



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

**“LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO: DETERIORO
DEL PATRÓN SUEÑO”**

Autora: Laura Reinado Lansac

Tutora: Carmen Muro Baquero

CALIFICACIÓN

INDICE

PALABRAS CLAVE.....	3
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO	6
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	6
VALORACIÓN.....	6
EJECUCIÓN.....	9
CONCLUSIÓN	14
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS.....	19
<i>Anexo I</i>	19
<i>Anexo II</i>	21
<i>Anexo III</i>	22
<i>Anexo IV</i>	23
<i>Anexo V</i>	27

PALABRAS CLAVE

"Depresión geriátrica", "trastornos del sueño", "insomnio", "calidad del sueño", "cuidados enfermeros".

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno de la afectividad, que tiene repercusiones tanto en el terreno psíquico como en el físico.

En los ancianos produce alto grado de incapacidad y aumenta la morbilidad. (1)

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Altera la calidad de vida del que la sufre y es, además, un problema social y de salud pública. Es más frecuente en mujeres que en hombres. (2) (3)

La prevalencia varía según el medio en el que la estudiemos y los instrumentos diagnósticos que usemos. La prevalencia en el trastorno de depresión mayor es del 10 % en ancianos que viven en comunidad mientras que en las personas mayores que están institucionalizados en residencias aumenta notablemente, aunque los datos que obtenemos son dispersos, algunos autores hablan de prevalencias de un 14% y otros de hasta el 70%.

Entre a los ancianos hospitalizados también hay mayor prevalencia de depresión con respecto a los que viven en comunidad, entre un 14 y un 25% dependiendo del criterio escogido para la interpretación de los resultados. (4)

Hay una serie de factores que predisponen a la aparición de esta enfermedad. Son factores biológicos, factores genéticos, factores psicosociales como la soledad, el aislamiento, la perdida de un ser querido, el déficit de salud y la falta de actividades sociales y profesionales entre otros. Hay enfermedades que pueden producir depresión y también determinados fármacos. (1) (5)

La existencia de trastornos del sueño en sujetos depresivos es bien conocida. Aproximadamente, el 80% de los pacientes con depresión se quejan de un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad de su sueño. (6)

Los trastornos del sueño constituyen un grupo heterogéneo y numeroso. Hay muchísimas enfermedades que cursan con algún trastorno del sueño como uno de sus síntomas; es por ello que se han clasificado como enfermedades propias y no solo como síntomas. (7)

Los trastornos del sueño constituyen una entidad clínica de gran impacto sanitario y socioeconómico. (8)

La alteración del sueño asociada más frecuentemente a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Son habituales los problemas para iniciar y mantener el sueño. (6)

El insomnio es un problema común que se produce durante la depresión. Sin embargo, la literatura aún debate si el insomnio es parte de la depresión o de una entidad separada. Su duración se correlaciona positivamente con la duración y la frecuencia de los episodios depresivos.

Es decir, en algunas ocasiones los trastornos del sueño son síntoma y causa de la depresión en las personas de edad avanzada; en ello reside la importancia del diagnóstico, valoración y tratamiento de los trastornos del patrón del sueño. (9)

Por otro lado, un menor número de pacientes padece hipersomnia, es decir, exceso de sueño o "la somnolencia diurna excesiva" que se trata de una propensión al sueño durante la vigilia en situaciones en las que el paciente ha disminuido la atención general. (10)

Los síntomas del insomnio, SDE (somnolencia diurna excesiva), y el uso de la medicación de forma independiente aumenta el riesgo de padecer posteriormente depresión en los ancianos. En la práctica clínica, los trastornos del sueño y el uso prolongado de medicamentos para dormir pueden ser indicadores tempranos o factores de riesgo potencialmente reversibles para la aparición de depresión mayor. (11)

Hay situaciones especiales como se trata del caso de pacientes con cáncer de mama en que el insomnio es muy importante ya que además de estar relacionado con la depresión y la fatiga, puede agravar la enfermedad y disminuir la calidad de vida. (12)

El insomnio también es muy común entre las mujeres pre y post-menopáusicas. (13)

He elegido realizar el proyecto final de grado sobre este tema ya que me ha llamado la atención la gran prevalencia de la depresión y mas en concreto, la prevalencia de trastornos del sueño en estos pacientes. Además de la dificultad diagnóstica de la enfermedad; es por esto, por lo que creo que si los enfermeros realizasen mas estudios a cerca de esta patología y sus problemas derivados esta dificultad se vería disminuida, ya que la enfermería es el apoyo básico de los facultativos de atención primaria en el diagnóstico de la depresión en mayores.

OBJETIVO

El objetivo de este proyecto es realizar un plan de atención enfermera a un paciente anciano que padezca algún trastorno del sueño y que haya sido diagnosticado con anterioridad de depresión mayor. Para ello realizare una serie de intervenciones con sus correspondientes actividades para la ejecución del plan y utilizaremos diferentes escalas que valoren la evolución del paciente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

00198 Trastorno del patron del sueño

VALORACIÓN

Para la realización de este proyecto es necesaria la utilización de herramientas validadas que evaluen la intensidad de los problemas del sueño. Numerosos autores crean sus propias escalas o cuestionarios para la práctica clínica o para la investigación.

Estas escalas o cuestionarios son diferentes entre si, de manera que por ejemplo, unos buscan evaluar el deterioro de la calidad del sueño, y otros el grado de somnolencia, las consecuencias diurnas de la falta de sueño o las actitudes de los individuos respecto al sueño.

Tambien existen como método de evaluación los llamados *registros del sueño*, son un método de auto-registro que permite efectuar una recogida de información sobre los parametros del sueño. Un diario de sueño debería registrar lo siguiente: el momento de acostarse, el tiempo en que el individuo tarda en conciliar el sueño, el número de despertares nocturnos, el último despertar por la mañana, como es el momento de levantarse, las siestas, si toma medicación y la calidad del sueño. Los objetivos de este método son observar la gravedad del problema, monitorizar la evolución y el progreso del paciente y modificar actitudes del individuo respecto a su problema. Estos diarios deben cumplimentarse antes, durante y despues del tratamiento. (Ver anexo I y anexo II).

En cuanto a las escalas, son muy numerosas. Por ejemplo uno muy conocido es el *Cuestionario de Evaluación del Sueño de Leeds (The Leeds Sleep Evaluation Questionnaire, SEQ)* que ha sido desarrollado y validado en el Reino Unido. Consiste en diez cuestiones relativas a algunos aspectos del sueño y a determinados comportamientos al despertar pero también se refieren a la conciliación del sueño y la calidad de este. No proporciona ninguna indicación objetiva de cambios en el sueño, solo subjetiva. (Ver anexo III)

Otro método es, el *Cuestionario de Calidad de Vida de individuos con insomnio (Quality of Life of Insomniacs Questionnaire, QOLI)* que ha demostrado ser una excelente herramienta para medir la calidad de vida de los individuos que padecen insomnio así como los efectos de los tratamientos hipnóticos. (14)

Pero hay dos escalas de evaluacion que tienen mayor importancia en el terreno de los trastornos del sueño. Ambas han sido validadas al castellano.

El Indice de Calidad del sueño de Pittsburgh, pretende valorar la mayor o menor calidad del sueño durante el mes previo a la encuesta que se le realiza al paciente. Sin embargo no evalua la presencia o ausencia de insomnio.

La versión orginal consta de 19 items, se puntuán 7 componentes: calidad de sueño, periodo de conciliación, duración, eficacia, factores que puedan afectar, medicación y dificultad en el funcionamiento diario; de esta forma ofrece una vision global de la calidad del sueño. Como ya he dicho, esta escala ha sido validada al castellano, la cual consta en este caso de 24 items, 19 de estos deben ser contestados por el paciente y 5 por el compañero de habitación.

El cuestionario investiga los horarios para dormir, eventos asociados al dormir como las dificultades para empezar a dormir, despertares nocturnos, pesadillas, ronquidos, alteraciones respiratorias, calidad de dormir, ingesta de medicamentos para dormir y existencia de somnolencia diurna.

Estos 7 componentes se califican con una escala de 0 a 3. La suma de los componentes da lugar a una calificación global donde una mayor puntuación indica una menor calidad de dormir.

Tanto la versión original de la escala como su validación al castellano poseen un adecuado grado de validez y fiabilidad. Es por esto que se considera un instrumento adecuado para la investigación tanto epidemiológica como clínica de los trastornos del sueño. Además se ha utilizado como instrumento de investigación en las alteraciones del sueño de pacientes geriatricos, por lo que dota a dicha escala de gran importancia para su utilización en dicho proyecto (ver anexo IV). (14) (15)

Y por último, La *Escala Atenas del Insomnio* es un instrumento útil en la evaluación del insomnio, al ser su formato breve y sencillo permite que en pocos minutos dispongamos de una valoración numérica de los problemas que el paciente presenta para dormir.

Es más rápida de realizar que la escala de Pittsburgh. La escala original consta de 8 reactivos, los cuatro primero abordan el dormir cuantitativamente, es decir, evalúan la dificultad de inducción del sueño, despertares nocturnos, despertar temprano y la total duración del sueño.

El quinto, la calidad del sueño y los tres últimos el impacto diurno, es decir, la perturbación causada por el problema del sueño y/o la interferencia con las actividades de la vida diaria.

Estos 8 ítems se puntuán de 0 a 3, con una puntuación total de 0 a 24. Hay otra versión más breve de la escala Atenas de Insomnio, consta de solo 5 ítems, los 5 primeros, siendo la puntuación total entre 0 y 15. La utilización de la escala original es principalmente clínica mientras que la reducida se centra en el problema de la cantidad y la calidad del sueño.

Este instrumento ha sido diseñado para evaluar el mes previo a la realización del cuestionario, pero ofrece la posibilidad de ajustarlo a las necesidades clínicas o de investigación abarcando períodos tan cortos como 24 horas o superiores a un mes. Tiene gran validez y fiabilidad y su aplicación se ha llevado a cabo sobretodo en pacientes psiquiátricos (ver anexo V). (14) (16)

EJECUCIÓN

Para poder alcanzar el objetivo propuesto en el plan de cuidados es necesario realizar una serie de intervenciones con sus correspondientes actividades.

Las medidas farmacológicas son el tratamiento por excelencia para los trastornos del sueño; pero este proyecto se va a centrar en esos aspectos no farmacológicos que combinados con los medicamentos ayudan a reducir las dosis de éstos y constituyen el éxito del tratamiento para combatir el deterioro del patrón sueño.

El tratamiento no farmacológico tiene algunas ventajas con respecto al farmacológico. Es más económico, presenta menos efectos secundarios, el paciente es protagonista activo de su mejoría y cuando es eficaz, a largo plazo tiene menos riesgos de recaídas. Sin embargo tiene el inconveniente de ser más difícil de poner en práctica ya que requiere cambios en los hábitos de vida, exigen mayor dedicación tanto por parte del paciente como por los médicos, además son pocos los terapeutas que dominan estas técnicas, por eso es más sencillo prescribir hipnóticos. (17)

La primera intervención que planteamos es *Mejorar el sueño (1850)* a través de medidas de higiene del sueño.

La mayor parte de los trastornos del sueño tienen que ver con los malos hábitos, costumbres deficientes a la hora de irse a dormir. La buena calidad del sueño se ve condicionada por factores medio-ambientales y de salud. Es por ello que se han elaborado infinidad de actividades o medidas para la buena higiene del sueño y no solo hábitos o costumbres sino también recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico.

Las *actividades* más importantes con respecto a factores medio-ambientales o hábitos son:

- ✓ Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluidos los fines de semana y vacaciones.
- ✓ Permanecer en la cama el tiempo suficiente, adaptándolo a las necesidades reales de sueño ya que reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y al contrario, permanecer durante mucho tiempo en la cama puede producir un sueño fragmentado y ligero.
- ✓ Evitar la siesta.
- ✓ Mantener el dormitorio a una temperatura agradable y con unos niveles de luz y ruido mínimos.
- ✓ Evitar realizar en la cama actividades como ver la televisión, leer, escuchar la radio...

- ✓ Evitar utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno. (18)
- ✓ Pasar tiempo al aire libre y disfrutar de la luz solar.
- ✓ Tener en cuenta los efectos que ciertos medicamentos pueden tener sobre el sueño.

En cuanto a las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico:

- ✓ Evitar las bebidas que contienen cafeína y teína. Tomadas por la tarde alteran el sueño incluso en personas que no lo perciben.
- ✓ El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
- ✓ Realizar ejercicio regularmente, durante al menos una hora al día, con luz solar, preferentemente por la tarde y siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.
- ✓ El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño. Evitar acostarse hasta que hayan pasado dos horas después de la cena. Si se está acostumbrado a ello, tomar algo ligero antes de la hora de acostarse (por ejemplo, galletas, leche o queso), no tomar chocolate, grandes cantidades de azúcar y líquidos en exceso. Si se despierta a mitad de la noche, no comer nada o se puede comenzar a despertar habitualmente a la misma hora sintiendo hambre.
- ✓ Limitar el consumo de líquidos por la tarde, sobre todo si la frecuencia urinaria es un problema.

En diversos estudios se ha demostrado que las medidas para la buena higiene del sueño no son capaces de corregir los problemas por ellas mismas pero en combinación con otras terapias si que aumentan la probabilidad de éxito. (19) (20)

Otra intervención que cada vez se utiliza mas para tratar los desordenes del sueño es la *Estimulación cognitiva (4720)* a traves de las terapias cognitivo-conductuales.

En las terapias conductuales se realiza el control de estímulos como por ejemplo reasociar la cama a un inicio rápido del sueño. También utilizan la intención paradójica, realizando actividades como pedirle al paciente que intente pasar la noche despierto en vez de esforzarse por conciliar el sueño, así quitaremos el miedo o la ansiedad ante la posibilidad de acostarse y no dormir. Y por ultimo la psicoterapia cognitivo-conductual que consisten básicamente en modificar y controlar los pensamientos negativos y ansiogénicos que aparecen al acostarse cuando se deja de hacer cosas que ocupaban el pensamiento del paciente antes de acostarse.

Los terapeutas utilizan mecanismos auditivos o visuales, respiración diafragmática, imaginación guiada por sugerencias, parada del pensamiento, restricción del sueño...etc.

El paciente debe modificar la conducta limitando el tiempo de permanencia en la cama, estableciendo horarios que debe cumplir educar al paciente explicándole que la cama es un lugar para dormir no para comer o ver la televisión.

Se ha demostrado que el control de estímulos y la intención paradójica son eficaces para tratar los trastornos del sueño. (17)(21)(22)(23)

La psicoterapia cognitivo-conductual tiene como objetivo mejorar la calidad y el estilo de vida para evitar aquellas situaciones emocionales que dificulten el sueño. Se basara en aprender mecanismos de defensa ante situaciones de estrés, controlar las emociones y una adecuada expresión de las mismas, mejorar las relaciones interpersonales y evitar conflictos motivando al paciente para que realice actividades lúdicas y relajantes ya que son necesarias para su descanso. (24) (25) (26) (27)

Y la última de las intervenciones escogidas, la *Terapia simple de relajación* (6040) como ayuda para conciliar el sueño.

Es bien conocido por todos que los trastornos del sueño provocan estrés, nerviosismo y ansiedad, y esto ayuda todavía más a que los trastornos perduren; creándose así un círculo vicioso difícil de romper. Para relajarnos y liberarnos de estos síntomas utilizamos los ejercicios de relajación; técnicas sencillas que nos ayuden a relajar cuerpo y mente.

La relajación muscular progresiva de Jacobson es muy utilizada ya que intenta una profunda relajación mental mediante una relajación física. El terapeuta utiliza una serie de técnicas dirigidas a lograr la relajación mental y física.

Se realizan ejercicios de tensión y relajación sistemáticamente de varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda.

Otras técnicas para relajarse son las respiraciones abdominales, yoga, hipnosis, meditación, Tai Chi, sugestión. (27) (28) (29)

Este plan de cuidados esta destinado a realizarse en los centros de atención primaria, ya que es en el servicio donde suelen diagnosticarse estos problemas y donde se lleva a cabo el seguimiento del paciente mas de cerca.

CONCLUSIÓN

- 1.-Aproximadamente, el 80% de los pacientes con depresión se quejan de un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad del sueño. La alteración del sueño que se observa en mayor medida es el insomnio.
- 2.-Para evaluar a dichos pacientes es necesario llevar a cabo escalas y otros elementos como registros del sueño, esto nos permite valorar la evolución del paciente y verificar si el tratamiento que se le administra es el adecuado.
- 3.-Los métodos más utilizados y con mejores resultados según diversos autores son *la escala Atenas del insomnio* y el *índice de la calidad del sueño de Pittsburgh*.
- 4.- Para los diversos trastornos del sueño, y mas específicamente, para el insomnio, las medidas no farmacológicas como la buena higiene del sueño, las terapias cognitivo-conductuales y la relajación son muy útiles, además de económicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1)** Vera Vera, J. ABC de la depresión en las personas mayores. Sevilla: ed Aula Medica;2001. p. 13-37.
- 2)** Lopez Trigo J.A. Manual Merck de Geriatria, 2^a ed. 2001. Edit. Hardcort. Malaga.
- 3)** Fernández Ballesteros R. Evaluación Conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: ed Pirámide. 1993.
- 4)** García Serrano M.J, Tobías Ferrer J. Prevalecida de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Rev Atención Primaria.2001 abr 30; 27 (7): 484-488.
- 5)** Vázquez, C y Sanz, J. Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), Manual de sicopatología. Vol. 2. (pp. 299-340). Madrid: MacGraw Hill. ISBN: 84-7986-000-6.
- 6)** Cano Lozano M.C, Espinosa Fernández L, Miró E, Buela Casal G. Una revisión de las alteraciones del sueño en la depresión. Rev Neurol. 2003; 36 (4):366-375.
- 7)** Gallego Perez-Larraya J, Toledo J.B, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30, Suplemento 1. pag 1.
- 8)** Vela Bueno A, de Iceta M, Fernandez C. Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. Gac Sanit. 1999; 13 (9):441-8.

9) Gupta R, Lahan V. Insomnia associates with depressive disorder: primary, secondary or mixed?. Indian J Psychol Med. 2011 Jul-Dec; 33(2): 123-128.

10) Hara C, Stewart R, Lima-Costa M.F, Lopes Rocha F, Fuzkiwa C, Uchoa E, et. al. Insomnia Subtypes and Their Relationship to Excessive Daytime Sleepiness in Brazilian Community-Dwelling Older Adults. SLEEP. 2011; 34 (8): 2011.

11) Jaussent I, Bouyer J, Acelin M.L, et al. Insomnia and Daytime Sleepiness Are Risk Factors for Depressive Symptoms in the Elderly. SLEEP. 2011; 34 (8).

12) Fiorentino L, Rissling M, Liu L, Ancoli-Israel S. The Symptom Cluster of Sleep, Fatigue and Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients: Severity of the Problem and Treatment Options. Drug Discov Today Dis Models. 2011; 8(4): 167-173.

13) M Terauchi et al. Associations between anxiety, depression and insomnia in peri-and post menopausal women. Maturitas. Mayo 2012; 72(1):61-5.

14) Ruiz C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno del insomnio. Anales de psicología Junio 2007; 23 (1): 109-117.

15) Jimenez-Genchi A, Monteverde- Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G, De la Vega-Pacheco A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español el índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. Gac Med Mex. 2008; 144 (6).

16) Nenclares- Protocarrero A, Jimenez-Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la escala Atenas de Insomnio. Salud Mental. Octubre 2005; 28 (5).

17) Sarrais P, De Castro Manglano P. El insomnio. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 30, Suplemento 1: 128-130.

18) K Custers, J Van den Bulck. Television viewing, internet use, and self-reported implications for sleep hygiene recommendation from an exploratory cross-sectional study. *Behav Sleep Med.* 2012 Mar 27; 10 (2):96-105.

19) Díaz M.S, Pareja J.A. Tratamiento del insomnio. *IT del Sistema Nacional de Salud.* 2008; 32 (4):116-122.

20) Bobes Garcia J. No te rindas ante los trastornos del sueño. Ed RIALP. Madrid. 1999. p: 99-103

21) HM El kady, Hk Ibrahim, Sg Mohamed. Cognitive behavioral therapy for institutionalized elders complaining of sleep disturbance in Alexandria Egypt. *Sleep* 10 Dec 2011. [Epub ahead of print].

22) H Järnefelt, R Lagerstedt, S Kajaste, M Sallinen, A Savolainen, C Hublin. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia in occupational health services. *J Occup Rehabil.* 2012; Mar 30. [Epub ahead of print].

23) Cheng SK, Dizon J. Computerised Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychother Psychosom.* 2012 May 11; 81(4):206-216. [Epub ahead of print].

24) Kapella M.C. et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with COPD is feasible with preliminary evidence of positive sleep and fatigue effects. *International journal of COPD.* November 2011; 11(6): 625 – 635.

25) Romero O, Sagales T, Jurado M.J. Insomnio: diagnostico, manejo y tratamiento. *Rev med univ navarra.*2005; 49 (1): 25-30.11

26) Siebern A.T, Manber R. New developments in cognitive behavioral therapy as the first-line treatment of insomnia. *Psychology research and behavior management*. 2011; 4: 21-28.

27) Kozasa EH, Hachul H, Monson C, Pinto Jr L, Garcia MC, Mello LE, Tufik S. Mid-body interventions for the treatment of insomnia: a review. *Rev Bras Priquiatr*. 2012 Dec; 32(4):437-43.

28) Payne R.A. *Técnicas de relajación: Guía práctica*. Ed Paidotribo. 1996.

29) RF Afonso. Yoga decreases insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial. *Menopause*. 2012 Feb; 19 (2):186-93.

ANEXOS

Anexo I

Preguntas clave para realizar una **historia del sueño**.

Preguntas principales	Preguntas complementarias
1. Identificación de la queja de sueño Patrones del sueño ¿Podría describir su patrón de sueño de una noche cualquiera? ¿Podría hablar sobre sus hábitos de sueño?	¿Cuánto tiempo tarda en dormirse? ¿Cuántas veces se despierta y durante cuánto tiempo? ¿Cuánto tiempo pasa durmiendo? ¿Cuántas noches a la semana le sucede esto? ¿Tiene problemas de ruido? ¿De temperatura? ¿De luz? ¿Interrupciones? ¿Cuáles son las horas de acostarse y levantarse durante los días laborables? ¿Y durante los fines de semana?
Calidad del sueño ¿Cómo percibe la calidad de su sueño?	¿Reparador? ¿Bueno, agradable? ¿Agitado, intranquilo?

Funcionamiento diurno ¿Cómo afecta el sueño nocturno a su funcionamiento diurno?	Durante el día: ¿Se encuentra cansado? ¿Somnoliento? ¿Mala concentración? ¿Irritable? Particularmente, ¿en qué momento del día? ¿En qué circunstancias, (conducción)?
2. Desarrollo del problema. ¿Recuerda cómo comenzó este problema de sueño?	¿Asociado a algún acontecimiento o evento? ¿A alguna fecha o momento? ¿Hubo algún cambio importante en su vida en esa época? ¿Ha habido variaciones desde entonces? ¿Algún factor que lo agrave o que lo mejore?
3. Historia de las quejas de sueño previas ¿Anteriormente usted solía dormir bien?	¿Cómo dormía cuando era niño? ¿Y cuando era joven? ¿Cómo eran los episodios (días, fechas, resolución)?
4. Psicopatología, historia de funcionamiento psicológico Habitualmente ¿Afronta bien los problemas?	¿Tiene algún problema psicológico? ¿Tiene problemas de ansiedad o depresión? ¿Se considera una persona con recursos? ¿Qué tipo de personalidad tiene?

Anexo II

Diario del sueño-vigilia para pacientes.

Consignas para el paciente:

- Rellenarlo todas las mañanas, en función de los recuerdos de la noche anterior.
- Rellenarlo cada noche, para informar sobre las condiciones del sueño durante el dia (por ejemplo siestas).
- Mantenerlo actualizado, sobre todo durante el periodo de observacion, para obtener una vision global de los cambios en el sueño con el paso del tiempo.

DD/MM/AA		08h	09h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h
	1													
	2													
	3													
	4													
	5													
	6													
	7													

DD/MM/AA		21h	22h	23h	24h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h
	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
	7											

Sombrear las casillas que corresponden a las horas de sueño y siesta

1. Señale en el diario la información que se indica a continuación, escribiendo la letra que corresponda:

*Hora de acostarse: **A**

*Hora de levantarse: **L**

*Hora en que se apaga la luz (oscuridad): **O**

*Despertares nocturnos: **D**

*Luz encendida: **E**

Anexo III

Leeds sleep evaluation questionnaire.

How would you describe the way you currently fall asleep in comparison to usual?

1. More difficult → Easier than usual

2. Slower than usual → More quickly than usual

3. I feel less sleepy than usual → More sleepy than usual

How would you describe the quality of your sleep compared to normal sleep?

4. More restless than usual → Calmer than usual

5. With more wakeful periods than usual → With less wakeful periods than usual

How would you describe your awakening in comparison to usual?

6. More difficult than usual → Easier than usual

7. Requires a period of time longer than usual → Shorter than usual

How do you feel when you wake up?

8. Tired → Alert

How do you feel now?

9. Tired → Alert

How would you describe your balance and co-ordination upon awakening?

10. More disrupted than usual → Less disrupted than usual

GTS: getting to sleep **QOS:** quality of sleep **AFS:** awake following sleep

BFW: behavior following wakening

Anexo IV

Indice de calidad de sueño de Pittsburgh

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? (Apunte el tiempo en minutos)

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana?

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

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:
 - a) *No poder conciliar el sueño en la primera media hora:*
 Ninguna vez en el último mes
 Menos de una vez a la semana
 Una o dos veces a la semana
 Tres o más veces a la semana

 - b) *Despertarse durante la noche o de madrugada:*
 Ninguna vez en el último mes
 Menos de una vez a la semana
 Una o dos veces a la semana
 Tres o más veces a la semana

 - c) *Tener que levantarse para ir al sanitario:*
 Ninguna vez en el último mes
 Menos de una vez a la semana
 Una o dos veces a la semana

d) *No poder respirar bien:*

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

e) *Toser o roncar ruidosamente:*

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

f) *Sentir frío:*

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

g) *Sentir demasiado calor:*

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

h) *Tener pesadillas o "malos sueños":*

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

i) *Sufrir dolores:*

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

j) *Otras razones (por favor descríbalas a continuación):*

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

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

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

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

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

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

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

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

- Ningún problema
- Un problema muy ligero
- Algo de problema
- Un gran problema

Anexo V

Escala Atenas de insomnio

Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).

0. Ningún problema.
1. Ligeramente retrasado.
2. Marcadamente retrasado.
3. Muy retrasado o no durmió en absoluto.

Despertares durante la noche.

0. Ningún problema.
1. Problema menor.
2. Problema considerable.
3. Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

0. No más temprano.
1. Un poco más temprano.
2. Marcadamente más temprano.
3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

0. Suficiente.
1. Ligeramente insuficiente.
2. Marcadamente insuficiente.
3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

0. Satisfactoria.
1. Ligeramente insatisfactoria.
2. Marcadamente insatisfactoria.
3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuida.
2. Marcadamente disminuida.
3. Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuido.
2. Marcadamente disminuido.
3. Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

0. Ninguna.
1. Leve.
2. Considerable.
3. Intensa.