



ANEXO I:

Hoja de encuesta de satisfacción del Proyecto SueñoON® en el HURH.

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PROYECTO SUEÑO	Código: 02-ASVAD-FO-04-01	 Sacyl
		Edición: 02	
		Doc. General	
		Pág.: 1 de 1	

QUEREMOS CONOCER SU OPINIÓN PARA PODER MEJORAR

Por ello nos dirigimos a Usted con el propósito de solicitar su colaboración cumplimentando esta breve encuesta sobre cómo percibe su calidad de sueño durante su ingreso en el hospital. Le rogamos nos puntúe de 0 a 10 los siguientes aspectos del **PROYECTO SUEÑO**. Esta encuesta es totalmente ANÓNIMA. Una vez cumplimentada entréguela a la enfermera de planta.

¿En qué Unidad de Hospitalización ha sido atendido?

¿Conoce si la unidad en la que está usted forma parte del Proyecto SUEÑO? Sí No

MUY INSATISFECHO

MUY SATISFECHO

Marque con una "X" la casilla correspondiente:



Cómo valora...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
COMODIDAD:											
1. Colchón											
2. Temperatura											
3. Almohada											
RUIDO NOCTURNO ENTRE LAS 2:00 Y 6:00 HORAS											
4. Debido a: Teléfonos, timbres, alarmas de aparatos											
5. Debido a: Volumen de voz del personal, conversaciones...											
6. Debido a: Trabajo del personal, carros (lencería, medicación)...											
7. VALORACIÓN GLOBAL del sueño durante su ingreso											
8. ¿Su calidad de sueño ha sido como usted esperaba?											

MOTIVO POR EL QUE SE DESPERTÓ DURANTE SU INGRESO (entre las 2:00 y 6:00 horas)

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Ruido | <input type="checkbox"/> | 4. Luz | <input type="checkbox"/> |
| 2. Actividad de enfermería | <input type="checkbox"/> | 5. Mi enfermedad | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ingreso de otro paciente en la habitación | <input type="checkbox"/> | 6. No me desperté en ese intervalo horario | <input type="checkbox"/> |

Por favor indiquenos:

EDAD GÉNERO Masculino Femenino

Por favor, indique algún aspecto positivo sobre su calidad de sueño durante su ingreso

--

En su opinión, ¿qué aspecto podría o debería ser mejorado?

--

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

SUEÑO 2024

ANEXO II:

ÍTEM	PRE	POST	GLOBAL
Comodidad colchón	7.03 (±2.01)	7.11 (±2.27)	7.07 (±2.15)
Comodidad temperatura	7.50 (±2.30)	8.06 (±1.57)	7.82 (±1.93)
Comodidad almohada	6.70 (±2.39)	6.57 (±2.42)	6.63 (±2.40)
Ruido: teléfono/timbres/alarmas	7.21 (±2.72)	6.92 (±2.50)	7.05 (±2.59)
Ruido: voz del personal	7.85 (±2.33)	7.51 (±2.11)	7.66 (±2.21)
Ruido: trabajo del personal	7.55 (±2.44)	7.29 (±2.21)	7.40 (±2.30)
Valoración global del sueño	6.87 (±2.24)	6.51 (±2.22)	6.66 (±2.23)
¿Calidad de sueño como esperaba?	6.53 (±2.58)	6.19 (±2.59)	6.33 (±2.58)

TABLA 1: Resultados de media y desviación estándar de los ítems: comodidad, ruido, valoración global del sueño y calidad percibida del sueño. Fuente: elaboración propia

ANEXO III:

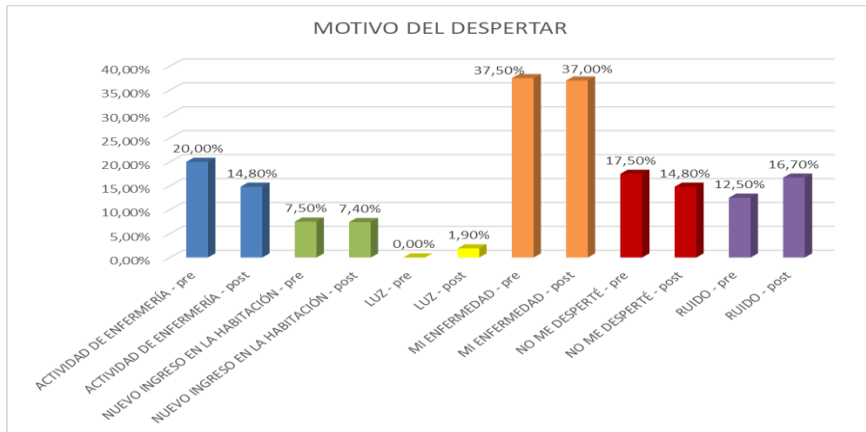


GRÁFICO 1: Porcentaje de los motivos del despertar. Fuente: elaboración propia

ANEXO IV:

DECLARACIÓN JURADA DE QUE EL TRABAJO NO HA SIDO PREMIADO PREVIAMENTE EN OTROS CERTÁMENES

Los autores manifiestan explícitamente que no mantienen ningún conflicto de intereses económico, personal, institucional o profesional, que pudiera influir en el diseño, desarrollo, análisis o presentación del Proyecto SueñoON®. El contenido del presente trabajo refleja exclusivamente los datos obtenidos y la interpretación científica realizada por el equipo investigador. De igual modo, se certifica que este proyecto es íntegramente original, que no ha recibido premios previos ni ha sido presentado simultáneamente en otros certámenes o procesos de evaluación. Para tal fin, se adjunta la correspondiente declaración jurada firmada por la autora responsable.

Yo Mercedes Aranda Martín, con DNI 12386052T, en calidad de autora del trabajo titulado: Humanización del descanso nocturno en el Hospital Universitario Río Hortega: análisis de la implantación del Proyecto SueñoON® en Unidades de Medicina Interna, DECLARO BAJO JURAMENTO que dicho trabajo es original y no ha sido premiado previamente en ningún otro certamen, concurso, convocatoria o proceso de selección similar, ya sea de ámbito local, regional, nacional o internacional.

En Valladolid, a 13 de marzo de 2026.

Nombre completo: Mercedes Aranda Martín

Firma: