

Trabajo de Final de Máster // Treball de Final de Màster

**TÍTULO / TÍTOL: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA FAVORECER LA MEJORA DE LOS HÁBITOS DE SUEÑO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE**

**Autor/a:** Irene Ariza Rey

**Director/a:** Daniel Pinazo

**Tutor/a o Supervisor/a:** Carlos Rebolleda

**Fecha de lectura / Data de lectura:** 7 octubre 2018.



**Resumen / Resum:** Uno de los problemas más frecuentes en la mayoría de personas con enfermedad mental son los trastornos del sueño, donde podemos encontrar que el 80% de las personas que padecen cualquier patología mental, sufren un deterioro, o bien en la cantidad, en la calidad de su sueño o en ambas, constituyendo un problema añadido en su capacidad para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, llegando incluso a afectar al correcto control y seguimiento de su enfermedad de base. En el desarrollo de este trabajo se propone un estudio piloto dentro de un recurso de Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad de Madrid.

Se establece un programa de intervención en el área del sueño y descanso donde las personas implicadas en dicho programa, tras una previa evaluación, serán incluidos para promover unos hábitos de higiene del sueño saludables y con ello también, una mejora de su calidad de vida. Finalmente, se volverán a administrar los instrumentos de valoración iniciales para determinar si el programa ha sido efectivo.

**Palabras clave/ Paraules clau:** Trastorno Mental Grave, Sueño, Hábitos saludables, Hábitos de sueño, Programa de intervención.

**Abstract:** One of the most frequent problems in most people with mental illness is sleep disorders, where we can find that 80% of people who suffer from any mental pathology, suffer deterioration, or in quantity, in the quality of your dream or both, constituting an added problem in your ability to perform your basic and instrumental activities of daily life, even affecting the correct control and monitoring of your underlying disease. In the development of this work a pilot study is proposed within a resource of Psychosocial Rehabilitation of the Community of Madrid.

An intervention program is established in the area of sleep and rest where the people involved in said program, after a previous evaluation, will be included to promote healthy sleep hygiene habits and with it also, an improvement in their quality of life. Finally, the initial valuation instruments will be re-administered to determine if the program has been effective.

**Keywords:** “Mental Disorder”, “Dream”, “Healthy habits”, “Sleep habits”, “Intervention program”

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	4
1.1 El sueño en general .....	4
1.2 Alteraciones del sueño que existen .....	5
1.3. Alteraciones del sueño asociados a los trastornos de Salud Mental.....	7
1.4. Tratamientos que habitualmente se emplean en problemas de sueño en Salud Mental .....	9
2. METODOLOGÍA .....	11
2.1. Información sobre el Recurso .....	11
2.2 Características del Programa .....	12
2.3. Instrumentos de valoración .....	14
3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN .....	19
3.1. Objetivos del programa .....	19
3.2. Módulo 1. Psicoeducación del sueño .....	19
3.3. Módulo 2. Estrategias para mejorar los hábitos de sueño .....	22
4. RESULTADOS ESPERADOS .....	30
5. CONCLUSIONES .....	31
6. BIBLIOGRAFÍA.....	33
7. ANEXOS.....	37

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 El sueño en general

El sueño es un estado de reposo uniforme, una conducta natural, periódica, transitoria y reversible que consume un tercio de cualquier vida humana. En contraposición con el estado de vigilia, cuando el ser está despierto, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea y respiración) y por una respuesta menor ante estímulos externos.<sup>[1]</sup>

El sueño, del latín *somnus*, da nombre a diferentes aspectos del estado del dormir, desde el acto de dormir, las ganas de dormir, y las representaciones mentales (sucesos y/o imágenes) que surgen durante el sueño.<sup>[2]</sup> Es un estado del organismo, regular, recurrente y fácilmente reversible, caracterizado por una relativa tranquilidad y por un gran aumento del umbral o de la respuesta a los estímulos externos en relación con el estado de vigilia.<sup>[3]</sup> Se considera una parte integral de la vida cotidiana, una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento.<sup>[4]</sup> Los expertos consideran que el punto óptimo de descanso para que una persona pueda gozar de mayores ventajas a nivel tanto físico, como psicológico, es dormir una media de 8,3 horas diarias, mientras que las personas con patrón de sueño largo (mayor de 9 horas) y corto (menor de 5,5 horas) tienen un mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas, tales como la disminución de capacidades cognitivas, el agotamiento o la hiperalgesia.<sup>[5]</sup>

Puede verse afectado por determinados factores como por ejemplo: edad, sexo, estrés, ansiedad, factores ambientales (ruido, luz y temperatura extrema), intervenciones quirúrgicas, presencia de dolor crónico, tipo de alimentación, sustancias como la cafeína, teína, nicotina, alcohol, etc...<sup>[6]</sup>

Se distinguen dos etapas en el periodo de sueño, denominadas fase de sueño lento o NO REM, y fase de sueño rápido o REM (*Rapid Eye Movements* o movimientos oculares rápidos).<sup>[6]</sup>

El sueño NO REM, se divide, a su vez, en cuatro fases con características distintas. Estas fases se alternan de forma cíclica mientras la persona permanece dormida (cada 90/100 minutos, aproximadamente, comienza un nuevo ciclo de sueño en el que los últimos 20 ó 30 minutos se corresponden con la fase REM).<sup>[7]</sup>

**Fase I:** es la fase de sueño ligero, en la que las personas todavía son capaces de percibir la mayoría de los estímulos (auditivos y táctiles). El sueño es poco o nada reparador. El

tono muscular disminuye en comparación con el estado de vigilia, y aparecen movimientos oculares lentos. <sup>[7]</sup>

**Fase II:** en esta fase el sistema nervioso bloquea las vías de acceso de la información sensorial, lo que origina una desconexión del entorno y facilita, por tanto, la actividad de dormir. El sueño es parcialmente reparador, por lo que no es suficiente para que el descanso sea considerado completo. Esta fase ocupa alrededor del 50% del tiempo de sueño en el adulto. El tono muscular es menor que en fase I, y desaparecen los movimientos oculares. <sup>[7]</sup>

**Fase III:** es un sueño más profundo (denominado DELTA), donde el bloqueo sensorial se intensifica. Si el individuo despierta durante esta fase, se siente confuso y desorientado. En esta fase no se sueña, se produce una disminución del 10 al 30 % en la tensión arterial y en el ritmo respiratorio, y se incrementa la producción de la hormona del crecimiento. El tono muscular es aún más reducido que en fase II, y tampoco hay movimientos oculares. <sup>[7]</sup>

**Fase IV:** es la fase de mayor profundidad del sueño, en la que la actividad cerebral es más lenta. Al igual que la fase III, es esencial para la recuperación física y, especialmente, psíquica, del organismo (déficits de fase III y IV causan somnolencia diurna). En esta fase, el tono muscular está muy reducido. No es la fase típica de los sueños, pero en ocasiones pueden aparecer, en forma de imágenes, luces, figuras... sin una línea argumental. <sup>[7]</sup>

**Fase REM:** Según Jouvett, un importante investigador del sueño, se denomina también sueño paradójico debido al contraste que supone la atonía muscular (relajación total) típica del sueño profundo, y la activación del sistema nervioso central (signo de vigilia y estado de alerta). En esta fase se presentan los sueños, en forma de narración, con un hilo argumental. La actividad eléctrica cerebral de esta fase es rápida. El tono muscular nulo (atonía muscular o parálisis). Las alteraciones más típicas de esta fase son las pesadillas, el sueño REM sin atonía y la parálisis del sueño. <sup>[7]</sup>

## 1.2 Alteraciones del sueño que existen

Se consideran trastornos del sueño todos los problemas relacionados con el descanso de la persona, estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales

durante el sueño. Al abordar los trastornos del sueño, hay que considerar tres trastornos básicos: el insomnio, la hipersomnolencia y las alteraciones episódicas del sueño.<sup>[3]</sup>

Los trastornos de sueño más importantes incluidos en *El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* son:<sup>[8]</sup>

### **Insomnio Primario**

Su síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante como mínimo 1 mes de duración. Además, esta alteración, o su fatiga diurna asociada, ha de provocar malestar clínicamente significativo o deterioro laboral o social. (Esta alteración no aparece exclusivamente en una “narcolepsia”, en un “trastorno del sueño relacionado con la respiración”, “trastorno del ritmo circadiano” o una “parasomnia”, esto es, pesadillas, terrores nocturnos o sonambulismo).<sup>[9]</sup>

### **Disomnias no especificadas**

Aquellos cuadros de insomnio o hipersomnia que tienen más que ver con:

- Factores ambientales (ruido, luz, interrupciones frecuentes)
- Deprivación de sueño
- Síndrome de piernas inquietas: malestar, hormigueo o inquietud en las piernas que aparece al acostarse y se alivia con el movimiento, dificultando así su inicio.
- Movimientos periódicos de los miembros: sacudidas de los miembros repetidas, breves y de baja amplitud, sobre todo de las piernas. Aparecen al inicio del sueño cada 20-60 segundos.<sup>[9]</sup>

### **Hipersomnia primaria o somnolencia excesiva (Narcolepsia)**

- Es decir, ataques de sueño reparador que aparecen diariamente durante, por lo menos, 3 meses. Existe una pérdida del tono muscular y/o intrusiones recurrentes de fases de sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia.<sup>[9]</sup>

## **Trastorno del ritmo circadiano**

Existe un patrón de sueño alterado en el que hay una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia y las exigencias de nuestro medio. Existen 4 subtipos: tipo sueño retrasado (acostarse y despertarse tarde), tipo Jet Lag (somnolencia y estado de alerta presentes en momentos del día inadecuados que aparece después de viajes repetidos trasmeridionales), los relativos a “cambios de turno de trabajo” y los de tipo “no especificado”).<sup>[9]</sup>

Además de estos trastornos, también existen las parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo y parasomnia no especificada), Trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental, Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias, etc...<sup>[9]</sup>

### **1.3. Alteraciones del sueño asociados a los trastornos de Salud Mental**

Es bien conocida la existencia de patología relacionada con la enfermedad mental, siendo uno de los problemas más frecuentes los trastornos del sueño, donde podemos encontrar que el 80% de las personas que padecen cualquier patología mental, sufren un deterioro, o bien en la cantidad, en la calidad de su sueño o en ambas. Esto constituye un problema añadido en su capacidad para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, llegando incluso a afectar al correcto control y seguimiento de su enfermedad de base.<sup>[10]</sup>

Con frecuencia, las alteraciones del sueño se detectan en la mayoría de los pacientes con trastornos mentales y, a su vez, los trastornos psiquiátricos tienden a ser comunes en pacientes con alteraciones del sueño. Aproximadamente el 40% de las personas que se quejan de insomnio y el 46,5% de quienes lo hacen por excesiva somnolencia diurna presentan alguna enfermedad psiquiátrica.<sup>[11]</sup> En los trastornos de ansiedad, el 23,9% de los pacientes refieren insomnio, y el 27,6%, excesiva somnolencia diurna.<sup>[12]</sup> Se ha podido calcular que de 100 personas que acuden a un hospital especializado en sueño, dos tercios de ellas presentan alguna alteración psiquiátrica, y de estas la mitad sufre de un trastorno afectivo.<sup>[13]</sup> Por otro lado, de 100 pacientes que en un hospital general son derivados a consulta de psiquiatría o a quienes

se les solicita una interconsulta por ese servicio, aproximadamente, el 72% padece de insomnio.<sup>[14]</sup>

Estos datos dan una idea de lo relacionados que se encuentran los trastornos del sueño y los trastornos psiquiátricos. En *el Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM-IV-TR)*, las alteraciones del sueño se pueden encontrar como un criterio diagnóstico o como un síntoma involucrado en el diagnóstico, en las siguientes patologías: Episodio depresivo mayor, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por uso de sustancias y Trastorno de pánico (asociado).<sup>[15]</sup>

En común, las personas con esquizofrenia experimentan insomnio, les cuesta conciliar el sueño o mantenerlo y presentan un sueño de mala calidad o una disminución en el tiempo total del mismo, que suele coincidir con los síntomas prodrómicos o de probable comienzo de un episodio agudo, manteniéndose esta dificultad en ocasiones en la fase estable.<sup>[16]</sup> En relación con el tratamiento del insomnio, los expertos consideran que debe de ser en primer lugar etiológico, tratando la causa que lo origina. En segundo lugar, se aplicarían las medidas no farmacológicas, centradas en mejorar la higiene del sueño. Y por último, si lo anterior no ha sido suficiente, recomiendan recurrir al tratamiento farmacológico basado en el uso de benzodiazepinas.<sup>[17]</sup>

Las alteraciones del sueño constituyen, por tanto, un problema muy significativo en personas con esquizofrenia: aproximadamente el 80% de los pacientes que la padecen se quejan principalmente de un deterioro en el patrón del descanso, ya sea, en la cantidad, como en la calidad de su sueño.<sup>[18]</sup> Estas alteraciones en estas personas conllevan importantes consecuencias que esto supone en relación no solo al rendimiento personal, laboral o social, sino en la influencia que en el desencadenamiento de recaídas tiene en estos últimos. En la mayoría de las ocasiones los trastornos del sueño forman parte de la sintomatología de los trastornos mentales, principalmente en los trastornos de ansiedad, llegando a presentarse hasta en un 60 % de los casos.<sup>[19]</sup>

#### 1.4. Tratamientos que habitualmente se emplean en problemas de sueño en Salud Mental

Las principales técnicas de tratamiento utilizadas se basan en una formulación individual de factores desencadenantes y de mantenimiento. Esas técnicas son: garantizar que haya un entorno adecuado, control de estímulos, establecer ritmos regulares (hora de acostarse, hora de levantarse y comidas), relajación, estabilización del ritmo circadiano y aumentar la actividad diurna. La intervención se simplifica deliberadamente, siendo la principal técnica terapéutica el control del estímulo: aprender a asociar la cama con el sueño. <sup>[20]</sup>

Para mejorar el sueño hay que facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia, que incorpora a su vez, diferentes actividades y propuestas de intervención, entre otras cabe destacar: <sup>[21]</sup>

- Animar al usuario a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama.
- Informar al usuario acerca de los factores que contribuyan a trastornar el esquema de sueño.
- Comentar con el usuario técnicas para favorecer el sueño.
- Enseñar al usuario a controlar las pautas de sueño.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del usuario en el patrón de sueño.

El tratamiento debe ser individualizado y se debe realizar un diagnóstico y tratamiento específicos de la enfermedad subyacente si existe. Antes de iniciarse un tratamiento farmacológico deben iniciarse una serie de medidas que podemos definir como «higiene del sueño». En muchas ocasiones estas medidas son suficientes para conseguir solucionar el problema y las mejoras obtenidas respecto al sueño se mantienen con el tiempo, a diferencia del resultado obtenido con el tratamiento farmacológico, que pierde eficacia con el uso prolongado. <sup>[22]</sup>

- En cuanto a la higiene del sueño, las recomendaciones útiles son: <sup>[22]</sup>
- Acostarse siempre a la misma hora.
- No permanecer en la cama más de 8 horas.
- Mantener la habitación en las mejores condiciones posibles (cama confortable, pijama adecuado, temperatura idónea).

- Mantener la habitación a oscuras y sin ruidos.
- Separar la hora de acostarse de la de la cena y evitar cenas pesadas.
- Si precisa levantarse muchas veces por la noche para orinar, restringir los líquidos antes de acostarse.
- Evitar sustancias estimulantes como alcohol, tabaco, café, etc.
- Evitar estímulos mentales: preocupaciones, discusiones sobre problemas familiares, económicos, etc.
- No utilizar el dormitorio como cuarto de trabajo ni de televisión.
- Ayudarse si es preciso con medidas relajantes como lecturas intrascendentes.
- Evitar las siestas durante el día.
- Realizar ejercicio físico durante el día, pero no antes de acostarse.
- Evitar la utilización de hipnóticos sin una prescripción médica.
- Si no concilia el sueño en 30 minutos, levantarse y entretenerse con una actividad tranquila.<sup>[22]</sup>

Por lo tanto, tras exponer anteriormente que el abordaje de los trastornos del sueño en población de Salud Mental es de fundamental importancia, se va a presentar el diseño de una intervención de estas características para esta población.

## 2. METODOLOGÍA

El programa que se presenta a continuación, se dirige a una población de personas con edades comprendidas entre 18 años y 65 años, diagnosticadas de algún trastorno mental grave y duradero, que presentan un deterioro significativo en su nivel de funcionamiento psicosocial y que asisten a recursos de rehabilitación psicosocial tanto residenciales como diurnos, a través del programa de Continuidad de Cuidados de los servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Se compone de diferentes técnicas, estrategias y conocimientos que se pondrán a la disposición de un grupo de usuarios para conseguir el propósito inicial del programa de mejora de hábitos de sueño.

### 2.1. Información sobre el Recurso

El objetivo es instaurar este programa en centros o unidades de rehabilitación psicosocial que atienden a personas que sufren algún tipo de patología de origen mental. Concretamente, este programa se aplicará en un Centro de Día perteneciente a la red de recursos de atención psicosocial de la Comunidad de Madrid.

Los objetivos de este Centro de Día son:

- Ofrecer apoyo y soporte social que favorezca el mantenimiento en la comunidad de dichas personas.
- Estructuración de la vida cotidiana y rutinas del usuario.
- Desarrollo y potenciación de habilidades sociales básicas.
- Mantener o conseguir un nivel adecuado de autocuidados.
- Incremento de las redes sociales.
- Fomentar las actividades de ocio y tiempo libre.
- Promoción de la autonomía y de la calidad de vida.

## 2.2 Características del Programa

Con respecto al tamaño del grupo, es recomendable que el número de usuarios no sea superior a ocho. De esta manera, se podrá tener una mayor capacidad de observación, atención individualizada y un seguimiento de las instrucciones de la actividad por todos los integrantes del grupo. Este aspecto favorecerá la cohesión del grupo, así como, la creación de vínculos de confianza que faciliten el desarrollo de las actividades.

Los grupos serán dirigidos por un terapeuta ocupacional. El profesional siempre será el mismo, es decir, el mismo terapeuta ocupacional será el que imparta los grupos durante todo el transcurso del programa, no solo para afianzar la relación terapéutica sino también para poder comprobar el desarrollo y evolución de los participantes. La participación de los usuarios será voluntaria. El profesional, por su parte, debe corroborar que la persona está preparada para este tipo de intervención. Los usuarios que formen parte del programa de sueño deberán realizar todas las actividades de forma semanal, valorándose así su funcionamiento en los hábitos de sueño.

Durante el programa, el terapeuta ocupacional se encargará del desarrollo de las sesiones, explicando las diferentes partes de la actividad y pautas para su desarrollo. Además, ofrecerá apoyo, ayudará a identificar factores que influyen en el sueño de manera negativa y será el encargado de motivar a los participantes a implementar las estrategias para la mejora del sueño una vez se haya completado el programa.

El programa tendrá una duración variable, teniendo en cuenta los aspectos y habilidades a trabajar. Sin embargo, el periodo medio que se establece es de tres meses, durante los cuales se procederá al desarrollo de los dos módulos.

Las sesiones, en cuanto a franja horaria, tendrán cierta flexibilidad debido a cambios de espacio o uso de transporte (autobús) que utilicen algunas de las personas participantes del programa, ya que en sus localidades el transporte público es escaso y las combinaciones de transporte tienen muy poca frecuencia.

En cuanto a la frecuencia del programa, será de carácter semanal. Todas las sesiones están planificadas para que duren una hora, si bien, en ocasiones se prolongarán unos 15 minutos más. El programa se debería iniciar en octubre, con las sesiones que se han programado y las actividades tal y como se exponen en los anexos.

Para facilitar esta selección, se realizan los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

***Criterios de Inclusión:***

- Personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) y Duradero.
- Presencia de alteraciones en el sueño.
- Estabilidad sintomática del TMG.
- Funcionamiento cognitivo conservado.
- Vinculación positiva a cualquier recurso de la red externa de salud mental.
- Mayores de 18 años.
- Aceptación y desarrollo del compromiso terapéutico (voluntariedad).

***Criterios de exclusión:***

- Hábitos de sueño correctos.
- Inestabilidad sintomática.
- Alteraciones cognitivas significativas.
- Consumo de tóxicos.
- Otras alteraciones de la conducta o intelectuales.

En relación con los contenidos del programa, este constará de 2 módulos. El Módulo 1 será sobre psicoeducación del sueño, y estará formado por 3 sesiones (*El sueño y sus fases, Alteraciones del sueño y Factores que influyen en el sueño*). El Módulo 2 será sobre estrategias para mejorar los hábitos del sueño y estará formado por 6 sesiones (*Técnicas de relajación, técnicas de estiramiento, Consumo de sustancias, Condiciones en las que se va a ir a dormir, “Un ritual antes de acostarse” y Cambios realizados en el sueño*).

Además de estas sesiones, se hará una sesión inicial al empezar el programa dónde se aplicarán los instrumentos de evaluación (PRE) a los usuarios y otra sesión final (POST) en la cual se volverán a realizar esas mismas evaluaciones para medir si el programa ha tenido mejora significativa en los hábitos y la calidad de sueño de los participantes.

### 2.3. Instrumentos de valoración

➤ **ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LAS DIMENSIONES DE LA VIDA (QOL). SATISFACTION WITH LIFE DOMAIN SCALE (SLDS). (ANEXO 1)**

Es un cuestionario que fue diseñado por Baker e Intagliata para evaluar la satisfacción subjetiva con la vida en cuatro áreas: seguridad, pertenencia, estimulación y realización.<sup>[22]</sup>

La persona debe evaluar su satisfacción actual en diversos aspectos de su vida recogidos en 15 ítems, que son: casa, vecinos, alimentación, vestido, salud, personas con las que se convive, amistades, familia, relación con otras personas, actividad diaria, tiempo libre, ocio, servicios e instalaciones en el área/ barrio, situación económica y lugar de residencia en comparación con el hospital.<sup>[23]</sup>

Para su puntuación se emplea una escala analógica visual de 7 puntos con caras que varían desde la máxima satisfacción (sonrisa amplia) a la máxima insatisfacción (ceño fruncido).<sup>[24]</sup> Se trata de un cuestionario autoaplicado, ya que contesta el propio usuario a las preguntas.<sup>[23]</sup>

En cuanto a los valores psicométricos, con respecto a la medida de consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.8396. El coeficiente de correlación intraclase oscilaba entre 0.51 y 0.90. Con respecto a la validez divergente, la SLDS sólo obtuvo una correlación con la PANSS general y con la escala de Strauss y Carperter ( $r=0.2$ ).<sup>[23]</sup>

En población española fue traducida y validada por Bobes et al.<sup>[26]</sup> Este cuestionario se adaptó para su utilización en los recursos de rehabilitación por Muñoz et al.<sup>[26]</sup> Se hizo una modificación que se utiliza en los centros de rehabilitación psicosocial, con la ayuda y supervisión de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), que será la escala que se utilizará en este programa de intervención (Anexo 1). Consta de 26 ítems y para su puntuación también se emplea una escala analógica visual de 7 puntos con caras que varían desde la máxima satisfacción (sonrisa amplia) a la máxima insatisfacción (ceño fruncido). Evalúa la satisfacción con diferentes áreas de la vida del usuario.<sup>[26]</sup>

## ➤ CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO (COS) (ANEXO 2)

En 1.998, Bobes et al., tomando como modelo las directrices marcadas por las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV, sobre los trastornos del sueño, diseñaron el Cuestionario Oviedo del Sueño (COS).

El Cuestionario Oviedo de Sueño (COS) es una entrevista semiestructurada breve que permite realizar una historia clínica exhaustiva sobre el ritmo sueño-vigilia del paciente. Se trata de un cuestionario heteroaplicado para el diagnóstico de los trastornos del sueño tipo insomnio e hipersomnio según los criterios del DSM IV y de la CIE-10. (Debido a su sencillez, los autores sostienen que se puede aplicar también autoadministrado).<sup>[27]</sup>

Está formado por 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en subescalas diagnósticas: satisfacción subjetiva del sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems) e hipersomnio (3 ítems).

La subescala de insomnio explora, además, varias dimensiones (latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna) y proporciona información sobre la gravedad del mismo. Los dos ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda de cualquier tipo para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño (parasomnias, ronquidos). La puntuación de la subescala de satisfacción subjetiva del sueño oscila entre 1 y 7 puntos. La puntuación de la subescala de insomnio oscila entre 9 y 45 puntos. La puntuación de la subescala del hipersomnio oscila entre 3 y 15 puntos.

Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert (el primer ítem con 7 opciones de respuesta y el resto 5), una respuesta de 5 (7 en el ítem 1) indica el mayor deterioro y una de 1 el menor.<sup>[27]</sup>

En el trabajo de Bobes et al se aplicó el cuestionario a 1.253 pacientes mayores de 18 años de todo el territorio español, con diagnóstico de depresión mayor, los pacientes se distribuyeron en tres grupos según la puntuación obtenida tras aplicarles la escala de Hamilton de depresión: el 13.9% puntuaron entre 8 y 17 (depresión menor); el 68.4% puntuaron entre 18 y 29 (depresión mayor); y el 17.7% puntuaron entre 30 y 52 (más que depresión mayor).<sup>[27]</sup>

En cuanto a las propiedades psicométricas del estudio, respecto a la fiabilidad, el coeficiente alfa de Cronbach que se obtuvo fue del 0.76. En cuanto a la Validez, el instrumento mostró una adecuada validez concurrente al compararlo con la escala de

Hamilton (r de Pearson de 0.78). En el trabajo no se ofrecen datos de validez discriminativa ni descriptiva. [27]

Por otro lado, García-Portilla realizó un estudio cuyo objetivo era determinar la fiabilidad y la validez del COS en los pacientes con trastorno mental grave: esquizofrenia y trastorno bipolar. [28]

En pacientes con trastorno mental grave la fiabilidad de los ítems que compone cada factor del COS se estima mediante el alfa de Cronbach para datos ordinales. La fiabilidad test-retest de la puntuación dimensional de gravedad del insomnio se calculó mediante el coeficiente de Pearson entre la puntuación dimensional de gravedad del insomnio basal. [28]

Para determinar la validez convergente se utilizaron correlaciones de Pearson entre la puntuación en la escala COS-GI y las puntuaciones en la escala ICG-GTS y en los ítems 3 del MES y 5 de la MAS. Para la validez discriminante se utilizó la prueba ANOVA de un factor con el estadístico de Tukey como prueba post hoc. [28]

En cuanto a la Consistencia interna para los ítems que componen la escala insomnio fue 0,91, mientras que para los de la escala hipersomnio fue 0,88. El nivel de consistencia interna para el COS total fue 0,90. Todos los índices de discriminación para los 12 ítems del COS incluidos en el análisis fueron  $> 0,39$ . En cuanto a la fiabilidad test-retest, el coeficiente de Pearson fue de 0,87 ( $n = 76$ ;  $p < 0,001$ ). [28]

En cuanto a la validez convergente y discriminante, las correlaciones entre la puntuación en la escala COS-GI y las puntuaciones en la escala ICG-GTS y en los ítems 3 de la MES y 5 de la MAS fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Los coeficientes de correlación de Pearson fueron: 0,630 con la ICG-GTS, 0,632 con el ítem 3 de la MES y 0,619 con el ítem 5 de la MAS. [28]

Hasta la fecha, el COS se validó en pacientes con trastornos depresivos, y en el artículo de García- Portilla M. et al. *Rendimiento psicométrico del Cuestionario Oviedo de Sueño en pacientes con trastorno mental grave* se presentan los datos de la validación en pacientes con trastorno mental grave, esquizofrenia y trastorno bipolar. Estos resultados indican que el COS es un instrumento válido y fiable y que, por lo tanto, puede ser una medida útil del ritmo sueño-vigilia para los pacientes con trastorno mental grave. [28]

### ➤ ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL. SOCIAL FUNCTIONING SCALE (SFS) (ANEXO 3)

La Escala de Funcionamiento Social -SFS- es una escala desarrollada por Birchwood et al, diseñada específicamente para la evaluación del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia aunque puede ser aplicada a personas con otros trastornos, si bien es cierto que fundamentalmente psicóticos. [29]

Consiste en 78 ítems donde se miden siete subescalas: aislamiento, comportamiento interpersonal, actividades prosociales, tiempo libre, independencia-competencia, independencia-ejecución y empleo-ocupación. [29]

Existen dos versiones de la SFS: [29]

- Heteroinformada -SFS-HI: cumplimentada por un informante clave, normalmente un familiar o persona que mantenga un contacto diario con el/la usuario/a
- Autoinformada -SFS-AI: cumplimentada por el/la propio/a usuario/a.

El estudio de la escala original ha proporcionado un fuerte apoyo para fiabilidad y validez de la SFS. En términos de confiabilidad, el SFS en sí da lugar a un error de medición mínimo como lo demuestran las altas confiabilidades internas (coeficiente alfa) y que tanto los informantes como pacientes concurren en sus observaciones. Respecto a validez, los grupos de criterios fueron fuertemente puntuados diferenciados y SFS correlacionados con la presencia de síntomas negativos (0,44) y positivos (0,46). [30]

Cada escala tiene una validez aparente abrumadora: la recreación escala preguntas sobre re común creaciones las consultas de escala de independencia sobre el habilidad / oportunidad para realizar habilidades de la vida diaria; la consultas de escala de participación social / retirada sobre evasión social, etc. Las escalas en sí mismas son detalladas y se muestran ampliamente dentro de cada característica. [30]

Está traducida y validada en población española por Torres y Olivares. Esta versión presenta coeficientes alfas elevados (entre 0,69 y 0,80) en cada subescala por lo que es un instrumento válido, fiable y sensible. [31]

Las correlaciones ítem-totales muestran una mayor consistencia interna que en la validación de la versión original en inglés del SFS. El análisis factorial sugiere que podría ser apropiado usar un puntaje promedio de cada subescala para hacer un puntaje total. El análisis discriminante diferencia entre pacientes y controles de una manera estadísticamente significativa. Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados y su uso clínico, se llevó a cabo una conversión de las puntuaciones directas en las estandarizadas.<sup>[31]</sup>

### 3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

A continuación, se van a exponer los dos módulos del programa de intervención (psicoeducación del sueño y estrategias para mejorar los hábitos de sueño), dentro de los cuales habrá sesiones que se realizarán dentro del Centro de Día.

#### 3.1. Objetivos del programa

**-OBJETIVO GENERAL:** Promover unos hábitos de higiene del sueño saludables en personas con Trastorno Mental Grave que tienen alteraciones del sueño para la mejora de su calidad de vida.

**-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ❖ Favorecer, la modificación y mejora de los hábitos de sueño en personas con TMG
- ❖ Incrementar conocimientos sobre el sueño y fomentar una actitud positiva y una motivación al cambio
- ❖ Conocer una óptima higiene del sueño y poner en práctica hábitos para mejorar la calidad de sueño.

#### 3.2. Módulo 1. Psicoeducación del sueño

**- Objetivo general:**

- ❖ Incrementar conocimientos y fomento de una actitud positiva y una motivación al cambio.

**- Objetivo específico:**

- ❖ Conocer la definición del sueño y sus diferentes fases.
- ❖ Conocer las distintas alteraciones del sueño en personas con TMG.
- ❖ Conocer hábitos y conductas que ejercen efectos negativos sobre la etapa del sueño.

### PRIMERA SESIÓN

#### *El sueño y sus fases*

**Objetivo general:**

- ❖ Conocer la definición del sueño y sus diferentes fases.

### **Objetivos específicos:**

- ❖ Conocer las características del sueño fisiológico.
- ❖ Identificar la calidad de su sueño.
- ❖ Conocer cuánto tiempo de sueño es necesario para el día a día.

**Desarrollo de la sesión:** La sesión empieza con una primera ronda donde se le pregunta a los usuarios qué creen que es el sueño, y como consideran que duermen en su vida diaria. Se les explica a los usuarios una definición de sueño y descanso, cuánto tiempo de sueño se necesita, sus diferentes fases y la función que tiene cada fase del sueño.

**Tareas acordadas:** Se les explica a los usuarios que cada semana deberán rellenar un auto-registro específico de cada sesión y traerlo en la siguiente sesión, y aparte también habrá un registro general en el que semana a semana los usuarios puedan ir registrando cómo ha sido su sueño a lo largo de la misma y luego eso será compartido, junto a los específicos al inicio de cada sesión. **(ANEXO 4)**

Se les indica a los usuarios que realicen un auto-registro diario que deberán rellenar en la media hora siguiente a levantarse sobre: *la hora a la que apago la luz anoche, hora a la que se ha despertado hoy, cuantas veces se ha levantado anoche y valoración del 1 al 10 de si ha dormido bien.* Se les da la indicación de que deberán traer el auto-registro en la próxima sesión del programa. **(ANEXO 5)**

## **SEGUNDA SESIÓN**

### *Alteraciones del sueño*

#### **Objetivo general:**

- ❖ Conocer las distintas alteraciones del sueño en personas con TMG.

#### **Objetivo específico:**

- ❖ Identificar las diferentes alteraciones de sueño en cada participante.

**Desarrollo de la sesión:** En primer lugar, al inicio de la sesión, se repasarán los auto-registros de la anterior sesión y se comentará brevemente lo que ha escrito cada uno y se

valorará su respuesta y las horas de sueño diarias que duerme cada uno. Se les explicará a los usuarios los diferentes de trastornos del sueño, como el insomnio primario, disomnina no especificada, hipersomnina primaria o somnolencia excesiva (Narcolepsia) y trastorno del ritmo circadiano.

**Tareas acordadas:** Se acuerda con los usuarios como tarea para la semana un auto-registro donde tendrán que observar su sueño durante una semana todos los días y responder a 4 preguntas sobre su sueño. Deberán cumplimentar el auto-registro cada mañana, después de desayunar. Se les da la indicación de que deberán traer el auto-registro en la próxima sesión del programa. (ANEXO 6)

## TERCERA SESIÓN

### *Factores que influyen en el sueño*

#### **Objetivo general:**

- ❖ Conocer hábitos y conductas que ejercen efectos negativos sobre las etapas del sueño.

#### **Objetivos específicos:**

- ❖ Conocer los factores favorecedores e inhibidores del sueño.
- ❖ Protegerse contra los factores perjudiciales para el sueño.
- ❖ Aprender a detectar estos factores para implementar modificaciones en su vida cotidiana.

**Desarrollo de la sesión:** En primer lugar, se comenta de forma breve la tarea que se acordó con los usuarios en la anterior sesión y la valoración de cada uno sobre su auto-registro. Después se les explica a los usuarios que ciertos factores como la inactividad diurna, el ambiente inadecuado, la ansiedad, estilos de vida y su entorno físico, la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de sustancias (alcohol y estimulantes), además de la luz, el ruido y la temperatura interfieren frecuentemente en el sueño.

**Tareas acordadas:** Se les indica a los usuarios que rellenen para la próxima sesión un auto-registro sobre los factores que alteran su sueño que se les facilita al finalizar dicha sesión. Con esta tarea se intentará descubrir y concienciar a los usuarios que situaciones/actividades de las que pueden ocurrirle a diario se relacionan con su dificultad para dormir bien. Se les indica que deben marcar con una cruz cada día de la semana, en la casilla SI o NO si realizó o le ocurrió el día anterior alguna de las situaciones o actividades que aparecen a la izquierda. Se les da la indicación de que deberán traer el auto-registro en la próxima sesión del programa. (ANEXO 7)

### 3.3. Módulo 2. Estrategias para mejorar los hábitos de sueño

- **Objetivo general:**

- ❖ Conocer una óptima higiene del sueño y poner en práctica hábitos para mejorar la calidad de sueño.

- **Objetivos específicos:**

- ❖ Implementar técnicas de relajación muscular breve para realizar antes de dormir.
- ❖ Implementar técnicas de estiramiento en la vida diaria de la persona para mejorar su sueño.
- ❖ Concienciar sobre los efectos negativos que producen algunas sustancias estimulantes en la calidad de su sueño.
- ❖ Mejorar las condiciones del entorno físico en las que la persona se va a ir a dormir para fomentar la calidad de sueño.
- ❖ Establecer una rutina de sueño a realizar poco antes de acostarse hasta establecer un hábito.
- ❖ Que los participantes sean capaces de identificar y sean conscientes de los cambios producidos en su sueño después de todas las sesiones.

## PRIMERA SESIÓN

### *Técnicas de relajación*

**Objetivo general:**

- ❖ Implementar técnicas de relajación muscular breve para realizar antes de dormir.

### **Objetivos específicos:**

- ❖ Experimentar la relajación como un recurso efectivo y sencillo para reducir la ansiedad y el estrés.
- ❖ Ayudar a relajar el cuerpo por grupos musculares de forma diferenciada.

**Desarrollo de la sesión:** Al comenzar la sesión, se comentará el ejercicio que se propuso en la anterior sesión y se les preguntará a los usuarios si han descubierto qué actividades o situaciones les dificultan sus hábitos de sueño. Después se les iniciará en el nuevo módulo, explicándoles que en las próximas cinco sesiones se hablará sobre posibles estrategias para que puedan tener unos hábitos de sueño más saludables y por lo tanto, mejorar su calidad de vida. Se les explicarán técnicas de relajación, compuestas por una serie de ejercicios que se detallarán a continuación, en los cuáles tienen que dejarse llevar según los lleva a cabo, para que su cuerpo se relaje. No deben de intentar ni buscar de forma activa la relajación.

La relajación muscular breve consistirá en los siguientes pasos:

1. Cerrar y apretar las manos, notar la tensión (4 seg.). Abrir y soltar poco a poco (6 seg.). Sentir como se pierde lentamente la tensión.
2. Doblar los brazos y notar la tensión (2 seg). Soltarlos lentamente y concentrarse en la diferencia entre tensión y relajación (6 seg).
3. Subir las cejas y arrugar la frente. Notar la tensión (4 seg.). Soltar y relajar, concentrarse en la sensación de relajación (6 seg).
4. Apretar labios y dientes simultáneamente (2 seg). Soltar y relajarlos (6 seg).
5. Respirar lentamente notando cada inspiración (3 seg) y expiración (4 seg).
6. Levantar las piernas hacia delante (2 seg). Soltar y bajarlas (4 seg).
7. Levantar los brazos y las piernas a la vez. Mantener las tensiones y contar hasta 3. Soltar y relajarse.
8. Respirar lentamente y sentir la desaparición de las tensiones haciendo un recorrido mental por: dedos de las manos, manos, brazos, cara, estómago, espalda, piernas y pies.

**Tareas acordadas:** Se pacta con el usuario hacer estos ejercicios de relajación al menos 5 veces a la semana. Deberán escribir en un auto-registro cuantas noches a lo largo de la semana han realizado la relajación (con una cruz) (**ANEXO 8**)

## SEGUNDA SESIÓN

### *Técnicas de estiramientos*

#### **Objetivo general:**

- ❖ Implementar técnicas de estiramiento en la vida diaria de la persona para mejorar su sueño.

#### **Objetivos específicos:**

- ❖ Aumentar la movilidad de todas las partes del cuerpo.
- ❖ Crear rutinas para restablecer el ritmo circadiano.
- ❖ Disminuir la tensión muscular.

**Desarrollo de la sesión:** Al comenzar la sesión, se comentará el ejercicio que se propuso en la anterior sesión sobre la relajación y se les preguntará a los usuarios si después de realizar estos ejercicios, han podido mejorar su sueño. En esta sesión, se les explicarán unas técnicas de estiramientos, compuestos por una serie de ejercicios que se detallarán a continuación.

Se les dará la indicación de que las primeras noches realicen todos los ejercicios, después seleccionen aquellos que reporten mayores beneficios, los podrán aplicar antes de acostarse o si no consiguen dormir (levantándose para realizarlas sin encender la luz). También se les indica que pueden adaptar todos los ejercicios a su estado de salud/físico: problemas de cervicales, mareos, inestabilidad, etc.

Los ejercicios a seguir para los estiramientos serán:

1. Balancearse como una muñeca de trapo.
2. Giros de cabeza.
3. Oscilación de la cabeza.
4. Elevación de la cabeza.
5. Estiramiento completo del cuerpo.

6. Estiramiento del torso.
7. Estiramiento de los hombros.
8. Dese a sí mismo un masaje en la cabeza.
9. Estiramiento de espalda.

**Tareas acordadas:** Se pacta con el usuario realizar estos ejercicios de estiramientos durante una semana. Deberán escribir en un auto-registro cuantas noches a lo largo de la semana han realizado los estiramientos (con una cruz) (**ANEXO 9**)

## **TERCERA SESIÓN**

### *Consumo de sustancias*

#### **Objetivo general:**

- ❖ Concienciar de los efectos negativos que producen algunas sustancias estimulantes en la calidad de su sueño.

#### **Objetivos específicos:**

- ❖ Eliminar o disminuir el consumo de sustancias y estimulantes como alcohol, nicotina y cafeína.

**Desarrollo de la sesión:** Para comenzar la sesión, se hace una ronda de preguntas para comprobar el grado de implantación en la vida de los usuarios de los ejercicios de estiramientos que explicamos en la anterior sesión, según lo que hayan apuntado en el auto-registro que se les mandó. A continuación, se intenta concienciar a los usuarios (sobre todo en horas cercanas a dormir) de lo perjudicial que es el consumo de sustancias como la cafeína (cafés, coca-cola, té), la nicotina (tabaco) y el alcohol para llegar a tener una buena calidad del sueño. También haremos hincapié en cómo el consumo de estas sustancias pueden alterar gravemente la calidad del sueño, sobre todo si las ingerimos en las últimas horas antes de dormir. Por ejemplo: el alcohol incrementará la urgencia urinaria provocando despertares y provocando que nos levantemos al baño (rompiendo así el estado de relajación en que nos encontrábamos y dificultando el volver a conciliar el sueño).

**Tareas acordadas:** Se acuerda como tarea para esta semana que completen un auto-registro sobre el consumo diario de sustancias que perjudican la calidad del sueño. Deben marcar con una cruz si consumen a lo largo del día alguna de las sustancias mencionadas. Sí es así, en la última casilla deberán escribir cómo han dormido durante la noche. Se les da la indicación de que deberán traer el auto-registro en la próxima sesión del programa. (ANEXO 10)

## CUARTA SESIÓN

### *Condiciones en las que se va a ir a dormir*

#### **Objetivo general:**

- ❖ Mejorar las condiciones del entorno físico en las que el usuario se va a ir a dormir para fomentar la calidad de sueño.

#### **Objetivos específicos**

- ❖ Que el usuario disponga de un entorno apropiado para dormir, creando un ambiente adecuado.

**Desarrollo de la sesión:** En primer lugar, se hablará sobre la tarea que se propuso en la anterior sesión para saber que sustancias han registrado que consumen y que les pueden perjudicar en la calidad de su sueño. Al terminar de hablar de esto, se les proporciona a los participantes diferentes condiciones que deben implantar antes de irse a dormir para mejorar su sueño. Estas condiciones son:

- Evitar ir a la cama con hambre o sed, o después de comer o beber demasiado. El estómago lleno es incómodo, el hambre o la sed le impedirán conciliar el sueño, y la vejiga llena lo puede despertar.
- Acostarse en un colchón firme y con una almohada cómoda. Algunas personas pueden requerir varias almohadas para dormir semi-sentados.
- El dormitorio deberá estar oscuro, en silencio, y contar con una temperatura adecuada.
- Bañarse con agua caliente un par de horas antes de acostarse puede ayudar a relajarse.

**Tareas acordadas:** Se les indica que escriban en una hoja qué condiciones de las que hemos hablado en la sesión han aplicado en su rutina de sueño durante una semana. Se les da la indicación de que traigan esa hoja en la próxima sesión del programa.

## QUINTA SESIÓN

### *“Un ritual antes de acostarse” (PARTE 1)*

#### **Objetivo general:**

- ❖ Establecer ritmos regulares todos los días (hora de acostarse y hora de levantarse) hasta conseguir un hábito.

#### **Objetivos específicos:**

- ❖ Crear un pequeño ritual de actividades repetido siempre antes de ir a acostarse.
- ❖ Aumentar la actividad diurna.
- ❖ Evitar dormir siestas.
- ❖ Concienciar de las mejoras que pueden hacer en su vida diaria para tener mejor calidad de sueño.

**Desarrollo de la sesión:** En primer lugar, se repasarán las condiciones vistas en la anterior sesión que cada uno ha ido aplicando esta semana en relación a su sueño y descanso. Luego se les explica a los usuarios una serie de rutinas/hábitos que seguir para poder dormir mejor, como:

- “Procura levantarte y acostarte a la misma hora todos los días hasta crear un hábito y realiza un pequeño ritual siempre repetido. Por ejemplo: ponte el pijama, lávate los dientes, bebe un vaso de agua y acuéstate. Debes repetir siempre la misma secuencia de actos, así conseguirás programar tu cerebro para el sueño.”
- “En caso de realizar siesta, ésta debe ser corta (15-20 minutos), en un sillón o sofá y nunca en la cama.”
- “Debes evitar el ejercicio físico seis horas antes de acostarte. El ejercicio realizado por la mañana no afecta al sueño nocturno, pero si lo llevas a cabo cerca de la hora de

acostarte es posible que este provoque alteraciones en el sueño. Por otra parte, el ejercicio irregular, una actividad física limitada y llevar una vida muy sedentaria puede llevarte a padecer insomnio.”

**Tareas acordadas:** Se acuerda con los usuarios que realicen un auto-registro sobre las mejoras en el sueño que han tenido en esta semana, relacionadas con las rutinas/hábitos vistos en la sesión, así se verá si lo han implementado en su vida diaria. (ANEXO 11)

## SEXTA SESIÓN

*“Un ritual antes de acostarse” (PARTE 2)*

### **Objetivo general:**

- ❖ Establecer una rutina de sueño a realizar poco antes de acostarse hasta establecer un hábito que mejore la calidad del sueño.

### **Objetivos específicos:**

- ❖ Establecer actividades para hacer en el caso de estar en la cama y no poder dormir.
- ❖ Concienciar de las mejoras que pueden hacer en su vida diaria para tener una mejor calidad de sueño.
- ❖ Utilizar solo la cama para realizar la actividad de dormir.

**Desarrollo de la sesión:** Continuando con lo que se vió en la anterior sesión, se les seguirá explicando a los usuarios una serie de rutinas/hábitos que seguir para poder dormir mejor:

- “Escribe las cosas que tengas pendientes. No los intentes planear en tu cama, ya que el pensar en ellos te impedirá dormir. Escribirlos te permitirá recordarlos al día siguiente para hacer esas cosas pendientes.”
- “No utilices la cama para trabajar, estudiar, comer o ver la televisión. Es importante asociar la idea de estar en la cama con el sueño.”
- “Cuando estés en la cama y no consigas dormir, levántate y haz alguna actividad para mantener tu mente ocupada, como por ejemplo: leer, ver la TV, realizar

tareas domésticas o hacer pasatiempos. No te vuelvas a meter en la cama hasta que no tengas sueño. Después, por la mañana deberás levantarte a la hora de siempre.”

- “Para relajarte antes de dormir y conciliar antes el sueño, puedes darte un baño caliente de 20 minutos, darte un pequeño automasaje facial o realizar respiraciones diafragmáticas (con el estómago).”

**Tareas acordadas:** Se les indica a los usuarios que tras las rutinas y hábitos explicados en esta sesión, deberán seguir rellenando el auto-registro que se les dio en la anterior sesión. Así se verán las mejoras en el sueño que ha tenido cada usuario y si ha implementado estas rutinas del sueño en su día a día. Se les da la indicación de que deberán traer el auto-registro en la próxima sesión del programa. (ANEXO 11)

## SÉPTIMA SESIÓN

### *Cambios realizados en el sueño*

#### **Objetivo general**

- ❖ Que los participantes sean capaces de identificar y sean conscientes de los cambios producidos en su sueño después de todas las sesiones.

#### **Objetivo específico:**

- ❖ Dar conclusiones de la percepción sobre el programa.
- ❖ Que los asistentes puedan expresar al grupo su opinión sobre el programa.

**Desarrollo de la sesión:** se revisa el auto-registro mandado en la anterior sesión sobre las mejoras realizadas por cada usuario en su sueño. Después, se hace una ronda en la que se pedirá a cada usuario que diga qué le ha parecido este programa y si considera que le ha ayudado en mejorar su sueño, es decir, se habla sobre las conclusiones percibidas por cada usuario tras dar por finalizado el programa.

**Tareas acordadas:** los últimos 10 minutos de la sesión la dedicaremos a realizar una hoja de conclusiones y cambios realizados, como forma de dar por finalizado el programa de intervención. (ANEXO 12)

#### 4. RESULTADOS ESPERADOS

En este apartado se pretende exponer todos aquellos cambios y aspectos que se quieren conseguir tras la aplicación de este programa de hábitos de sueño.

Los cambios que se pretenden observar tras la reevaluación de las escalas son los siguientes:

- **Cuestionario de Oviedo del Sueño (COS)**

Se espera que la satisfacción subjetiva del sueño aumente y que el insomnio y el hipersomnio evaluados en este cuestionario disminuyan cuando se realice la reevaluación. La mejoría se ha de observar llegando a tener en la subescala de satisfacción subjetiva del sueño una puntuación media de 5 puntos como mínimo (satisfecho), en la subescala de insomnio una puntuación media de 25 puntos como máximo y en la subescala del hipersomnio una puntuación media de 10 puntos como máximo.

- **Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (QOL). Satisfaction with life domain scale (SLDS)**

Se prevé que haya mejoras estadísticamente significativas en la puntuación global de los usuarios respecto a las puntuaciones que se obtuvieron en la aplicación inicial.

- **Escala de Funcionamiento Social. Social Functioning Scale (SFS)**

Se prevé que tras realizar la evaluación post tratamiento, haya mejoras estadísticamente significativas en el funcionamiento social de las personas que hayan participado en el programa. A parte de estas mejoras estadísticamente significativas, esto habrá de venir acompañado por un aumento estadísticamente significativo de la realización de actividades en las que los usuarios expresen interés.

## 5. CONCLUSIONES

Tal y como se menciona en la introducción, las alteraciones en el sueño son muy comunes en las personas que presentan un Trastorno Mental Grave y, a su vez, los trastornos psiquiátricos tienden a ser comunes en pacientes con alteraciones del sueño, llegando a sufrir estas personas un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad de su sueño. Estas alteraciones suponen importantes consecuencias en el rendimiento personal, laboral, social y ocupacional de la persona, pues constituyen problemas añadidos en su capacidad para realizar sus actividades básicas e instrumentales de su vida diaria. En algunos casos, pueden predecir una recaída o la aparición de una nueva crisis, incluso antes de la presencia de la sintomatología propia de la enfermedad.

Concluyendo a esto, se observa la necesidad de diseñar un programa de intervención dirigido y aplicable a personas con Trastorno Mental Grave que incluya sesiones sobre psicoeducación del sueño y estrategias para mejorar el sueño. El objetivo de dicho programa será favorecer la mejora de los hábitos de sueño en personas con trastorno mental que presenten alteraciones del sueño, promoviendo unos hábitos de higiene del sueño saludables en estas personas para la mejora de su calidad de vida.

He elegido realizar mi Trabajo Fin de Máster sobre el área del descanso y sueño ya que desde *el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional*, el descanso y el sueño forman parte de las áreas de ocupación de una persona y eso incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso reparador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación.<sup>[32]</sup>

Como terapeuta ocupacional, considero que es de vital importancia hacer este tipo de intervención debido a que una persona debe de tener unos hábitos adecuados de sueño para así poder participar activamente en otras actividades de la vida diaria, que se encontrarán alteradas si la persona con TMG no tiene un buen descanso y por consiguiente, también se alterará su calidad de vida.

A nivel personal, este programa me ha servido para darme cuenta de que en un 80% de las personas diagnosticadas de un Trastorno Mental Grave, sufren alguna alteración en el sueño o su calidad de sueño se encuentra deteriorada y eso les limita a ser independientes en las demás actividades de la vida diaria. Estoy satisfecha tras la propuesta de este programa de intervención ya que lo voy a poder llevar a cabo en mi

centro de trabajo y podré observar en primera persona las mejoras obtenidas en el sueño de los usuarios asistentes al programa una vez se finalice la intervención.

Por último, me ha parecido muy interesante y gratificante realizar este trabajo a nivel personal y sobre todo profesional ya que ahora tengo más conocimientos sobre las alteraciones del sueño que presentan las personas con enfermedad mental y así podré ayudarlas a que mejoren su calidad de vida y que su proceso de rehabilitación sea más enriquecedor.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Santamaría J. Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. Med Clin. 2003;120:750-755.
- [2] DRAE: Diccionario de la Real Academia Española [Internet] DRAE; 2014 [cited 2017 Apr 1]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=YeJqim2>
- [3] Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1991. p. 243-592.
- [4] IIS: Instituto del Sueño [Internet]. IIS; 2014 [cited 2017 Apr 1]. Disponible en: <http://www.iis.es/que-escomo-se-produce-el-sueno-fases-cuantas-horas-dormir/>
- [5] Miró E, Iáñez MA, Cano-Lozano MC. Patrones de sueño y salud. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2002;2(2):301-26
- [6] Perez Aller N, Turrado Rabanedo S, Rodríguez Fernández P. Calidad del sueño en pacientes con enfermedad mental grave: un análisis de campo. Fundación de Enfermería de Cantabria [Internet]. 2013. (Volumen 2, Numero 9). Disponible en: <http://enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/9/67>
- [7] Rodríguez López AM, Ferreira González MC, Marcos Sela J, Rial Maciel A. Proyecto para evaluar la efectividad de un programa de intervención psicoeducativa enfermera en pacientes con insomnio crónico. Rev Presencia. 2010;6.
- [8] American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. 4º ed.2000
- [9] Ohayon MM, Lemoine P. A connection between insomnia and psychiatric disorders in the French general population. Encephale 2002;28(5 Pt 1):420- 8.
- [10] Pérez Aller N.,Turrado Rabanedo S.,Rodríguez Fernández P. Calidad del sueño en pacientes con enfermedad mental grave: un análisis de campo. Fundación de

Enfermería de Cantabria.[Internet]. 2013. Vol. 2 Num. 9. Disponible en:  
<http://enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/9/67>

[11] Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JC: Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 1992;49(8):651-68;discussion 669-70.

[12] Ford DE, Kamerow DB: Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? Jama. 1989;262(11):1479-84.

[13] Tan TL, Kales JD, Kales A, Soldatos CR, Bixler EO: Biopsychobehavioral correlates of insomnia. IV: Diagnosis based on DSM-III. Am J Psychiatry. 1984;141(3):357-62.

[14] McCall WV, Reboussin BA, Cohen W: Subjective measurement of insomnia and quality of life in depressed inpatients. J Sleep Res. 2000;9(1):43-8

[15] Kales JD, Kales A, Bixler EO, Soldatos CR, Cadieux RJ, Kashurba GJ, VelaBueno A: Biopsychobehavioral correlates of insomnia, V: Clinical characteristics and behavioral correlates. Am J Psychiatry. 1984;141(11):1371-6.

[16] Cabello ME, Martínez V, Quinta C, Sánchez R, Jiménez A, Payán P. Musicoterapia en el deterioro del sueño de personas con Esquizofrenia en una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 23];10(3):2-20. Disponible en:  
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0792.php>

[17] Stuart GW, Laraia MT. Enfermería Psiquiátrica. Principios y Práctica. 8ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2006. p. 422-840.

[18] Waite F, Myers Elissa, Harvey AG, Espie CA, Startup H, Freeman D, et al. Treating sleep problems in patients with schizophrenia. Behav Cognit Psychother [Internet]. 2015 Jul 30 [cited 2017 May 2]; 44(3):273-87. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4855992/>

- [19] Ohayon MM, Lemoine P. A connection between insomnia and psychiatric disorders in the French general population. *Encephale* 2002;28(5 Pt 1):420-8.
- [20] Reina Ardura R. Intervenciones de enfermería en las alteraciones del sueño en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia. Las Palmas de Gran Canaria; 2017.
- [21] NNNConsult [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2016 [cited 2017 May 2]. Disponible en :<https://www.nnnconsult.com/>
- [22] González Gil P. Alteraciones del Sueño. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ, editores. *Geriatría en Atención Primaria*. 3.<sup>a</sup> ed. Madrid: Ediciones Aula Médica; 2002. p. 287-95
- [23] Carlson J. et al. Adaptation and validation of the quality-of-life scale: Satisfaction with Life Domains Scale by Baker and Intagliata. *Comprehensive Psychiatry* 50 (2009) 76–80.
- [24] González Cases J. et al. Análisis de la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2016; 36(129):139-155
- [25] Bobes J, González MP, Bousoño M. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J.R. Prous, 1995.
- [26] Muñoz M, Panadero S, Rodríguez A. Evaluación de servicios en rehabilitación psicosocial. En: Navarro D, Pastor A, Blanco A. *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Síntesis, 2010; p. 621-650
- [27] Oviedo Sleep Questionnaire (OSQ): A new semistructured interview for sleep disorders. *European Neuropsychopharmacology* 1998;8(suppl 2):S162.
- [28] García- Portilla M. et al. Rendimiento psicométrico del Cuestionario Oviedo de Sueño en pacientes con trastorno mental grave. [Internet] Octubre 2009. *Revista de Psiquiatra y Salud Mental*. Vol. 2. Núm. 4. Pag. 169-177. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-rendimiento-psicometrico-del-cuestionario-oviedo-S1888989109732355>
- [29] Garcia-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Bousoño, M., Bascaran, M. T., Guzmán-Quilo, C., & Bobes, J. Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento

Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. Revista de Psiquiatría Y Salud Mental.2011. 4(1), pp. 9 - 18.

[30] Birchwood, M & Smith, Jo & Cochrane, R & Wetton, SCS & Copestake, SONJ. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 1991. 157. 853-9. 10.1192/bjp.157.6.853.

[31] Olivares Díez J, Torres A. Validación en castellano de la Social Functioning Scale (Escala de Funcionamiento Social). Actas Españolas de Psiquiatría.2005. 33(4): 216-220

[32] Ávila Álvarez A. et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. [www.terapiaocupacional.com](http://www.terapiaocupacional.com) [portal en internet]. 2010. [85p]. Disponible en <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association(2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)

## 7. ANEXOS

### ▪ ANEXO 1

#### Cuestionario de Calidad de Vida



1 Muy insatisfecho      2 Bastante insatisfecho      3 Algo insatisfecho      4 Ni satisfecho ni insatisfecho      5 Algo satisfecho      6 Bastante satisfecho      7 Muy satisfecho

Nos gustaría conocer su satisfacción con diferentes áreas de su vida ¿Podría indicar qué cara expresa mejor sus sentimientos con respecto a los siguientes aspectos en el momento actual? Marque con un círculo el número que corresponde a la cara que eligió:

1. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su vida en general?	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su hogar / piso / lugar de residencia?	1	2	3	4	5	6	7
3. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su barrio como un sitio para vivir?	1	2	3	4	5	6	7
4. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a la comida que come?	1	2	3	4	5	6	7
5. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a la ropa que lleva?	1	2	3	4	5	6	7
6. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su salud general?	1	2	3	4	5	6	7
7. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su forma física?	1	2	3	4	5	6	7
8. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su estado de ánimo?	1	2	3	4	5	6	7
9. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a la tranquilidad que hay en su vida?	1	2	3	4	5	6	7
10. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su problema / trastorno de salud mental?	1	2	3	4	5	6	7
11. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a las personas con quien convive?	1	2	3	4	5	6	7
12. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a sus amigos?	1	2	3	4	5	6	7

13. En caso de no tener amigos, ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir el hecho de no tener amigos?	1	2	3	4	5	6	7
14. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su relación con su familia?	1	2	3	4	5	6	7
15. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su relación con su pareja?	1	2	3	4	5	6	7
16. En caso de no tener pareja ¿qué cara se acerca a cómo se siente con el hecho de no tener pareja?	1	2	3	4	5	6	7
17. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con su vida sexual?	1	2	3	4	5	6	7
18. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su relación con otras personas?	1	2	3	4	5	6	7
19. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su trabajo o actividad laboral?	1	2	3	4	5	6	7
20. En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir el hecho de no tener trabajo?	1	2	3	4	5	6	7
21. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a los estudios o cursos de formación que realiza?	1	2	3	4	5	6	7
22. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a sus actividades de ocio?	1	2	3	4	5	6	7
23. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	1	2	3	4	5	6	7
24. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su situación económica?	1	2	3	4	5	6	7
25. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente consigo mismo?	1	2	3	4	5	6	7
26. ¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su vida en general?	1	2	3	4	5	6	7

▪ ANEXO 2

**Cuestionario de Oviedo del Sueño (COS)**



**Nombre**  
**Unidad/Centro**

**Fecha**  
**Nº Historia**

**CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO**

**Población diana:** Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

**Cuestionario de Oviedo del Sueño**

**Durante el último mes**

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecho
2	Bastante satisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para .....

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	más de 60 minutos



4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? \_\_\_\_\_

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana



9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento solcio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) .....? (Información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
c	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	
Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9	
Puntuación TOTAL		

### Bibliografía

- Bobes García J, González G.-Portilla MP, Saiz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema* 2000;12(1):107-12.

▪ **ANEXO 3**

**Escala de Funcionamiento Social (SFS)**

<b>Aislamiento – Actividades sociales</b>		
SFS1	¿Con qué frecuencia sale de casa? (por cualquier razón)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo
SFS2	¿Cómo reacciona ante la presencia de extraños?	0 = Los evita 1 = Se siente nervioso 2 = Los acepta 3 = Le agradan
<b>Comunicación interpersonal</b>		
SFS3	En estos momentos, ¿le resulta fácil o difícil hablar con la gente?	3 = Bastante fácil 2 = Normal 1 = Bastante difícil 0 = Muy difícil
Conducta prosocial: marque en cada columna la frecuencia con la que ha participado en cualquiera de las siguientes actividades durante los últimos 3 meses		
SFS4	Exposición (o actividades culturales)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo
SFS5	Ir a fiestas (o reuniones sociales)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo
SFS6	Discoteca (o pub)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo
SFS7	Asistir a alguna actividad de la iglesia (u otra organización social, política, etc.)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo
<b>Independencia – Ejecución</b>		
Marque cada ítem la frecuencia con que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos 3 meses		
SFS8	Lavar la propia ropa	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo
SFS9	Utilizar dinero	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo
SFS10	Disponer y administrar el propio dinero	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo

<b>Independencia – Competencia: decir si es capaz de hacer</b>		
SFS11	Cocinar para sí mismo	3 = Adecuadamente, no necesita ayuda 2 = Necesita ayuda o que le estimulen 1 = Incapaz. Necesita mucha ayuda 0 = No sabe
SFS12	Fregar los platos, etc	3 = Adecuadamente, no necesita ayuda 2 = Necesita ayuda o que le estimulen 1 = Incapaz. Necesita mucha ayuda 0 = No sabe
Actividades del tiempo libre: marque donde corresponda en cada columna para indicar con qué frecuencia ha hecho alguna de las siguientes actividades durante los últimos 3 meses		
SFS13	Arreglar cosas (bici, coche, etc)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo
<b>Empleo – Ocupación</b>		
SFS14	¿Tiene usted en estos momentos un empleo regular? (Incluye talleres prelaborales, formación u otra actividad laboralizada mínimo o media jornada, con o sin contrato)	1 = Sí 2 = No
SFS15	¿Está usted dado de baja como incapacitado? (se refiere a si el tribunal de la seguridad social le ha concedido una incapacidad laboral total o permanente)	1 = Sí 2 = No

▪ **ANEXO 4**

	<u>LUNES</u>	<u>MARTES</u>	<u>MIÉRCOLES</u>	<u>JUEVES</u>	<u>VIERNES</u>	<u>SÁBADO</u>	<u>DOMINGO</u>
<u>¿A QUÉ HORA TE HAS ACOSTADO?</u>							
<u>¿TE HA COSTADO CONCILIAR EL SUEÑO?</u>							
<u>A QUE HORA TE HAS LEVANTADO?</u>							
<u>¿CON QUÉ PUNTUACIÓN VALORAS EL SUEÑO DE ESTA NOCHE? DEL</u>							

<b>1 AL 10</b>							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

▪ **ANEXO 5**

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
HORA A LA QUE APAGO LA LUZ ANOCHE (hora a la que se durmió)							
HORA A LA QUE SE DESPERTÓ HOY							
¿CUÁNTAS VECES SE HA LEVANTADO ESTA NOCHE?							
¿DURMIO BIEN? INDIQUE del 1 (muy mal) al 10 (excelente)							

▪ **ANEXO 6**

<b>DÍA</b>	<b>ANOTE CADA DÍA, DESPUES DE DESAYUNAR, COMO HA SIDO SU SUEÑO. Cuántas horas ha dormido, cuántas veces se ha levantado. Valore como ha sido su sueño esa noche. (muy bueno, bueno, regular o malo)</b>
<b>LUNES</b>	Horas de sueño: ¿Se ha despertado alguna vez?: ¿Qué hizo cuando se despertó? ¿Cómo considera que ha sido el sueño esta noche?
<b>MARTES</b>	Horas de sueño: ¿Se ha despertado alguna vez?: ¿Qué hizo cuando se despertó? ¿Cómo considera que ha sido el sueño esta noche?
<b>MIERCOLES</b>	Horas de sueño: ¿Se ha despertado alguna vez?: ¿Qué hizo cuando se despertó? ¿Cómo considera que ha sido el sueño esta noche?
<b>JUEVES</b>	Horas de sueño:

	¿Se ha despertado alguna vez?: ¿Qué hizo cuando se despertó? ¿Cómo considera que ha sido el sueño esta noche?
<b>VIERNES</b>	Horas de sueño: ¿Se ha despertado alguna vez?: ¿Qué hizo cuando se despertó? ¿Cómo considera que ha sido el sueño esta noche?
<b>SÁBADO</b>	Horas de sueño: ¿Se ha despertado alguna vez?: ¿Qué hizo cuando se despertó? ¿Cómo considera que ha sido el sueño esta noche?
<b>DOMINGO</b>	Horas de sueño: ¿Se ha despertado alguna vez?: ¿Qué hizo cuando se despertó? ¿Cómo considera que ha sido el sueño esta noche?

▪ **ANEXO 7**

¿Me ha pasado o he realizado algo de todo esto esta semana?	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Ejercicio o paseos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Discusiones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Preocupación-nervios	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Estado de ánimo triste	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
He tomado café o té	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
He bebido alcohol	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
He tomado pastilla para dormir	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Siesta o cabezada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Fiesta o celebración	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						

Comida o cena diferente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Cita para día siguiente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Llamadas de teléfono por la noche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
¿cómo he dormido hoy? (puntuación)							

▪ **ANEXO 8**

HE REALIZADO LOS EJERCICIOS DE RELAJACIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

▪ **ANEXO 9**

HE REALIZADO LOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

▪ **ANEXO 10**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
CAFÉ							
COCA-COLA							
TÉ U OTRA INFUSIÓN							
TABACO							
ALCOHOL							
¿QUÉ TAL HE							

<b>DORMIDO?</b> En el caso de que haya tomado alguna sustancia							
---	--	--	--	--	--	--	--

▪ **ANEXO 11**  
**Mis mejoras en el sueño**

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
¿Ha hecho esta semana relajación?							
¿Hizo ejercicios de estiramiento nocturnos?							
¿Dió paseos o hizo ejercicio?							
¿Ha tomado alguna sustancia excitante?							
¿Se ha echado siesta?							
¿Se ha acostado y se ha levantado a la misma hora?							
¿Ha seguido alguna rutina/ritual antes de acostarse?							

▪ **ANEXO 12**  
**HOJA DE CONCLUSIONES Y CAMBIOS REALIZADOS**

**MIS FACTORES DE INSOMNIO SEGUROS**

¿Qué cosas he descubierto que alteran mi sueño?

---

---

---

**MIS FACTORES FACILITADORES DEL SUEÑO**

¿Qué cosas hacen que duerma mejor?

---

---

---