

## **Análisis de los diagnósticos de enfermería de sueño**

**Noelia Carrera Solera. Samuel Mazagatos Pascual**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n.  
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid  
[noeliacarrera3@hotmail.com](mailto:noeliacarrera3@hotmail.com)  
[samuelmazapas@gmail.com](mailto:samuelmazapas@gmail.com)

### **Tutor**

**Enrique Pacheco del Cerro**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n.  
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid  
[quique@enf.ucm.es](mailto:quique@enf.ucm.es)

**Resumen:** los Trastornos del Sueño pueden constituirse como patología per sé o ser consecuencia de muchas entidades que se conforman como enfermedad como tal. En cualquier caso, los individuos que padecen trastornos del sueño de cualquier tipo y debido a cualquier causa experimentan un deterioro significativo en su calidad de vida. Además, la comorbilidad entre patología del sueño y enfermedades mentales como depresión o agravamiento de síndromes ansiosos es muy alta. Las grandes clasificaciones internacionales de los trastornos del sueño utilizan cada una criterios diferentes que, como veremos, confluyen en los diagnósticos NANDA mediante características definitorias y factores relacionados. No obstante, entre los diagnósticos enfermeros Trastorno del patrón de sueño, Insomnio, y Deprivación de sueño, a nivel conceptual existen diferencias sustanciales que son objeto de análisis en el presente trabajo. Trataremos de analizar si tales diferencias a nivel de concepto se transforman en diferencias reales en cuanto al abordaje terapéutico de cada uno de ellos, mediante la interrelación de criterios de resultado, indicadores e intervenciones.

**Palabras clave:** Sueño-Trastornos. Insomnio. Diagnóstico de enfermería. Deprivación de sueño.

**Abstract:** Sleep Disorders can be established as a pathology itself or be the result of a lot of entities formed as real diseases themselves. Anyway, individuals who suffer sleep disorders of any type and due to any cause undergo a significant deterioration of their quality of life. Furthermore, comorbidity between sleep pathology and mental diseases as depression or anxiety syndromes is very high. Major international classifications of sleep disorders use many different criteria that concur on NANDA diagnoses, as we will see, by defining characteristics and related factors. Nevertheless,

among nursing diagnoses Disturbed sleep pattern, Insomnia and Sleep deprivation in the conceptual sphere exist essential differences which are the main analysis of this work We will try to analyze if these conceptual differences are converted in real differences at the time of therapeutic treatment of each one, associating outcome criteria, indicators and interventions.

**Keywords:** Sleep disorders. Insomnia. Sleep deprivation. Nursing diagnoses.

## INTRODUCCIÓN

Aún hoy, el fenómeno del sueño en la especie humana y su amplísimo conocimiento a determinados niveles constituye un punto de mira en investigación debido a las grandes incertidumbres y preguntas sin responder que rodean a la materia. Sin embargo, sabemos mucho de éste fenómeno imprescindible, que no deja de ser una conjunción extensa de procesos orgánicos tremendamente compleja, que responde a un sistema fisiológico gobernado por las neuronas del núcleo supraquiasmático del hipotálamo, influenciado por numerosos factores extrínsecos e intrínsecos de distinta índole que merecen su particular atención.

Conductualmente, la vigilia y el sueño son dos estados muy diferentes. Durante la vigilia estamos conscientes, reactivos, interaccionando 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. Sin embargo, las diferencias entre sueño y vigilia en otros aspectos fisiológicos más básicos no son tan evidentes<sup>(1)</sup>.

Por tanto, definimos sueño como estado de inconsciencia del que puede ser despertada una persona mediante estímulos sensitivos o de otro tipo<sup>(2)</sup>. No es la simple ausencia de vigilia ni una sola suspensión sensorial, sino que constituye un estado de gran actividad donde se suceden 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.

Este bajo estado del nivel de conciencia que se conforma como “sueño” posee una estructura claramente definida, en la que se pueden distinguir dos tipos de sueño:

- Sueño de ondas lentas o NREM (NMOR); este sueño es el que de verdad resulta sumamente reparador, y se corresponde con una disminución del tono vascular periférico y otras funciones vegetativas. Mal llamado “sueño sin sueños”, porque cuando transcurre sí que hay sueños, pero no se inscriben o consolidan en la memoria. Consta de cuatro fases (I-IV).

- Sueño con movimientos oculares rápidos o REM (MOR); está asociado a sueños activos y movimiento musculares del cuerpo también activos. Se llama también “sueño paradójico” porque desde el punto de vista electroencefalográfico resultaría casi imposible afirmar que la persona está durmiendo, ya que el trazado se asemeja bastante al registro que obtendríamos en un estado de vigilia.

El patrón de un sueño normal comienza con una fase de presueño (latencia de sueño), que dura aproximadamente entre 10 y 30 minutos. Progresivamente, el sujeto va desarrollando una somnolencia que avanza hasta llegar a la fase IV del sueño NREM. Al finalizar esta fase, el patrón de sueño se invierte y el sujeto regresa a los estadios III y II, y es donde tiene lugar el sueño REM (cuya duración es de 5 a 30 min, cada 90 minutos aproximadamente). El tiempo total de sueño reparador en los humanos se compone de 4-6 ciclos recurrentes de 90 a 120 minutos, donde alternan el sueño REM y NREM. No obstante, la duración total de sueño varía sin ser un hecho patológico entre unos individuos y otros, existiendo cortos durmientes de 4-6 horas, durmientes medios de 6.5-8 horas, grandes durmientes de 8.5-11 horas. Aunque están descritos sujetos normales durmiendo menos de 4 horas, lo habitual es que una cantidad menor de 4 horas por noche se relacione con un trastorno del sueño<sup>(1)</sup>.

Dormir es, sin duda, la actividad en la que más tiempo invertimos en nuestra vida; la reflexión lógica que se desprende de este hecho es que dormir bien resulta imprescindible para una buena salud psíquica y física, como así demuestran estudios sobre los trastornos del sueño y sus consecuencias, que, por ejemplo, relacionan el insomnio moderado crónico en hombres interpretado de manera objetiva con un aumento de la mortalidad. Este riesgo es independiente de comorbilidades habituales frecuentemente asociadas con mortalidad, como edad, raza, obesidad, consumo de alcohol, tabaco, trastornos respiratorios del sueño o depresión<sup>(3)</sup>. Otros señalan los trastornos del ritmo circadiano como un factor determinante etiológico de síndromes depresivos<sup>(4)</sup>, y también la privación del sueño como circunstancia que favorece cambios negativos en la esfera afectiva del sujeto<sup>(4,5)</sup>. Patologías como el trastorno bipolar está más asociadas a una mala calidad del sueño, excesivo y no reparador, y los pacientes con trastornos ansiosos suelen tener problemas también para conciliar y/ o mantener el sueño<sup>(6)</sup>.

Como se observa, el trastorno del sueño puede constituirse como problema de forma aislada (desincronización del ritmo circadiano como por ejemplo el jet-lag, o debido a la variabilidad de turnos de trabajo), que mantenida en el tiempo puede dar lugar a una patología mental, o viceversa, pudiendo ser que una patología mental dé como síntoma subjetivo más importante cualquier forma de trastorno del sueño. Es difícil encontrar una enfermedad que no tenga repercusión en la calidad o cantidad del sueño del que la padece. Es por esto, por lo que no debemos olvidar ni infravalorar los importantes efectos fisiológicos del sueño, de dos tipos: los efectos sobre el propio sistema nervioso, restableciendo la actividad cerebral, y en segundo lugar, sobre otros sistemas funcionales del cuerpo, equilibrándolos. Por tanto, podemos concluir que el

objetivo principal del sueño consiste en restablecer los equilibrios naturales intra e inter neuronales, así como con el resto de sistemas corporales.

Un trastorno del sueño es proceso o problema que interrumpe repetidamente el patrón de sueño de un individuo<sup>(7)</sup>. Los trastornos del sueño constituyen un grupo muy heterogéneo y numeroso de procesos, y por ello las grandes clasificaciones son dinámicas, y han ido evolucionando hasta lo que son hoy día, y lo seguirán haciendo de acuerdo a los nuevos hallazgos en materia de investigación del tema que nos ocupa. Actualmente, la segunda edición de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD-2) propuesta por la asociación Americana de Medicina del Sueño (AASM) se centra en el síntoma, teniendo como primer ítem de la lista de criterios diagnósticos la “queja principal”<sup>(8)</sup>, a diferencia de otras clasificaciones, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)<sup>(9)</sup> de la Asociación Americana de Psiquiatría o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>(10)</sup> elaborada por la Organización Mundial de la Salud, cuya base son las características diagnósticas de los trastornos y, en definitiva su etiología (Tablas 1,2).

ICSD-2	
<p><b>I. Insomnios</b></p> <p>Insomnio agudo.                      Insomnio psicofisiológico.                      Insomnio paradójico.                      Insomnio idiopático.                      Insomnio por alteración mental.                      Mala higiene del sueño.                      Insomnio conductual de la infancia.                      Insomnio por fármacos o drogas.                      Insomnio por enfermedades médicas.                      Insomnio no orgánico.                      Insomnio orgánico, fisiológico.</p> <p><b>II. Trastornos respiratorios en el sueño</b></p> <p>Apneas centrales.                      SAOS.                      Hipoventilación alveolar central.                      Hipoventilación alveolar central congénita.                      Trastornos respiratorios nocturnos secundarios.</p> <p><b>III. Hipersomnias</b></p> <p>Narcolepsia con cataplejía.                      Narcolepsia sin cataplejía.                      Narcolepsia secundaria.                      Hipersomnia recurrente.                      Hipersomnia idiopática.                      Hipersomnia conductual por sueño insuficiente.                      Hipersomnia por enfermedades médicas.                      Hipersomnia no orgánica.</p>	<p><b>IV. Parasomnias</b></p> <p><b>Trastornos del despertar:</b>                      Despertar confusional, terrores nocturnos, sonambulismo.  <b>Parasomnias en REM:</b>                      Trastorno de la conducta del sueño REM, parálisis del sueño aislada, pesadillas.                      Otras:                      Enuresis, catatrenia, explosión cefálica, alucinaciones del sueño, comida nocturna, trastornos disociativos del sueño, otras.</p> <p><b>VI. Movimientos anormales r/c sueño</b></p> <p>Piernas inquietas                      Movimientos periódicos de las piernas                      Calambres nocturnos                      Bruxismo                      Movimientos rítmicos relacionados con el sueño                      Secundarios a trastornos mentales                      Secundarios a fármacos o a drogas                      Secundarios a trastornos médicos                      Otros</p> <p><b>VII. Síntomas aislados, variantes normales</b></p> <p>Ronquido.                      Sueño prolongado.                      Sueño corto.                      Somniloquios.                      Mioclonías de entrada en sueño.</p>

<p>Hipersomnia orgánica, fisiológica.</p> <p><b>IV. Alteraciones del ritmo circadiano</b></p> <p>Acortamiento del ciclo.                  Alargamiento del ciclo.                  Irregularidad del ciclo.                  Sin ciclos de sueño.                  Jet-lag.                  Trabajo en turnos.                  Alteraciones por enfermedad mental.                  Alteraciones por fármacos o drogas.                  Otros.</p>	<p>Mioclónías benignas del sueño en la infancia.                  Temblor del pie rítmico en niños en sueño                  Mioclónías fragmentarias excesivas del sueño.</p> <p><b>VIII. Otros no clasificados</b></p> <p>Insomnio familiar fatal.                  Fibromialgia.                  Cefalea hípica y otras cefaleas del sueño.                  Epilepsia morfeica.                  Reflujo gastroesofágico.                  Isquemia coronaria en sueño.                  Laringoespasma nocturno.</p>
---	--

**Tabla 1. Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, segunda edición (ICSD). Elaboración propia.**

DSM-IV	CIE-10
<p><b>I. Trastornos primarios</b></p> <p><b>Disomnias:</b>                  Insomnio primario.                  Hipersomnia primaria.                  Narcolepsia.                  Trastorno del sueño relacionado con (r/c) la respiración.                  Trastorno del ritmo circadiano.</p> <p><b>Parasomnias:</b>                  Pesadillas.                  Terrores nocturnos.                  Sonambulismo.                  Parasomnia no especificada.</p> <p><b>II. Trastornos relacionados con otro trastorno mentales</b></p> <p>Insomnio relacionado con otro trastorno mental.                  Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental.</p> <p><b>III .Otros trastornos del sueño</b></p> <p>Trastorno del sueño debido a enfermedad médica.                  Trastorno del sueño inducido por sustancias.</p>	<p><b>F51. Trastornos no orgánicos del sueño</b></p> <p>Insomnio no orgánico.                  Hipersomnia no orgánica.                  Trastorno no orgánico del ciclo vigilia-sueño                  Sonambulismo.                  Terrores nocturnos.                  Pesadillas.                  Otros trastornos no orgánicos del sueño.                  Trastorno no orgánico de origen sin especificación.</p> <p><b>G47. Alteraciones del sueño</b></p> <p>Alteraciones del ritmo sueño-vigilia.                  Apnea del sueño.                  Narcolepsia y catalepsia.</p>

**Tabla 2. Clasificaciones de los trastornos del sueño del Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10). Elaboración propia.**

No obstante, aunque los criterios de elaboración de las tres clasificaciones son diferentes, éstas confluyen y se complementan en cualquiera de los diagnósticos

enfermeros del sueño, en forma de características definitorias y factores relacionados. Recordemos que las características definitorias son claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud <sup>(11)</sup>; en definitiva, las características definitorias reflejan los síntomas que el paciente percibe y fenómenos derivados de ellos que pueden observarse. De esta manera, cualquier diagnóstico enfermero de sueño incorpora el criterio de la ICSD-2. Por otro lado, las dos clasificaciones restantes, el DSM-IV y el CIE -10, cuya sustentación es etiológica, se integran a través de los factores relacionados. Por definición, éstos 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 adyuvantes al diagnóstico<sup>(11)</sup>, es decir, se relacionan de manera directa con la etiología del trastorno, reflejándose el criterio de las dos clasificaciones anteriores.

De esta manera, comprobamos que en los diagnósticos enfermeros de sueño propuestos por la Asociación Norteamericana de los Diagnósticos de Enfermería (NANDA 2009-2011) cuyo análisis y crítica son objeto del presente proyecto, reflejan en sus diferentes componentes aspectos etiológicos y sintomatológicos de este tipo de problemas, integrando e interrelacionándose todas las clasificaciones expuestas anteriormente. No obstante, el abordaje terapéutico en nuestro ámbito se sustenta en un juicio clínico sobre la respuesta del sujeto frente a problemas de salud reales como lo es la patología del sueño, y lo que verdaderamente condiciona dicha respuesta es el síntoma o esa "queja principal" que constituye el primer ítem de la ICSD-2, independientemente de la etiología del trastorno.

## DESARROLLO DEL TRABAJO

Conceptualmente, el análisis de la etiqueta y la definición de los diagnósticos de enfermería que abarcan trastornos del sueño son amplios. Comparando las definiciones de los trastornos que dan las grandes clasificaciones expuestas anteriormente (DSM-IV, CIE-10 e ICSD-2) con las que propone la NANDA 2009-2011 nos damos cuenta de que los conceptos por definición, a pesar de esa confluencia de criterios en el diagnóstico enfermero, vuelven a ser una conjunción de rasgos de naturaleza muy heterogénea. Por ello, la ubicación conceptual de los diagnósticos enfermeros de sueño requiere tener en cuenta las características definitorias y los factores relacionados para establecer una interrelación coherente entre las clasificaciones anteriores y el texto que propone la Asociación Americana de los Diagnósticos de Enfermería.

El diagnóstico "Trastorno del patrón del sueño" se define como "interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos"<sup>(11)</sup>. En este caso, ningún término recogido en las grandes clasificaciones coincide con la etiqueta del diagnóstico como tal. Analizando la definición, observamos

que aparecen términos de cantidad y calidad del sueño, cuyos trastornos se agrupan en clasificaciones tradicionales bajo el término “disomnias”. La definición también recoge el concepto de “factores externos”, que responden a la etiología del diagnóstico, y por tanto, a sus factores relacionados.

Si nos fijamos en ellos, observamos que, efectivamente, son factores externos porque son ambientales o del entorno, tales como humedad, temperatura ambiental, interrupciones, iluminación, ruidos, falta de intimidad, mobiliario desconocido en el dormitorio o compañero de sueño, entre otros. En la bibliografía, éstos condicionantes se agrupan bajo el término *zeitgeber* en alemán, o lo que llamamos “aportes ambientales” (*environmental inputs* en inglés), siendo especialmente importante la exposición a la luz diurna<sup>(12)</sup>.

A priori, puede parecer que las características definitorias coinciden en su mayoría con las del diagnóstico enfermero de Insomnio. Conceptualmente podríamos referirnos a este “Trastorno del patrón de sueño” como si se tratara de un “insomnio exógeno”, en el sentido de que tal y como indican sus características definitorias, existen quejas verbales de no sentirse bien descansado, insatisfacción con el sueño, informes de haberse despertado, disminución de la capacidad para funcionar o cambios en el patrón normal de sueño, todo ello exclusivamente como consecuencia de esos factores externos o exógenos comentados anteriormente. No obstante, observamos que hay una característica definitoria que sería bastante esclarecedora a la hora de hacer una diferenciación entre los diagnósticos de Insomnio y Trastorno del patrón de sueño. En éste último, el paciente informa de no tener dificultad para conciliar el sueño, ya que el problema tiene su origen en el contexto ambiental en el cual el sujeto duerme; en cambio, el paciente con insomnio sí puede manifestar dificultad para iniciarlo.

El DSM-IV contempla una categoría de “Disomnia no especificada” en la que ubicamos conceptualmente este “Trastorno del patrón de sueño”, ya que se incluyen quejas de insomnio clínicamente significativo que puede atribuirse a factores ambientales como la presencia de luz, ruido o interrupciones frecuentes en el proceso del sueño.

En la ICSD-2, el diagnóstico se relaciona directamente con el de “Insomnio agudo”, ya que éste surge ante un acontecimiento estresante, entre otros, del entorno, y lo más relevante es que el problema se resuelve una vez finalizado dicho acontecimiento estresante, ya que no existe ninguna causa orgánica ni de otro tipo que sustente el trastorno<sup>(8)</sup>. El ejemplo por antonomasia sería aquel paciente hospitalizado, el cual es interrumpido por el personal hospitalario durante sus ratos de sueño para administración de terapias, controles o pruebas de laboratorio. Una vez dada el alta, el usuario recupera su patrón normal de sueño en el propio domicilio sin ningún problema.

Si atendemos a la CIE-10, ubicamos este diagnóstico en la categoría “Otros trastornos del sueño de origen no orgánico/insomnio no orgánico” ya que no es conceptualmente posible ubicarlo en ninguna otra.

El DSM-IV en sus diferentes tipos de Insomnio (insomnio primario e insomnio relacionado con otro trastorno mental) coincide en definirlo como una dificultad para conciliar/iniciar el sueño, o mantenerlo, o sensación de no haber tenido un sueño reparador. La CIE-10 sostiene que el insomnio es por definición un “estado caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no satisfactorias”<sup>(10)</sup>. LA ICSD-2 vuelve a hacer hincapié en que es aquel problema para la conciliación o mantenimiento del sueño, o un sueño poco reparador a pesar de disponer de condiciones adecuadas que favorecen la aparición de este fenómeno en el individuo. Comprobamos que en resumen, todas las definiciones propuestas coinciden en que el insomnio es un trastorno de la cantidad y/o calidad del sueño, y así se contempla también en la definición de Insomnio como diagnóstico enfermero: “trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento”<sup>(11)</sup>.

Resulta sencillo ubicar el diagnóstico “Insomnio” dentro de las clasificaciones, ya que la etiqueta coincide con la denominación del trastorno que en ellas se expone. Sin embargo, si analizamos conceptualmente la definición que propone la NANDA 2009-2011, comprobamos que no distingue entre insomnio primario ni secundario a ningún problema de cualquier otra índole; sería válida para cualquier tipo de insomnio, independientemente de su etiología. Dicha etiología se pondrá de manifiesto en los factores relacionados del diagnóstico, los cuales son de muy variada naturaleza. En función de ellos se ubicará el diagnóstico dentro de las clasificaciones anteriores.

Entre ellos se incluyen algunos relacionados con una mala higiene del sueño, como por ejemplo patrón de actividad, siestas frecuentes durante el día o higiene del sueño inadecuada (habitual). Otros hacen referencia a causas orgánicas, como cambios hormonales relacionados con el sexo, o deterioro del patrón de sueño (por ejemplo dolor, falta de aliento, tos, reflujo gastroesofágico, incontinencia/urgencia). También se citan aquellos insomnios causados por fármacos o drogas (toma de estimulantes, o toma de alcohol), y aquellos relacionados con trastornos mentales o emocionales: ansiedad, depresión, temor, duelo o estrés (por ejemplo patrón de alta concentración antes del sueño). Por último, se contemplan factores del entorno, por ejemplo ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, entorno no conocido. Este factor relacionado se relacione directamente con el diagnóstico Trastorno del patrón de sueño, de manera que para hacer un diagnóstico diferencial entre un “Insomnio relacionado con factores del entorno” y un “Trastorno del patrón de sueño” tendríamos atender a la definición del diagnóstico y a las características definitorias que se observan en el paciente. Como analizaremos más adelante, realizar un diagnóstico certero es imprescindible a la hora de elaborar un proceso de atención de enfermería consciente y bien orientado, y por tanto, es la base sobre la cual se desarrolla el adecuado/oportuno abordaje terapéutico.

Por otro lado, la definición de Insomnio que propone la NANDA 2009-2011 resulta ambigua para el profesional, ya que a pesar de que el insomnio es un trastorno del sueño por defecto, en esta definición no se contempla si éste trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento es por defecto o por exceso; desde el punto de vista conceptual podría resultar válida para cualquier otro tipo de trastorno del sueño, como por ejemplo para pacientes hipersomnes. Es aquí donde las características definitorias (en definitiva, la sintomatología) resultan esclarecedoras. La mayoría de ellas son informes del paciente que responden a quejas de dificultad para la conciliación, mantenimiento o calidad del sueño y de sus repercusiones, como por ejemplo que el paciente informa de trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente, observación/informes de falta de energía, aumento de absentismo, informes de aumento de los accidentes, u observación/informes de cambios en la emotividad o en el humor, entre otros.

El análisis conceptual del último diagnóstico enfermero que es objeto de estudio debe comenzar por la etiqueta. El diagnóstico "Sleep deprivation" tal y como se recoge en la NANDA 2009-2011 se ha traducido a nuestro idioma como "Deprivación de sueño". En castellano no existe el término deprivación; por tanto, sería más correcto etiquetarlo como "Falta de sueño" o "Carencia de sueño". En cualquier caso, la etiqueta "Deprivación de sueño" tampoco coincide con ningún término recogido en las clasificaciones anteriores, lo que dificulta su ubicación dentro de ellas. Se define como "períodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia)"<sup>(11)</sup>.

Según esta definición, no es que el individuo duerma poco o mucho en términos cuantitativos, si no que el sueño es inexistente. No obstante, atendiendo a las características definitorias, y en concreto a una denominada "somnolencia diurna", nos damos cuenta de que la definición quizá necesite especificar que "sin sueño" equivale a "sin sueño funcional o efectivo, que cubra las necesidades del individuo en cuestiones de descanso". Las características definitorias de este diagnóstico no contemplan informes del paciente; son en general signos y síntomas más fácilmente objetivables por parte del profesional, tales como confusión aguda, temblor de manos, letargo, irritabilidad, agresividad, alucinaciones o paranoia transitoria, entre otros.

Por otro lado, los factores relacionados del diagnóstico también refuerzan esta idea de "incompletitud" de la definición, ya que entre ellos se incluyen entidades que no provocarían una falta de sueño total en el sujeto. El caso más claro, sería el factor relacionado "Síndrome de hipersomnolencia nerviosa central idiopática" (denominado en otras clasificaciones como hipersomnia primaria). Las personas que lo padecen, a pesar de tener un sueño nocturno normal (o incluso más largo de lo habitual), experimentan una somnolencia diurna excesiva, sin que el sueño llegue a ser reparador en cualquier caso<sup>(13)</sup>. Es decir, ese "período de tiempo prolongado sin sueño", se refiere a sin sueño que produzca descanso, a un sueño no funcional que no cumple los objetivos fisiológicos que debería. Lo mismo ocurre con algunos de los demás factores relacionados, como son parálisis familiar del sueño, narcolepsia,

pesadillas, síndrome vespertino (caracterizado por agitación y cambios de comportamiento que aparecen progresivamente a última hora de la tarde y durante la noche; esto provoca una alteración del ritmo circadiano, ya que por la noche el individuo no duerme, y se encuentra somnoliento durante el día)<sup>(14)</sup>, movimientos periódicos de las extremidades (por ejemplo síndrome de piernas inquietas, mioclonía nocturna), apnea del sueño, terrores nocturnos o sonambulismo, entre otros.

Una vez ubicados los diagnósticos, analizadas las características definitorias y los factores relacionados, es el momento de hablar sobre los criterios de resultado más oportunos o adecuados que cabría aplicar a cada diagnóstico enfermero de sueño. Definimos resultado como “estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a la intervención de enfermería”<sup>(15)</sup>, es decir, no deja de ser un instrumento de evaluación, cuyos indicadores desgranar en partes más concretas ese estado que constituye el resultado de la intervención a lo largo del tiempo.

A priori, los Criterios de Resultado (C.R.) que se relacionan directamente con los trastornos de sueño son, precisamente, “Descanso” y “Sueño”. No cabe duda de que, para cualquier diagnóstico de sueño, queremos conseguir que el paciente duerma, y que además descanse, pero, como hemos comentado anteriormente, estableciendo criterios de resultado (objetivos) concretos para cada diagnóstico y personalizando el plan de cuidados para cada paciente, las intervenciones de enfermería serán del todo efectivas, eficaces y eficientes. Además, deben tenerse en cuenta otros resultados que no se relacionan tan directamente con el sueño como los dos anteriores pero que sí es interesante proponer como objetivos a cumplir dependiendo del diagnóstico, que se expondrán más adelante.

El criterio de resultado Descanso se define como “grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física”. Los indicadores se refieren a cuestiones cualitativas (calidad del descanso), cuantitativas (tiempo de descanso) y estructurales (patrón del descanso). También aluden a diferentes áreas de descanso (físico, mental y emocional), e incluyen el consumo de fármacos psicotrópicos para favorecerlo. La escala tipo Likert utilizada va desde el valor 1 (gravemente comprometido) hasta el 5 (no comprometido).

El criterio de resultado Sueño, tiene unos indicadores más complejos. La tercera edición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) sostiene que el criterio de resultado Sueño, es una “suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo”. A la hora de proponer criterios de resultado para cada diagnóstico, debemos tener muy claras las definiciones propuestas. “Descanso” y “Sueño” pueden parecer un mismo resultado; sin embargo, hay diferencias sustanciales entre ellos, ya que como describe la fisiopatología del sueño y las propias características definitorias de cada diagnóstico, una persona puede dormir sin descansar, y descansar sin estar dormido.

Los indicadores de este criterio de resultado incluyen cuestiones de calidad y cantidad de sueño (como por ejemplo horas de sueño cumplidas, eficiencia de sueño, calidad del sueño, sensación de rejuvenecimiento después de sueño), cuestiones de organización de sueño (patrón de sueño, hábito de sueño) y hallazgos en pruebas objetivas (electroencefalograma, electromiograma y electrooculograma). La escala utilizada para estos indicadores sigue siendo la misma, el valor 1 para “gravemente comprometido”, y el 5 para “no comprometido”.

Sin embargo, hay una serie de indicadores cuya escala también es de 5 puntos, pero los valores son diferentes. El 1 en este caso equivale a “grave” y el 5 a “ninguno”. Estos indicadores se han formulado en términos negativos o patológicos, como por ejemplo sueño interrumpido, siesta inapropiada, apnea del sueño o dependencia de las ayudas para dormir.

La interrelación de los resultados NOC con los diagnósticos NANDA es bastante compleja, ya que la elección de un criterio de resultado u otro dependerá de la situación clínica particular de cada paciente y del juicio que realice el profesional de enfermería. No obstante, exponemos a continuación una serie de resultados sugeridos para cada diagnóstico de sueño, que a nuestro juicio, podrían considerarse válidos como modelo orientativo.

De acuerdo con la definición del diagnóstico Trastorno del patrón de sueño, el paciente en realidad no tiene problemas orgánicos (intrínsecos) de sueño; el problema reside en el entorno donde el sujeto duerme y así se refleja en sus factores relacionados. Es por esto, por lo que debe plantearse el criterio de resultado Descanso, y no Sueño, ya que verdaderamente un individuo con este diagnóstico no tiene problemas en cuestión de fisiología del sueño.

Además, para este diagnóstico en concreto podemos sugerir otro criterio de resultado, “Nivel de comodidad”, que en sus indicadores hace referencia a la satisfacción de individuo con ese entorno “culpable” del problema. En la escala utilizada el valor 1 equivale a “no del todo satisfecho”, siendo el 5 un “completamente satisfecho”. Se incluyen entre ellos bienestar físico, control del síntoma, bienestar psicológico, control del dolor, entorno físico, o temperatura de la habitación, entre otros.

El abordaje del diagnóstico de Insomnio es más complejo, porque así lo son las características definitorias y los factores relacionados. En este caso, sí que se contemplan problemas de sueño, y también de descanso, de manera que es oportuno plantear los resultados Sueño y Descanso. En función de los factores relacionados y características definitorias, se podrán plantear resultados complementarios como por ejemplo “Autocontrol de la ansiedad”, “Nivel de depresión” (en el que el insomnio es incluido como un propio indicador), “Conservación de la energía”, “Nivel de miedo”, o “Nivel de estrés” (que incluye un indicador denominado Trastornos de sueño).

La elección de los criterios de resultado para el diagnóstico de Deprivación del Sueño resulta evidente. En función de lo analizado anteriormente en relación a este diagnóstico, nos damos cuenta que la decisión está clara, buscamos como objetivo (criterio de resultado) Sueño. Con este criterio lograremos que el paciente recupere su sueño, ya que estableciendo este diagnóstico, se sostiene que el sueño funcional en el individuo es inexistente. Sin embargo, podríamos añadir un sinnúmero de criterios más al diagnóstico Deprivación del Sueño en función de las características definitorias y los factores relacionados que cada individuo presente.

Una vez propuestos los criterios de resultado que nos parecen, a priori, más oportunos (al menos en el plano teórico) para cada diagnóstico enfermero, es el momento de hablar de indicadores. Se define indicador como “estado, conducta, o percepción más concreto de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado”<sup>(15)</sup>, es decir, concretizan el estado del paciente en función del grado en qué estamos consiguiendo el resultado deseado. De forma general, se exponen en la tabla (Tabla 3) los indicadores más oportunos para cada criterio de resultado, que, no obstante se expondrán de forma detallada a continuación. Sin embargo, teniendo en cuenta los criterios de resultado anteriormente propuestos, nos damos cuenta de que algunos indicadores de cada uno de ellos pueden agruparse bajo un mismo criterio conceptual, incluso aunque en ocasiones procedan de resultados distintos. De esta manera, a la hora de plantear las intervenciones, conseguiríamos cubrir varios indicadores agrupados con una misma intervención.

<b>Criterios de resultado</b>	<b>Indicadores más adecuados para el abordaje de los trastornos del sueño</b>	
SUEÑO	-Horas de sueño -Horas de sueño cumplidas -Patrón de sueño -Calidad de sueño -Eficiencia de sueño -Hábito de sueño -Duerme toda la noche	- Sensación de rejuvenecimiento después del sueño - Despertar a horas apropiadas - Hallazgos EEG - Hallazgos del EMG - Hallazgos del EOG
DESCANSO	-Tiempo de descanso -Patrón del descanso -Calidad del descanso -Consumo de fármacos psicotrópicos	-Descansado físicamente -Descansado mentalmente -Descansado emocionalmente
AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	-Refiere dormir de forma adecuada -Controla la respuesta de la ansiedad	
CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA	-Equilibrio entre actividad y descanso -Siestas ERE	
NIVEL DE COMODIDAD	-Bienestar físico -Bienestar psicológico -Entorno físico -Temperatura de la habitación	- Control del síntoma - Control del dolor

NIVEL DE DEPRESIÓN	-Fatiga -Insomnio -Hipersomnia -Nivel de actividad alterado
NIVEL DE ESTRÉS	-Trastornos de sueño -Ansiedad

**Tabla 3. Criterios de resultado e indicadores propuestos para los diagnósticos enfermeros de sueño. Elaboración propia.**

Entre los indicadores del resultado Sueño, varios aluden al estado de la calidad del sueño en general: “Calidad de sueño” y “Sensación de rejuvenecimiento después del sueño”. Es interesante observar que el C.R Autocontrol de la Ansiedad también contempla un indicador que hace referencia a la calidad del sueño denominado “Refiere dormir de forma adecuada”. Otros en conjunto hacen referencia a la cantidad del sueño: “Horas de sueño”, “Horas de sueño cumplidas”, “Eficiencia del sueño”, “Duerme toda la noche”, “Sueño interrumpido”, o “Despertar a horas apropiadas”; por tanto, como hemos comentado anteriormente, podremos agrupar estos indicadores según hagan referencia a cantidad o calidad de sueño y actuar de manera conjunta sobre todos ellos. No obstante, algunos de los indicadores de este diagnóstico también se interrelacionan con otros que pertenecen a un criterio de resultado distinto. Es el caso del indicador “Siesta inapropiada”, que complementa con el indicador “Siestas ERE (en el rango esperado)” del criterio de resultado Conservación de la energía. Este es el caso también de “Dependencia de las ayudas para dormir”, que se relaciona directamente con “Consumo de fármacos psicotrópicos”, del C.R Descanso.

Lo mismo ocurre si atendemos a los indicadores del C.R Descanso. Entre ellos, algunos aluden claramente a la calidad del descanso y en sus diferentes esferas, que en conjunto determinarán el grado de calidad del mismo: “Calidad del descanso”, “Descansado físicamente”, “Descansado mentalmente”, y “Descansado emocionalmente”. Asimismo, el indicador Descansado físicamente se relaciona íntimamente con “Fatiga”, del C.R Nivel de Depresión. El indicador “Patrón de descanso” puede agruparse con otro perteneciente al C.R Conservación de la energía, “Equilibrio entre actividad y descanso”, y también con “Nivel de actividad alterado”.

Respecto al C.R Nivel de Comodidad y sus indicadores, agrupamos “Entorno físico”, “Bienestar físico” y “Temperatura de la habitación” ya que están íntimamente relacionados. Por otro lado “Bienestar psicológico”, “Control del síntoma” y “Control del dolor” también los podemos agrupar bajo un mismo ítem.

Algunos indicadores del C.R Nivel de depresión se interrelacionan con los de otros resultados distintos; los indicadores “Insomnio” e “Hipersomnia” tienen relación directa con “Trastornos del sueño”, del C.R Nivel de estrés.

Como hemos comentado anteriormente, agrupando conceptualmente indicadores los diagnósticos enfermeros de sueño son más fácilmente abordables, ya que las intervenciones a proponer pueden cubrir más de un indicador a la vez. La cuarta edición de las Intervenciones de Enfermería (NIC) sostiene que una intervención es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente<sup>(16)</sup>. A continuación proponemos las intervenciones que, bajo nuestro criterio, son más adecuadas para cubrir todos los conjuntos de indicadores agrupados anteriormente, y que de alguna forma son la base del abordaje terapéutico práctico de todo paciente que presente un trastorno de sueño (Tabla 4). Es importante destacar que se expondrá una relación grupo de indicadores-intervención sugerida; sin embargo, no es un binomio cerrado, pudiendo complementarse más de una intervención de entre todas las nombradas para un conjunto de indicadores.

Indicadores	Intervenciones sugeridas
-Entorno físico.  -Temperatura de la habitación.  -Bienestar físico.	-Manejo ambiental: Confort.
-Bienestar psicológico. -Control del síntoma. -Control del dolor.	-Manejo del dolor. -Administración de medicación. -Administración de analgésicos. -Terapia de Relajación Simple.
-Calidad de sueño, Sensación de rejuvenecimiento después del sueño, Refiere dormir de forma adecuada (Calidad).  -Horas de sueño, Horas de sueño cumplidas, Eficiencia del sueño, Duerme toda la noche, Sueño interrumpido, Despertar a horas apropiadas (Cantidad).	-Mejorar el sueño.
-Siesta inapropiada -Siestas ERE.	-Fototerapia: regulación del biorritmo.
-Dependencia de ayudas para dormir.  -Consumo de fármacos psicotrópicos.	-Terapia de Relajación Simple.

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Calidad del descanso.</li> <li>-Descansado físicamente.</li> <li>-Descansado mentalmente.</li> <li>Descansado emocionalmente .</li> <li>-Fatiga</li> <li>-Patrón de Descanso .</li> <li>-Equilibrio entre actividad y descanso.</li> <li>Nivel de actividad alterado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manejo de la energía.</li> <li>-Facilitar autohipnosis.</li> </ul>
--	--

**Tabla 4. Agrupación de indicadores e intervenciones sugeridas. Elaboración propia.**

Con la intervención “Manejo ambiental: confort”, definida como manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima cubriríamos el grupo de indicadores de Entorno físico, Temperatura de la habitación y Bienestar físico. Los indicadores agrupados según se refieran a calidad o cantidad del sueño (Calidad de sueño, Sensación de rejuvenecimiento después del sueño, Refiere dormir de forma adecuada, u Horas de sueño, Horas de sueño cumplidas, Eficiencia del sueño, Duerme toda la noche, Sueño interrumpido, Despertar a horas apropiadas) estarían directamente relacionados con la intervención “Mejorar el sueño” definida como facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia<sup>(16)</sup>.

Algunas de las actividades de “Manejo de la energía” serían adecuadas para abordar el grupo de indicadores Calidad del descanso, Descansado físicamente, Descansado mentalmente, Descansado emocionalmente, Fatiga, Patrón de Descanso y Equilibrio entre actividad y descanso, así como la intervención “Facilitar autohipnosis”, consistente en enseñar y controlar el uso de un estado hipnótico autoinducido para un beneficio terapéutico.

Los indicadores Siesta inapropiada y Siestas ERE (en el rango esperado) podrían abordarse con la intervención “Fototerapia: regulación del biorritmo”, cuyas actividades responden a la administración de luz para normalizar el biorritmo interno del paciente.

La intervención “Terapia de Relajación Simple” busca inducir la relajación con objeto de disminuir signos y síntomas indeseables, y es interesante contemplarla si hablamos del grupo de indicadores Bienestar psicológico, Control del síntoma y Control del dolor. Además este conjunto también podría abordarse con intervenciones como “Manejo del dolor”, “Administración de medicamentos” y “Administración de analgésicos”.

Adoptando una visión integral, el abordaje terapéutico del diagnóstico Trastorno del patrón de sueño se realizaría mediante “Manejo ambiental: confort” como intervención principal; podrían ser complementarias “Terapia de relajación simple” y “Mejorar el sueño”. Insomnio puede manejarse eficazmente mediante la intervención

“Mejorar el sueño” sobretodo, pero también cabe destacar la importancia que en este caso tendrían otras como “Disminución de la ansiedad”, “Manejo de la energía” y “Administración de medicación”. Por último, para el diagnóstico enfermero Deprivación de sueño proponemos como intervenciones principales “Mejorar el sueño”, “Manejo del dolor”, “Terapia de relajación simple” y “Administración de medicación”, entre otras.

No obstante, del análisis realizado a lo largo del presente trabajo se concluye que, si bien con las intervenciones propuestas se consigue actualmente un buen abordaje de los diagnósticos enfermeros de sueño y una buena calidad asistencial en el campo que nos ocupa, quizá fuera más oportuno unificar los diagnósticos Insomnio y Deprivación de sueño bajo una misma etiqueta, ya que aunque se conformen como entidades diferentes dentro de la taxonomía enfermera, a nivel práctico se realizan intervenciones y/o actividades muy similares .

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Iniesta Turpín J. Patología del sueño. Alcalá La Real (Jaén): Formación Alcalá; 2006.
2. Hall JE. Guyton & Hall Tratado de fisiología médica. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
3. Vgontzas AN, Liao D, Pejovic S, Calhoun S, Karataraki M, Basta M, et al. Insomnia with short sleep duration and mortality: the Penn State cohort. Sleep [Internet]. 2010 Sep [cited 2011 Oct 2];33(9):1159-1164. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938855/?tool=pubmed>
4. Salgado-Delgado R, Tapia Osorio A, Saderi N, Escobar C. Disruption of circadian rhythms: a crucial factor in the etiology of depression. Depress Res Treat [Internet]. 2011. [cited 2011 Nov 13]; [about 9 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154570/?tool=pubmed>
5. Talbot LS, McGlinchey EL, Kaplan KA, Dahl RE, Harvey AG. Sleep deprivation in adolescents and adults: changes in affect. Emotion [Internet]. 2010 Dec [cited 2011 sep 21]; 10(6):831-841. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163498/?tool=pubmed>
6. Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. En: Cormier RE. Sleep Disturbances. 3<sup>rd</sup> ed. Boston: Butterworths; 1990.

7. Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
8. Gallego Pérez-Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2007 [ciatdo 21 sep 2011]; 30 Suppl 1:19-36. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2094/1523>
9. López-Ibor Aliño JJ. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
10. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1994.
11. Herdman TH, editora. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
12. Kolla BP, Auger RR. Jet lag and shift work sleep disorders: how to help reset the internal clock. Cleve Clin J Med [Internet]. 2011 Oct [cited 2011 Dec 3]; 78(10):675-684. Disponible en: <http://www.ccjm.org/content/78/10/675.full.pdf>
13. Vernet C, Leu-Semenescu S, Buzare MA, Arnulf I. Subjective symptoms in idiopathic hypersomnia: beyond excessive sleepiness. Journal of Sleep Research [Internet] 2010 Dec [cited 2011 Oct 28]; 19(4):525-534. Disponible en: [http://www.hypersomnies.fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=300&Itemid=80](http://www.hypersomnies.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=300&Itemid=80)
14. Cardinali DP, Furio AM, Brusco LI. Clinical aspects of melatonin intervention in Alzheimer's disease progression. Curr Neuropharmacol [Internet]. 2010 Sep [cited 2011 Dec 4]; 8(3):218-227. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001215/?tool=pubmed>
15. Moorhead S, Johnson M, Mass M, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
16. McCloskey-Dochtermann J, Bulecheck G, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

Recibido: 26 marzo 2011.

Aceptado: 21 agosto 2012.