

Trastorno del patrón de sueño e insomnio

Silvia Fernández Rodríguez. Mónica Esteban Jiménez.

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
silviafdezrguez@hotmail.com
monica.esteban@hotmail.com

Alfonso Meneses Monroy

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
ameneses@enf.ucm.es

Resumen: A través de la identificación de problemas de salud, y por medio de las respuestas humanas surge el diagnóstico enfermero, enmarcado dentro un proceso, donde los profesionales enfermeros están capacitados según sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal para el ejercicio de su profesión, tratando independientemente aquellas situaciones o problemas, surgidos por parte del paciente, susceptibles a ello. Pero la aplicación de los diagnósticos enfermeros no es sencilla; muchos de ellos están cargados de una gran complejidad e incluso a veces llegan a ser contradictorios. En el presente trabajo se abordan dos diagnósticos enfermeros, a menudo mal utilizados, sobre todo en la práctica clínica: el “insomnio” y los “trastornos del patrón de sueño”. Las alteraciones del sueño son un problema de salud cuyas consecuencias abarcan el ámbito individual, social, laboral y económico ya que, como es sabido, el sueño supone una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas básicas para alcanzar un rendimiento satisfactorio. Entre las alteraciones del sueño destaca por su magnitud el insomnio, que se debe tratar precozmente y de forma adecuada para evitar las consecuencias sobre la salud y la calidad de vida de aquellos que lo padecen. Como profesionales de la salud debemos respetar y tener en cuenta las necesidades del paciente de manera individualizada, contemplando a la persona siempre desde un punto de vista holístico que nos permita actuar de la forma más personalizada posible.

Palabras Claves: Sueño-Trastornos. Insomnio. Diagnóstico de enfermería.

Abstract: Through identifying health problems and factoring in human responses the nursing diagnosis is reached. The framework for the nursing diagnosis is a process in which nursing professionals, trained to bring to bear the knowledge, expertise and legal responsibility needed to practice their profession, independently address patient situations or problems that can be treated through nursing. But applying nursing diagnoses is not easy; many nursing diagnoses are fraught with complexity and can

even sometimes prove contradictory. This paper addresses two nursing diagnoses that are frequently misused, especially in clinical practice: insomnia and sleep pattern disturbance. Sleep disorders are a health problem whose consequences span the individual, social, occupational and economic spheres, because sleep is, as a matter of common knowledge, a biological need that enables the basic physical and psychological functions to be re-established so that the individual can perform satisfactorily. Insomnia stands out from all other sleep disorders due to its magnitude. Insomnia must be treated early and correctly in order to forestall consequences for patient health and quality of life. As health professionals, we must respect and take into account the needs of each patient as an individual, always looking at the person from a holistic standpoint that will allow us to act in a way that matches individual requirements as closely as possible.

Keywords: Nursing diagnosis. Sleep. Insomnia.

INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero es un método organizado para llevar a cabo una práctica enfermera adecuada, apoyada en una base científica. El término de proceso enfermero aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como “un proceso”. Entre 1959 y 1963 Johnson, Orlando y Wiedenbach desarrollaron un proceso trifásico que contenía elementos rudimentarios del proceso aceptado actualmente. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Callista Roy en 1975 añadieron la fase de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación)⁽¹⁾.

Etimológicamente el término “Diagnóstico” deriva de dos palabras griegas: *día* que significa “a través” y *gignoskein* que significa “saber o conocer”⁽²⁾.

Durante años, los enfermeros han utilizado los diagnósticos médicos para conocer y entender lo que le ocurría al enfermo. Si partimos del hecho de que médicos y enfermeros son profesionales diferentes, dado que poseen diferente formación (por lo tanto, otros conocimientos), realizan distintos trabajos y actividades y tienen diferente responsabilidad, extraemos la conclusión de que tienen esferas de acción distintas y se fijan en áreas de trabajo propias de cada uno. Es necesario precisar e incluso detallar las contribuciones específicas que los enfermeros realizan a los cuidados globales de la salud de las personas. Desde esta perspectiva, el diagnóstico de enfermería resulta una herramienta útil que nos facilita la tarea de estructurar el plan de cuidados y delimita cuáles son nuestras responsabilidades independientes.

La historia del diagnóstico de enfermería tiene su comienzo con Vera Fry⁽³⁾, la primera enfermera en utilizar el término “diagnóstico de enfermería” en 1953, y que

afirmaba lo siguiente “...una vez que las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado: formular un diagnóstico enfermero”. Años más tarde, Jhonson, Abdellah y otras autoras escriben y definen el diagnóstico de enfermería entendido como una función independiente. Durante los años 60, en EE.UU. se producen continuos debates sobre este nuevo término, fomentando el interés y un aumento de conocimiento sobre el tema que impulsaron de forma definitiva la expansión de los diagnósticos de enfermería. En la década de los años 70, la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA) reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería incluyéndolos en los «Estándares de la Práctica de Enfermería». Esto da carta de legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería, a la par que conlleva la necesidad de estructurar y regular los diagnósticos enfermeros.

Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistematizado de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país. Esta decisión es el origen de que Gebbi y Lavin, en 1973, convoquen la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería⁽⁴⁾, en la que se definieron 80 diagnósticos enfermeros⁽⁵⁾ y se creó la *National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis*. Desde su creación, el *National Conference Group* se reunió cada 2 años, participando sólo aquellos enfermeros con invitación personal y aceptando o rechazando los diagnósticos con el voto mayoritario de los participantes. A partir de la quinta conferencia, realizada en 1982, se abrieron las puertas a todos los profesionales enfermeros y desapareció el *National Conference Group* creándose en su lugar la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA); en la conferencia del 2002 la palabra NANDA dejó de ser un acrónimo para convertirse en una marca registrada: NANDA International, cuyo principal objetivo seguía siendo el desarrollo y el perfeccionamiento de los diagnósticos enfermeros y la formación de una taxonomía diagnóstica propia⁽⁶⁾.

La NANDA International, que es el máximo referente en la actualidad respecto a la estandarización del lenguaje enfermero, define el diagnóstico enfermero como: “Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, una familia o una comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras, para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable”.

Durante las primeras conferencias el *National Conference Group* fue incapaz de ponerse de acuerdo en un esquema de clasificación con base conceptual por lo que se confeccionó un listado por orden alfabético. En la quinta conferencia se aprobaron los nueve Patrones del Hombre Unitario propuestos por Callista Roy. En la séptima conferencia se sustituyó por la clasificación de Patrones de Respuesta Humana. En la decimocuarta conferencia, y tras solicitar el permiso de la Dra. Gordon, se usaron los Patrones Funcionales de Salud, que pasaron a llamarse Dominios. La Taxonomía II, implantada en el año 2000, consta de 3 niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. En su última edición (NANDA 2009-2011) se han descrito 13 dominios, 47

clases, 151 conceptos diagnósticos y 206 diagnósticos enfermeros. Esta nueva taxonomía se diseñó para tener una forma multiaxial, lo que mejorará la flexibilidad de la nomenclatura y permite, por una parte, hacer adiciones y modificaciones y, por otra, facilita su inclusión en los sistemas informáticos. Consta de siete ejes, entendiéndose por éstos “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”.

- Eje 1. El concepto diagnóstico: describe la <<respuesta humana>>. Es la raíz, el elemento principal en la formulación del diagnóstico; puede constar de una o más palabras.
- Eje 2. Sujeto del diagnóstico: a quién va dirigido el diagnóstico (individuo, familia, grupo o comunidad).
- Eje 3. Juicio: descriptor que especifica el significado de un diagnóstico enfermero.
- Eje 4. Localización: describe las regiones corporales y las funciones relacionadas.
- Eje 5. Edad: especifica el estado de desarrollo del individuo al que va dirigido el diagnóstico (feto, lactante, preescolar, adulto joven, anciano, etc.).
- Eje 6. Tiempo: describe la duración del diagnóstico (agudo, crónico, intermitente o continuo).
- Eje 7. Estado del diagnóstico: hace referencia a la existencia o potencialidad del problema o a la categorización del diagnóstico como de salud/promoción de la salud (promoción de la salud, real, riesgo o salud).

Los ejes 1, 2 y 3 son componentes esenciales del diagnóstico enfermero. No obstante, en algunos casos el concepto diagnóstico (eje 1) contiene el juicio (eje 3) y en otros el sujeto (eje 2) puede estar implícito y, por tanto, no se incluye en la etiqueta.

El diagnóstico enfermero está compuesto por Etiqueta, Definición, Características Definitivas, Factores Relacionados y/o Factores de Riesgo.

- Etiqueta diagnóstica: proporciona un nombre al diagnóstico. La etiqueta es acompañada por el año en que se aprobó el diagnóstico y además, aquellos diagnósticos aprobados o revisados tras la decimoquinta conferencia contarán también con las letras NDE seguidas de un número (nivel de evidencia del diagnóstico) y la bibliografía que sustenta la validez científica del mismo.

- Definición: descripción clara y concisa del diagnóstico. Delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- Características Definitivas: conductas o manifestaciones concretas, que pueden recogerse mediante informes y observación, y que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica. Sólo los diagnósticos enfermeros reales tienen características definitivas.
- Factores Relacionados: son factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.
- Factores de Riesgo: son factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que hacen que un individuo, familia o comunidad vea aumentada su vulnerabilidad de que pueda aparecer una respuesta poco saludable. Estarán presentes en los diagnósticos de riesgo⁽⁵⁾.

Es evidente que disponer de un buen instrumento, como la terminología diagnóstica propuesta por la NANDA, facilita la comparación, la discusión, la investigación, en definitiva, todo aquello que permite ampliar y enriquecer la disciplina enfermera. Pero eso sólo no es suficiente.

Puesto que no es posible actuar sin tener una idea de qué hemos de hacer, cuando se pretenden formular los diagnósticos sin adoptar explícitamente un modelo propio, se acaba por hacerlo asumiendo implícitamente un modelo ajeno, que habitualmente es el biomédico. Saber al dedillo todas las etiquetas aceptadas, con sus correspondientes definiciones, características y factores contribuyentes o relacionados es totalmente inútil si somos incapaces de desentrañar cuál es nuestra responsabilidad profesional específica. De ahí la necesidad imperiosa de que estos instrumentos: los diagnósticos de enfermería NANDA⁽⁶⁾, la Clasificación de Resultados Enfermeros NOC (conceptos, definiciones y medidas estandarizadas que describen los resultados de los pacientes influenciados por las intervenciones enfermeras)⁽⁷⁾ y la Clasificación de Intervenciones de Enfermeras NIC (clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería, definiendo intervención como cualquier tratamiento basado en el criterio y conocimiento clínico que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente)⁽⁸⁾, que están dentro de otro instrumento, el proceso enfermero, se enmarquen en un modelo conceptual propio que, al guiar la formulación del juicio o conclusión, le dé sentido y significado⁽⁶⁾.

Con este trabajo se pretende dar a conocer la importancia de los diagnósticos enfermeros, entender su relevancia tanto en el ámbito teórico como en el práctico, animando así a todos los enfermeros a utilizarlos adecuadamente. Pero no podemos

tratar todos los diagnósticos en este trabajo, por lo que debíamos centrarnos en un tema concreto que nos interesase. Nos hemos decantado por el sueño.

Es sueño es algo imprescindible en la vida de los individuos que está quedando en un segundo plano por las exigencias de la sociedad actual. Si bien es cierto que en el hombre los horarios y las necesidades de vigilia y del sueño son dependientes de la edad, el estado de salud, el contexto cultural y sociolaboral del momento, el ritmo circadiano del sueño y de la vigilia intenta conservar su tendencia natural a pesar de sus continuas adaptaciones a las exigencias cotidianas, con resultados, habitualmente, indeseables para la salud del individuo⁽⁹⁾.

El sueño se puede definir mediante diversos criterios conductuales y fisiológicos. Desde un punto de vista conductual la vigilia y el sueño son dos estados muy diferentes. Durante la vigilia estamos conscientes, reactivos, interaccionamos con el medio, recibimos estímulos y elaboramos respuestas, mantenemos los ojos abiertos y una movilidad normal. Durante el sueño adoptamos una posición de reposo en silencio, con los ojos cerrados, disminuyendo las conexiones cerebrales con el exterior y sin respuestas conscientes a los estímulos. El sueño no es la simple ausencia de vigilia, sino que constituye un estado de gran actividad donde se operan cambios hormonales, metabólicos, térmicos, bioquímicos y en la actividad mental en general, fundamentales para lograr un correcto equilibrio psicofísico que nos permita funcionar adecuadamente durante la vigilia.

Actualmente el sueño se estudia en centros especializados o laboratorios del sueño en los que se realizan polisomnografías que consisten en registros combinados durante una noche completa de electroencefalograma o EEG (es el parámetro fundamental, establece las fases del sueño), electrooculograma o EOG (reconoce la actividad ocular), electrocardiograma y la respiración, entre otros⁽¹⁰⁾.

Existen dos clases de sueño: REM o MOR y NREM o NMOR. El sueño MOR cursa con movimientos sincrónicos, rápidos, horizontales, verticales y giratorios de ambos ojos, siendo esto tan característico que de no encontrarse no se puede hablar de sueño MOR. Ocupa el 20-25% del total del sueño. El sueño MOR está relacionado con el descanso psíquico. El sueño NMOR ocupa un 70-75% del total de sueño en adultos normales, y es más abundante en la primera mitad disminuyendo a lo largo de la noche. El sueño NMOR consta de cuatro fases:

- Fase I: es la entrada al sueño, periodo de somnolencia, y que aparece tras cualquier despertar nocturno. El pensamiento deja de ser intencional, comenzando a viajar automáticamente. El tono muscular baja lentamente, surgiendo la respiración torácica, unida a movimientos oculares lentos. Esta fase abarca el 5-10% del total del sueño⁽¹¹⁾.
- Fase II: el tono muscular continúa disminuido y los movimientos oculares son esporádicos⁽¹⁰⁾. Ocupa el 50-60% del total del sueño.

- Fases III y IV: el sueño se hace cada vez más profundo y el nivel al despertar más alto. Ocupan el 20-25% del sueño.

Las fases I y II determinan el sueño superficial, mientras que las II-IV se refieren al sueño profundo. La alternancia entre sueño MOR y NMOR es rígida, hasta el punto de ser posible hablar de una arquitectura del sueño, con unas secuencias que se repiten (entre 4 y 6 ciclos) desde que comienza el sueño hasta el despertar⁽¹¹⁾.

En la NANDA 2009/2011 aparecen los siguientes diagnósticos relacionados con el sueño:

- Insomnio (00095): nombra una situación en que la persona sufre un trastorno de la cantidad o calidad del sueño que deteriora o repercute negativamente en su vida.
- Deprivación de sueño (00096): nombra una situación en que la persona pasa períodos de tiempo prolongados sin dormir.
- Disposición para mejorar el sueño (00165): nombra una situación en que el patrón de reposo, de suspensión natural y periódica de los sentidos y de todo movimiento voluntario, permite a la persona el estilo de vida deseado aunque se puede reforzar.
- Trastorno del patrón de sueño (00198): nombra una situación en que hay interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos⁽⁶⁾.

Finalmente vamos a centrarnos en los diagnósticos enfermeros denominados “insomnio” y “trastorno del patrón del sueño”, ya que consideramos que en la disposición para mejorar el sueño no hay una alteración del sueño como tal, sino una voluntad de mejorarlo y en la deprivación de sueño el trastorno es demasiado grave para ser abordado por la enfermería.

INSOMNIO

Dormir es una actividad absolutamente necesaria para el ser humano. Durante el sueño tienen lugar cambios en las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos⁽¹²⁾. Aunque depende de cada individuo, en general, el mayor bienestar psicológico se obtiene tras 7-8 horas de sueño⁽¹³⁾. La inadecuada cobertura de la necesidad de sueño se puede considerar un problema de salud y por lo tanto, como enfermeros, debemos actuar ante ello⁽¹²⁾.

El insomnio se define como la incapacidad para tener un sueño adecuado que se puede manifestar como una dificultad para conciliar el sueño, con despertares frecuentes durante la noche o con un despertar excesivamente temprano. El resultado es una insuficiente cantidad de sueño y la sensación de no sentirse descansado tras una noche de sueño.

La incidencia del insomnio es muy elevada: un 10% de la población presenta insomnio crónico y aproximadamente el 50% ha presentado insomnio transitorio o agudo en algún momento de su vida. También hay que decir que es más frecuente en ancianos y en mujeres.

Como ya se ha mencionado, el insomnio puede ser transitorio, agudo o crónico según su duración. El insomnio transitorio es inferior a una semana y suele ser debido a cambio de horarios por viajes, exámenes, etc. El insomnio agudo dura de una a cuatro semanas y suele ser provocado por situaciones de ansiedad, enfermedad, funerales, etc. Si el episodio de insomnio dura más de cuatro semanas, hablamos de insomnio crónico. El insomne crónico suele encontrarse fatigado, irritable, tenso y/o deprimido como consecuencia de un sueño insuficiente⁽¹⁴⁾.

El insomnio según su etiología puede ser un trastorno primario (preocupaciones, estrés, problemas económicos, paro laboral, problemas emocionales, etc.)⁽¹¹⁾ pero también puede ser secundario a otros problemas, como dolores, dificultad para respirar, úlceras, asma, parkinsonismo, uso o privación de fármacos. También puede estar asociado a otros trastornos del sueño como apnea, narcolepsia, mioclonía o síndrome de piernas inquietas, por ejemplo⁽¹⁴⁾. Aunque existen otras muchas clasificaciones, a efectos prácticos éstas son las más utilizadas⁽¹⁵⁾.

En la NANDA Internacional (2009-2011), estructurada en base a la taxonomía II, el insomnio se incluye en el dominio 4 “actividad/reposo” que es definido como la producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos. Dentro del dominio 4, el insomnio se clasifica en la clase 1 “reposo/sueño” definido como sueño, descanso, tranquilidad, relajación o inactividad.

El insomnio es definido por la NANDA como “trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento”. Es decir nombra una situación en que la persona sufre un trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora o repercute negativamente en su vida.

La etiqueta “insomnio” aparece por primera vez como diagnóstico enfermero en el año 2006. Tiene un nivel de evidencia (NDE) de 2.1, lo que implica que se citan referencias bibliográficas para la definición y para cada una de las características definitorias y factores relacionados⁽⁵⁾. Anteriormente esta etiqueta se denominaba “deterioro del patrón del sueño”, adoptado desde el año 1980 y revisado en 1998. El deterioro del patrón del sueño era definido como “trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitada en el tiempo”, es decir nombraba una situación parecida al

insomnio, pero que se daba de forma transitoria y no especificaba que interfiriera en el funcionamiento del paciente⁽¹⁶⁾.

Características definitorias del insomnio

Las características esenciales del insomnio incluyen una queja subjetiva de insomnio (respecto a la cantidad y/o calidad del sueño) y dificultades diurnas en las esferas de lo fisiológico, emocional y cognitivo⁽¹⁵⁾. Se manifiesta por las siguientes características:

- **Observación de cambios de la emotividad:** las personas que rodean al individuo o bien el profesional sanitario pueden observar que el paciente cambia de humor fácilmente y probablemente sin motivos para ello.
- **Observación de falta de energía:** puede observarse que el paciente está cansado, decaído; lo que interfiere en su actividad diaria.
- **Aumento del absentismo:** el insomnio es causa de importantes repercusiones en el mundo laboral (provoca numerosas bajas laborales) así como de disminución del rendimiento laboral. Igualmente, la falta de sueño va a producir una disminución en la concentración y en el rendimiento escolar⁽¹⁷⁾.
- **El paciente informa de cambios de humor:** el insomne suele tener un humor cambiante y una excesiva irritabilidad que complica sus relaciones familiares, laborales y sociales⁽¹⁸⁾.
- **El paciente informa de disminución de su estado de salud:** el sueño es necesario para el buen estado físico y mental del individuo. Existe una relación bidireccional entre el sueño y la salud. Con frecuencia, cuando el sujeto enferma (física o mentalmente) se altera el sueño y cuando una persona duerme mal durante cierto tiempo se producen alteraciones físicas y mentales que pueden derivar a enfermedad. Se ha señalado la posible conexión entre el sueño inadecuado de forma prolongada y alteraciones endocrinas y metabólicas, referidas a una alteración del metabolismo de la glucosa y a una disrregulación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, que no se reduce exclusivamente al ámbito del SNC y que en condiciones crónicas pueden desarrollar en individuos predispuestos una resistencia a la insulina, obesidad e hipertensión. Por otro lado, se ha postulado que la pérdida de sueño en personas jóvenes puede ocasionar una disminución de la secreción de hormona del crecimiento en edades posteriores, alterándose con ello el control de la proporción de grasa y músculo en el cuerpo tendiendo a producir un sobrepeso. Se ha encontrado una relación entre un sueño inadecuado y niveles bajos de leptina, una hormona que regula el metabolismo de los carbohidratos, lo que hace que el organismo "anhele" más carbohidratos y aumente su consumo⁽¹⁹⁾.

- **El paciente informa de disminución de su calidad de vida:** el insomnio tiene múltiples consecuencias como por ejemplo irritabilidad, cambios de humor, disminución de la concentración, etc.; en definitiva una disminución en la calidad de vida que termina interfiriendo en su rendimiento social, laboral o escolar y en otras áreas importantes de su vida cotidiana.
- **El paciente informa de dificultad para concentrarse:** la dificultad de concentración puede hacer difícil e incluso peligrosas las tareas de la vida diaria, tales como conducir o la realización del trabajo habitual. Si a esto le añadimos otras consecuencias del insomnio como la lentitud mental producida por el cansancio, falta de energía o la irritabilidad puede conllevar un aumento de los accidentes. Los síntomas diurnos más comunes asociados con insomnio o insuficiente descanso nocturno incluyen la fatiga, la dificultad de atención, la concentración y las alteraciones psicomotoras⁽¹⁷⁾.
- **El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño:** también llamado insomnio de inicio. Es la incapacidad de quedarse dormido antes de 30 minutos, una vez acostados⁽²⁰⁾. Es importante tener en cuenta algunos comportamientos asociados que realiza el paciente como son las actividades que realiza previas a ir a dormir, las conductas que adopta durante los despertamientos nocturnos (mantenerse en cama, levantarse, comer, mirar el reloj, fumar, leer, etc.), así como actitudes que adopta el paciente frente a su trastorno que generalmente se producen de forma involuntaria, como son las asociaciones cognitivas. Los pacientes desarrollan con frecuencia actitudes negativas respecto a su capacidad de dormir y se sienten incapaces de dormir sin medicación. También pueden aparecer implicaciones familiares y laborales relacionadas con el trastorno, sobretodo en casos crónicos, así como emociones asociadas de angustia ansiedad, frustración o depresión. En cualquier caso, todo ello no hará más que perpetuar el síntoma consiguiendo un “círculo vicioso” cada vez mayor y más difícil de tratar. La ansiedad se suele relacionar con la dificultad para el inicio del sueño⁽¹⁷⁾.
- **El paciente informa de dificultad para permanecer dormido:** es el llamado insomnio de mantenimiento o continuidad. Es la incapacidad de permanecer dormido, hecho reflejado en la existencia de numerosos despertares nocturnos (más de tres despertares)⁽²⁰⁾. Esta característica se manifiesta con más frecuencia en mujeres. El insomnio de continuidad se acompaña frecuentemente de fragmentación del sueño y ésta puede estar asociada a distintos trastornos del dormir como roncopatía, apnea, movimientos periódicos de los miembros o a otros problemas médicos⁽²¹⁾.
- **El paciente informa de insatisfacción con el sueño:** el sueño no resulta reparador, se despierta cansado. La satisfacción con el sueño es un factor subjetivo muy importante ya que esta variable, por lo general se utiliza como criterio para considerar a una persona como insomne. Si la persona informa

tener problemas para dormir, pero no son molestias que repercuten en el desarrollo de su actividad, no se considera como insomne⁽²¹⁾.

- **El paciente informa de aumento de los accidentes:** las consecuencias de no dormir bien se aprecian a lo largo del día, cuando el insomne siente fatiga, motivación disminuida, dificultades cognitivas (disminución de concentración y memoria), alteraciones psicofísicas (depresión y ansiedad, irritabilidad), cefaleas y problemas músculo-esqueléticos y digestivos. Consecuencias que son capaces de provocar un mayor número de accidentes tanto laborales como domésticos. Son numerosas las campañas de tráfico que han incidido en la falta de sueño y conducción, recomendando diferentes medidas a los conductores para evitar la aparición del sueño, la fatiga y el cansancio al ponerse al volante. Los estudios que vinculan el insomnio y los accidentes de carretera señalan que el riesgo de los insomnes de sufrir un accidentes 2,5 veces mayor⁽¹⁸⁾.

El 27% de los accidentes de tráfico se atribuyen a la somnolencia producida por el insomnio⁽¹¹⁾. La influencia del insomnio no se reduce a la conducción. De hecho, si el rendimiento baja al volante, mucho más se deja notar a la hora de afrontar la jornada laboral. Estadísticamente, ocurre un mayor número de accidentes de trabajo entre las 3 y las 5 de la madrugada, cuando trabaja un 20% de la población activa; profesionales que tienen dificultades para descansar bien durante el día y recuperar fuerzas, pues no gozan de una estructura normal del sueño por la falta de sincronización de los ritmos biológicos y el exceso de luz y de ruidos⁽¹⁸⁾.

- **El paciente informa de falta de energía:** el individuo manifiesta un cansancio continuo, debilidad, agotamiento desde que se despierta, sin haber realizado actividades que puedan producirlo.
- **El paciente informa de sueño no reparador:** sueño no reparador define aquella queja habitual y subjetiva del paciente cuando el insomnio no ha facilitado el descanso nocturno⁽²²⁾.
- **El paciente informa de despertarse demasiado temprano:** el insomnio por despertar precoz se refiere al despertar a las cuatro o cinco horas de iniciado el sueño, seguido de la incapacidad para volver a conciliarlo⁽²⁰⁾. La depresión se relaciona normalmente con el despertar precoz⁽¹⁷⁾.
- **El paciente informa de trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente:** las repercusiones del insomnio sobre la vigilia del día siguiente varían de unos pacientes a otros, pero en general se puede hablar de fatiga, irritabilidad, disminución de la atención y capacidad de concentración, dificultades amnésicas, problemas de desempeño y somnolencia diurna. El insomnio debe acompañarse siempre de afectación durante la vigilia, ya que si

durante el día el paciente no relata ningún síntoma, no puede hablarse realmente de insomnio, siendo dicha afectación diurna la que, en muchas ocasiones, motiva a realizar la consulta. En aquellos casos que existe un tiempo total de sueño disminuido, sin afectación diurna, deben clasificarse como dormidores cortos, teniendo en cuenta que la afectación diurna es también una consideración subjetiva⁽¹⁷⁾.

Factores Relacionados en el insomnio

Los profesionales sanitarios van a actuar sobre los factores relacionados para intentar disminuir o eliminar las manifestaciones. Análisis de los factores relacionados:

- **Patrón de actividad (por ejemplo tiempo, cantidad, etc.):** el ser humano duerme una tercera parte de su vida y de la calidad del sueño depende su desempeño en la vida cotidiana; pero el sueño no es un proceso constante ni pasivo sino que en él se da una progresión a lo largo de la vida; así, en recién nacidos dura hasta 20 horas diarias; aproximadamente a los 3 años alcanza un patrón más estable en el que la mayor parte de las horas de sueño son nocturnas, en la pubertad se adquiere el ritmo de sueño que se mantendrá la mayor parte de la vida y al final de ésta, durará solamente 4 ó 5 horas diarias⁽²³⁾.

Es importante la estimulación de la realización de ejercicio físico y el aumento de la actividad corporal diurna, siempre y cuando el ejercicio no se realice 3-4 horas antes de ir dormir. Si bien es cierto que hacer ejercicio ayuda a dormir mejor, se ha visto que el ejercicio excesivo poco antes de irse a dormir produce dificultad para conciliar el sueño y despertares frecuentes durante la noche. Esto es debido a que el sueño aparece cuando la temperatura corporal está en su punto más bajo, por lo que el ejercicio debe hacerse por lo menos 3 horas antes de acostarse; además cuando se inicia el acondicionamiento físico pueden aparecer dolores musculares que quizá dificulten el dormir⁽¹³⁾.

- **Ansiedad:** la ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas (como por ejemplo el insomnio, dolor de cabeza, mareos, etc.). Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático. En términos generales se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, transitoria, solo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos. Sin embargo, la ansiedad se considera desadaptativa y por lo tanto problemática cuando es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas y se mantiene

en el tiempo. La ansiedad y depresión son unos de los factores psicológicos de riesgo más importantes en los trastornos del sueño (hasta un 63 % de pacientes con ansiedad presentan insomnio y hasta un 90% de los pacientes con depresión presentan algún tipo de trastorno del sueño)⁽²²⁾. El trastorno por ansiedad generalizada suele ocasionar dificultad para el inicio y/o el mantenimiento del sueño⁽²⁴⁾.

- **Depresión:** la depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo al menos de 2 semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. La depresión es un síndrome bien diferenciado y caracterizado por un grupo de síntomas, que se halla asociado a un deterioro funcional, laboral y social. La presencia de síntomas somáticos, como anorexia, astenia, pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento psicomotor o pérdida de interés sexual, son básicos para el diagnóstico de depresión en pacientes sin otra enfermedad⁽²²⁾. La depresión provoca típicamente acortamiento del tiempo total de sueño por despertar precoz con incapacidad para reanudar el sueño. En depresiones leves-moderadas, con importante ansiedad asociada, aparecerá casi siempre insomnio de conciliación⁽²⁴⁾.
- **Factores del entorno (por ejemplo ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura / humedad ambiental, entorno no familiar):** numerosos estímulos externos, tales como el calor, el frío, el ruido y la luz, pueden despertarnos con frecuencia o impedirnos dormir durante horas. No es extraño que en las noches de verano muy calurosas nos cueste conciliar el sueño más de lo habitual o que, por el contrario, en invierno, un frío intenso nos provoque un descanso superficial y un gran número de despertares (a menor temperatura, más despertares). El ruido, por otra parte, también puede alterar la estructura del sueño. El cerebro es un mecanismo de alerta muy selectivo, que tolera un gran número de ruidos pero que reacciona instantáneamente ante otros muchos. Es habitual, por ejemplo, que una madre joven oiga a su hijo recién nacido al más mínimo quejido y en cambio no se despierte durante una tormenta nocturna. El ruido fuerte pero de intensidad constante se tolera mejor que el entrecortado. Por ello, los ronquidos, que suelen ser intermitentes, no dejan dormir a las personas que comparten la cama con el roncador.

La luz ambiental puede también alterar el sueño. Algunas personas no soportan la luminosidad del amanecer, que las despierta y les impide volver a dormir. Una habitación sin luz, sin ruido y a una temperatura que oscile entre los 18 y 22 °C tiene las condiciones óptimas para un buen descanso⁽²⁵⁾. La humedad debe ser adecuada⁽²⁶⁾. Las incomodidades que padecen las personas hospitalizadas también distorsionan el ritmo vigilia-sueño. Las molestias de la cama o del lugar donde dormimos (cama, litera o asiento) es otra de las situaciones que alteran el sueño. Y es que dormir en una posición incorporada

en vez de tumbados provoca más sueño superficial y un mayor número de despertares nocturnos. Los movimientos que todas las personas realizan alguna vez por la noche (darse la vuelta, sacudir las piernas, hablar en sueños, toser, levantarse para ir al lavabo, etc.), si son intensos y persistentes, modifican el sueño de quienes comparten la cama con ellas⁽²⁵⁾. La utilización de prendas incómodas también puede ocasionar problemas en el sueño⁽²⁶⁾.

- **Temor:** el paciente se siente preso de inseguridad, temor, miedo o pánico, como si fuera víctima de una amenaza que desconoce. En los ancianos que viven solos, el sentimiento de temor y de vulnerabilidad aumenta por la noche. En embarazadas de alto riesgo también hay una alta tasa de insomnio debido al temor de que el embrión o feto no llegue a desarrollarse o nacer sano. En niños se suele dar cuando hay una separación del cuidador principal, sobre todo por temor a que este fallezca o tenga un accidente y no vuelva a verle. En otras ocasiones es el mismo temor al insomnio mantiene despierto al individuo.
- **Siestas frecuentes durante el día:** el fenómeno de la siesta es complejo y necesita de algunas matizaciones; una siesta de corta duración (por ejemplo de 30 minutos) generalmente mejora la ejecución y los sentimientos subjetivos de bienestar e incluso, por ejemplo, reduce en un 30% el riesgo coronario y los problemas de hipertensión en ancianos. En cambio, el tomar siestas frecuentes y largas se ha asociado a presentar enfermedades crónicas (como hipertensión o diabetes), síntomas depresivos, empeoramiento funcional, sobrepeso, etc. En personas con problemas del ciclo sueño-vigilia la práctica de la siesta no es aconsejable. Si lo es en bebés, niños y en aquellos adultos que lo crean conveniente (por ejemplo porque se levantan muy temprano a trabajar y necesite un descanso para continuar la tarde en buenas condiciones)⁽¹³⁾.
- **Cambios hormonales relacionados con el sexo:** en el hombre pueden darse alteraciones del sueño relacionadas con los cambios hormonales en la pubertad y en la andropausia. La pubertad, el síndrome premenstrual, el embarazo, el post-parto y la menopausia son etapas en la mujer en que los niveles hormonales varían, produciendo insomnio o bien estrés que da lugar al insomnio. Es sobre todo en la menopausia donde el insomnio es muy frecuente⁽²⁷⁾.
- **Duelo:** el duelo es definido como "La pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida." El duelo ocurre o se inicia inmediatamente después, o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un período de tiempo que varía de persona en persona (no se extiende a lo largo de toda la vida). La reacción normal ante la pérdida de un ser querido, es con frecuencia un trastorno depresivo, caracterizado por: bajo estado de ánimo, sentimientos de culpa (lo

que se pudo hacer), deseos de muerte (morir en su lugar o con ella), trastornos sensorio-perceptivos (alucinaciones auditivas), anorexia, pérdida de peso, abandono de sus actividades socio-laborales e insomnio⁽²⁸⁾.

- **Higiene del sueño inadecuada:** como ocurre con cualquier ritmo biológico, los hábitos nocivos del sujeto pueden alterar la periodicidad de una función. La irregularidad de los ciclos de sueño-vigilia con ausencia de horarios estables para acostarse y levantarse, junto con variaciones en las costumbres sociales y horarios de desayuno, comida y cena, etc., provocan “debilidad” o desincronización de los ritmos sueño-vigilia. Esto conlleva una escasa propensión al sueño nocturno y tendencia a la somnolencia diurna. El abuso de sustancias excitantes como café, té, refrescos con cola y fármacos estimulantes del SNC debe obviamente proscribirse. El alcohol puede facilitar el inicio del sueño pero posteriormente lo fragmenta. La abstinencia de fármacos depresores del SNC provoca insomnio “de rebote”. La adopción de unos hábitos saludables y horarios razonables, conocidos como higiene del sueño son aplicadas de forma universal a cualquier tipo de insomnio y rinden su beneficio a partir de la 4ª - 6ª semana de estricto cumplimiento⁽²⁴⁾. La higiene del sueño inadecuada son prácticas que están bajo el control de la voluntad del sujeto. Su prevalencia se estima en torno al 1-2% en los adolescentes y adultos, y constituye alrededor de un 5-10% de los insomnios⁽²⁹⁾.
- **Sueño interrumpido:** el sueño interrumpido tiene el potencial de causar somnolencia excesiva diurna, fatiga creciente, y sueño no reparador; puede estar asociado a malestar físico, como por ejemplo dolor o respiración dificultosa⁽⁹⁾.
- **Toma de estimulantes:** el consumo de sustancias que afectan al sistema nervioso central reduce la somnolencia y dificulta el sueño. Existen múltiples tóxicos capaces de provocar tales alteraciones: heroína, cocaína, LSD, anfetaminas, crack, éxtasis, etc. El insomnio por heroína se observa sobre todo durante el síndrome de abstinencia, mientras que en las otras drogas es evidente durante su consumo. Hay un grupo de sustancias, más toleradas por la sociedad pero igualmente nocivas, denominadas xantinas (café, té, cacao y bebidas de cola), cuyo consumo excesivo (o incluso moderado en personas sensibles) también produce alteraciones del sueño⁽²⁵⁾. La cafeína es una metilxantina y es la mitad de adictiva que la nicotina; el efecto sobre el sueño se produce después de 15-30 minutos de la ingesta y su vida media es de entre 3-7 horas con un pico a las 4 horas. La cafeína aumenta la latencia en la instauración del sueño y los episodios de despertar durante el mismo y disminuye el tiempo total de sueño. Es curioso comprobar que algunos pacientes se sorprenden al saber que su insomnio puede estar relacionado con el consumo de café⁽³⁰⁾. Otro agente tóxico es la nicotina, que puede dificultar

el inicio del sueño en los grandes fumadores y, sobretodo, es capaz de generar despertares nocturnos como consecuencia del síndrome de abstinencia⁽²⁵⁾.

- **Toma de alcohol:** el alcohol es consumido frecuentemente por los individuos para inducir el sueño. Aunque el alcohol puede aumentar la somnolencia y acortar la latencia del sueño, incluso cantidades moderadas de este producto aumentan los periodos de despertar tras la instauración del sueño al interferir con la capacidad del cerebro para mantener dicho sueño lo que suele incrementar la somnolencia durante el día. Asimismo, como el alcohol también actúa de relajante de los músculos de las vías respiratorias superiores, este colapso parcial de las mismas restringe el flujo de aire y hace la respiración más dificultosa pudiendo dar lugar a más interrupciones del sueño⁽³⁰⁾.
- **Deterioro del patrón de sueño normal:** hay situaciones en las que el patrón de sueño regular se ve deteriorado. Los cambios de turno laboral pueden ocasionar insomnio o excesiva somnolencia de forma transitoria. Para facilitar la adaptación a los cambios de horario laboral debe aumentarse la intensidad de luz durante las horas de trabajo y propiciar una obscuridad estricta en las fases de descanso. Durante los viajes transoceánicos rápidos, como por ejemplo en avión, se produce una desincronización transitoria del ciclo sueño-vigilia (síndrome del cambio rápido de zona horaria o Jet Lag) provocada por desajuste entre el horario geofísico del punto de partida y el de llegada. En otras palabras, el reloj biológico interno es expuesto a otro ciclo geofísico al cual debe adaptarse⁽²⁴⁾. En general, el ingreso en un hospital, especialmente en sujetos de edad avanzada, es una condición suficiente para producir un cambio del ritmo sueño-vigilia. Los ingresos prolongados, las intervenciones quirúrgicas, el empleo de fármacos sedantes o hipnóticos, las estancias en unidades de cuidados intensivos (en las que hay una actividad continuada las 24 horas del día, sin apenas interrupción de estímulos sonoros y luminosos), y los procesos metabólicos e infecciosos, son factores que facilitan esta alteración⁽²⁹⁾.
- **Medicamentos:** en general podríamos decir que cualquier fármaco, sobretodo los estimulantes del sistema nervioso central podrían producir alteraciones en el sueño. Ante una persona que manifiesta un descanso no reparador, lo primero que hay que hacer es preguntarle si toma algún tipo de medicamento, puesto que fármacos como los corticoides, las teofilinas, los preparados tiroideos o los agentes anticancerígenos pueden generar dificultades para dormir o agravarlas en caso de ya existir. Los antihipertensivos y algunos antidepresivos acostumbra a generar somnolencia. Las benzodiacepinas pueden tener el efecto contrario al deseado y producir insomnio. Los diuréticos, en cambio, predisponen a múltiples despertares nocturnos (debido a la necesidad de ir al lavabo con frecuencia) y, en consecuencia, al fraccionamiento del sueño⁽²⁵⁾.

- **Responsabilidades parentales:** suele ocurrir sobre todo cuando se está al cuidado de bebés ya que éste puede requerir cuidados a cualquier hora como por ejemplo alimentación, cambio de pañales o vigilancia por enfermedad. Por otra parte, el sujeto puede tener problemas de insomnio a causa de la preocupación por el bienestar del niño o adolescente (por ejemplo cuando el adolescente empieza a salir por la noche de fiesta y los padres no pueden dormir bien hasta que éste no vuelve a casa). O bien, puede ser que el niño presente insomnio. En el insomnio en niños, las principales dificultades a las que se enfrentan los padres se deben a la resistencia del niño a acostarse y a la dificultad que tiene para conciliar el sueño. También resulta molesto el niño que se despierta con frecuencia durante la noche o que sufre otras alteraciones del sueño como sonambulismo o pesadillas. Por último están los niños que se despiertan mucho más temprano de lo que sus padres desearían. Cada uno de estos patrones plantea sus problemas específicos y desorganiza la vida familiar⁽³¹⁾.
- **Malestar físico:** diversas enfermedades médicas pueden ocasionar insomnio por la irrupción de síntomas nocturnos como dolor, disnea, tos, falta de aliento, náuseas, reflujo gastroesofágico, nicturia, incontinencia de urgencia, etc., que pueden dificultar la conciliación del sueño o interrumpirlo. A su vez algunos tratamientos de estas alteraciones pueden perpetuar el insomnio⁽²⁴⁾.
- **Estrés:** tanto la cantidad como la calidad del sueño se modifican por las variadas condiciones de estrés sufridas durante la vigilia. Las alteraciones del sueño como consecuencia del estrés se pueden ver desde una perspectiva bidireccional, ya que las alteraciones del sueño producen estrés y, a su vez, el estrés genera cambios en el ciclo sueño-vigilia. Según vaya avanzando la noche y el sujeto no pueda dormir el estrés irá siendo mayor, el sujeto pensará frecuentemente “tengo que lograr dormir”⁽³²⁾. Los sucesos estresantes pueden abarcar cualquier aspecto de la vida del sujeto como las relaciones familiares, sociales, la salud y el trabajo. No sabemos por qué idénticos sucesos precipitan insomnio en unas personas y en otras no, pero la relación entre insomnio y estrés tiene que ver más con el tipo de respuesta personal que con la frecuencia que la persona es sometida al estrés⁽³³⁾.

Valoración específica tras el diagnóstico de insomnio

Tras diagnosticar al paciente debemos valorar en profundidad las características del insomnio que presenta, valorar la calidad y cantidad del sueño que tenía antes, compararlo con la situación actual, y determinar en qué medida está afectando a la vida del paciente. De esta forma podremos determinar mejor las causas del insomnio y tratarlo adecuadamente con las intervenciones más apropiadas. Para ello realizaremos una anamnesis. Gracias a estos datos personales y clínicos podemos adquirir una visión global del problema, que se puede completar con el testimonio de la persona que comparte su sueño con el paciente, pues a menudo conoce datos que éste ignora.

La entrevista clínica tiene que incluir información muy detallada, sobre diversos aspectos de su vida actual, desde que comenzó el insomnio, en comparación con la vida anterior en la que dormía adecuadamente.

La valoración por patrones funcionales puede estructurar la entrevista clínica.

- Percepción/control de la salud: como describe su salud, conocimientos en relación al problema de sueño, qué ha hecho para mejorarlo, uso de fármacos (prescritos o automedicación).
- Nutricional: patrón de ingesta de alimentos y bebidas diaria, ingesta de sustancias que puedan afectar al sueño (café, té, alcohol, etc.), fatiga.
- Eliminación: presencia de nicturia.
- Actividad/ejercicio: descripción de las actividades habituales diarias.
- Reposo/sueño: patrón de reposo habitual, dificultades en relación con el sueño.
- Auto percepción/autoconcepto: qué es lo que más le preocupa, qué objetivos tiene en relación con su situación actual, si ha cambiado su percepción por tener este problema.
- Rol/relaciones: valorar la vida familiar y social.
- Sexualidad/reproducción: si ha habido algún cambio.
- Adaptación/estrés: pérdidas o cambios en su vida durante el último año, si hay algo que le gustaría cambiar en su vida, cómo maneja o ha manejado otras situaciones estresantes.

Esta valoración por patrones funcionales puede ser completada con escalas dirigidas al insomnio. El uso de escalas es útil también como guía en la entrevista y para apoyar el juicio clínico, pero no debe sustituir la entrevista clínica⁽¹⁵⁾.

En la anamnesis también incluiremos una exploración física y analítica (encaminada a descartar signos de enfermedades orgánicas que pudieran ocasionar insomnio) y una exploración psicológica (examen de aspectos tales como la afectividad, motivaciones, actitudes, intereses o adaptación social que nos ayudará a descartar la existencia de alguna dolencia mental).

Una herramienta muy práctica de cara a la valoración es el diario del sueño; lo realiza el propio paciente, anotando cada mañana, después de levantarse, cuantas horas ha dormido, el tiempo que ha tardado en conciliar el sueño y el número de despertares nocturnos (en caso de que los haya habido), además de la medicación que

ha tomado y en qué dosis⁽²⁵⁾. El tiempo mínimo óptimo de registro sería de 15 días, siendo de 2 meses si se pretende abarcar la fase de tratamiento⁽¹⁵⁾.

Posteriormente analizaremos todos los datos recogidos y utilizaremos los instrumentos enfermeros para marcar unos objetivos y realizar sus correspondientes intervenciones en el caso de que fueran necesarias.

Criterios de resultado e intervenciones en el insomnio

Debemos actuar sobre los factores relacionados concretos que presente el paciente para intentar eliminar las manifestaciones del insomnio. Para ello utilizaremos dos instrumentos de la enfermería: la clasificación de resultados enfermeros, donde determinaremos los resultados que pretendemos conseguir y la clasificación de intervenciones enfermeras donde elegiremos las intervenciones y actividades más adecuadas para conseguir los resultados esperados.

Cuando consultamos las relaciones NOC-NANDA en la clasificación de resultados de enfermería, nos proponen los siguientes resultados:

- **Resultados sugeridos**

- ✓ Bienestar personal: alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias.
- ✓ Calidad de vida: alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida.
- ✓ Concentración: capacidad para centrarse en un estímulo específico.
- ✓ Descanso: grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.
- ✓ Equilibrio emocional: adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.
- ✓ Estado de salud personal: funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual en conjunto de un adulto de 18 años de edad.
- ✓ Nivel de fatiga: gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.
- ✓ Resistencia: capacidad para mantener la actividad.
- ✓ Sueño: suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

- **Resultados opcionales adicionales**

- ✓ Continencia urinaria: control de la eliminación urinaria.
- ✓ Eliminación intestinal: capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.

- ✓ Eliminación urinaria: capacidad del sistema urinario para filtrar los productos de desecho, conservar solutos y recoger y eliminar la orina de una forma saludable.
- ✓ Estado de comodidad: tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo.
- ✓ Estado respiratorio: ventilación: movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.
- ✓ Nivel de ansiedad: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.
- ✓ Nivel de depresión: intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida.
- ✓ Nivel de estrés: gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.
- ✓ Nivel de malestar: gravedad del malestar físico o mental observado o descrito.
- ✓ Nivel de miedo: infantil: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable en un niño de 1 hasta 17 años de edad.
- ✓ Nivel del dolor: Intensidad del dolor referido o manifestado.
- ✓ Participación en las actividades de ocio: uso de las actividades de ocio o relajantes de cara a fomentar el bienestar.
- ✓ Respuesta a la medicación: terapéuticos y adversos de la medicación prescrita⁽⁷⁾.

De forma general, los criterios de resultados más importantes para este diagnóstico serán “sueño”, “descanso”, “calidad de vida” y “bienestar personal” que es lo que se afecta de manera global. Pero dependiendo de los factores relacionados que se presenten en el paciente utilizaremos unos u otros criterios de resultado; por ejemplo, si el factor relacionado es un problema del entorno, nuestro criterio de resultado será prioritariamente “estado de comodidad” ya que si solucionamos esto probablemente acabaremos con el insomnio. Por otra parte, habrá factores relacionados que no podremos tratar individualmente como profesionales de enfermería, como por ejemplo “cambios hormonales relacionados con el sexo” o “depresión” que se deberán tratar interdisciplinariamente, serán problemas de colaboración.

Un criterio de resultado que no está presente en los propuestos para este diagnóstico por parte de la Clasificación de Resultados Enfermeros es el de “Conducta de cumplimiento”. Desde mi punto de vista es un objetivo esencial para factores relacionados como por ejemplo “higiene del sueño inadecuada” donde el paciente, siguiendo la prescripción propuesta por el profesional de enfermería, podría acabar con el insomnio.

En cuanto a las intervenciones enfermeras, debemos tener en cuenta que nuestro objetivo no es detallar las particularidades individuales que podrían

presentarse sino que estamos observando el insomnio desde un punto de vista holístico, por lo que no vamos a poder nombrar intervenciones concretas, en cada caso dependerá del sujeto, del grado de afectación en su calidad de vida, de las causas particulares de su insomnio y de su respuesta ante éste. Siguiendo el ejemplo anterior, en un paciente con insomnio relacionado con los factores del entorno, algunas intervenciones podrían ser “escucha activa” y “manejo ambiental”⁽⁸⁾.

Prescripción enfermera e insomnio

Es fundamental aclarar la causa del insomnio antes de iniciar el tratamiento. Podemos diferenciar entre tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico.

Según el BOE del 30 de enero de 2011 la orden de dispensación será el documento de carácter sanitario, normalizado y objetivo mediante el cual los profesionales enfermeros, en el ámbito de sus competencias podrán indicar la dispensación de determinados medicamentos y productos sanitarios⁽³⁴⁾.

Como profesionales enfermeros debemos aplicar el algoritmo de prescripción, que se realizará siempre en función de un juicio clínico y diagnóstico.

- Lo primero será preguntarnos si es realmente necesario utilizar un medicamento en la situación concreta en la que nos encontramos. Después nos fijaremos en los hábitos del sujeto, en la situación fisiológica, en la situación patológica y en si tiene otro tratamiento ya instaurado.
- El siguiente paso, tras ver que la indicación principal para esa situación es la utilización de un medicamento, elegiremos cual es el más adecuado. Hay que conocer cual está relacionado con la indicación principal y su efectividad, lo que indicará un beneficio.
- Todo esto nos lleva al índice beneficio/riesgo, donde se comparará el beneficio (que viene dado por la efectividad) con el riesgo (reacciones adversas del medicamento, edad del sujeto, alteraciones patológicas de éste, etc.). Hay que buscar el fármaco que proporcione el mayor beneficio con el menor riesgo.
- Posteriormente nos plantearemos la posología e informaremos al paciente sobre cómo, de qué manera y con qué debe ser administrado el fármaco, así como las reacciones adversas más frecuentes que podrían darse para evitar el incumplimiento del tratamiento y aumentar la adherencia a éste. Nos aseguraremos de que lo ha entendido de forma adecuada.
- Determinaremos si es necesario aplicar un tratamiento concomitante y vigilaremos el cumplimiento.

Tratamiento no farmacológico: Diversas medidas no farmacológicas se han mostrado efectivas para tratar el insomnio. Tales intervenciones comprenden la educación en la higiene del sueño, la terapia cognitiva, la terapia de restricción del sueño, las técnicas de relajación y la terapia lumínica entre otras⁽³⁵⁾. El objetivo principal de las intervenciones psicológicas aplicadas al tratamiento del insomnio es el de modificar las conductas y cogniciones aprendidas con respecto al sueño y que son factores que perpetúan o exacerban las perturbaciones del sueño.

Estos factores pueden deberse a malos hábitos de sueño, a patrones irregulares de sueño-vigilia, a las propias ideas falsas sobre el sueño o sobre las consecuencias del insomnio y a la hiperactivación psicofisiológica. También se trata de reducir la ansiedad anticipatoria que se produce antes de irse a la cama y que no permite conciliar el sueño⁽¹⁵⁾.

- **Educación en la higiene del sueño:** La educación sobre las reglas de una buena higiene del sueño es útil en la mayoría de los pacientes con insomnio. También sería recomendable la realización de un diario de sueño, que nos servirá para identificar las mejoras necesarias y vigilar el progreso. La enfermera puede ayudar al paciente en la introducción de determinados cambios y proporcionar seguimiento para animar el cumplimiento.
 - ✓ Acostarse y levantarse a horas regulares, evitando las siestas.
 - ✓ Hacer ejercicio con regularidad, pero evitar el ejercicio inmediatamente antes de acostarse.
 - ✓ Control del medio ambiente del dormitorio para evitar temperaturas extremas y ruido excesivo.
 - ✓ Intervalo de al menos 30 minutos sin actividades causantes de estrés antes de acostarse.
 - ✓ Reservar el dormitorio sólo para dormir y para la actividad sexual, y no usarlo para actividades estimulantes como ver la televisión, leer, llamar por teléfono, hacer cuentas, etc.
 - ✓ Acostarse sólo cuando se esté preparado para dormir, y abandonar la cama si no se ha conciliado el sueño a los 30 minutos.

- **Terapia cognitivo-conceptual:** Es un programa de entrenamiento diseñado para corregir las ideas erróneas sobre el sueño que podrían estar afectando de forma adversa el patrón del sueño de un paciente. A algunas personas, por ejemplo, las preocupaciones sobre la cantidad de sueño necesaria o los temores exagerados sobre el efecto del insomnio les pueden generar una ansiedad excesiva. Esta ansiedad, a su vez, obstaculiza su capacidad para iniciar y mantener el sueño. El objetivo del tratamiento es disminuir la ansiedad que rodea al sueño, cambiando la comprensión y la actitud del paciente respecto al problema.

- **Terapia de restricción del sueño:** Es una técnica utilizada para mejorar la eficacia del sueño. Tiene más utilidad en individuos que pasan una cantidad de tiempo excesiva sin dormir en la cama. Se instruye al paciente para que disminuya el número de horas que pasa en la cama hasta llegar a la duración media de sueño real, determinada por el diario de sueño. Al principio esto origina cierta disminución del tiempo de sueño, pero ayuda a consolidar el patrón. Después se le indica al paciente que aumente de modo gradual el tiempo de permanencia en la cama, manteniendo la eficacia del sueño en más del 85% (es decir, mientras duerma más del 85% del tiempo que permanece en la cama).
- **Técnicas de relajación:** Una amplia variedad de técnicas de relajación pueden ser útiles para tratar el insomnio. Los métodos comunes comprenden relajación muscular progresiva, respiración abdominal, meditación, autohipnosis, biorretroalimentación e imaginación. Todas estas técnicas proporcionan aproximadamente la misma eficacia, por lo que la elección se basa en la experiencia del profesional sanitario y en la preferencia del paciente. La relajación funciona mejor en individuos con insomnio psicofisiológico y en aquellos con trastornos de ansiedad asociados. De modo habitual resulta necesario el envío a un especialista, a menos que la enfermera esté capacitada para enseñar estas técnicas.
- **Terapia lumínica:** Esta terapia se basa en exponer al paciente a luz brillante para modificar su reloj biológico. La exposición a última hora de la tarde tiende a causar un retraso de fase (es decir, retrasa el comienzo del sueño), mientras que la exposición a primera hora de la mañana provoca un avance de la fase (es decir, avanza el comienzo del sueño). La terapia lumínica es más útil para los trastornos del ritmo circadiano⁽³⁵⁾.

Tratamiento farmacológico: El tratamiento farmacológico es una medida coadyuvante dentro del modelo de tratamiento integral del insomnio. Para el establecimiento de la terapia farmacológica, se tiene que tener en cuenta tanto la duración del problema como el tipo de insomnio. Un objetivo del tratamiento farmacológico es el de alcanzar un equilibrio favorable entre los potenciales efectos tanto terapéuticos como secundarios. Además, hay que considerar las características individuales de los pacientes ya que ciertos tipos de personalidad predisponen a padecer dependencia de fármacos o sustancias. En el caso de que ésta exista, hay que considerarla una contraindicación para prescribir depresores del SNC.

Si el tratamiento es la opción que más se adapta al paciente, es importante el seguimiento de dicha intervención para valorar la aparición de efectos adversos y evitar la dependencia a largo plazo. No es infrecuente que un paciente con insomnio crónico haga uso crónico de depresores del SNC. En estos casos, es necesaria una retirada gradual de los fármacos o deshabituación, que en muchas ocasiones, requiere simultáneamente el uso de técnicas no farmacológicas. Hay que tener siempre en

cuenta los problemas derivados de un uso prolongado del tratamiento farmacológico⁽¹⁵⁾.

- **Fármacos de venta sin receta**

- ✓ En la actualidad, hay aprobados y comercializados dos antihistamínicos como <<ayudas para dormir>>: la [difenhidramina](#) y la [doxilamina](#). Estos fármacos son de acción prolongada y su eficacia es sólo modesta. Pueden provocar somnolencia diurna, afectar el rendimiento y tener una elevada incidencia de efectos secundarios de tipo anticolinérgico, como sequedad de boca y retención urinaria.
- ✓ La [melatonina](#) es un preparado hormonal de venta libre que ha despertado un considerable interés en el público a causa de sus presuntas propiedades hipnóticas. Aunque la melatonina es segregada por la glándula pineal durante las horas nocturnas, no está claro que administrar suplementos de este preparado induzca o mantenga el sueño. Existen pocos estudios controlados sobre él, sus efectos terapéuticos son variables y no se ha establecido su seguridad a largo plazo. Los ensayos más convincentes han demostrado la eficacia de la melatonina en pacientes ciegos y en otros con trastorno del ritmo circadiano. A pesar de sus posibles beneficios y de su aparente seguridad a corto plazo, no se debería recomendar hasta que no se hayan efectuado mejores estudios⁽³⁵⁾. Recientes pero pequeños estudios doble ciego han demostrado una disminución significativa en la latencia del sueño en pacientes con dosis nocturnas de 5 mg de melatonina; en comparación con el placebo, produce un aumento de una hora de sueño en pacientes, que corresponde a un 47% en cuanto a la cantidad y calidad de sueño⁽³⁶⁾.
- ✓ Las personas que buscan alternativas <<naturales>> cada vez utilizan más el tratamiento con [preparados vegetales](#). La raíz de la valeriana, la kaba, la manzanilla, passiflora, el bálsamo de limón y la lavanda son opciones vegetales comercializadas para el insomnio. De todas ellas, la raíz de la valeriana es la mejor estudiada y es ligeramente eficaz si se administra en dosis de 200 a 900 mg al acostarse. No obstante, como sucede con la mayoría de productos vegetales, la dosis óptima es incierta, y la pureza o la seguridad son problemas importantes.

- **Fármacos de venta con receta:**

- ✓ Los fármacos hipnóticos son claramente útiles en el tratamiento del insomnio transitorio. La prescripción de un hipnótico de acción corta puede minimizar la alteración del sueño durante un período de estrés y mejorar el funcionamiento diurno.

- ✓ El papel de los hipnóticos en el insomnio crónico es tema de discusión. Aunque son ampliamente usados por los pacientes, la mayoría de las recomendaciones publicadas desaconsejan su empleo en tales casos. Si se prescribe un fármaco para un insomnio crónico, se debería hacer en la dosis eficaz más baja posible para minimizar los efectos secundarios. Estudios recientes indican que el uso intermitente de un hipnótico de acción corta (es decir, de 3 a 5 noches por semana) puede ser el abordaje más seguro y eficaz.
- ✓ Los hipnóticos utilizados con más frecuencia son las benzodiazepinas y los agonistas del receptor de las benzodiazepinas (zaleplón, zolpidem, triazolam, estazolam, temazepam, flurazepam, quazepam). La diferencia crítica entre estos fármacos es su duración de acción. Los fármacos de acción corta, como el zolpidem, producen una sedación diurna mínima, pero es más probable que se asocien a un despertar temprano. En cambio, los fármacos de acción prolongada como el flurazepam facilitan el sueño durante toda la noche a costa de somnolencia diurna y posible acumulación del efecto.
- ✓ El hipnótico de esta clase aparecido más recientemente es el zaleplón. Este fármaco es una pirazolopirimidina que se une de forma selectiva a los receptores de las benzodiazepinas. Como el zaleplón tiene una vida media extremadamente corta, la duración de su acción es aproximadamente de 4 horas. Esta duración de acción corta permite la administración cuando haga falta durante la noche, una vez que el paciente haya experimentado la dificultad para dormirse.
- ✓ La elección del hipnótico depende de las necesidades específicas del paciente. Los individuos con dificultad para conciliar el sueño son buenos candidatos para un fármaco de acción corta. Los pacientes con síntomas de ansiedad diurna o despertar precoz a primera hora de la mañana pueden responder mejor a un fármaco de acción larga o intermedia.
- ✓ Aún se comercializan diversos hipnóticos de venta con receta más antiguos, como los barbitúricos, el hidrato de cloral y el meprobamato. Estos fármacos no son recomendables a causa de su toxicidad relativamente elevada y por el elevado riesgo de dependencia.
- ✓ Algunos pacientes no son buenos candidatos para los fármacos hipnóticos. Estos agentes están relativamente contraindicados en personas con tendencia conocida al abuso de sustancias, incluyendo las que presentan una historia de dependencia del alcohol. Los pacientes que toman otros depresores del SNC, como analgésicos o antidepresivos, requieren una dosis cuidadosa, teniendo en cuenta la posibilidad de potenciación. Los hipnóticos se deben evitar cuando se sospechan apneas durante el sueño

(conjunto de episodios repetidos de obstrucción faríngea completa – apnea- o parcial –hipopnea- durante el sueño). El embarazo representa una contraindicación debido a los posibles efectos sobre el feto. Los individuos que por su trabajo deben estar alerta si se despiertan por la noche (por ejemplo médicos o bomberos) pueden experimentar somnolencia inaceptable.

- ✓ Por último, el empleo de hipnóticos requiere precaución en los ancianos. Las personas mayores experimentan una mayor probabilidad de efectos secundarios inmediatos, como confusión, amnesia e inestabilidad. También presentan riesgo de complicaciones secundarias, entre ellas fractura de cadera por caídas. Debido a la prolongación de la vida media relacionada con la edad, resulta más probable que los fármacos de acción larga se acumulen hasta alcanzar niveles tóxicos en los ancianos, por lo que no se deben emplear en este grupo de edad.
- ✓ A menudo los antidepresivos sedantes son utilizados para tratar el insomnio. Se utiliza mucho la trazodona, en dosis de 25 a 150 mg al acostarse. No obstante, hay pocos datos que apoyen su uso en el paciente no deprimido. Las indicaciones más claras para tratar el insomnio con antidepresivos se dan en los pacientes que presentan una depresión subyacente o que presenten una historia de abuso de sustancias⁽³⁵⁾.

TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

En la última versión editada de diagnósticos que realiza la NANDA Internacional (2009-2011), se define el diagnóstico de enfermería “Trastorno del patrón de sueño” como interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos. Este diagnóstico fue propuesto por la CDD (Comité para el Desarrollo de los Diagnósticos) y fue añadido en la Taxonomía NANDA en el año 2006⁽⁵⁾.

Dentro de la taxonomía II, este diagnóstico pertenece al dominio 4 dedicado a la actividad/reposo, definido como producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos y se sitúa en la case 1 “Sueño/reposo” que incluyen los diagnósticos relacionados con el sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.

A la etiqueta diagnóstica le acompaña las letras NDE con el número 2.1. Esto significa que el diagnóstico consta de etiqueta, definición, características definitorias, factores de riesgo, factores relacionados y bibliografía que apoye la etiqueta. En este caso consta de características definitorias y factores relaciones (no factores de riesgo) ya que se trata de un diagnóstico real y no de riesgo⁽⁵⁾.

Vamos a analizar este diagnóstico enfermero para posteriormente compararlo con el insomnio e intentar así, orientar al profesional sanitario en qué situaciones será más preciso y eficaz utilizar uno u otro.

Características definitorias del trastorno del patrón de sueño

Nos describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de la etiqueta diagnóstica. Son concretas y nos explica situaciones, incluso con ejemplos, que aportan más información para utilizar el diagnóstico de manera adecuada y de una forma más precisa⁽⁶⁾.

- *Cambio en el patrón normal del sueño:* Gracias a esta característica definitoria podemos deducir que el paciente ha tenido un patrón normal de sueño y que por causas que se especifican en la etiqueta diagnóstica (factores externos) este patrón se ha alterado. El paciente no tiene por qué presentar una enfermedad de base que le produzca esta alteración, ya que si fuese así, no sería un cambio en el patrón normal del sueño, si no que o se mejoraría o se empeoraría el patrón ya alterado. Según la ICSD (International Classification of Sleep Disorders) existen unos desórdenes llamados trastornos del dormir ambientales (código ICSD 780.52-6) donde se explica que el inicio, el curso y terminación de este trastorno coincide directamente con la permanencia o eliminación de una condición ambiental desfavorable para el mantenimiento del sueño⁽²¹⁾.

Para analizar en qué consiste un patrón de sueño normal, primero debemos especificar que según la etapa de la vida en la que se encuentren las personas tienen necesidades de descanso y ciclos de sueño (duración) diferentes⁽³⁷⁾ (Fig. 1). Además, es importante destacar la existencia de pequeños periodos de vigilia (despertares), entre seis y ocho, que emergen de las distintas fases de sueño. Son de muy corta duración (no superan los treinta segundos) en los niños y en los adultos, y algo más frecuentes y más largos (de dos a cinco minutos) en los ancianos⁽²⁵⁾. Nuestro trabajo como profesional de enfermería es conocer (que no diagnosticar) cuáles son las bases objetivas que sustentan si un sujeto tiene un patrón de sueño normal o no. Estas bases son⁽³⁷⁾:

- ✓ No presentar una latencia de sueño superior a 30 minutos y tener una media de más de 6 horas de sueño diarias.
- ✓ Mantenimiento del sueño una vez conciliado durante las horas necesarias. (En las personas adultas son entre 5/9 horas de 24 horas).
- ✓ No presentar dificultad para volver a conciliar el sueño si esta interrupción se ha producido.
- ✓ Fisiología de sueño normal. Presentación y duración de las fases del sueño normales.

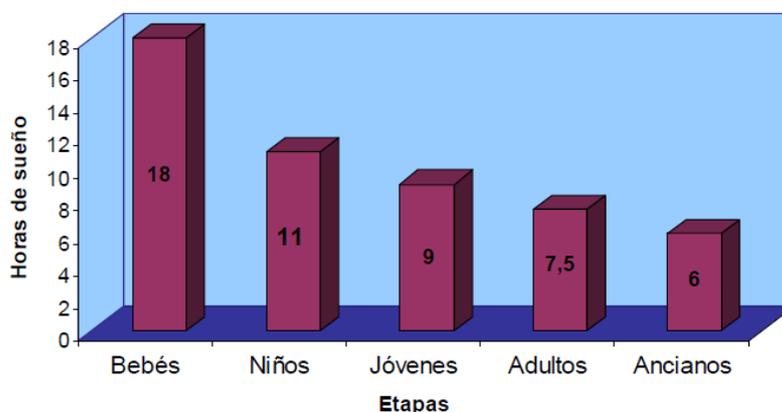


Figura 1. Tiempo total de sueño en las diferentes edades⁽²⁵⁾.

- **Quejas verbales de no sentirse bien descansado:** el que un paciente o usuario no consiga dormir de forma continua por la noche debido a factores externos le puede llegar a repercutir en el organismo refiriendo un mayor cansancio, fatiga y falta energía.
- **Insatisfacción con el sueño:** el sujeto, como consecuencia de estas interrupciones provocadas por causas ajenas a él, puede referir tener un sueño poco productivo, constructivo.
- **Disminución de la capacidad para funcionar:** el paciente refiere un cambio en sus niveles de energía. Aunque no se ha llegado a deteriorar esta capacidad y puede realizar sus actividades de la vida diaria con total normalidad, sí que puede sentir que debe realizar un mayor esfuerzo para llevarlas a cabo.
- **Informes de haberse despertado:** gracias a los registros escritos por el profesional de enfermería, y su cercanía con los pacientes en horario nocturno, podemos conocer en cuántas ocasiones el paciente ha interrumpido el sueño y las causas que lo han producido. Incidir en que estos registros escritos son imprescindibles para que ningún tipo de información se extravíe (por cambio de turno del personal enfermero, por no escribirlos en los registros adecuados, por falta de rutina en esta actividad, etc.). Además, en coincidencia con otros autores, estos escritos avalan la calidad y la continuidad de los cuidados en concordancia al mayor nivel de responsabilidad y compromisos que el personal de la salud está asumiendo progresivamente⁽³⁸⁾.
- **Informes de no tener dificultad para conciliar el sueño:** esta es una característica definitoria muy esclarecedora. Se considera una dificultad para conciliar el sueño cuando existe una latencia de más de 30 minutos⁽³⁷⁾. Por lo tanto, significa que el paciente no tiene problema para quedarse dormido; únicamente su sueño se interrumpe por causas ajenas a él, por factores externos, y que además el paciente consigue volver a dormirse una vez el

sueño se ha interrumpido ya que en la propia definición del diagnóstico se especifica que estas interrupciones están limitadas en el tiempo, es decir, tienen un principio y un fin.

Factores Relacionados en el trastorno del patrón de sueño

Son factores que parecen mostrar algún tipo de relación con el diagnóstico. Pueden describirse como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al mismo. Estos factores relacionados ayudan al personal de enfermería a considerar si utilizar este diagnóstico y en consecuencia realizar las intervenciones más adecuadas para que, en este caso, el trastorno desaparezca o se minimice⁽⁶⁾.

- **Humedad, temperatura ambiental:** fácilmente el sueño presenta inestabilidad ante temperaturas demasiado altas o bajas. Existe un intervalo de neutralidad térmica donde el sueño no sufre modificaciones (18-22º C), por tanto la habitación debe estar a una temperatura que se encuentre dentro de estos parámetros. Debemos tener en cuenta que la temperatura corporal baja en el momento de conciliar el sueño y vuelve a subir al despertar⁽³⁹⁾. Existen diferencias individuales en este aspecto sin embargo los cambios bruscos originan comúnmente insomnio de inicio o despertares nocturnos. Estudios realizados en laboratorios de sueño demuestran que una temperatura ambiente extrema (fría o calurosa) causa trastornos en el mantenimiento del sueño⁽⁴⁰⁾. En cuanto a la humedad según la situación geográfica donde nos encontremos es diferente. Tendremos que adecuar las otras variables que podemos manejar (como por ejemplo, la vestimenta, la temperatura radiante...) para que esta humedad no altere la temperatura corporal normal de nuestros pacientes ya que es afectada de manera directamente proporcional al nivel de humedad.
- **Responsabilidad como cuidador:** no sería correcto relacionar este diagnóstico únicamente con problemas que pueden surgir debido al funcionamiento de los hospitales y la atención del profesional sanitario, este diagnóstico también engloba situaciones en las que nuestro paciente sea una persona encargada del cuidado de otro sujeto que necesite una atención constante o que debido a sus cuidados sea necesario que el encargado de esta persona interrumpa su sueño. Pondremos un ejemplo para que se entienda mejor. Existen enfermedades degenerativas como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer, que en fases terminales, los pacientes no son capaces de dormir de forma continuada debido exclusivamente a su enfermedad, estos hechos conllevan una rápida intervención del cuidador que necesariamente se despierta para atender al enfermo.
- **Cambio en la exposición a la luz diurna-oscuridad:** por distintas circunstancias existen personas que deben dormir en horas de luz. Por ejemplo, sujetos que trabajen en horario nocturno, salidas por la noche que obligan a dormir en la

mañana, etc.; estas situaciones, si no se mantienen en el tiempo o tienen una duración limitada pueden acarrear estados explicados en las características definitorias de este diagnóstico (disminución en el funcionamiento, cansancio, insatisfacción...) pero si este cambio se prolonga en el tiempo y acaba por ser rutinario pueden causar en el sujeto consecuencias más graves y entonces aplicaremos otro diagnóstico más apropiado.

- **Interrupciones (por ejemplo administración de terapias, control, pruebas de laboratorio):** en ocasiones, los tratamientos de los pacientes, sobre todo a nivel hospitalario, se realizan en horario de noche, por ejemplo administración de medicación, toma de tensión, medición de temperatura, etc. que obligan a despertar al paciente. Este factor relacionado está explícitamente relacionado con la atención de los profesionales sanitarios, y por tanto, somos los responsables de minimizar estas consecuencias de nuestras acciones y así poder mejorar el sueño de nuestros pacientes. Como hemos explicado en las características que definen este diagnóstico, podemos deducir que si las causas externas que producen la alteración al paciente desapareciesen, el trastorno del paciente también lo haría⁽²¹⁾. Por tanto, el profesional sanitario debe estudiar si puede cambiar el horario de sus intervenciones durante el horario nocturno o si no es posible, reducirlas al mínimo.
- **Falta de intimidad/control del sueño:** este factor relacionado se puede presentar en hospitales o residencias de ancianos donde los pacientes comparten habitación con compañeros que no conocen. Tenemos que tener en cuenta que dónde dormimos y con quién al fin y al cabo es una rutina que a su vez incentiva a que el sueño sea más satisfactorio.
- **Iluminación:** uno de los “zetgebers”, término alemán que carece de traducción precisa en la lengua castellana, o señal clave para el reloj biológico es la luz. Es necesario que durante la noche el nivel de iluminación sea el mínimo posible y que nos despertemos con iluminación intensa ya que, de lo contrario, el cuerpo puede entender que es hasta entonces cuando está amaneciendo y postergar la somnolencia nocturna⁽²¹⁾. Además el nivel de iluminación puede despertar al sujeto durante la noche si ésta es excesiva.
- **Ruidos:** el ruido ambiental es la principal causa exógena que produce trastornos del sueño. Los efectos del ruido incluyen disminución de las fases REM, menos ondas lentas y despertar intermitente⁽¹⁰⁾. Diversos estudios evidencian notables variaciones en la sensibilidad individual durante el sueño para soportar ruidos nocturnos. Las mujeres son más sensibles al ruido que los varones. Tal perceptividad aumenta con la edad⁽⁴⁰⁾, por tanto los ancianos pueden ser una población de riesgo⁽²¹⁾. A nivel hospitalario, este es uno de los factores que produce más alteraciones en el sueño a nuestros pacientes. En varios estudios realizados en nuestro país^(38,41,42), tanto en unidades de

hospitalización general como en especializada, verifican que el ruido es uno de los agentes causales más importantes en la interrupción del sueño.

- **Olores nocivos:** la palabra “nocivo” significa tóxico⁽⁴³⁾. Deducimos que por un problema en la traducción del libro (inglés-español), este factor relacionado se refiere a olores desagradables que puedan provocar que el paciente se despierte durante la noche.
- **Sujeciones físicas:** estas medidas son necesarias por distintas razones en algunas ocasiones. Se trata de un acto sanitario, con indicaciones, contraindicaciones y procedimiento específico. Dicha medida terapéutica sitúa al paciente en un estado de privación de libertad con complicaciones legales. Esta circunstancia está regulada desde el Código Civil, la Ley General de Sanidad y la Constitución, por lo tanto actuaremos bajo su autoridad⁽⁴⁴⁾. Estas sujeciones en miembros superiores y/o inferiores provocan que el paciente no se pueda mover ni hacer cambios de posición durante la noche lo que puede influir en su comodidad y en sus hábitos de posición para conciliar el sueño.
- **Compañero de sueño:** en ocasiones el paciente puede referir que el causante de su alteración es la persona que le acompaña durante su tiempo de sueño. Los movimientos que todas las personas realizan alguna vez por la noche darse la vuelta, toser, levantarse para ir al lavabo, etc.), si son intensos y persistentes, modifican el sueño de quienes comparten cama con ellas. De hecho, en los estudios de sueño nocturno de tales “sufridores” se observa que responden a cada uno de los estímulos procedentes de su pareja con un pequeño despertar que rompe su sueño y provoca el cambio de una fase de sueño más profunda a otra más superficial. Aunque ellos puede que no perciban estas alteraciones, a la mañana siguiente tienen la sensación de no haber descansado lo suficiente⁽²⁵⁾.
- **Mobiliario desconocido en el dormitorio:** en numerosas publicaciones relacionan esto como factor ambiental que provoca alteraciones en el sueño, sobre todo durante las tres primeras noches⁽⁴⁰⁾. Fomentar que los pacientes se sientan en un lugar cómodo y lo más familiar posible beneficiará su patrón de sueño.

Una vez analizadas las características definitorias y los factores relaciones podemos decir que hemos situado el diagnóstico en un contexto más real y así cuando se nos presenten situaciones que requieran de la utilización de este diagnóstico, lo hagamos de una manera precisa y eficaz.

Criterios de resultado en el trastorno del patrón de sueño

Gracias a los criterios de resultados recogidos en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) los profesionales de enfermería y otros profesionales de la

asistencia sanitaria evalúan y cuantifican el estado del resultado del paciente, cuidador, familia o comunidad. Los resultados e indicadores permiten la determinación del resultado del paciente, la familia o la comunidad en cualquier momento de forma continuada y así supervisar la magnitud del proceso, o la falta de evolución, a lo largo de un episodio y en las diferentes situaciones de cuidados⁽⁷⁾.

Para orientar al profesional de enfermería que necesite utilizar este diagnóstico, vamos a sugerir los posibles criterios de resultado relacionados con él. No podemos apoyar esta elección en una base científica ya que, en la última edición publicada de la nomenclatura NOC (donde se relacionan diagnósticos enfermeros recogidos en NANDA y criterios de resultados) no aparece el diagnóstico “Trastorno del patrón de sueño”. Tampoco aparece en la página web oficial de NANDA en castellano⁽⁴⁵⁾ donde también se relacionan diagnósticos de enfermería con criterios de resultados e intervenciones asociadas. Por lo tanto esta selección la realizamos después de haber estudiado las características del diagnóstico y deducir cuáles van a ser los criterios de resultados más apropiados. Éstos son:

- **Descanso:** pertenece al dominio: salud funcional (I) y a la clase: mantenimiento de la energía (A). Su definición es: grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física. Escogemos este criterio de resultado porque en este diagnóstico puede verse afectado tanto la cantidad como la calidad de sueño. Además una de las características definitorias es “quejas verbales de no sentirse bien descansado”.
- **Sueño:** pertenece al dominio: salud funcional (I) y a la clase: mantenimiento de la energía. Definición: suspensión periódica natural de conciencia durante la cual se recupera el organismo. El personal de enfermería deberá conseguir que el sueño del paciente sea reparador.
- **Estado de comodidad, entorno:** este criterio de resultado está recogido en el dominio salud percibida (V), clase salud y calidad de vida (U) y se define como tranquilidad, comodidad y seguridad ambiental del entorno. Este criterio de resultado es el más importante debido a que si se consigue este objetivo es probable que tanto el sueño como el descanso mejoren. Por esta razón, la mayoría de nuestras intervenciones van a estar relacionadas con este último criterio de resultado.

Intervenciones en el trastorno del patrón de sueño

El fenómeno que atañe a las intervenciones de enfermería es el del comportamiento y actividad de los profesionales de enfermería, es decir, lo que hacen éstos para ayudar a que con la conducta del paciente se obtenga el resultado deseado. Es necesaria una clasificación de las intervenciones de enfermería para normalizar el lenguaje utilizado por el profesional y describir sus actividades específicas al realizar los tratamientos de enfermería⁽⁸⁾.

Después de especificar los criterios de resultados sugerimos las siguientes intervenciones recogidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) para conseguir cumplir estos objetivos, teniendo en cuenta que según el paciente que tratemos requerirá intervenciones que se encuentren en este trabajo u otras más adecuadas que no aparezcan.

La mayoría de las intervenciones van a ir dirigidas hacia la causa que está produciendo la alteración al paciente y no hacia el propio paciente. En el caso que estos factores sean del entorno (iluminación, ruidos, temperatura...) aplicaremos las siguientes intervenciones⁽⁸⁾:

- **Manejo ambiental:** manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.
- **Manejo ambiental, confort:** manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
- **Manejo ambiental, comodidad:** vigilar e influir en las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas y políticas que afecten a la salud de grupos y comunidades.
- **Terapia con el ambiente:** utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediatos al paciente para promover un funcionamiento psicosocial óptimo.

Como hemos estudiado, en ocasiones estos factores externos son complicados de manejar y por tanto eliminar como por ejemplo la responsabilidad como cuidador, existencia de un compañero de sueño, sujeciones físicas, etc. En estos casos debemos estudiar cómo minimizar el daño que están produciendo estas causas a nuestro paciente.

Este diagnóstico no refleja intervenciones para mejorar la higiene de sueño del paciente, así como terapia de relajación, técnicas cognitivo-perceptivas ya que el problema no deriva del paciente, el problema lo causa el factor externo.

CONCLUSIONES

Diferencias y similitudes del insomnio frente al trastorno del patrón de sueño (Tabla 1)

- El trastorno del patrón de sueño presenta una duración limitada de tiempo, mientras que en el insomnio no se especifica.

- La diferencia más característica se observa en la causa por la que se producen ambas alteraciones. En el trastorno del patrón de sueño la causa es exclusivamente externa; en el insomnio, aparte de contemplar el entorno, comprende otras procedencias de la alteración.
- La definición del trastorno del patrón de sueño comienza definiendo a éste como una interrupción del sueño; el insomnio se caracteriza por alteración del sueño de conciliación, mantenimiento del sueño o un despertar precoz.
- En el insomnio se produce un deterioro del funcionamiento de la persona, que afecta a su vida diaria; en el trastorno del patrón de sueño puede llegar a manifestarse una disminución de la capacidad para funcionar, de lo que se deduce que afectará en menor grado al sujeto que lo padece, que si fuera un insomnio.
- El insomnio suele ir acompañado de manifestaciones psicológicas (por ejemplo cambios en la emotividad) que deterioran su funcionamiento y a menudo su calidad de vida. En el trastorno del patrón de sueño no es común que aparezcan este tipo de afectaciones psicológicas.
- El trastorno del patrón de sueño puede estar manifestado por un cambio en el patrón normal del sueño (por ejemplo una interrupción del sueño por un ruido fuerte) mientras que en el insomnio, el deterioro del patrón del sueño puede ser la causa que lo produce (por ejemplo el trabajo a turnos).
- En el insomnio puede o no aparecer una dificultad para permanecer dormido mientras que el trastorno del patrón de sueño, como hemos señalado anteriormente, se caracteriza por la interrupción del sueño. La diferencia es que en el insomnio le cuesta volver a dormirse y en el trastorno del patrón del sueño no encuentra ninguna dificultad siempre y cuando el factor externo que lo ha impulsado desaparezca.
- En ambos diagnósticos de enfermería se observa la insatisfacción con el sueño entre las posibles manifestaciones, aunque en el insomnio suelen ser más habituales.
- También encontramos otra manifestación parecida en los dos diagnósticos. En el insomnio el paciente informa de sueño no reparador y en el trastorno del patrón de sueño el paciente tiene quejas verbales de no sentirse bien descansado.
- Una causa de insomnio puede ser la medicación; en el caso del trastorno del patrón del sueño la causa será la interrupción del sueño para la administración de la medicación.

- Si eliminamos el factor externo en el trastorno del patrón de sueño, el paciente seguramente volverá a conciliar el sueño. En el insomnio es probable que la alteración del sueño se mantenga, sobre todo si se produce insomnio aprendido, que es el estrés y la preocupación que sufren algunos insomnes por querer quedarse dormidos y que les impide conciliar el sueño.
- En el insomnio se contempla la responsabilidad parental como una posible causa de la alteración del descanso. En el trastorno del patrón de sueño en cambio nombran la responsabilidad como cuidador.

Insomnio	Trastorno del patrón de sueño
Duración indeterminada	Tiempo limitado
Debido a múltiples causas además de los factores externos	Debido a factores externos
Alteración del sueño de conciliación, mantenimiento o despertar precoz	Interrupción del sueño
Deterioro del funcionamiento	Disminución de la capacidad para funcionar
Puede manifestarse con afectación psicológica	En general no hay afectación psicológica
Puede estar causado por un deterioro del patrón del sueño	Puede manifestarse por el cambio en el patrón normal del sueño
Dificultad para permanecer dormido	Informes de haberse despertado
Puede ser debido al sueño interrumpido	Se caracteriza por la interrupción del sueño
Si eliminamos el factor externo, el insomnio puede desaparecer o no	Si eliminamos el factor externo el trastorno del patrón de sueño se regula
El paciente informa de sueño no reparador	Quejas verbales de no sentirse bien descansado
La causa puede ser un medicamento	Puede ser debido a la interrupción para la administración de medicación
Responsabilidad parental	Responsabilidad como cuidador
Insatisfacción con el sueño	Insatisfacción con el sueño

Notas y fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Diferencias y similitudes entre el insomnio y el trastorno del patrón del sueño.

Conclusiones del diagnóstico de enfermería insomnio

- El estado de vigilia prolongado en el tiempo es incompatible con la vida. La enfermería puede ejercer una gran influencia en las alteraciones del sueño, concepto que ya integraban diversos profesionales enfermeros en sus cuidados: Virginia Henderson incluía “descansar y dormir” en la quinta de las 14 necesidades humanas básicas, Dorotea Orem incluye “actividad y descanso” en

su teoría del autocuidado y Marjorie Gordon también le da importancia al “sueño-descanso” en sus patrones funcionales, siendo éste el quinto patrón.

- Actualmente la NANDA contempla cuatro diagnósticos relacionados con el sueño: insomnio, privación del sueño, trastorno del patrón de sueño y disposición para mejorar el sueño. Por una parte consideramos apropiado la importancia que se le da al sueño pero el hecho de utilizar etiquetas diagnósticas que coincidan con nomenclatura médica puede dar lugar a confusiones en la comunicación entre los distintos profesionales. Un ejemplo de todo ello es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) donde el insomnio aparece dentro de los trastornos del sueño mientras que en enfermería se presentan como diagnósticos diferentes. En este sentido es importante recordar que la función de los diagnósticos enfermeros es identificar necesidades, describen respuestas humanas; los diagnósticos médicos describen enfermedades concretas⁽⁴⁶⁾.
- Antes de que se aceptaran los diagnósticos de “trastorno del patrón de sueño” e “insomnio” (2006), existía un diagnóstico llamado “deterioro del patrón del sueño” que era definido como “trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitada en el tiempo”, es decir, nombraba una situación parecida al insomnio, pero que se daba de forma transitoria y no especificaba que interfiriera en el funcionamiento del paciente⁽¹⁶⁾. Una vez que se aceptan los diagnósticos en el año 2006 se define “trastorno del patrón de sueño” como “interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad de sueño” y se especifica que el factor que lo causa siempre va a ser externo e “insomnio” como “trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento”⁽⁵⁾.
- Cronológicamente hablando, no hay un tiempo determinado en el que podamos empezar a clasificar el insomnio como tal. Debemos hacer un juicio clínico desde un punto de vista global, ya que el insomnio irá acompañado de otros factores que deterioran la capacidad de funcionar del individuo, y que facilitarán el diagnóstico diferencial. En el trastorno del patrón de sueño, la propia definición de la etiqueta diagnóstica limita a una misma noche la interrupción del sueño (el paciente se despierta pero consigue volver a conciliar el sueño durante la misma noche).
- Si analizamos la etiqueta del diagnóstico “trastorno del patrón de sueño” observamos que es una composición de palabras que se utilizan a menudo en el ambiente sanitario. La palabra trastorno está sometida a múltiples interpretaciones y no es, en opinión de las autoras de este trabajo, una palabra que especifique la situación tan precisa a la que se refiere el diagnóstico enfermero. Por esta razón, se propone cambiar la etiqueta diagnóstica y sustituirla por una más apropiada que indique de forma concisa la definición esclarecedora de éste, como por ejemplo proponemos “interrupción del sueño

debido a factores externos". Con esta etiqueta conseguimos concretar más el diagnóstico y de esta forma evitar malas interpretaciones y con ello, un uso inadecuado.

- Según algunos autores⁽⁶⁾, se aconseja utilizar la etiqueta "insomnio" únicamente cuando esta alteración del sueño sea de reciente instauración, y aun en estos casos se recomienda extremar la prudencia ya que frecuentemente las alteraciones del sueño son una manifestación de otro problema más general que debe identificarse y tratarse siempre que sea posible. Así mismo se desaconseja utilizar la etiqueta "insomnio" cuando se trate de insomnio crónico o rebelde al tratamiento, que debe ser diagnosticado y tratado por un especialista en trastornos del sueño⁽⁶⁾.
- Hay un factor relacionado del insomnio que sesga su utilización, la responsabilidad parental. Una responsabilidad parental va encaminada a definir las situaciones anteriormente explicadas en los factores relacionados, pero puede ocurrir, por ejemplo, que un cuidador esté a cargo de una persona con una demencia en estado avanzado que no le permita dormir ninguna noche de forma adecuada, padeciendo el sujeto insomnio. Creemos que la responsabilidad parental debería ampliarse a responsabilidad como cuidador, que abarcaría también este tipo de situaciones.
- Una vez consultada la bibliografía y tras analizar los factores relacionados del insomnio, proponemos la inclusión entre ellos de los trastornos de la alimentación. Por ejemplo la anorexia nerviosa se ha relacionado con insomnio de conciliación, de mantenimiento y de despertar precoz, que parece estar más en relación con la mala nutrición en sí, que con las alteraciones del estado de ánimo acompañantes. También en la obesidad se pueden considerar varios factores relacionados con las alteraciones del sueño, como son el aumento de dificultad respiratoria en decúbito o el síndrome de comer de noche⁽¹⁰⁾.
- Para finalizar nos parece importante mencionar que en muchas publicaciones y bases oficiales^(5,6,7,8,16,45) no aparece el diagnóstico "trastorno del patrón de sueño" y sí el diagnóstico "insomnio"; las autoras que realizan este trabajo no conocen la causa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iyer PW, Taptich BJ, Bemocchi-Losey D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2ª ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1993.
2. Ojeda Gil JA. Valoración de la incapacidad laboral. Madrid: Díaz de Santos; 2005.
3. Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica.

2º ed. Barcelona: Mason; 1995.

4. Ugalde Apalategui M, Rigol Cuadra A. Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA: traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson; 1995.
5. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
6. Luis Rodrigo MT, director. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
8. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2009.
9. Marín Agudelo HA, Franco Vélez AF, Vinaccia Alpi S, Tobón S, Sandín Ferrero B. Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica*. 2008;15(1):217-240.
10. Iniesta Turpín JM, Lucas Ródenas C, Amorós Rodríguez, LM. Patología del sueño. Alcalá La Real (Jaén): Formación Alcalá; 2006.
11. González Carmona F. El sueño. Córdoba: Universidad de Córdoba. Servicio de Publicaciones; 1999.
12. Fernández Conde B, Vázquez Sánchez E. El sueño en el anciano: atención de enfermería. *Enfermería global*. 2007;6(10):1-17.
13. Miró E, Cano-Lozano MC, Buela-Casal G. Sueño y Calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*. 2005;(14):11-27.
14. Utrilla Alcolea A, Morillo Cadierno R, Ania Palacio JM, Cardeñosa Moreno MJ, Vilches Arenas A, Perea-Milla López E, et al. Temario específico ATS/DUE Junta de Extremadura (volumen II). 2ª ed. Sevilla: MAD; 2006.
15. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e innovación; 2009.
16. Luis Rodrigo MT, director. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
17. Romero O, Sagalés T, Jurado MJ. Insomnio: diagnóstico, manejo y tratamiento. *Rev Med Univ Navarra*. 2005;49(1):25-30.

18. Diego B, Saornil V. Accidentes e insomnio: el precio del sueño. *Rev Es Econ Salud*. 2008;7(3):101-104
19. Benetó Pascual A. El sueño: una cuestión de salud pública. *Vigilia-Sueño*. 2003; 15(2):114-118.
20. Fuente V de la, Martínez C. *Comprender el insomnio*. Barcelona: Amat; 2009.
21. Valencia Flores M, Salín Pascual RS, Pérez Padilla JR, editores. *Trastornos del dormir*. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
22. Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 2004;1(2-3):211-230.
23. Cano R, Garcia, JD. Diagnostic and therapeutic approach to insomnia. *Latreia* [Internet] Jun-Mar 2005; 18(1):60-70 [citado el 17 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932005000100005&lng=en&nrm=iso. ISSN 0121-0793.
24. Salomé Díaz M, Pareja JA. Tratamiento del insomnio. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2008;32(4):116-122.
25. Estivill Sancho E. *Dormir sin descanso: trastornos del sueño*. 2ª ed. Barcelona: Océano; 2001.
26. Rosas Morales R. Insomnio: clasificación, prevención y tratamiento farmacológico. *OFFARM*. 2007;26(3):90-97.
27. Escobar Córdoba F, Chica Urzola HL, Cuevas Cendales F. Sleep disorders related to the female menopause and their treatment. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. Abril-Jun 2008; 59(2):131-139 [citado el 19 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342008000200008&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-7434.
28. Vargas Solano RE. Duelo y pérdida. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. Sep 2003; 20(2): 47-52 [citado el 20 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=es.
29. Gállego Pérez Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales Sistema Sanitario Navarra* [Internet]. 2007; 30(extra 1):19-36. [citado el 17 de enero de 2011]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003&lng=es. doi: 10.4321/S1137-66272007000200003.

30. Foster RG, Wulff K. The rhythm of rest and excess. *Nature Reviews Neuroscience*. 2005; (6):407- 414.
31. Martin Gamero E, Copé Gil D. Trastornos del sueño. *Innovación y experiencias educativas*. 2008; (6):1-9.
32. Río IY del. Estrés y sueño. *Rev Mex Neuroci*. 2006;7(1):15-20.
33. Benetó Pascual A. Comorbilidad insomnio-depresión. *Vigilia-Sueño*. 2005; 17(2):116-120.
34. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. *BOE* núm. 17 del 20 de enero de 2011; p. 6306-6329.
35. Taylor RB, David AK, Fields SA, Scherger JE, Philips DM. *Medicina de familia: principios y práctica*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
36. Conde Mercado JM, Arévalo Estrada DB, León García T, Galván Becerril JR. Terapia con melatonina para mejorar el patrón de sueño. *Revista de la facultad de ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario – Santa Fe – República Argentina*. [Internet] Artículo especial, Octubre 2010. [citado el 17 de enero de 2011]. Disponible en:
<http://www.clinica-unr.org.ar/Especiales/51/Especiales%20-20Melatonina.pdf>
37. Sánchez-Planell L, Lorán ME. Trastornos del sueño. En: Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2002. p. 320-337.
38. Navarro Arnedo JM, Haro Marín S de, Orgiler Urnaga PE, Vela Morales C. ¿Se respeta el sueño de los pacientes?. *Rev Rol Enferm*. 2001;24(7-8):555-558.
39. Zarazaga I, Fernández E. Higiene del sueño. En: Valdizán Usón JR, editor. *Sueño: funciones y patología*. Barcelona: César Viguera; 1999. p. 205-212.
40. Walter AV. *Sueño: diagnóstico y tratamiento*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003.
41. Solá Miravete ME, Escoda Pellisa T, García Villarroya N, López Arce C, Martín Martín E, Martínez Nicolás M. ¿Cómo duermen nuestros pacientes?. *Metas de Enfermería*. 2006;9(4):68-73.
42. Calvete Vázquez R, García Arufe MB, Uriel Latorre P, Fernández López V, Medín Catoira B. El sueño de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos y los factores que lo alteran. *Enferm Intensiva*. 2000;11(1):10-16. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/revistas/ctl servlet? f=7034&revistaid=142>

43. Real Academia Española: Diccionario de la Lengua Española. [citado 20 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
44. Díaz González R, Hidalgo I. Práctica clínica psiquiátrica: guía de programas y actuaciones protocolizadas. Barcelona: Mosby; 1999.
45. Nanda Internacional. Web oficial España. [citado 8 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.nanda.es/>
46. Valdizán Usón JR, editor. Sueño: funciones y patología. Barcelona: César Viguera; 1999.

Recibido: 9 enero 2011.

Aceptado: 17 enero 2012.