

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES NEUROTICOS DE  
CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISES HERESI, AREQUIPA 2014 ”**

**Tesis presentado por las Bachilleres:**

***ISAMAR INÉS DÍAZ HOLGUÍN***  
***DIANA CAROLINA LUYO FLORES***

**Para optar el Título Profesional de:**  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AREQUIPA – PERÚ**  
**2014**

## PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.**

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Usted dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación:

**“CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES NEUROTICOS DE CONSULTA  
EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA  
2014 ”**

Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Octubre del 2014

---

Isamar Inés Díaz Holguín

---

Diana Carolina Luyo Flores



*Un Agradecimiento Especial*

*A la Facultad de Enfermería de la Universidad*

*Católica de Santa María.*

*A las docentes quienes me brindaron una formación*

*Académica humana y de calidad.*

*Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.*

*A mis queridos padres:*

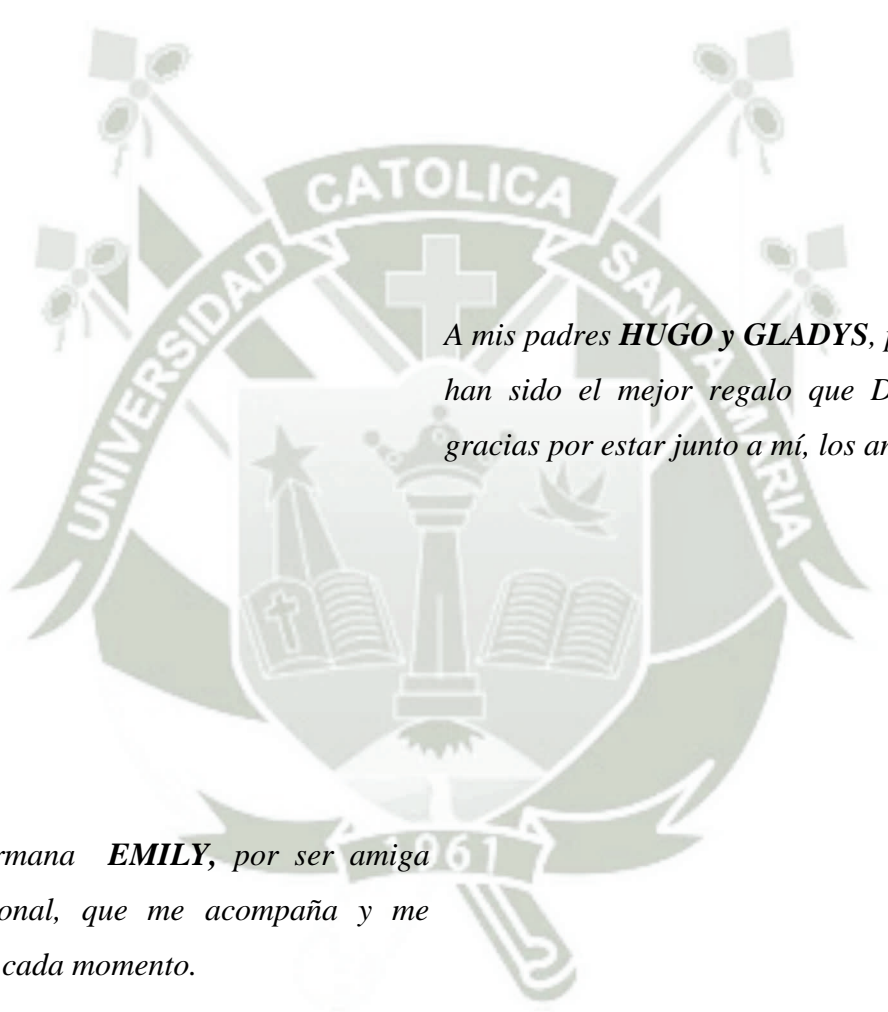
***HERNAN Y ELIZABETH***, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

*A mi hermano:*

***Kevin***, por ser mi compañía en todo momento y por ser parte importante de mi vida.

***Isamar***

*Con gratitud eterna a Dios por la vida,  
por haberme acompañado en todo  
momento, por ser la roca donde siempre  
encuentro fuerza y voluntad.*



*A mis padres **HUGO** y **GLADYS**, porque son y  
han sido el mejor regalo que Dios me dio,  
gracias por estar junto a mí, los amó.*

*A mi hermana **EMILY**, por ser amiga  
incondicional, que me acompaña y me  
apoya en cada momento.*

*Diana*



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS**

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen del Borrador de Tesis:  
"CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES NEURÓTICOS DE  
CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISES HERESI, AREQUIPA 2014"

Autoras : **Isamar Inés Díaz Holguín**  
**Diana Carolina Luyo Flores**

Fecha : Arequipa, 16 de Octubre del 2014

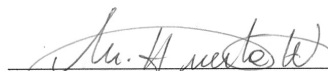
---

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas  
Presidente



Lic. Marcia C. Huerta Wilson  
Secretaria



Dra. Delta Ocola Villanueva  
Miembro Integrante

## INFORME DE ASESORIA DE TESIS

**A** : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**  
Decana de la Facultad de Enfermería

**DE** : **Lic. Yeny Valdivia de Ibarra**  
Asesora de Tesis

**ASUNTO** : **Asesoría de Tesis Titulada:**

“CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES NEUROTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2014”

**AUTORAS** : **Bachilleres**  
ISAMAR INÉS DÍAZ HOLGUÍN  
DIANA CAROLINA LUYO FLORES

**FECHA** : Arequipa, 18 de Setiembre del 2014

---


El Trabajo de investigación se realizó en los meses de mayo a agosto; en el cual se llevaron a cabo diferentes sesiones de asesoría tanto en el Planteamiento Teórico, Planteamiento Operacional, Conclusiones y Recomendaciones.

### APRECIACIÓN PERSONAL

Las autoras demostraron responsabilidad a lo largo del desarrollo de la investigación.

El trabajo constituye un aporte en el Área de Salud Mental.

Atentamente,



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra

## DICTAMEN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**A** : MGTER. RUTH ROMERO DE RODRIGUEZ  
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DE** : MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

**PROYECTO** : “CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES NEUROTICOS DE  
CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES  
HERESI, AREQUIPA 2014”


**AUTORAS** : ISAMAR INES DIAZ HOLGUIN  
DIANA CAROLINA LUYO FLORES

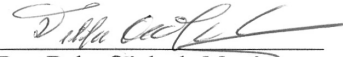
**FECHA** : 20 DE MAYO DEL 2014

---

Habiendo subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador el Proyecto queda en condiciones para dar pase a su fase de ejecución.

De acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Teresa Chocano Rosas  
Miembro del Jurado Dictaminador

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Delta Ochoa de Martínez  
Miembro del Jurado Dictaminador

# ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA	15
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	15
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
a. Campo, Área y Línea	15
b. Variables	15
c. Interrogantes Básicas	17
d. Tipo y Nivel de problema	17
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	17
2. OBJETIVOS	18
3. MARCO TEÓRICO	19
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	56
5. HIPÓTESIS	58

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	59
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	60
2.1. Ubicación Espacial	60
2.2. Ubicación Temporal	60
2.3. Unidades de Estudio	60
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	61

### CAPITULO III RESULTADOS

Presentación y análisis de los Resultados	63
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	80



## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	64
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	65
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	66
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	67
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD MOISES HERESI AREQUIPA 2014	68
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIMENSION DE LA CALIDAD DEL SUEÑO (CALIDAD SUBJETIVA) EN LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DESALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	69
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA LATENCIA DEL SUEÑO EN PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	70
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA DURACION DEL DORMIR EN PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	71
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA EFICIENCIA DEL SUEÑO EN PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	72

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PERTURBACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	73
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR EN PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	74
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA DISFUNCIÓN DIURNA EN PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014	75



## RESUMEN

Se realizó el estudio de investigación de la calidad del sueño en pacientes neuróticos de consulta externa estudio realizado en el centro de salud mental Moisés Heresi de Arequipa. Los objetivos a lograr en dicho estudio fueron: determinar la calidad del sueño en pacientes neuróticos, precisar cómo es la calidad del sueño en las diferentes dimensiones del sueño en pacientes neuróticos y precisar cuál es la dimensión más deficiente en la calidad del sueño en pacientes. Investigación que se ubica en el campo de salud mental y psiquiatría y en el nivel descriptivo, explicativo. La metodología que se utilizó para la variable calidad de sueño fue como técnica la entrevista y como instrumento la cedula de entrevista basada en la escala de Pittsburg que consta de 7 ítems cada ítems con un valor de 3 puntos y un puntaje global de 21, los ítems a evaluar son calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica, y disfunción diurna. Los datos fueron procesados estadísticamente e interpretados, proceso que indujo a las conclusiones. Primera: La calidad del sueño es encontrada en la población de estudio es de mala calidad de sueño los resultados muestran que la mayoría de la población de estudio se encuentran entre 31 y 41 años, son de sexo femenino en su mayoría con problemas de depresión, trastorno de ansiedad generalizada con un tiempo de enfermedad de unos a dos años. Segunda: La calidad del sueño encontrada en la población de estudio es de malos dormidores Tercera: La calidad del sueño en referencia a sus dimensiones de la calidad del sueño de mayor deficiencia es la dimensión disfunción diurna, siguiendo la eficiencia del sueño y perturbaciones del sueño.

De acuerdo a los resultados obtenidos se dan las recomendaciones coordinación con las enfermeras para realizar programas de promoción de la salud mental para mejorar la calidad de sueño en los pacientes, programar al personal de consultorio externo a dar charlas cada quince días para incentivar consejería y tutoría acerca de la importancia de los trastornos de sueño y la calidad del sueño en pacientes neuróticos de consulta externa del centro de salud Mental Moisés Heresi,

**Palabras claves:** Calidad – Sueño - Neurosis

Isamar Inés Díaz Holguín, Av. Arancota 112 Sachaca. Telf.695570

Diana Carolina Luyo Flores, Urb. La Fonda G-6 Cerro Colorado Telf.270467

## ABSTRACT

The research study of sleep quality in neurotic outpatients study the mental health center of Arequipa Moises Heresi. The objectives to be achieved in this study was conducted were: to determine the quality of sleep in neurotic patients, specify how is the quality of sleep in the different dimensions of sleep in neurotic patients and determine which is the most deficient in the quality of sleep in patients dimension. Research lies in the field of psychiatry and mental health in the descriptive, explanatory level. The methodology used for the variable quality of sleep was as interview technique and a tool of the writ based interview Pittsburg scale consisting of 7 items each item with a value of 3 points and an overall score of 21, the items to evaluate are subjective sleep quality, latency, duration, efficiency, disturbances, use of hypnotic medication, and daytime dysfunction.

The data were statistically processed and interpreted, a process that led to conclusions. First, the results show that most of the study population are between 31 and 41 years, they are mostly female with depression, generalized anxiety disorder with a time of one to two years of disease. Second, sleep quality found in the study population is poor sleepers Third: sleep quality in reference to its dimensions of sleep quality deficiency is greater daytime dysfunction dimension, following sleep efficiency and sleep disturbances

According to results obtained are given recommendations nurses coordination with programs for promoting mental health to improve the quality of sleep in patients, scheduling outpatient staff to give talks every two weeks to encourage counseling and tutoring about the importance of sleep disorders and sleep quality in neurotic outpatients Mental health center Heresi Moses.

**Keywords:** Quality – Sleep - Neurotic

Isamar Ines Diaz Holguin, Av. Arancota 112 Sachaca. Telf.695570

Diana Carolina Luyo Flores, Urb. La Fonda G-6 Cerro Colorado Telf.270467

## INTRODUCCIÓN

El sueño es un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo en el que suspende toda actividad consciente y todo movimiento voluntario. Participa en la conservación de la energía, descanso físico, mejorando el funcionamiento del sistema nervioso, la consolidación de las memorias y la regulación del humor, disminuyendo la agresividad y la ansiedad de las personas.

En los pacientes psiquiátricos la salud mental es el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda su vida, más que a la ausencia de enfermedades mentales, se refiere a la capacidad de adaptarse al cambios futuros pudiendo hacer de ellos cambios positivos adaptados a nuestra sociedad actual dado que los pacientes psiquiátricos son los que tienen mayor vulnerabilidad a desarrollar estas situaciones de tensión ya sea por su trastorno mental o en consecuencia de la medicación que pueden estar tomando alterando su desarrollo integral y conllevándolos a tener a futuro una mala calidad de vida. Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la elevada prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes culturas y grupos de personas, aproximadamente en la última década se trata de un problema creciente ya que el 62 % presentaba uno o más síntomas de algún trastorno para dormir y para el año 2010 se incrementó en un 75 %.<sup>1</sup>

Según la OMS se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen algún trastorno mental que le genera sufrimiento e incapacidad para tener una vida equilibrada en todos los aspectos bio-psico-social del ser humano se estima que alrededor de un tercio de la población presentará algún tipo de disfunción del sueño a lo largo de su vida.<sup>2</sup>

En nuestro estudio pretendemos conocer como es y en qué aspecto se encuentra más deteriorada la calidad de sueño en los pacientes neuróticos con trastornos mentales. Dada las consideraciones expuestas motivan la realización de la presente investigación que pretende establecer la calidad de sueño en pacientes neuróticos del centro de salud mental Moisés Heresi, esperando que los resultados permitan tener una visión más amplia de la salud mental en el proceso vital del sueño.

---

<sup>1</sup> Alejandro Jiménez, Eduardo Monteverde, Alejandro. Nencares sobre la Confiabilidad y Análisis factorial de la versión en español Índice de calidad de sueño en pacientes Psiquiátricos. Rev. Mexicana Psiquiátrica Volumen CXLIV,2010,pp 491

<sup>2</sup> Marcelo Valencia Collazos. Trastornos Mentales y Problemas De La Salud Mental. Rev Científica de América Latina, Volumen xxx, Numero 2,2007,pp75

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

##### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES NEUROTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOUSES HERESI, AREQUIPA 2014

##### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

###### 1.2.1. Ubicación del problema:

- a. Campo : Ciencias de la salud
- b. Área : Salud Mental y Psiquiatría
- c. Línea : Calidad del Sueño

###### 1.2.2 Variables:

El estudio tiene una variable: **Calidad** de sueño

1.2.3. Análisis u operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
<b>CALIDAD DEL SUEÑO</b>	Datos Sociodemográficos	
	- Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20-30 años</li> <li>- 31-40 años</li> <li>- 41-50 años</li> <li>- 51-60 años</li> <li>- 61 años a mas</li> </ul>
	- Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masculino</li> <li>- femenino</li> </ul>
	- Diagnostico medico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurosis</li> </ul>
	- Tiempo de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor de 1 año</li> <li>- 1 a 2 años</li> <li>- 3 a 4 años</li> <li>- 5 años a mas</li> </ul>
	<b>Dimensiones de sueño</b>	
	- Calidad subjetiva del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muy buena</li> <li>- Bastante buena</li> <li>- Muy mala</li> <li>- Bastante mala</li> </ul>
	- Latencia del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 15 min</li> <li>- Entre 16-30 min</li> <li>- Entre 31-60 min</li> <li>- Mas de 60 min</li> </ul>
	- Duración del dormir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor a 7 horas</li> <li>- de 6-7 horas</li> <li>- de 5-6horas</li> <li>- Menor 5 horas</li> </ul>
	- Eficiencia del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Núm. horas de sueño</li> </ul>
	- Perturbaciones del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez al mes</li> <li>- Menos de 1 vez a la semana</li> <li>- 1 o 2 veces a la semana</li> <li>- 3 o más veces a la semana</li> </ul>
	- Uso de medicamentos para dormir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna vez en el último mes</li> <li>- Menos de una vez a la semana</li> <li>- Una o dos veces a la semana</li> <li>- Tres o mas veces a la semana</li> </ul>
	- Difusión diurna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nada problemático</li> <li>- Solo ligeramente problemático</li> <li>- Moderadamente problemático</li> <li>- Muy problemático</li> </ul>

#### 1.2.4. Interrogantes básicas:

- ¿Cómo es la calidad del sueño en pacientes neuróticos de consulta externa del centro de salud mental Moisés Heresi?
- ¿Cómo es la calidad de sueño en las diferentes dimensiones del sueño del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- ¿Cuál de las dimensiones de la calidad de sueño se presenta con mayor alteración en pacientes neuróticos de consulta externa del Centro de Salud Moisés Heresi?

#### 1.2.5. Tipo y nivel del problema:

Tipo: De campo

Nivel: descriptivo

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La preocupación por la salud y la enfermedad han sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia.

Para la salud mental el sueño es un proceso fisiológico normal de vital importancia para un mejor desarrollo en la calidad de vida de pacientes psiquiátricos, a través del este se recupera las energías agotadas, se procesa toda la información recopilada durante el día, dormir ha sido y será la actividad que más tiempo demanda lo largo de nuestras vidas.

El estudio del sueño a lo largo de los años ha reincidido en dos aspectos ¿Por qué se da? y ¿para que se da?, pero el sueño es un espacio de tiempo en el cual una persona recupera todas las energías que ha gastado durante el día y lo único que decrece la recuperación de energía son los trastornos del sueño, situación que merece ser estudiada por que puede alterar las actividades cotidianas con resultados negativos y

perjudiciales para un paciente neurótico.

Diversos estudios de investigación muestran que una alteración del sueño se presenta con mucha más prevalencia en personas con trastornos mentales, y a su vez los trastornos mentales tienen a ser comunes en pacientes con alteración de sueño.

Aproximadamente el 40% de personas que sufre de insomnio y el 46.5% que lo hacen por excesiva somnolencia diurna presenta alguna enfermedad psiquiátrica, se calcula que del 100% de pacientes que son derivados al consultorio de psiquiatría el 72 % padece de insomnio, trastorno de ansiedad, uso de sustancias y cualquier trastorno mental se puede acompañar de alteraciones de sueño.<sup>3</sup>

Esta investigación tiene relevancia científica por que aporta conocimientos importantes para mejorar la condición de vida de los pacientes neuróticos. Es por lo que esta investigación tiene como propósito describir la calidad de sueño en pacientes neuróticos de consulta externa del centro de salud mental Moisés Heresi.

Tiene relevancia social porque sensibilizara aspectos importantes relacionados a la calidad de sueño de los pacientes.

## 2. OBJETIVOS

- Determinar la calidad del sueño en pacientes neuróticos de consulta externa del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa-2014.
- Precisar cómo es la calidad del sueño en las diferentes dimensiones del sueño en pacientes neuróticos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa-2014.
- Precisar cuál es la dimensión más deficiente en la calidad del sueño en pacientes neuróticos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa-2014.

---

<sup>3</sup> Oscar Medina Ortiz, Nora Sánchez Mora, Javier Cornejo Galindo, David Fraguas Heraez, Celso Arango López sobre las alteraciones del sueño y trastornos psiquiátricos. Rev. colombiana psiquiatrica volumen xxxvi, número 4, 2007, pp.701-717

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. SUEÑO

El sueño es un estado fisiológico que implica la abolición periódica de la conciencia vigilia y la reducción de las respuestas a estímulos del ambiente, fenómeno rítmico y reversible, que se acompaña de cambios en varias funciones.

El sueño es un estado fisiológico activo y rítmico que en alternancia con otro estado de conciencia básico que es la vigilia, aparece aproximadamente cada 24 horas <sup>4</sup>

El sueño se ha definido como un estado de quietud conductual de organismos, acompañado de una postura de inmovilidad o reposos, con una disminución en la capacidad de responder a los estímulos externos

#### 3.2.1. FASES DEL SUEÑO

Las técnicas neurofisiológicas de registro han permitido demostrar que el sueño no es un proceso homogéneo, sino que se organiza cíclicamente en varias fases. Utilizando registros poligráficos: el electroencefalograma (EEG), el electrooculograma (EOG) y el electromiograma (EMG), se observa que al dormir tenemos dos tipos de sueño: el NO MOR y el MOR.

##### 3.2.1.1. EL SUEÑO NO MOR SE DIVIDE EN CUATRO FASES:

- **FASE 1 (ADORMECIMIENTO):** Es la transición inicial de vigilia a sueño. Vuelve a darse si nos despertamos durante la noche, o al dormimos otra vez. En esta fase el cuerpo inicia una distensión muscular, la respiración se hace uniforme y la actividad cerebral se hace más lenta que durante el estado de vigilia. El sueño es ligero. Tiene una duración de entre 30 segundos y varios minutos en cada ciclo, donde el EEG (electroencefalograma) muestra una cierta actividad de onda theta (3,5-7,5 Hz). Es la transición entre la vigilia y el sueño. Se pueden dar alucinaciones tanto en

---

<sup>4</sup> Baezg, Flores N, González T, Horrisberger H. Calidad del Sueño en estudiantes de medicina. Revista de Postgrado de la 5ta cátedra de medicina, enero; 2005;141:14-17.

la entrada como en la salida de esta fase. (5 % del tiempo total del sueño).<sup>5</sup>

- **FASE 2 (SUEÑO LIGERO):** El dormir se hace menos superficial. Dura aproximadamente una hora en cada ciclo, la actividad cerebral se disminuye, disminuyéndose también tanto el ritmo cardíaco como el respiratorio. El registro del EEG muestra períodos de actividad theta, husos del sueño y complejos K. Los husos del sueño son conjuntos de ondas de entre 12 y 14 Hz que suceden varias veces por minuto entre las fases 1 y 4 del sueño. Los complejos K son ondas agudas que aparecen de forma abrupta y actúan como mecanismo de inhibición para que el sujeto no se despierte. De este modo, sufrimos variaciones en el tráfico cerebral, períodos de calma y súbita actividad, lo cual hace más difícil despertarse. En algunos casos, se llega a un proceso en el cual nuestras pulsaciones son extremadamente bajas y el sueño es tan profundo que el cerebro presenta dificultades para registrar contacto con el cuerpo, por lo que manda un impulso para corroborar que dicha conexión entre el cerebro y el cuerpo esté en normal funcionamiento. Éste impulso produce una reacción, la cual es abruptamente recreada por la mente, por lo que se produce una sensación violenta y el cuerpo actúa en base a dicha sensación, generalmente con un violento y rápido movimiento del cuerpo. Ocupa entre el 45 % y 50% del tiempo total de sueño.
- **FASE 3:** Es una fase inicial de sueño profundo, es difícil despertar a la persona, los músculos están completamente relajados, los signos vitales disminuyen, dura de 15 a 30 minutos en esta fase se secreta hormona de crecimiento.
- **FASE 4:** Es la fase más profunda del sueño, es muy difícil despertar al sujeto; si tiene déficit de sueño se pasa la mayor parte en esta fase. Esta etapa restaura y descansa al organismo, los signos vitales disminuyen aún más, las ondas cerebrales son de tipo delta, y los músculos se encuentran

---

<sup>5</sup> Velayos, J. medicina del sueño .1ra Edición. Madrid: Panamericana; 2009.p.19-20

completamente relajados. La duración es de 15 a 30 minutos y en esta fase puede ocurrir sonambulismo y enuresis. Ocupa del 18 % al 25 % de tiempo total del sueño.

### **3.2.1.2. EL SUEÑO MOR**

En esta fase hay la actividad onírica, es decir, es cuando soñamos. Esta fase debe su nombre a los movimientos oculares rápidos que se producen. El electromiograma (EMG) revela la desaparición del tono muscular, pero el resto de las funciones corporales y vegetativas se vuelven a activar. La tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la respiratoria, la temperatura corporal y cerebral y el consumo de oxígeno tienen niveles similares a los del estado de vigilia.

Los dos tipos de sueño NO MOR y MOR se van alternando cada 70 a 100 minutos, con un promedio de 90 minutos. Al conjunto de las 4 fases NO MOR y la fase MOR se llama ciclo de sueño. Un ciclo tiene en total una duración de entre 90 y 120 minutos. Este ciclo se repite cuatro o cinco veces cada noche. En los primeros ciclos de la noche predominan las fases de sueño profundo, de descanso. En la segunda mitad de la noche predominan las fases 2 y MOR. Esto significa que a medida que avanza la noche soñamos más, ya que los sueños se producen principalmente durante la fase MOR. Ocupa del 20 % al 25% de tiempo total del sueño

### **3.2.2. FUNCIONES DEL SUEÑO**

La función general del sueño es combatir el cansancio y devolver al organismo el estado físico y mental del inicio del día, el sueño lento favorece procesos energéticos, síntesis, de proteínas aumenta la liberación de hormona del crecimiento, disminuye la respuesta a las hormonas suprarrenales, aumenta los procesos de división celular también juega un rol muy importante en Mejorar el humor en general, Mejorar el sistema inmune.

### 3.2. CALIDAD DEL SUEÑO

En definitiva, el sueño es un indicador de salud; una cantidad suficiente así como una calidad adecuada deben ser considerados elementos indispensables de un estilo de vida saludable del mismo modo que el ejercicio o la nutrición. El sueño representa un tercio de nuestras vidas y de su calidad depende en gran medida nuestra salud en la vigilia ,hoy en día, debido a las múltiples ocupaciones que poseemos a lo largo de la jornada, tenemos la tendencia a trabajar horas de más y restarle horas al descanso. Sin embargo, a largo plazo aparecen las consecuencias de no dormir bien, lo que disminuye tu calidad de vida paulatinamente. Diversos estudios han determinado que la pérdida crónica de sueño contribuye a la aparición de diversos problemas de salud e interfiere con nuestras capacidades cognitivas, alterando el aprendizaje y la memoria.

Los principios de la higiene del sueño son:

- Ser regular en la hora de dormir, en la hora de tomar alimentos o en la hora de levantarse, evitar el consumo exagerado de cafeína, alcohol y evitar fumar, realizar actividad física, el evitar cenar muy tarde en la noche.
- Propiciar una rutina relajante en la noche, así como un ambiente adecuado para dormir.

#### 3.2.1. Factores de Riesgo que inciden en la calidad del sueño

- **Niveles de estrés.** Lo ideal sería que al momento de ir a la cama estuviéramos relajados, listos para dormir. Pero esto en ocasiones no es posible, por eso debemos de conocer técnicas de relajación que nos ayuden a conciliar el sueño, como la respiración.
- **La ansiedad y la depresión:** afectan a la capacidad para dormir, la ansiedad impide el sueño y también disminuyen las etapas 4 NO MOR y MOR porque aumentan los niveles de norepinefrina ,adrenalina y corticoides
- **Tareas pendientes.** Es mejor anotar los pendientes en una lista para

olvidarnos de ellos mientras dormimos. Pensemos: ¿resolveré algo si dedico una hora pensando en esto? Si queremos pensar al respecto, lo mejor es levantarse de la cama y hacerlo en otro lado. Para acostumbrar a nuestro cuerpo a utilizar la cama para dormir exclusivamente.

- **Problemas.** Todo mundo tiene problemas. La diferencia está en cómo los enfrenta y qué importancia o relevancia le asignan. Un mismo problema puede destruir a una persona o hacerla más fuerte mentalmente. Todo depende de la percepción. A la hora de dormir, conviene recordar el punto relacionado con la relajación.
- **Iluminación.** Hagamos lo que esté a nuestro alcance para que la cantidad de luz que entre a la habitación sea la menor posible. Podemos también hacer uso de tapa-ojos en caso necesario.
- **Ejercicio físico.** No se recomienda realizar ejercicios físicos antes de dormir. Esto debido a que nuestro cuerpo libera hormonas que hacen que nuestro cuerpo entre en estado de alerta, como la adrenalina.
- **Alimentación.** Tener el estómago lleno no es la mejor manera de dormir. La digestión es mucho más lenta durante el sueño. Lo que puede provocar problemas estomacales. Es importante que la cena no sea abundante y de preferencia comer una o más antes de dormir. Tampoco se trata de dormir con el estómago vacío, porque resulta igual de problemático.
- **Calidad del colchón y la almohada.** Un colchón demasiado duro o suave puede provocarte problemas con la espalda. Busca uno que tenga soporte adecuado para tu espalda, si tiene resortes independientes es mejor. La altura de la almohada tiene que coincidir con tu posición para dormir. Si duermes boca abajo es conveniente una almohada suave y baja; si es boca arriba, una de mediana altura y si duermes de lado entonces una que tenga la altura suficiente para no dormir con el cuello torcido.

- **Posiciones para dormir.** Busca aquella con la que te sientas más cómodo. Evita aquéllas que no permitan una circulación sanguínea adecuada. No siempre se puede controlar esto debido a que nuestro cuerpo se mueve sin que nos demos cuenta durante el sueño
- **Ruidos.** Esto además de contaminar el ambiente también reduce la calidad de sueño. Nuestro cuerpo aunque esté dormido, está alerta de lo que sucede a nuestro alrededor. Un ruido constante, por ejemplo, podría alterar nuestro ritmo cardíaco sin que nos demos cuenta. Algunos estudios indican que hasta podría estar asociado con algunos casos de diabetes. Si no podemos controlar este aspecto, está la opción de utilizar tapones para los oídos especiales para esto.
- **Horario.** Es aconsejable dormir y levantarse siempre a una misma hora. De esta forma, nuestro cuerpo se acostumbra y le resulta más sencillo entrar en sueño o despertarse sin necesidad de despertador. En caso de que usemos despertador, procuremos que empiece con un sonido suave e incremente su intensidad si no nos levantamos

### 3.3. TRANSTORNO DE SUEÑO

Son alteraciones que afectan la capacidad para conciliar el sueño, produciendo comportamientos anormales durante el sueño.

#### 3.3.1. Clasificación de Trastorno del Sueño

##### A. TRANSTORNOS PRIMARIO EN EL SUEÑO

Aparecen como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del sueño – vigilia que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento se subdividen en disomnias y parasomnias.

## A.1) Disomnias

Trastorno primario del sueño caracterizado por insomnio o hipersomnias como principal síntoma

Clasificación de las Disomnias:

### A.1.1) Insomnio

El insomnio es la dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido como consecuencia de factores psicológicos, biológicos o ambientales.

Los pacientes con insomnio se presentan con sueño alterado y síntomas de aumento de la temperatura corporal, frecuencia cardíaca, y tal vez de la tasa metabólica estos síntomas reflejan un estado de hiperestimulación del sistema nervioso central (SNC).

#### **Tratamiento:**

El insomnio comprende componentes conductuales y farmacológico, dentro del componente conductual tenemos a la higiene del sueño que abarca lo siguiente:

- **Horario regular:**

Es primordial establecer un horario de sueño – vigilia , sobre todo un periodo constante para despertar en las mañanas con una desviación no mayor ni menor de 1 hora entre cada día, el tiempo del despertar es tal vez el sincronizador más importante de los ritmos circadianos

- **Ambiente propicio para Dormir**

La habitación debe tener una temperatura templada, ambiente oscuro y tranquilo

- **Tiempo de Relajación**

El tiempo para relajarse antes de dormir es relevante, se debe aconsejar a los pacientes que dejen de trabajar 30 minutos antes de la hora de inicio

del sueño y cambiar las actividades por otras diferentes y menos estresantes como leer y escuchar música

- **Evitar preocupaciones durante el Tiempo en la Cama**

Se debe alentar al individuo para que no pase tiempo en la cama preocupados por no poder dormir o pensando en las actividades planeadas para el día siguiente, si no logran dormirse después de 30 minutos deben levantarse a realizar cualquier actividad y luego regresar a la cama

- **Componente Farmacológico**

Abarca el uso de hipnóticos, lo más utilizados son las benzodiazepinas.

### **A.1.2) Hipersomnia**

Hipersomnia consiste en un aumento importante de 25 % de la duración total del sueño durante más de unos días, presenta dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados. Los pacientes que tienen esta alteración notan una necesidad de dormir lo cual da lugar a siestas que duran a menudo 60 minutos o más las cuales no son satisfactoria

### **A.1.3) Narcolepsia**

La narcolepsia es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes e incontrolables de sueño durante los periodos de vigilia y también episodios de debilidad súbita, parálisis del sueño y alucinaciones, aunque la narcolepsia no tiene consecuencias graves para la salud puede ser incapacitante y aumentar el riesgo de sufrir accidentes de todo tipo.

### **Síntomas**

Los síntomas pueden presentarse durante la adolescencia o al comienzo de la edad adulta se puede presentar uno o más síntomas en un mismo día y cada episodio dura como mucho media hora es más probable que las crisis se presenten en situaciones monótonas.

**Diagnóstico y Tratamiento:** Se realiza a base de los síntomas, si el diagnóstico no está claro se procede a la realización de un electroencefalograma para el registro de la actividad eléctrica cerebral cuando la persona tiene narcolepsia el electroencefalograma (EEG) muestra que el sueño REM se produce inmediatamente al conciliar el sueño en vez de tener lugar más tarde, en el ciclo del sueño

### **Tratamiento**

Se utiliza fármacos estimulantes como la nafetamina, dextroanfetamina, metilfenidato y pimoline pueden ayudar a reducir la somnolencia pero a dosis ajustadas para evitar reacciones adversas como nerviosismo, hiperactividad o pérdida de peso.

#### **A.1.4. Trastornos del sueño relacionado con problemas respiratorios**

Estas alteraciones pueden verse como manifestaciones de resistencia creciente al flujo de aire en la vía superior que se colapsa con frecuencia y que ocasiona disminución significativa de la saturación de oxígeno, efectos hemodinámicos y fragmentación del sueño.

##### **A.1.4.1. Apnea del Sueño**

La apnea del sueño es un trastorno común en el que la persona que lo sufre hace una o más pausas en la respiración o tiene respiraciones superficiales durante el sueño.

Las pausas pueden durar entre unos pocos segundos y varios minutos. A menudo ocurren entre 30 veces o más por hora. Por lo general, la respiración vuelve a la normalidad, a veces con un ronquido fuerte o con un sonido parecido al que una persona hace cuando se atraganta.

Casi siempre la apnea del sueño es un problema crónico de salud que altera el sueño. La persona pasa de un sueño profundo a un sueño liviano cuando hay una pausa en la respiración o cuando la respiración se vuelve superficial.

La mayoría de las personas que sufren apnea del sueño no saben que la tienen porque solo ocurre durante el sueño. El primero en notar los signos de la apnea del sueño puede ser un familiar o quien duerme en la misma cama con la persona afectada.

El tipo más común de apnea del sueño es el apnea obstructiva y el menos común es el apnea central del sueño

### **1. Apnea Obstructiva del Sueño**

Es provocada por la relajación de los tejidos blandos de la parte posterior de la garganta o por la estrechez de ésta, lo cual bloquea el paso del aire. Esto ocasiona fuertes ronquidos, que si se continúan obstruyen completamente la vía y deteniendo el paso de aire totalmente.

En ella las vías respiratorias se estrechan o bloquean durante el sueño. Esto causa respiración superficial o pausas en la respiración.

Cuando la persona trata de respirar, el aire que logra pasar por la parte obstruida puede causar ronquidos fuertes. La apnea obstructiva del sueño es más frecuente en personas con sobrepeso, pero puede afectar a cualquiera. Por ejemplo, los niños pequeños que tienen las amígdalas inflamadas pueden tener apnea obstructiva del sueño.

#### **Síntomas:**

Como consecuencia de los episodios, el sueño del paciente no es reparador aparece:

- somnolencia diurna,
- presencia de fatiga crónica
- alteraciones respiratorias

La persona con apnea suele levantarse con frecuencia para ir al baño, se despierta frecuentemente con la boca seca y al día siguiente nota cansancio, dolor de cabeza y se queja de la alta probabilidad de dormirse

en situaciones inapropiadas, mientras conduce, lee o asiste a reuniones de trabajo.

### **Diagnostico**

En la detección de la apnea obstructiva del sueño juega un papel fundamental la pareja del paciente, familiar y compañero de habitación ya que el enfermo no siempre es consciente de la importancia del problema. Es el acompañante el que observa la existencia de un ronquido estrepitoso, movimientos corporales y la observación de frecuentes paradas en la respiración que terminan con un ronquido mayor de lo habitual.

### **Tratamiento**

Una vez que se sospecha la existencia de la patología, es conveniente realizar un estudio del sueño que confirme la presencia del trastorno y establezca su severidad con el fin de ofrecer la mejor opción de tratamiento. En casos leves, puede bastar con observar ciertas medidas relacionadas con el estilo de vida, como controlar el peso, no consumir alcohol y cambiar la postura durante el sueño.

En situaciones de gravedad el especialista prescribirá una presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), que consiste en un generador de presión que transmite a través de una mascarilla nasal una presión continua a la vía aérea superior impidiendo que ésta se colapse. Según los especialistas, esta mascarilla suele tener un efecto rápido haciendo desaparecer los ronquidos nocturnos y la somnolencia durante el día. Este tratamiento no suele tener efectos secundarios graves y en el caso de que éstos aparezcan son transitorios y desaparecen tras las primeras semanas.

## **2. Apnea Central del Sueño**

La apnea central del sueño es un tipo menos frecuente de apnea del sueño. Sucede cuando la parte del cerebro que controla la respiración no envía

las señales correctas a los músculos respiratorios. A consecuencia de esto, la persona no hace esfuerzos por respirar durante períodos cortos.

La apnea central del sueño puede presentarse en cualquier persona, sin embargo, es más frecuente en quienes sufren ciertas enfermedades o usan ciertas medicinas, Problemas que afectan el tronco encefálico, incluso infección cerebral, accidente cerebrovascular o afecciones de la columna cervical.

### **Síntomas**

Las personas con apnea central del sueño tienen episodios de interrupción de la respiración durante el sueño

- Fatiga crónica
- Somnolencia diurna
- Dolores de cabeza matutinos
- Sueño intranquilo
- Por lo general no se producen ronquidos

### **Diagnostico**

El médico llevará a cabo un examen físico. Se harán exámenes para diagnosticar una afección subyacente. Un estudio del sueño polisomnografía puede confirmar la presencia de apnea del sueño.

### **Tratamiento**

El tratamiento de la afección que está causando la apnea central del sueño puede ayudar a controlar los síntomas. Por ejemplo, si la apnea central se debe a una insuficiencia cardiaca, el objetivo en sí es tratar dicha insuficiencia, prescribiendo fármacos que reduzcan la gravedad de la insuficiencia cardiaca, el uso del presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) también alivia a las personas con apnes, proporcionar oxígeno por cánula nasal también puede ser útil<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Marck H. Información médica general. Barcelona.: 1ra edición editorial océano; 2010. p.569.

### **A.1.5. Trastornos del Sueño relacionado con Problemas del Ritmo Circadiano**

Con frecuencia las alteraciones en la regulación de los sistemas circadianos se presentan como problemas para dormir. Aquí se consideraran dos de los grupos generales de trastornos de sueño, basados en el ritmo circadiano: primarios y secundarios.

El primer grupo primario comprende los trastornos caracterizados por incapacidad persistente para lograr el ritmo circadiano del ciclo del sueño, en estos trastornos se incluye el síndrome de fase retardada del sueño, el síndrome de fase avanzada del sueño, el ciclo de sueño – vigilia diferente a 24 horas y el ciclo de sueño –vigilia irregular.

El segundo grupo secundario consiste en alteraciones que ocurren en personas cuyos sistemas circadianos son normales, pero que intentan reajustarse, con dificultad a los ritmos circadianos de situaciones nuevas, como las impuestas por cambios en los turnos laborales.<sup>7</sup>

#### **A.1.5.1 Grupo Primario**

##### **A.1.5.1.1. Síndrome de Fase Retardada del Sueño**

El paciente típico que presenta este síndrome permanece despierto hasta la madrugada intentando dormirse una vez dormido tendrá un sueño normal, a menos que sea interrumpido por algún estímulo externo en los días que tenga un sueño normal se sentirá descansado pero manifestará una sensación de somnolencia cuando necesita levantarse temprano, a menudo estas personas se sienten más despiertas y alertas conforme progresa el día, y con frecuencia les gusta trabajar hasta tarde.

---

<sup>7</sup> Reit M., Ruddy J., Nagel Evaluación y manejo de los trastornos psiquiátricos del sueño. 3ra edición. México; 2003. P.55

### **Síntomas**

- Insomnio al inicio del sueño
- Dificultad para levantarse en las primeras horas de la mañana
- Embotamiento y fatiga diurnas , sobre todo en los días que se requiere levantarse temprano
- Sensación de estar más alerta o con mayor energía al final de la tarde
- molestias ocasionales de depresión

### **Diagnostico**

Puede hacerse un diagnostico basado en el interrogatorio, resulta de gran ayuda el diario del sueño donde estén registrados datos de un periodo de dos semanas lo típico es que las personas se levantan inusualmente tarde los días de semana o días festivos en un intento de recuperar el sueño perdido durante la semana, a menudo el registro revela que la somnolencia diurna aumenta conforme progresa la semana.

También cuando se estudia este tipo de pacientes en el laboratorio de sueño muestran una prolongada latencia del sueño seguida por un sueño de características polisomnograficas normales, con despertar retrasado hasta que se haya satisfecho la cantidad de sueño necesaria, también un retraso en la melatonina muestra un retraso en la fase en el (SFRS) síndrome de fase retardada del sueño.

### **Tratamiento**

El manejo del problema de la falta de sincronía circadiana entre semana, es practicar una buena higiene del sueño donde el apego estricto a un horario para levantarse los siete días con una variabilidad no mayor de una hora entre los días laborales y los fines de semana. Otros tratamientos también utilizados.

La exposición inmediata a una luz blanca brillante al levantarse avanza el inicio del sueño de manera eficaz en muchos pacientes para tratar con éxito este trastorno

El uso de melatonina de 0.5 a 5 mg durante, en la tarde durante algunos días ayuda a avanzar los ritmos circadianos

#### **A.1.5.1.2. Síndrome de Fase Avanzada del Sueño**

En este síndrome es el menos común el paciente se queja de dormirse a las 8:00pm o más temprano y levantarse entre 3:00 y 5:00 de la mañana, este síntoma debe estar presente durante al menos tres meses con el fin de ser diagnosticado correctamente, se sospecha de la existencia de un avance en la fase de los ritmos de la temperatura corporal y de la melatonina.<sup>8</sup>

#### **Tratamiento**

Para el síndrome de fase avanzada del sueño debe usarse la terapia con luz brillante durante 30 a 45 minutos (entre 7:00 y 9:00 pm) Se ha informado que la cronoterapia, con el sujeto yendo a la cama tres horas antes cada noche hasta que se normalice la fase avanzada ha sido efectiva.

#### **A.1.5.1.3. Ciclo de Sueño –Vigilia con duración diferente de 24 Horas**

Se caracteriza por la insuficiencia del ritmo circadiano biológico para ajustarse al ciclo de 24 horas de luz-oscuridad ambiental, siendo de más duración. Los individuos afectados tienen ciclos de vigilia-sueño de 24.5 horas a 25 horas. El ser humano tiene ritmos circadianos, como el ciclo vigilia-sueño, con periodos de algo más de 24 horas y es gracias a la interacción con señales temporales exógenas lo que nos hace ajustarnos a los ciclos de 24 horas de luz-oscuridad ambiental.

Puede ocurrir puntualmente en individuos con agudeza visual normal baja, en determinadas circunstancias ambientales como el aislamiento en entornos insuficientemente iluminados y con horarios atípicos.

Se instaura como patología habitual en invidentes desde el momento que tienen pérdida total de la percepción de la luz.

---

<sup>8</sup> Reit M., Ruddy J., Nagel K. Evaluación y manejo de los trastornos psiquiátricos del sueño. 3ra edición. Mexico; 2003. P.60

### **Tratamiento**

Debe intentarse la exposición a la luz blanca brillante a 10000 lux durante 30 a 45 minutos, en las primeras horas de la mañana.

Sino responden a la luz se agregara melatonina de 0.5 mg a 1.0mg antes de acostarse .se ha demostrado que la melatonina es eficaz para normalizar un ciclo circadiano en las personas ciegas

#### **A.1.5.1.4 Ciclo Irregular de Sueño – Vigilia**

Se caracteriza por la ausencia de un ritmo circadiano sueño-vigilia claramente definido. Tal ritmo está tan desestructurado, o es tan caótico, que los periodos de sueño y vigilia son absolutamente variables a lo largo de las 24 horas del día. Aunque el tiempo de sueño total es normal, los pacientes muestran síntomas y signos de insomnio o somnolencia dependiendo de la hora del día.

#### **Síntomas**

- Dormir o hacer siesta más de lo habitual durante el día.
- Dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormido durante la noche.
- Despertarse con frecuencia durante la noche.

#### **Diagnostico:**

Una persona debe tener al menos tres episodios de sueño y vigilia anormales durante un período de 24 horas para recibir el diagnóstico de este problema. El tiempo entre los episodios generalmente es de 1 a 4 horas.

Si el diagnóstico no está claro, el médico puede recetarle un dispositivo llamado actígrafo, que es similar a un reloj de pulso y puede decir cuándo una persona está durmiendo o está despierta.

### **Tratamiento**

Se basa en lograr la regularidad del ciclo sueño – vigilia con actividad diurna normal, ejercicio regular, alimentos a horas determinadas y buena higiene del sueño. En ocasiones se puede recurrir a luz blanca brillante y melatonina (0.5 a 1.0 mg.)

### **A.1.5.2 Grupo Secundario**

#### **A.1.5.2.1 Trastorno del Sueño Ocasionado por Turno Laboral Nocturno**

La causa de los trastornos es un trabajo fatigante en el turno de noche acompañado de un descanso diurno poco reparador. Durante el día nuestros parámetros biológicos tienen unas constantes naturales tales como:

- Temperatura,
- Frecuencia cardíaca
- Consumo de oxígeno

Que son diferentes a las de la noche estas ritmicidades en el cambio de nuestras constantes biológicas se repiten cada 24 horas y es la característica de nuestro ritmo circadiano. En el trabajador nocturno se produce una desincronización de su ritmo biológico circadiano natural. Esta desincronización se traduce por una mayor predisposición a la fatiga. Otra causa coadyuvante de fatiga es la distorsión cíclica del sueño que sufre el trabajador nocturno, ya que el sueño diurno no tiene las características reparadoras del sueño nocturno.<sup>9</sup>

#### **Síntomas de Presentación**

- fatiga crónica, insomnio y desempeño laboral deficiente
- dificultad para iniciar el sueño
- disminución de la duración del sueño así como la calidad deficiente
- quejas de estrés en el trabajo, depresión, así como problemas emocionales y en la vida familiar
- molestias somáticas mayormente gastrointestinales
- tabaquismo y consumo de cafeína en exceso para ayudar a mantener el estado de alerta<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Reit M., Ruddy J., Nagel K. Evaluación y manejo de los trastornos psiquiátricos del sueño. 3ra edición. México; 2003. P.62-63

<sup>10</sup> *Ibíd.*, p.62-65.

### **Tratamiento**

Los dos métodos más generales es intentar mantener un esquema de sueño y alimentación regular siempre sea posible tomar siestas para disminuir la pérdida del sueño en un ambiente adecuado, practicar una higiene adecuada del sueño incluyendo la reducción en el consumo de alcohol y cafeína.

#### **A.1.5.2.2. Jet Lag**

Es la desincronización del ritmo circadiano producida por un viaje en el cual los ritmos de sueño y vigilia y otros ritmos circadianos fisiológicos quedan repentinamente fuera de sincronía.

#### **Síntomas:**

Dificultad para dormir en la nueva hora del sueño, somnolencia, fatiga diurna alteraciones para funcionar durante las nuevas horas del día.

Los ritmos del cuerpo con duración de 24 horas como la temperatura corporal se quedan en el viejo horario y cambian con lentitud al nuevo lo cual requiere alrededor de un día para adaptarse, esto por cada hora de cambio en el tiempo los síntomas de jet lag son más pronunciados en viajes de occidente a oriente y menos notorios en viajes de este a oeste

#### **Tratamiento**

Es útil adelantarse al cambio de tiempo empezando con modificaciones en los patrones de sueño y actividad, es mejor cambiar al nuevo horario de reposo – actividad tan pronto llegue al destino, dormir en el nuevo horario, comer y trabajar con el mismo esquema, otras medidas tomar hipnóticos de acción corta.

### **A.2. PARASOMNIAS**

Son conductas extrañas, inconscientes que se presentan durante el sueño que luego no se recuerdan son más frecuentes en niños que en adultos. En sus fases de sueño – vigilia se describen cuatro categorías generales a continuación:

## **A.2.1 TRASTORNOS DEL DESPERTAR**

### **A.2.1.1 Terrores Nocturnos**

Son episodios temibles en que la persona se incorpora, grita y patalea, los ojos están abiertos y el corazón se acelera, estos incidentes se producen en general durante la fase del sueño no REM. En los adultos los terrores nocturnos se asocian a problemas psicológicos o al alcoholismo

### **A.2.1.2 Sonambulismo**

Es el acto de caminar de forma semiconsciente durante el sueño, sin darse cuenta de ello, es más frecuente al final de la niñez y durante la adolescencia, los episodios se producen durante las fases profundas del sueño.

Las personas no sueñan durante la etapa de sonambulismo la actividad cerebral durante este periodo se parece más a la de un individuo despierto, los somnábulo pueden hablar entre dientes y de forma repetitiva y algunos llegan a lesionarse al tropezar con obstáculos, la mayoría no recuerdan lo que han hecho no existe tratamiento específico para corregir este trastorno a veces la tendencia al sonambulismo se reduce dejando una luz encendida, el camino del somnábulo debe dejarse despejado de obstáculos que puedan lesionarlo, no se recomienda despertar al somnábulo de forma brusca porque podría reaccionar violentamente .

## **A.2.2. Trastornos de Transición Sueño – Vigilia**

### **A.2.2.1 Movimientos Rítmicos durante el Sueño**

Se refieren a un conjunto de trastornos que se caracterizan por la presencia de movimientos estereotipados, de carácter rítmico, que implican principalmente la cabeza ejemplo: golpes con la cabeza sobre la almohada normalmente se prolongan durante 5-15 minutos pero puede persistir durante horas.

#### **A.2.2.2 Somnilocuo**

Es hablar durante el sueño surge en cualquier fase del sueño y los contenidos suelen referirse a acontecimientos recientes o hacen alusión a acontecimientos más afectivos

#### **A.2.3. Parasomnia Asociada al Sueño MOR (movimiento ocular rápido)**

##### **A.2.3.1. Pesadillas**

Las pesadillas son sueños aterradoros que se presentan durante una secuencia de sueño prolongado, a menudo confusos que ocasionan temor o ansiedad intensos pueden ocurrir en cualquier momento durante la noche, son más frecuentes alrededor de la mañana cuando los periodos de sueño MOR (movimientos oculares rápidos) son más prolongados, pero debido a que casi siempre una pesadilla casi siempre termina cuando el sujeto recupera su estado de alerta, pero el sentimiento de ansiedad o temor continúa.

#### **A.2.4. OTRAS PARASOMNIAS**

##### **A.2.4.1. Bruxismo**

Es un trastorno muy frecuente que consiste en el rechino repetitivo de los dientes, a veces violento, la prevalencia es mayor en niños y se va reduciendo con la edad, en ocasiones el niño no es consciente de esta conducta y muy raras veces se despierta en consecuencias del ruido provocado. El bruxismo ocurre sobre todo en la fase II del sueño, el tratamiento de elección es un instrumento dental que evite el daño y desgaste de los dientes.

##### **A.2.4.2. Enuresis Nocturna**

Es una micción involuntaria durante el sueño, ocurre durante las fases de III y IV del dormir, si sucede en los niños menores de cuatro años es normal y hasta los 7 años no es nada preocupante.

#### **A.2.4.3. Síndrome de Piernas Inquietas**

Es un trastorno que afecta del 1 % al 5 % de la población en particular en personas mayores de 50 años la característica de este síndrome es que la persona siente una molestia vaga en las piernas , lo que produce la necesidad apremiante de moverlas cuando están sentadas o acostadas , antes de conciliar el sueño durante el sueño las piernas se mueven espontanea e incontrolablemente lo cual despierta con frecuencia a la persona es mayor la probabilidad que parezca cuando la persona esta con estrés

### **B. TRANSTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADO CON OTRO TRANSTORNO MENTAL**

#### **B.1. Insomnio e Hipersomnias relacionados con otro trastorno mental**

En este tipo de trastornos, es necesario saber que siempre está presente o el insomnio o la hipersomnias, pero muchas veces pueden estar enmascarando los síntomas de un trastorno mental, así de este modo una persona que tenga depresión puede acudir a la consulta por no poder dormir, ya que es lo que más le afecta en ese momento, sin apenas darse cuenta que esto va provocado por la depresión.

El insomnio y la hipersomnias pueden venir dados por muchos trastornos mentales, por ejemplo personas con trastorno depresivo mayor pueden estar padeciendo insomnio y personas con trastorno bipolar pueden estar experimentando hipersomnias.

En muchos de los trastornos mentales se da un alto grado de problema del sueño y este suele tener el mismo curso clínico que el trastorno mental al que está asociado.

### **C. TRANSTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR SUSTANCIAS**

Consiste en alteraciones como consecuencia del consumo o del abandono de alguna sustancia. En particular existen tres sustancias, cuyo consumo está muy extendido en nuestra cultura y deteriora la calidad subjetiva del sueño:

- **Cafeína:** potente inhibidor del sueño , incrementa los despertares nocturnos
- **Nicotina:** el efecto de grandes cantidades de este estimulante provoca una activación fisiológica
- **Alcohol:** la toma de alcohol dos horas antes de irse adormir es poco recompensante, la persona no duerme y se puede despertar varias veces durante la noche

### 3.4. NEUROSIS

#### 3.4.1. Definición

La neurosis es un trastorno psicológico que se caracteriza por una intensa conflictividad interior.

La persona neurótica tiene un deficiente control de su vida afectiva y de sus pulsiones e instintos. No llega a satisfacer sus deseos, a menudo reprimidos por su consciencia o por el entorno que le rodea. El neurótico padece una falta de autoestima , no tiene una buena imagen de sí mismo, con lo que a menudo se auto rechaza como persona. Es un sujeto inseguro, con sentimientos de inferioridad y con tendencia a vivir en la culpa y el autocastigo. La ansiedad domina su existencia.

Respecto a su vida social, los neuróticos son personas inseguras que se sitúan en posiciones defensivas. Su conflictividad interna les impide tener relaciones interpersonales fluidas y naturales. La persona con neurosis acostumbra a repetir las mismas pautas de conducta, sin apenas variarlas, y evita perturbar su precario equilibrio. Emplea abusivamente mecanismos de defensa del Yo (represión, fantasía, sublimación, racionalización, proyección, regresión)

#### 3.4.2. Tipos de Neurosis

Las neurosis más comunes son:

- Depresión

- Pánico trastorno obsesivo – compulsivo
- Fobias
- Trastorno de ansiedad generalizada

### 3.4.2.1. DEPRESIÓN

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y sistemas somáticos variados.

#### A. Etiología

##### A.1. Bioquímicos cerebrales

Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión, mientras que excesos de ellos producen manías.

Posteriormente se sugirió que un déficit de serotonina.

##### A.2. Neuroendocrinos

El sistema de secreción hormonal del organismo funciona en interrelación con el sistema nervioso y también es influido por agentes externos.

En la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento del llamado eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal. Estas tres glándulas funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol.

La cantidad de hormona segregada sirve de freno a la glándula estimuladora, mecanismo que se llama retroalimentación. Parece que en la depresión esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad y en trastornos

como la depresión mayor se han visto niveles elevados de cortisol Producido por las glándulas suprarrenales.

### **A.3. Factores Psicosociales**

En la depresión psicosocial, se amplían todas las circunstancias externas virtualmente productoras de diferentes modalidades de estrés como factores precipitantes de los trastornos afectivos, y por ende depresivos. Estos sucesos vitales, al afectar a la persona que ya tiene un desequilibrio de base, desencadenan; el inicio de un estado depresivo o una depresión psicosocial con consecuencias desastrosas Las personas deprimidas, experimentan los sucesos vitales y los hechos cotidianos; con mayor exigencia y precisan de mayor uso de recursos emocionales.

## **B. Tipos de Depresión**

### **1. El trastorno depresivo mayor**

Es una forma de depresión severa que interfiere con la capacidad de una persona para comer, dormir, trabajar, estudiar o participar en las actividades diarias, como lo haría normalmente. Los episodios depresivos mayores suelen durar al menos dos semanas. Para la mayoría de las personas, un episodio de depresión mayor puede ocurrir sólo una vez, pero para algunas, puede volver a ocurrir a lo largo de su vida.

### **2. El trastorno distímico**

Es un estado de ánimo deprimido crónicamente, ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de dos años, y no puede tener un periodo mayor de dos meses seguidos libres de sintomatología .durante los periodos de depresión ocurren por lo menos dos de los siguientes síntomas: anorexia o hiperfagia, insomnio, baja energía, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones, desesperanza. En resumen son paciente con depresión relativamente leve de duración larga y con intervalos muy cortos asintomáticos.

### 3. El trastorno afectivo estacional

Es un tipo de depresión que surge con mayor prevalencia durante los meses de invierno, cuando hay menos luz solar natural. Las personas que sufren este trastorno suelen salir de su depresión durante los meses de primavera y verano.

### 4. El trastorno bipolar

Es una forma de la enfermedad maníaco-depresiva que puede caracterizarse por “altos” y “bajos” extremos en el estado de ánimo de una persona.

## C. Síntomas de la Depresión

- Tristeza que no desaparece
- Aburrimiento
- Sentimiento de Irritabilidad o ansiedad
- Pérdida de interés en pasa tiempos y actividades normales
- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso
- Objetivamente enlentecimiento motor o agitación
- Irregularidad en los hábitos el sueño
- Arrebatos de gritos o llanto inexplicable
- Comportamiento imprudente o riesgoso como el abuso de alcohol o drogas

## D. Diagnostico

La indagación en la historia del paciente es un arma fundamental para que el profesional pueda diagnosticar un caso de depresión, se debe incluir una historia médica completa, donde se vea cuando empezaron los síntomas, su duración y también hay que hacer preguntas sobre el uso de alcohol , drogas o si el paciente ha pensado en el suicidio o muerte, una evaluación diagnostica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla , pensamiento depresivo, se deben de dar en el periodo de dos semanas algunos de los síntomas antes tratados uno de ellos debe ser el cambio ene l estado de ánimo, pérdida de interés o de la capacidad del placer.

## **E. Tratamiento**

### **E.1. Tratamiento Farmacológico**

Los fármacos utilizados comúnmente son los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los cuales van a funcionar equilibrando los niveles bajos de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea. Normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento.

### **E.2. Psicoterapia**

Su fin es ayudar al paciente a conocerse mejor y cambiar sus malas formas de pensar, sentir y actuar. Ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estos diálogos se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión como causa y consecuencia

### **E.3. Medidas Coadyuvantes**

Diferentes estudios apuntan a que realizar ejercicio físico puede reducir hasta un 50% los síntomas, si se practica al menos tres días a la semana, descenso comparable a la proporcionada por la terapia cognitivo-conductual o los fármacos antidepresivo

#### **3.4.2.2. TRANSTORNO DE PÁNICO**

Los ataques de pánico son períodos en los que el individuo sufre de una manera súbita un intenso miedo o temor con una duración.

Los ataques o crisis de pánico generalmente aparecen de repente y pueden alcanzar su máxima intensidad en unos 10 minutos. No obstante, pueden continuar durante más tiempo si el paciente ha tenido el ataque desencadenado por una situación de la que no es o no se siente capaz de escapar.

En los ataques de pánico sin disminución de intensidad desencadenados por una situación de la que el sujeto desea escapar, algunos individuos pueden hacer esfuerzos desesperados por intentar escapar de la situación.

### **A. Factores que influyen en los Trastornos de Pánico**

Una combinación de factores puede predisponer a los trastornos de pánico.

**A.1. Factores Genéticos:** El riesgo de trastorno de pánico se quintuplica entre familiares de primer grado. Es probable que múltiples genes contribuyan a este riesgo.

**A.2. Factores Ambientales:** Los ataques de pánico, por definición, se producen inesperadamente. No obstante, aparecen en un contexto y ciertas características del medio pueden desencadenar síntomas intensos de ansiedad. Antecedentes significativos de factores estresantes impredecibles e incontrolables son frecuentes.

**A.3. Factores Psicológicos:** factores como la inhibición conductual pueden contribuir al riesgo de ataques de pánico durante la adultez. Conductas aprendidas de escape y evitación mantienen el trastorno y con el tiempo pueden llevar a alteración funcional creciente. La sensibilidad a la ansiedad o la tendencia a malinterpretar los síntomas físicos como peligrosos, son factores psicológicos de riesgo

### **B. Síntomas**

El síntoma básico de trastorno de pánico es el ataque de angustia severa y de comienzo brusco, generalmente de breve duración y con carácter episódico

también pueden aparecer estos síntomas:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo.
- Desrealización o despersonalización.
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).

### C. Diagnóstico

Muchas personas con trastorno de pánico acuden primero a buscar tratamiento en la sala de urgencias, porque el ataque de pánico a menudo se siente como un ataque cardíaco. El médico llevará a cabo un examen físico y una evaluación psiquiátrica. El diagnóstico de trastorno de pánico se basa sobre los antecedentes relatados por el paciente, la entrevista y la observación de la conducta. Tres características clave son importantes para el diagnóstico diferencial del trastorno de pánico:

- Los ataques de pánico son recurrentes, aparecen inesperadamente y alcanzan su máximo en pocos minutos.
- El temor o la aprensión se centran en las consecuencias fisiológicas o psicológicas de las sensaciones de pánico.
- Se adoptan conductas de evitación o de seguridad a fin de reducir al mínimo la experiencia de episodios de pánico a futuro.

## D. Tratamiento

### D.1. Tratamiento Farmacológico

El tratamiento del trastorno de pánico requiere la combinación de fármacos y psicoterapia, para prevenir los ataques de pánico es necesario neutralizar el núcleo metabólico responsable de su producción y esto se logra primordialmente con el uso de fármacos apropiados tales: Antidepresivos tricíclicos (IMAO), benzodiazepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

### D.2. Tratamiento No Farmacológico

Los tratamientos psicológicos más eficaces y breves para las crisis de pánico son los que siguen un enfoque cognitivo-conductual. Estos tratamientos, aplicados por psicólogos especialistas en problemas de ansiedad, se basan en enseñar al paciente diferentes estrategias para ayudarlo a controlar las crisis de pánico, reducirlas hasta que desaparezcan y enseñarle a afrontar situaciones temidas.

### 3.4.2.3. TRANSTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El trastorno obsesivo compulsivo es una condición mental común, heterogénea de larga duración y puede llegar a causar una gran disfunción. Tradicionalmente se considera que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se inicia antes de los 25 años con más frecuencia en la pre-adolescencia sin embargo Rasmussen y Tsuang dos picos en el inicio de la enfermedad: 12 a 14 y 20 y 22 años

#### A. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) está caracterizado por:

- **Obsesiones:** son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, es decir, que no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y son vividos como exagerados o sin sentido, a

veces como repugnantes. El enfermo realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos, a veces sin conseguirlo. Es entonces cuando se ponen en marcha las conductas compulsivas encaminadas a reducir la ansiedad motivada por la obsesión.

- **Compulsiones:** son conductas repetitivas, generalmente caprichosas, y aparentemente finalistas que se realizan según determinadas reglas de forma estereotipada y cuya principal función es reducir la ansiedad provocada por la obsesión

## B. Tipos de trastorno obsesivo- compulsivo (TOC)

- **Lavadores y limpiadores** son personas a las que carcomen obsesiones relacionadas con la contaminación o el contagio a través de determinados objetos o situaciones (contaminarse a sí mismo o contagiar a los demás). Obsesiones en relación con la propagación de la enfermedad mediante la suciedad, microorganismos y sustancias tóxicas. Con frecuencia, usan guantes o desinfectantes, lavan y limpian sus manos, la ropa, limpieza general de la casa, un sinnúmero de veces al día, a pesar de que nunca logra sentirse limpio o libre de contaminantes.
- **Verificadores:** son personas que inspeccionan de manera excesiva con el propósito de evitar que ocurra una determinada catástrofe; obligados a comprobar los objetos, como las cerraduras de las puertas (ser asaltado por ladrones), los listados de contrataciones y los aparatos electrodomésticos (gas, vitrocerámicas, calentador, enchufes). Revisan cajones, puertas y aparatos eléctricos para asegurarse de que están cerrados, con seguro o apagados; viven con temor excesivo e irracional de causar daños a sí mismos o a los demás a causa de una falta de control y verifican constantemente las cosas.
- **Verificadores somáticos e hipocondríacos:** intrusiones obsesivas persistentes en relación a su salud; temor a desarrollar una enfermedad

amenazante para la vida (ej. cáncer) (entran en pánico ante síntomas somáticos extraños y lo relacionan con una enfermedad grave que pueda acabar con su vida); verifican diversas funciones corporales, como la frecuencia cardíaca, ritmo de la respiración, temperatura corporal o diversos aspectos de su imagen corporal o anatómica

- **Repetidores:** son aquellos individuos que se empeñan en la ejecución de acciones repetitivas.
- **Ordenadores:** son personas que exigen que las cosas que les rodean estén dispuestas de acuerdo con determinadas pautas
- **Atormentados y obsesivos puros:** experimentan pensamientos negativos reiterados, que resultan incontrolables y bastante perturbadores. No obstante, a diferencia de quienes sufren los demás tipos de trastorno obsesivo- compulsivo (TOC), no se entregan a comportamientos reiterativos de tipo físico (sin compulsiones), sino a procesos reiterativos únicamente mentales
- **Perfeccionistas:** autoexigentes y autocríticos, se preocupan por detalles menores e irrelevantes; necesidad imperiosa de hacer las tareas perfectas
- **Preguntadores compulsivos:** tienen la necesidad de estar continuamente preguntándose a sí mismos o a los demás sobre cualquier cosa por nimia, trivial o absurda que sea
- **Dubitativos e indecisos:** los pacientes con trastorno obsesivo- compulsivo (TOC) suelen tener dificultades con las situaciones ambiguas e inciertas, y con la toma de decisiones. Suelen preocuparse por los errores y dudar sobre sus acciones.

### C. Síntomas

Los síntomas fundamentales son las obsesiones y compulsiones:

### **Obsesiones**

- Temor a contaminarse
- Temor a causar daños a otros o a que le pase algo sus familiares
- Ideas agresivas o de contenido sexual
- Escrupulosidad /religiosidad excesiva
- Pensamientos prohibidos
- Necesidad de decir o confesar

### **Compulsiones**

- Lavarse
- Repetir una acción hasta hacerla 'bien'
- Asegurarse de haber cerrado la puerta, de haber cerrado el agua...
- Tocar
- Contar objetos o hasta un determinado número
- Ordenar y rezar

### **D. Diagnostico**

Puede tomar años para que un paciente con trastorno obsesivo- compulsivo (TOC) encuentre un profesional de salud en quien confié sus síntomas, el interrogatorio debe ser corto, sencillo, amigable, y con una aceptable sensibilidad y especificad en base a estas preguntas es básico ¿realiza aseo o limpieza muchas veces al día? ¿Revisa las cosas en muchas oportunidades? ¿Existe algún pensamiento que le molesta continuamente del cual quisiera deshacerse? ¿Se preocupa excesivamente por el orden?

### **E. Tratamiento**

#### **E.1. Tratamiento farmacológico:**

La medicación es útil en el control de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) pero a menudo, si se deja el fármaco, sobreviene una recaída. La mayoría de las personas necesitará medicarse indefinidamente. El primer tratamiento específicamente aprobado para su uso en el trastorno

obsesivo- compulsivo (TOC) fue el antidepresivo tricíclico clomipramina (Anafranil). Los psicofármacos de segunda generación, que son utilizados hoy en día, se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Estudios extensos han demostrado que estos inhibidores favorecen, al menos ligeramente, a casi el 80 por ciento de los pacientes. Y en más de la mitad de los casos, la medicación alivia los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) al disminuir la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones. La mejoría por lo general no se alcanza hasta las dos o más semanas de tratamiento.

## **E.2. Tratamiento No Farmacológico**

Un método específico psicológico llamado Exposición y Prevención de respuesta es efectivo para muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), mediante este método el paciente se enfrenta, delibera o voluntariamente, al objeto o idea temida, ya sea directamente o con la imaginación, al mismo tiempo, al paciente es alentado a evitar sus rituales con apoyo o medios provistos por el terapeuta y posiblemente por otros que el paciente reclute para asistirle

### **3.4.2.4. FOBIAS**

Una fobia es temor irracional y excesivo a un objeto o situación definida desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica que genera una marcada interferencia funcional en el individuo quien la sufre, a menudo estas personas reconocen lo absurdo o irracional de sus temores.

Estas fobias en sus presentaciones más graves pueden ser en extremo incapacitantes y alterar la calidad de vida de la persona quien lo sufre<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Toro R J., Yepes L., Palacio C. Fundamentos de medicina psiquiatría. 5ta Edición. Medellín; Editorial Carbajal;2010.p.234-235

## A. Etiología

La teoría cognitiva comportamental postula que haber sufrido una experiencia traumática en el pasado puede influir en desarrollar una fobia. Otras vías son la de observar alguien que experimenta un temor grave o la transmisión de información que consiste en enterarse por voz de alguien alguna situación de peligro.

## B. Clasificación

Se han identificado cuatro subtipos principales de fobias específicas:

**Tipo animal:** son temores a los animales e insectos estos temores son muy comunes en la población en general solo se llega a convertirse en fobia si presenta una interferencia grave en la vida del individuo.

**Tipo ambiental:** los temores o situaciones a sucesos ocurridos en la naturaleza entre ellos están los temblores, las alturas las tormentas, el agua, el viento.

**Tipo sangre-inyecciones-daño :** En estas fobias las personas tienen reacciones fisiológicas que difieren a la clásica reacción de pánico o de hiperreactividad simpática vista en otros tipo de fobias en contraste presenta una reacción vagal inmediata con disminución de la frecuencia cardíaca y presión arterial que en consecuencia presenta desmayos que se dan de inmediato de la situación temida este tipo de fobias pareciera tener un componente genético más alto que el de cualquier trastorno fóbico su edad de aparición es temprana alrededor de los nueve años.

**Tipo situacional:** fobias a permanecer a espacios cerrados, viajar en transportes públicos, permanecer en habitaciones oscuras.

## C. Cuadro Clínico

Las fobias se caracterizan por la aparición de ansiedad severa o reacción de

pánico cuando un individuo se expone a un objeto o situación temida podemos encontrar: Palpitaciones, sudoración taquicardia, temblor en manos y piernas, disnea, sensación de ahogo, náuseas, mareos, escalofríos, oleadas de calor y frío sensación de inestabilidad

#### **D. Criterios para el Diagnostico**

- Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
- La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por las situaciones temidas interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

#### **E. Tratamiento**

##### **E.1. Tratamiento Farmacológico**

Los psicofármacos ofrecen pocos beneficios en el tratamiento de fobias, sin embargo las benzodiacepinas tales como alprazolam, lorazepam y alprazolam son utilizadas a dosis mínimas

## E.2. Tratamiento No Farmacológico

**Psicoterapia:** le enseña al paciente las causas de su fobia, le aporta técnicas para ir dominando la ansiedad ante el estímulo desencadenante. Las técnicas para controlar la respiración y la tensión muscular también pueden ser de gran utilidad.

**Terapia de exposición:** En ésta, poco a poco, los profesionales confrontan al paciente con la situación tan temida. El estímulo gradual y progresivo hace que las personas de a poco vayan controlando sus temores.

**Desensibilización sistemática:** en el cual en lugar de estímulos se recurre a la imaginación del paciente, que va proyectando en su mente al estímulo temido. En ambos ejemplos de tratamiento, la exposición o la imaginación del estímulo se detiene cuando el paciente no puede controlar su ansiedad, y se recomienda cuando se ha tranquilizado.

**Terapia cognitiva,** en el cual se le da al paciente mucha información sobre aquella situación a la que teme, para que de esta manera vaya cobrando confianza

### 3.4.2.5. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación persistente, excesiva y poco realistas sobre las cosas cotidianas. Las personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada (TAG) están continuamente en alerta, con tensión y a menudo esperan lo peor, incluso cuando no hay motivos aparentes de preocupación. Anticipan desastres y se preocupan demasiado por el dinero, la salud, la familia, el trabajo, o cualquier otro problema.

#### A. Síntomas

El síntoma principal es la presencia casi constante de preocupación o tensión, incluso cuando no existen causas objetivas que lo motiven la ansiedad generalizada también produce a menudo síntomas de hiperactividad

autonómica tales como dificultad para respirar , alteraciones, mareos , sudoración excesiva, sequedad en la boca también están presentes estos síntomas : Desasosiego o inquietud motora , Fatigabilidad fácil , Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco , Irritabilidad ,Tensión muscular Trastornos del sueño

## **B. Pautas para el Diagnostico**

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas entre ellos deben estar presentes tener preocupaciones, sentirse al límite, dificultades concentración, agitación e inquietud psicomotora, cefalea tensional, temblor, incapacidad para relajarse, mareos, taquicardia, sudoración, molestia epigástricas, mareos sequedad de boca.

## **C. Tratamiento**

### **C.1. Tratamiento Farmacológico**

El tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada incluye la utilización de antidepresivos (tricíclicos, inhibidores selectivos de la receptación de serotonina ( ISRS), bupirona y (a corto plazo) benzodiacepinas,

### **C.2. Tratamiento No Farmacológico**

Las investigaciones han demostrado que la psicoterapia cognitiva-conductual es efectiva para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). También son útiles las técnicas de reducción de estrés: técnicas de relajación y respiración profunda (diafragmática o abdominal), meditación, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, caminar, Tai chi y Bio-retroalimentación para controlar la tensión psíquica y muscular. También suelen ser de utilidad cambios en la alimentación: por ejemplo, la eliminación gradual del café, bebidas estimulantes, alcohol y refrescos que contengan cafeína

### 3.5. ROL DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES NEURÓTICO

A partir de la valoración se pueden detectar alteraciones que orienten hacia problemas en el patrón del sueño que precisen de intervenciones por parte de enfermería, para evitar en la medida de lo posible que se conviertan en un problema crónico, las intervenciones de enfermería en la calidad de sueño en pacientes neuróticos son:

- Mejorar el sueño Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor / molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo/ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio en exceso.
- enseñar al paciente ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.
- incentivar al paciente a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama
- aconsejarle al paciente para que evite a la hora de irse a la cama consumir los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción al sueño.
- Instruir al paciente y seres queridos acerca de los factores (fisiológicos,

psicológicos, estilos de vida, cambios frecuentes de turno de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema de sueño.

- Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.
- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño

#### 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

**TITULO: “OMISIÓN EN EL REGISTRO DE INSOMNIO EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL”**

**AUTOR** : Arias Congrains, Jaime, Lima-Perú (2012)

Se llegó a la conclusión que casi nunca es reconocido el insomnio por los médicos en la evolución clínica de los pacientes hospitalizados, lo que justificaría la adopción de estrategias docentes y asistenciales para subsanar esta notable omisión.

**TITULO: “CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGÍA Y ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA – 2008”**

**AUTOR:** Abril Herrera, Lilian Raquel Arequipa-Perú (2008)

Se llegó a las conclusiones que Existe mayor prevalencia de pacientes hospitalizados en los servicios de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y oncología que poseen una mala calidad de sueño frente a los que tienen buena calidad del sueño. Los componentes de la calidad de sueño más alterados en el servicio de cirugía en orden decreciente son duración del sueño, perturbación extrínseca del sueño y eficiencia habitual del sueño. Los componentes de la calidad de sueño más alterados en el servicio de medicina en orden decreciente son del duración del sueño, perturbaciones extrínsecas y eficiencia habitual del sueño. Los componentes de la calidad de sueño más alterados en el servicio gineco-obstetricia en orden decreciente son duración el sueño, perturbaciones extrínsecas del sueño y eficiencia habitual del sueño. El componente de calidad de sueño más alterado en el servicio de oncología es eficiencia habitual del sueño.

**TITULO: “CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”****AUTOR:** Ana María Cohen Maracaibo, Venezuela (2008)

Se llegó a las conclusiones que de acuerdo a los objetivos Nro. 1 y 2 de la investigación se pudo determinar, que los mayores porcentajes de ingresos estuvieron representados por hombres con edades comprendidas entre 35-44 años (33%) y mujeres de 45-54 años (17%). Del mismo modo se pudo comprobar que el 50% de los pacientes estudiados cambiaron la hora habitual del sueño; que el 77% duerme menos de 6 horas posterior al ingreso; y el 83 tarda más de 30 minutos en conciliar el sueño y se despiertan más de 3 veces durante las horas de sueño. En cuanto al objetivo Nro. 3 de la investigación, los factores internos que influyen en la calidad del sueño por orden de frecuencia fueron: el estrés (40%), la ansiedad (20%) el dolor (17%), mientras que la depresión (13%), y el miedo (10%) mostraron un porcentaje parecido. En cuanto al objetivo Nro. 4 de la investigación, los factores externos que produjeron más alteración en el patrón del sueño fueron; el frío (47%), voces en la sala (23%), alarmas del monitor (20%), arrastrar objetos sobre el piso (17%), control de temperatura (23%) procedimientos de enfermería (20%) y control de tensión arterial (17%).

El estudio de investigación llevó a identificar los factores que inciden en la calidad de sueño en los pacientes dentro de la UCIA, donde se pudo constatar que son mayores los factores externos que los internos que alteran y causan trastornos a los mismos, razón por la cual sufren múltiples alteraciones, en vez de ser una función restauradora

**5. HIPÓTESIS**

Por ser un trabajo descriptivo, no se ha planteado hipótesis

## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICA E INSTRUMENTO :

Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento cédula de entrevista (escala de Pittsburg)

En 1988 Daniel J. Buysse y colaboradores diseñaron el Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh con la intención de disponer de un instrumento que analice la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos, enseguida fue ampliamente utilizado y adoptado. En España fue traducido al español el cual se hizo adaptado, validado y utilizado en numerosos trabajos de investigación y diferentes grupos de pacientes.

Por primera vez existe una validación de castellano en Perú. El Pittsburgh Sleep Quality Index- índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) ofrece una medida estandarizada y cuantitativa de la calidad del sueño que rápidamente identifica a “buenos” y “malos” dormidores, pero no proporciona un diagnóstico, aunque orienta al clínico hacia las áreas del sueño más deterioradas.

El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) es un cuestionario autoadministrado. Consta de 19 ítems autoevaluados por el sujeto y 5 cuestiones evaluadas por el compañero/a de cama.

Las cinco últimas cuestiones son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI).

Los 19 ítems analizan siete dimensiones:

1. Calidad subjetiva del sueño
2. Latencia
3. Duración
4. Eficiencia
5. Perturbaciones
6. Uso de medicación hipnótica
7. Disfunción diurna.

Los 19 ítems analizan siete componentes diferentes del sueño: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los siete componentes se obtiene la puntuación total del índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI), que oscila entre 0 y 21 puntos (a mayor puntuación, peor calidad de sueño). Buysse et al. (1989) proponen un punto de corte de 5 (puntuaciones  $\geq 5$  definen malos dormidores). Se trata de un cuestionario breve, sencillo y bien aceptado por los pacientes. En población general se puede utilizar como elemento de cribado para detectar «buenos» y «malos» dormidores. En población psiquiátrica puede identificar a pacientes que presentan un trastorno del sueño concomitante con su proceso mental.

<b>PUNTUACION SEGÚN LA ESCALA DE PITSHBURG</b>	
Puntaje mayor –igual a 5	Malos Dormidores
Puntaje menor que 5	Buenos Dormidores

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:**

### **2.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA:**

Esta investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi el cuál se encuentra ubicado en el distrito de Cerro Colorado en la AV. Pumacahua S/N el cual nos brinda servicios de hospitalización , consulta externa y programa de salud pública, es el centro piloto de salud mental a nivel del sur

### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:**

El estudio es coyuntural para el 2014 en el mes de Julio.

### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:**

Las unidades de estudios estuvieron conformados por pacientes atendidos en consulta externa en el mes de Julio del 2014, los que hacen un total de 40 con diagnostico medico de neurosis.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes ambulatorios con diagnóstico médico de neurosis.
- Pacientes con patología neuróticas entre edades de 20 años a 60 años
- Pacientes que acepten participar de la investigación

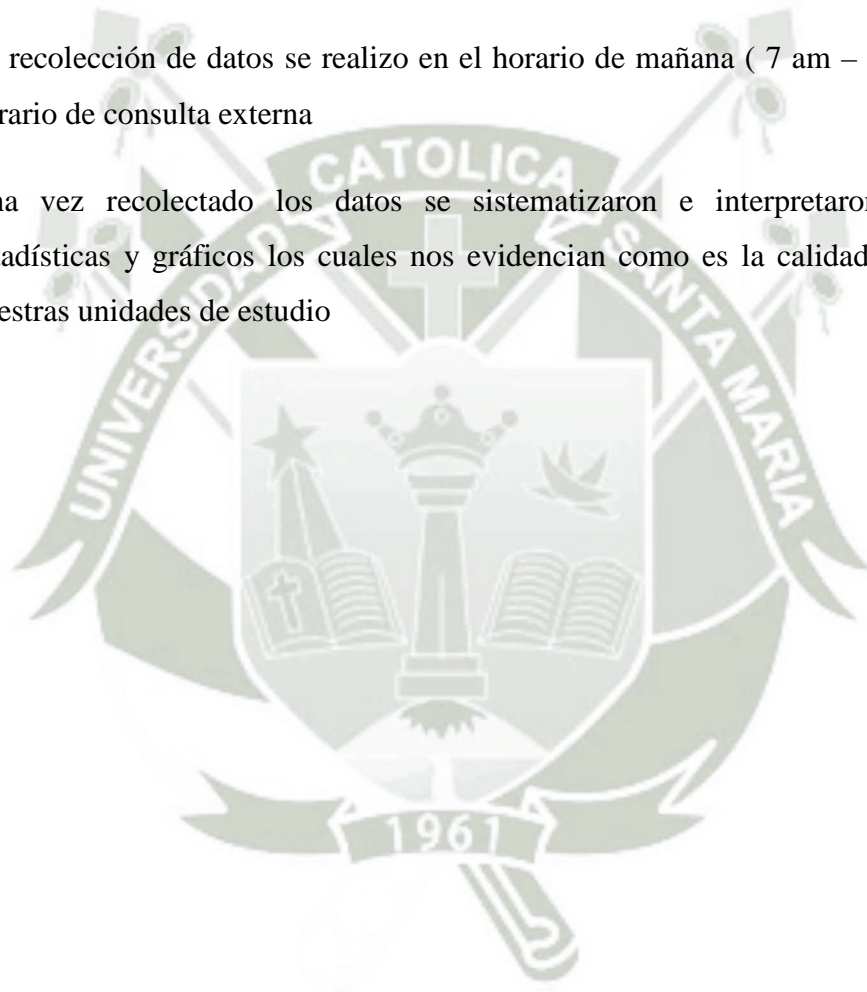
### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes psicóticos
- Pacientes menores de 20 años de edad
- Pacientes que no acepten participar de la investigación siempre que estén compensados.
- Pacientes con problemas de lenguaje
- Pacientes con otras patologías

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Se realizó la respectiva coordinación con el Decanato de la Facultad de Enfermería, previa presentación de los dictámenes aprobado para que se nos otorgue la carta de presentación para la ejecución del proyecto de investigación

- Se realiza coordinaciones con el director del centro de Salud Mental Moisés Heresi, para la autorización y el permiso en la aplicación del instrumento
- Se coordinó con las enfermeras de consulta externa para que nos facilite la aplicación del instrumento y recolección de datos en relación con el lugar, fecha, y hora adecuada
- Previa motivación a los pacientes mediante una sesión educativa para obtener los datos con mayor veracidad antes de la consulta externa (6:45am – 7:00 am )
- La recolección de datos se realizo en el horario de mañana ( 7 am – 12pm) por ser horario de consulta externa
- Una vez recolectado los datos se sistematizaron e interpretaron en tablas estadísticas y gráficos los cuales nos evidencian como es la calidad del sueño en nuestras unidades de estudio





# **CAPITULO III**

## **RESULTADOS**

TABLA N° 1

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS  
DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES  
HERESI, AREQUIPA 2014**

<b>EDAD</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
20 a 30	10	25 %
31 a 41	15	37.5%
42 a 52	5	12.5%
52 a más	10	25 %
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras.**

En la tabla podemos observar según la distribución de edad que el mayor porcentaje de 37.5% se ubica en las edades 31-41 años y un menor porcentaje de 12.5% en grupo etario de 42 a 52 años de lo que deducimos que más de la cuarta parte de la población de estudio es de 31 a 41 años y una mínima parte es de 42 a 52 años. Deducimos que el mayor porcentaje de neurosis está presente en el adulto.

TABLA N° 2

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES NEURÓTICOS  
DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES  
HERESI, AREQUIPA 2014**

<b>SEXO</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Femenino	23	57.5%
Masculino	17	42.5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras.**

En la tabla podemos observar que el mayor porcentaje de 57.5% es de sexo femenino y un menor porcentaje de 42.5% corresponde al sexo masculino lo que podemos deducir que en más de la mitad de la población es predominantemente femenino.

TABLA N° 3

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES  
NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2014**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Depresión	15	37.5 %
Trastorno de Ansiedad Generalizada	10	25 %
Fobias	7	17.5%
Trastorno de pánico	8	20 %
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras.**

En la tabla podemos observar que el mayor porcentaje de 37.5% tiene diagnóstico médico de depresión y un menor porcentaje de 17.5 cuenta con diagnóstico médico de fobias, de lo que deducimos que el diagnóstico de neurosis con mayor prevalencia en pacientes es el diagnóstico de depresión y el de menor prevalencia en pacientes neuróticos es el de fobias.

TABLA N° 4

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD DE  
LOS PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN  
EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES  
HERESI, AREQUIPA 2014**

<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Menor de 1 año	3	7.5 %
1 a 2 años	20	50 %
3 a 4 años	11	27.5%
5 a más años	6	15 %
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Instrumento elaborado por las investigadoras.

En la tabla podemos observar que el mayor porcentaje de 50 % se ubica entre 1 y 2 años y un menor porcentaje de 7.5 % está ubicado en menor de un año de lo que deducimos que la mitad de la población tiene un tiempo de enfermedad de 1 a 2 años y un mínima parte es de 3 años.

TABLA N° 5

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS  
PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL  
CENTRO DE SALUD MOISES HERESI AREQUIPA, 2014**

<b>Calidad del sueño</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Buenos dormidores menor que 5 puntos	3	7.5 %
Malos dormidores mayor igual que 5	37	92.5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras. (Escala de Pittsburg)**

En la tabla, podemos observar que el mayor porcentaje de 92.5 % de la población de estudio son malos dormidores y un 7.5% son buenos dormidores. De lo que deducimos que casi el total de la población de estudio, tienen una mala calidad de sueño son malos dormidores y una mínima parte son buenos dormidores y tiene buena calidad de sueño.

**TABLA N° 6**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIMENSION DE LA CALIDAD DEL  
SUEÑO (CALIDAD SUBJETIVA) EN LOS PACIENTES NEURÓTICOS  
DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DESALUD MENTAL  
MOISES HERESI, AREQUIPA 2014**

<b>CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Muy buena	8	20 %
Bastante buena	9	22.5%
Bastante mala	15	37.5%
Muy mala	7	17.5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras. (Escala de Pittsburgh)**

En la tabla podemos observar que un mayor porcentaje de 37.5 % manifestó tener bastante mala calidad del sueño y un menor porcentaje de 7 % manifestó tener muy mala calidad de sueño, de lo que deducimos que más mitad de la población presenta una mala calidad de sueño en la dimensión de calidad subjetiva del sueño .

**TABLA N° 7**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA LATENCIA DEL SUEÑO EN  
PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,  
AREQUIPA 2014**

<b>LATENCIA DEL SUEÑO</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Menor igual a 15 minutos	9	22.5%
16 a 30 minutos	8	20 %
31 a 60 minutos	11	27.5%
Mayor a 60 minutos	12	30 %
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras. (Escala de Pittsburgh)**

En la tabla podemos observar que el mayor porcentaje de 30 % de los pacientes presenta un tiempo que demoró en quedarse dormido de mayor a 60 minutos, y un menor porcentaje de 20% demoró en quedarse dormido de 16 a 30 minutos de lo que deducimos que más de la cuarta parte de la población total tiene una latencia de sueño mayor a 60 minutos.

**TABLA N° 8**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA DURACION DEL DORMIR  
EN PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA  
EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,  
AREQUIPA 2014**

<b>DURACION DEL DORMIR</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Más de 7 horas	8	20%
Entre 6 y 7 horas	5	12.5%
Entre 5 y 6 horas	12	30%
Menor de 5 horas	15	37.5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras. (Escala de Pitsburg)**

En la tabla podemos observar que el mayor porcentaje es de 37.5 % de la población duerme menos de 5 horas y un menor porcentaje de 12.5 % manifestó dormir entre 6 y 7 horas de lo que deducimos que más de la cuarta parte de la población de estudio duerme menos de 5 horas y que el 12.5% de la población total duerme entre 6 y 7 horas

**TABLA N° 9**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA EFICIENCIA DEL SUEÑO EN  
PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,  
AREQUIPA 2014**

<b>EFICIENCIA DEL SUEÑO</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Mayor a 85 %	-	-
75% a 85%	14	35%
65% a 74%	5	12.5%
Menor a 65 %	21	52.5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras. (Escala de Pittsburgh)**

En la tabla podemos observar que el mayor porcentaje es de 52.5 % con una eficiencia menor a 65 %, ninguno alcanza el 85%, de lo que deducimos que mayor de la mitad de la población de estudio presenta una eficiencia del sueño menor a 65 % y un 35% no llegan del 75% al 85%.

**TABLA N° 10**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PERTURBACIONES DEL SUEÑO  
EN PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA  
EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISES HERESI, AREQUIPA 2014**

<b>PERTURBACIONES DEL SUEÑO</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Ninguna vez en el último mes	-	-
Menos de 1 vez a la semana	18	45%
Una o dos veces a la semana	20	50%
Tres o más veces a la semana	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras. (Escala de Pittsburgh)**

En la tabla podemos observar que el mayor porcentaje de 50% presenta alteraciones una o dos veces a la semana y ninguno presentó alguna alteración en el último mes de lo que deducimos que la mitad de la población presenta perturbaciones una o dos veces por semana.

TABLA N° 11

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL USO DE MEDICAMENTOS PARA  
DORMIR EN PACIENTES NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA  
EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,  
AREQUIPA 2014**

<b>USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Ninguna vez en el último mes	13	32.5%
Menos de 1 vez a la semana	7	17.5%
Una o dos veces a la semana	5	12.5%
Tres o más veces a la semana	15	37.5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras. (Escala de Pittsburgh)**

En la tabla podemos observar que el mayor porcentaje de 37.5% uso medicamentos para dormir en este último mes tres o más veces a la semana, y un menor porcentaje de 12.5% uso medicamentos una o dos veces a la semana, y uno 32.5% no necesitó medicación de lo que deducimos que un porcentaje mayor de la cuarta parte de la población uso medicación hipnótica para dormir

**TABLA N° 12**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA DISFUNCIÓN DIURNA EN PACIENTES  
NEURÓTICOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2014**

<b>DISFUNCIÓN DIURNA</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Nada problemática	4	10%
Ligeramente problemática	5	12.5%
Moderadamente problemática	9	22.5%
Muy problemática	22	55%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por las investigadoras. (Escala de Pittsburgh)**

En la tabla podemos observar que el porcentaje mayor de 55 % de la población total de pacientes les es muy problemático permanecer despiertos durante el día, mientras que un porcentaje menor de 10% de los pacientes no presenta problemas de lo que deducimos que casi las 3/4 partes de la población presenta problemas y una mínima parte de 10% no presenta problemas durante el día

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Los resultados muestran que la mayoría de la población de estudio según características sociodemográficas se encuentra entre 31 y 41 años, son de sexo femenino en su mayoría con problemas de depresión, trastorno de ansiedad generalizada, con un tiempo de enfermedad de unos a dos años.
- SEGUNDA** : Con respecto a la calidad del sueño los resultados muestran que en su mayoría son malos dormidores dado que alcanzaron un puntaje mayor o igual a cinco según escala de Pittsburg.
- TERCERA** : Con lo respecto a las diferentes dimensiones en la calidad del sueño según puntaje de 2 es bastante mala, según escala de Pittsburg
- CUARTA** : La calidad del sueño en referencia a sus dimensiones son de mayor deficiencia en las dimensiones de: disfunción diurna, siguiendo la eficiencia del sueño y perturbaciones del sueño.

## RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Al Director del Centro de Salud mental Moisés Heresi se recomienda coordinación con las profesionales de Enfermería para ejecutar la realización de programas de promoción de la salud mental tendientes a mejorar los patrones de sueño.
- SEGUNDA** : A la coordinadora de enfermeras programar al personal de consultorio externo a dar charlas cada quince días para incentivar consejería y tutoría acerca de la importancia de los trastornos de sueño y la calidad del sueño en pacientes neuróticos de consulta externa del centro de salud mental Moisés Heresi.

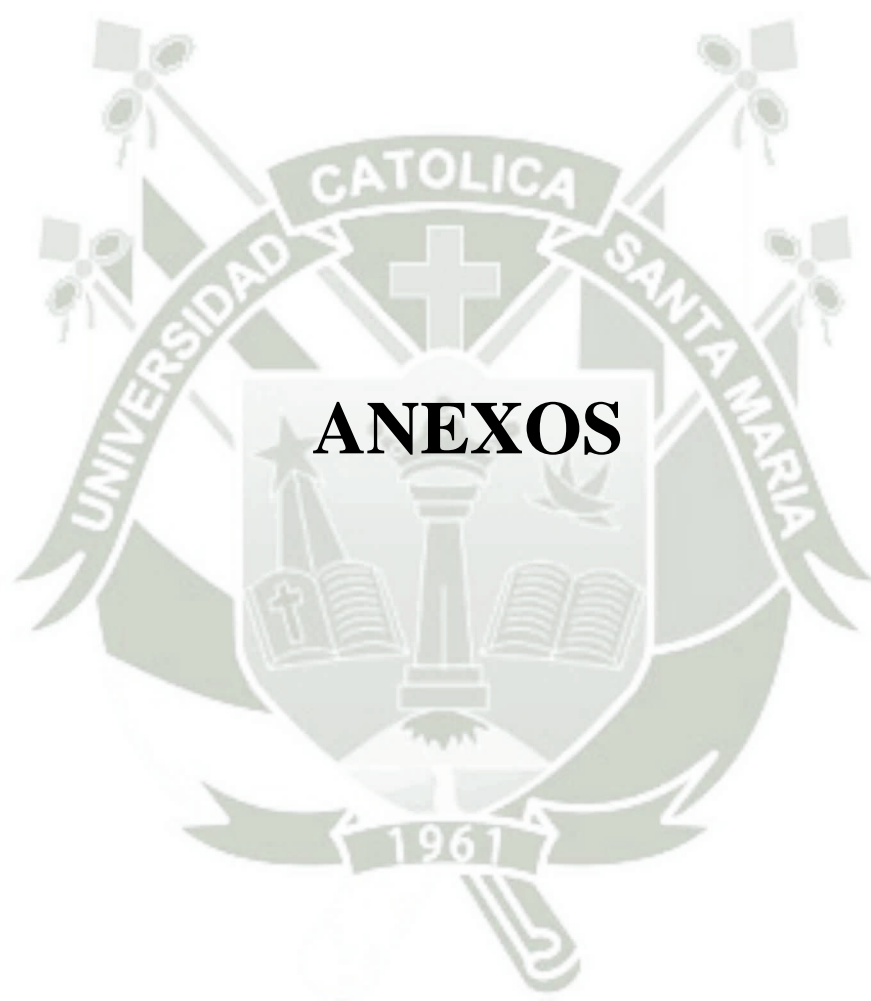
## BIBLIOGRAFÍA

1. ACEVEDO, A., COTA, C., GUZMÁN, J., HELÚ, P., TELLO, C. Y TENA, Psicología Enseñanza e Investigación. 2da edición. Barcelona: Océano; 2006
2. AVDOLOFF W. Sueño: diagnóstico y tratamiento. Santiago de Chile: Editorial Mediterránea; 2003.
3. BAEZG, FLORES N, GONZALEZ T, HARRISBERGER H. Calidad del Sueño en estudiantes de medicina. Revista de Postgrado de la 5ta cátedra de medicina; 2005.
4. BUYSSE R. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for Psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989;28:193-21
5. GERRIT. G. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 6ta ed. Canadá. 8 Julio del 2008.
6. JIMÉNEZ-GENCHI A. MONTEVERDE MALDONADO E. NENCLARES PORTOCARRERO A. ESQUIVEL ADAME G. Y DE LA VEGA PACHECO A. Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", México D.F., México; 2008.
7. MARCK H. Información médica general. Barcelona.: 1ra edición editorial océano; 2010
8. MCCLOKEY Y BULECHECK. clasificación e intervención de enfermería. San Luis – Nueva York. Edición; 2010
9. N.A.N.D.A. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid.: Harcourt ; 2008
10. REITE M., RUDDY J., NAGEL K. Evaluación y manejo de los trastornos del sueño. 3ra edición. México; 2005.

11. RUESJAS S .Funciones del sueño. 1ra edición. Barcelona: Editorial Educatuve; 2011
12. SANTAMARÍA J. Trastornos del sueño. En: Plan de Formación Continuada de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Ars Medica; 2007.
13. TORO R J., YEPES L., PALACIO CA. Fundamentos de medicina psiquiatría. 5ta Edición. Medellín; Editorial Carbajal;2010
14. VELAYOS, J. Medicina del sueño .1ra edición. Madrid: Panamericana; 2009.

**PÁGINAS WEB:**

1. [http://www.portalesmedicos.com/noticiasestudio\\_estigma\\_enfermedad\\_mental\\_0604006.htm](http://www.portalesmedicos.com/noticiasestudio_estigma_enfermedad_mental_0604006.htm)
2. [http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Trabajar/noche/causa/trastornos/salud/estudio/CC/OO/elpepisoc/20010823elpepisoc\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Trabajar/noche/causa/trastornos/salud/estudio/CC/OO/elpepisoc/20010823elpepisoc_1/Tes)
3. <http://www.psicologosvalencia.es/tratamiento-del-toc/>
4. <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/resumida/apartado07/papel.html>



## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### INSTRUMENTO N° 1

Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

Nombre:..... ID#.....Fecha:.....Edad:.....

#### Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

- 1.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?
- 2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)  
Menos de 15 min      Entre 16-30 min      Entre 31-60 min      Mas de 60 min
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? \_\_\_\_\_
5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted 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:**  
 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?**  
 Muy buena ( )  
 Bastante buena ( )  
 Bastante mala ( )  
 Muy mala ( )

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

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

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

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

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

- Ningún problema ( )
- Solo un leve problema ( )
- Un problema ( )
- Un grave problema ( )

**10. ¿Duerme usted solo o acompañado?**

- Solo ( )
- Con alguien en otra habitación ( )
- En la misma habitación, pero en otra cama ( )
- En la misma cama ( )

## INSTRUCCIONES PARA LA PUNTUACIÓN DEL TEST DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI).

El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los casos una puntuación de “0” indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suman finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. “0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas

### Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño

Examine la pregunta n°6 y asigne la puntuación:

Respuesta: Puntuación:

Muy buena	0
Bastante Buena	1
Bastante Mala	2
Muy Mala	3
Puntuación Ítem	1: _____

### Ítem 2: Latencia de Sueño

1. Examine la pregunta n°2 y asigne la puntuación:

Respuesta: Puntuación:

≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
≥60 minutos	3
Puntuación Pregunta 2:	_____

2. Examine la pregunta n°5a y asigne la puntuación:

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 Pregunta 5a:	_____

3. Sume la pregunta n°2 y n°5a

Suma de la Pregunta 2 y 5a: \_\_\_\_\_

4. Asigne la puntuación al ítem 2 como se explica a continuación:

Suma de la Pregunta 2 y 5a: Puntuación:

0 0

1-2 1

3-4 2

5-6 3

Puntuación Ítem 2: \_\_\_\_\_

### Ítem 3: Duración del Sueño

Examine la pregunta n°4 y asigne la puntuación:

Respuesta: Puntuación:

Más de 7 horas 0

Entre 6 y 7 horas 1  
Entre 5 y 6 horas 2  
Menos de 5 horas 3  
Puntuación Ítem 3: \_\_\_\_\_

#### Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño

1. Escriba el número de horas de sueño (Pregunta n°4) aquí: \_\_\_\_\_  
2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:  
a. Hora de levantarse (Pregunta no3): \_\_\_\_\_  
b. Hora de acostarse (Pregunta no1): \_\_\_\_\_  
Hora de levantarse – Hora de acostarse: \_\_\_\_\_ Número de horas que pasas en la cama  
3. Calcule la eficiencia habitual de Sueño como sigue:  
(Número de horas dormidas/Número de horas que pasas en la cama) x 100= Eficiencia Habitual de Sueño (%)  
(\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) x 100 = \_\_\_\_\_ %  
4. Asigne la puntuación al Ítem 4:  
Eficiencia habitual de sueño (%): Puntuación:  
>85% 0  
75-84% 1  
65-74% 2  
<65% 3  
Puntuación Ítem 4: \_\_\_\_\_

#### Ítem 5: Perturbaciones del sueño

1. Examine las preguntas n°5b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:  
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 5b \_\_\_\_\_  
Puntuación 5c \_\_\_\_\_  
Puntuación 5d \_\_\_\_\_  
Puntuación 5e \_\_\_\_\_  
Puntuación 5f \_\_\_\_\_  
Puntuación 5g \_\_\_\_\_  
Puntuación 5h \_\_\_\_\_  
Puntuación 5i \_\_\_\_\_  
Puntuación 5j \_\_\_\_\_

2. Suma las puntuaciones de las preguntas n°5b-j:

Suma puntuaciones 5b-j: \_\_\_\_\_

3. Asigne la puntuación del ítem 5:

Respuesta: Puntuación:

0 0

1-9 1

10-18 2

19-27 3

Puntuación Ítem 5: \_\_\_\_\_

**Ítem 6: Utilización de medicación para dormir**  
**Examine la pregunta n°7 y asigne la puntuación**

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 Ítem 6:	_____

**Ítem 7: Disfunción durante el día**

1. Examine la pregunta n°8 y asigne la puntuación:

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 Pregunta 8:	_____

2. Examine la pregunta n°9 y asigne la puntuación:

Respuesta: Puntuación:

Ningún problema	0
Solo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3
3. Sume la pregunta n°8 y la n°9	
Suma de la Pregunta 8 y 9:	_____

4. Asigne la puntuación del ítem 7:

Suma de la Pregunta 8 y 9: Puntuación:

0 0
1-2 1
3-4 2
5-6 3

**Puntuación Ítem 7:** \_\_\_\_\_

**Puntuación PSQI Total**

**Sume la puntuación de los 7 ítems**

**Puntuación PSQI Total:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....identificado (a) con  
DNI..... Domiciliado en.....

Manifiesto que he sido informado respecto al trabajo de investigación que realizan las Srtas. Isamar Inés Díaz Holguín y Diana Carolina Luyo Flores, titulado: **Calidad del sueño en Pacientes Neuróticos de consulta externa en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2014**, y manifiesto que estoy de acuerdo y aceptó participar en el estudio respondiendo con total honestidad, dado que la información proporcionada será confidencial y sólo para fines de investigación

Arequipa,.....2014.

Firma \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**CONCEPTO:** El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática

### CASO CLÍNICO DEPRESIÓN

Madre de 35 años, con tiempo de enfermedad de 6 meses, presenta episodios marcados de depresión causados por baja autoestima, problemas familiares y económicos ,pérdida de apetito sentimientos de fracaso como persona , cansancio por vivir, tristeza e irritabilidad , dificultad para conciliar el sueño y Pensamientos repetitivos de suicidio.

### VALORACION POR DOMINIOS

COD NANDA	ETIQUETA DIAGNOSTICA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIADO	INTERVENCIONES
00098	<b>DOMINIO 1: Promoción de la Salud</b> Deterioro del mantenimiento del hogar	Recursos económicos insuficientes	Miembro de la casa expresa dificultad para mantenerla	Apoyo para la consecución del sustento, poyo al cuidador
00099	Mantenimiento infeectivo de la salud	Afrontamiento individual ineficaz	Deterioro de los sistemas personales de soporte	Tratamiento médico y de enfermería asesoramiento
00002	<b>DOMINIO 2: Nutrición.</b> Desequilibrio nutricional por defecto	Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores psicológicos	Falta de interés por los alimentos	Manejo de los trastornos de la alimentación , terapia nutricional

00015	<b>DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio</b> Riesgos de estreñimiento	Estrés emocional	Disminución de la motilidad gastrointestinal	Manejo de la nutrición , manejo de líquidos
00109	<b>DOMINIO 4: Actividad/Reposo</b> Déficit del autocuidado	Disminución de la motivación	Mal aspecto de vestir	Potencialización de la imagen corporal
00095	Deterioro del patrón del sueño	Pensamientos repetitivos antes del sueño	Cansancio diurno	Fomentar una buena higiene de sueño , realizar ejercicios durante el día
00051	<b>DOMINIO 5: Percepción/Cognición</b> Deterioro de la comunicación verbal	Condiciones emocionales	Negativa voluntaria al hablar	Fomentar la comunicación, escucha activa ,
00120	<b>DOMINIO 6: Auto percepción</b> Baja autoestima situacional	Rechazo a si misma	Verbalizaciones auto negativas	Aumentar el afrontamiento, potenciación del autoestima potenciación de la socialización , facilitar la expresión de sentimientos

00055	<p><b>DOMINIO 7: Rol/Relaciones</b></p> <p>Desempeño inefectivo del rol</p>	Depresión	<p>Inadecuación de las competencias y habilidades para el desempeño del rol</p>	<p>Potenciación del autoestima, potenciación en la toma de consciencia del rol</p>
00052	<p>Deterioro de la interacción social</p>	Alteración de los procesos de pensamiento	<p>Incapacidad para transmitir una sensación satisfactoria</p>	<p>Aumentar el afrontamiento, entrenamiento en la asertividad terapia de juegos y familiar</p>
	<p><b>DOMINIO 8: Sexualidad.</b> No presenta alteración.</p>			
00070	<p><b>DOMINIO 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés</b></p> <p>Deterioro de la adaptación</p>	Falta de motivación para cambiar conductas	<p>Ausencia de lograr tener una sensación óptima de control</p>	<p>Apoyo emocional, asesoramiento y enseñanza del proceso de enfermedad</p>
00073	<p>Afrontamiento familiar incapacitante</p>	Sentimientos expresados de culpa	Rechazo	<p>Apoyo en el control del enfado, técnica de relajación</p>

00170	<b>DOMINIO 10: Principios Vitales.</b> Riesgo de deterioro de la religiosidad	Depresión	Ausencia de confianza hacia las creencias religiosas	Apoyo para recuperar las creencias religiosas, apoyo emocional y espiritual
00066	Sufrimiento espiritual	Enfermedad mental	Presencia de desesperanza	Clarificación de valores, dar esperanza , facilitación del crecimiento espiritual
00151	<b>DOMINIO 11: Seguridad/ Protección</b> riesgo de suicidio	Trastorno psiquiátrico	Expresiones de deseos de morir	Potenciación del autoestima , vigilancia y apoyo familiar
00053	<b>DOMINIO 12: Confort.</b> Aislamiento social	Depresión	Preocupación por los propios pensamientos	Potenciación de la socialización ,potencializar el yo , control de humor
	<b>DOMINIO 13: Crecimiento y Desarrollo</b> No presenta alteración			

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables

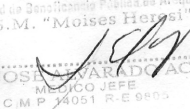
**CONSTANCIA**

***El Médico del Centro de Salud Mental “Moisés Heresi”,  
que suscribe:***

***Hace constar que la Srta. Isamar Inés Díaz Holguín ha  
realizado su investigación en el Proyecto de tesis “  
Calidad del Sueño en pacientes Neuróticos en Consulta  
mediante encuestas efectuadas a los pacientes de este  
Centro Hospitalario, las mismas que se llevarón a cabo  
a partir del 07 al 09 de junio 2014 en el horario de 7.00 a  
8.00 am.***

***Se expide la presente a solicitud de la interesada para  
los fines que considere convenientes.***

***Arequipa, 2014 agosto 05.***

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa  
C.S.M. “Moisés Heresi”  
  
Dr. JOSÉ W. ARADO  
MÉDICO JEFE  
C.M.P. 4051 R-E 9800

Calle Piérola 201 - Cercado - Arequipa - teléfonos: 213371 - 212681 - Fax 245312 - Web: [www.sbparequipa.gob.pe](http://www.sbparequipa.gob.pe) / e. mail: [sbparequipa@hotmail.com](mailto:sbparequipa@hotmail.com) / Twitter - Skype - Facebook: Beneficencia  
Centro de Salud Mental Moisés Heresi: 255520 / Albergue del Adulto Mayor el Buen Jesús: 466108 / Hogar de María: 204888 / Instituto Chaves de la Rosa - Hostería San Francisco - CARPAM San Francisco:  
Cementerio General de la Apacheta: 424929 / Albergue Niño Jesús - Cono Norte: 213371 / Servicios Turísticos - anexo 108 - Inmuebles - anexo 124: teléfono 213371, / Programa Vida Digna 213371.

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables


**CONSTANCIA**

***El Médico del Centro de Salud Mental "Moisés Heresi",  
que suscribe:***

***Hace constar que la Srta. Diana Carolina Luyo Flores ha  
realizado su investigación en el Proyecto de tesis "  
Calidad del Sueño en pacientes Neuróticos en Consulta  
mediante encuestas efectuadas a los pacientes de este  
Centro Hospitalario, las mismas que se llevarón a cabo  
a partir del 07 al 09 de junio 2014 en el horario de 7.00 a  
8.00 am.***

***Se expide la presente a solicitud de la interesada para  
los fines que considere convenientes.***

***Arequipa, 2014 agosto 05.***

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa  
C. M. M. "Moisés Heresi"  
  
DR. JOSÉ ALVARADO ACO  
MÉDICO JEFE  
C. M. P. 14051 R-E-9805