la escala de somnolencia diurna de epworth, el 60% (131), presentan un resultado normal, somnolencia diurna moderada 30% (64) somnolencia diurna

intensa, solamente 10%. El “p” valor es igual a 0.05, lo que determina la buena relación entre calidad del sueño y somnolencia diurna, la misma que refiere alto grado de relación entre mala calidad de sueño y somnolencia diurna. Asimismo, el riesgo relativo fue de p valor 2.18, demostrando que el riesgo de padecimiento de somnolencia diurna es dos veces mayor en personas con mala calidad de sueño. Los estudiantes del quinto año presentaron mayor alteración en relación a somnolencia diurna; de tipo moderada (39%) y con somnolencia diurna intensa (33%), lo que concluye que existe alto grado entre la asociación de la mala calidad de sueño y la somnolencia diurna.

Gallego (2014), en su estudio de *calidad del sueño y somnolencia diurna en estudiantes de Enfermería*; busca conocer la prevalencia del deterioro del patrón de sueño en alumnos de enfermería de la Universidad Católica San Antonio y su relación con los hábitos de sueño, aspectos socio familiares y rendimiento académico. Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo, transversal. Muestreo no probabilístico. Población 950 y muestra 401 estudiantes, edad 22.1 ± 4.9 años femenino 300 (74.8%), peso 64.5 ± 13.2 Kg. Puntuación $8,1 \pm 4$ puntos. 246 excesiva somnolencia (61.3%). 50.9% (204 alumnos) ligera somnolencia, 10.4% (42 sujetos) moderado a grave, puntuación mayor en mujeres, $8,4 \pm 4,2$, hombres $7,4 \pm 3,2$ resultados estadísticamente significativos $p = 0,01$. Excesiva somnolencia diurna, mujeres, 185 (61,7%) hombres 61 (60,4%). Los estudiantes están sometidos a gran carga curricular y se agrega estrés por contacto con sufrimiento humano y muerte. Los resultados observados en la literatura científica son muy variables, la gran complejidad del estudio del sueño, junto con la enorme cantidad de variables a las que se asocia, hace difícil obtener un perfil definitorio que lo consensué de manera global; la Escala de Somnolencia y el Índice de Calidad del Sueño, describe como malos dormidores, alta prevalencia de somnolencia diurna, una latencia de sueño prolongada, duermen menos de cinco horas (21.5%). fuerte asociación positiva entre edad y tipo circadiano. Los más jóvenes más trasnochan, fuerte asociación, aunque negativa, encontramos también con la escala de hábitos de sueño, a mayor edad mejores son los hábitos de sueño que presentan los alumnos.

Pérez (2013), en su tesis titulada: *Inteligencia emocional y motivación del estudiante universitario*, tuvo como objetivo analizar la relación entre los tres factores de inteligencia emocional y la motivación. Estudio descriptivo, correlacional, trasversal, muestra 544 alumnos de universidad de Gran Canaria, 35% varones y 64% mujeres, edad media 26,25, las correlaciones mostraron que el clima motivacional de orientación hacia la tarea se relacionaba de manera significativa ($p < .01$) con todas las variables del estudio, más significativamente con autonomía ($r = .32$) y motivación auto determinada ($r = .43$). Factor atención se relacionaba de manera significativa ($p < .01$) con claridad ($r = .18$), regulación ($r = .12$) y con interés ($r = -.10$). Factor claridad, mantiene relaciones significativas positivas ($p < .01$) con el resto de variables de estudios desde ($r = .16$), con la variable relaciones hasta ($r = .48$) con el factor regulación emocional. El factor regulación mostró relaciones significativas ($p < .01$) y positivas con el resto de variables de estudios desde ($r = .20$) con la variable relaciones hasta ($r = .22$) con el factor regulación emocional. Las autonomías se relacionaban de manera significativa ($p < .01$) con competencia ($r = .31$), con motivación auto determinada ($r = .39$). La competencia mostró correlaciones muy significativas ($p < .01$) con motivación auto determinada ($r = .45$) y con la variable relaciones ($r = .58$). La variable relaciones tiene asociaciones significativas ($p < .01$) y positivas con interés ($r = .14$) y ($r = .39$) con la motivación auto determinada. Concluye que resultados obtenidos mostraron que el clima motivacional predecía positiva y significativamente las tres necesidades de inteligencia emocional.

Antecedentes Nacionales

Coaquira (2016), en su tesis titulada: *Calidad de sueño, somnolencia excesiva diurna y rendimiento académico en los internos de medicina*, busca demostrar el comportamiento de la calidad del sueño, presencia y la severidad de somnolencia diurna y su relación con rendimiento académico en hospital Goyeneche de Arequipa. Estudio observacional, prospectivo, correlativo y transversal. Población 80 internos de Medicina, encuestas a través del índice de calidad de sueño de Pittsburg, escala de somnolencia de epworth y el rendimiento académico a través del valor obtenido en la prueba escrita al final de su rotación. Análisis mediante, SPSS versión 23, referenciando tablas simples de frecuencias y porcentajes, así como media y desviación estándar, además se efectuó un análisis través de la prueba chi cuadrado. Edad dominante 24 años (28.7%), 26 años (23.8%) y 25 años (16.3%); sexo predominante masculino (52.5%), no realizaban actividad laboral el 93.8% ni académica el 62.5%. El 73.8% tiene mala calidad de sueño y el 26.3% buena, el 45.0% presentan somnolencia excesiva diurna; respecto al nivel de somnolencia, el de bajo nivel fue 72.0 %, 25.0% de nivel moderada y solo 3.0% de nivel grave, el rendimiento académico, 45.0% de tipo bueno, 41.3% regular, 11.3% de tipo bajo y solo el 2.5% de tipo excelente. Se concluye, elevada relación de mala calidad de sueño con la somnolencia excesiva diurna en internos de medicina a pesar de la reducción de horas de servicio y mayor número de internos al finalizar la primera área del Internado médico, así como la asociación con el rendimiento académico.

Valera (2016), en su tesis titulada: *Relación entre la inteligencia emocional y la Calidad de la educación en estudiantes de la Universidad nacional de San Martín-2015*; en dicho estudio busca determinar la relación entre la inteligencia emocional y la calidad de la educación universitaria, estudio correlacional transversal investigación cuantitativa, descriptiva correlacional. Población de 4759 y una muestra de 356 estudiantes de la Universidad San Martín, en cuyos resultados obtenidos, se encuentra que en el factor percepción emocional, el nivel bajo fue predominante con el 38,5% y alcanza un nivel adecuado el 37,1%, así como la

comprensión emocional entendida como la capacidad para comprender sus sentimientos propios y el de los demás prevalece en el nivel medio con una tendencia baja. Asimismo, los estudiantes dejan ver una pobre capacidad para gestionar sus emociones, manejar y regular sus hábitos negativos o estresantes en mayor medida. La percepción emocional medida a través del TMMS-24 correlaciona significativamente de forma directa con los indicadores de plan de estudios, proceso de enseñanza-aprendizaje, el personal docente, la relación con instituciones laborales y con la dimensión internacional de la calidad de la educación universitaria; por lo tanto, se acepta la hipótesis enunciada.

Garay (2014), en su tesis titulada: *Inteligencia emocional y su relación con el rendimiento académico de los estudiantes del 6to ciclo de la facultad de educación de la UNMSM*; busca determinar la relación que existe entre la inteligencia emocional con nivel de rendimiento académico de los universitarios, estudio descriptivo correlacional, trasversal, no experimental, cuantitativa, con una población y muestra tomado en su totalidad, 98 universitarios; 77% mujeres y varones 23%. Con respecto a la frecuencia hallada en inteligencia emocional y de acuerdo a sus dimensiones como en factor de atención, según su grado de atención, se divide en poca, adecuada y demasiada, refiere en varones 17%, 74% y 9%, mientras que mujeres 37%, 55% y 8%; en el factor de claridad, según el grado se divide en mejorar, adecuada y excelente, el cual resulta en varones; 22%, 57% y 22%, mujeres, 37%, 45%, 17%. Con respecto al factor de reparación que se divide en mejorar, adecuada y excelente en varones 22%, 61%, 17% y mujeres 25%, 56%, 29%. Con respecto al nivel de inteligencia emocional, el cual lo divide en varones; en poca (menor de 72), mediana (72 a 102) y excelente (mayor de 102), mientras que las mujeres (<73, entre 73 a 103 y > 103), tomando como referencias las medias establecidas por la TMMS-24, se clasificaron en varones: 22%, 65% y 13%, y mujeres 31%, 52%, 17%, respectivamente en relación a la inteligencia emocional, se establece que existe relación entre ambas variables, inteligencia emocional y el rendimiento académico, con nivel de significancia bilateral < 0.05.

1.3 Teorías relacionadas a la somnolencia diurna

El sueño

El dormir es un estado fisiológico necesario, eficaz y constante que se permuta con otro estado que es el de insomnio o vigilia (Contreras, 2013), se considera que su tiempo de duración es cada 24 horas, en donde cada individuo tiene sus características particulares, presentando patrones normales y anormales de sueño. (Barkoukis Teri. j., 2012). Las guías de práctica clínica del sistema nacional de salud español definen el sueño como: “Estado (o conducta compleja), diferente a el desvelo, con la que está profundamente relacionada, aunque ambos presenten diferentes tipos de actividad cerebral. Los dos estados del ciclo sueño - vigilia se sabe que aparecen rítmicamente a través del ciclo circadiano, generando una interrelación entre las diferentes áreas del tronco del encéfalo, diencéfalo y corteza cerebral” (Innovación, 2009)

En la publicación (Correo, 2016), refiere que, la prevalencia a nivel mundial de los trastornos de sueño fluctúan entre 46% al 50%. Mientras que, en Latinoamérica, en países como Argentina, Colombia, Perú y México la incidencia elevada en trastornos de sueño alcanza, cifras entre el 40% y 27%. Así también refiere la publicación que en el Perú justamente el 40% de la población adulta presentan dificultades para el sueño. En el marco del Día Mundial del Sueño, se enfoca en apoyar que “El buen dormir es un sueño alcanzable”, la fundación Royal Philips, pide a la población entender sobre la importancia que generan estos trastornos al no dormir adecuadamente, por lo que se debe de conocer los pasos sobre su prevención precoz, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado. En América Latina, las alteraciones en el sueño siguen prevaleciendo, generando un riesgo alto en la salud pública debido a los cambios en la calidad de vida, gastos económicos y disminución de productividad. El sueño es fundamental para el desarrollo del ser humano, ya que durante este se realizan diferentes actividades, y es que desde recién nacido se sabe que se generan cambios en el crecimiento del cerebro y del cuerpo e incluso la preparación para realizar las acciones del día siguiente, como el aprender, el recordar y el prestar atención; sin embargo, a pesar de los patrones establecidos estos comienzan a desordenarse; el ciclo de sueño – vigilia cambia a medida que va madurando el cerebro desde niño (Brazelton, 2009).

El sueño es un estado orgánico, dinámico y constante, que surge al cabo de 24 horas, alternándose con el otro estado que es de mantenerse despierto al que se denomina vigilia. Presenta una organización y particularidades propias, que han reconocido patrones normales y anormales propios del sueño en el ser humano (Barkoukis Teri. j., 2012). Su evolución en el transcurrir de la vida ha experimentado transiciones específicas, especialmente en la sociedad actual (Smith, 2008), donde la influencia de la tecnología actualmente presente, genera grandes alteraciones en el estado de sueño, como el uso nocturno de las redes sociales, la facilidad para las comunicaciones, en tardes horas de la noche, por estudios, por diversión, así como la facilidad en la comunicación.

El dormir adecuadamente, es un concepto que perenemente ha estimulado fascinación en el ser humano, para conocer su importancia y significado. Actualmente se ha empezado a entender sobre sus componentes fisiológicos y su fundamento neuroanatómico, sin embargo, ha estado cubierto de misterios, debido a controversias y muchas especulaciones. El sueño un proceso fisiológico de trascendental importancia para la salud integral de los seres humanos y no sólo debe ser considerado como un fenómeno normal (Siegel, 2008).

Aspectos generales

El dormir regularmente en el ser humano, según refieren los criterios médicos se evalúan a través de medios polisomnográficos (electroencefalograma, electrooculograma y electromiograma), se divide principalmente en sueño REM (R) (movimientos oculares rápidos) y en sueño No REM (NREM); estos se frecuentan en cuatro o cinco períodos por noche, teniendo una duración a intervalos que duran entre 90-120 minutos (Barkoukis Teri. j., 2012). El sueño NREM, está representado por una acción electroencefalográfica regularizada, que está comprendida a su vez, en tres etapas:

- 1.-Sueño superficial o sueño en etapa 1 (N1),
- 2.- Sueño intermedio o etapa 2 (N2),
- 3.- Sueño profundo o etapa 3 (N3) (Smith, 2008)

El sueño en la etapa 1 (N1), denominado superficial se considera como la transición entre la vigilia y el sueño, lo que representa aproximadamente desde el 2 hasta el 5% del tiempo dormido total.

La etapa N2, denominada también sueño intermedio, se caracteriza por la representación de husos de sueño conocido como ritmo sigma (presencia de ondas sinusoidales) (Urakami, 2012), sueño sin movimientos oculares rápidos (Rama & Kushida, 2005) y generadas en el tálamo y la corteza cerebral (Norman, 2012), por lo que se considera en el adulto, aproximadamente el 45-55% del tiempo total dormido.

La tercera etapa (N3) denominada, el sueño profundo, se define por la presencia de ondas lentas, con amplio voltaje y constituye entre el 15-20% de la noche. En la medida que las etapas del sueño NREM ascienden, se requiere necesariamente de un estímulo muy fuerte para despertar a la persona. El sueño REM, determinado por una acción electroencefalográfica más desincronizada, es de bajo voltaje, por atonía muscular y por movimientos oculares rápidos, constituye aproximadamente entre el 20-25% del tiempo total de sueño en el adulto y comprende mecanismos fásicos y tónicos. El mecanismo físico es controlado por el sistema simpático y se identifica por los movimientos oculares rápidos, por la presencia de contracciones musculares breves y también por la variabilidad de la respiración. El mecanismo tónico del sueño R, es regulado por el sistema parasimpático y se identifica por la falta de los movimientos oculares rápidos (Stevens M. Susanne & al, 2011).

Características del sueño relativos a la edad de la persona

El sueño sufre transformaciones o cambios en relación al desarrollo y la madurez del niño, teniendo particularidades propias que lo diferencian del adulto, así como del anciano. Los años de vida y las horas de sueño tienen una relación fundamental.

El recién nacido dormita aproximadamente de 14 a 18 horas, el lactante de 12 a 14 horas, el niño en etapa escolar de 11 a 12 horas y el adulto, la mayoría

debería dormir entre 7 y 8 horas por la noche, en pocas palabras, es fisiológico y normal que el número de horas de sueño se vaya reduciendo gradualmente a lo largo de la vida, existiendo una diferencia de hasta 16 horas, entre la niñez y la edad adulta. En los ancianos, la cantidad de horas de diferencia entre las horas de sueño propias vs las horas de sueño de la niñez, es aún más abismal (Abad, 2009). Se recomienda dormir entre 7-8 horas, que lo ideal por noche, para conservar una buena salud y bienestar adecuado, sin embargo, existe la evidencia práctica de que cada ser humano se adapta y debe satisfacer su "cuota de sueño" para sentirse bien. Se encuentran así personas con un patrón de "sueño corto", que necesitan pocas horas de descanso nocturno, con una media de 5 horas; (Hodelin - Tablada R, 2010) otras personas con "patrón largo", duermen más de 9 horas por noche; y los que tienen un "patrón intermedio", constituyen la mayoría de los individuos, los mismos que duermen entre 7 y 8 horas (Paternain, 2009). Recientemente a través de RPP (16/4/2018), se indicó en un estudio, que dormir menos de cinco horas aumenta en 10% el riesgo de muerte prematura a causa de infartos, sin distinguir el género el mismo que incrementa las posibilidades de acuerdo a la edad y la actividad que se realiza a diario. Ya que esta es una necesidad valiosa superior a comer, dormir es importante para nuestro buen desarrollo. Durante el sueño, nuestro cuerpo no solo descansa y repara energía, sino también consolida las experiencias diarias. Una actividad que merece nuestra atención y que es poco valorizada en nuestra sociedad, así también de acuerdo con la División de la Medicina de Sueño de Harvard Medical School, se considera que dormir mal debilita el sistema inmunitario, causa deficiencias en el aprendizaje y la memoria, lo que causa problemas en nuestro desarrollo profesional. Además, contribuye a la depresión y los trastornos del ánimo y mentales. (Steven, 2001)

Tabla 1

Patrón normal de sueño en el ser humano

	NIÑOS	ADULTO JOVEN	ADULTO MAYOR
Vigilia post inicio sueño	<5%	<5%	10-25%
Eficiencia de sueño	>90%	>90%	75-85%
Fase N1	Sueño quieto	2-5%	5-8%
Fase N2	Sueño quieto	45-50%	57-67%
Fase N3	Sueño quieto	13-23%	6-17%
Fase R	50%	20-35%	17-20%
Proporción sueño REM /NREM	50:50	20:80	20:80
Duración de ciclo de sueño REM/NREM	45-60 minutos	90-110 minutos	90-110 minutos
Tiempo total de sueño	14-16 horas	7-8 horas	7 horas

Modificado de: Barkoukis Teri J, Von Essen S. "Introduction to Normal Sleep, sleep deprivation, and the workplace". Review of Sleep Medicine Third Edition. 2012.p.12-20

Características del sueño relativos al género

Se han realizado diversas investigaciones en busca de las posibles diferencias en el patrón de sueño que presentan entre los hombres y las mujeres (Regal, MC, & E., 2009). Las mujeres adultas tienen una mejor calidad de sueño que los varones, ya que se les identifica una latencia disminuida para iniciar el sueño y una eficacia mayor (Partinen & Hublin, 2005). Sin embargo, las quejas de falta de sueño y somnolencia diurna son mucho más común en ellas, con el 58% versus el 42% de los varones (Knutson, 2005). Estas diferencias se consideran especialmente por efecto de los cambios hormonales propios de ellas. Los estados fisiológicos de la vida en ellas, como la pubertad, la menstruación, el embarazo y la menopausia, se relacionan a gran susceptibilidad de variaciones en el patrón de sueño. La mujer pre-menopáusica muestra un estilo de mejor eficiencia de dormir que el varón. Se

especifica también un sueño en fase N3 más amplia, y una latencia menor para iniciar el sueño que los varones.

Sin embargo, la mujer post menopáusica ostenta normalmente una eficiencia de sueño disminuida, con mayores microdespertares, influenciados principalmente por síntomas vasomotores establecidos como los “bochornos” y también sudoración nocturna; síntomas propios del climaterio, los mismos que se pueden corregir rápidamente con tratamiento de sustitución hormonal (Knutson, 2005).

La falta de sueño

La falta del sueño es el origen más común de somnolencia diurna, los individuos sanos pueden presentar síntomas aún luego de la privación leve del sueño. Estudio de un grupo de adultos, que dormían por seis horas durante la noche por 14 noches continuas evidenciaron disminución significativa de las funciones neurobiológicas, los seres humanos con falta crónica del sueño frecuentemente no son conscientes de sus graduales insuficiencias cognitivas y de rendimiento, paradójicamente, los tipos de insomnio crónico, (como el insomnio primario, el insomnio psicopatológico y el insomnio paradójal) casi siempre se asocian con hipervigilia diurna más que con somnolencia, la somnolencia diurna excesiva en el paciente con insomnio presume un padecimiento afín, como un trastorno del sueño relacionado con la respiración o un trastorno del estado de ánimo (Pagel, 2009)

La falta del sueño es la causa más común de SDE (somnolencia diurna excesiva) en la población general, entre los grupos comprometidos se incluyen a los adultos jóvenes, los profesionales de la salud y el personal del transporte. Los universitarios también pueden verse implicados como resultado de las interacciones sociales y las actividades extracurriculares, la educación es trascendente, haciendo especial hincapié en la regularidad de los ciclos de sueño y vigilia y el control en el uso de cafeína, ya que es muy común que los estudiantes universitarios consuman altas cantidades de este producto, para estar despierto debido a las múltiples tareas académicas que dejamos los profesores, entre la presentación de trabajos académicos y exámenes a realizar el día siguiente.

Enfermedades como la apnea del sueño es otra de las causas de SDE, las personas suelen presentar algunas veces sensación de ahogamiento, pausas respiratorias y ronquidos, este cuadro respiratorio muchas veces está relacionado con la obesidad y la estrechez de la vía aérea superior lo que constituye un factor influyente para la hipertensión arterial y el derrame cerebral o accidente cerebrovascular. (Boulos & Murray, 2010)

Riesgos y complicaciones por la falta de sueño

La somnolencia diurna excesiva puede tener diversas y graves consecuencias y en muchas ocasiones estas pueden ser inclusive mortales, ya que por este problema pueden presentar alto riesgo de chocar mientras conducen un vehículo, así como presentar accidentes de trabajo y adolecen de mayores problemas de salud que otros adultos. Los jóvenes somnolientos presentan bajos niveles de rendimiento educativo significativos, y son los que llegan más tarde que otros estudiantes al colegio inclusive, la somnolencia diurna se relaciona con el deterioro del desempeño profesional, como el caso de los médicos y los jueces, por ejemplo y los trabajadores con este problema pueden ser percibidos como perezosos o poco motivados. (Boulos & Murray, 2010)

Trastorno del ritmo circadiano de sueño - vigilia

Criterios diagnósticos:

A.-Patrón continuo o recurrente de interrupción del sueño que se debe principalmente a una alteración del sistema circadiano o a un alineamiento defectuoso entre el ritmo circadiano endógeno y la sincronización sueño-vigilia necesarios en relación al entorno físico del individuo, así como el horario social o profesional del mismo.

B.-La interrupción del sueño produce somnolencia excesiva o insomnio o ambos.

C.- La alteración del sueño puede causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, también en lo laboral e inclusive otras áreas importantes del funcionamiento.

Tipos de codificación

En el manual de codificación del código internacional de enfermedades (CIE-9-MC), el código es 307.45 para todos los subtipos. Mientras que en la CIE 10-MC, el código depende del subtipo.

1.-307.45 (G47.21) Tipo de fases de sueño retrasadas: Patrón con retardo de los tiempos de inicio del sueño y de despertar, con imposibilidad para dormirse y despertarse a una hora más temprana deseada o convencionalmente aceptable.

2.-307.45 (G47.22) Tipo de fases de sueño avanzadas: Patrón con avance de los tiempos de inicio de sueño y de despertar, con incapacidad para permanecer despierto o dormido hasta una hora más tardía deseada o convencionalmente aceptable.

3.-307.45 (G47.23) Patrón de sueño – vigilia irregular: Patrón de sueño – vigilia temporalmente desorganizado, de manera que el ritmo de los periodos de sueño y de vigilia cambia a lo largo de las 24 horas.

4.-307.45 (G47.24) Tipo de sueño – vigilia no ajustado a las 24 horas: Patrón de ciclos de sueño – vigilia que no se sincroniza con el entorno de 24 horas, con un cambio diario permanente (generalmente a horas cada vez más avanzadas) de la hora de inicio de sueño y de despertar.

5.-307.45 (G47.26) Tipo asociado a turnos laborales: Insomnio durante el periodo principal del sueño y/o somnolencia excesiva (incluido sueño inadvertido) durante el periodo principal de desvelo el cual se asocia al horario de trabajo por turnos, es decir, que requieren horas de trabajo no convencionales. (Charles & Reynolds, 2014)

Tipo de sueño – vigilia asociado a turnos laborales

El diagnóstico se basa primordialmente en la presencia de antecedentes de trabajo fuera del turno usual, de manera habitual a los que trabajan de noche; cobra importancia la somnolencia diurna excesiva en el trabajo y la presencia de sueño alterado en el hogar, estos síntomas conllevan a este diagnóstico siempre y cuando se presenten ambos para ser catalogados este tipo trastorno de sueño – vigilia asociados a turnos laborales, como ocurre en los estudiantes universitarios, diferentes profesionales dentro de ello a los pilotos de aviación aunque son de etiología ligeramente diferente, ya que viajan a distintas zonas horarias asociados a turnos variados o rotativos.

La prevalencia no es muy clara, aunque se considera que afecta a un 5 -10% de los individuos que labora por las noches, esta aumenta al entrar en las edades medias o avanzadas (Drake, 2004). Las consecuencias funcionales de este tipo de trastorno no solo se asocia a peores rendimientos en el trabajo, sino que presentan mayores riesgos de accidentes laborales, así como de tráfico o accidentales que inclusive ponen en riesgo su vida, además de tener una mala salud mental (mayor riesgo al consumo de licor, trastorno por consumo de sustancias nocivas, mayor depresión), así también complicaciones de tipo físicas (trastornos gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer), inclusive y con frecuencia a problemas de tipo interpersonales, mientras que los sujetos con historia de trastornos bipolar son vulnerables a los episodios de manía relacionados con el tipo asociado a turnos laborales, como consecuencia de la pérdida de varias noches de sueño. (Charles & Reynolds, 2014)

La somnolencia diurna

Es la incapacidad para permanecer despierto y alerta durante los períodos principales de vigilia durante el día, es decir enfrentados al desarrollo de la actividad laboral, físico o cognitiva; lo que genera sucesos no premeditados de

adormecimiento o sueño, sin importar el espacio o el lugar donde se encuentre, este trastorno puede estar relacionado con una disminución en la calidad de vida y se evidencia superposición clínica con otras afecciones como el estado de ánimo y el deterioro cognitivo, por lo tanto, menor rendimiento académico y en muchas ocasiones mal estado de ánimo. La enfermedad de apnea del sueño es una causa habitual de Somnolencia Diurna excesiva (SDE) que se relaciona con mayor riesgo de accidentes de tránsito o sueño en los semáforos. Así también la falta de dormir de una noche completa se considera de mayor deterioro cognitivo similar al de la intoxicación alcohólica. La SDE también se ha vinculado con un aumento en la tasa de errores y lesiones en los enfermeros, los médicos residentes y en general de todo el personal de salud que se enfrenta el día a día tanto a los pacientes como a la familia luego de horas intensas de estudio o de una noche de vigilia. Asimismo, se ha relacionado la SDE con disminución en la productividad laboral. (Boulos & Murray, 2010)

La somnolencia diurna es uno de los síntomas más habituales relacionados con el sueño, se sabe que afecta a alrededor del 20% de los adultos en los Estados Unidos, es el síntoma cardinal de los pacientes que consultan en las clínicas del sueño, en nuestro país se dice que aproximadamente el 40% se encuentran relacionados a estos síntomas, es más recurrente en los jóvenes, los ancianos y el personal que labora en turnos rotativos, en donde están principalmente incluidos los trabajadores de la salud, estudiantes universitarios, los docentes que laboran en turno tarde, y todo aquel que tenga contacto con el público directo; así también se relaciona con las hipersomnias secundarias ligadas a las patologías psiquiátricas, fundamentalmente la depresión, quienes pueden presentar somnolencia diurna. Los trastornos del sueño, así como los trastornos del ritmo circadiano, ej. jet lag, trabajo en turnos rotativos, (Pagel, 2009), también pueden contribuir a somnolencia significativa en algunas personas, como ocurre con los pilotos de aviación.

La prevalencia de los trastornos depresivos es la más elevada de la psiquiatría y se considera que afecta al 16% de la población. Los síntomas y trastornos del sueño son evidentes en el trastorno depresivo (TD) y en el trastorno

bipolar (TB), lo que constituye elementos fundamentales para el diagnóstico según los criterios del DSM IV (Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), lo cual refleja el grado y prevalencia de ellos. A menudo anteceden a la aparición de otros síntomas como ocurre en los episodios de manía y depresión. (Seguel, 2013)

Los trastornos respiratorios del dormir o sueño (TRD) son un grupo heterogéneo de padecimientos que presentan anormalidades respiratorias durante el sueño, los cuales causan daños a la salud, tienen importancia en cuanto a morbilidad, mortalidad, complicaciones y disminución de la calidad de vida de todos los padecimientos del sueño (Bello, 2017), manifestándose a través de somnolencia diurna, la cual es calificada como la capacidad del individuo a quedarse dormida, es decir a tener facilidad a dormirse o también la habilidad de transición de la vigilia al sueño. Una de las medidas de control de la somnolencia son las medidas de higiene dietéticas del sueño, las cuales son una serie de recomendaciones acerca de conductas y hábitos deseables, desde los cambios de las condiciones ambientales y otros componentes relacionados, con la intención de mejorar la calidad del sueño de los individuos o que pueden entenderse como medidas para prevenir una modificación del sueño (Carrillo, 2013).

Actualmente existen diferentes formas para medir la somnolencia, por lo que se han propuestos tres métodos (Cluydts R, 2002)

1. Mediciones del Comportamiento, que se basa en la observación del individuo respecto a el bostezo, así como la actividad espontánea oculomotora (Hoddes E, 1973) e incluye, además, algunos test de funcionamientos.
2. Test neurofisiológicos como el test de latencias múltiples del sueño (TLMS) y el test de mantenimiento de la vigilia (Porcu S, 1998)
3. Autoevaluación mediante escalas, que son muy aceptados como la escala de somnolencia de Stanford (Mitler M, 1982), la escala de somnolencia de Karolinska (ESK) (Akerstedt T, 1990), la escala de somnolencia de epworth: ESE, (Murray, 1991) y el inventario de actividad vigilia-sueño (Rosenthal L, 1993), así como la adaptación de la escala de somnolencia de Epworth versión peruana. (Rosales, 2009)

Escala de somnolencia de Epworth

Es uno de los instrumentos más usados para revelar hipersomnolia desarrollada en 1991 en inglés, ha sido validada en castellano (Chinner, 1999). Aunque algunos artículos refieren de la influencia en los resultados derivados por factores como la raza, edad y el nivel socioeconómico, las diferencias encontradas consideran con una mayor frecuencia de trastornos de sueño en ciertos grupos de estudio (Gander, 2005). En 1991 Murray y Johns, (Johns, 1991), diseñan una herramienta subjetiva basada en un cuestionario de 8 situaciones distintas en relación a las actividades de la vida diario, en las cuales se relacionan con el quedarse dormido, a la que se denomina escala de somnolencia de epworth (ESE) y consta de 8 ítems, que pide al individuo que puntúe de 0 a 3 el grado de somnolencia en diferentes contextos diarios, distinguiendo la somnolencia de fatiga. Este es un cuestionario aplicable en las personas que potencialmente el síntoma principal es la disposición a quedarse dormido o presentar somnolencia, común en los roncadores, así como lo que presentan el (SAHS) Síndrome de Apnea – Hipopnea del Sueño, (Schlosshan, 2004) y también en salud ocupacional como en el caso de los choferes e inclusive en algunas enfermedades como el asma, (Teodorescu, 2006), depresión, (Chellappa, 2006), enfermedad de Parkinson (Matsui, 2006) y en diferentes evaluaciones de medicamentos y su relación con la influencia del sueño. (Malcolm, 2007). En la literatura existen diferentes validaciones en español de dicho cuestionario, una realizada en España por Chiner y cols, otra realizada en Colombia (Chica, 2007) y en nuestro país por Rosales y cols. Es en la actualidad la medida subjetiva de somnolencia diurna más habitualmente empleada, en donde la puntuación menor de 10 se considera normal y mayor de 12 se relaciona a somnolencia patológica (García L, 2000). La escala de somnolencia de epworth presento una sensibilidad del 60%, especificidad del 82% al 85% y una confianza o validez interna de 70% (García et al 2000), así también (Rosales y Castro 2010), encontró una sensibilidad del 60%, especificidad entre el 82% y 85% y una confianza o validez interna de 70% (anexo 1).

Variable 1: Somnolencia diurna

Es la disposición del individuo a quedarse dormido, conocido incluso como la capacidad o facilidad a dormitar pasando por una transición desde el estado de vigilia al sueño, caracterizado por una sensación en donde el letargo, agotamiento y las ganas de dormir está presente, durante el día, sin importar el haber reposado y dormido bien aparentemente durante la noche previa, por lo que, los individuos que sufren de este padecimiento, pueden tener poca capacidad de mantenerse despiertos y/o alertas en tiempos o circunstancias en las que corresponderían mantenerse, en las diferentes situaciones cotidianas, lo que genera incapacidad para concentrarse y hacer una vida normal. La somnolencia normal se diferencia de la somnolencia patológica; en donde el efecto del cambio en el ritmo circadiano del sueño conlleva a la deuda del sueño; mientras que la somnolencia patológica puede distinguirse entre la somnolencia frecuente y casual. La somnolencia frecuente significa una condición más o menos invariable como el causado por una condición crónica tal como ocurre el síndrome de apnea –hipoapnea del sueño (SAHS). Sin embargo, la somnolencia casual resulta de un factor provocador determinado como es el caso del *jet lag* (cambio de horas de sueño, como en los pilotos aéreos), producida por una disritmia circadiana o descompensación horaria por viajar a través de múltiples regiones horarias o el efecto provocado por el usar medicación. Con el fin de conocer los parámetros más importantes que influyen en la relación y el grado de somnolencia diurna, se puede medir a través de diferentes instrumentos, siendo uno de ellos la escala de somnolencia de epworth; este instrumento tiene la validez y confiabilidad, es de bajo costo y de fácil aplicación.

La Escala de Somnolencia de Epworth Versión Peruana (ESEVP) en quienes no conducen vehículos. (Rosales 2009), está compuesta por 8 ítems (Anexo 2) medidos según la escala de Likert, de 0 a 3, indicando la nunca, poca, moderada o alta probabilidad de cabecear en diferentes situaciones diarias como son:

1. Sentado Leyendo
2. Viendo Televisión

3. Sentado (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto)
4. Como pasajero en un automovil, omnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido
5. Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten
6. Sentado conversando con alguien
7. Sentado Luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol
8. Parado y apoyandose o no en una pared o mueble

Definición conceptual: Somnolencia diurna

Es la predisposición del individuo a quedarse dormido, a lo que inclusive se le conoce también como la capacidad o facilidad a dormirse pasando por una transición desde el período de vigilia al sueño.

Así también según (Miró, Cano y Buela 2005), es el grado de falta de sueño acumulado, entendido este último como aquella deuda hipotética que es el resultado de prolongar el desvelo más allá del ciclo natural circadiano propio de cada ser humano.

Las principales causas de somnolencia son la disminución de la cantidad de horas de sueño, disrupción del ritmo circadiano, uso de algunos medicamentos y pobre calidad del sueño. La somnolencia diurna se ha asociado a bajo estatus funcional, mala calidad de vida, aumento en la tasa de accidentes y disminución en el rendimiento académico (Rosales y Castro 2010).

Dimensiones:

Dimensión 1: Sueño normal (0 a 6 puntos)

Es en donde no existe somnolencia, es decir duerme sin mayores problemas, y no presenta sueño en el día.

Dimensión 2: Somnolencia diurna ligera (7 a 13 puntos)

Definida por eventos de somnolencia pocos comunes, que ocurren cuando se requiere escasa atención en la tarea desarrollada (descansando en una habitación, viendo TV, leyendo, viajando como pasajero). Estos síntomas pueden conllevar a una disfunción social e inclusive ocupacional leve.

Dimensión 3: Somnolencia diurna moderada (14 a 19 puntos)

Se determina por episodios de sueño que ocurren regularmente durante actividades que requieren algún grado de atención, como cuando asisten a conciertos, cines, teatro o reuniones en grupo similares, inclusive cuando trabajan con maquinaria o conducen automóviles. A menudo el individuo cambia su comportamiento o toma otras medidas (aumentar la ingestión de cafeína, echar la siesta, se impone a sí mismo limitar la conducción, evita asistir a conciertos, teatro, etc) para reducir el impacto de la somnolencia en las actividades de tipo social o laboral.

Dimensión 4: Somnolencia diurna grave (20 a 24 puntos)

Se refiere a episodios de sueño que se presentan comúnmente y durante las actividades que se necesitan estar prestando atención, como cuando se mantiene una conversación personal directa, el comer, realizar actividades físicas o conducir un automóvil. La somnolencia grave conlleva a una disminución evidente de la función social o laboral la misma que afecta de manera significativa al comportamiento y ocasiona un perjuicio social. Se considera que dichos individuos ya presentan una somnolencia patológica.

Variable 2: Inteligencia emocional

En relación a la segunda variable revisaremos el desarrollo histórico de la inteligencia emocional, desde los conceptos referidos por los diferentes autores a lo largo de los años, los cambios por donde ha trascendido a través de las diferentes teorías, sus objetivos para entender el porque es necesario medir bajo este contexto, así como su aplicación mediante el instrumento considerado para el

presente trabajo de investigación el cual se relacionara con la somnolencia diurna que presentan los estudiantes de terapia física.

Cronología de la inteligencia emocional y social

1937 Robert Thorndike introduce el término Inteligencia Social.

1940 David Wechsler establece la diferencia entre elementos no intelectuales (factores afectivos, personales y sociales) y elementos intelectuales. Y en 1943, llega a la conclusión de que las capacidades no intelectuales son esenciales para predecir la capacidad de tener éxito en la vida. En 1958 enuncia su definición de Inteligencia como “capacidad agregada o global del individuo de actuar con un propósito, de pensar racionalmente, y de gestionar eficazmente las relaciones con su entorno”.

1983 Howard Gardner introduce el concepto de Inteligencias Múltiples.

1990 Salovey y Mayer acuñan el término Inteligencia Emocional que describen como “la forma de inteligencia social que implica la capacidad de supervisarse a uno mismo y a otros, sus sentimientos y emociones, para diferenciar entre ellos, y para utilizar esta información para conducir a la vez, el pensamiento y la acción”.

1995 Daniel Goleman publica el libro “La Inteligencia Emocional”. Según su web oficial, hasta 2006, alrededor de 5.000.000 de ejemplares han sido vendidos en treinta idiomas, siendo best seller en muchos países.

Teorías sobre Inteligencia Emocional

En 1990, aparece el concepto de inteligencia emocional (IE), desarrollado por Salovey y Mayer (Salovey, 1990), quienes definen a la IE como la capacidad de percibir, entender, administrar y regular las emociones tanto propias como las de los demás, es decir trata de hacer ver que el individuo conozca a los demás y reconozca su interior aceptando sus estados emocionales, a través de 3 procesos: percepción, comprensión y regulación de las emociones. La percepción es el

reconocimiento de las propias emociones, de cómo se siente. La comprensión está en relación de lo que se piensa y siente, relacionado a los cambios emocionales mientras que la regulación es la dirección y manejo de las emociones, de manera positivas y negativas (Salovey, 1995).

Se debe tener en consideración que son dos conceptos completamente diferentes; la inteligencia emocional con la inteligencia propiamente dicha medida psicométricamente, por lo que en las aulas universitarias, cuantas veces nos enfrentamos a brillantes alumnos, a los que los llamamos inteligentes, con gran capacidad para el desarrollo de las diferentes materias, a quienes, se les observa que muchas veces son de tener pocos amigos teniendo dificultad en interrelacionarse con sus compañeros de aula, se muestran un tanto apáticos y en algunas ocasiones con aspectos de descuido personal, a los que se les ha ido cuantificando científicamente como inteligentes a través de los test de coeficiente intelectual, pero en el aspecto emocional tienen dificultades, estas se evidencian y no pasan desapercibidas por lo que con el transcurrir del tiempo es casi seguro que influenciara en su desarrollo laboral, donde tendrá que interactuar con los pacientes en diferentes condiciones físicas de salud en rehabilitación. Por lo que nos planteamos, si es que no dormir por estudiar o trabajar realmente influyen en el desarrollo emocional, en el stress educativo o autodestructivo, ya que los propósitos por ser mejores o cumplir con lo encomendado por los profesores, pueda dejar consecuencias a futuro. El estudio de las relaciones entre la emoción y la cognición, permite generar el concepto de inteligencia emocional.

Gardner (1994), refiere que existen distintas inteligencias que pueden ser estudiadas y estimuladas por separado, que están relacionadas también a otras funciones mentales como la percepción, la capacidad de recabar información, la memoria y su capacidad de almacenarla.

Goleman (1995), revoluciona con la publicación de su libro "Inteligencia Emocional" donde afirma que la IE permite predecir el éxito académico y/o laboral

de la persona y con mayor exactitud que las mediciones clásicas de inteligencia, refiere que las emociones cumplen un papel trascendental.

Mayer & Salovey (1997), consideran que la IE, sería la habilidad para razonar las emociones, desde este modelo comprende cuatro etapas: 1) la percepción, evaluación, y expresión de emociones; 2) facilitación emocional del pensamiento; 3) comprensión y análisis y 4) regulación reflexiva de las emociones (Chamarro & Oberest, 2004).

Sin embargo, Fernández – Berrocal, Extremera & Ramos (2004), lo adaptan a tres componentes de la IE: La atención emocional, la claridad emocional y la reparación emocional, variables que se tomaran en cuenta en la presente investigación.

En el Perú, Valdez (2015), en su tesis. La inteligencia emocional y el desarrollo de las habilidades en los estudiantes del quinto año de formación en la facultad de ciencias de la salud, en la ciudad Arequipa, refiere que existe relación entre la educación emocional y el desarrollo de habilidades científicas en los estudiantes.

Definición conceptual: Inteligencia emocional (IE)

La inteligencia emocional, surge de la idea, que la emoción es una respuesta organizada que permite la adaptación a una actividad cognitiva y en los trabajos publicados de Mayer, Di Paolo y Salovey (1990) y uno segundo de Salovey y Mayer (1990), donde introducen y desarrollan el concepto teórico de IE, definiéndolo:

Como un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar información (afectiva) para guiar el pensamiento y las acciones de uno (Salovey & Mayer, 1990, p. 189).

Sin embargo, surge una modificación dándole más énfasis a los aspectos cognitivos, por lo que se reestructura el concepto de la IE como: La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones proviniendo un crecimiento emocional e intelectual (Mayer & Salovey, 1997, p.4).

Daniel Goleman (1995), considera que es el uso inteligente de las emociones, es decir es hacer que nuestras emociones trabajen para nosotros, de forma intencional, utilizándolas con el fin de que nos ayuden a guiar nuestro comportamiento y a aumentar el bienestar personal y social.

Fernandez Berrocal (2003), refiere como la capacidad para conocer, comprender y regular nuestras emociones y las de los demás.

Bisquerra (2000), dice que es una meta competencia que determina en qué medida podremos utilizar correctamente otras habilidades que poseemos, incluida la inteligencia.

Mayer y Salovey (1990), refieren que la inteligencia implica la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar una emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y tener conocimiento emocional y la habilidad para regular reflexivamente las emociones de forma que promuevan el crecimiento emocional e intelectual.

La Escala Trait Meta Mood Scale (versión reducida en castellano (TMMS – 24), se trata de una versión reducida del TMMS – 48, elaborada por un grupo de investigación de Málaga (Fernández – Berrocal, Extremera & Ramos, 2004), compuesta por tres dimensiones de la escala original a través de tres factores (Atención, Claridad y Reparación), el mismo que consta de 8 ítems por factor. Presenta una fiabilidad en función del Alfa de Cronbach por factor: 90, 90, 86.

Este modelo de medición desarrollado por Mayer y Salovey, se fundamenta en la metodología de auto-informe y los test de ejecución, traducido al español por

Extremera, Fernández-Berrocal y Ramos (2004), que mantiene la misma estructura que la herramienta original de 48 ítems. El cuestionario presenta enunciados verbales cortos, en los que cada sujeto de investigación evalúa su Inteligencia Emocional a partir de su propia valoración de destrezas y consciencia de las propias emociones. Consiste en una escala Likert de cinco puntos, que va desde calificar con uno cuando la respuesta es nunca o nada de acuerdo, hasta cinco, en caso de que la respuesta sea muy frecuentemente o totalmente de acuerdo (Anexo 3).

Dimensiones

Dimensión 1: Factor de atención (1 al 8)

Cuando el individuo es capaz de sentir y expresar los sentimientos en forma adecuada.

Puntuaciones Varones	Puntuaciones Mujeres
Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención <24
Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
Debe mejorar su atención: presta demasiada atención >33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

Dimensión 2: Factor de claridad (9 al 16)

Cuando el individuo comprende bien sus estados emocionales.

Puntuaciones Varones	Puntuaciones Mujeres
Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 a 34
Excelente claridad >36	Excelente claridad > 35

Dimensión 3: Factor de reparación (17 al 24)

Cuando una persona es capaz de regular sus estados emocionales correctamente”.

(Ramos. Enriquez, 2012)

Puntuaciones Varones	Puntuaciones Mujeres
Debe mejorar su reparación <23	Debe mejorar su reparación <23
Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34
Excelente reparación > 36 > 36	Excelente reparación >35 > 35

1.4 Formulación del problema

Problema general.

¿Existe relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018?

Problemas específicos.

Problema específico 1

¿Cuál es la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de atención que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018?

Problema específico 2

¿Cuál es la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de claridad que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018?

Problema específico 3

¿Cuál es la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de reparación que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018?

1.5 Justificación del estudio

Justificación teórica

Este estudio se justifica de manera teórica, porque busca demostrar la relación que existe entre la falta de sueño y la inteligencia emocional, ya que se sabe que los estudiantes universitarios pasan muchas horas de estudio sin dormir generando somnolencia diurna, en algunos casos desarrollan trabajos nocturnos para subvencionar sus estudios y el estudiante universitario de terapia física de una universidad de Lima, no es la excepción, pero, sobre todo porque dichos alumnos desde el 6° hasta el 10° ciclo académico, tendrán una relación de contacto con los pacientes, por lo que las horas sin dormir, pueden generar reacciones trayendo consecuencias de irritabilidad, mal humor, fastidio, etc, los que se verán reflejadas en los resultados que se obtengan de acuerdo a sus dimensiones según la inteligencia emocional. Por lo tanto, el aporte de este trabajo de investigación a la comunidad científica, es que el presente trabajo de investigación servirá para tomarlas en consideraciones en base a las teorías propuestas, así como contrastando con lo desarrollado actualmente para generar cambios en los estudiantes a futuro, así como para que las instituciones de educación superior las tomen en cuenta.

Justificación práctica

Este trabajo de investigación desarrollara en la justificación práctica, un conocimiento acerca de dicha relación, teniendo en cuenta dichas variables, las cuales de acuerdo a los objetivos planteados, nos indicaran como el aporte de esta investigación generara beneficios a la sociedad, ya que se tendrá mejor tratamiento en la relación terapeuta paciente, así como a las instituciones universitarias, ya que al tener los resultados respectivos se tomaran las medidas de corrección para un mejor resultado de trabajo universitario, en base a la relación de la inteligencia emocional por efectos de la somnolencia diurna.

Justificación pedagógica

A nivel pedagógico, los resultados van a permitir conocer como la relación del no dormir o estar con somnolencia durante el día, tiende a afectar sobre el comportamiento de la inteligencia emocional, por lo que estos resultados pueden cambiar la forma de enseñar y aplicar nuevas metodologías y estrategias para la enseñanza, dentro de las aulas de estudio, para de esta manera disminuir la sobrecarga académica en casa.

Justificación metodológica

El presente trabajo a nivel metodológico, tendrá relevancia en base a los dos instrumentos de investigación como son los cuestionarios de somnolencia diurna de Epworth y el TMMS- 24 de inteligencia emocional, a través del software del SSPS versión 23, permitirá conocer estadísticamente como es el comportamiento de la relación entre dichas variables, en los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

1.6 Hipótesis general

Existe relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional en estudiantes de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Existe relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de atención que desarrollan los estudiantes de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Hipótesis específica 2

Existe relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de claridad que desarrollan los estudiantes de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Hipótesis específica 3

Existe relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de reparación que desarrollan los estudiantes de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

1.7 Objetivos.

Objetivo general

Determinar la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional en los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Identificar la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de atención en los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Objetivo específico 2

Conocer la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de claridad en los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Objetivo específico 3

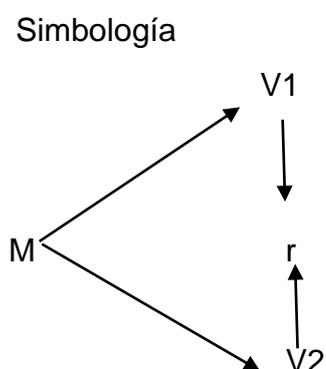
Identificar la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de reparación en los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

II. Método

2.1. Diseño de la investigación

Diseño:

La presente investigación se realizó bajo el diseño no experimental, transversal y correlacional. Según Hernández, Fernández y Batista (2010, p. 155) estos estudios “establecen relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales”



Donde:

M=muestra 219 estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018

V1= Representa la somnolencia diurna excesiva

V2=Representa la inteligencia emocional

r=Representa la relación que existe entre las dos variables de estudio

Método de Investigación

Se utilizó el método científico de diseño no experimental, ya que no se manipularon las variables, siendo transversal debido a que su aplicación fue una sola vez, de tipo descriptivo relacionado a un fenómeno o hecho en un tiempo determinado.

El método que se empleó en la presente investigación fue hipotético - deductivo, ya que busca probar las hipótesis como verdadera o falsa, a través de un diseño estructurado, con objetividad, midiendo las variables de estudio.

Tipo de investigación

El tipo de estudio es de investigación básica.

Se dice que es básica porque: Está orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos, así como de nuevos campos de investigación, en base a una realidad con la intención de enriquecer el conocimiento científico (Sánchez y Reyes, 1996, p. 13)

Nivel de la Investigación

Nivel de investigación: Descriptivo – correlacional

Se dice que es de tipo descriptivo porque: “Consiste fundamentalmente en describir un fenómeno o una situación en una circunstancia de tiempo y en un lugar determinado. (Sánchez y Reyes, 1996, p. 17), y es correlacional en razón a que busca la relación entre las dos variables de estudio o conceptos dentro de un contexto particular.

Enfoque de Investigación

Carácter: enfoque cuantitativo.

Se considera cuantitativo porque: “se recolectan datos utilizando uno o más instrumentos de medición, los cuales se estudian (la mayoría de las veces a través del análisis estadístico), y se reportan los resultados” (Hernández *et al*, 2014, pp. 16-17).

Paradigma de la Investigación

Es de paradigma positivista, cuya corriente se basa en los planteamientos de Auguste Comte, quien no admite como válidos otros conocimientos sino a aquellos que proceden de las ciencias empíricas, cuya finalidad es explicar, predecir, controlar fenómenos, verificar teorías o leyes para entender los fenómenos, (Meza, 2010, p. 1).

2.2. Variables – Operacionalización

Variables:

Son las características que tienen la capacidad de ser medidas y valoradas, cuantitativamente y cualitativamente, las mismas que pueden variar según la propiedad que se asume. El término variable se define como las características o atributos que admiten diferentes valores (D´Ary, Jacobs y Razavieh, 1982).

Definición conceptual de la variable: Somnolencia diurna

La somnolencia puede definirse como un estado fisiológico que promueve el establecimiento del sueño. La excesiva somnolencia diurna (ESD) puede definirse como la sensación subjetiva de sueño a una hora o en una situación inapropiada que ocurre a diario durante al menos tres meses. Los pacientes pueden referirla como cansancio o fatiga. Otras veces sucede que la hipersomnia es negada por el paciente como en algunos casos de (SAHS) (Vallés, 2000) síndrome de apnea-hipopnea del sueño (Guilleminault, 2001). La hipersomnia conlleva problemas de concentración, de memoria alteración en el humor y repercute en las actividades de la vida diaria (Mahowald, 2005)

Definición conceptual de la variable: Inteligencia emocional

La inteligencia emocional es la capacidad de reconocer los propios sentimientos, los sentimientos de los demás y la motivación para conducir las relaciones con nosotros mismos y con los demás adecuadamente (Vallés, 2000)

Definición operacional de la variable: Somnolencia diurna

Se aplicó un cuestionario de escalamiento tipo Likert con 8 ítems para medir las siguientes dimensiones: sueño normal, somnolencia diurna ligera, somnolencia diurna moderada y somnolencia diurna grave.

En la tabla 1, la variable está conformada por cuatro dimensiones, ocho indicadores, ocho ítems, cuatro niveles y cuatro rangos; tomando como referencia la escala de Likert, siendo la calificación de cada ítem como sigue, respecto a la posibilidad de cabecear:

- (0) Nunca
- (1) Poca
- (2) Moderada
- (3) Alta

Definición operacional de la variable: Inteligencia emocional

El cuestionario TMMS – 24 (Trait Meta – Mood Scale) del grupo de Salovey y Meyer, el cual consta de 24 ítems, a través de 3 dimensiones de Inteligencia emocional: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional.

En la tabla 2, se presenta la organización de la variable inteligencia emocional, conformada por 3 dimensiones, con 8 ítems de cada una y 24 en su totalidad, con las cuales se pretende medir dicha variable, el instrumento toma de referencia la escala de Likert, siendo la calificación de cada ítem como sigue:

- (1) Nada de acuerdo
- (2) Algo de acuerdo
- (3) Bastante de acuerdo
- (4) Muy de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

Tabla 2

Operacionalización de la variable: somnolencia diurna

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y rangos
Sueño normal	Los 8 ítems de la Escala de Somnolencia de Epworth Versión Peruana (ESEVP) Rosales 2009		Ordinal	0 a 6 puntos
Somnolencia diurna Ligera	1.Sentado Leyendo 2. Viendo Televisión	1 al 8	Escala de Likert	7 a 13 puntos
Somnolencia diurna moderada	3. Sentado (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto)		Nunca Poca Moderada Alta	14 a 19 puntos
Somnolencia diurna grave.	4. Como pasajero en un automóvil, omnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido			
	5. Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten 6. Sentado conversando con alguien 7. Sentado Luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol 8. Parado y apoyandose o no en una pared o mueble			23 a 24 puntos

Fuente: Rosales E. Escala de somnolencia de Epworth versión peruana (2009)

Tabla 3

Operacionalización de la variable: inteligencia emocional

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y rangos
Factor de atención	Presta poca atención	1 al 8	Intervalo Escala de Likert Nada de acuerdo	<21 en varones y <24 en mujeres.
	Adecuada atención		Algo de acuerdo Bastante de acuerdo	22 a 32 en varones y 25 a 35 en mujeres.
	Presta demasiada atención		Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	>33 en varones y >36 en mujeres
Factor de claridad	Debe mejorar su claridad	9 al 16	Intervalo Escala de Likert Nada de acuerdo	<25 varones y < 23 mujeres.
	Adecuada claridad		Algo de acuerdo Bastante de acuerdo	varones 26 a 35 y mujeres 24 a 34 Varones: >36 y mujeres > 35.
	Excelente claridad		Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	
Factor de reparación	Debe mejorar su reparación	17 al 24	Intervalo Escala de Likert Nada de acuerdo	<23 varones y mujeres
	Adecuada reparación		Algo de acuerdo	Varones 24-35 y mujeres 24 -34.
	Excelente reparación		Bastante de acuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo	>36 varones y >35 mujeres

Fuente. Extremera, N. Fernández-Berrocal, P. Mestre, J. M. y Guil, R. (2004).

2.3. Población y muestra

Población

La población general es de 219 estudiantes universitarios

Donde:

n: es el nivel de la muestra

Z: es el nivel de confianza: 1,96

p: es la variabilidad positiva: 50%

1 – p: es la variabilidad negativa: 50%

N: es el tamaño de la población de estudio = 219

e: es la precisión o error: 5%

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

$$n = 219 \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.5)}{(219 - 1) (0.05)^2 + 1.96^2 (0.50) (1 - 0.50)}$$

$$n = 140 \text{ estudiantes.}$$

Notas:

1. Cuando no se especifica el nivel de confianza, se puede tomar el 95%, al cual se le considera un valor estándar de 1,96.
2. Cuando se desconoce el valor de “p” se considera p= 0,05 como valor estándar.
3. Cuando se desconoce el error, se considera un 5% (0,05)

2.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos: validez y confiabilidad

La técnica que se tuvo en cuenta se basó en la aplicación de 2 instrumentos de medición, la misma que por concepto nos permitió conocer las características desarrolladas según las variables planteadas.

Para el desarrollo de la investigación se emplearon los siguientes instrumentos:

Instrumento1: Escala de Somnolencia de Epworth – Versión Peruana (ESE-VP). Anexo

Técnica: psicométrica

Nombre: Escala de Somnolencia de Epworth (versión peruana)

Autores: Murray W y Johns (1991)

Origen: Estados Unidos

Ámbito de aplicación: personas mayores.

Propósito: Evaluar en las personas adultas el síntoma principal que es la tendencia a quedarse dormido o presentar somnolencia, como son los roncadores, y se le pide al individuo que puntúe de 0 a 3 el grado de somnolencia en diferentes contextos cotidianas, diferenciando la somnolencia de fatiga.

Adaptación a la versión peruana: Rosales E. (2009), para aquellos que no conducen vehículos.

Instrumento validado en el Perú, presenta ocho situaciones de la vida diaria y cada una tiene un puntaje de 0 a 3:

0 = Nunca

1 = Poca probabilidad de cabecear

2 = Moderada probabilidad de cabecear

3 = Alta probabilidad de cabecear

Puntaje total: 0 – 24. Forma de calcular: Suma de los puntajes de las 8 situaciones.

El límite superior normal es de 10 puntos, los puntajes que presenten mayores a 10 son considerados como presencia de somnolencia o excesiva somnolencia diurna (Rosales, 2009).

Ficha de recolección de datos (Anexo): que incluyó datos como edad, sexo, horas de sueño por día, trabajo y estudio nocturno, si conducen auto, peso y talla, los cuales fueron medidos por medio de una balanza y una cinta métrica aplicada con ayuda de los encuestados).

La recolección de datos se desarrolló en las aulas autorizadas por la universidad en los estudiantes universitarios, se consideró toda la población que fueron aproximadamente 219, de los cuales según la fórmula aplicada estas quedaron en 140, teniendo en cuenta que algunos de los cuestionarios tenían información incompleta (edad, género, preguntas del test no llenadas).

Los cuestionarios se aplicaron en el mes de abril del 2018, el tiempo estimado fue de 15 minutos aproximadamente, se contó con la autorización respectiva firmada por cada estudiante, a través del consentimiento informado, indicándoles al inicio de la aplicación que las respuestas deben ser únicas y no influenciadas por el compañero.

Cada estudiante que participo de este estudio recibió los cuestionarios de escala de Somnolencia de Epworth –Versión Peruana, así como el cuestionario de escala de medición de inteligencia emocional con datos adicionales como las mediciones de talla, edad, peso, sexo, si conducen vehículos, horas de sueño aproximadas, todas fueron llenadas de tipo auto-administrada en forma anónima, posteriormente se sacaron los puntajes correspondientes de cada escala de medición, para luego categorizarlos.

Instrumento 2: Escala de inteligencia emocional (TMMS-24)

Técnica: psicométrica

Nombre: Escala de Inteligencia emocional

Autores: Peter Salovey y John Mayer

Origen: Estados Unidos

Ámbito de aplicación: personas mayores de 17 años

Propósito: Evaluar el nivel de inteligencia emocional en las tres dimensiones de la prueba (comprensión emocional, percepción emocional y regulación emocional).

Adaptación al español: Fernández y Extremera (2004).

El TMMS-24 contiene 24 elementos claves, con 8 ítems por cada dimensión y evalúa las siguientes características emocionales:

Percepción emocional: A través del grado de autoconciencia de los sentimientos, deseos e intereses que experimenta el alumno universitario.

Comprensión emocional: Mediante el grado de comprensión de los sentimientos de uno mismo y respecto a los demás.

Regulación emocional: Es la capacidad para gestionar las emociones de manejar y regular experiencias negativas o estresantes para sentirse mejor.

El TMMS-24 tiene una estructura determinada con el formato de Likert a través de 5 alternativas de respuesta (nada de acuerdo, algo de acuerdo, bastante de acuerdo, muy de acuerdo, totalmente de acuerdo), cuya puntuación es desde 1 al 5, y la direccionalidad de respuesta considera que ha mayor acuerdo con los reactivos existe mayor presencia del rasgo que evalúa.

La calificación del instrumento es sumativa, asignando los valores de 1 para nada de acuerdo, 2 para algo de acuerdo, 3 para bastante de acuerdo, 4 para muy de acuerdo y 5 para totalmente de acuerdo. Alcanzando un puntaje para cada dimensión mayor de 36 y como mínimo 8 respectivamente.

La escala TMMS-24, es un instrumento cuyas cualidades de validez y confiabilidad sobre la inteligencia emocional percibida, han sido demostradas desde el 2004 por Fernández y Extremera (Ver anexo).

La validez y confiabilidad se tomó en consideración según los estudios realizados previamente a nivel nacional e internacional de las variables de estudio, los mismos que según Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), encontró:

-atención emocional: $\alpha = .826$

-claridad emocional: $\alpha = .883$

-reparación emocional: $\alpha = .877$

Respecto a la baremación, de la escala TMMS-24, esta se encontró de manera general, según la inteligencia emocional percibida por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004):

-Nivel alto: 99 - 120 puntos

-Nivel adecuado: 66 - 98 puntos

-Nivel bajo: 24 - 65 puntos.

2.5. Método de análisis e interpretación de datos

Los datos recolectados se ingresaron a una hoja de cálculo del programa Excel, y luego procesados a través del Paquete Estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 23. Se realizó la descripción de las características de la población de estudio, la estimación del grado de somnolencia diurna, así como la de inteligencia emocional.

Para describir las variables categóricas se usó las frecuencias absolutas y porcentajes, y para las variables numéricas se usó medias \pm DE. Para la realización de un análisis exploratorio de las variables de interés se usó la prueba R de Spearman con un nivel de significancia $p < 0.05$.

III. Resultados

RESULTADOS

Descripción de resultados

En este capítulo se presenta los datos recolectados, teniendo en cuenta el objetivo de estudio: La falta de sueño y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física del 6° al 10° ciclo de una universidad de Lima, 2018.

Tabla 4

Distribución general de Inteligencia Emocional y Somnolencia Diurna

		Somnolencia Diurna	Inteligencia Emocional
N	Válido	140	140
	Perdidos	0	0
Media		9,95	78,6643
Error estándar de la media		,306	1,10584
Mediana		10,00	78,5000
Moda		9	78,00
Desviación estándar		3,619	13,08446
Varianza		13,098	171,203
Rango		16	62,00
Mínimo		2	49,00
Máximo		18	111,00
Suma		1393	11013,00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4, se muestra la distribución general de los estudiantes universitarios con respecto a la inteligencia emocional y la somnolencia diurna, en la que la media de somnolencia diurna es $9,95 \pm 3,61$ y la media de inteligencia emocional es $78,66 \pm 13,08$.

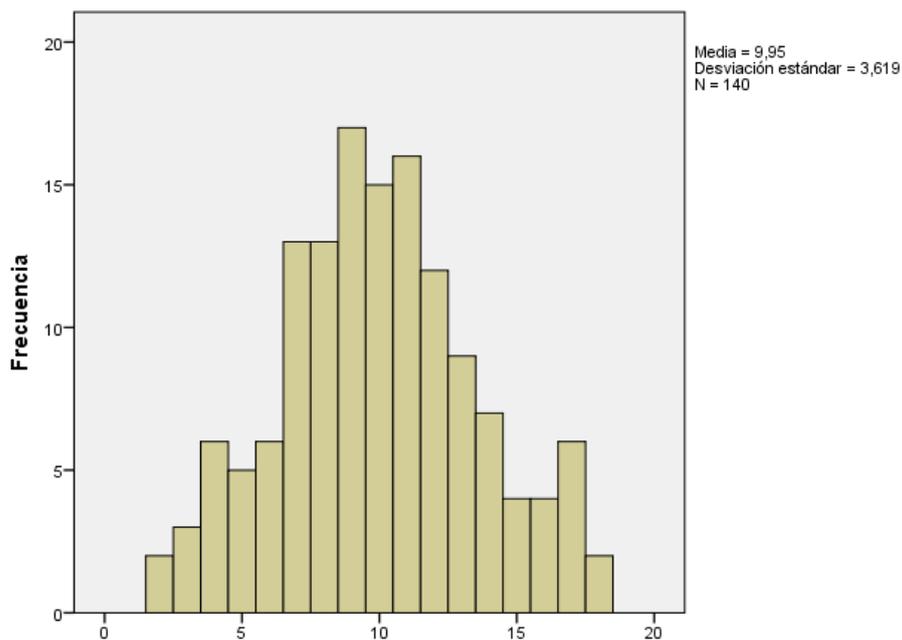


Figura 1. Distribución general de somnolencia diurna

La figura 1, refiere la frecuencia encontrada en relación a la somnolencia diurna, con una media de 9,95 y una desviación estándar de 3,61, de los 140 alumnos estudiados.

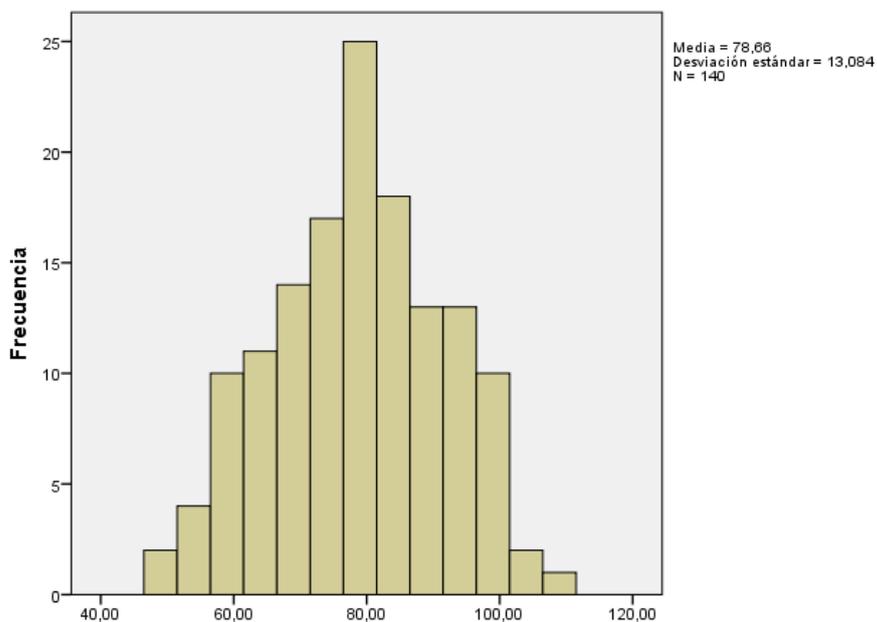


Figura 2. Distribución general de Inteligencia Emocional

La figura 2, refiere la frecuencia encontrada en relación a la inteligencia emocional, con una media de 78,66 y una desviación estándar de 13,08, de los 140 alumnos estudiados.

Tabla 5

Inteligencia Emocional y Somnolencia diurna

Tabla cruzada Inteligencia Emocional*Somnolencia Diurna

		Somnolencia Diurna			
		Normal	Ligera	Moderada	Total
Inteligencia Emocional	Poca	Recuento 5	33	11	49
		% del total 3,6%	23,6%	7,9%	35,0%
	Mediana	Recuento 16	60	12	88
		% del total 11,4%	42,9%	8,6%	62,9%
	Excelente	Recuento 1	2	0	3
		% del total 0,7%	1,4%	0,0%	2,1%
Total		Recuento 22	95	23	140
		% del total 15,7%	67,9%	16,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5, de tabla cruzada se relaciona la somnolencia diurna y la inteligencia emocional, el 42,9% presentan una inteligencia emocional de tipo mediana con una somnolencia diurna ligera.

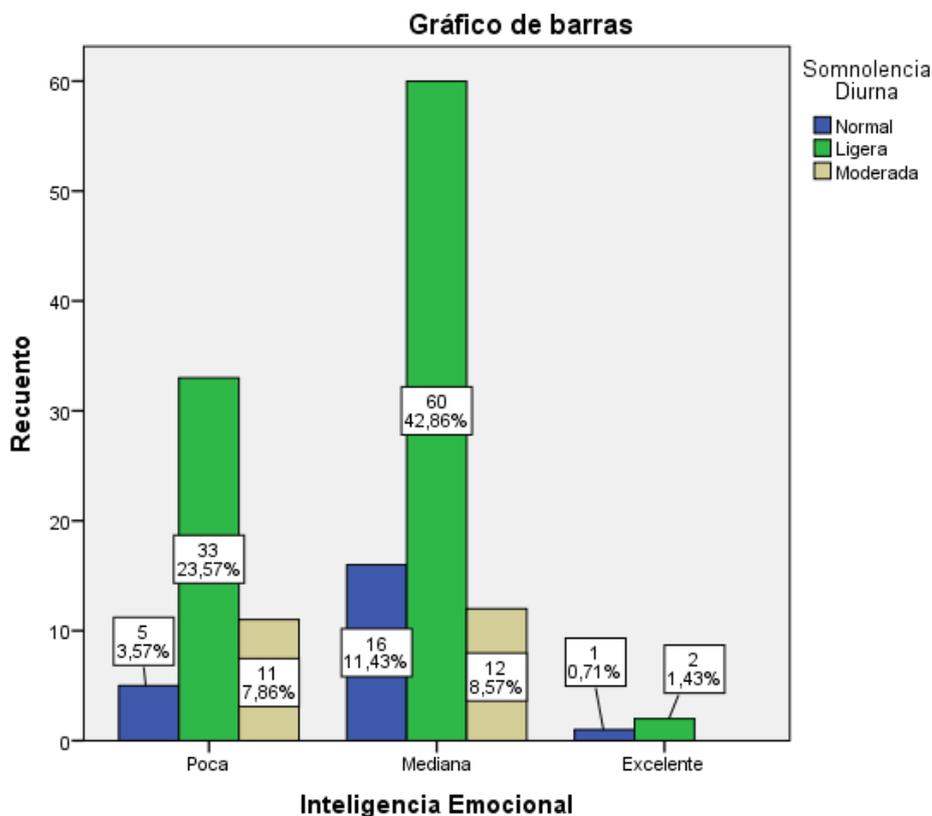


Figura 3. Inteligencia Emocional y Somnolencia diurna

Sobre la Inteligencia emocional: en la tabla 5 y figura 3, observamos que existe un grupo representativo de 88 estudiantes (62,9%) que desarrollan mediana inteligencia emocional. Así mismo, 49 estudiantes (35,0%) desarrollan poca inteligencia emocional. Finalmente, 3 estudiantes (2,1%) desarrollan una excelente inteligencia emocional.

Sobre la Somnolencia diurna: en la tabla 5 y figura 3, observamos que existe un grupo representativo de 95 estudiantes (67,9%) que desarrollan ligera somnolencia diurna. Así mismo, 23 estudiantes (16,4%) desarrollan moderada somnolencia diurna. Finalmente, 22 estudiantes (15,7%) desarrollan normal somnolencia diurna.

Tabla 6

*Tabla cruzada Inteligencia Emocional: Factor Atención*Somnolencia Diurna*

		Somnolencia Diurna				
		Normal	Ligera	Moderada	Total	
Inteligencia Emocional: Factor Atención	Presta poca atención	Recuento	13	38	11	62
		% del total	9,3%	27,1%	7,9%	44,3%
	Adecuada atención	Recuento	8	55	11	74
		% del total	5,7%	39,3%	7,9%	52,9%
	Presta Demasiada atención	Recuento	1	2	1	4
		% del total	0,7%	1,4%	0,7%	2,9%
Total	Recuento	22	95	23	140	
	% del total	15,7%	67,9%	16,4%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6, de tabla cruzada se relaciona la somnolencia diurna y la inteligencia emocional respecto al factor Atención, el 39,3% presentan una adecuada atención con una somnolencia ligera.

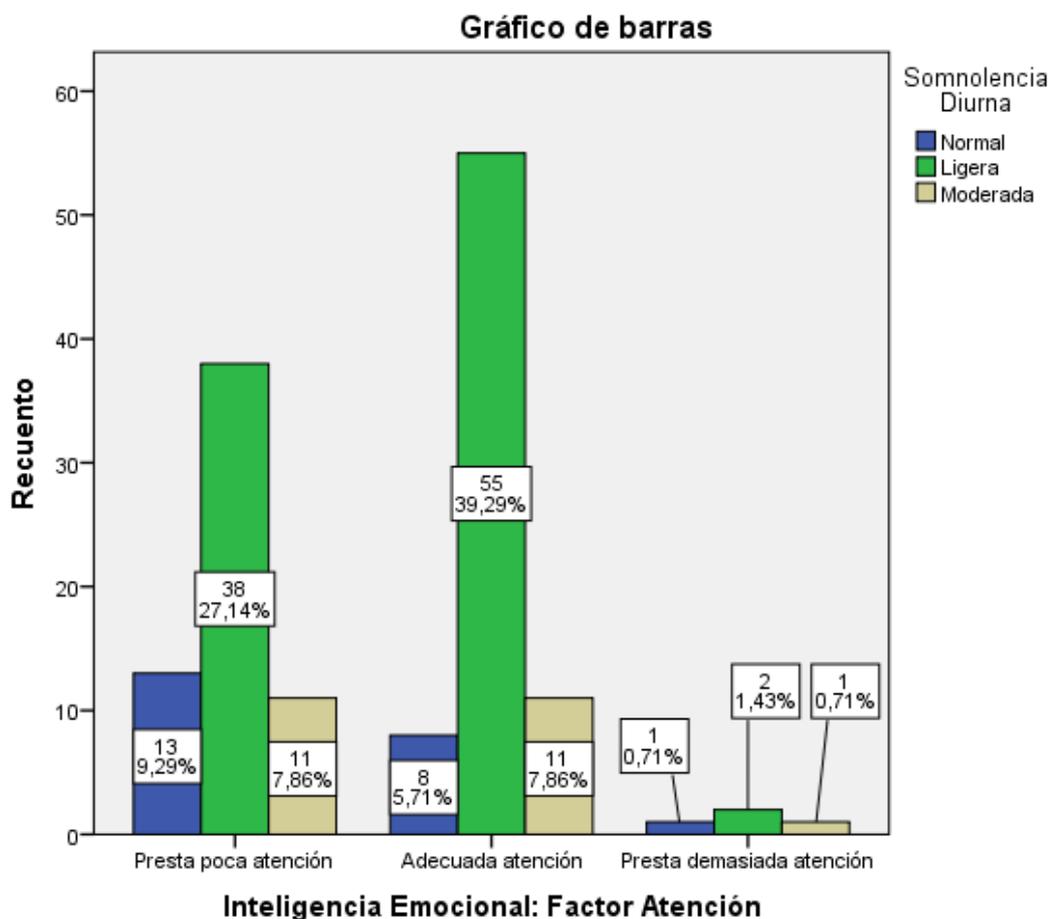


Figura 4. Inteligencia Emocional: Factor Atención y Somnolencia diurna

En la tabla 6 y en la figura 4, observamos que existe un grupo mayoritario de 74 estudiantes (52,9%) que desarrollan un adecuado nivel de atención, mientras que 62 estudiantes (44,3%) desarrollan poca atención. Además, una cantidad representativa de 95 estudiantes (67,9%) desarrollan una ligera somnolencia diurna; un total de 23 estudiantes (16,4%) desarrollan una moderada somnolencia diurna. Finalmente 22 estudiantes (15,7%) desarrollan una normal somnolencia diurna.

Tabla 7

*Tabla cruzada Inteligencia Emocional: Factor Claridad*Somnolencia Diurna*

		Somnolencia Diurna				
		Normal	Ligera	Moderada	Total	
Inteligencia Emocional: Factor Claridad	Debe mejorar su claridad	Recuento	8	39	12	59
		% del total	5,7%	27,9%	8,6%	42,1%
	Adecuada claridad	Recuento	13	52	10	75
	Factor Claridad	% del total	9,3%	37,1%	7,1%	53,6%
	Excelente claridad	Recuento	1	4	1	6
		% del total	0,7%	2,9%	0,7%	4,3%
Total	Recuento	22	95	23	140	
	% del total	15,7%	67,9%	16,4%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7, de tabla cruzada se relaciona la somnolencia diurna y la inteligencia emocional respecto al factor Claridad, el 37,1% presentan una adecuada claridad con una somnolencia ligera.

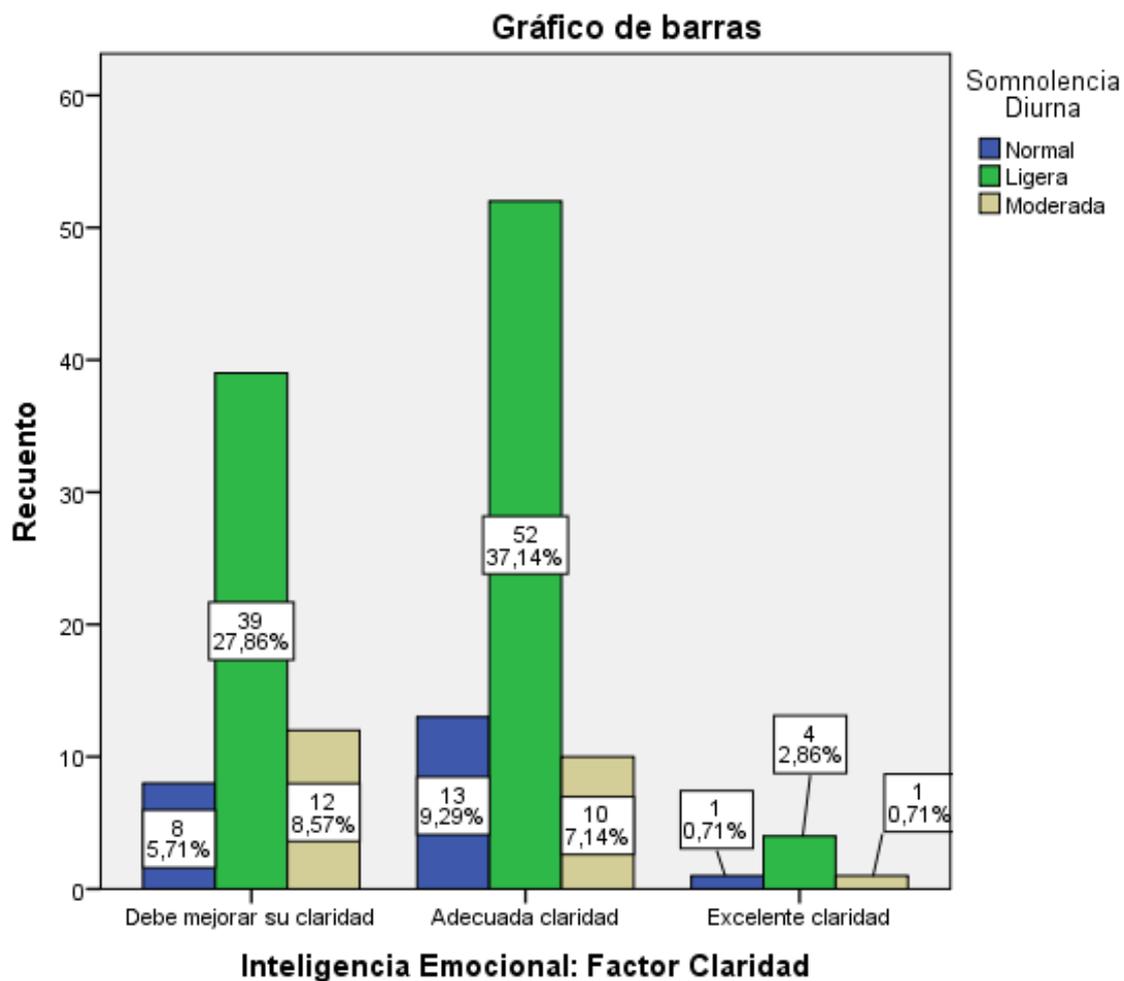


Figura 5. Inteligencia Emocional: Factor Claridad y Somnolencia diurna

En la tabla 7 y en la figura 5, observamos que existe un grupo mayoritario de 75 estudiantes (53,6%) que desarrollan un adecuado nivel de claridad, mientras que 59 estudiantes (42,1%) deben mejorar su claridad. Además, una cantidad representativa de 95 estudiantes (67,9%) desarrollan una ligera somnolencia diurna; un total de 23 estudiantes (16,4%) desarrollan una moderada somnolencia diurna. Finalmente 22 estudiantes (15,7%) desarrollan una normal somnolencia diurna.

Tabla 8

*Tabla cruzada Inteligencia Emocional: Factor Reparación*Somnolencia Diurna*

		Somnolencia Diurna				
		Normal	Ligera	Moderada	Total	
Inteligencia Emocional: Factor Reparación	Debe mejorar su reparación	Recuento	3	21	11	35
		% del total	2,1%	15,0%	7,9%	25,0%
	Adecuada reparación	Recuento	13	65	10	88
		% del total	9,3%	46,4%	7,1%	62,9%
	Excelente reparación	Recuento	6	9	2	17
		% del total	4,3%	6,4%	1,4%	12,1%
Total		Recuento	22	95	23	140
		% del total	15,7%	67,9%	16,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8, de tabla cruzada se relaciona la somnolencia diurna y la inteligencia emocional respecto al factor de reparación, el 46,4% presentan una adecuada reparación con una somnolencia ligera.

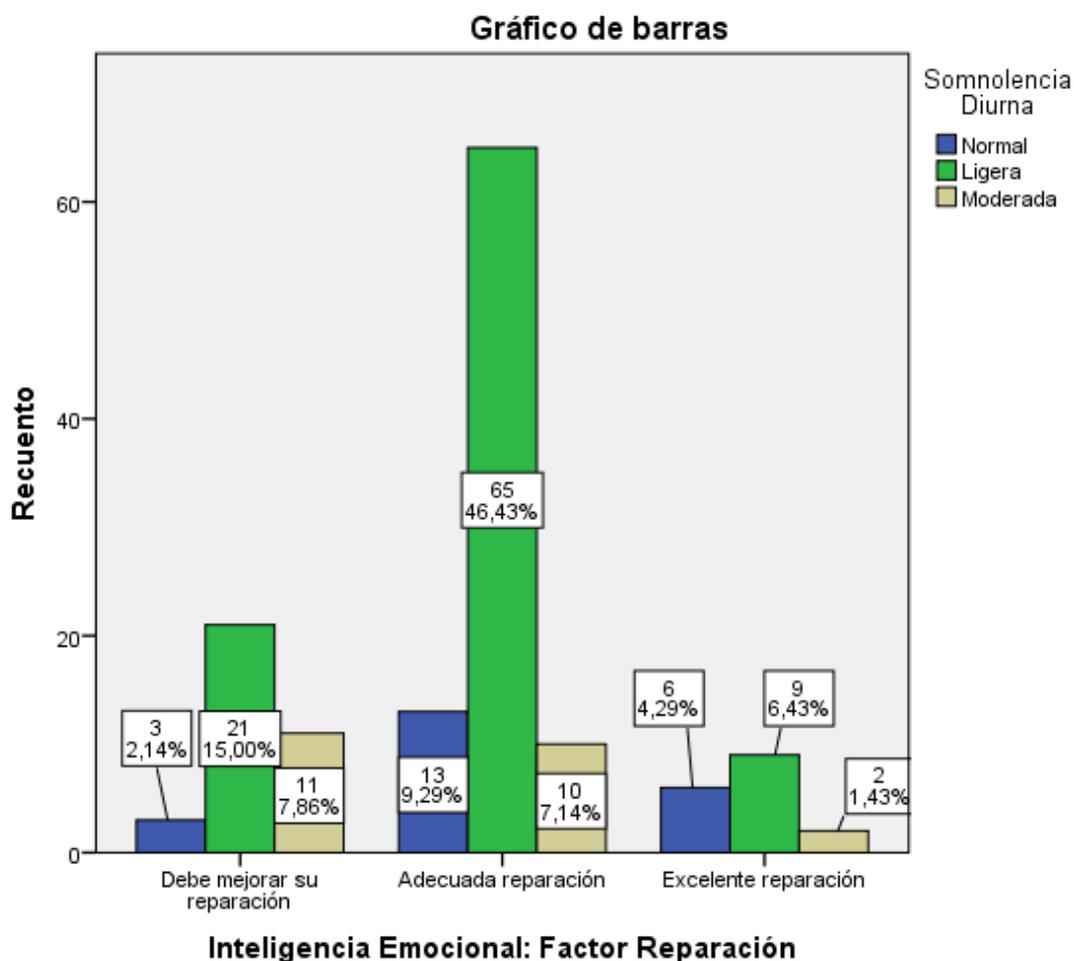


Figura 6. Inteligencia Emocional: Factor Reparación y Somnolencia diurna

En la tabla 8 y en la figura 6, observamos que existe un grupo mayoritario de 88 estudiantes (62,9%) que desarrollan un adecuado nivel de claridad, mientras que 35 estudiantes (25,0%) deben mejorar su claridad. Además, una cantidad representativa de 95 estudiantes (67,9%) desarrollan una ligera somnolencia diurna; un total de 23 estudiantes (16,4%) desarrollan una moderada somnolencia diurna. Finalmente 22 estudiantes (15,7%) desarrollan una normal somnolencia diurna.

Tablas complementarias

Tabla 9

Distribución general de Factores de Atención, Claridad y Reparación

		ATENCIÓN	CLARIDAD	REPARACIÓN
N	Válido	140	140	140
	Perdidos	0	0	0
Media		24,385	25,914	28,364
Error estándar de la media		,46519	,47241	,47585
Mediana		25,0000	25,0000	29,0000
Moda		22,00	24,00	30,00
Desviación estándar		5,50420	5,58967	5,63035
Varianza		30,296	31,244	31,701
Rango		25,00	30,00	27,00
Mínimo		11,00	10,00	13,00
Máximo		36,00	40,00	40,00
Suma		3414,00	3628,00	3971,00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9, se muestra la distribución general mediante la media de los factores de atención $24,38 \pm 5,50$, claridad $25,91 \pm 5,58$ y Reparación $28,36 \pm 5,63$.

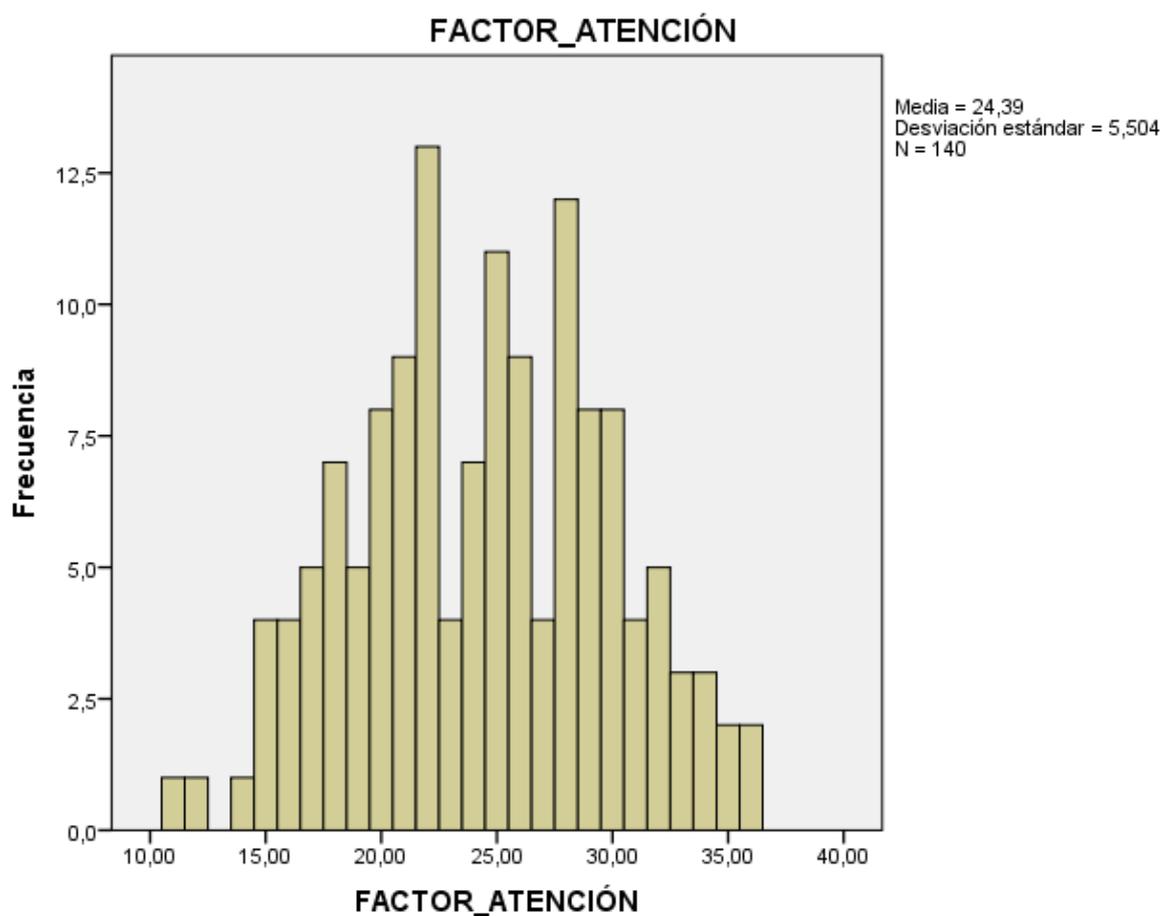


Gráfico 7

Figura 7. Distribución general de Inteligencia Emocional: Factor Atención

Figura 7, refiere la frecuencia encontrada en relación al factor de atención de la inteligencia emocional, con una media de 24,39 y una desviación estándar de 5,504, de los 140 alumnos estudiados.

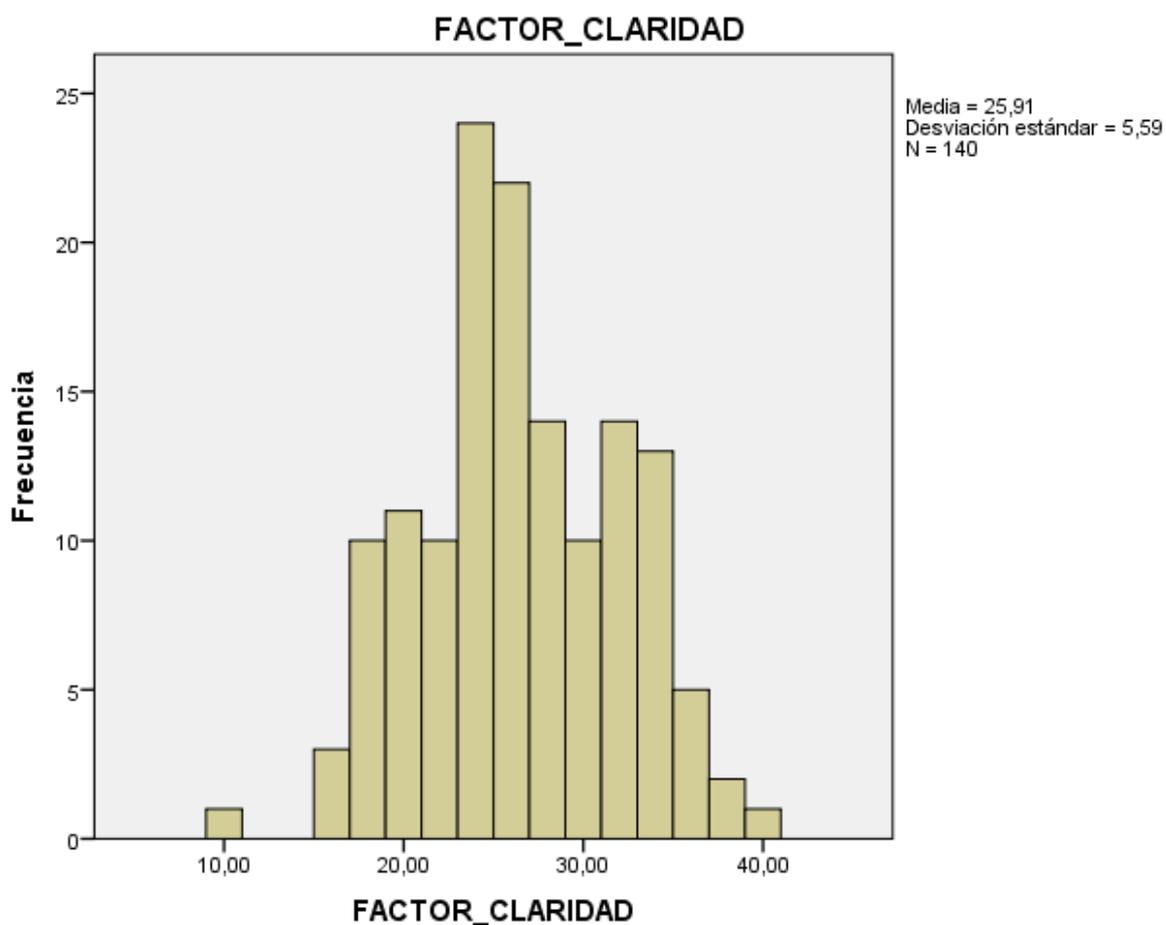


Figura 8. Distribución general de Inteligencia Emocional: Factor Claridad

La figura 8, refiere la frecuencia encontrada en relación al factor de claridad de la inteligencia emocional, con una media de 25,91 y una desviación estándar de 5,59, de los 140 alumnos estudiados.

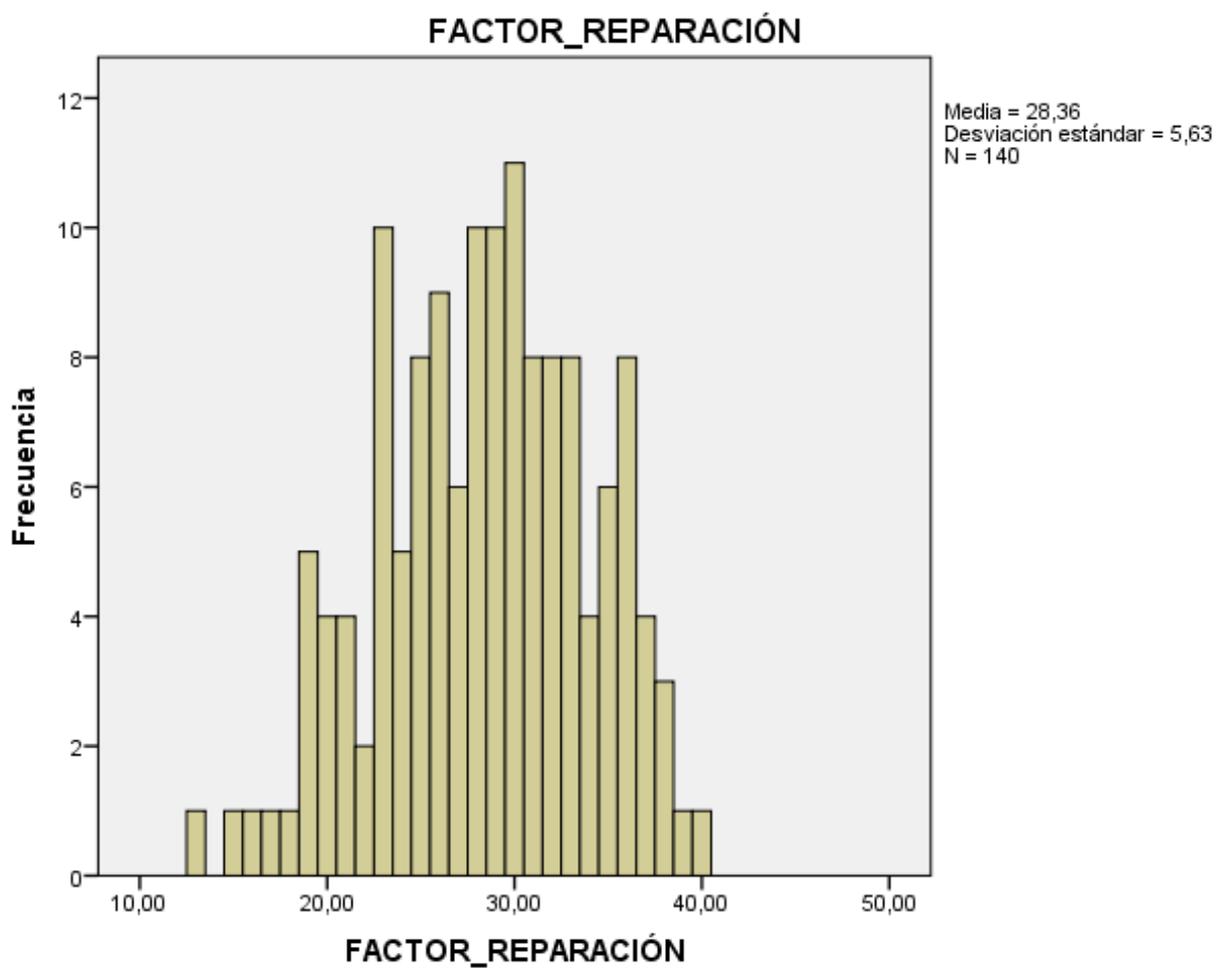


Figura 9. Distribución general de Inteligencia Emocional: Factor Reparación

La figura 9, refiere la frecuencia encontrada en relación al factor de reparación de la inteligencia emocional, con una media de 28,36 y una desviación estándar de 5,63 de los 140 alumnos estudiados.

Tabla 10

Distribución general de edad, talla y peso

		Edad (años)	Talla (m)	Peso (kg)
N	Válido	140	140	140
	Perdidos	0	0	0
Media		25,73	1,6118	64,28
Error estándar de la media		,360	,00692	,923
Mediana		26,00	1,6000	61,50
Moda		26	1,55	60
Desviación estándar		4,254	,08193	10,921
Varianza		18,098	,007	119,267
Rango		17	,40	40
Mínimo		18	1,40	50
Máximo		35	1,80	90
Suma		3602	225,65	8999

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10, se muestra la distribución de los estudiantes universitarios, con una media de edad: $25,73 \pm 4,25$, talla $1,61 \pm 0,81$ y peso $64,28 \pm 10,92$.

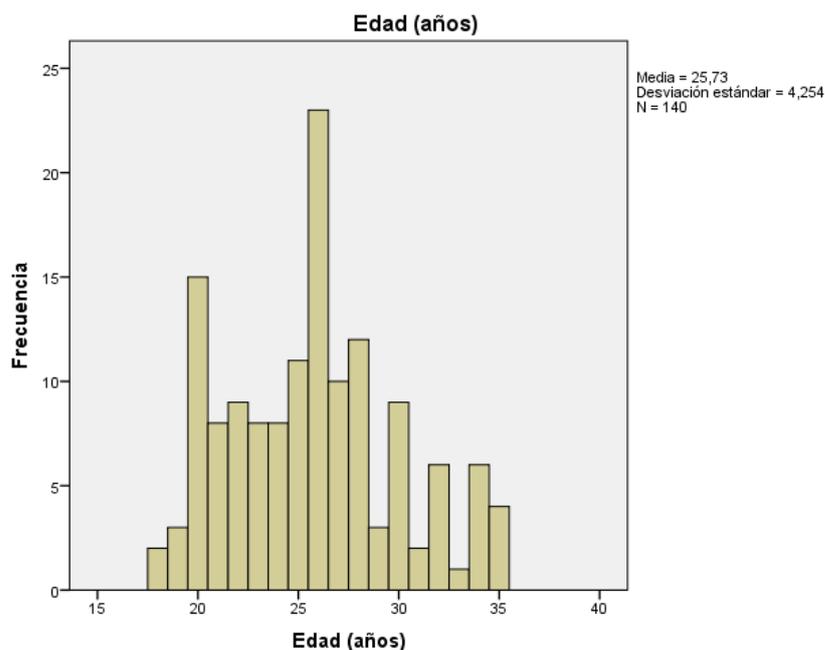


Figura 10. Distribución general de Edad

La figura refiere la frecuencia encontrada en relación a la edad de la muestra con una media de 25,73 y una desviación estándar de 4,254 de los 140 alumnos estudiados.

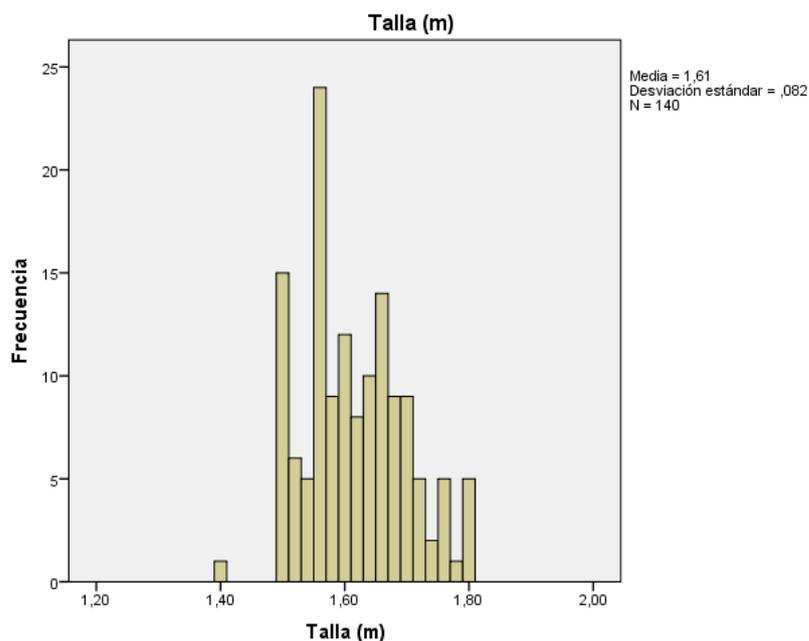


Figura 11. Distribución general de Talla

La figura 11, refiere la frecuencia encontrada en relación a la talla de la muestra con una media de 1,61 y una desviación estándar de ,082 de los 140 alumnos estudiados.

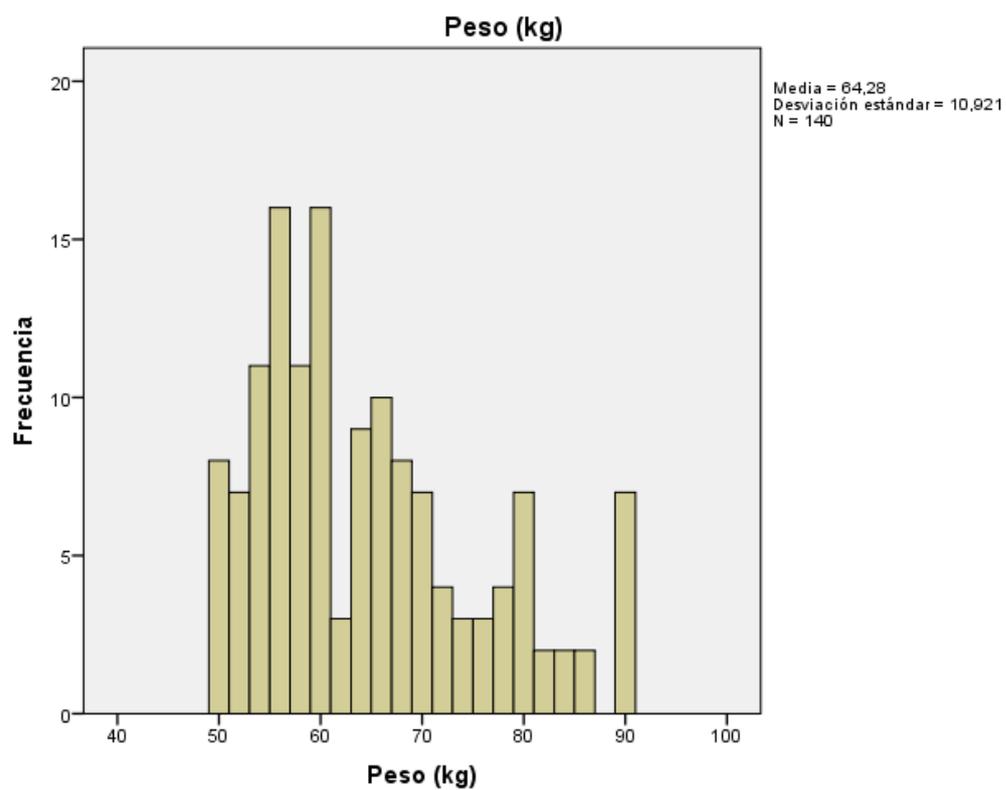


Figura 12. Distribución general de Peso

La figura 12, refiere la frecuencia encontrada en relación al peso de la muestra con una media de 64,28 y una desviación estándar de 10,921 de los 140 alumnos estudiados.

Tabla 11

Somnolencia diurna: Población que conduce vehículo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	24	17,1	17,1	17,1
	No	116	82,9	82,9	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11, se evidencia que solo el 17,1% conduce vehículo.

Tabla 12

Somnolencia diurna: horas sueño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3	2	1,4	1,4	1,4
	4	17	12,1	12,1	13,6
	5	37	26,4	26,4	40,0
	6	49	35,0	35,0	75,0
	7	14	10,0	10,0	85,0
	8	19	13,6	13,6	98,6
	9	2	1,4	1,4	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12, se evidencia que el 35%, duerme 6 horas.

Tabla 13

Somnolencia diurna: Guardia nocturna

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	22	15,7	15,7	15,7
No	118	84,3	84,3	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15, se evidencia que el 84,3% de los estudiantes universitarios, no hacen guardia nocturna.

Tabla 14

Somnolencia diurna: Estudio y trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	116	82,9	82,9	82,9
No	24	17,1	17,1	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 14, se evidencia que el 82,9% de los estudiantes universitarios, estudian y trabajan.

Tabla 15

Somnolencia diurna: Cantidad de horas que duermen

		Somnolencia Diurna: Horas Sueño
N	Válido	140
	Perdidos	0
Media		5,86
Error estándar de la media		,108
Mediana		6,00
Moda		6
Desviación estándar		1,282
Varianza		1,643
Rango		6
Mínimo		3
Máximo		9
Suma		821

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15, se muestra la cantidad de horas que duermen los estudiantes universitarios, siendo la media de $5.86 \pm 1,28$ horas.

Desde el punto de vista inferencial

Hipótesis general

Planteamos las siguientes hipótesis de trabajo:

Ho: No Existe relación entre la falta de sueño y la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018

Ha: Existe relación entre la falta de sueño y la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima,2018.

Nivel de confianza: 95%

Margen de error: $\alpha = 0,05$ (5%)

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula Ho

$p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna Ha

Tabla 16

Coeficiente de correlación entre Inteligencia Emocional y Somnolencia diurna

	Inteligencia Emocional	Somnolencia Diurna		
Rho de Spearman	Inteligencia Emocional	Coeficiente de correlación	1,000	-,161
		Sig. (bilateral)	.	,058
		N	140	140
	Somnolencia Diurna	Coeficiente de correlación	-,161	1,000
		Sig. (bilateral)	,058	.
		N	140	140

Fuente. Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 15, el resultado del coeficiente de correlación de Rho de Spearman es igual a **-0,161** por lo que se determina que existe una correlación negativa débil, lo que manifiesta de que el 95,00% (0,95) a dos colas o bilateral de la variable Inteligencia emocional sobre la variable Somnolencia diurna. Asimismo, se evidencia que el nivel de significancia (sig = **0,058**) es mayor que el p valor 0.05 por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (Ha) y se acepta la hipótesis nula (Ho).

Hipótesis específica 1

Ho: No Existe relación entre la falta de sueño y la inteligencia emocional según el factor de atención que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Ha: Existe relación entre la falta de sueño y la inteligencia emocional según el factor de atención que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Nivel de confianza: 95%

Margen de error: $\alpha = 0,05$ (5%)

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula Ho

$p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna Ha

Tabla 17

Coefficiente de correlación entre Inteligencia Emocional: Factor Atención y Somnolencia diurna

		Inteligencia Emocional:	
		Factor Atención	Somnolencia Diurna
Rho de Spearman	Inteligencia Emocional: Factor Atención	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,058
		N	140
	Somnolencia Diurna	Coeficiente de correlación	,058
		Sig. (bilateral)	,493
		N	140

Fuente. Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 7, el resultado del coeficiente de correlación de Rho de Spearman es igual a **0,058** por lo que se determina que existe una correlación positiva débil, lo que manifiesta de que el 95,00% (0,95) a dos colas o bilateral de la variable Inteligencia emocional: Factor de Atención sobre la variable Somnolencia diurna. Asimismo, se evidencia que el nivel de significancia (sig = **0,493**) es mayor que el p valor 0.05 por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (Ha) y se acepta la hipótesis nula (Ho).

Hipótesis específica 2

Ho: No Existe relación entre la falta de sueño y la inteligencia emocional según el factor de claridad que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima – 2018.

Ha: Existe relación entre la falta de sueño y la inteligencia emocional según el factor de claridad que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de 2018.

Nivel de confianza: 95%

Margen de error: $\alpha = 0,05$ (5%)

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula Ho

$p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna Ha

Tabla 18

Coefficiente de correlación entre Inteligencia Emocional: Factor Claridad y Somnolencia diurna.

			Inteligencia Emocional: Factor Claridad	Somnolencia Diurna
Rho de Spearman	Inteligencia Emocional: Factor Claridad	Coefficiente de correlación	1,000	-,086
		Sig. (bilateral)	.	,313
		N	140	140
	Somnolencia Diurna	Coefficiente de correlación	-,086	1,000
		Sig. (bilateral)	,313	.
		N	140	140

Fuente. Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 8, el resultado del coeficiente de correlación de Rho de Spearman es igual a - **0,086** por lo que se determina que existe una correlación positiva débil, lo que manifiesta de que el 95,00% (0,95) a dos colas o bilateral de la variable Inteligencia emocional: Factor de Claridad sobre la variable Somnolencia diurna. Asimismo, se evidencia que el nivel de significancia (sig = **0,313**) es mayor que el p valor 0.05 por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (Ha) y se acepta la hipótesis nula (Ho).

Hipótesis específica 3

Ho: No Existe relación entre la falta de sueño y la inteligencia emocional según el factor de reparación que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Ha: Existe relación entre la falta de sueño y la inteligencia emocional según el factor de reparación que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018.

Nivel de confianza: 95%

Margen de error: $\alpha = 0,05$ (5%)

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula Ho

$p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna Ha

Tabla 19

Coefficiente de correlación entre Inteligencia Emocional: Factor Reparación y Somnolencia diurna

			Inteligencia Emocional: Factor Reparación	Somnolencia Diurna
Rho de Spearman	Inteligencia Emocional: Factor Reparación	Coefficiente de correlación	1,000	-,252**
		Sig. (bilateral)	.	,003
		N	140	140
	Somnolencia Diurna	Coefficiente de correlación	-,252**	1,000
		Sig. (bilateral)	,003	.
		N	140	140

** . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede observar en la tabla 8, el resultado del coeficiente de correlación de Rho de Spearman es igual a - **0,252** por lo que se determina que existe una correlación negativa débil, lo que manifiesta de que el 95,00% (0,95) a dos colas o bilateral de la variable Inteligencia emocional: Factor de Reparación sobre la variable somnolencia diurna. Asimismo, se evidencia que el nivel de significancia (sig = 0,003) es menor que el p valor 0.05 por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la hipótesis alterna (Ha).

IV. Discusión

El trabajo realizado investigó el nivel de relación que existe entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional, se sabe actualmente que el ser humano está durmiendo menos horas por la noche, comparado con los años anteriores, los expertos aseguran que actualmente la población activa duerme una media de 1,5 horas menos que a principios del siglo XX (Marin, 2008); además nunca antes se había correlacionado la falta de dormir con el comportamiento de la inteligencia emocional, teniendo en cuenta que los estudiantes universitarios de terapia física, tendrán que estudiar y trabajar en algunas situaciones, pero la diferencia radica, con otros estudiantes, que al día siguiente tendrá un acercamiento o contacto con el paciente por un tiempo determinado que dura la sesión de terapia física, la misma que puede durar aproximadamente 30 minutos o más; sin embargo el dormir poco se sabe que va a influenciar respecto a la actitud y el comportamiento en dichos estudiantes universitarios, ya que el estar con somnolencia diurna, es posible traer consecuencias en el estado físico, el estado emocional, el de aprendizaje, la actitud hacia los demás y sobretodo consigo mismo, la que en muchas ocasiones genera dificultad para su manejo respectivo; así también se sabe que la inteligencia emocional se puede alterar y dichos cambios nos permitirá entender el comportamiento del estudiante universitario, por lo tanto nos dará mejores luces para conocer como estas dos variables tienen relación, por lo que nuestro planteamiento se formuló a través de la siguiente pregunta ¿Existe relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018?

Luego de obtener los resultados de dicha relación, se encontró que no existe relación entre la falta de sueño medido a través del cuestionario de somnolencia de epworth y la inteligencia emocional mediante el cuestionario TMMS-24, en estudiantes universitarios de terapia física, cuya resultante según el coeficiente de correlación de Rho de Spearman es igual a -0,161 por lo que determina que existe una correlación negativa débil, lo que manifiesta de que el 95,00% (0,95) a dos colas o bilateral de la variable somnolencia diurna sobre la variable inteligencia emocional. Asimismo, se evidencia que el nivel de significancia ($\text{sig} = \mathbf{0,058}$) es mayor que el p valor 0.05 por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H_a) y se acepta la hipótesis nula (H_0).

Estadísticamente dicha correlación negativa débil, se puede deber a que dicho estudiante por su juventud tiene capacidad para enfrentar retos considerables que se presentan en el transcurrir del día, sin embargo a pesar de estos resultados, no deja de tener consideración los valores independientes obtenidos, por lo que se deben de tener en cuenta; el efecto de dormir poco, se sabe a futuro, que los efectos a mediano y largo plazo traerán consecuencias sobre el bienestar de la salud, mediante aparición de enfermedades como la hipertensión, la enfermedad de apnea obstructiva del sueño, la aparición de la diabetes e incluso los denominados derrames cerebrales o llamados también accidentes cerebro vasculares.

Los estudiantes universitarios de terapia física, están permanentemente sometidos a una gran carga curricular a lo que, se agrega el estrés de estar en contacto con el paciente, para su recuperación mediante la rehabilitación. Los resultados encontrados en la literatura científica son muy variables, y esto puede deberse a pesar de buscar referencias en áreas afines a la salud, como son los estudiantes de medicina y enfermería, en poblaciones diferentes, se suman una serie de variables lo cual hace difícil obtener un perfil un tanto similar, teniendo en cuenta que el contacto con el paciente a tratar será con un tiempo no menor de 30 minutos.

Duran (2017), encuentra una puntuación según el cuestionario de epworth de 9.6 ± 4.2 puntos, mientras que la media obtenida en nuestro estudio, fue de 9.95 ± 3.6 puntos; lo que demuestra según dicha puntuación que la condición de afección es de tipo somnolencia diurna ligera, donde la puntuación máxima es de 12 puntos; así también encuentra relación similar respecto al sexo, ya que las mujeres presentan mayor somnolencia diurna comparado con los varones (9.6 ± 4.2 vs 8.5 ± 3.1), resultado similar obtenido en nuestro estudio, donde le predominio es de las mujeres (8.4 ± 4.2 vs 7.4 ± 3.2).

Con respecto al nivel de somnolencia Coaquira (2016), refiere el valor más alto en relación al nivel de somnolencia de tipo ligero y normal (72% - 25%), seguido por nuestro estudio (69.65% - 17%), el cual refleja en los diferentes estudios que, a pesar de las horas de disminución de sueño, no se evidencia relación directa con

el grado de somnolencia en cada uno de los estudios, teniendo en cuenta que ambos estudios fueron hechos en peruanos, con una muestra de nuestra investigación de 140 estudiantes versus 80 referido según el autor anteriormente mencionado.

Lucero (2014), en su investigación correlacional de trastornos del sueño y rendimiento académico, con una muestra de 309, encuentra que los estudiantes de medicina duermen un promedio de 6.63 ± 3.44 horas, mientras que los nuestros, con una muestra de 140 personas, duermen 5.86 ± 1.28 horas, en ambos estudios el predominante según el sexo, es de tipo femenino (60.19% y 39.81%), cifras bastante parecida se obtuvo (64.2% y 35.7%), con respecto al sexo, en nuestra investigación, así también refiere Lucero que los alumnos que tuvieron mayor somnolencia, ($p < 0.0001$), presentaron peor percepción de calidad de sueño, por lo tanto fue menor su promedio en las notas obtenidas ($p = 0.02$), dichos resultados se deben a la privación crónica en relación a las diferentes horas de dormir.

En relación a la inteligencia emocional (IE), se sabe que el estudiante universitario de terapia física está en una constante de sobrecarga por los estudios y la practica continua a realizar, así como el estar al lado del paciente para el tratamiento de rehabilitación correspondiente al día siguiente, por lo que algunos autores consideran que dicha valoración de la IE, es significativa como indicador de estado de salud mental, física y psicosomática, por lo que es una necesidad su conocimiento para cuando se está relacionado a sobrecargas cotidianas (Lolaty, 2014), por lo que en relación al nivel de inteligencia emocional obtenido en nuestro estudio fue de tipo mediana 64.4%, como resultado principal, así como poca IE, 33.5% y excelente solamente 2.1%; dichos niveles se asemejan al estudio de Garay (2016), que encontró las mismas secuencias según el nivel de IE, es decir moderada, poca y excelente (55%, 29% y 16%).

Barraza (2017), en su investigación de estudiantes del primer año de medicina, en relación a las tres ramas de la inteligencia emocional, encontró que estas se ubican en puntajes globales que oscilan en una media de 25.5 ± 7.5 y 28.5 ± 7.2 , lo cual refiere que dichos resultados indican que se encuentran en niveles adecuados en autopercepción de la inteligencia emocional, lo cual permite afirmar la hipótesis

referida a que una adecuada percepción de inteligencia emocional, pudiera actuar como un factor protector de la carga emocional negativa en estudiantes del área de salud, que se asemejan a los encontrados en nuestro estudio, los mismos que oscilan en una media de 25.38 ± 5.5 y 28.36 ± 5.6 , quienes referidos de menor a mayor partiendo desde el factor atención, seguido por claridad y reparación; mientras que los niveles de la autopercepción y su relación con el sexo, no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas.

Pérez (2013), refiere en su investigación de que el predominio de su muestra de los estudiantes, fue el sexo femenino (65% y 35%), con una media de edad 26.25 ± 8.55 , para la relación de IE y la motivación del estudiante universitario, valores semejantes encontramos en nuestra muestra (64.3% y 35.7%), con una edad media de 25.73 ± 4.2 ; esta resultante de edad refiere el estudio revisado puede ser un factor influyente para no cumplir la hipótesis establecida, es decir que el estudiante preste atención a sus sentimientos, le preocupe más de lo debido lo que siente, por lo que sus sentimientos afectan a sus pensamientos, y piensa mucho en su estado de ánimo; sin embargo no se encuentran publicaciones respecto a lo referido de dicha relación, es decir la influencia sobre las necesidades psicológicas básicas.

Estrada (2016), en su estudio obtuvo una media en relación al sexo, predominante en las mujeres, siendo de mayor valor, el factor de reparación (28.49 ± 5.9), seguido de claridad (27.11 ± 6.7) y atención (25.84 ± 6.8), sin embargo, no ocurre lo mismo con Barraza-López, ya que el factor atención obtuvo mayor valor (30 ± 6) y el factor claridad y reparación tuvieron valores similares (29 ± 6), lo cual implica que a pesar de que los resultados de las puntuaciones obtenidas, se ubican ambos es decir los hombres y las mujeres en un rango considerado de manejo adecuado de sus emociones, es importante tener en cuenta respecto al factor atención, que este se refiere a la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada, las mujeres obtuvieron una media de 25 puntos, estando en el límite inferior del rango de adecuada atención a las emociones, sin embargo, estos valores no concuerdan con el hecho ya descrito, y es que se sabe que las mujeres tienden a expresar más fácilmente sus emociones.

Al finalizar nuestra investigación, el factor de relación entre somnolencia diurna e inteligencia emocional, nos refiere que el grado de somnolencia de la muestra fue de tipo ligera con el 67,9% y el nivel de inteligencia emocional fue de tipo mediana con 62,9%, por lo que la significancia entre las variables fue de 0,058 y la correlación -161, en estudiantes de terapia física de una universidad de Lima.

V. Conclusiones

Primera: Respecto a la hipótesis general, se concluye que, la relación entre las variables estudiadas de somnolencia diurna e inteligencia emocional en estudiantes universitarios del sexto al décimo ciclo de una universidad de Lima; presenta como resultado estadísticamente según el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, el valor igual a $-0,161$ por lo que se determina que existe una correlación negativa débil, se evidencia con un nivel de significancia ($\text{sig} = 0,058$), mayor que el p valor 0.05 por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H_a) y se acepta la hipótesis nula (H_0).

Segunda: Respecto a la primera hipótesis específica, se concluye que la correlación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional en razón al factor atención, que el resultado del coeficiente de correlación de Rho de Spearman es igual a $0,058$ por lo que se determina que existe una correlación positiva débil; se evidencia que el nivel de significancia ($\text{sig} = 0,493$) es mayor que el p valor 0.05 por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H_a) y se acepta la hipótesis nula (H_0).

Tercera: Respecto a la segunda hipótesis específica, se concluye que la correlación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional en razón al factor claridad, que el resultado del coeficiente de correlación de Rho de Spearman es igual a $-0,086$ por lo que se determina que existe una correlación positiva débil; se evidencia que el nivel de significancia ($\text{sig} = 0,313$) es mayor que el p valor 0.05 por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna (H_a) y se acepta la hipótesis nula (H_0).

Cuarta: Respecto a la tercera hipótesis específica, se concluye que la correlación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional en razón al factor reparación, el resultado del coeficiente de correlación de Rho de Spearman es igual a $-0,252$ por lo que se determina que existe una correlación negativa débil; se evidencia que el nivel de significancia ($\text{sig} = 0,003$) es menor que el p valor 0.05 por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a).

VI. Recomendaciones

Sobre los hallazgos encontrados en la presente investigación se plantean las siguientes recomendaciones:

Primero: Las entidades educativas universitarias, deberían de agregar a la malla curricular de los estudiantes de terapia física, cursos o talleres de mejoramiento de la autopercepción y el desarrollo de habilidades, ya que por estar en contacto permanente para el tratamiento de la rehabilitación con personas limitadas o familias que muchas veces están un tanto desesperadas, deben afrontar situaciones de tensión o estrés por presión. Por lo que deben de dedicar cuidados al estado emocional de los estudiantes, buscando alumnos competentes con menos temores y no solamente pensar en tener los mejores profesionales, así como a los docentes medir las cargas lectivas fuera de las aulas, para que no trasnochen por las tareas académicas, entendiendo que es necesario una adecuada higiene de sueño consistente en dormir de 7 a 8 horas diarias, ya que a futuro se enfrentarán a enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, diabetes, enfermedad como la apnea obstructiva del sueño y otras que traerán costos considerables por tratarse de enfermedades crónicas no transmisibles, las mismas que se pueden evitar si se toman en consideración.

Segundo: En relación al factor de atención, la poca atención que prestan a sus sentimientos, pueda que los posterguen y no dejan que influya sobre sus pensamientos y estado de ánimo, por lo que el desarrollo de cursos o talleres mensuales de habilidades de la inteligencia emocional y de autoestima, deben de ser permanentes, ya que van a generar efecto positivo en su persona, para conocerse a sí mismo, disminuyendo la posibilidad de uso de sustancias adictivas, mejora de tolerancia al estrés, menos violencia y mejora del rendimiento académico, debido al desarrollo de conductas adaptativas.

Tercero: En relación al factor de claridad, es necesario que pueda identificar y comprender mejor los problemas y tomar las decisiones adecuadas, ya que va a generar mejores competencias en los futuros profesionales, las mismas que van a disminuir la toma de decisiones sobre su persona y de manera muy particular sobre el tratamiento correspondiente de rehabilitación, la misma que va a mejorar la

relación fisioterapeuta - paciente o fisioterapeuta – familia, por lo que se deben de realizar mediante psicólogos tutorías personalizadas y grupales de orientación para enfrentarse a la sociedad, a través de dinámicas y exposición en público, estas deben de ser permanentes e ir de la mano en las clases desarrolladas, por lo que deben involucrar a los docentes y sensibilizar para que lo apliquen de manera regular.

Cuarto: En relación al factor de reparación, estas se deben de trabajar a través de profesionales competentes conocedores como los psicólogos o coaching para guiar a que el estudiante regule sus emociones, como cuando se encuentra triste o un estado de ánimo bajo, debe de adoptar una visión más optimista, pensando en cosas mejores y agradables de manera positiva para obtener una mejor percepción de competencia, mediante una adecuada regulación emocional, no solamente como indicador de comunicación interpersonal y de relaciones con sus compañeros, sino también de salud mental, este tipo de trabajo puede ser una vez al mes.

La investigación realizada, a pesar de que sus resultados poco alarmantes en relación a su variable estudiada de inteligencia emocional percibida debe de atenderse para obtener mejores niveles, los mismos que puedan permitir comprender las posibles causa y consecuencias de ellas, la que se traduce en un mejor bienestar subjetivo, en términos generales encuentra correlaciones débiles con la somnolencia diurna, las que puedan ser por efectos de la juventud, donde es posible dejar de dormir y seguir casi normal al día siguiente, pero sin embargo estas nos muestran que a futuro es posible tener profesionales con limitaciones para el manejo de sus estados emocionales, por el estrés, ansiedad y depresión, factores que serán influenciadas por las pocas horas de sueño diario, de seguir así, las mismas que pueden generar incremento de enfermedades precoces crónicas, por el sobrepeso y falta de actividad física en enfermedades como la hipertensión, diabetes, accidentes de tránsito por efectos de la somnolencia diurna, por lo que deben de promover dormir las horas adecuadas.

VII. Referencias

Referencias

- Abad Fernandez, .. . (2014). *Integra 2.0*. Madrid, España: IMC
- Abad, S. -C. (2009). *El sueño en la infancia. En Medicina del sueño, enfoque multidisciplinario* (págs. 69 - 78). Madrid, España:Velayos.
- Akerstedt T, G. M. (1990). Subjective and Objective Sleepiness in Active Individual. *Intern J Neurosciencie*, 52: 29-37.
- Baenninger R, B. S. (1996). Observaciones de campo de bostezar y actividad en humanos. *Physiol Behav*, 59 (3): 421-436.
- Barkoukis Teri. j., V. E. (2012). Introducción to Normal Sleep, sleep deprivation, and the workplace. *Review of Sleep Medicine*, 12-20.
- Barraza-López, R. M.-N.-P. (2017). *Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad*. Revista Chilena de Neuro Psiquiatria , 55 (1): 18-25.
- Bello, A. (2017). Clasificación internacional de los trastornos de dormir. *Respirar*. Madrid, España:SQD
- Boulos, M., & Murray, B. (2010). Somnolencia diurna excesiva; Etiología, diagnóstico y tratamiento. *Canadian Journal of Nuerological Sciences*, 390-397.
- Brazelton (2009). *El sueño*. New York. EEUU. Editorial. Norma.
- Carrillo, R. M. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56 (4): 5-15.
- Charles, & Reynolds. (2014). *Trastornos del sueño- vigilia, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. En *DSM 5* (págs. 390-397). Buenos Aires: Medica panamericana.
- Chellappa, A. (2006). Excessive daytime sleepiness in patients with depressive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 28: 126-9.
- Chica, E. E. (2007). Validación colombiana de la escala de somnolencia de Epworth. *Rev Salud Pública*, 9: 558-67.
- Chinner, A. S.-C. (1999). Validacion de la version española del test de somnolencia de Epworth en pacientes con síndrome de sueño. *Arch Bronconeumologia*, 35:422-7.

- Cluydts R, D. V. (2002). La somnolencia diurna y su evaluación. *Sleep Med Rev*, 6 (2): 83- 96.
- Contreras, A. (2013). El sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*(24), 341-349. Obtenido de www.sciencedirect.com:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701718>
- Correo, D. E. (2016). *Trastornos del sueño en el Perú*. Obtenido de <https://diariocorreo.pe>
- Duran Cantolla, J., Puertas Cuestas, F., Pin Arboledas, G., Santa Maria, C. J., Basco Gonzales, J., & Ugarte Libano, R. (2005). Consenso nacional sobre el síndrome de apneas - hipopneas del sueño. *Archivos de Bronconeumología*, 1-110.
- Estrada, L. E. (2016). Inteligencia emocional en estudiantes universitarios mexicanos. Mexico DF, Mexico.
- Farfan, Garay. (2014). *Inteligencia emocional y su relación con el rendimiento académico de los estudiantes del VI ciclo de la facultad de educación de la UNMSM* (Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú). Recuperado de www.cibertesis.unmsm.edu.pe.
- Gander, M. H. (2005). The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 28:249-53.
- García López, C. G. (2000). Valoración mediante escala de Epworth de la somnolencia diurna en pacientes con sospecha de síndrome de apneas obstructivas durante el sueño: diferencias entre los pacientes y sus parejas. *Arch Bronconeumología*, 36 (11): 608-611.
- Gavidia, R. V. (2008). *biblioteca universia* . Obtenido de biblioteca.universia.net
- Guilleminault, S. B. (2001). Sueño excesivo durante el día. *Rev Brain*, 1482-1491.
- Henry (2006). Apnea del sueño: Cuadro y estudio diagnóstico. *Rev psicología*, 746-748.
- Hoddes, E. Z. V. (1973). Quantification of Sleepiness: A new approach. *Psychophysiology*, 10: 431-436.
- Hodelin, Tablada R, M. (2010). Sobre la vigilia y el sueño. *Revista Neurología*, 766-767.
- Innovación, M. E. (2009). *Guía de Práctica Clínica Para El Manejo de Pacientes Con Insomnio En Atención Primaria* . Madrid.España:SQD
- Johns (1991). A new method for measuring daytime sleepiness. *Sleep*, 14: 540-5.

- Knutson, K. (2005). The association between pubertal status and duration and quality among a nationality representative sample of US adolescents. *Am J Hum Bio*, 17: 418-24.
- Lolaty, H. T. (2014). Emotional intelligence and related factors in medical sciences students of an Iranian university. *Nurs Midwifery Res*, 19 (2): 203-7.
- Lucero, F. P. (2014). Trastornos del sueño - vigilia en alumnos de 5° año de Medicina de la universidad Nacional de Cordoba y su impacto sobre el rendimiento academico. *Neurología*, 184-192.
- Mahowald, S. (2005). Insights de estudiar los trastornos del sueño. *Nature*, 437:1279-1285.
- Malcolm, M. V. (2007). Reported sleep, sleepiness, and repeated alcohol withdrawals: a randomized, double blind, controlled comparison of lorazepam vs gabapentin. *JCSM*, 348-56.
- Marin, H. F. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica*, 15, 217-239.
- Martinez, M. (2014). *Calidad de sueño y somnolencia diurna*. Chiquimula, Guatemala. Tesis de maestria. Recuperado de <http://cunori.edu.gt/>
- Matsui, N. O. (2006). Excessive daytime sleepiness in Parkinson disease: a SPECT study. *Sleep*, 29: 917-20.
- Mitler, M. G. K. (1982). Maintenance of wakefulness test: a polysomnographic technique for evaluation treatmente efficacy in paciente with excessive somnolence. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 28 (1): 113-121.
- Murray (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14(6): 540-545.
- Norman, W. M. (2012). The Neurobiology of Sleep. En J. D. Paul R. Carney, *Clinical Sleep Disorders* (pág. 46). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pagel, J. (2009). American Family *.Physician*, Vol. 79.
- Partinen, M., & Hublin, C. (2005). Epidemiology of sleep disorders. En *Principies and practice of sleep medicine* (págs. 626 - 647). *Philadelphia: W.B Saunders*.
- Paternain, V. &. (2009). Anatomia funcional del sueño. *Medicina del sueño*. Rev Sleep, 37 (6):7-18.

- Pérez, A. (2013). *Inteligencia emocional y motivación del estudiante universitario*. Las Palmas de Gran Canarias, España:kairos
- Porcu, S. F. M. (1998). Smooth pursuit and saccadic eye movements as possible indicators of nighttime sleepiness. *Physiol Behav*, 65 (3): 437-443.
- Rama, A. N., & Kushida, C. A. (2005). NREM - REM sleep. En C. Guilleminault, *Handbook of Clinical Neurophysiology* (pág. 21). Washinton D.C: Elsevier. doi:10.1016/S1567-4231(09)70027-9
- Ramos, Enriquez, R. (2012). Inteligencia emocional plena. En Ramos, *Inteligencia emocional* (pág. 45). Barcelona: Kairos.
- Regal, A., MC, A., & E., C. (2009). EL sueño y mujer. *Rev. Neurology*, 49: 376 - 382.
- Rosales (2009). Estudio de validez y confiabilidad de la escala de somnolencia de Epworth en población peruana y modificación de la escala para la población que no conduce vehiculos motorizados. *Tesis de Maestria*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/235220463>
- Rosales, E. & j, R. d. (2010). Somnolencia: Que es, que la causa y como se mide. *Acta medica peruana*, 27 (2): 132-143.
- Rosenthal, L. R. T. (1993). The sleep-Wake Activity Inventory: a self- report measure of daytime sleepiness. *Biol. Psychiatry*, 34(11): 810-820.
- Salovey, M. (1990). *Emotional Inteligence. Imagination, Cognition and Personality*. 9: 185-211.
- Salovey, M. G. (1995). Emotional Attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J. Pennebaker, *Science* (págs. 125-54). Washington.
- Schlosshan, E. (2004). Clinical presentation and diagnosis of the obstructive sleep apnoea hypopnoea syndrome. *Thorax*, 59: 347-52.
- Seguel (2013). Trastornos del sueño en trastornos del animo y de la conducta alimentaria. *Rev. Med, Clin. Las condes*, 24 (3): 487-493.
- Siegel (2008). Sleep. *Trends Neurosci*, 31, 208-13.
- Smith (2008). Introduction to the basic concepts of normal sleep. *Sleep Medicine, University of California*. California, California, EE.UU.
- Steven, L. John, C., Erin, E., Brian, C., & Clark, L. (2003). Efectos de reducir las horas de trabajo semanales de los pasantes en el sueño y las fallas de

atención. *NEJM*. Obtenido de
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMMoa041404>

Stevens, M. Susanne, M., & al, a. e. (2011). *Normal sleep, sleep physiology, and sleep deprivation*. (Medscape)

Teodorescu (2006). Correlates of daytime sleepiness in patients with asthma. *Sleep Med*, 7: 607-13.

Urakami, Y. A. (2012). Advances in Clinical. *Neurophysiology*. doi:10.5772/48427

Vallés, A. V. (2000). *Inteligencia emocional. aplicaciones educativas*. Madrid, España: EOS.

Anexos

Anexo 1 : Somnolencia diurna
Escala de Somnolencia Epworth
(Versión Peruana Modificada)

¿Qué tan probable es que cabecee o se quede dormido en las siguientes situaciones? Considere los últimos meses de sus actividades habituales. No se refiere a sentirse cansado debido a actividad física. Aunque no haya realizado ultimamente las descritas, considere como le habrían afectado. Use la siguiente escala y marque con una X la opción más apropiada para cada situación:

- *Nunca cabecearía
- *Poca probabilidad de cabecear
- *Moderada probabilidad de cabecear
- *Alta probabilidad de cabecear

Situación	Probabilidad de cabecear			
	Nunca	Poca	Moderada	Alta
Sentado Leyendo				
Viendo Televisión				
Sentado (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto)				
Como pasajero en un automóvil, autobús, micro o combi durante una hora o menos de recorrido				
Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten				
Sentado conversando con alguien				
Sentado Luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol				
Parado y apoyándose o no en una pared o mueble				

Rosales, E. 2009

¿Usted maneja vehículos motorizados (auto, camioneta, ómnibus, micro, combi, etc)?

() SI () NO

Cuántas horas duerme normalmente?.....

Realiza algún tipo de trabajo o guardia nocturna de 12 a 6 am? SI () NO ()

Estudias y trabajas actualmente? SI () NO ()

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

Anexo 2: Inteligencia emocional

Escala Trait Meta Mood Scale (versión reducida en castellano (TMMS-24))

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

1	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Edad:..... Talla: Peso:..... Sexo M () F ()

MUCHAS GRACIAS

Validez y confiabilidad de los instrumentos:

A.1.-Recuperado: <https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n4/>

GMM_149_2013_4_409-416.pdf

Gaceta Médica de México. 2013;149:409-16	ARTÍCULO ORIGINAL
<h3>Validación de la escala de somnolencia de Epworth en población mexicana</h3>	
<i>Maritza Sandoval-Rincón¹, Ruth Alcalá-Lozano², Iván Herrera-Jiménez² y Alejandro Jiménez-Genchi^{2*}</i>	
<i>¹Instituto Jalisciense de Salud Mental; ²Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz</i>	
Resumen	
<p>Introducción: La escala de somnolencia de Epworth (ESE) es ampliamente utilizada para la evaluación subjetiva de la somnolencia. Aunque existen versiones en español, su equivalencia con la versión original es cuestionable. Objetivo: Evaluar la validez y confiabilidad de una traducción fiel de la ESE en población mexicana. Materiales y métodos: La ESE se sometió a traducción al español y retrotraducción al inglés. Se aplicó en seis grupos de pacientes: narcolepsia, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), depresión mayor con riesgo de SAOS y sin riesgo de SAOS, buenos durmientes y pacientes con insomnio sin riesgo de SAOS; se estimó la consistencia interna, composición factorial y se compararon las calificaciones de los distintos grupos. Resultados: La ESE mostró una excelente confiabilidad (0.89), resultando estar conformada por un solo factor. Asimismo los pacientes con narcolepsia y con SAOS obtuvieron las calificaciones más altas mientras que los buenos durmientes la más baja. Conclusión: La traducción fiel de la ESE al español muestra propiedades psicométricas similares a la versión original, que hacen de ella un instrumento confiable para la evaluación de la somnolencia en nuestra población.</p>	
PALABRAS CLAVE: Escala de somnolencia de Epworth. Validez. Español.	

A.2.-Recuperado: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219060008>

Rev. salud pública. 9 (4):558-567, 2007

Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth

Validating the Epworth sleepiness scale

Heydy Luz Chica-Urzola, Franklin Escobar-Córdoba y Javier Eslava-Schmalbach

Departamento de Psiquiatría. Instituto de Investigaciones Clínicas Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. feescobar@bt.unal.edu.co

Recibido 24 Enero 2007/Enviado para Modificación 5 Agosto 2007/Aceptado 25 Septiembre 2007

RESUMEN

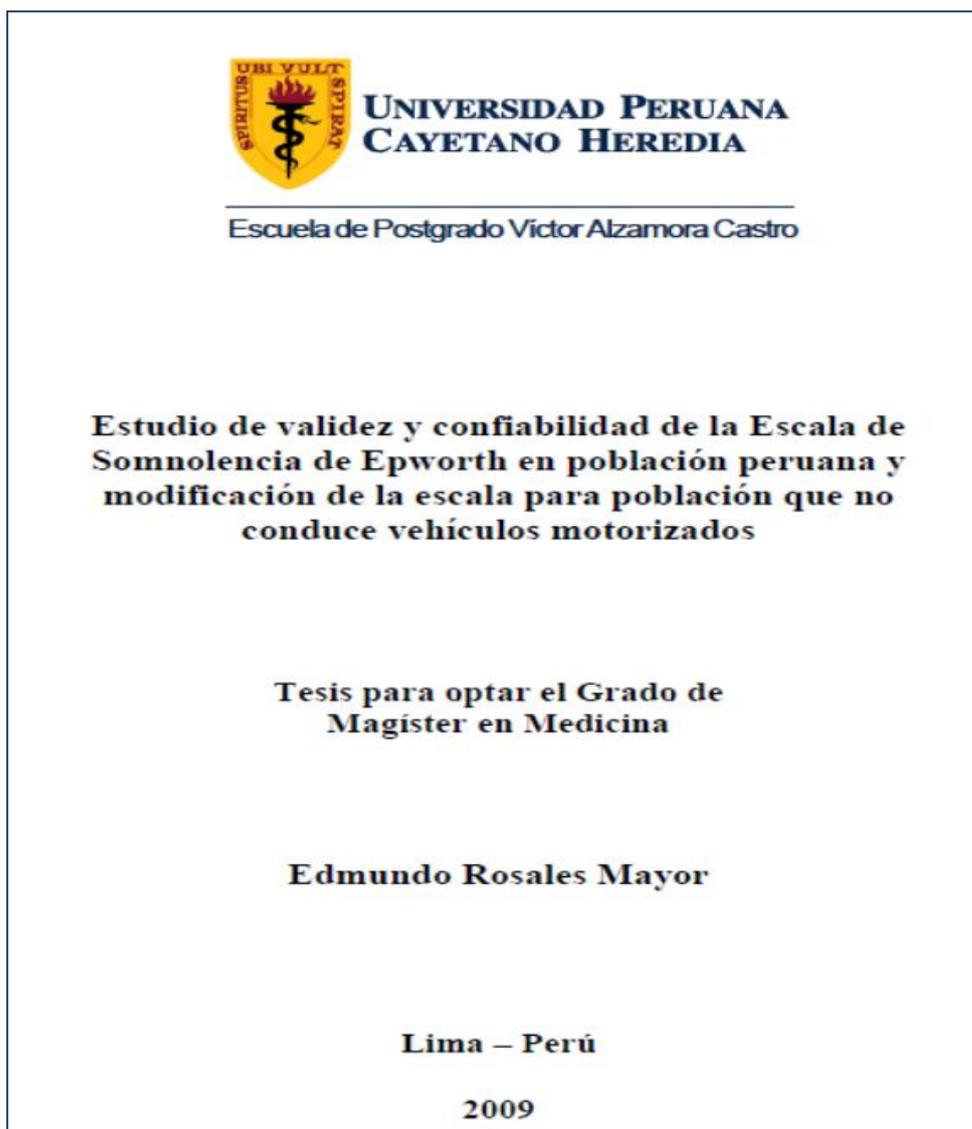
Objetivo Validar la escala de somnolencia de Epworth en Colombia (ESE-VC).

Métodos Se tomaron individuos que acudieron a centros de sueño en Bogotá, Pereira y Cali. Diseño: Ocho fases: Estudio piloto para evaluar comprensión de la ESE versión española; traducción y retrotraducción de la ESE original; prueba piloto para evaluar comprensión (n=20); validación de apariencia (expertos, n=18); consistencia interna (n=127); validez de criterio, concurrente y discriminante (n=150) con polisomnografía paralela; reproducibilidad (n=15) y sensibilidad al cambio (n=100).

Resultados La ESE-VC tiene una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach=0.85). Identifica sujetos con somnolencia severa, según la patología (K. Wallis $\chi^2=19,81$, $p=0.003$). Discrimina los sujetos por severidad de apnea del sueño y anomalía de la latencia de sueño ($\chi^2=5.391$, $p=0.1453$) en forma clínicamente significativa y de la latencia de sueño con movimientos oculares rápidos ($\chi^2=9,015$, $p=0.0291$). Es reproducible y sensible al cambio. **Conclusiones:** La ESE-VC es equiparable con la versión original, adaptada a las condiciones de vida urbana de la población adulta colombiana, confiable, válida y sensible a los cambios reportados, se correlaciona con la polisomnografía, en forma clínica y estadísticamente significativa.

Palabras Clave: Colombia, diagnóstico, estudios de validación, trastornos del sueño, trastornos por excesiva somnolencia (fuente: DeCS, BIREME).

A.3.-Recuperado: https://www.researchgate.net/profile/Edmundo_Rosales-Mayor/publication/235220463_Estudio_de_validez_y_confiabilidad_de_la_Escala_de_Somnolencia_de_Epworth_en_poblacion_peruana_y_modificacion_de_la_escal_a_para_poblacion_que_no_conduce_vehiculos_motorizados/links/00b7d53b41d1e4cc2b000000/Estudio-de-validez-y-confiabilidad-de-la-Escala-de-Somnolencia-de-Epworth-en-poblacion-peruana-y-modificacion-de-la-escala-para-poblacion-que-no-conduce-vehiculos-motorizados.pdf



RESUMEN

Objetivo: Realizar la adaptación transcultural de la ESE en la población peruana (ESE-VP) y obtener evidencias de confiabilidad y validez. Modificar la ESE-VP para población que no conduce vehículos motorizados (ESE-VPM).

Procedimiento y Metodología: Personas entre 18 a 65 años. Diseño de 5 fases.

Fases: Traducción y retraducción de la ESE original; evaluación de comprensión o validez de apariencia (n=60); confiabilidad o test-retest (n=75); consistencia interna y validez de constructo (n=207); y sensibilidad al cambio (n=36). Lo mismo se hizo para la ESE-VPM, exceptuando la primera fase. **Resultados:** La ESE-VP como la ESE-VPM tienen una adecuada comprensibilidad. Son confiables en el tiempo (test-retest), siendo mejor dentro de un periodo de 2

semanas. Tienen una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach: 0,790 y 0,789). Se extrajeron dos factores en la ESE-VP como también en la ESE-VPM,

siendo sólo en el primer factor en donde todos los ítems mostraron cargas estadísticamente significativas. Ambas escalas son sensibles al cambio en pacientes con Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño durante el tratamiento.

Conclusiones: La ESE-VP y ESE-VPM, adaptadas a población adulta peruana, son equiparables a la versión original, confiables, válidas y sensibles a cambios. Se propone que la ESE-VPM debe ser aplicada en población peruana que no conduce vehículos motorizados.

Palabras clave: Perú; Estudio de validación; Escala de Somnolencia de Epworth; Trastornos por excesiva somnolencia, Diagnóstico.

B.1.-instrumento de inteligencia emocional (tmms- 24): el trait meta mood scale-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004) es una adaptación del TMMS-48 desarrollado por Mayer y Salovey en 1990.

Recuperado: <https://psicologiaveracruz.files.wordpress.com/2016/02/trait-meta-mood-scale-tmms-24.pdf>

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL DESARROLLO POSITIVO ADOLESCENTE Y LOS ACTIVOS QUE LO PROMUEVEN

4.8. ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN, MANEJO Y RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES

I. FICHA TÉCNICA

- Nombre de la escala: Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24).
- Autores: Adaptación de Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995).
- Nº de ítems: 24
- Aplicación: Se puede aplicar de forma individual o colectiva.
- Duración: Unos 5 minutos.
- Finalidad: Evaluar la inteligencia emocional intrapersonal percibida (atención a las emociones, claridad emocional y reparación emocional).
- Tipificación: Baremación en centiles según el sexo y la edad
- Material: Manual, escala y baremos.

2. EL CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO ADOLESCENTE

La inteligencia emocional (IE) se refiere a los procesos implicados en el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales de uno mismo y de otros para resolver problemas y regular la conducta (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007). Este término fue introducido en la literatura científica por Peter Salovey (Yale University) y John D. Mayer (University of New Hampshire) en el año 1990, quienes la definieron como una habilidad para controlar los sentimientos y emociones de uno mismo y de los demás, discriminar entre ellos y utilizar esa información como guía para la acción y el pensamiento propio. Siete años después fue reformulado por los mismos autores (Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990).

Daniel Goleman (1995) fue el que popularizó el constructo en su libro Inteligencia

144

B.2.-Recuperado: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77307/fr_2011_7_3.pdf?sequence=1

IV. Resultados

a) Fiabilidad del auto-informe TMMS

Los análisis de fiabilidad de las diferentes dimensiones del TMMS-24 (Tabla 1) arrojaron coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach superiores a .80 (Atención, $\alpha = .89$; Claridad, $\alpha = .84$ y Reparación, $\alpha = .83$).

Dimensión	α de Cronbach
Atención	.89
Claridad	.84
Reparación	.83

Tabla 1. Coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach para cada dimensión del TMMS-24

b) Análisis correlacional

Previamente al cálculo de las correlaciones entre las dimensiones pertenecientes al TMMS-24 y las dimensiones que forman parte del MSCEIT, se procedió a tipificar las puntuaciones de las escalas que forman ambos instrumentos. Esta estrategia posee dos ventajas. En primer lugar, no altera la interpretación de las correlaciones entre las dimensiones pertenecientes a un mismo instrumento y, en segundo lugar nos permite observar las correlaciones entre las dimensiones de un instrumento de evaluación con las del otro instrumento ya que las medidas están representadas en la misma escala.

Como puede observarse en la Tabla 2, en el análisis de correlaciones se obtuvieron los resultados siguientes:

Las diferentes teorías de la personalidad parten de la idea de que los rasgos de personalidad son estables en el tiempo y poco modificables (Conley, 1985). Sin embargo, la investigación en IE asume que las competencias emocionales se pueden modificar sustancialmente con un entrenamiento apropiado (Goleman, 1999).

Por ello se debe continuar investigando en aras de la delimitación conceptual de los diferentes aspectos de la inteligencia emocional, con el objetivo de diferenciar la IE de otras variables o constructos psicológicos (i.e. Personalidad). De este modo, se podrá avanzar en la construcción de instrumentos de evaluación con una adecuada fundamentación teórica que contribuyan al cometido final de generar personas emocionalmente inteligentes.

710



b) Fiabilidad del TMMS-24

A pesar del limitado tamaño de la muestra empleado en este estudio ($n = 71$), se han obtenido alfas de Cronbach superiores a .80, lo que indica que este instrumento cumple los requisitos de fiabilidad necesarios para la investigación básica (Nunally, 1978). En un estudio realizado por Extremera, Fernández-Berrocal y Ramos (2004) se empleó una muestra de 292 sujetos, obteniendo coeficientes de consistencia interna ligeramente más elevados que los de nuestra muestra (Atención, $\alpha = .90$; Claridad, $\alpha = .86$; Reparación = .90). No obstante, la aplicación de la IE al ámbito clínico o de las organizaciones requiere niveles mínimos de coeficientes de consistencia interna iguales o superiores a .90 (Stough, Saklofske y Parker, 2009).

c) Creación de un instrumento integrado

Desde una perspectiva práctica, una posible solución para salvar algunos de los inconvenientes que suponen los auto-informes y las medidas de habilidad (fundamentalmente de recursos económicos y de tiempo) podría ser el desarrollo de un instrumento que integre ambos tipos de medida. Esta estrategia tiene sentido cuando queremos tener una visión más amplia de todos los aspectos de la IE, especialmente de cara a intervenir para incrementar los niveles de IE, ya que nos permitirá saber con mayor precisión en qué áreas de la misma debemos focalizarnos a un menor coste.

d) Limitaciones

Debido al limitado tamaño ($n = 71$) y escasa homogeneidad de la muestra debemos considerar con cautela las conclusiones de este trabajo, sugiriendo la necesidad de replicar estudios como el presente con objeto de aportar más evidencia empírica a esta falta de congruencia entre auto-informes y pruebas de habilidad.

Matriz de consistencia

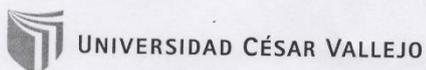
Título: La somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima. 2018.					
Autor: Santos Lucio, Chero Pisfil					
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores		
<p>Problema General:</p> <p>¿Existe relación entre la somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima -2018?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>1.- ¿Cuál es la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de atención que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima - 2018?</p> <p>2.- ¿Cuál es la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima -2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>1.-Identificar la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de atención que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima. 2018?</p> <p>2.- Conocer la relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de claridad que desarrollan los</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima -2018.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>1.-Existe relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de atención que desarrollan los estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima. 2018?</p> <p>2.- Existe relación entre la somnolencia diurna y la inteligencia emocional según el factor de claridad que desarrollan los estudiantes</p>	Variable 1: Somnolencia diurna (Cuestionario de Epworth).		
			Dimensiones	Indicadores	Ítems
Cuestionario de Epworth.	1.Sentado Leyendo	1 AL 8	-ORDINAL -Escala de Likert	Nunca Poca Moderada Alta	Nunca cabecearía 0 a 6 puntos Poca probabilidad de cabecear 7 a 12 puntos Moderada probabilidad de cabecear 14 a 19 puntos Alta probabilidad de cabecear 20 a 24 puntos.
A-Sueño normal	2. Viendo Televisión				
B- Somnolencia diurna Ligera	3. Sentado (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto)				
C-Somnolencia diurna moderada	4. Como pasajero en un automovil, omnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido				
D.- Somnolencia diurna grave.	5. Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten				
	6. Sentado conversando con alguien				
	7. Sentado Luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol				
	8. Parado y apoyandose o no en una pared o mueble				

Nivel - diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos		Estadística a utilizar			
<p>Nivel: Básico</p> <p>Diseño: No experimental, trasversal, correlacional</p> <p>Método: Descriptivo</p>	<p>Población: 219 estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima – 2018.</p> <p>Tipo de muestreo: No probabilístico</p> <p>Tamaño de muestra: Según la fórmula empleada fue de 140 estudiantes universitarios</p>	<p>Variable 1: Somnolencia diurna excesiva</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario de Epworth</p> <p>Autor: Rosales, E. Año: 2009 Monitoreo: Trasversal Ámbito de Aplicación: Universidad de Lima Forma de Administración: Auto administrada</p>	<p>Variable 2: Inteligencia emocional</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Escala de inteligencia emocional TMMS 24</p> <p>Autor: Extremera, N. Fernández-Berrocal, P. Mestre, J. y Guil, Año: 2004 Monitoreo: Trasversal Ámbito de Aplicación: Forma de Administración: Auto administrada</p>	<p>Descriptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gráfico de barras -Tablas de frecuencias y porcentajes -Tablas de contingencias -Media con desviación estándar <p>Inferencial:</p> <p>Prueba de hipótesis con el estadístico Rho de Spearman</p>			

36	39	25	172	72	1	3	3	3	3	3	3	3	1	4	3	3	3	4	1	3	3	3	5	5	2	3	3	5	4	3	3	2	3	1	1	3	0	2	6	2	1		
36	14	26	174	71	1	3	4	3	2	1	2	2	3	5	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	1	2	0	2	0	0	3	0	1	7	2	1
37	45	30	180	76	1	3	3	3	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3	2	4	4	4	2	1	1	1	2	1	1	0	2	8	2	2		
38	49	30	171	72	1	4	3	3	5	4	3	3	3	4	4	4	5	4	4	2	4	4	3	2	3	3	4	5	4	1	1	1	2	3	1	2	1	2	6	2	1		
39	91	27	174	73	1	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	2	3	3	2	4	3	4	3	3	4	3	3	0	2	1	1	1	0	3	1	1	6	2	1		
40	117	26	180	76	1	5	5	5	4	2	4	5	5	1	2	3	4	5	4	2	2	5	4	1	4	4	4	5	3	1	1	0	2	2	0	2	0	2	7	2	2		
41	21	35	176	79	1	5	4	5	5	3	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	1	1	1	1	2	0	1	0	2	6	1	1		
42	26	31	178	74	1	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	2	0	1	3	1	2	0	2	6	2	1			
43	105	28	155	90	1	1	1	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	1	2	1	2	1	1	1	2	1	6	1	1		
44	120	27	155	82	1	4	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	1	1	0	2	3	0	1	0	2	4	1	1	
45	90	18	165	89	1	4	4	3	4	4	3	4	5	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	0	1	0	0	1	0	0	0	1	6	2	1	
46	95	23	168	82	1	2	3	3	3	2	1	2	2	4	3	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	2	1	2	1	3	0	2	0	1	8	2	2	
47	124	34	167	84	1	5	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	2	3	4	3	5	5	1	1	2	2	2	1	1	1	2	5	2	1
48	93	22	176	85	1	4	3	4	3	4	2	4	4	4	3	3	4	5	1	3	2	3	2	4	3	2	3	3	0	2	1	1	2	1	1	1	1	1	6	2	1		
49	107	26	179	84	1	3	3	4	4	3	2	2	3	3	4	3	3	4	5	5	5	3	4	2	3	4	4	5	5	1	1	1	0	1	0	2	0	1	8	2	1		
50	123	28	180	90	1	4	5	5	3	4	3	3	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	3	2	3	3	1	5	3	2	2	1	1	2	1	1	0	2	4	2	1		
51	70	32	175	90	1	4	5	4	5	3	4	4	4	5	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	5	5	4	2	1	0	3	2	0	2	0	2	6	2	1	
52	102	25	153	50	2	4	4	3	5	2	3	4	4	3	3	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0	2	2	1	0	0	1	2	6	2	1		
53	29	28	153	50	2	4	4	3	4	2	2	2	2	2	2	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	2	1	0	2	2	1	0	0	0	2	5	1	1	
54	53	20	140	55	2	5	4	4	4	2	3	3	3	4	3	4	3	4	3	2	3	4	4	3	4	2	5	4	3	2	1	1	1	2	0	0	0	2	6	2	1		
55	10	22	150	52	2	5	5	3	4	1	1	4	3	5	3	5	4	3	1	3	4	3	4	3	4	3	4	5	3	2	3	2	2	3	3	1	2	3	1	2	7	2	1
56	19	25	150	53	2	2	2	2	3	2	1	2	2	4	3	3	3	3	3	2	2	3	4	4	4	3	2	4	4	1	2	1	3	2	0	2	0	2	6	2	1		
57	25	22	150	50	2	4	4	2	3	2	3	2	4	3	2	3	4	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	1	2	3	3	1	3	1	2	5	1	1
58	37	25	150	56	2	4	3	3	4	2	2	2	2	3	2	2	4	2	2	3	2	3	4	5	3	4	4	4	4	2	1	0	2	2	2	1	0	1	2	6	2	1	
59	46	21	150	59	2	4	5	5	4	3	4	3	5	4	4	3	5	4	3	4	5	4	4	3	3	4	4	5	3	1	0	2	3	1	0	0	0	2	5	2	2		
60	11	26	150	55	2	5	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	2	5	5	2	1	1	2	3	0	1	0	2	6	2	1	
61	13	29	150	52	2	5	5	4	4	1	3	3	3	5	5	4	5	4	4	5	5	3	5	3	5	4	4	5	2	2	3	2	3	3	0	2	2	2	4	1	1		
62	15	27	150	57	2	4	5	3	4	5	1	1	2	2	1	3	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	5	2	1	1	0	3	2	0	2	0	2	5	2	2	
63	48	26	150	52	2	5	5	4	4	3	3	4	5	5	5	5	5	4	5	4	3	3	3	5	3	5	4	5	5	5	1	2	1	3	2	0	2	0	2	7	2	1	
64	128	26	150	52	2	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	4	4	1	2	2	1	1	2	1	2	2	5	2	1
65	4	32	150	56	2	3	3	2	3	1	1	2	2	3	4	3	3	2	2	2	2	5	4	3	3	3	3	5	5	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	5	1	1	
66	18	34	150	53	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	1	1	0	2	6	2	1		
67	81	34	150	53	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	0	1	0	1	1	0	0	0	2	5	1	1		
68	38	19	160	57	2	3	3	2	3	3	4	3	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	2	4	4	4	4	1	1	1	2	1	0	2	1	2	7	2	1		
69	89	19	157	55	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	5	4	1	1	0	2	2	0	1	2	2	8	2	2		
70	136	20	155	55	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	3	1	0	0	1	1	0	1	2	6	2	1
71	1	25	155	56	2	5	5	3	5	4	3	3	4	2	2	3	3	4	4	4	2	4	5	5	5	5	4	4	3	1	2	0	2	3	0	3	0	2	5	2	1		
72	5	22	152	60	2	4	5	3	5	4	3	3	5	2	2	3	3	5	5	3	4	2	2	2	3	2	2	3	3	2	1	2	2	2	1	1	0	2	8	2	2		

70	136	20	155	55	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	3	1	0	0	1	1	0	1	2	6	2	1		
71	1	25	155	56	2	5	5	3	5	4	3	3	4	2	2	3	3	4	4	4	2	4	5	5	5	5	4	4	3	1	2	0	2	3	0	3	0	2	5	2	1	
72	5	22	152	60	2	4	5	3	5	4	3	3	5	2	2	3	3	5	5	3	4	2	2	2	3	2	2	3	2	1	2	2	2	1	1	0	2	8	2	2		
73	9	22	155	56	2	4	4	3	3	3	3	2	2	5	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	5	3	1	1	1	3	3	2	3	3	2	7	2	2		
74	28	23	152	54	2	4	4	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	4	3	1	0	0	2	3	0	2	0	2	6	2	2		
75	34	21	157	55	2	4	4	4	4	3	4	3	2	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	2	2	4	4	4	5	2	1	1	2	2	0	2	0	2	7	2	2	
76	35	24	159	50	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	2	3	4	3	4	3	3	4	4	1	1	0	1	3	0	3	1	2	6	2	2	
77	56	24	158	50	2	4	2	2	3	2	1	2	2	3	4	5	4	3	4	3	4	4	5	1	5	4	4	5	4	2	2	1	1	1	0	0	1	2	6	2	1	
78	57	21	155	60	2	4	4	3	3	4	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	4	3	2	2	1	3	1	1	2	1	2	6	2	1	
79	87	23	160	60	2	4	5	3	4	3	3	4	5	4	4	5	3	3	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	3	1	3	3	2	2	0	2	1	2	6	2	1	
80	98	25	159	58	2	4	1	1	2	1	2	2	2	4	3	1	3	3	3	1	3	3	4	2	3	2	4	5	2	2	0	3	3	2	1	0	1	2	8	2	2	
81	122	25	157	57	2	2	4	1	2	1	1	2	2	3	2	2	3	2	4	3	2	1	2	1	2	1	3	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	2	5	1	1	
82	125	21	155	60	2	5	1	3	3	1	1	2	3	5	1	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	1	4	5	5	0	0	0	2	2	0	1	2	2	6	2	1	
83	126	24	159	59	2	5	5	4	4	3	2	5	4	5	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	1	0	1	1	1	0	0	1	2	8	2	1		
84	132	23	160	54	2	2	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	6	2	1	
85	16	28	160	53	2	2	3	4	3	2	2	2	2	2	1	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	4	2	1	1	1	1	0	1	0	2	6	2	1	
86	17	27	152	54	2	2	3	2	3	2	4	2	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	4	4	4	4	3	3	4	1	1	2	1	3	1	1	2	2	7	2	1	
87	31	27	157	60	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	1	2	5	2	1		
88	36	30	157	60	2	2	3	3	3	2	2	2	2	4	3	4	4	2	2	2	3	3	3	2	3	4	3	3	2	1	2	0	2	2	0	1	1	2	4	2	1	
89	41	26	156	60	2	2	2	2	2	1	2	2	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	0	0	0	1	1	0	1	0	1	8	2	1
90	62	26	158	58	2	4	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	1	2	1	3	3	2	4	2	1	4	2	1	3	0	3	1	0	3	1	1	8	2	1		
91	76	30	155	55	2	1	2	1	2	1	1	1	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	4	3	1	2	2	3	2	0	0	0	2	4	2	1		
92	97	26	154	57	2	1	2	1	2	1	1	1	2	5	5	5	4	5	5	1	5	5	5	2	4	4	4	4	5	0	1	0	1	0	1	0	1	2	5	2	1	
93	104	27	160	58	2	4	4	5	5	1	3	1	3	5	3	5	5	4	3	3	4	4	5	5	5	3	4	5	4	3	3	1	1	3	0	2	0	2	8	2	1	
94	108	28	151	50	2	4	5	4	5	2	2	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	3	1	1	1	2	2	0	0	0	2	6	2	1	
95	119	30	157	60	2	2	4	2	5	2	2	2	3	4	2	2	4	4	2	3	2	3	3	2	3	4	4	3	5	1	3	2	3	2	0	2	1	2	4	2	1	
96	121	28	157	57	2	3	4	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	2	4	3	3	2	4	5	3	2	0	0	2	2	0	3	0	2	4	1	1	
97	130	26	156	55	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	4	4	4	3	4	4	4	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	2	1	
98	6	32	155	53	2	4	3	5	4	3	4	3	4	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	4	3	3	2	2	2	3	2	1	2	2	2	5	1	1		
99	33	34	154	51	2	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	1	1	1	1	2	2	1	1	2	4	2	1		
100	55	35	155	50	2	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	5	4	4	5	4	4	1	2	1	2	1	0	1	0	2	8	2	1		
101	59	32	156	60	2	4	3	3	4	1	2	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	1	2	1	1	1	0	0	0	1	6	2	1	
102	65	33	155	53	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	4	1	1	1	2	3	0	3	0	1	5	2	1	
103	67	35	160	53	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	4	3	2	2	2	3	3	1	2	1	2	4	1	1		
104	68	35	155	55	2	2	2	3	4	2	2	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	4	4	3	0	3	1	1	3	1	2	0	1	6	2	1	
105	22	25	163	50	2	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	2	2	3	4	4	3	3	4	3	3	4	1	0	1	1	2	0	1	0	2	5	2	1	
106	95	22	155	57	2	5	5	3	5	2	1	2	4	4	3	3	4	4	4	2	2	2	5	3	4	2	2	5	2	2	2	0	2	2	0	2	0	2	6	2	1	

105	22	25	1.63	50	2	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	4	4	2	2	3	4	4	3	3	4	3	3	4	1	0	1	1	2	0	1	0	2	5	2	1			
106	85	22	1.65	57	2	5	5	3	5	2	1	2	4	4	3	3	4	4	4	2	3	5	3	4	2	3	5	2	2	2	0	2	2	0	2	0	2	6	2	1			
107	116	25	1.65	55	2	4	5	4	4	2	3	3	4	5	4	4	5	4	4	3	4	5	5	4	4	4	5	4	1	0	0	2	1	0	0	0	2	5	2	1			
108	118	21	1.61	58	2	4	3	3	3	2	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	5	4	4	3	3	4	2	0	1	1	1	0	1	1	2	5	2	1	
109	12	26	1.62	56	2	4	3	2	2	1	2	2	2	5	3	5	4	4	4	4	5	5	3	5	5	4	5	5	3	1	0	3	3	1	3	3	2	3	1	1			
110	83	26	1.70	57	2	3	3	2	2	2	4	3	3	4	4	4	3	4	5	4	5	4	5	4	5	5	5	4	2	1	0	2	2	0	2	1	2	5	2	2			
111	140	29	1.65	56	2	2	2	2	5	2	3	3	3	2	3	2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	5	3	3	2	3	3	1	1	2	2	2	4	2	1		
112	106	18	1.75	60	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1	1	2	5	3	5	4	3	3	5	5	5	2	2	5	5	0	0	0	1	2	0	1	0	2	4	2	2		
113	112	20	1.71	60	2	2	3	2	3	4	3	2	3	4	3	2	3	4	4	3	2	2	3	3	2	3	4	3	4	3	2	2	1	1	2	2	1	4	1	1			
114	75	21	1.50	61	2	3	2	2	3	5	4	4	3	2	2	3	3	4	3	3	3	1	1	2	2	2	3	3	2	2	1	1	3	1	0	2	1	2	5	2	2		
115	74	20	1.52	62	2	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	1	3	0	3	3	0	2	1	2	5	2	1		
116	3	24	1.54	64	2	5	5	4	5	3	4	4	4	5	5	4	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	2	3	0	0	0	1	2	6	2	1		
117	96	27	1.55	65	2	5	5	5	5	4	3	3	4	3	2	2	2	2	1	1	2	4	4	4	4	4	4	5	4	2	1	2	2	2	1	0	0	2	8	2	1		
118	113	26	1.55	66	2	3	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	3	4	3	4	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	1	4	1	1			
119	114	26	1.52	64	2	3	3	3	3	1	2	2	3	5	3	4	5	5	4	2	5	4	5	4	5	4	5	4	5	0	0	0	0	2	0	0	0	2	6	2	1		
120	44	32	1.56	68	2	5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	1	2	1	1	2	0	1	1	2	7	2	1		
121	69	31	1.55	67	2	4	3	4	4	3	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	5	3	4	4	5	5	5	2	2	0	1	2	0	1	0	2	5	2	1		
122	54	20	1.62	64	2	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	4	2	2	2	3	3	0	1	0	2	7	2	1		
123	58	20	1.68	63	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	1	2	2	1	1	2	2	6	2	1		
124	50	24	1.70	69	2	5	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	1	1	2	2	2	1	1	1	2	8	2	1	
125	61	21	1.63	62	2	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	5	2	1		
126	77	25	1.67	63	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	6	2	1		
127	86	21	1.65	63	2	3	2	5	3	5	3	5	3	4	3	4	3	5	4	5	3	4	5	3	4	5	4	5	5	3	2	1	0	0	0	0	2	2	9	2	1		
128	103	22	1.66	64	2	5	5	4	5	4	5	3	5	3	5	3	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	0	1	1	1	1	0	0	0	1	8	2	2		
129	7	30	1.68	68	2	4	4	5	5	3	4	5	4	2	4	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	4	3	4	3	2	3	3	3	2	0	1	0	2	5	1	1		
130	24	30	1.65	70	2	3	3	4	3	4	3	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	1	0	0	2	3	0	1	0	2	8	2	1		
131	66	26	1.64	64	2	4	4	5	5	1	5	3	4	4	4	5	3	5	3	4	5	4	5	4	5	3	5	4	5	1	0	3	2	1	0	0	0	2	6	1	1		
132	82	28	1.62	65	2	2	5	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	5	4	4	5	3	3	4	3	5	3	3	1	1	0	2	2	2	0	0	1	5	2	1		
133	110	27	1.62	70	2	2	3	3	4	3	4	3	4	5	4	5	4	3	4	5	3	4	5	3	4	4	4	5	4	2	3	2	1	2	3	2	3	2	4	2	2		
134	115	27	1.66	66	2	4	5	4	4	2	3	2	4	5	5	4	5	5	5	2	5	4	5	4	5	4	5	4	5	2	1	0	0	1	0	0	0	2	5	2	2		
135	131	28	1.62	65	2	2	5	2	4	1	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	2	1	0	2	1	0	1	1	1	5	2	1		
136	127	28	1.56	80	2	2	2	2	3	2	2	2	2	4	4	3	3	2	2	3	2	2	3	2	5	3	3	2	2	5	3	2	0	0	2	1	0	0	0	1	7	2	2
137	79	30	1.65	78	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	1	1	1	2	1	0	1	1	2	8	2	1	
138	8	20	1.59	89	2	5	3	3	2	3	3	3	3	4	2	3	1	2	2	3	3	2	1	1	2	3	3	2	1	2	1	1	2	3	0	3	2	2	5	2	1		
139	63	29	1.56	90	2	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	2	3	3	2	3	2	2	1	1	3	2	1	2	1	2	5	2	1		
140	64	26	1.68	85	2	3	2	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	3	4	3	2	1	1	2	2	0	1	0	2	5	2	1		
141	129	26	1.65	90	2	5	5	5	5	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	2	1	2	2	7	2	2		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Lima, 17 de mayo de 2018

Carta P. 0311-2018-EPG-UCV-LN

Dr Juan Carlos Benítez Azabache
 Director de Escuela de Tecnología Médica
 Universidad Privada Norbert Wiener

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **Santos Lucio Chero Pisfil** identificado con DNI N.° **06139258** y código de matrícula N.° **7000284152**; estudiante del Programa de **Maestría en Educación con Mención en Docencia y Gestión Educativa** quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

"Somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018 "

En ese sentido, solicito a su digna persona otorgar el permiso y brindar las facilidades a nuestra estudiante, a fin de que pueda desarrollar su trabajo de investigación en la institución que usted representa. Los resultados de la presente serán alcanzados a su despacho, luego de finalizar la misma.

Con este motivo, le saluda atentamente,



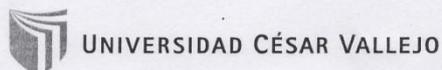
Dr. Carlos Ventura Orbegoso
 Jefe de la Escuela de Posgrado
 Universidad César Vallejo - Campus Lima Norte

FNPC

Somos la universidad de los
 que quieren salir adelante.



ucv.edu.pe



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Lima, 17 de mayo de 2018

Carta P. 0311-2018-EPG-UCV-LN

Dr Juan Carlos Benítez Azabache
 Director de Escuela de Tecnología Médica
 Universidad Privada Norbert Wiener

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **Santos Lucio Chero Pisfil** identificado con DNI N.° **06139258** y código de matrícula N.° **7000284152**; estudiante del Programa de **Maestría en Educación con Mención en Docencia y Gestión Educativa** quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

"Somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018 "

En ese sentido, solicito a su digna persona otorgar el permiso y brindar las facilidades a nuestra estudiante, a fin de que pueda desarrollar su trabajo de investigación en la institución que usted representa. Los resultados de la presente serán alcanzados a su despacho, luego de finalizar la misma.

Con este motivo, le saluda atentamente,



Dr. Carlos Venturo Orbegoso
 Jefe de la Escuela de Posgrado
 Universidad César Vallejo - Campus Lima Norte

FNPC

Somos la universidad de los
 que quieren salir adelante.



ucv.edu.pe



Constancia de registro del proyecto de tesis

Revisado el proyecto de Tesis para Maestría:

“SOMNOLENCIA DIURNA Y SU RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE TERAPIA FÍSICA DE UNA UNIVERSIDAD DE LIMA, 2018”

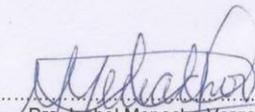
Y, luego de la verificación de los criterios básicos exigidos en el Reglamento, para el registro de Proyecto de Tesis del participante:

Br. CHERO PISFIL SANTOS LUCIO

Y, conforme a lo dispuesto por los artículos N° 10, 11 y 13 del Reglamento de Investigación para la Elaboración y Registro del Proyecto de Tesis- 2013. Se hace CONSTAR:

Que, el presente Proyecto de Tesis se encuentra registrado oficialmente en la base de datos de la Escuela de Posgrado.

Se expide la presente.


.....
Dra. Isabel Menacho Vargas
Jefa de Investigación

Los Olivos, 24 de abril 2018

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Héctor Raúl Santa María Relaiza, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada **‘Somnolencia diurna y su relación con la Inteligencia emocional en estudiantes universitarios de terapia física de una universidad de Lima, 2018’** del estudiante **Santos Lucio Chero Pisfil**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 22 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito(a) analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 10 de junio del 2018



Firma
Héctor Raúl Santa María Relaiza
DNI: 09904625

feedback studio Generación de datos y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de la que forma de una universidad de Lima, 2018

Resumen de estadísticas

22 %

Si se han visto todos los datos

Ver todos los datos

Comentarios

1	www.ecolab.com	1 %
2	www.studystyle.com	1 %
3	LABORUM	1 %
4	elab.com	1 %
5	Empresas a Cielo Teo	1 %
6	www.escuela.com	1 %
7	www.escuela.com	1 %
8	www.escuela.com	<1 %

Página 1 de 108 | Número de páginas: 2021 | Test only Report | High resolution | [Actualizar](#)

feedback studio Generación de datos y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de la que forma de una universidad de Lima, 2018

Claves y calificaciones

Claves

- Clave única
- Clave de acceso
- Clave de acceso que se genera cuando se...
- Clave de acceso
- No mostrar por tamaño

Comentarios

Resumen de estadísticas

[Actualizar](#)

Página 1 de 108 | Número de páginas: 2021 | Test only Report | High resolution | [Actualizar](#)

1163-18
Tara Chantal



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZADO PARA EL EMPASTADO

DR. CHANTAL PARRA AGUIRRE
D/C ESCUELA DE POSGRADO UC

7/9/2018

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:

Revisión de Tesis

ESCUELA DE POSGRADO

Santos Luis Chera Pirfil con DNI N° 06139258
(Apellidos y apellidos del solicitante) (Número de DNI)

matriculado (a) en Univ. Cooper. Mz D Lr 44 - S.M.P.
(Nombre y número de la institución) (Código de matrícula)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2011 del programa: Administración
(Promoción) (Nombre del programa)

Dirección de Gestión Ed. identificado con el código de matrícula N° 4000284152
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recurro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Revisión de mi tesis sustentada a fin de proceder con los trámites correspondientes

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.

Lima, _____ de _____ de 2018

[Firma]
(Firma del solicitante)

- Documentos que adjunto:
- a. Copia R.I. N° 1251-2018-URV
 - b. Resolución de la Unidad Ejecutora
 - c. Plantilla de Tesis
 - d. Copia de la base de datos

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:
Teléfono: 498309419
Email: _____

ESCUELA DE POSGRADO
CAMPUS LIMA NORTE
OFICINA DE INVESTIGACIÓN
21 JUL. 2018
RECIBIDO
Por: *[Firma]* / Firma: *[Firma]*



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

CHERO PISKIL Santos Lucio
 D.N.I. : 06139258
 Domicilio : urb. Caspio Mz D 4 44
 Teléfono : Fijo: 5755480 Móvil: 998704414
 E-mail : _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : _____
 Escuela : _____
 Carrera : _____
 Título : _____

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado : Maestría en Educación
 Mención : Docencia y Gestión Educativa

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

CHERO PISKIL Santos Lucio
 Título de la tesis:

CHERO PISKIL Santos Lucio
Somnolencia diurna y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes universitarios de Terapia física

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : [Firma] Fecha: 07 de setiembre de 2018