



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN
PACIENTES DE LA CLÍNICA UNIAMÉRICA**

Autor:

Jorge Luis Llivisaca Palomeque

Directora:

Mst. Lucia Cordero Cobos

Cuenca – Ecuador

2022

DEDICATORIA

En primer lugar, a mis padres y hermanos por sus palabras incondicionales; la vida nos acerca y a la vez nos separa, como el día y la noche en el amanecer, este cariño, triste, y apasionado, y loco me lo sembré en el alma para quererlos.

Puedo estar a tu lado como si estuvieras hermanito querido que estas en mi memoria, nuestros ojos cerrados ven más que estando abiertos, les contare de Luis, Alejandro, Pao, aunque se elevaron juntos, ya son como reflejos de lunas en futuros sin tiempo.

AGRADECIMIENTOS

A mi querido amigo Roberto por acompañarme en la vida de trotamundos, agradecer a Álvaro, Diego, Miguel, la familia Quinde.

Agradezco a mi directora de tesis Mst. Lucia Cordero por su ayuda, paciencia y disposición brindada en mi proceso de investigación.

Al Doctor Fernando Picón por ser parte de nuestra familia y dar gracias por su ayuda en mi proyecto de tesis.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la calidad del sueño que presentan los pacientes de la clínica UniAmérica de la ciudad de Cuenca, en el periodo diciembre 2020 a enero 2021. La muestra de este estudio está conformada por 40 participantes que cumplen con los criterios de inclusión y de exclusión. Esta investigación es de tipo cuantitativo de carácter no experimental, en donde se aplicó como herramienta para el levantamiento de investigación el Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh en donde como principal resultado se encontró que: se puede apreciar que el 70% de los participantes tiene una calidad de sueño buena, seguido de un 12,5% con una calidad mala de sueño, un 10% con una calidad bastante buena y un 7,5% con una calidad de sueño bastante mala.

Palabra clave: Calidad del sueño, Trastornos del sueño, Higiene del sueño, Mindfulness.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the quality of sleep presented by patients at the UniAmérica clinic in the city of Cuenca, in the period from December 2020 to January 2021. The sample of this study is made up of 40 participants who meet the criteria of inclusion and exclusion. This research is of a quantitative non-experimental nature, where the Pittsburgh Sleep Quality Index was applied as a tool for the investigation, where as the main result it was found that: it can be seen that 70% of the participants have a good quality of sleep, followed by 12.5% with a poor quality of sleep, 10% with a fairly good quality and 7.5% with a fairly poor quality of sleep.

Keyword: Sleep quality, Sleep disorders, Sleep hygiene, Mindfulness.



Translate by

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Jorge L.', is written over a faint, illegible stamp.

Jorge Luis Llivisaca Palomeque

INDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
Introducción	1
CAPÍTULO I:	3
EL SUEÑO Y SUS ALTERACIONES	3
1.1 El sueño	3
1.2 El sueño desde la Neurociencia	3
1.3 Fases del sueño normal	4
1.4 Reguladores cerebrales del sueño	5
1.5 Calidad del sueño	6
1.6 Las teorías del sueño	6
1.7 Cantidad De Sueño	10
1.7.7 Factores que afectan la calidad del sueño	10
1.8 Trastornos del sueño	11
1.9 Higiene del sueño	15
1.10 Mindfulness	16
CAPÍTULO II METODOLOGÍA	19
2.1 Objetivos	19
2.2 Participantes	19
2.3 Criterios de Inclusión	19
2.4 Criterios De Exclusión	20
2.5 Instrumentos	20

2.6 Procedimiento -----	20
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS -----	22
3.1 Gráficos de las variables sociodemográficas valoradas -----	22
3.2 Resultado del índice de Calidad del Sueño, Test de Pittsburgh -----	28
3.3 Resultados de cruce de datos -----	33
CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN -----	39
4.1 Estructura de la propuesta -----	39
4.2 Sesiones de intervención -----	40
DISCUSIÓN -----	44
CONCLUSIONES -----	48
RECOMENDACIONES -----	49
BIBLIOGRAFÍA -----	50
ANEXOS -----	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Género.....	22
Figura 2 Edad.....	23
Figura 3 Motivo de consulta	23
Figura 4. Diagnóstico psicológico previo	24
Figura 5. Estado civil actual.....	24
Figura 6 ¿Quiénes viven con usted?	25
Figura 7. Estructura familiar	25
Figura 8. ¿Actualmente presenta alguna crisis familiar.....	26
Figura 9. Años de estudio	26
Figura 10. ¿Qué actividad desarrolla actualmente y horario de trabajo?	27
Figura 11. ¿Ha consumido alguna sustancia en los últimos meses?	27
Figura 12. Calidad de sueño subjetiva.....	29
Figura 13. Latencia de sueño.....	29
Figura 14. Duración del dormir.....	30
Figura 15. Eficiencia de sueño habitual.....	30
Figura 17. Uso de medicamentos para dormir	31
Figura 18. Disfunción diurna.....	32
Figura 19. Tabla cruzada Género *ICSP total.....	34
Figura 20. Tabla cruzada Edad *ICSP total	35
Figura 21. Tabla cruzada Estado civil actual *ICSP total.....	36
Figura 22. Tabla cruzada ¿Qué actividad desarrolla actualmente y horario de trabajo? Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral*ICSP total.....	37
Figura 23. Tabla de Actividades.....	40

Introducción

Se ha identificado la poca calidad del sueño como un problema que afecta a buena parte de la población, lo que ha generado que muchos investigadores hayan profundizado en las diferentes motivaciones y génesis de esta situación, encontrándose como factores desencadenantes las preocupaciones, condiciones económicas, malos hábitos, problemas alimentarios, estrés. Consecuentemente, se presentan dificultades en las actividades diarias que pueden derivar hacia complicaciones graves de salud. Cabe destacar, que las afecciones que acompañan la calidad del sueño, profundizan en alteraciones a nivel cognitivo, como la atención sostenida que se ve severamente comprometida cuando la persona experimenta un problema de mala calidad del sueño. Al ser esta una función necesaria para un buen desempeño académico y laboral, de allí que generalmente la persona abandone la actividad que se encontraba ejecutando.

Asimismo, “el sueño es esencial para el aprendizaje, la memoria, el mantenimiento de los circuitos neuronales y la metabolización de algunos valores agotados mientras estamos despiertos” (SEMAL, 2016, p. 5). Añadido a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado que existen 88 tipos diferentes de trastornos del sueño, siendo el insomnio el que afectan a un 40% de la población occidental. En este mismo contexto, cabe mencionar que existen otros problemas tales como el síndrome de apnea del sueño, los terrores nocturnos, el sonambulismo y el síndrome de las piernas inquietas que pueden incidir de manera negativa en la vida de las personas que la padecen. Es por ello, que el sueño es considerado como factor que viabiliza el acceso a otras enfermedades, de allí la necesidad de promover su importancia y cuidado. Además de comprender su valor para los diferentes procesos cognitivos y la salud en general.

En consecuencia, de lo antes mencionado, este trabajo de investigación surge del interés en avanzar en el conocimiento sobre el sueño desde lo biológico y los problemas que acompañan la mala calidad del sueño, centrándose en los obstáculos y síntomas que pueden afectar la vida diaria de las personas que padecen trastornos del sueño. En el primer capítulo se discutirán los aspectos generales del sueño, sus beneficios, teorías, dimensiones, etapas normales del sueño, los reguladores cerebrales del sueño, factores que promueven su calidad y factores que crean obstáculos.

El segundo capítulo revela los detalles del proceso de metodología de la investigación y las herramientas utilizadas de manera minuciosa. A partir de esto, en el tercer capítulo, se presenta la discusión de los resultados más relevantes e interesantes que contrastan con el tema de investigación. Finalmente, la conclusión gira en torno a los hallazgos más importantes surgidos del proceso investigativo, recomendaciones sobre el sueño y una propuesta para su mejora.

CAPÍTULO I: EL SUEÑO Y SUS ALTERACIONES

En este capítulo se abordarán elementos teóricos de carácter científicos que dan soporte al constructo de la investigación. Se despliega la revisión bibliográfica realizada y se extrae la información relevante de las múltiples fuentes consultadas con relación al tema que se examina. Se describen las acciones fisiológicas del sueño, su relación con el sistema nervioso y los efectos sobre otros sistemas funcionales del organismo.

1.1 El sueño

El sueño se comprende como una parte importante y vital de la vida diaria, es una necesidad biológica que nos ayuda a restablecer las funciones físicas y cognitivas de nuestro organismo, garantizando un buen funcionamiento y rendimiento en las actividades cotidianas. Ha sido uno de los temas de gran interés para médicos y científicos a nivel global, nacional y local. En la actualidad, el estudio sobre el sueño abarca un conjunto de interrogantes que se plantean con la intención de avanzar en la comprensión de los síntomas que acompañan al trastorno del sueño: ¿Por qué dormimos?, ¿Cuál es su origen y su fisiología?, ¿Por qué existen alteraciones en los sueños?, todas estas preguntas, siguen siendo estudiadas e investigadas, para continuar profundizando en el conocimiento sobre el sueño (Carrillo Mora et al., 2013). Asimismo, mencionan que el sueño, es un proceso fisiológico de vital importancia para los seres humanos y es un componente indispensable para la supervivencia. Puesto que, durante el proceso del sueño, existe un descenso de la conciencia y una reactividad a los estímulos externos, además se asocia a la relajación muscular, a un buen estado de salud física y psicológica de una persona. Cada persona necesita un tiempo de sueño específico, (Bellido, 2019).

1.2 El sueño desde la Neurociencia

En la neurociencia, se identifica las funciones de algunos núcleos cerebrales específicos que van a intervenir en el proceso del sueño, los mismos que se pueden identificar cuando se realiza un electroencefalograma. Durante el sueño, estos núcleos, alternan procesos de activación e inhibición, generando las diferentes etapas de sueño (Aguilar Mendoza et al., 2017). Existen diferentes fases en el sueño humano, las cuales se hacen evidentes a lo largo del tiempo en que la persona duerme, evidenciándose también diferentes procesos fisiológicos que se encuentra en cada fase, los cuales se complementan en ciclos repetitivos durante la noche.

1.3 Fases del sueño normal

Al sueño se le considera como normal, cuando cumple cíclicamente todas las etapas y el tiempo adecuado del mismo, el cual contribuye a un mejor descanso de la persona y ayuda a tener un buen rendimiento al momento de realizar sus actividades diarias. El sueño, es un estado fisiológico, armonioso y eficaz, que posee características y estructuras propias, las cuales sirven de guía para establecer patrones normales o anormales del sueño en el ser humano (Contreras , 2013). Al respecto se ha establecido que el sueño normal, según los criterios polisomnográficos (electroencefalograma), el ser humano lleva a cabo dos fases, que son: El sueño no-REM o no-MOR (estado en el cual el cuerpo se mueve, mientras los ojos están inmóviles) y el sueño MOR (movimientos oculares rápidos) o REM por sus siglas en inglés *rapid eyes movement*. Estas dos fases se repiten en cuatro o cinco ciclos por noche, con intervalos de 90-120 minutos cada uno (Arcos, 2012). Sueño *no-REM o no-MOR*: Los episodios de sueño considerados como normales, tienen un proceso, que empieza con la etapa del sueño sin movimientos oculares rápidos, la misma que consta de cuatro fases.

Fase I: esta fase también conocida como etapa de adormecimiento, se presenta en los primeros minutos del sueño, siendo esta fase la más ligera del mismo, gradualmente va disminuyendo la actividad muscular, además se puede evidenciar ciertos movimientos del cuerpo y la persona se despierta fácilmente con estímulos sensoriales externos (ruido o luz). (Potter et al., 2019).

Fase II: también conocida como etapa de sueño ligero, comienza aproximadamente diez minutos después de la primera fase. El sueño se hace cada vez más profundo, la respiración, temperatura y frecuencia cardíaca disminuye paulatinamente, además se da la presencia de husos de sueño y actividad de vértex. El movimiento de los ojos se vuelve cada vez más lento y es más difícil que la persona se despierte (Carrillo Mora et al., 2013); (Bellido, 2019).

Fase III: esta fase es bastante rápida, se presenta un bloqueo sensorial y si nos llegáramos a despertar en esta fase, estaríamos en un estado de confusión (Montero et al., 2014).

Fase IV: llamado también sueño muy profundo, siendo la etapa más profunda del sueño no-MOR, el cuerpo se encuentra en un estado de gran relajación, durante esta fase aparecen los sueños, pesadillas o terrores nocturnos. Tiene un papel importante en el descanso, restauración física, cognitiva y el crecimiento de la persona (Rodríguez R. , 2017).

Sueño *MOR* o *REM*: esta es la segunda etapa en el sueño normal de una persona, aquí empiezan los movimientos oculares rápidos, esta fase empieza aproximadamente a los noventa minutos de haberse quedado dormido, se caracteriza también por la gran actividad cerebral que se presenta, siendo así que los sueños parecen hacerse vívidos y se capta información del exterior. Se caracteriza también porque el tono muscular disminuye, la frecuencia cardiaca y respiratoria se vuelve irregular, además puede aparecer erecciones espontáneas del pene o del clítoris; en esta fase es muy difícil que la persona se despierte (Rodríguez, 2017); (Potter et al., 2019). Las funciones que se dan en esta fase son las de regeneración en los procesos mentales, en la atención, habilidades cognitivas finas, en el aprendizaje y en la memoria a largo plazo (Montero et al., 2014).

1.4 Reguladores cerebrales del sueño

El sueño es un proceso fisiológico, en el cual se ha investigado y demostrado que no existe un solo centro en el sistema nervioso central (SNC), que controle todo el proceso del sueño. Sino que es una función conjunta entre varios sistemas, los cuales están interconectados mediante neurotransmisores. Los reguladores del sueño son sustancias de naturaleza peptídica, que actúan como neurotransmisores y neuromoduladores en las áreas que controlan las diferentes fases del sueño. Las estructuras anatómicas, que regulan el ciclo vigilia-sueño, están formadas por una red neuronal compleja que se encuentra interconecta (Díaz, 2013).

- **Dopamina**

Es uno de los principales neurotransmisores del sistema nervioso central, intervienen en los ritmos circadianos (vigilia- sueño), existe un aumento de dopamina en el periodo de vigilia, ayudando a mantener un estado de alerta en el individuo. La dopamina se puede considerar un neurotransmisor alertizante, dado que las sustancias aumentan los niveles de dopamina cerebral propician un estado de activación y vigilia. Sin embargo, aquellas sustancias que producen un bloqueo de la dopamina (como las fenotiazinas o pimozida) tienden a aumentar el tiempo de sueño (Díaz, 2013).

- **Serotonina**

Es un neurotransmisor encargado de las comunicaciones entre las células nerviosas. Siendo esta una hormona reguladora del sueño, del humor, del apetito, la sensibilidad y de las funciones intelectuales, es por esto, si existe una baja en esta hormona, se evidencia problemas a nivel de humor, sueño, ansiedad y hasta generar depresión (Zanin, 2020).

La serotonina, actúa como un reloj interno, controlando el equilibrio entre el sueño y la vigilia, ayudando a que, durante el sueño, la persona descanse correctamente.

- Melatonina

Es una hormona natural segregada por la glándula pineal (Serra, 2017). Explica que “la melatonina no solo está regulando el ciclo del sueño y la vigilia, sino que también juega un rol importante en el ciclo circadiano de varias funciones neuroendocrinas y neurofisiológicas” (p. 4). La melatonina es endógena ya que el sueño, está influenciado por la luz, la temperatura y, por un factor importante que es la edad.

1.5 Calidad del sueño

La calidad del sueño, no solo hace referencia al dormir bien durante las noches, sino que durante el estado de vigilia se tenga un buen funcionamiento al realizar las diferentes actividades cotidianas. Montero et al., (2014) aseguran acerca de la calidad del sueño es un proceso complejo de definir y de medir, ya que varía entre las diferentes personas. Indican también que se pueden encontrar personas con sueño eficiente y con sueño no eficiente. La calidad del sueño es un importante constructo clínico por dos grandes razones, primero porque las deficiencias en la calidad de este son comunes en la población adulta y, en segundo lugar, porque una mala calidad del sueño es un síntoma que con frecuencia aparece asociado a la fatiga, disminución de las capacidades cognitivas y motoras durante el día, ocasionando una mayor incidencia de accidentes de tránsito y laborales. De igual manera, Bellido (2019) indica que las personas con jornadas laborales nocturnas, presentan notables cambios en su ciclo de sueño- vigilia, lo cual dificulta el poder recuperar correctamente las horas de sueño faltantes. La salud también se ve afectada por estas alteraciones, generando, cuadros de insomnio, fatiga, hipersomnia y hasta problemas cardiovasculares.

1.6 Las teorías del sueño

A lo largo de la historia humana, los sueños han sido motivo de gran asombro y misticismo para las personas, por lo cual médicos, científicos y filósofos interesados en el tema han propuesto teorías, que intentan describir los procesos, trastornos que conlleva el sueño; sin embargo, todos estos estudios son relativamente nuevos. Soudabeh (2016) menciona que los estudios realizados a los sueños, presentan problemas en la metodología usada, ya que los datos obtenidos en las investigaciones son subjetivos, siendo esto unos de

los principales inconvenientes en la veracidad de los informes. Otro factor a tomar en cuenta en las teorías de los sueños, es la fiabilidad en la que una persona relata sus sueños y la capacidad que tiene de recordar los detalles. Este factor representa un problema en los niños, ya que su capacidad verbal no está bien desarrollada y así llegando a evadir o no expresar correctamente sus sueños, generándose subjetividad en los relatos.

Sigmund Freud, conocido como el padre del psicoanálisis, en su obra *La interpretación de los sueños* (1900), menciona que “las emociones enterradas en la superficie subconsciente suben a la superficie consciente durante los sueños, y al recordar ciertos fragmentos de los mismos pueden ayudar a destapar las emociones y recuerdos enterrados” (INUPSI, 2016). La teoría acerca de la interpretación de los sueños, es una de las primeras teorías que tiene relación con la psicología de los sueños inconscientes y las experiencias vividas en la infancia.

Freud, considera que todos los sueños y hasta las pesadillas pueden encontrar un sentido. Menciona en su libro, que cada suceso soñado, significa otro suceso de manera rígida y al querer interpretarlo debemos realizar un proceso. Como primer paso se debe analizar el relato del sueño en partes, buscando las más relevantes y finalmente se puede hacer una interpretación global de los mismo, la cual nos revelará el sueño como una realización de los deseos (INUPSI, 2016). En el mismo orden de ideas, García (2019) menciona que la idea básica de la teoría freudiana, es la del sueño como realización de un deseo o de varios deseos reprimidos. Freud, elaboró una descripción acerca de los diferentes tipos que llega a experimentar una persona:

- El haberse excitado durante el día y no haber logrado la satisfacción, este deseo queda pendiente para la noche, transformándose así en un deseo admitido y no tramitado. Un deseo, que pudo haber aparecido en el día, pero fue rechazado por la persona, este queda pendiente como un deseo no tramitado, pero fue neutralizado. La carente relación con la vida diurna, aparece entre aquellos deseos que sólo en la noche se ponen en movimiento dentro de nosotros desde lo sofocado. Deseos que son evocados en las noches, como los estímulos de sed o deseos sexuales (García, 2019, p. 15).

Freud como se citó en (Alonso, 2015) distingue dos tipos de contenidos en los sueños, estos son:

- Contenido manifiesto u onírico: son sucesos vívidos que el soñante experimenta, esto construye a través de las experiencias cotidianas y de los

deseos reprimidos, este contenido no se encuentra en el nivel significado, sino en el simbólico de los sueños

- Contenido latente o pensamiento del sueño: es el verdadero significado que tienen los sueños y en este contenido se encuentra la manera de interpretar los sueños (Alonso, 2015, p. 3).

Freud como se citó en (Pelegrí, Freud y los sueños de los niños. Su vigencia en la cura de niños, 2010) en su libro menciona acerca de los sueños en los niños y nos dice: “Los sueños de los niños pequeños no presentan enigma alguno que resolver, pero naturalmente son inapreciables para demostrar que el sueño, por su esencia más íntima significa un cumplimiento de deseo” (pág. 15). Creyendo así en la transparencia de los sueños de los infantes, definiendo en que los sueños de los niños son simples deseos que no esconden nada y que aparecen conforme se vayan dando los hechos en la vida diaria.

- Con relación a la tipología circadiana, Antúñez et al , (2014) ha establecido que son:
- Ritmos biológicos con una continuidad aproximada de veinticuatro horas, hallándose en sincronía con las señales externas, siendo la principal el ciclo luz-oscuridad, y los posibles cambios que se pudieran originar en este reloj biológico se debería tener un correcto reajuste (p. 975).
- El ritmo circadiano del sueño en el ser humano se “pone en hora”, mediante la información que obtiene del exterior y del entorno, presentándose una transición vigilia-sueño. La luz juega un papel importante en este proceso, ya que cuando empieza a oscurecer, nuestro cuerpo segregar una hormona llamada melatonina (producida por la glándula pineal), empezamos a sentir somnolencia y así generándose el sueño durante la noche. En horas de la mañana al exponernos a la luz solar, descienden los niveles de la melatonina y empezamos el estado de vigilia (Merino et al., 2016). Es importante reseñar, que el ritmo circadiano, no se presenta de la misma manera en todas las personas, esto varía en los distintos hábitos de sueño que tengamos (hora de levantarse o de acostarse), también va a influir aspectos externos (ruido, ordenadores digitales) e internos (trastornos del sueño). Pero en la actualidad, mantener un buen ritmo circadiano de sueño se hace cada vez más complicado, debido al aumento de la tecnología y a los horarios laborales cambiantes.

- En el mismo orden de ideas, se hace referencia a la deuda del sueño, considerada como el resultado, que existe entre las horas que se debería dormir, frente a las horas que verdaderamente se duerme, para tener un correcto descanso y despertarse activos. Expertos en el tema recomiendan dormir ocho horas diarias, pero esto dependerá de cada persona, ya que pueden necesitar más horas (diez horas) o menos horas de sueño (seis horas). Las horas y minutos que no tengamos un adecuado sueño, nos terminarán por afectar y generar prejuicios en nuestro cuerpo, como la pérdida en la memoria, problemas en la visión y llegando hasta provocarnos enfermedades cardiovasculares (Velfont, 2020).

Es por ello, que se puede sentir cansancio, somnolencia y otros efectos negativos continuos durante las horas de vigilia, lo que representa un riesgo latente acumular una deuda del sueño, para mitigar estos efectos es importante dormir lo suficiente de manera regular y no de manera intermitente (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018).

La deuda del sueño se hace evidente en los trabajos con turnos de 12 horas, no duerme mucho entre cada turno, y luego trata de ponerse al día con el sueño al terminar sus turnos. Esta práctica puede aumentar el riesgo de fallas en el desempeño laboral, y hasta pueden causar lesiones o algo peor. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018). Asimismo, se encontró en la literatura revisada que las personas no son capaces de recuperar por completo las horas de sueño perdidas, los efectos que pueden llegar a ocasionar en el cuerpo pueden ser negativos, como la reducción hasta diez veces la capacidad de desarrollar actividades que requiera completa atención (Domínguez, 2010).

Se encontró los aportes de teoría de simulación de amenazas, que analiza al sueño con una perspectiva evolutiva. Los estados de amenaza o problemas que se puedan presentar en la vigilia, los sueños ofrecen a la persona un lugar seguro y tranquilo en la que puede estar a salvo de esas amenazas. Además, se tiene una hipótesis, con respecto a estos hechos, y es que este entrenamiento o simulación tiene beneficios para la supervivencia personal (Soudabeh, 2016).

Con relación a la disfunción de la red afectiva (DRA), es una teoría propuesta por Nielsen y Levin (como se citó en Soudabeh, 2016) que busca entender los sueños negativos, mediante modelos neurocognitivos y en la neuroimagen reciente del sueño, también basan su teoría en la fisiología del sueño, en cómo afecta el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad, y la personalidad del individuo. Se tiene la hipótesis de que los sueños cumplen un papel en la extinción de la memoria del miedo, mediante el emparejamiento condicionado

por el miedo con otros estímulos distintos al que se encontraba ligado en la vida real, creando así la oportunidad de eliminar este miedo.

Se explica, que existe una implicación neuronal de regiones límbicas, paralímbicas y pre frontales, mencionan también que, en los niños, la corteza medial pre frontal madura más tarde y como resultado de esto habrá un mayor problema en el sistema de extinción en la memoria del miedo, como consecuencia de esto habrá un incremento en las pesadillas; estos resultados se ven apoyados en evidencias empíricas (Soudabeh, 2016).

1.7 Cantidad De Sueño

La cantidad de sueño, va a depender del organismo, del ambiente y de la edad, siendo este el principal factor. La cantidad de horas de sueño necesarias, varían según la persona y cambian a lo largo del ciclo de la vida. La *American Academy of Sleep Medicine*, (AASM) Academia Estadounidense de la Medicina del Sueño, menciona las pautas acerca del tiempo que los niños necesitan para dormir. Los bebés de 4 a 12 meses, necesitan dormir de doce a dieciséis horas diarias, niños pequeños de 1 a 2 años, necesitan dormir de once a catorce horas diarias y los niños preescolares de 3 a 5 años, necesitan dormir de diez a trece horas diarias (American Academy of Pediatrics, 2020). Los niños y adolescentes, en edad escolar necesitan aproximadamente diez horas de sueño todas las noches (National Heart Lung and Blood Institute, 2013). La cantidad de sueño recomendada en la edad adulta, es de siete a ocho horas de sueño cada noche. En la ancianidad (mayores de 65 años), se evidencia una disminución gradual de la eficacia del sueño, se vuelve ligero y fragmentado (Hirshkowitz et al., 2015).

1.7.7 Factores que afectan la calidad del sueño

La calidad del sueño se puede ver afectada por factores externos e internos, todos influyentes y determinantes en la particularidad en el sueño de cada persona. Entre estos factores está la luz y el ruido, que afectan considerablemente la calidad del sueño, para que este problema no suceda, se debe descansar en un sitio tranquilo, ordenado y que no existan distractores que alteren el sueño, este sería lo ideal para tener un sueño reparador. La Organización Mundial de la Salud (2010) ha documentado que la contaminación acústica, es una de las principales causas en el deterioro de la salud, también es uno de los principales factores en las alteraciones del sueño.

Otro factor a considerar es la temperatura ambiental: es un factor importante a la hora de dormir, nuestra temperatura corporal depende en gran parte de la temperatura

ambiental que nos rodea. Por lo tanto, si existen temperaturas muy altas o muy bajas estas pueden llegar a perturbar el sueño (Merino et al., 2016). Consumo de cafeína: el consumo del café tiene ventajas durante el día, ya que estimula al sistema nervioso, manteniéndolo en alerta, pero durante la noche el consumo de café, no es muy recomendado, ya que puede impedir llegar al estado de relajación necesario para conciliar el sueño. Estas son algunas alternativas por si la cafeína puede estar causando problemas en la calidad del sueño: tomar café descafeinado, reducir el número de tazas diarias o consumir otro tipo de alimentos energéticos (Sabater, 2020).

La edad: a medida que avanzamos de edad, el sueño se vuelve cada vez más ligero y las horas de sueño reparador son cada vez menores, apareciendo trastornos, como es el caso del insomnio, el mismo que se puede volver crónico (Sabater, 2020).

1.8 Trastornos del sueño

Anteriormente ya mencionado, el sueño es un mecanismo de gran importancia para regular las funciones físicas y cognitivas del organismo. Sin embargo, el sueño se puede ver afectado por varios factores internos (depresión, estrés, ansiedad) como externos (ruido, luz, temperatura), siendo condiciones que pueden llegar a perturbar el sueño, y generar diversos problemas o trastornos de sueño que afecten al individuo. Los trastornos del sueño, provocan cambios significativos en la forma correcta de dormir, afectando a la salud y a la calidad de vida. Estos son algunos de los signos y síntomas que generan los trastornos del sueño: respiración excesiva, aumento en los movimientos del cuerpo durante el sueño, el sueño se vuelve irregular y fragmentado (Mayo Clinic, 2019).

Otros autores mencionan que la mayoría de enfermedades pueden generar alteraciones en los sueños y se ha buscado clasificar a los trastornos del sueño como una enfermedad y no como un simple síntoma de algún otro padecimiento. Estas alteraciones del sueño, han provocado que se den varias clasificaciones internacionales: ICSD-1 Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, que fue propuesta en conjunto con la Asociación Americana de Trastornos del Sueño (ASDA), Asociación Europea de Investigación en Sueño (ESRS), Sociedad Japonesa de Investigación en Sueño (JSSR) y la Sociedad Latinoamericana de Sueño (LASS).

Al respecto Nieves et al., (2015) aseguran que esta clasificación englobaba tres ejes, el primero es el diagnóstico, el segundo es el procedimiento a usar para diagnosticar el trastorno y tercero, son las enfermedades médicas y psiquiátricas que están asociadas a los

trastornos. Mencionan también que en esta clasificación se usaban códigos que contenían números y letras. La Clasificación de los trastornos de sueño ICSD-2, retoma los diagnósticos clínicos tradicionales, teniendo como objetivo una correcta clasificación estructurada, racional y válida de los trastornos del sueño. Además, se centra en las enfermedades del sueño, mas no en los métodos de diagnóstico empleados.

En la actualidad el tiempo que dedicamos al sueño, se ha visto drásticamente disminuido, además que la calidad del sueño no es muy buena, como consecuencia aparecen diferentes trastornos en el sueño:

- Insomnio

Es la incapacidad para conciliar o mantener el sueño, y al momento de despertarse tener la sensación de no haber descansado correctamente. El insomnio es uno de los trastornos de sueño más frecuentes en la población mundial, el cual repercute en la salud y calidad de vida de quien lo padezca. Para diagnosticar esta alteración, es necesario que el paciente presente una de las siguientes molestias diurnas: fatiga, somnolencia, problemas en la atención o en la memoria, alteración en los estados de ánimo, errores en el trabajo o en la escuela y dolores musculares (Nieves et al., 2015). El tratamiento para el insomnio, debe basarse en estrategias conductuales y cambios de hábitos que afecten al sueño, sin embargo, cuando los síntomas del insomnio son graves, estos serán tratados con fármacos (benzodiacepinas y los fármacos Z), ambos fármacos son eficaces en el tratamiento del insomnio a corto plazo, pero no se dispone de evidencia suficiente sobre la eficacia a largo plazo (López de Castro et al., 2012).

- Hipersomnia

Es el aumento considerable en el patrón normal de las horas de sueño, este trastorno puede ser originado por alguna enfermedad grave. La hipersomnia, puede aparecer durante algunas noches, ya sea por un cierto periodo en el que se privó del sueño o porque se realizó excesivo ejercicio físico, pero si persisten estos síntomas durante un largo tiempo, pueden ocasionar algún tipo de trastorno psicológico como la ansiedad, depresión grave o cerebral (Montero et al., 2014). Para el tratamiento de la hipersomnia, el especialista deberá evaluar y si considera necesario recetará medicamentos específicos que ayudarán al paciente a mantenerse despierto por más tiempo. Como alternativa no farmacológica para tratar la hipersomnia, están las terapias corporales, que consisten en aprender a detectar por sí mismo cuando empiecen a aparecer los síntomas de somnolencia, la persona deberá levantarse y realizar algún tipo de ejercicio que ayude a ponerse activos (Serna, 2020).

- Narcolepsia

Es una enfermedad neurológica, poco común del sueño MOR, caracterizada por la excesiva somnolencia diurna, cataplexia (pérdida súbita del tono muscular durante la vigilia), parálisis del sueño y presencia de alucinaciones hipnagógicas (visiones fugaces en la transición vigilia-sueño). Los inicios de este trastorno se evidencian en edades juveniles, afectando tanto a hombre y mujer, la prevalencia de este trastorno es de cuarenta y siete casos por diez mil habitantes (Gómez, 2018). El tratamiento usado para la narcolepsia, es sintomático, esto quiere decir, que el paciente debe tener una calidad y cantidad de sueño correcta, para que al despertarse se sienta alerta y descansado, también se le recomienda que tome siestas de quince a veinte minutos por las tardes; pero en casos graves, es recomendable que el paciente empiece el tratamiento con fármacos (Gómez, 2018).

- Síndrome de apnea del sueño

Olivir (2013), menciona que es una enfermedad crónica, caracterizada por la obstrucción constante de la vía aérea superior, se presentan pausas respiratorias, en un tiempo mayor a diez segundos durante el sueño; este síndrome afecta a adultos como a niños. Las apneas del sueño están catalogadas de la siguiente manera: Leve, cuando la persona presenta de cinco a quince apneas por hora. Moderada, cuando existen de quince a treinta apneas por hora. Grave, cuando son más de treinta apneas por hora. Las apneas del sueño, tienen cierta correlación con algunos factores físicos, como es el caso de los niños, este trastorno aparece por el aumento en los tejidos de la garganta, este malestar también se hace evidente en las personas con sobrepeso, fumadoras o alcohólicas (Olivir, 2013).

En el diagnóstico de este trastorno, el individuo debe presentar cierta sintomatología (aparición de ronquidos, la excesiva somnolencia diurna), la misma que será identificada con pruebas de sueño completas y con esta prueba el médico podrá evaluar la gravedad de este trastorno. Los tratamientos efectuados en las apneas del sueño, dependerán del diagnóstico asignado al paciente. Tratamiento conservador, aquí el médico recomienda al paciente, perder peso, abstenerse del tabaco y alcohol, llevar una vida con buenos hábitos, por lo cual estas recomendaciones ayudarán en gran medida a la disminución de este trastorno. Tratamiento habitual, este método consiste en el uso de una mascarilla nasal, generadora de presión continua dirigida hacia la vía aérea superior, la misma que impide su colapso, y si se presentará algún efecto contrario, este sería transitorio. Tratamiento quirúrgico, está recomendado cuando el paciente posee alguna lesión como pólipos,

hipertrofia de las amígdalas o presenta algún daño en la vía aérea superior (Cuídate Plus, 2015).

- Terrores nocturnos

Es un trastorno de sueño, que va acompañado de episodios nocturnos de terror y pánico, seguido de movimientos bruscos del cuerpo, gritos fuertes, aumento en la frecuencia cardiaca, respiratoria y el aumento en el tamaño de las pupilas. Las personas al padecer este trastorno, lucen muy asustadas, confundidas y habitualmente a la mañana siguiente no recuerdan lo ocurrido (Carrillo Mora et al., 2017). Para diagnosticar este trastorno, el especialista deberá revisar el historial clínico y los síntomas del paciente; la evaluación comprende una exploración física, un análisis de los síntomas (cuestionarios sobre la conducta de tu sueño y preguntas de los antecedentes familiares) y por último un estudio del sueño nocturno polisomnografía (Carrillo Mora et al., 2017). El tratamiento para este tipo de trastorno, no es necesario, pero si el paciente ha sufrido alguna lesión o le ocasiona vergüenza, en estos casos podría requerir de algún tratamiento.

Mayo Clinic (2018), ha publicado opciones de posibles tratamientos para los terrores nocturnos:

Tratar las afecciones no diagnosticadas, si este trastorno está relacionado con alguna afección médica o mental no tratada, el tratamiento debe apuntar al problema de fondo. Tratar el estrés y la ansiedad contribuyen al desarrollo de los terrores nocturnos. El especialista propondrá alternativas como una terapia cognitiva conductual, hipnosis o una terapia de relajación, las cuales serán de mucha utilidad. Despertar anticipado, considerar despertar al paciente unos quince minutos antes de que se den los episodios del trastorno, la persona permanece despierta unos minutos antes de volverse a dormir (p. 1).

- Sonambulismo

Es un trastorno del sueño, caracterizado por realizar conductas ordinarias, como gesticular, caminar en la habitación, señalar e incluso realizar actividades potencialmente peligrosas (cocinar, salir de la casa, conducir un auto), todas estas acciones son realizadas mientras el individuo duerme. Este trastorno puede durar segundos o hasta minutos. El tratamiento, se suele centrar en medidas de higiene del sueño, pero en caso de episodios muy recurrentes, se recomienda el uso de medicación como; benzodiacepinas, Imipramina (Santandreu, 2018) o melatonina (Carrillo Mora et al., 2017).

- Síndrome de las piernas inquietas o enfermedad de *Willis-Ekbomes*

Es un trastorno neurológico, caracterizado por la percepción de sensaciones molestas en las extremidades inferiores, cuando se está en un estado de reposo (sentado o acostado). Estos movimientos provocan importantes alteraciones en el sueño y en el desempeño cotidiano del individuo. La causa exacta del síndrome no se conoce con exactitud, aunque varios estudios han demostrado la existencia de alteraciones en la neurotransmisión dopaminérgica, por otro lado, el hierro tiene un papel importante en la función óptima del sistema dopaminérgico (Carrillo Mora et al., 2017).

Santandreu (2018) menciona los criterios de diagnóstico del síndrome de las piernas inquietas. Los síntomas aparecen y se agravan con la falta de movimiento, aparece una necesidad dominante de mover las piernas sin sentir dolor ni malestar, por lo tanto, este malestar desaparece o mejora con el movimiento ritmo circadiano. Para diagnosticar estos síntomas, se debe realizar una exploración neurológica y conocer los antecedentes familiares del paciente. Para tratar este síndrome, existen tratamientos farmacológicos que usan agentes dopaminérgicos de acción central, ciertos anticonvulsivantes y ciertos opioides. Algunos pacientes, también se les prescribe benzodiacepinas, con el propósito de facilitar un sueño reparador al paciente, pero se puede dar efectos secundarios como tener una excesiva somnolencia en el día. Los tratamientos no farmacológicos, son recetados a los pacientes con síntomas leves o moderados, se les recomienda tener un horario de sueño, realizar actividades físicas no intensas (yoga, aeróbicos) y reducir o eliminar el consumo de café, tabaco y alcohol.

1.9 Higiene del sueño

Las medidas de higiene del sueño, son recomendaciones acerca de las conductas y hábitos deseables a la hora del descanso. Estas normas están encaminadas a mejorar la calidad del sueño de las personas que padezcan de un trastorno de sueño, también ayuda a la prevención de patologías que afectan al sueño. La Academia Americana de Medicina del Sueño, menciona que más allá de los efectos terapéuticos que tiene la higiene del sueño, se debería estudiar y explorar a profundidad, previniendo futuros trastornos del sueño y las consecuencias que acontecen a estos trastornos (Merino Andreu & Hidalgo Vicario, 2010; Merino et al., 2016).

Carrillo Mora, Barajas Martínez, Sánchez Vázquez, & Rangel Caballero (2017), indican ciertas medidas generales de higiene del sueño, las que servirán para tener un sueño reparador, estas son:

- ✓ Levantarse y acostarse a la misma hora todos los días.
- ✓ Dormir las horas recomendadas según la edad de la persona (seis a ocho horas).
- ✓ Evitar acostarse estresado, enojado, ansioso y preocupado.
- ✓ Tratar de dormir en un ambiente confortable.
- ✓ Evitar el uso de sustancias antes de irse a dormir (alcohol, energizantes, cafeína).
- ✓ Evitar tomar siestas muy largas durante el día (mayor a una hora).
- ✓ Evitar permanecer en cama realizando otras actividades contrarias al sueño (por ejemplo, estudiar, hacer tareas o comer en la cama)
- ✓ Reducir considerablemente el uso de celulares, computadoras, televisión, consolas de video juegos, antes de irse a dormir.
- ✓ No se debe realizar ejercicio intenso, antes de irse a dormir.
- ✓ Evitar pensar en actividades y acontecimientos futuros.
- ✓ Dormir en un lugar que sea ambientalmente correcto.
- ✓ Se debe dormir en habitaciones con poca o nula iluminación.
- ✓ Evitar dormir en lugares muy ruidosos.
- ✓ Dormir en una cama cómoda y confortable.

1.10 Mindfulness

Meditación de la Atención Plena es una técnica que tiene como objetivo situar a la persona dentro de la conciencia y su ser y sentir de forma fenomenológica. Esta herramienta permite observar y centrarnos en nuestro entorno de forma temporal, vivida, y sin prejuicio por lo que se siente o piensa en ese exacto momento. Algunas investigaciones recientes han presentado evidencia acerca de la meditación de atención plena, que sugiere que el entrenamiento de meditación consciente puede reducir el estrés y mejorar algunos aspectos de la salud física y psicológica (Brown et al., 2007)

En estudios se ha encontrado que la práctica del mindfulness produce cambios importantes en el estado anímico y procesos mentales del individuo, sobre todo en funciones ejecutivas que manejan la planificación, la autorregulación y comportamientos metódicos. (Pokhrel, Grenard, 2011)

La práctica o entrenamiento en meditación de atención plena es enfocar y reenfocar la conciencia en la experiencia interna y externa del momento presente (por ejemplo, respiración, pensamientos, sonidos ambientales, sensaciones interoceptivas) en oposición a

rumiación o resolución de problemas. Meditación de atención plena para la mejora del sueño es un entrenamiento que incluye la conciencia de la respiración, la conciencia del cuerpo, la atención a la naturaleza transitoria de la experiencia sensorial, y el cambio de atención a través de las modalidades sensoriales (Golding, Gross, 2010).

El sueño ha quedado desplazado en la modernidad, siendo así el tiempo destinado a dormir ha ido disminuyendo. Se hace cada vez más evidente el uso de sustancias (café, bebidas energéticas, tabaco, alcohol), además los horarios de sueño irregulares, malos hábitos alimenticios, sedentarismo, estudiar durante la madrugada, uso nocturno de dispositivos tecnológicos, afectan considerablemente la calidad de los sueños (Carrillo Mora et al., 2013). Se debe reflexionar acerca de la importancia que tiene el sueño en nuestros cuerpos, los procesos fisiológicos y cognitivos que se pueden ver afectados por tener una mala calidad del sueño. Todo lo que se ha abordado a lo largo del capítulo debe ser concientizada la importancia que tienen el sueño y como el mismo ayuda a prevenir enfermedades y trastornos graves que pueden repercutir en nuestra salud.

Conclusiones del capítulo

- Se ha podido abordar conceptos científicos tanto del funcionamiento del sueño como de sus beneficios, los factores que inciden a una buena salud en el sueño y diversas teorías que enriquecen el contenido de esta investigación.
- Los trastornos del sueño, entendidos como un amplio grupo de patologías que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia, constituyen uno de los problemas de salud más relevantes en la sociedad.
- La calidad de sueño es un elemento muy asociado con la calidad de vida esta afirmación no se refiere solamente al hecho de dormir bien a lo largo de la noche, principalmente para mantener niveles adecuados de atención y poder realizar diferentes tareas.
- El impacto de los programas de atención plena y compasión en pacientes con insomnio, el eje central de este artículo es una comprensión más profunda de cómo reducir el problema del insomnio y reducir todas sus consecuencias.

- Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que la prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes culturas y grupos de pacientes, estimados en un tercio de la población que experimentará algún tipo de disfunción del sueño.
- La calidad de sueño es fenómeno complejo, difícil medir objetivamente en instrumentos psicométricos, entre los que se encuentran los aspectos cuantitativos de la duración del sueño, la latencia del sueño y el número de despertares. Aspectos subjetivos del sueño, como profundidad y reparabilidad.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

En este capítulo expone el recorrido metodológico usado en esta investigación, que corresponde con los pasos y procedimientos desarrollados para dar alcance a los objetivos planteados, para ello se utilizó una investigación de campo, transversal y descriptiva. De enfoque cuantitativo, basada en mediciones numéricas, datos y cálculos estadísticos (Hernández et al., 2014). Es considerada de campo porque los datos son obtenidos directamente de la realidad estudiada, es transversal porque existe un lapso de tiempo establecido para realizar el estudio, y es descriptiva porque detalla el comportamiento de las variables examinadas. También, corresponde con un diseño no experimental.

2.1 Objetivos

- Objetivo general

Analizar la calidad del sueño que presentan los pacientes que asisten a atención primaria en la Clínica UniAmérica de la ciudad de Cuenca.

- Objetivos específicos

Determinar la calidad de sueño que presentan los pacientes de la Clínica UniAmérica de la ciudad de Cuenca

Establecer la relación entre la calidad de sueño y características de los pacientes de la Clínica UniAmérica de la ciudad de Cuenca

Plantear una propuesta de intervención basada en estrategias psicológicas dirigida a los pacientes de la Clínica UniAmérica de la ciudad de Cuenca

2.2 Participantes

El siguiente estudio estuvo conformado por 40 pacientes de la clínica UniAmérica, que fueron atendidos durante el periodo de diciembre del 2020 a enero del 2021.

2.3 Criterios de inclusión

Se tomará como criterios de inclusión a las personas que se encuentren recibiendo consulta en este establecimiento, que sean mayores de edad, que no tengan trastornos del sueño y que deseen participar en esta investigación.

2.4 Criterios De Exclusión

Se tomará como criterios de exclusión a personas que no posean las capacidades cognitivas para la comprensión de este cuestionario, que padezcan de un trastorno del sueño, trastornos de la personalidad o pacientes que no deseen participar en el estudio.

2.5 Instrumentos

- Índice De Calidad De Sueño De Pittsburg

Para esta investigación se procedió con la aplicación del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, esta herramienta está conformado por 19 ítems autoevaluados y 5 ítems de evaluación por pares. En donde podemos encontrar las siguientes dimensiones: “Calidad subjetiva del sueño”, “Tiempo de conciliación del sueño”, “Duración del sueño”, “Eficiencia del sueño”, “Alteraciones del sueño, drogas hipnóticas” y “Funcionalidad diurna”.

El cuestionario está desarrollado mediante una escala de Likert con puntuaciones que van desde 0 a 3 puntos, con un puntaje acumulativo en donde cada componente comprende el puntaje PSQI, que va desde 0 a 21 puntos. Se encontraron resultados favorables para la validación de ICSP, tanto en su validez de constructo encontrándose 3 factores que explican el 60,2% de la varianza total, así como en su consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,564 (Solís, Robles, & Palacios, 2016)

- Ficha Sociodemográfica

Para esta investigación se aplicó una ficha sociodemográfica, que generó información correspondiente de los participantes, los cuales brindaron características propias de los encuestados, información que ayudó a comprender de mejor manera al paciente y vincular sus características con problemáticas del sueño.

2.6 Procedimiento

A partir de la aprobación del diseño de tesis se procedió a la obtención de los permisos correspondientes tanto en el establecimiento como en la firma del consentimiento informado por parte de los participantes. Una vez obtenido los permisos se procedió a la aplicación del cuestionario en los participantes. Para la aplicación del cuestionario se clasificó a los participantes mediante los criterios de inclusión y exclusión.

A partir de la selección de los participantes se administró el cuestionario, este se realizó en un espacio tranquilo, donde se explicó a los individuos la forma de llenar el

cuestionario. Dentro de la administración del cuestionario se brindó asistencia para llenar las preguntas en caso que no sean bien entendidas por los participantes, a su vez en caso de no tener una opción de respuesta favorable se solicitó respondan con la opción más semejante.

Para la tabulación e interpretación del cuestionario se hizo uso del programa SPSS, en donde se tabuló y se analizó la información obtenida de los cuestionarios. De esta manera los datos se podrán observar en el siguiente capítulo.

Conclusiones del capítulo

Se concluye, que los procedimientos metodológicos desarrollados corresponden con el método científico, y el diseño utilizado permitió la consolidación y alcance de los objetivos. Es por ello que, se observó coherencia y pertinencia de todas las acciones descritas en el capítulo anterior.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS

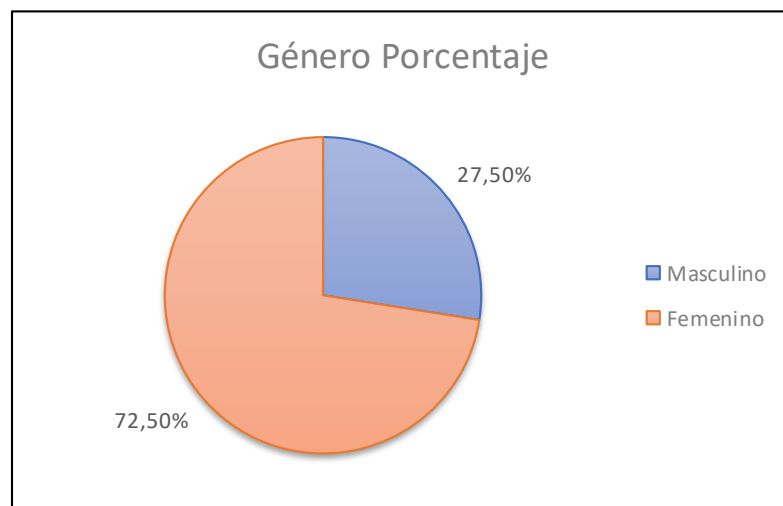
Introducción

En el presente capítulo se describirán los resultados obtenidos dentro de la investigación: en primer lugar, se podrá ver los datos sociodemográficos, luego el resultado de la encuesta y finalmente el cruce de las variables más relevantes.

3.1 Gráficos de las variables sociodemográficas valoradas

Figura 1

Género

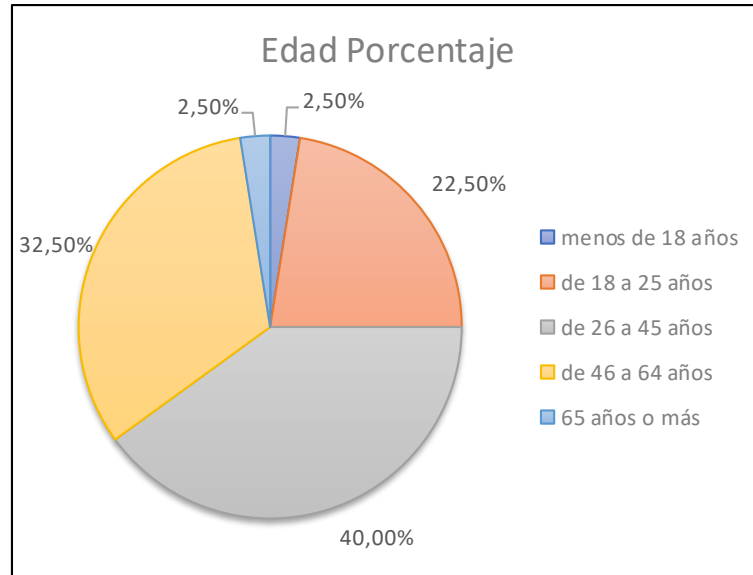


Elaboración propia

En este estudio participaron 29 personas del género femenino lo que corresponde a un 72,5% y 11 personas del género masculino, lo que representa un 27,5% (ver figura 1).

Figura 2

Edad

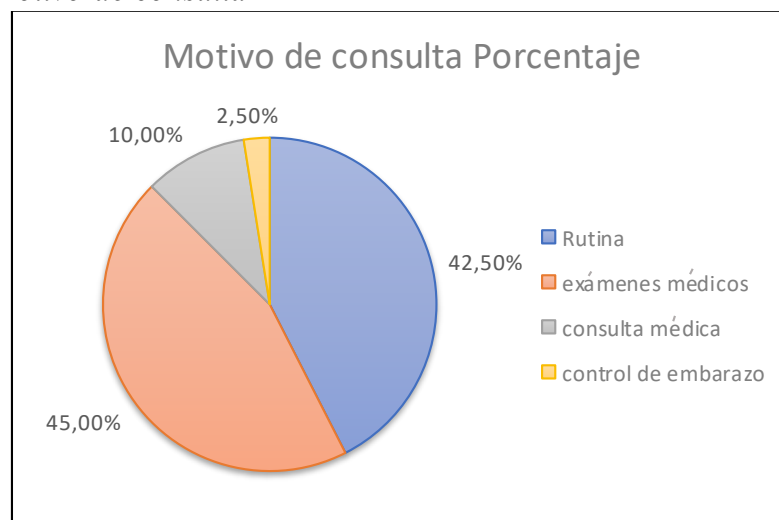


Elaboración propia

En relación a la edad podemos ver que 16 participantes, lo que represente un 40% tiene entre 26 a 45 años de edad, seguido de 13 participantes tienen entre 46 a 64 años con una representación del 32,5%, 9 participantes se encuentran en el rango de edad de 18 a 25 años con una representación del 22,5%, un participante es menor de 18 años y un participante es mayor de 65 años con una representación del 2,5% cada uno (ver figura 2).

Figura 3

Motivo de consulta

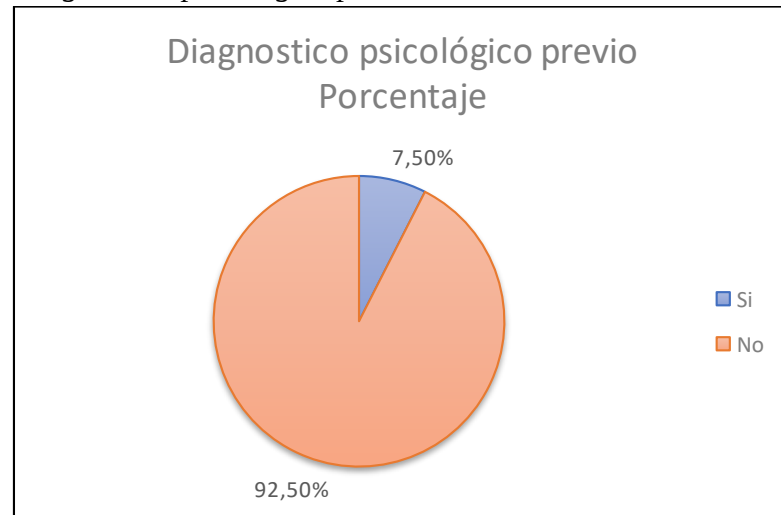


Elaboración propia

El 45% se realizó por motivos de exámenes médicos, el 42,5% por rutina el 10% por consulta médica y el 2,5 por control en el embarazo (ver figura 3)

Figura 4.

Diagnóstico psicológico previo

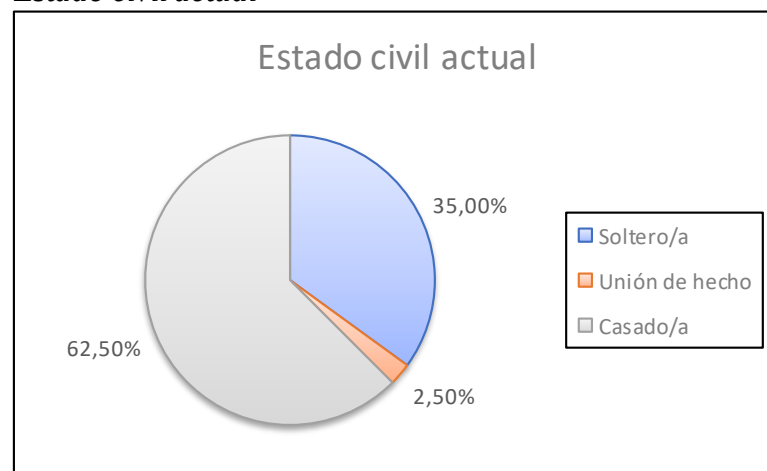


Elaboración propia

Se puede encontrar, que el 92,5% de los participantes no tuvieron un diagnóstico previo, mientras que un 7,5% si (ver figura 4)

Figura 5.

Estado civil actual

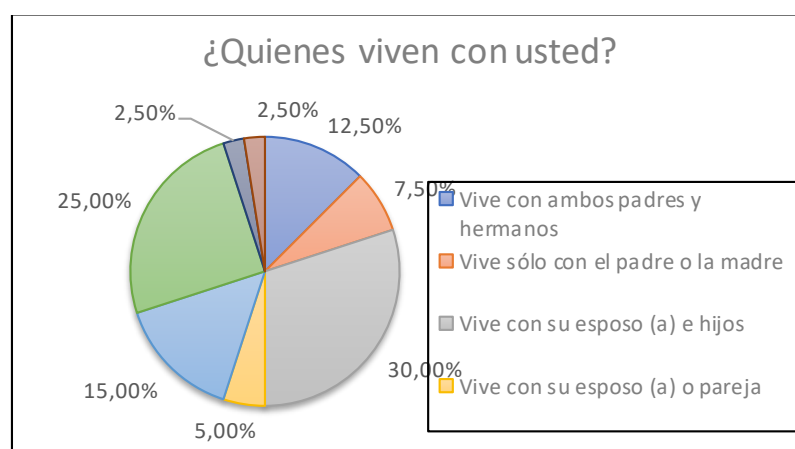


Elaboración propia

Se puede encontrar que el 62,5% de los participantes son casados, el 35% de los participantes son solteros, y un 2,5% de la población tienen una unión libre (figura 5).

Figura 6

¿Quiénes viven con usted?

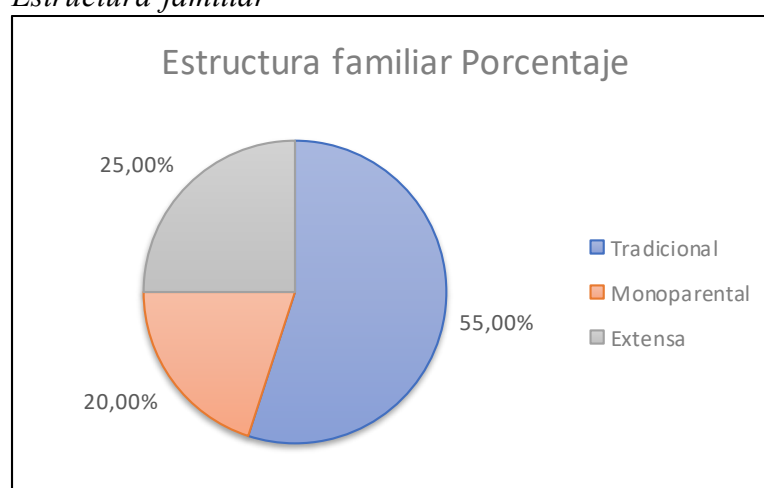


Elaboración propia

Dentro de la pregunta, se puede encontrar que el 30% de la población vive con la pareja y con los hijos, seguido del 25% de la población que vive con los hijos, un 15% de la población viven con otros familiares como son abuelos o tíos, un 12,5% de la población viven con los padres y hermanos, un 7,5% de la población viven únicamente con la madre, un 5% de la población viven únicamente con la pareja, un 2,5% de la población viven conjuntamente con los padres y con la pareja y un 2,5% de la población viven solos (ver figura 6).

Figura 7.

Estructura familiar

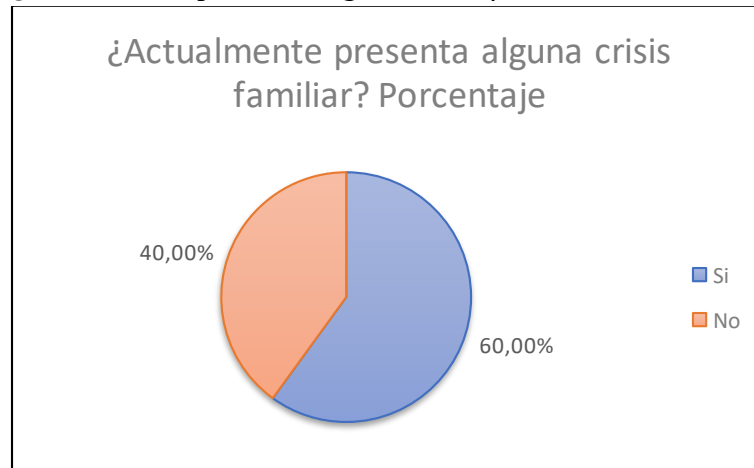


Elaboración propia

Dentro de la pregunta relacionada a la estructura familiar, se puede ver que el 55% de la población es de tipo tradicional, el 25% de la población es de tipo extensa y el 20% de la población es de tipo monoparental (ver figura 7)

Figura 8.

¿Actualmente presenta alguna crisis familiar

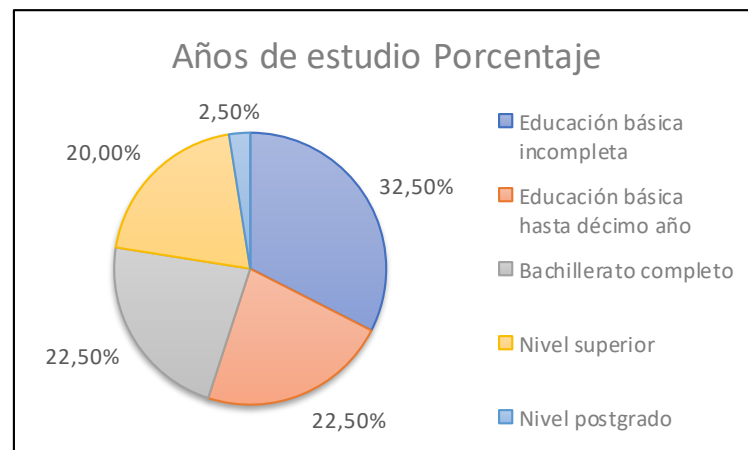


Elaboración propia

En la pregunta ¿Actualmente presenta alguna crisis familiar?, podemos ver que el 60% responde que sí y el 40% responde que no (ver figura 8).

Figura 9.

Años de estudio



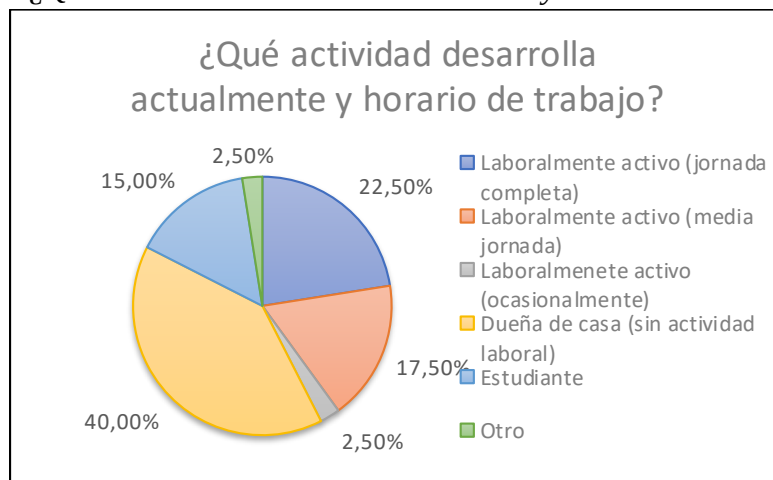
Elaboración propia

En la pregunta relacionada a los años de estudio podemos encontrar que el 32,5% de la población tienen una escolaridad básica incompleta, seguida por un 22,5% de la población con una educación básica hasta décimo año, con un mismo porcentaje podemos ver a una

población con el bachillerato completo, un 20% de la población tiene un nivel superior y apenas un 2,5% un nivel de postgrado (ver figura 9)

Figura 10.

¿Qué actividad desarrolla actualmente y horario de trabajo?

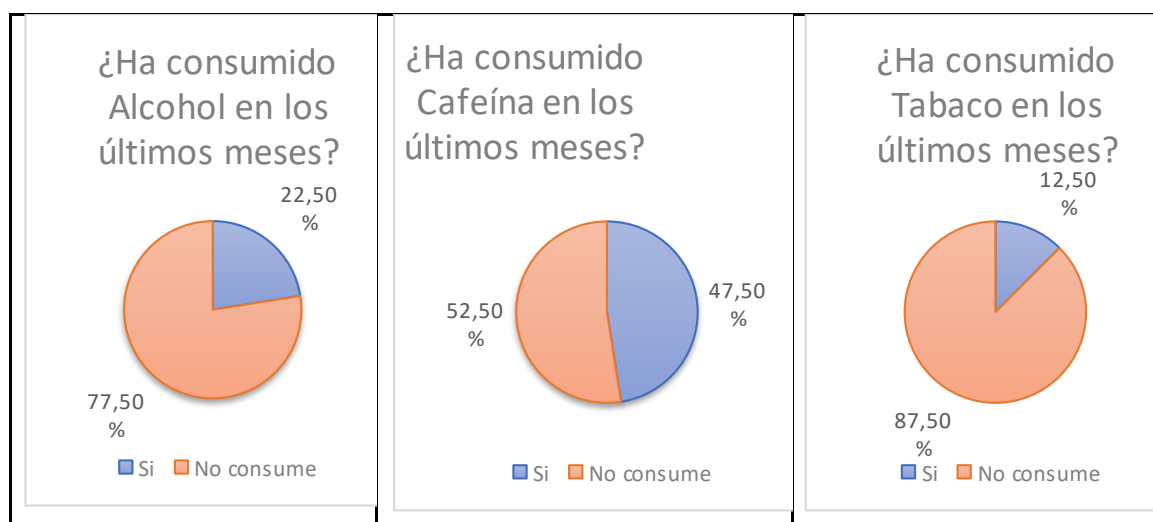


Elaboración propia

En la pregunta 10, el 40% de la población es ama de casa, el 22,5% es laboralmente activo y tiene una jornada completa, seguido del 17,5% de la población que tiene una media jornada y un 2,5% de la población con trabajos ocasionales, el 15% de la población son estudiantes y el 2,5% se dedican a otras actividades (ver figura 10).

Figura 11.

¿Ha consumido alguna sustancia en los últimos meses?



Elaboración propia

La figura anterior expresa los porcentajes del consumo de algunas sustancias particulares durante los últimos meses, el 77.5% ha consumido alcohol, el 47.5% ha consumido cafeína y el 12.5% tabaco.

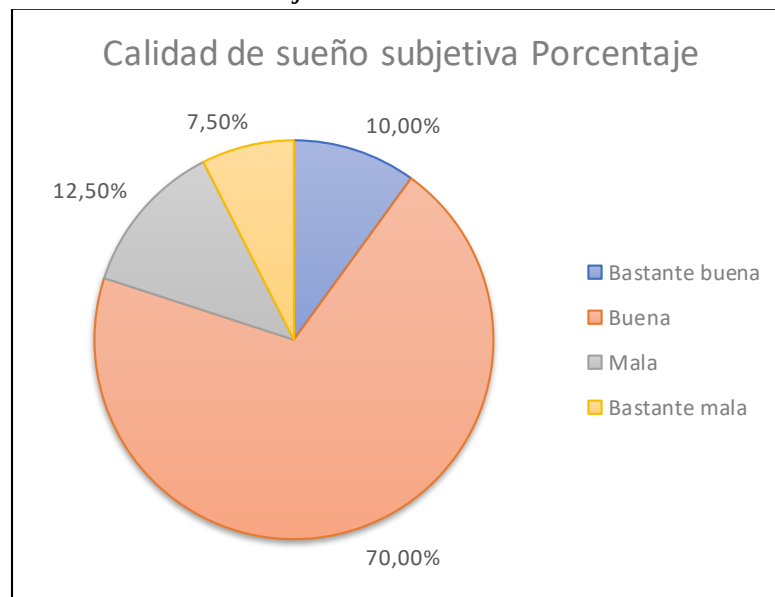
De acuerdo con resultados de la ficha sociodemográfica, se exponen las conclusiones más relevantes: el 72,50% de la población es de género femenino. Dentro de los participantes, resulta curioso la participación de un menor de 18 años y un participante es mayor de 65 años con una representación del 2,5%. Con relación al aspecto civil el 62,5% de los participantes son casados, el 35% de los participantes son solteros, y un 2,5% de la población tienen una unión libre. Gran parte de la muestra (el 30%) de la población vive con la pareja y con los hijos, y el 2,5 viven solo. Resulta importante la variable de crisis familiar pues el 60% respondió que sí. En base a la escolaridad el 32,5% de la población tienen una escolaridad básica incompleta, seguida un 2,5% un nivel de postgrado. En la pregunta de actividades, el 40% de la población es ama de casa, el 22,5% es laboralmente activo y tiene una jornada completa, seguido del 17,5% de la población que tiene una media jornada y un 2,5% de la población con trabajos ocasionales, el 15% de la población son estudiantes y el 2,5%. En la pregunta ha consumido alcohol en los últimos meses el 77,5% ha respondido que sí, mientras que un 22,50% respondió que no, mientras que en relación al consumo de cafeína podemos ver que el consumo de cafeína es de 47,5% y el 12,5% ha consumido tabaco en los últimos meses.

3.2 Resultado del índice de Calidad del Sueño, Test de Pittsburgh

A continuación, se presentan los resultados del test de Calidad del sueño de Pittsburgh, los gráficos representan los datos obtenidos de la valoración de la muestra expresados en porcentajes:

Figura 12.

Calidad de sueño subjetiva

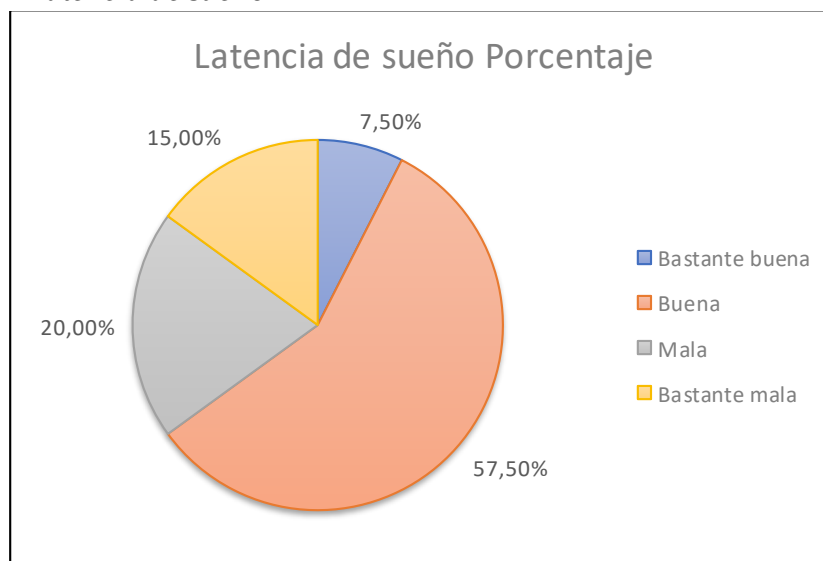


Elaboración propia

Se puede apreciar en la figura 12, que el 70% de los participantes tiene una calidad de sueño buena, seguido de un 12,5% de los participantes con una calidad mala de sueño, un 10% con una calidad bastante buena y un 7,5% con una calidad de sueño bastante mala.

Figura 13.

Latencia de sueño

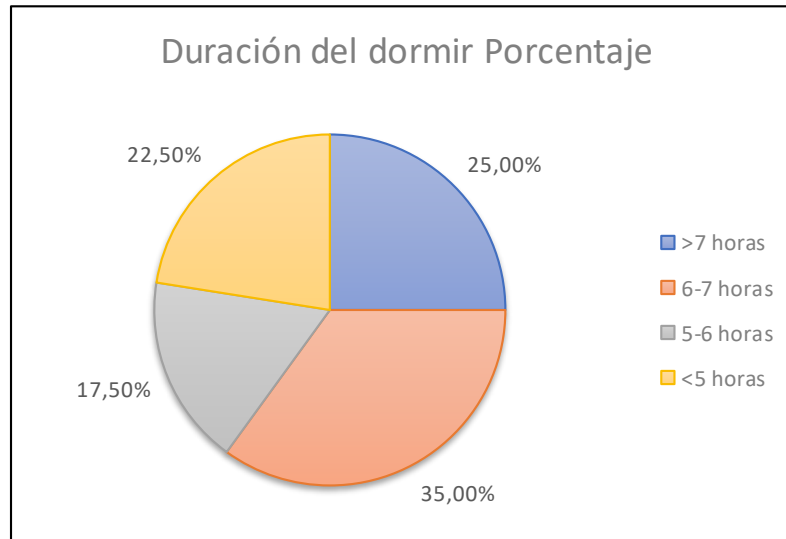


Elaboración propia

El 57,5% de los participantes tiene una latencia del sueño buena, seguido de un 20% con una latencia del sueño mala un 15% con una latencia del sueño bastante mala y un 7,5% de los participantes con una latencia del sueño bastante buena.

Figura 14.

Duración del dormir

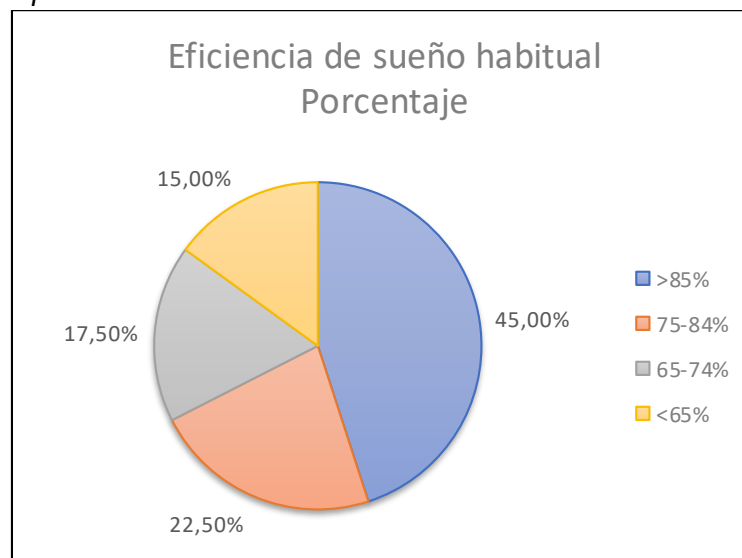


Elaboración propia

Dentro de la dimensión, podemos encontrar que el 35% de la población duerme entre 6 a 7 horas, el 25% de la población duerme más de 7 horas, el 25% de la población duerme menos de 5 horas y el 15,5% de la población duerme entre 5 y 6 horas.

Figura 15.

Eficiencia de sueño habitual



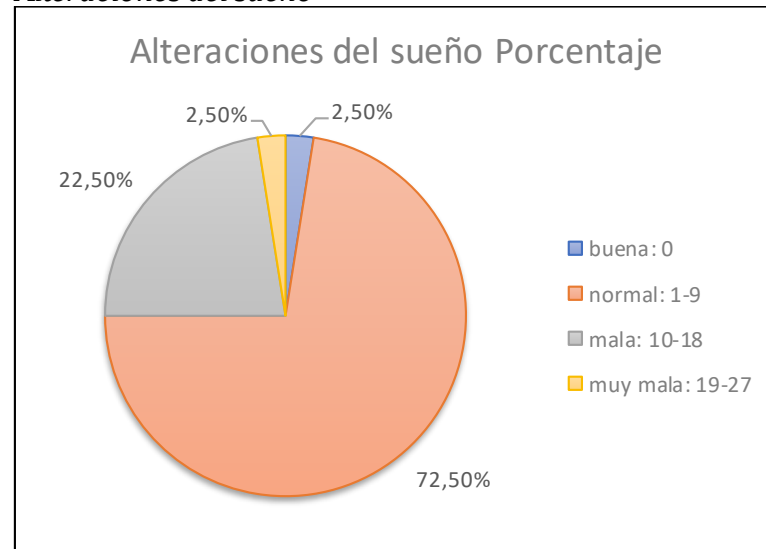
Elaboración propia

Se puede apreciar que el 45% de la población tiene una eficiencia mayor al 85%, el 22,5% tiene una eficiencia en el sueño entre el 75 y el 84%, el 17,5 % tiene una eficiencia

del sueño entre el 65 y 74% y el 15% de la población tiene una eficacia del sueño menor al 65%.

Figura16

Alteraciones del sueño

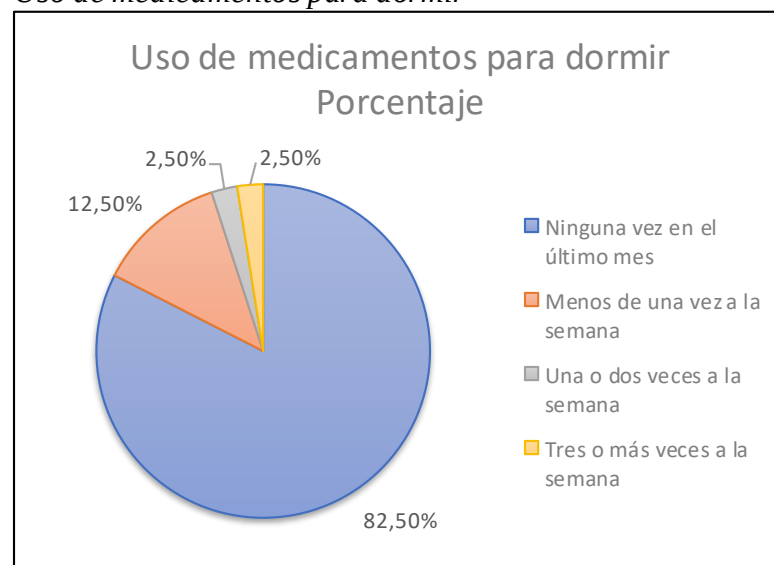


Elaboración propia

En relación a la dimensión, podemos apreciar que el 72,5% de la población se encuentra en un estado normal, el 22,5% se encuentra en un estado malo, el 2,5% de la población se encuentra en un estado bueno y el 2,5% de la población está en un estado muy malo.

Figura 16.

Uso de medicamentos para dormir

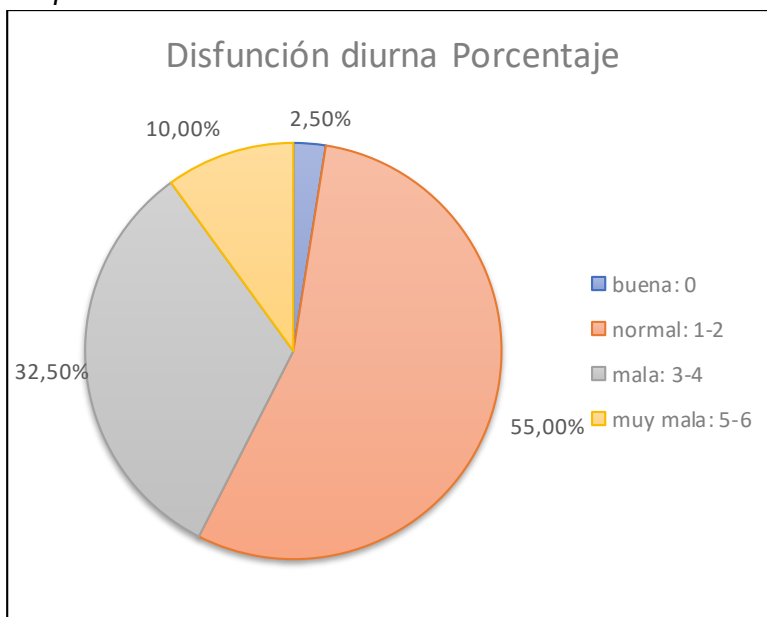


Elaboración propia

Se ha podido apreciar además que en relación al uso de medicamentos el 82,5% no han hecho uso de medicamentos en el último mes, el 12,5% lo han hecho al menos una vez al mes, el 2,5% lo han realizado de una a dos veces por semana y un 2,5% lo ha realizado tres veces o más a la semana.

Figura 17.

Disfunción diurna



Elaboración propia

En relación a la disfunción diurna se puede apreciar que existe una normalidad representada con un 55%, el 32,5% se encuentra en un estado de disfunción mala, un 10% es un estado de disfunción regular y finalmente el 2,5% tiene una disfunción diurna buena.

- Se exponen seguidamente, los datos conclusivos de Test de Pittsburg: se puede apreciar que el 70% de los participantes tiene una calidad de sueño buena, un 10% con una calidad bastante buena y un 7,5% con una calidad de sueño bastante mala. El 57,5% de los participantes tiene una buena latencia del sueño, un 15% con una latencia del sueño bastante mala y un 7,5% de los participantes con una latencia del sueño bastante buena. El 35% de la población duerme entre 6 a 7 horas, el 25% de la población duerme más de 7 horas, el 25% de la población duerme menos de 5 horas y el 15,5% de la población duerme entre 5 y 6 horas. Se puede apreciar que el 45% de la población tiene una eficiencia mayor al 85%, el 22,5% tiene una eficiencia

en el sueño entre el 75 y el 84%, el 17,5 % tiene una eficiencia del sueño entre el 65 y 74% y el 15% de la población tiene una eficacia del sueño menor al 65%. Con relación a la dimensión alteraciones del sueño, podemos apreciar que el 72,5% de la población se encuentra en un estado normal, el 22,5% se encuentra en un estado malo. La población en un 82,5% no han hecho uso de medicamentos en el último mes, y un 2,5% lo ha realizado tres veces o más a la semana. En la relación a la disfunción diurna se puede apreciar que existe una normalidad representada con un 55%, el 32,5% se encuentra en un estado de disfunción mala, un 10% es un estado de disfunción regular y finalmente el 2,5% tiene una disfunción diurna buena. La relación entre el género y el ICSP, se encuentra que los problemas graves están en igual proporción, mientras que las personas que merecen atención médica y tratamiento se encuentran en relación de 9 a 2 con mayor incidencia en el género femenino, a su vez las personas que merecen atención médica tienen una relación de 7.5 a 1 con mayor incidencia en el género femenino y las personas que no tienen problemas del sueño es una relación de 2 a 1. Lo que expresa hay una mayor incidencia en el sueño en el género femenino. Con relación a la edad en función del ICSP, se puede encontrar que los participantes que merecen atención médica y tratamiento médico se encuentran en el rango de edad de 26 a 45 años siendo este grupo el más afectado, se puede encontrar a un participante tanto de 18 a 25 años como de 46 a 64 que tienen problemas graves del sueño.

3.3 Resultados de cruce de datos

A partir del cruce de datos sociodemográficos más relevantes con los resultados del Test de Pittsburgh se obtiene los siguientes resultados. En relación al género con el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP) se develó que los problemas graves están en igual proporción, mientras que las personas que merecen atención médica y tratamiento se encuentran en relación de 9 a 2 con mayor incidencia en el género femenino, a su vez las personas que merecen atención médica tienen una relación de 7.5 a 1 con mayor incidencia en el género femenino y las personas que no tienen problemas del sueño es una relación de 2 a 1. Lo que expresa hay una mayor incidencia en el sueño en el género femenino.

Figura 18.*Tabla cruzada Género *ICSP total*

		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Índice de calidad de sueño de Pittsburgh	Sin problema de sueño (menor de 5)	2	4	6
	Merece atención médica (entre 5y7)	2	15	17
	Merece atención médica y tratamiento médico (entre 8y14)	6	9	15
	Problema grave de sueño (mayor o igual a 15)	1	1	2
Total		11	29	40

Elaboración Propia

Con relación a la edad en función del ICSP, se puede encontrar que los participantes que merecen atención médica y tratamiento médico se encuentran en el rango de edad de 26 a 45 años siendo este grupo el más afectado, se puede encontrar a un participante tanto de 18 a 25 años como de 46 a 64 que tienen problemas graves del sueño.

Figura 19.

*Tabla cruzada Edad *ICSP total*

		Edad					Total
		menos de 18 años	de 18 a 25 años	de 26 a 45 años	de 46 a 64 años	65 años o más	
Índice de calidad de sueño de Pittsburgh	Sin problema de sueño (menor de 5)	0	1	2	3	0	6
	Merece atención médica (entre 5y7)	1	4	6	6	0	17
	Merece atención médica y tratamiento médico (entre 8y14)	0	3	8	3	1	15
	Problema grave de sueño (mayor o igual a 15)	0	1	0	1	0	2
	Total	1	9	16	13	1	40

Elaboración Propia

Dentro de la tabla cruzada que relaciona el estado civil en relación al ICSP, se puede ver que a pesar que existan un mayor número de participantes casados con alteraciones del sueño, son los solteros que tienen mayor prevalencia en relación al número de participantes, es decir de cada 25 casados 8 tienen problemas del sueño, mientras que de 13 solteros 7 tienen problemas considerables del sueño, es decir más de la mitad.

Figura 20.

*Tabla cruzada Estado civil actual *ICSP total*

		Estado civil actual				Total
		Soltero/a	Unión de hecho	Casado/a	Separado/a (de hecho)	
Índice de calidad de sueño de Pittsburgh	Sin problema de sueño (menor de 5)	1	0	5	0	6
	Merece atención médica (entre 5y7)	5	0	12	0	17
	Merece atención médica y tratamiento médico (entre 8y14)	6	0	8	1	15
	Problema grave de sueño (mayor o igual a 15)	1	1	0	0	2
	Total	13	1	25	1	40

Elaboración propia

Dentro de la tabla cruzada que relaciona la actividad laboral en función del ICSP, podemos encontrar que una mayor prevalencia en las alteraciones del sueño se puede ver en las amas de casa en relación a otra población.

Figura 21.

*Tabla cruzada ¿Qué actividad desarrolla actualmente y horario de trabajo? Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral*ICSP total*

		¿Qué actividad desarrolla actualmente y horario de trabajo? Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral						Total
		Laboralmente activo (jornada completa)	Laboralmente activo (media jornada)	Laboralmente activo (ocasionalmente)	Dueña de casa (sin actividad laboral)	Estudiante	Otro	
Índice de calidad de sueño de Pittsburgh	Sin problema de sueño (menor de 5)	1	0	0	4	1	0	6
	Merece atención médica (entre 5y7)	5	5	1	4	2	0	17
	Merece atención médica y tratamiento médico (entre 8y14)	2	1	0	8	3	1	15
	Problema grave de sueño (mayor o igual a 15)	1	1	0	0	0	0	2
	Total	9	7	1	16	6	1	40

Elaboración propia

Conclusiones del capítulo

Se han podido ver en este capítulo distintas afectaciones del sueño, en donde se encuentra la presencia significativa de alteraciones en la población participante, de manera resumida se exponen las conclusiones de los resultados de cruce de datos:

- Los solteros que tienen mayor prevalencia en relación al número de participantes, es decir de cada 25 casados 8 tienen problemas del sueño, mientras que de 13 solteros 7 tienen problemas considerables del sueño, es decir más de la mitad.

- Se puede apreciar en la figura 12, que el 70% de los participantes tiene una calidad de sueño buena, seguido de un 12,5% de los participantes con una calidad mala de sueño, un 10% con una calidad bastante buena y un 7,5% con una calidad de sueño bastante mala.

- Dentro de la dimensión duración de sueño, podemos encontrar que el 35% de la población duerme entre 6 a 7 horas, el 25% de la población duerme más de 7 horas, el 25% de la población duerme menos de 5 horas y el 15,5% de la población duerme entre 5 y 6 horas.

- Se puede encontrar que los participantes que merecen atención médica encuentran en el rango de edad de 26 a 45 años siendo este grupo el más afectado, se puede encontrar a un participante tanto de 18 a 25 años como de 46 a 64 años que tienen problemas graves del sueño.

- Dentro de la tabla cruzada que relaciona la actividad laboral en función del ICSP, podemos encontrar que una mayor prevalencia en las alteraciones del sueño se puede ver en las amas de casa en relación a otra población.

CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Dentro de la propuesta se presenta una alternativa de intervención dirigida a los pacientes con trastornos para el sueño, los participantes poseen diversas características sociodemográficas, hábitos y otras particularidades identificadas en la evaluación realizada. Esta propuesta está dividida en 8 sesiones, y dentro de las sesiones pueden derivarse otras actividades. La duración de cada encuentro es de 90 minutos con un receso a los 40 minutos. Para que esta intervención sea más efectiva se realizará una evaluación a los pacientes, y se tomará en consideración diversos problemas que incidan en la alteración del sueño, como dolores musculares, estrés, problemas cognitivos, alteraciones en el comportamiento, problemas emocionales, entre otros.

4.1 Estructura de la propuesta

- **Anticipación**

Mediante la anticipación podremos ver contenidos relacionados a los temas a tratar, esta herramienta es de gran ayuda ya que permite mejorar la comprensión de los conceptos.

- **Bienvenida.**

Al inicio de cada una de las sesiones se realizará la bienvenida, este espacio está dirigido para los participantes. Mediante la bienvenida, se les recibe y se generan las consignas a desarrollarse a lo largo de la sesión.

- **Desarrollo de actividades.**

El desarrollo de actividades se generará en primera instancia con las experiencias de los participantes a lo largo de la semana, a partir de ello se abordará una temática de forma teórica, el cual se respaldará con una dinámica para fortalecer el aprendizaje. Finalmente se adaptará esta dinámica a las condiciones de los pacientes.

- **Tareas.**

Una de las actividades a trabajar con los pacientes a lo largo de la semana es una serie de tareas que consisten en generar hábitos saludables en los pacientes.

- **Cierre de actividades.**

Al terminar cada clase se realizará una retroalimentación de las actividades realizadas y se establecerá compromisos con los pacientes.

4.2 Sesiones de intervención

Figura 22.

Tabla de Actividades

Sesiones	Mejorando la calidad del sueño
Sesión 1.	Bienvenida, aplicación del test y entrevista
Objetivos:	1. Realizar una valoración de los participantes y de sus familiares 2. Brindar información referente a la calidad del sueño
Actividades	Normas que se le brindan al paciente que le ayuden a tener condiciones ambientales adecuadas para poder tener un sueño adecuado. Explicar y ejemplificar la restricción del tiempo que pasa el paciente en la cama despierto, indicando que solo debe acostarse cuando se desee dormir. Con ello se busca que el paciente recupere el impulso de sueño homeostático. Estructurar un control de estímulos para cada paciente, el terapeuta va orientando y apoyando en función de las particularidades e individualidades, estas instrucciones se brindan al paciente para aumentar la asociación entre el dormitorio y la cama con el sueño, disminuyendo las actividades que promueven la vigilia.
Duración	90 minutos

Sesión 2.	Importancia de los hábitos e higiene del sueño
	Bienvenida
Objetivos:	1. Fomentar la participación grupal 2. Identificar las expectativas de la sesión 3. Brindar información sobre los hábitos e higiene del sueño
Actividades	Ejercicio de reflexión-valoración sobre la implementación de la higiene del sueño. Entregar por escrito la normativa y sugerencias que pueden ayudar al paciente a estructurar condiciones ambientales adecuadas para poder tener un sueño adecuado. Utilizando cuestionamientos socráticos, se busca que el paciente cambie sus pensamientos disfuncionales hacia el no dormir y la preocupación excesiva, por pensamientos más realistas y adaptativos.

Duración	90 minutos
----------	------------

Sesión 3.	Mi compromiso para mejorar la calidad del sueño Bienvenida
Objetivos:	Generar compromisos con los participantes
Actividad:	Presentación de la información al paciente de forma inmediata de sus procesos fisiológicos durante la vigilia a través de equipos específicos, con esta presentación de información se busca la relajación del paciente. Iniciación en la práctica de meditación consciente, entrándose en su estado interno, sin crítica y sin juzgar, prestando atención a los cambios que se presentan antes del sueño, es una forma de relajación. Consolidar el compromiso de los pacientes con el proceso de mejorar el sueño, verbalización y socialización de la disposición a introducir los cambios.
Duración	90 minutos

Sesión 4.	Desarrollando buenos hábitos del suelo Bienvenida
Objetivos:	1. Instruir al paciente en ejercicios de relajación 2. Eliminar pensamientos negativos
Actividad	Práctica sistemática de la relajación, entrenamiento de alternar la tensión muscular con la distensión de diferentes pares musculares. Se busca disminuir la hiperactivación que tiene el paciente.
Duración	60 minutos para cada sesión

Sesión 5.	Técnicas de relajación para mejorar mi sueño Bienvenida
Objetivos:	Durante cada sesión de relajación, el terapeuta debe verificar y reforzar la puesta en práctica de las técnicas adecuadas Creación de ambientes relajantes Control voluntario de la respiración Control voluntario de la musculatura Relajación por imaginación o visualización
Duración	15 minutos en cada sesión

Sesión 6.	Identificando y seleccionando experiencias
	Bienvenida
Objetivos:	1. Identificar experiencias a lo largo del taller
Actividades	Conversatorio informal sobre las acciones realizadas hasta ahora en los encuentros realizados. Verbalización sobre la viabilidad de las actividades y su implementación en el hogar. Participación y apoyo del grupo familiar
Duración	90 minutos

Sesión 7.	Eliminando los pensamientos distorsionados
	Bienvenida
Objetivos	Identificar los pensamientos distorsionados que no favorecen la conciliación del sueño Entrenar a los participantes para evitar los pensamientos que no favorecen la conciliación del sueño
Actividades	El terapeuta seleccionará las técnicas más apropiadas según las características del grupo, se sugieren las siguientes: Flecha descendente: se trata de partir de los pensamientos del paciente para ir preguntando por el significado de cada uno, qué dicen estos del propio sujeto o qué significaría para el sujeto si estos fueran o no ciertos. Diálogo socrático: es una técnica cognitiva que busca provocar una disonancia cognitiva, a través del descubrimiento guiado del terapeuta mediante preguntas sistemáticas que pongan en evidencia los errores lógicos en la forma de procesar la información. Intención paradójica: confronta nuestro sentido común ya que es un proceso mediante el cual el paciente es animado a hacer, o a desear que ocurra aquello que precisamente teme. Se instruye al paciente a que intente reírse de su propio sufrimiento y de esta manera afronte el temor que le provoca la expectativa de fallar.

	¿Qué pasaría sí?: Su principal finalidad es cambiar la forma en cómo se interpretan las experiencias, modificando pensamientos irracionales que nos provocan malestar, y sustituirlos por otros que mejorarán el estado anímico del paciente. Enjuiciar los pensamientos: consiste en trabajar los pensamientos negativos y sustituirlos por adaptativos, sirven a corto plazo para sentir emociones saludables, nos sirven para actuar de manera más eficaz, a medio plazo ayudan a conseguir nuestras metas y a largo plazo conseguimos sentirnos adaptados y más felices.
Duración	60 minutos para cada técnica

Sesión 8.	Valoración de las actividades y su efectividad
	Bienvenida
Objetivos	Evaluación de la intervención realizada
Actividades	Reconocimiento de los progresos alcanzados durante la intervención, cada paciente debe responder un cuestionario relacionado con los objetivos logrados de manera individual. Los ítems deben estar relacionados con: Identificación de las variables personales y ambientales asociadas con el proceso del sueño. Disminución de las dificultades en el proceso del sueño. Instauración de nuevos comportamientos y cambios en el estilo de vida que favorezcan el sueño normal. Identificación y control de factores emocionales como ansiedad, estrés y depresión.
Duración	60 minutos

Elaboración propia

Conclusiones del capítulo

La estructura de esta propuesta corresponde con un acompañamiento terapéutico del especialista hacia los pacientes con trastornos en el sueño. Es una invitación para que cada persona participe, se haga responsable de los cambios que debe introducir en su cotidianidad

para mejorar su problema de sueño. La presencia del terapeuta y el apoyo que brinda durante cada actividad es fundamental para conseguir la efectividad de la propuesta.

Esta intervención debe asumirse como un acercamiento a los cambios de hábitos ya consolidados en los sujetos participantes, de allí que, una vez realizada la evaluación de la efectividad de las actividades y el logro de los objetivos, pueda realizarse una nueva intervención haciendo los ajustes necesarios para continuar con el acompañamiento terapéutico.

DISCUSIÓN

Después de haber aplicado la propuesta de ocho sesiones de intervención a los pacientes de la Clínica UniAmérica, se analizan los resultados: fueron valorados en sus características demográficas y otras particularidades con la finalidad de analizar y relacionar estas variables con la calidad del sueño. De esta evaluación se deriva que la mayor parte de los pacientes pertenecen al género femenino en un 72.5%, mientras que la variante edad oscila entre 18 y 65 años. De igual manera, los pacientes casados superan el 60% y una minoría son solteros. Con relación a la estructura familiar, viven con su pareja y los hijos en un 30%. La funcionalidad familiar se describe con crisis permanentes alcanzando el 60%. Tal como se expuso en el marco teórico, Montero et al., (2014) aseguran que la calidad del sueño es un proceso complejo de definir y de medir, debido a las múltiples variables que influyen y las particularidades personales y condiciones ambientales de cada persona.

Asimismo, se expuso que la calidad del sueño es un importante constructo clínico debido a que las deficiencias observadas son comunes en la población adulta y es un síntoma regularmente asociado a la fatiga, disminución de las capacidades cognitivas y motoras durante el día. Con relación a los resultados anteriores se cita a Mansano & Ceolim (2012) quienes llegaron a resultados y conclusiones similares. Aseguran estas autoras que la calidad del sueño estudiada en su investigación está determinada por muchos factores, y se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. De igual manera, Parra (2013) obtuvo resultados en su investigación que van en la misma vía, sus conclusiones indican que los trastornos del sueño tienen alta prevalencia en las mujeres afrodescendientes colombianas y aumenta progresivamente con la edad y evoluciona con el estado menopaúsico. Otro elemento valorado fue el consumo de alcohol en los últimos meses, el 77,5% asumieron que, sí

consumieron, al igual que el consumo de cafeína que obtuvo el 47,5%, mientras que el 12,5% había consumido tabaco. Estos resultados coinciden con los resultados alcanzados por Domenack (2017) el 47.7% (42/88) de los sujetos encuestados manifestó consumir cerveza como principal bebida alcohólica y el 9% aseguraron no consumir.

- Continuando con el análisis, los resultados de la medición de la calidad de sueño de los pacientes que conformaron la muestra, reflejaron que el 70% de los participantes tiene una calidad de sueño buena, dentro de los límites esperados mientras que 12,5% con una calidad mala de sueño un 7,5% con una calidad de sueño bastante mala, lo que significa que el 20% de la muestra en definitiva tiene problemas de sueño. Asimismo, el 57,5% de los participantes tiene una buena latencia del sueño, un 15% con una latencia del sueño bastante mala. El 35% de la población duerme entre 6 a 7 horas, el 25% de la población duerme más de 7 horas, el 25% de la población duerme menos de 5 horas y el 15,5% de la población duerme entre 5 y 6 horas. Estos datos tienen correspondencia con el análisis presentado por Durán et al., (2017) que demostró la asociación entre cafeína y otras bebidas estimulantes con algún trastorno del sueño; además aseguraron que algunas situaciones particulares de cada participante examinado, desencadenan restricción de sueño, elevada latencia al sueño, insomnio y somnolencia diurna.
- En el mismo orden de ideas se valoró la dimensión alteraciones del sueño, el 72.5% de la muestra está en estado normal y el 22.5% demostró síntomas de alteración. Sumado a esto, el 82.5% aseguró usar medicamentos para los trastornos en el sueño durante el último mes y el 2.5% los usaron tres veces o más a la semana. Con relación a la disfunción diurna el 32.5% se encuentra disfunción severa, un 10% en disfunción regular y el 2.5% tiene una disfunción diurna manejable. Significa que el 42.5% está en el rango disfuncional. De acuerdo con la literatura revisada, antes de iniciar un tratamiento farmacológico deben implementarse las medidas de higiene del sueño para conseguir solucionar el problema.
- Cuando no se consiguen resultados se sugieren medidas farmacológicas, de acuerdo con Carro et al., (2006) debe procurarse que sea una solución transitoria y pueda suprimirse pasado un tiempo. Para ello, se debe valorar si “el insomnio es de conciliación, de mantenimiento o de despertar precoz.

Tener en cuenta las modificaciones farmacodinámicas y farmacocinéticas que provoca la edad” (Carro et al., 2006, p. 269). Los aportes de este estudio coinciden con los resultados presentados anteriormente, aseguran que existe una alta prevalencia en las personas mayores y el envejecimiento provoca cambios en el patrón y en la estructura del sueño. Las disfunciones en el sueño pueden estar asociadas a patologías médicas previas, tratamientos farmacológicos o situación basal. Los ronquidos, pausas de respiración nocturna, fragmentación del sueño, somnolencia diurna y obesidad indican la posible presencia de apnea del sueño.

Otros hallazgos importantes se refieren a que las personas que necesitan atención médica y tratamiento se encuentran en relación de 9 a 2 con mayor incidencia en el género femenino, a su vez las personas que merecen atención médica tienen una relación de 7.5 a 1 con mayor incidencia en el género femenino y las personas que no tienen problemas del sueño es una relación de 2 a 1. En definitiva, existe una relación entre la prevalencia de los problemas de sueño y el género femenino. Tal como lo verificó Rodríguez et al., (2009) la mujer atraviesa diferentes etapas asociadas con importantes cambios hormonales y fisiológicos que favorecen la alteración del patrón de sueño normal y consecuentemente posible aumento del riesgo de manifestar trastornos del sueño. Estas consideraciones también coinciden con los datos obtenidos con relación a la edad en función del ICSP, puesto que los participantes que ameritan atención médica y tratamiento se encuentran en el rango de edad de 26 a 45 años, siendo el grupo de mujeres de 46 a 64 que tienen problemas graves del sueño.

Al analizar la relación de la actividad laboral en función del ICSP, se encontró una mayor prevalencia en las alteraciones del sueño en las amas de casa, de igual manera este resultado quedó demostrado en el estudio de Soria & Mayen (2017) quienes encontraron que las amas de casa encabezan las listas en prevalencia del insomnio asociado a otras complicaciones como depresión y estrés. Los factores que desencadenan estos síntomas se vinculan a pérdidas y separaciones, aislamiento y cambios que generalmente confrontan las mujeres dedicadas a las labores dentro del hogar.

Finalmente, se analiza el producto de esta investigación que se concreta en la elaboración de una propuesta de intervención basada en estrategias psicológicas dirigida a

los pacientes de la Clínica UniAmérica. Esta intervención está en correspondencia con la propuesta de otros investigadores que han diseñado iniciativas similares, como es el caso de Escobar & Echeverry (2017) su propuesta estableció como objetivo elevar el apego al tratamiento y disminuir los síntomas de insomnio, fundamentada en la psicoeducación en el uso adecuado de la mascarilla, y las posturas adecuadas a la hora de dormir, las medidas de higiene de sueño y las rutinas adecuadas para el inicio de sueño.

CONCLUSIONES

Luego de desarrollar el trabajo investigativo, se presentan las siguientes conclusiones:

- Se abordaron conceptos científicos tanto del funcionamiento del sueño como de sus beneficios, los factores que inciden en una buena salud en el sueño y diversas teorías que enriquecen el contenido de esta investigación.

- Se estudió los trastornos del sueño en algunos tipos de poblaciones, especialmente en las más vulnerables a desarrollarlos; así como también, se analizaron los factores que los condicionan.

- Se analizó el impacto de los programas de atención plena y compasión en pacientes con insomnio, para desarrollar intervenciones compasivas de atención plena que sean efectivas en el tratamiento del insomnio en adultos.

- Del estudio emergió mayor conocimiento, que brindará a las personas una comprensión más profunda de cómo reducir el problema del insomnio y minimizar sus consecuencias.

- Se considera concluyente, que los datos vinculados con la ficha sociodemográfica, indicaron mayor incidencia en mujeres que en hombres.

- El grupo de solteros es más propenso a tener alteraciones del sueño que los casados, y que las familias tradicionales son más afectadas que otros grupos familiares.

- Se profundizó el abordaje del envejecimiento, como una etapa de calidad crucial, en que la salud mental y el disfrute personal, debe ser una prioridad después de asumir la responsabilidad.

- Se llegó al conocimiento real de las condiciones del sueño de los participantes, vinculándolas con la teoría para analizarlas y compararlas con otros estudios que abordaron problemas similares.

- La estructura de esta propuesta corresponde a un acompañamiento terapéutico del especialista, hacia los pacientes con trastornos en el sueño.

- La presencia del terapeuta y el apoyo que brinda durante cada actividad, es fundamental para conseguir la efectividad de la propuesta.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que este estudio sea socializado en espacios académicos de formación de profesionales de la psicología, para su discusión, argumentación y crítica, de manera que sirva de motivación para otros investigadores a continuar profundizando en el conocimiento de la calidad del sueño y las complicaciones de salud que le acompañan.

Es recomendable que se establezca un seguimiento de los logros alcanzados en cuanto a la mejoría del sueño en los pacientes que participaron en esta investigación. Debido al control que debe mantenerse sobre los hábitos modificados, de allí que puedan establecerse fichas de seguimiento y listas de cotejo que orienten sistemáticamente esta actividad.

Asimismo, se sugiere hacer una revisión de los contenidos y procedimientos de la propuesta con el fin de hacer adaptaciones expeditas para ser aplicadas a otro tipo de pacientes en otros espacios donde se requiera de una intervención similar. De allí, que otros terapeutas encuentren en esta intervención la motivación para profundizar y mejorar lo desarrollado hasta ahora para ayudar a mejorar el sueño.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Mendoza, L., Caballero, S., Ormea, V., Aquino, R., Yaya, E., Portugal, A., . . . Muñoz, A. (2017, junio 5). *Neurociencia del sueño:rol en los procesos de aprendizaje y calidad de vida*. Retrieved from file:///C:/Users/Usuario%20MC/Downloads/524-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2090-7-10-20180418.pdf
- Alonso, J. R. (2015, junio 24). *Neurociencia*. Retrieved from El mito de la interpretación de los sueños: <https://jralonso.es/2015/06/24/el-mito-de-la-interpretacion-de-los-suenos/>
- American Academy of Pediatrics. (11 de Octubre de 2020). *Los buenos hábitos del sueño: ¿cuántas horas de sueño necesita su niño?* Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/sleep/Paginas/healthy-sleep-habits-how-many-hours-does-your-child-need.aspx>
- Antúñez, J., Navarro, J., & Adan , A. (2014). Tipología circadiana y problemas de salud mental Circadian typology and problems in mental health. *Anales de Psicología*, 971-984.
- Arcos, J. (2012). Trastornos respiratorios del sueño: guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento. *Rev. Méd. Urug. vol.28 no.4 Montevideo dic. 2012*, 28(4), 1-25. Retrieved from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000400006
- Bellido, M. (2019, febrero 14). *Tesis Doctoral*. Retrieved from TRASTORNOS DEL SUEÑO: REPERCUSIÓN DE LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL SUEÑO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR, OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/149396/Bellido_Cambron_MdeICarmen.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Carrillo Mora, P., Barajas Martínez, K., Sánchez Vázquez, I., & Rangel Caballero, M. (2017). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 6-20.
- Carrillo Mora, P., Ramírez Peris, J., & Magaña Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 5-6.
- Carro, T., Alfaro, A., & Boyano, I. (2006). *Trastornos del sueño*. Retrieved from Tratado de geriatría para residentes: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.segg.es%2Ftratadogeriatría%2FPDF%2FS35-05%252026_II.pdf&cflen=140986&chunk=true
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2018, septiembre 14). *Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH)*. Retrieved from Trabajo por turnos, deuda de sueño y el costo para la seguridad y el desempeño: <https://www.cdc.gov/spanish/niosh/mining/topics/turnos.html>
- Contreras, A. (2013). Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 341-349.
- Cuídate Plus. (22 de septiembre de 2015). *Apnea del sueño*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/respiratorias/apnea.html>
- Díaz, A. (2013). Bases bioquímicas implicadas en la regulación del sueño. *Arch Neurocién (Mex)*, 42-50.
- Domenack, A. (2017). *Desórdenes del sueño y consumo de alcohol en estudiantes de una universidad privada de Lima 2017*. Veritas Liberavis Vos (Tesis de Maestría).
- Domínguez, N. (31 de enero de 2010). *El sueño siempre cobra sus deudas*. Obtenido de <https://www.publico.es/ciencias/sueno-siempre-cobra-deudas.html>

- Durán, S., Rosales, G., Cantillana, C., & Garía, P. (2017). Insomnio, latencia al sueño y cantidad de sueño. *Salud Uninorte*, 33(2), 75-85. <https://doi.org/http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n2/2011-7531-sun-33-02-00075.pdf>
- Escobar, F., & Echeverry, J. (2017). Psicoeducación en el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 105-107. Retrieved from <https://www.redalyc.org/journal/5763/576364366021/movil/>
- García, C. (2019). EL SUEÑO DESDE DISTINTAS PERSPECTIVAS. *EL SUEÑO DESDE DISTINTAS PERSPECTIVAS*. Montevideo, Uruguay.
- García-López, S. J., & Navarro-Bravo, B. (2017). Higiene del sueño en estudiantes universitarios: conocimientos y hábitos. Revisión de la bibliografía. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), 170-178.
- Gómez, M. T. (2018). NARCOLEPSIA: ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO. *Revista Médica Sinergia*, 13-24.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., . . . Adams Hillard, P. (2015). Recomendaciones de duración del tiempo de sueño de la National Sleep Foundation: resumen de metodología y resultados. *Salud del sueño*, 40-43.
- INUPSI. (2016, Abril 10). *INUPSI Instituto Universitario de Psicología Dinámica*. Retrieved from La interpretación de los sueños de Sigmund Freud: <https://www.inupsi.com/la-interpretacion-de-los-suenos-de-sigmund-freud/#comments>
- Leal-Grimaldo, J. R., Álvarez-Contreras, J. C., Tamez-Rodríguez, A. R., Vega-Pérez, M. L., & Castañeda-Sánchez, O. (2017). Nivel de insomnio no orgánico posterior a una estrategia de higiene del sueño. *Atención Familiar*, 24(1), 23-26.

López de Castro, F., Fernández Rodríguez, O., Mareque Ortega, M., & Fernández Agüero, L. (2012). Abordaje terapéutico del insomnio Therapeutic approach to insomnia. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 233-240.

Mansano, T., & Ceolim, M. (2012). Factores asociados a la calidad del sueño de mayores sometidos a la quimioterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(6), 1-9. Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fj%2Frlae%2Fa%2FRWWQFt3v8g8hq9SDmNPJ8wg%2F%3Fformat%3Dpdf%26lang%3Des&clen=315486&chunk=true

Mayo Clinic. (2018, septiembre 21). *Miedos del sueño (terrores nocturnos)*. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sleep-terrors/diagnosis-treatment/drc-20353529#:~:text=Para%20diagnosticar%20los%20terrores%20nocturnos,contribuyendo%20a%20los%20terrores%20nocturnos>.

Mendoza, L. A., & Caballero, S. (2017). Neurociencia del sueño: rol en los procesos de aprendizaje y calidad de vida. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 7(2).

Merino Andreu, M., & Hidalgo Vicario, M. (2010). Hipersomnia. Somnolencia diurna excesiva y alteraciones del ritmo circadiano en pediatría. *Pediatr Integral*, 720-734.

Merino, M., Álvarez Ruiz de Larrinaga, A., Madrid Pérez, J. A., Martínez Martínez, M. Á., Puertas Cuesta, F. J., Asencio Guerra, A. J., . . . Barriuso Esteban, B. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Revista de Neurología*, 1-30.

Montero, E. J., Ochoa Ávila, M. P., & Segarra Mogrovejo, Á. S. (2014). *Alteraciones de la calidad del sueño y factores de riesgo asociados en trabajadores de la empresa Hidropaute de la ciudad de Cuenca 2014*. Cuenca, Azuay, Ecuador.

National Heart Lung and Blood Institute. (julio de 2013). *Su guía para un sueño saludable*.
Obtenido de

https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/In_Brief_YG_to_Sleep_Spanish_Final.pdf

Nieves, D. E., Ordóñez Mendieta, V. M., & Campoverde Campoverde, M. P. (2015). *Prevalencia y factores asociados a trastornos de sueño en personal de la salud en el Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014*. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21427/1/TESIS.pdf>

Olivir, H. (2013). APNEA DEL SUEÑO: CUADRO CLÍNICO Y ESTUDIO DIAGNÓSTICO. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 359- 373.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de insomnio: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia23.pdf>

Parra, S. (2013). *Factores sociodemográficos y climáticos relacionados con insomnio subjetivo en mujeres afrodescendientes del urabá antioqueño*. Universidad del Norte (Tesis de Maestría).

Pelegrí, M. (2010). Freud y los sueños de los niños. Su vigencia en la cura de niños. *Foro Psicoanalítico Barcelona, España*, 155-166.

Pelegrí, M. (2010). Freud y los sueños de los niños. Su vigencia en la cura de niños. *Foro Psicoanalítico Barcelona, España*, 155-166.

Potter, P., Stockert, P., & Griffin Perry, A. (2019, junio 27). *Fundamentos de enfermería*. Retrieved from Las fases del sueño: NREM Y REM. Ambiente idóneo y beneficios para la salud: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/las-fases-del-sueno-nrem-y-rem>

Rodríguez, M., Amigo, E., & Cebrián, P. (2009). Sueño y mujer. *Revista de Neurología*, 49(07). Retrieved from <https://www.neurologia.com/articulo/2009041>

Rodríguez, R. (22 de febrero de 2017). *Muy Saludable*. Obtenido de ¿Sabes lo que ocurre en tu cuerpo cada noche? Todas las fases del sueño : <https://muysaludable.sanitas.es/salud/fases-ciclos-sueno/>

- Sabater, V. (24 de julio de 2020). *Mejor con Salud*. Obtenido de Factores que afectan a la calidad de tu descanso y que no dependen de ti: <https://mejorconsalud.as.com/factores-calidad-descanso-no-dependen-ti/>
- Sándor, P., Szakadát, S., & Bódizs, R. (2014). Ontogeny of dreaming: A review of empirical studies. *Sleep Medicine Reviews*, 435-449.
- Santandreu, J. (2018, junio). *FACULTAD DE FARMACIA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE*. Retrieved from Tratamiento del síndrome de las piernas inquietas: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/JAVIER%20SANTANDREU%20SALVADOR.pdf>
- SEMAL. (2016). *La importancia de dormir para presentar un buen estado de salud y bienestar emocional*. Retrieved from <https://www.semal.org/es/prensa-tv/la-importancia-de-dormir-para-presentar-un-buen-estado-de-salud-y-bienestar-emocional>
- Serna, J. M. (22 de septiembre de 2020). *Hipersomnia*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/trabajo-y-tiempo-libre/tratamiento-y-prevencion-de-la-hipersomnia-14051>
- Serra, L. I. (2017, Julio 24). *Clinica Alemana*. Retrieved from Melatonina: la hormona que induce el sueño: <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2017/melatonina-la-hormona-que-induce-el-sueno#:~:text=Producida%20por%20la%20gl%C3%A1ndula%20pineal,las%20etapas%20profundas%20de%20sue%C3%B1o.>
- Sierra, J. C., Jiménez-Navarro, C., & Martín-Ortiz, J. D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud mental*, 25(6), 35-43.
- Soria, R., & Mayen, A. (2017). Depresión y hábitos de salud en mujeres empleadas domésticas y amas de casa. *Revista Electrónica Iztacala*, 20(1), 96-113. Retrieved from chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.iztacala.unam.mx%2Fcarreras%2Fpsicologia%2Fpsiclin%2Fvol20num1%2FVol20No1Art7.pdf&cldn=664071&chunk=true

Soudabeh, G. (2016). La teoría de los sueños y la ciencia: una revisión. *Aperturas Psicoanalíticas*, 199-213.

Velfont. (2020, marzo 3). *La deuda del sueño*. Retrieved from <https://velfont.com/es/la-deuda-del-sueno/>

Zanin, T. (Junio de 2020). *TUA SAÚDE, DIETA Y NUTRICIÓN* . Obtenido de Serotonina: qué es, funciones y cómo aumentarla: <https://www.tuasaude.com/es/serotonina/>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA UNIAMÉRICA.

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarle a tomar la decisión de permitir participar en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

El propósito de esta es determinar la calidad del sueño que presentan los pacientes que asisten a atención primaria en la clínica UniAmérica de la ciudad de Cuenca.

Procedimiento de la investigación

Si usted acepta se le aplicará el test Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, esta herramienta está conformado por 19 ítems autoevaluados y 5 ítems de evaluación por pares, dejando el ítem 19 autoevaluado y los 5 ítems de evaluación por pares sin puntuación. En donde podemos encontrar las siguientes dimensiones: calidad subjetiva del sueño, tiempo de conciliación del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, drogas hipnóticas y funcionalidad diurna.

Este Test le tomará 5 a 7 minutos y será aplicado por el egresado Jorge Luis Llivisaca Palomeque de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.

Beneficios No existen beneficios económicos por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país.

Confidencialidad de la información personal y médica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar su participación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Jorge Luis Llivisaca Palomeque

Investigador responsable

Cuenca 2020 -2021

- FICHA SOCIODEMOGRÁFICA
- Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.
- Nombre del entrevistador.....
- Nombre del entrevistado.....
-
- Género

☐ Masculino

☐ Femenino

Edad: _____ años cumplidos

Motivo de consulta:

Diagnóstico psicológico previo:

Estado civil actual:

1 ☐ Soltero/a

4 ☐ Separado/a (de hecho)

2 ☐ Unión de hecho

5 ☐ Divorciado/a (legalmente)

3 ☐ Casado/a

6 ☐ Viudo/a

¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

- 1 ☐ Vive con ambos padres y hermanos
- 2 ☐ Vive sólo con el padre o la madre
- 3 ☐ Vive con su esposo (a) e hijos
- 4 ☐ Vive con su esposo (a) o pareja
- 5 ☐ Vive con otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
- 6 ☐ Vive con sus hijos

¿Actualmente presenta alguna crisis familiar?

Si ☐

No ☐

Años de estudio:

- | | |
|--|--|
| 1 ☐ Educación básica incompleta | 5 ☐ Nivel tecnológico |
| 2 ☐ Educación básica completa | 6 ☐ Nivel superior |
| 3 ☐ Educación básica hasta décimo año | 7 ☐ Nivel postgrado |
| 4 ☐ Bachillerato completo | |

¿Qué actividad desarrolla actualmente y horario de trabajo?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral

1 ☐ Laboralmente activo (jornada completa) actividad	06 ☐ En formación/cambio de
2 ☐ Laboralmente activo (media jornada)	07 ☐ Servicio militar
3 ☐ Laboralmente activo (ocasionalmente)	08 ☐ Cesante
4 ☐ Dueña de casa (sin actividad laboral)	09 ☐ Jubilado/a
5 ☐ Estudiante	☐
Otro: _____	

¿Cuántas personas viven en su hogar incluido/a usted?

..... Horario

¿Ha consumido estas sustancias en los últimos meses?

Alcohol ☐

Tabaco ☐

Mariguana ☐

Heroína ☐

Cocaína ☐

Energizantes ☐

Cafeína ☐

Otros:

Firma del participante

TEST DE ÍNDICE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

APELLIDOS Y NOMBRE: _____	N.º HºC: _____
SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____	EDAD: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido Vd. **normalmente durante el último mes**. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la **mayor parte** de los días y noches del **último mes**. ¡Muy Importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el **último mes**, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

3. Durante el **último mes**, ¿a qué hora se ha levantado **habitualmente** por la mañana?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**? (El tiempo puede ser diferente al que Vd. permanezca en la cama).

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar a **TODAS** las preguntas.

5. Durante el **último mes**, cuántas veces ha tenido Vd. problemas para dormir a causa de:

- a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

Ninguna vez en el último mes	_____
Menos de una vez a la semana	_____
Una o dos veces a la semana	_____
Tres o más veces a la semana	_____

- b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

Ninguna vez en el último mes	_____
Menos de una vez a la semana	_____
Una o dos veces a la semana	_____
Tres o más veces a la semana	_____

- c) Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes	_____
Menos de una vez a la semana	_____
Una o dos veces a la semana	_____
Tres o más veces a la semana	_____

- d) No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes	_____
Menos de una vez a la semana	_____
Una o dos veces a la semana	_____
Tres o más veces a la semana	_____

- e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes	_____
Menos de una vez a la semana	_____
Una o dos veces a la semana	_____
Tres o más veces a la semana	_____

- f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes	_____
Menos de una vez a la semana	_____
Una o dos veces a la semana	_____
Tres o más veces a la semana	_____

- g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes	_____
Menos de una vez a la semana	_____
Una o dos veces a la semana	_____
Tres o más veces a la semana	_____

- h) Tener pesadillas o «malos sueños»:

Ninguna vez en el último mes	_____
Menos de una vez a la semana	_____
Una o dos veces a la semana	_____
Tres o más veces a la semana	_____

- i) Sufrir dolores:
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

- j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

6. Durante el **último mes**, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?

- | | |
|----------------|-------|
| Bastante buena | _____ |
| Buena | _____ |
| Mala | _____ |
| Bastante mala | _____ |

7. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

8. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

9. Durante el **último mes**, ¿ha representado para Vd. mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- | | |
|-----------------------|-------|
| Ningún problema | _____ |
| Sólo un leve problema | _____ |
| Un problema | _____ |
| Un grave problema | _____ |

10. ¿Duerme Vd. solo o acompañado?

- | | |
|---|-------|
| Solo | _____ |
| Con alguien en otra habitación | _____ |
| En la misma habitación, pero en otra cama | _____ |
| En la misma cama | _____ |

POR FAVOR, SÓLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO.

Si Vd. tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el **último mes** Vd. ha tenido:

- a) Ronquidos ruidosos.

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

- b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme.

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

- c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme.

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

- d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme.

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

- e) Otros inconvenientes mientras Vd. duerme (Por favor, descríbalos a continuación):

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO DE PITTSBURGH

El Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) consta de 19 preguntas autoaplicada y de 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero/a de habitación (si éste está disponible). Sólo las preguntas auto-aplicadas están incluidas en el puntaje. Los 19 Items auto-evaluados se combinan entre sí para formar siete «componentes» de puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango entre 0 y 3 puntos. En cualquier caso, una puntuación de 0 puntos indica que no existe dificultad, mientras que una puntuación de 3 indica una severa dificultad. Los siete componentes entonces se suman para rendir una puntuación global, que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de 0 puntos la no existencia de dificultades, y una de 21 indicando severas dificultades en todas las áreas estudiadas.

Para corregir, proceda de la siguiente manera:

Componente 1: Calidad subjetiva del sueño

Examine la pregunta n.º 6, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación del componente 1
«Muy buena»	0
«Bastante buena»	1
«Bastante mala»	2
«Muy mala»	3

Puntuación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia de sueño

1.º Examine la pregunta n.º 2, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación
< 6 = a 15'	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
> 60 minutos	3

Puntuación de la pregunta n.º 2: _____

2.º Examine la pregunta n.º 5a, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación de la pregunta n.º 5a: _____

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas n.º 2 y n.º 5a

Suma de las puntuaciones de las preguntas n.º 2 y n.º 5a: _____

4.º Asigne la puntuación del componente 2 como sigue:

Suma de n.º 2 y n.º 5a	Puntuación
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del sueño

Examine la pregunta n.º 4, y asigne las puntuaciones correspondientes:

Respuesta	Puntuación del componente 3
> 7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3

Puntuación del componente 3: _____

Componente 4: eficiencia de sueño habitual

1.º Escriba aquí la cantidad de horas dormidas:

2.º Calcule el número de horas permanecidas en la cama:

Hora de levantarse (pregunta n.º 3) _____
 Hora de acostarse (pregunta n.º 1) _____
 Número de horas permanecidas en la cama: _____

3.º Calcule la eficiencia habitual de sueño como sigue:

(Número de horas dormidas/número de horas permanecidas en la cama) x 100 = Eficiencia habitual de sueño (%)
 (_____/_____) x 100 = _____%

4.º Asigne la puntuación del componente 4 como sigue:

Eficiencia habitual de sueño%	Puntuación
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Puntuación del componente 4: _____

Componente 5: Perturbaciones del sueño

1.º Examine las preguntas del n.º 5b al 5j, y asigne puntuaciones para cada pregunta según sigue:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación n.º 5b _____

n.º 5c _____

n.º 5d _____

n.º 5e _____

n.º 5f _____

n.º 5g _____

n.º 5h _____

n.º 5i _____

n.º 5j _____

2.º Sume las puntuaciones de las preguntas 5b a 5j:

Suma de 5b a 5j: _____

3.º Asigne la puntuación del componente 5 como sigue:

Suma de 5b a 5j	Puntuación del componente 5
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación del componente 5: _____

Puntuación Global del PSQI

Sume las puntuaciones de los 7 componentes:

Componente 6: Uso de medicación hipnótica

Examine la pregunta n.º 7 y asigne la puntuación que corresponda:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación del componente 6: _____

Componente 7: Disfunción diurna

1.º Examine la pregunta n.º 8, y asigne las puntuaciones como sigue:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación de la pregunta n.º 8: _____

2.º Examine la pregunta n.º 9, y asigne las puntuaciones como sigue:

Respuesta	Puntuación
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas n.º 8 y n.º 9:

Suma de n.º 8 y n.º 9: _____

4.º Asigne las puntuaciones del componente 7 como sigue:

Suma de n.º 8 y n.º 9	Puntuaciones
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del componente 7: _____

Puntuación total del PSQI: _____