



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/356.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	<b>Intervención psicoeducativa enfermera en adultos con diagnóstico de insomnio</b>
<i>Autores</i>	Ana M <sup>a</sup> Hurtado-López, Pedro S. Cayuela-Fuentes, Rocío Espinosa-López, Almudena García-Barón, Gabriel Segura-López, M. Rosario Giménez-Andréu
<i>Centro/institución</i>	Centro de Salud Mental Cartagena. Área II-Cartagena
<i>Ciudad/país</i>	Cartagena (Murcia), España
<i>Dirección e-mail</i>	anam.hurtado@carm.es

## RESUMEN

**Introducción:** El insomnio constituye un importante problema de salud pública, pues afecta a un amplio sector de la población (30%), con un incremento en la demanda de recursos sanitarios, absentismo laboral y aumento de riesgos para la salud. El tratamiento suele basarse en medidas de higiene del sueño y medidas psicológicas (técnicas cognitivo-conductuales) a las que se asociará, cuando se considere necesario, tratamiento farmacológico.

**Objetivo:** Constatar que la participación en un programa de psicoeducación sanitaria en higiene del sueño y técnicas cognitivo-conductuales, mediante intervenciones educativas enfermeras, mejoran el autocuidado, la cantidad y calidad del sueño y la calidad de vida en pacientes diagnosticados de insomnio (alteración del patrón sueño-descanso) atendidos en el Centro de Salud Mental de Cartagena.

**Material y métodos:** Estudio experimental, ensayo clínico aleatorizado sin enmascaramiento. La población a estudio son pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de insomnio, según los criterios del CIE-10 (F51.0) y de la NANDA (00095), atendidos en el Centro de Salud Mental de Cartagena. Se seleccionarán un total de 30 pacientes, estableciendo un grupo intervención y otro control (15 personas por grupo). El grupo intervención participará en seis sesiones psicoeducativas enfermeras. El grupo control recibirá la atención habitual: información y documentación relacionada con los hábitos de higiene del sueño.

**Resultados:** Se realizará un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables. Las mediciones cuantitativas se resumirán en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango o amplitud. En función de las variables a comparar se utilizará el test chi-cuadrado con variables cualitativas, el test t-student con variables de distribución normal, con un intervalo de confianza del 95%.

**Palabras clave:** Salud Mental/ Trastornos del Sueño/ Educación en Salud/ Enfermería.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

Dormir es una actividad absolutamente necesaria ya que, durante la misma, se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos. El ser humano invierte, aproximadamente, un tercio de su vida en dormir. La duración del sueño nocturno varía entre cuatro y doce horas, siendo la duración más frecuente de siete a ocho horas aunque, incluso en una misma persona, la necesidad de sueño cambia de acuerdo a la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. Por tanto, el tiempo ideal de sueño es aquel que nos permite realizar las actividades diarias con normalidad<sup>1</sup>.

Existen dos tipos de sueño: con movimientos oculares rápidos, conocido como sueño REM (Rapid Eye Movement) o sueño paradójico, y con ondas lentas, conocido como sueño No-REM (Non Rapid Eye Movement). El sueño REM se asocia a una elevada actividad neuronal. El sueño No-REM se subdivide en cuatro estadios. El estadio uno, es el más corto y se corresponde con la fase de sueño más ligero. El estadio dos supone más del 50% del tiempo total de sueño. Los estadios tres y cuatro corresponden al denominado sueño delta; siendo éste el sueño más profundo y reparador. Durante el periodo de sueño nocturno se alternan de manera cíclica (cuatro a seis veces) el sueño REM y No-REM<sup>1</sup>.

Se habla de problemas patológicos del sueño cuando éstos sobrepasan cierta intensidad o superan la capacidad adaptativa de la persona, provocando malestar significativo con síntomas que afectan a la esfera física, psicológica y conductual<sup>1</sup>.

Los trastornos del sueño se encuentran entre los problemas de salud no declarados más importantes, con consecuencias que abarcan el ámbito individual, laboral, económico y social. Entre ellos destaca por su magnitud el insomnio, que se debe tratar precoz y adecuadamente para evitar consecuencias sobre la salud y la calidad de vida de quien lo padece<sup>1</sup>. No obstante no todos los individuos que padecen alteraciones del sueño sufren malestar o deterioro funcional, por tanto, el diagnóstico de insomnio debería reservarse para aquellos individuos que presentan malestar o deterioro significativo<sup>2</sup>.

Existen múltiples clasificaciones sobre el insomnio, en función de la etiología (primario, secundario), momento de la noche en que se produce (de conciliación, de mantenimiento, despertar precoz) y de su duración (transitorio, agudo, crónico)<sup>2</sup>.

En el presente proyecto de investigación, teniendo en cuenta nuestra hipótesis de trabajo, trataremos el insomnio de forma genérica, independientemente de las diferentes clasificaciones.

Insomnio literalmente es “*vigilia, falta de sueño a la hora de dormir*” (del latín *Insomnium*)<sup>3</sup>. El insomnio es considerado como un estado de hiperalerta o “*trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas del día*”, convirtiéndose en un problema que afecta a la persona, tanto por la noche como por el día<sup>1</sup>.

Según la *cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*, existen pocos datos disponibles acerca de la prevalencia del insomnio en la población general. Aun así, los estudios poblacionales muestran una prevalencia anual de quejas de insomnio del 30-45% en los adultos. En Atención Primaria (AP), los estudios de prevalencia sobre trastornos de sueño en la

población general son muy limitados y muestran que la prevalencia del insomnio es de un 1-10% en la población adulta y de un 25% entre los ancianos<sup>2</sup>, siendo la incidencia mayor en las mujeres y, especialmente, en las de edad avanzada<sup>4</sup>. Esto último puede ser atribuible al aumento del porcentaje de alteraciones físicas en los ancianos<sup>2</sup>.

Como consecuencias derivadas de este trastorno, pueden aparecer problemas en las relaciones interpersonales, laborales o sociales, irritabilidad diurna, alteración de estado de ánimo y de la motivación o aumento de la sensación de fatiga y disminución de la concentración que, a su vez, puede producir situaciones que ponen en peligro la vida del individuo. Además, provoca un aumento del uso de servicios sanitarios y del consumo de medicamentos o sustancias de manera inapropiada (hipnóticos, ansiolíticos, alcohol, cafeína,...). En algunos casos este consumo progresa a abuso o dependencia<sup>2</sup>.

Por otro lado, diversos metaanálisis y estudios epidemiológicos concluyen que la disminución en la duración y la cantidad del sueño son factores de riesgo para el desarrollo de obesidad y diabetes<sup>5,6</sup>.

El abordaje terapéutico del insomnio se debe realizar de forma integral, teniendo en cuenta todos los factores contribuyentes, con la finalidad de mejorar la calidad y cantidad de sueño, reducir la latencia de sueño y los despertares nocturnos, incrementar el tiempo total que se está dormido y aumentar el funcionamiento diurno<sup>1</sup>. Las intervenciones terapéuticas utilizadas para el tratamiento del insomnio, podrían clasificarse en: educación para la salud (EpS), medidas de higiene del sueño, intervenciones psicológicas e intervenciones farmacológicas<sup>1</sup>.

La EpS tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que les permitan comprender el origen de su problema y llevar a cabo medidas para resolverlo (tratamiento y prevención de recaídas)<sup>1</sup>. Por otro lado, las medidas de higiene del sueño recogen una serie de recomendaciones, consideradas el denominador común de toda intervención terapéutica utilizada para los trastornos del sueño, destinadas a minimizar la incidencia del insomnio y favorecer un sueño normal. Los resultados publicados coinciden en señalar que, por sí solas, no son capaces de resolver los cuadros de insomnio, de forma que son utilizadas como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas tales como la psicoterapia<sup>1</sup>.

El abordaje psicoterapéutico se plantea desde el enfoque de intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales<sup>1</sup>. El objetivo principal de las técnicas conductuales (TC) es el de modificar las conductas y conocimientos aprendidos que mantienen o exacerbaban las perturbaciones del sueño (malos hábitos de sueño, patrones irregulares de sueño-vigilia e hiperactivación psicofisiológica<sup>1</sup>). Por otro lado, las técnicas cognitivo-conductuales (TCC) agrupan un conjunto de técnicas que toman en cuenta los procesos afectivos y cognitivos (expectativas, creencias, pensamientos), cuya distorsión sería la causa de la sintomatología, y cuya finalidad sería la identificación y análisis de estos pensamientos y creencias disfuncionales y la construcción de conductas más adaptativas y funcionales. Se caracteriza por ser un método activo y directivo, de trabajo conjunto y estructurado<sup>1</sup>. Por tanto para el tratamiento del insomnio se utilizan tanto TC (relajación y respiración, control de estímulos, restricción de tiempo en cama e intención paradójica), como TCC (combina reestructuración cognitiva como elemento cognitivo, con una o varias intervenciones conductuales)<sup>1</sup>.

Tanto a nivel nacional (*Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. 2009*) como internacional (*Guías de Práctica Clínica de Haute Autorité de Santé (HAS): Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. 2006; Albert Medical Association: Adult Insomnia:*

*Diagnosis to management. 2007; y Schutte-Rodin S: Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. 2008*) se consideran las TC y TCC como tratamiento de elección para el insomnio<sup>1</sup>.

Los metaanálisis, revisiones sistemáticas y estudios clínicos aleatorios, incluidos en la HAS, que evalúan la eficacia y/o duración de los efectos de intervenciones conductuales, del tipo de control de estímulos, restricción de tiempo en la cama, relajación y biofeedback frente a un grupo control o frente a la alternativa de tratamiento farmacológico, concluyen que las TC y TCC demuestran su eficacia en la reducción de la latencia del sueño y en el mantenimiento del sueño nocturno, así como en una mejora del funcionamiento diurno y la calidad de vida. Las TCC ayudan también a disminuir el consumo de fármacos y sustancias psicotrópicas, en particular entre los pacientes de más edad, y parece ofrecer una mejor relación coste-beneficio a largo plazo que el tratamiento farmacológico<sup>1</sup>. Los estudios realizados por *Colin Espie y Wang* demuestran que las TCC son un tratamiento eficaz para abordar el insomnio y sostienen que las enfermeras pueden aplicar con éxito dichas terapias, recomendando realizarlas en el primer nivel asistencial<sup>7</sup>.

Cuando se evalúa la efectividad de TCC frente a tratamientos combinados de TCC y medicación o frente a la medicación por sí sola, se constata la superioridad de las TCC y el tratamiento combinado con respecto al tratamiento farmacológico solo. Además, se observa una reducción de la medicación utilizada en los tratamientos combinados, sin que se produzca un deterioro en las medidas del sueño, ansiedad o depresión; siendo estos resultados estadísticamente significativos<sup>1</sup>.

Por todo lo expuesto, consideramos pertinente y necesario el diseño y puesta en marcha de este proyecto de investigación, que tiene por objetivo indagar acerca de cómo las intervenciones psicoeducativas enfermeras puedan contribuir a reducir el insomnio y mejorar la calidad del sueño en pacientes que acuden a unidades de salud mental. Con ello, se pretende dotar a la enfermera de salud mental de una herramienta efectiva para combatir el insomnio y que, a la par, facilite la implicación del propio paciente para resolver la alteración del sueño que le aqueja. Para conocer la eficacia del programa psicoeducativo en el insomnio, se propone realizar una evaluación cuantitativa mediante: el Cuestionario Oviedo del Sueño, para medir la cantidad y calidad del sueño, valorándose la puntuación obtenida en los indicadores seleccionados del resultado "sueño" de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF.

## **Antecedentes y estado actual del tema**

Los trastornos del sueño por su creciente prevalencia y sus consecuencias sociosanitarias se consideran cada vez más seriamente como un problema de Salud Pública<sup>8</sup>. En concreto, el insomnio es uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene, siendo éste el que los profesionales de AP encuentran más frecuentemente en su práctica clínica diaria<sup>1</sup>.

Tras la búsqueda bibliográfica realizada, y una vez analizadas las fuentes documentales, hemos hallado evidencias científicas que avalan la importancia de las intervenciones educativas en la mejora de los síntomas y complicaciones de los trastornos del sueño, con la consiguiente mejora en la calidad de vida de los afectados y en la reducción de las demandas al sistema de salud de esta población.

Varios autores ya han constatado cómo el insomnio interfiere en la percepción de la calidad de vida del paciente que lo padece, e incluso algunos, como *Sánchez y col*, observan que no sólo afecta a las dimensiones relacionadas con la salud mental sino también a las escalas funcionales<sup>9</sup>.

Un meta-análisis realizado por el *Centro de Investigación Clínica y Traslacional Neurociencia de la Universidad de Pittsburgh School of Medicine* apoya la eficacia de la TCC y de las intervenciones farmacológicas para el insomnio<sup>10</sup>. Otro artículo publicado por el *Centro de Práctica Basada en Evidencia de la Universidad de Pennsylvania* sostiene de nuevo que la TCC es eficaz para el tratamiento del insomnio en comparación con los medicamentos, y sus efectos pueden ser más duraderos que los medicamentos, y que por tanto, los proveedores de atención primaria deben tener en cuenta la TCC como tratamiento de primera línea para el insomnio<sup>11</sup>. Por otra parte, un estudio internacional recogido en la *Guía de Unidad del Sueño del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*, mostró que la mayoría de los pacientes que padecían trastornos del sueño reconocían un impacto importante en su calidad de vida<sup>8</sup>.

A través del estudio “*Enfermería para el autocuidado en personas con problemas del sueño*”, publicado por la *red de revistas científicas de investigación y educación en enfermería*, se deduce que la intervención enfermera puede ser una herramienta elemental para mejorar la percepción de la calidad del dormir, en personas con problemas de insomnio. Más del 80% de los pacientes reconoció mejoras en los indicadores de calidad de sueño, el 100% manifestó haber superado su problema para conciliar el sueño, el 96% se despierta menos veces durante la noche y cerca del 90% no se siente cansado o con sueño durante el día<sup>12</sup>.

Finalmente, una reciente revisión sistemática ha venido a concluir que las pruebas científicas muestran que el papel de la enfermera puede ser efectivo en el abordaje de los problemas de salud. Las teorías y modelos para el cambio de conducta son herramientas útiles que pueden mejorar la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, produciendo cambios positivos en los resultados asociados con la prevención de las enfermedades crónicas, satisfacción y calidad de vida del paciente<sup>13</sup>.

## **Referente teórico**

*Dorothea Elizabeth Orem*, con su “Teoría del Déficit de Autocuidado”, ha logrado desarrollar habilidades que elevan la calidad en la atención al ser humano. El modelo de *Orem* promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo fomentando su autonomía, de tal manera que la enfermera ayude a las personas a alcanzar su máximo nivel de autocuidado<sup>14,15</sup>. Así, el modelo de enfermería para la intervención en problemas del sueño se basa fundamentalmente en la construcción de una relación persona a persona que permite al individuo discernir alternativas de solución y ensayar líneas de comportamiento diferentes, en un marco vincular de confianza y aceptación, a partir de un cuidado de enfermería creado para ayudarlo a resolver sus necesidades presentes y a potenciar sus capacidades de autocuidado, con el fin de motivarlo para que se transforme en un agente activo de cambio para resolver los problemas concernientes a su estado de salud<sup>12</sup>.

Por tanto, tomamos como referente teórico en la elaboración del presente proyecto de investigación los postulados teóricos de *Dorothea Elisabeth Orem*, en los que se

apoyaría el personal de enfermería a la hora de enfrentar situaciones de déficit de autocuidado que presentan los individuos con trastornos del sueño. De aplicarse estos conocimientos por parte del personal de enfermería se lograría una atención integral al individuo sano y enfermo<sup>15</sup>.

## **Hipótesis**

Constatar que la participación en un programa de psicoeducación sanitaria en higiene del sueño y técnicas cognitivo-conductuales, mediante intervenciones educativas enfermeras, mejoran el autocuidado, la cantidad y calidad del sueño y la calidad de vida en pacientes diagnosticados de insomnio (alteración del patrón sueño-descanso) atendidos en un Centro de Salud Mental.

## **Objetivos específicos**

- Determinar la cantidad y calidad del sueño que presentan los pacientes diagnosticados de insomnio, atendidos en el Centro de Salud Mental de Cartagena, antes de la intervención psicoeducativa, mediante el Cuestionario Oviedo del Sueño valorándose la puntuación obtenida, en los indicadores seleccionados del resultado "Sueño" de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).
- Determinar la calidad de vida percibida que presentan los pacientes diagnosticados de insomnio, atendidos en el Centro de Salud Mental de Cartagena, antes de la intervención psicoeducativa, mediante el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF.
- Establecer si existen diferencias estadísticamente significativas, respecto a la cantidad y calidad del sueño y calidad de vida, que han experimentado los pacientes que participan en el proyecto de investigación.

## **Metodología**

### *Diseño*

Estudio experimental, ensayo clínico aleatorizado sin enmascaramiento.

### *Población a estudio*

Personas mayores de 18 años diagnosticados de insomnio (CIE-10) y con diagnóstico enfermero insomnio (00095) (NANDA), que pertenezcan al Área de Salud II (Cartagena) y Área de Salud VIII (Mar Menor) y que sean atendidos en las consultas de Enfermería del Centro de Salud Mental (CSM) de Cartagena y que cumplan los siguientes criterios:

#### *Criterios de inclusión:*

- Edad a partir de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico insomnio según el CIE-10: F51.0.
- Pacientes con diagnóstico enfermero de insomnio (00095) según la NANDA 2012.
- Personas con trastorno del sueño secundario a trastornos de ansiedad y depresión leve o moderada.
- Aceptación voluntaria para participar en el estudio. Consentimiento informado.
- Conocimiento y perfecta comprensión del idioma.

#### *Criterios de exclusión:*

- Coexistencia del insomnio con un trastorno mental grave, entendiendo como tal, aquellos trastornos de duración prolongada, que conllevan a un grado variable de discapacidad y disfunción social.
- Deterioro cognitivo, que imposibilite la comprensión y participación en las sesiones psicoeducativas.
- Desconocimiento del idioma y/o falta de manejo a nivel oral y/o escrito.
- Negativa por parte del paciente a seguir el programa.

#### *Muestra*

Teniendo en cuenta la dinámica previa en la formación de grupos psicoeducativos en el CSM y la necesidad de garantizar un número de participantes suficiente, contando con los posibles abandonos, se seleccionarán un total de 30 pacientes (dos grupos de 15 personas) mayores de 18 años diagnosticados de insomnio y pertenecientes al Área de Salud II (Cartagena) y Área de Salud VIII (Mar Menor), que reúnan las características señaladas en los criterios de inclusión. Los pacientes serán captados en las consultas de Psiquiatría, Psicología y Enfermería y serán citados a la consulta de la Enfermera de Salud Mental responsable del programa de intervención. En dicha cita se les informará sobre los objetivos del programa. En caso de que accedan a participar en el proyecto, cumplimentarán el Consentimiento Informado, el Cuestionario Oviedo del Sueño y el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF de valoración inicial. Una vez obtenida la población total, se realizará una selección aleatoria sin enmascaramiento para garantizar la mayor homogeneidad de ambos grupos, estableciendo dos grupos: intervención y control.

#### *Grupo de intervención*

Los pacientes participarán en la intervención grupal psicoeducativa impartida por la Enfermera de Salud Mental y seguirán acudiendo a sus consultas habituales con el Psiquiatra y/o Psicólogo del CSM.

### *Grupo de control*

Los pacientes acudirán a una consulta habitual individual con la Enfermera de Salud Mental, donde se les facilitará información y documentación relacionada con los hábitos de higiene del sueño. Las siguientes consultas se programarán según necesidades individuales y seguirán acudiendo a sus consultas habituales con el Psiquiatra y/o Psicólogo del CSM.

### *Variables a estudio:*

#### *Independientes:*

SOCIODEMOGRÁFICAS: Sexo, Edad (fecha de nacimiento), Estado civil, Nivel de estudios, Situación laboral y Profesión.

#### OTRAS VARIABLES:

- ¿Toma fármacos para dormir?
- En caso afirmativo, especifique el nombre/s y dosis.
- ¿Cuánto tiempo hace que padece insomnio? expresado en meses.

#### *Dependientes:*

SUEÑO: Para medir la calidad y cantidad del sueño se utilizará el Cuestionario Oviedo de Sueño y se valorará la puntuación obtenida en los indicadores seleccionados del resultado "sueño" de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)<sup>16</sup>. El resultado seleccionado es el Sueño (0004) y los indicadores seleccionados son: Horas de sueño (000401), Calidad de sueño (000404), Eficiencia del sueño (tasa de tiempo de sueño/ tiempo total destinado a dormir) (000405), Hábito de sueño (000407), Duerme toda la noche (0004418), Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño (000408), Despertar a horas adecuadas (000410).

Estos indicadores son valorados mediante una escala tipo Likert: (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido. Los indicadores: Sueño interrumpido (000406), Siesta inapropiada (000409) y Dependencia de las ayudas para dormir (000417), también son evaluados por el paciente mediante una escala tipo Likert: (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno.

CALIDAD DE VIDA: La OMS ha desarrollado un cuestionario abreviado para valorar la calidad de vida, el WHOQOL-BREF, formado por 26 ítems, dos ítems generales y un ítem por cada una de las 24 facetas que valora, las cuales se engloban dentro de los aspectos: físico, psicológico, de relaciones sociales y del entorno. Cada ítem se valora con una escala tipo Likert del uno al cinco.



### *Recogida de información*

Los pacientes con diagnóstico de insomnio, según los criterios del CIE-10 (F51.0) y de la NANDA (00095), serán derivados a la consulta de Enfermería del CSM de Cartagena.

En la primera consulta con la Enfermera de Salud Mental, los pacientes serán informados del estudio. Los que acepten participar, cumplimentarán el Consentimiento Informado, el Cuestionario Oviedo del Sueño y el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL BREF. Se registrarán, también, las variables independientes: sociodemográficas, consumo de fármacos y latencia del insomnio.

Los pacientes incluidos en el grupo de intervención, serán avisados por teléfono del día para iniciar el programa psicoeducativo. A los pacientes del grupo de control, se les entregará la documentación relacionada con la higiene y hábitos del sueño. Toda esta información será recogida por la/s Enfermera/s de Salud Mental que participen en este programa psicoeducativo.

### *Contenido del programa de intervención psicoeducativa*

Este programa de intervención psicoeducativa enfermera en adultos con diagnóstico de insomnio está estructurado en seis sesiones de una hora y treinta minutos de duración aproximadamente cada una de ellas. Las cuatro primeras sesiones tendrán una periodicidad semanal, la quinta y sexta sesión tendrán lugar a los tres y seis meses, respectivamente, de iniciada la primera intervención psicoeducativa.

De forma general, las sesiones se estructurarán siguiendo el mismo modelo: control de asistencia, presentación de la sesión, recordatorio de la sesión anterior, lección magistral, dinámica participativa, resolución de dudas y preguntas.

- SESIÓN UNO: introducción al insomnio, características e importancia del sueño, creencias y actitudes acerca del insomnio, técnica de respiración abdominal o diafragmática.
- SESIÓN DOS: educación para la salud, hábitos de higiene del sueño y técnica de relajación muscular progresiva con tensión.
- SESIÓN TRES: control de estímulos, restricción del sueño y técnica de relajación sin tensión.
- SESIÓN CUATRO: farmacología en el insomnio y técnica de relajación sin tensión más imaginación. Cumplimentación del Cuestionario Oviedo del Sueño y Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF.
- SESIÓN CINCO: recordatorio de los puntos más importantes del programa, sesión de control y seguimiento de los pacientes. Cumplimentación del Cuestionario Oviedo del Sueño y Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF.
- SESIÓN SEIS: sesión de control y seguimiento de los pacientes. Cumplimentación del Cuestionario Oviedo del Sueño y Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF.

A los pacientes incluidos en el grupo control se les facilitará el acceso a demanda a la consulta de enfermería para cualquier duda, problema o cuestión planteada con el insomnio. Coincidiendo con la cuarta, quinta y sexta sesión del grupo intervención, se citará a este grupo para realizar una nueva valoración con los cuestionarios anteriormente citados.

### *Análisis de los datos / análisis estadístico*

Los datos obtenidos serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS (versión 21). Se realizará un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables. Las mediciones cuantitativas se resumirán en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango o amplitud. En función de las variables a comparar se utilizará el test chi-cuadrado con variables cualitativas, el test t-student con variables de distribución normal. Para valorar la asociación entre las distintas variables se establece como riesgos relativos ajustados a sus intervalos de confianza al 95%. Se considerará un valor  $p < 0,05$  bilateral para determinar la significación estadística.

### **Plan de trabajo**

Este proyecto de investigación ha sido diseñado para una duración estimada de 14 meses, comenzando en noviembre de 2013 con la presentación del proyecto y solicitud de autorización a la Subdirección de Salud Mental de La Región de Murcia y el Coordinador del Centro de Salud Mental de Cartagena, y el visto bueno del Comité de Investigación del Hospital Santa Lucía de Cartagena, la captación de los pacientes se inició en el mes de diciembre de 2013 y se comenzó la intervención psicoeducativa en Enero 2014 hasta Julio 2014. En septiembre 2014 se reanuda la intervención psicoeducativa. Se prevé realizar el análisis y estudio estadístico de los datos obtenidos en noviembre de 2014 y la elaboración de conclusiones y difusión de los datos obtenidos en diciembre de 2014.

### **Bibliografía**

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. p. 7-129. [acceso 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_465\\_Insomnio\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf).
2. First MB. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Texto revisado. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2009.
3. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: Espasa-Calpe; 2003. Insomnio.
4. Psiquiatría.com [Internet]. Noticias: La depresión o la ansiedad, ligadas al insomnio en un 70% de casos; 2013 [citado 9 Jul 2013]. Disponible en: <http://old.psiquiatria.com/temas/depresion/3/>.
5. Hargens TA, Kaleth AS, Edwards ES, Butner KL. Association between sleep disorders, obesity, and exercise: a review. Nat Sci Sleep [revista en Internet] 2013 [acceso 12 de Mayo de 2013]; 5: 27-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3630986/>.
6. Chamorro RA, Durán SA, Reyes SC, Pone R, Algarín C, Peirano P. La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad (Sleep deprivation as a risk factor for

obesity). Rev Med Chile [revista en Internet] 2011 [acceso 10 de Mayo de 2013]; 139: 932-940. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n7/art17.pdf>.

7. Rodríguez López AM, Ferreira González MC, Marcos Sela J, Rial Maciel A. Proyecto de investigación para evaluar la efectividad de un programa de intervención psicoeducativa enfermera en pacientes con insomnio crónico. Presencia [revista en Internet] 2010 ene-jun. [acceso 20 de Marzo de 2013]; 6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n11/p7196.php>.

8. Palanca Sánchez I, Barbé Illa F, Puertas Cuesta FJ, Elola Somoza J, Bernal Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL. Grupo de expertos. Unidad del sueño: estándares y recomendaciones de calidad y seguridad [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [acceso 19 de Febrero de 2013]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/EyR\\_UAS.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/EyR_UAS.pdf).

9. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Fernández Agüero L, Mareque Ortega MA, Alejandro Lázaro G, Báez Montilla J. Valoración Clínica y Calidad de Vida relacionada con la Salud del Paciente con Insomnio. Rev Clín Med Fam [revista en Internet] 2011 [acceso 10 de Mayo de 2013]; 4(2): 92-99. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n2/original1.pdf>.

10. Buysse DJ. Insomnia. Jama [revista en Internet] Feb 2013 [acceso 12 de Mayo de 2013]; 309(7): 706-716. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23423416>.

11. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid C. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. BMC Fam Pract [revista en Internet] 2012 [consultado 12 de Mayo de 2013]; 13:40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481424/>.

12. Dois A, Masalán P, Leyton P. Enfermería para el autocuidado en personas con problemas de sueño. Invest. Educ. Enferm [revista en Internet] 2003 [consultado 20 de Marzo de 2013]; 21 (2): 16-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105217944002>

13. García-Medina A. Efectividad de las intervenciones enfermeras en los estilos de vida en la prevención de enfermedades crónicas en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Enferm Clin. [revista en Internet] 2012 [consultado 10 de Mayo de 2013]. Disponible en [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1130-8621\(12\)00129-5.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1130-8621(12)00129-5.pdf).

14. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. España: Elsevier; 2011.

15. Colectivo de autores. Bases conceptuales de Enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

16. Moorhead S, Johnson M, Meridean LM, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcome Classification NOC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.