

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
QUETZALTENANGO, GUATEMALA



**CAUSAS DEL INSOMNIO  
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

( Estudio realizado en el hospital del I.G.S.S.  
de Quetzaltenango)

TESIS

PRESENTADA AL CONSEJO  
DE LAS FACULTADES DE QUETZALTENANGO  
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

POR

*Rosaura Guadalupe Sánchez de Aparicio*

AL CONFERIRLE EL TITULO DE

PSICOLOGO

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIADO

QUETZALTENANGO, ABRIL DE 1997

## AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

Rector	Lic. Gabriel Medrano Valenzuela
Vice - Rectora General	Licda. Guillermina Herrera Peña
Vice - Rector Académico	Dr. Charles Beirne, S.J.
Secretario U.R.L.	Lic. Jorge Guillermo Arauz .
Director Financiero	Lic. Luis Felipe Cabrera Franco

## AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

Decano:	Lic. Manuel de Jesús Salázar Tezagüic
Vice - Decano:	Lic. Arnoldo Esven Escobar Cabrera
Secretaria del Consejo:	Licda. Patricia Melgar de López
Director del Depto. de Educación:	Lic. Hugo Roberto Solórzano Barrios
Directora del Depto. de Psicología:	Licda. Ma. Eugenia de Sandoval
Director del Depto. de Filosofía y Letras:	Licda. María Eugenia del Carmen
Directora de la Carrera de Ciencias de la Comunicación:	Licda. Genoveva Deutschamaun de Amiel
Representantes de Catedráticos:	Dr. Fidelio Swana Wong Licda. Isabel Martínez
Representantes Estudiantiles:	Sr. Gabriel Arturo Caballeros Srita. Alejandra Samayoa

## **CONSEJO DE LAS FACULTADES DE QUETZALTENANGO**

Director General	Dr. Alfonso Loarca Pineda
Vice - Director	Lic. Orlando Sacasa Sevilla, S.J.
Secretaria General	Licda. Laura Ronquillo de Mazariegos
Vocales	Lic. Javier Martínez
	Lic. José Horacio Mijangos Morales
	Ing. Francisco Roberto Gutiérrez
	Dr. Francisco Alfredo Molina P.
Representantes de catedráticos	Lic. Juan Francisco Morales Alvarado
	Lic. Francisco Javier Moscoso Osorio.

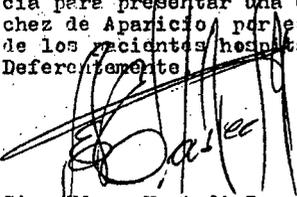
Ciudad de Quetzaltenango,  
20 de Mayo de 1,996.

Licda. María Antonieta Oliva,  
Directora Académica de las  
Facultades de Quetzaltenango,  
Universidad "Rafael Landívar"  
Su despacho.-

Por este medio tengo el agrado de comunicarle que de acuerdo al nombramiento que se me hiciera en su oportunidad, he asesorado el trabajo de Tesis titulado: "CAUSAS DEL INSOMNIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS", estudio realizado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de esta ciudad, elaborado por la FEM: ROSAURA GUADALUPE SANCHEZ DE APARICIO, previo a optar al título y grado académico de Licenciada en Psicología.-

Al respecto me permito informarle que ha realizado un trabajo interesante, habiendo re teorizado sus variables más representativas y para el efecto consultó a connotados autores; y su trabajo de campo lo realizó con pacientes internos en el Hospital del IGSS local, a quienes administró la prueba psicolométrica STAI-82 con la finalidad de determinar la diferencia entre la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo y comprobó que la misma no es significativa, no obstante lo anterior, existen varios factores predisponentes a la Ansiedad, entre ellos los aspectos familiares, de salud, económicos y el ambiente hospitalario, los que efectivamente provocan trastornos en la personalidad de los enfermos. En base a lo anterior presenta una Propuesta para darle solución a este fenómeno y da a conocer los nuevos hallazgos - conclusiones - y las Recomendaciones pertinentes.-

Por lo antes expuesto, emito dictamen favorable para este estudio y le ruego se sirva designar al Comité de Tesis, para que realice el trabajo correspondiente. La ocasión es propicia para presentar una efusiva felicitación a la señora Sánchez de Aparicio por este significativo aporte en beneficio de los pacientes hospitalizados que padecen de Insomnio.-  
Deferentemente



Lic. Edgar Hastedt Lemus  
Asesor



**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR**  
**FACULTADES DE QUEZALTENANGO**

DA- 076-97

**DIRECCION ACADEMICA DE LAS FACULTADES DE  
QUETZALTENANGO, UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR.**  
Quetzaltenango, Veintiocho de Abril de mil novecientos noventa y  
siete.

De acuerdo con el dictamen recibido del Licenciado Edgar Hastedt Lemus asesor de la tesis denominada: "**CAUSAS DEL INSOMNIO, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**" de la estudiante **ROSAURA GUADALUPE SANCHEZ DE APARICIO**. Y el resultado del Examen Privado de Tesis, la Dirección Académica de las Facultades autoriza la impresión de la misma, previo a su graduación profesional.

*María Antonieta Oliva*  
Licda. María Antonieta Oliva  
**DIRECTORA ACADEMICA**



**MAO / km.**

NOTA: Únicamente el Autor es responsable del contenido, doctrinas y criterios sustentados en esta **TESIS**

**TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN  
PRIVADO DE TESIS**

Licda. Luz María Castillo de De León

Licda. Esperanza Rodríguez de De León

Lic. Víctor Adolfo Guzmán Mazariegos

## DEDICO ESTA TESIS

*A Dios:*

*Ser supremo que da sabiduría y entendimiento.*

*A mi madre:*

*Gloria Pac Vda. de de Paz*

*A mi esposo:*

*Leonardo Aparicio Morales*

*Por su apoyo incondicional en el logro de mis metas.*

*A mis hijos:*

*Silvia Arabella*

*Roberto Leonardo*

*Omar Estuardo*

*Esmeralda Elvira*

*A mis nietos:*

*Roberto Manuel*

*Nataly Arabella*

*A: Lic. Edgar Hasted Lemus*

*Por su calidad humana y estímulo proporcionado en la  
realización de este trabajo de tesis.*

*A Rev. Madre:*

*Dora Alicia Donis Calderón*

## DEDICO ESTE ACTO

*A La Universidad Rafael Landívar*  
*Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*  
*Al Colegio María Auxiliadora*  
*Al Colegio Teresa Martín*

*A:*     *Licsa. María Antonieta Oliva*  
          *Licda. Luz María Castillo de De León*  
          *Licda. Esperanza Rodríguez de De León*  
          *Licda. Elíizabeth Carranza Umaña*  
          *Licda. María del Rosario Aparicio de Alvarado*  
          *Licda. Amalia Bethancourt*  
          *Lic. Víctor Adolfo Guzmán*  
          *Lic. Alejandro Aguirrezabal Sagrario S.J.*  
          *Lic. Juan José Tánchez Culebro*  
          *Lic. Octavio de León*  
          *Dr. Edgar Gómez*  
          *Dr. César Antonio Barrios Escobar*

# INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
1.1. Pacientes hospitalizados	9
A. Causas de la hospitalización	12
B. Características de la hospitalización	14
1.2. El sueño	14
1.3. El insomnio	16
A. Definición	16
B. Efectos del insomnio sobre el organismo	16
C. Etiología del insomnio	18
D. Factores predisponentes al trastorno del insomnio.	19
1. El miedo	20
2. Factores dietéticos	21
3. Los efectos medicamentosos directos	21
4. El envejecimiento	21
5. Efecto de la retirada de fármacos	22
6. El dolor	22
7. La preocupación	23
8. Factores familiares y económicos	23
9. La ansiedad	24
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
2.1. Hipótesis	29
2.2. Variable de estudio	30
2.3. Definición de variables	30
2.4. Alcances	31
2.5. Límites	31
2.6. Aportes	31
III. METODO	33
3.1. Sujetos	33
3.2. Instrumentos	33
3.3. Procedimiento	35

3.4. Diseño	35
3.5. Metodología estadística	35
IV. PRESENTACION DE RESULTADOS	37
V. DISCUSION	43
' PROPUESTA	49
VI. CONCLUSIONES	53
VII. RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	59

## I. INTRODUCCION

Tres estados biológicos son característicos de todos los mamíferos - la vigilia, el sueño y el sueño profundo. Ninguna evidencia indica todavía por qué el sueño es esencial para el funcionamiento continuado de los humanos o de los animales. El ciclo de vigilia y sueño es uno de los más importantes patrones del comportamiento humano.

Las plantas, los animales y los seres humanos viven de acuerdo con relojes diarios internos que les marcan la actividad diaria. Estos ritmos circadianos deciden qué cantidad de sueño necesitamos cada día.

A través de varias investigaciones se ha descubierto que la mayor parte de los seres humanos se organizan en ciclos de 24 horas.

La temperatura del cuerpo sigue también un patrón de 24 horas continuando con una pauta que tiene relación con el patrón de sueño.

Estos ritmos pueden verse con claridad en la secreción de glucocorticoides ya que las magnitudes secretoras de CRH, ACTH y cortisol son siempre elevadas al principio de la mañana pero bajas al final de la tarde; cuando una persona cambia su ritmo diario de sueño, el ciclo cambia de forma correspondiente.

No existe de momento una explicación del mecanismo que da lugar a la alternancia del ciclo vigilia- sueño. Pero se puede presumir que después de permanecer activado el cerebro durante muchas horas, las neuronas que pertenecen al sistema activador se fatigan y otros factores activan entonces los centros del sueño. Así durante el sueño, las neuronas excitadoras del sistema reticular activador se van haciendo cada vez más excitables debido al descanso prolongado, mientras que las neuronas inhibitoras de los centros del sueño se hacen menos

excitables debido a su hiperactividad, conduciendo así a un nuevo ciclo de vigilia.

Esta teoría puede explicar las transiciones rápidas del sueño a la vigilia y viceversa. También puede explicar el despertar, el insomnio que aparece cuando la mente de la persona está preocupada por algo, la vigilia producida por la actividad corporal y muchos otros trastornos que afectan el estado de vigilia o el sueño de la persona.

Un gran número de pacientes hospitalizados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la Ciudad de Quetzaltenango, presentan problemas psicológicos que perjudican su tratamiento y su recuperación.

Los pacientes refieren insomnio por diferentes causas que afectan su estado anímico y que lleva consigo una alta incidencia de alteraciones psíquicas, somáticas y conductuales que pueden llegar a mayores consecuencias si no se les trata adecuadamente.

Scandel (1,973), en su libro *Victoria sobre el Insomnio*, dice que las condiciones ambientales del mundo moderno como: el ruido, la aceleración del del ritmo de vida, las preocupaciones, engendran una ansiedad que, lejos de anularse en el descanso nocturno, nos hace víctimas del insomnio.

El dolor físico proveniente de la sintomatología del paciente, además de otros problemas como los familiares perturban la tranquilidad que el paciente debiera tener dentro del área hospitalaria porque crea en ellos un ambiente de incertidumbre.

Analiza, en términos psicológicos, el mecanismo del sueño, describe sus perturbaciones y las causas e indica finalmente la forma de recuperarlo.

También considera las formas del insomnio que son múltiples y mientras unos no pueden conciliar el sueño, otros lo hacen rápidamente, pero se despiertan antes de

tiempo, a primeras horas de la madrugada. El insomnio continuo es deprimente. El organismo se fatiga con facilidad, lo que genera un desequilibrio general. El metabolismo en conjunto se perturba.

Se escogió el insomnio como objeto de estudio en la presente investigación porque se considera que la mayoría de pacientes en un momento dado lo van a manifestar.

Sobre el tema del sueño, Pancheri, P. (1,982) en su *Manual de Psiquiatría Clínica*; dice que las perturbaciones del sueño se acompañan con notable frecuencia de estados ansiosos, generando dificultad para iniciar el sueño, pero también un despertar precoz, hasta llegar al verdadero insomnio.

Además, señala que las causas de los estados de ansiedad son múltiples, integradas entre sí y dependientes de numerosos factores: tanto internos como externos que actúan en diferente medida sobre un terreno biológico, hereditario y predispuesto.

Shraml, J. (1,975), en su libro de *Psicología Clínica*, afirma que desde el punto de vista sociológico, el hospital es un sistema social del tipo de la organización "formal" y compleja, es decir, una estructura social con un gran grupo de miembros a especificar y con una diferenciación interna de funciones, una orientación consciente hacia objetivos y fines específicos y una configuración racional de la realización de estos fines y objetivos. El hospital pertenece a la categoría de organizaciones cuyo fin consiste en admitir miembros, al menos temporalmente, para modificar su situación. El paciente de los hospitales de permanencia breve o destinado a los casos agudos es, en su versión típica, un receptor pasivo de las funciones del hospital.

El enfermo abraza el íntimo sentimiento de que la cultura clínica es apersonal, sino inhumana, indudable-

mente sería superfluos muchos de los símbolos, excesivamente agudos, de la neutralidad afectiva del hospital (paredes blancas, ropa blanca, mobiliario blanco).

El paciente ingresa a un proceso rutinario y se encuentra rodeado de numerosas personas provistas todas ellas de símbolos de su condición cuando muchas veces no pueden conservar ni sus propios vestidos.

Un hecho extraordinariamente agravante de la situación, lo constituye la restricción de la comunicación, tanto desde el punto de vista de su frecuencia como de sus contenidos.

La precaria situación que supone el quedar a merced de un sistema cuya orientación integral responde a las necesidades del paciente, el estado emocional del mismo se agrava debido a que éste está expuesto a constantes intromisiones en la esfera de su intimidad lo que crea en ellos angustia: es decisivo el hecho que el hospital desde el punto de vista sociológico, puede crear enfermedades. Esta actitud puede observarse claramente en los hospitalizados sanos, en sentido lato, que después de un cierto tiempo de estar en cama y por recibir un trato de enfermos se instalan miméticamente en la enfermedad y llegan incluso, en determinadas circunstancias a desarrollar verdaderos síntomas.

Morris, Ch. (1,988), en su libro *Psicología un Nuevo Enfoque*, afirma que las personas que no duermen bien realizan ciertas tareas con menor eficiencia; también sienten temblores en el cuerpo, manos y muestran un menor umbral al dolor. Los reflejos y el sistema nervioso autónomo parecen sufrir efectos mínimos cuando la privación es moderada. A la larga, el cuerpo humano necesita el sueño para funcionar, del mismo modo que tampoco puede prescindir de la comida y del agua.

La necesidad de soñar parece menos importante que la de dormir. Dement citado por Morris estudió los efectos

de la ausencia de sueño MOR que son movimientos oculares rápidos. Descubrió que los que no tenían este tipo de sueño mostraban ansiedad, tenían sed, hambre y dificultad en concentrarse, incluso sufrían alucinaciones en las horas de vigilia.

Barday, M. (1,978), en su libro *Angustia y Transtornos Neuróticos*, manifiesta que es posible que la persona sufra de insomnio, inquietud, pesadillas recurrentes o sueños de angustia, dificultad de concentración, falta de memoria, fatiga y falta de eficiencia en el trabajo o en el estudio. Tal persona es a menudo, fácilmente irritable y se encuentra de algún modo deprimida por su condición. El paciente no encuentra explicación racional para su reacción, ni peligros reales que pudieran dar cuenta de tan gran temor sobre una base de angustia.

*Gran Enciclopedia Real* (1,984), define el insomnio como una dificultad de conciliar el sueño, de incidencia muy corriente cuando, como de ordinario aparece como hecho aislado, apenas se le ha prestado atención.

El insomnio puede equivaler sencillamente a un retraso en la conciliación del sueño. El malestar del enfermo no se produce solamente el hecho de encontrarse desvelado, si no por una serie de sensaciones físicas tales como "hormigueo", dolor difuso de las extremidades, adormecimiento o actividad incontrolable de las mismas.

En otros casos, el paciente despierta temprano sin poder dormir de nuevo, puede ocurrir también que a mitad de la noche, despierte con la impresión que no ha de dormir más, aunque inesperadamente lo sorprenda de nuevo el sueño.

López Rodríguez, A. (1,991), en su tesis titulada *Ansiedad y Psicoterapia*; tomó una muestra de 72 sujetos sometidos a intervención quirúrgica, en el hospital General

San Juan de Dios de la ciudad de Quetzaltenango. Comprobando que uno de los factores manejados por los pacientes era el grado de intensidad de la ansiedad. La muestra la organizó como grupo experimental y encontró evidencia que existe relación directa entre los niveles de ansiedad Estado y Rasgo en pacientes tanto hombres como mujeres sometidos a intervención.

Morales Díaz, C.J. (1,993), realizó la tesis titulada: *Causas y Síntomas de la ansiedad en pacientes preoperatorios*, estudió que se realizó del Centro Oftalmológico de Occidente, con una muestra de treinta individuos, divididos en grupos según su edad y sexo. Afirma en su estudio, que la intervención quirúrgica no es un factor decisivo que afecte los niveles de ansiedad en las personas investigadas.

Afirma que siempre que una persona considera amenazante una situación, experimenta un incremento en la ansiedad como estado emocional. Estas reacciones son normales y generalmente operan como mecanismo de adaptación pues activan al individuo para que evite el peligro.

Lo que provoca una ligera elevación en los niveles de ansiedad de los sujetos preoperatorios es: la predisposición a enfrentarse a las distintas crisis, la distinción de su sexo y la edad que presentaron los distintos grupos.

Durán Calderón, M. (1,977), en su tesis *Aspectos Psicológicos de la Ambientación Hospitalaria*, trabajó con una muestra de 1,000 sujetos, abarcando al área sur-occidental de Guatemala. Comprobó que uno de los factores manejados por los pacientes era la tensión emocional; la ansiedad que genera la situación a que se veían sometidos. En esta investigación se carece de detalles específicos y minuciosos, ya que el campo de investigación se redujo únicamente a una entrevista de tipo personal y a dos encuestas; pero a pesar de ello se evidencia la influencia que tiene el medio hospitalario en el paciente.

*Ley Orgánica del I.G.S.S. (1,989)*, señala que el principio de la solidaridad social juega un papel de gran importancia al brindar protección a un pueblo trabajador cuyos componentes no son ajenos los unos a los otros, ni en sus necesidades, ni en sus aflicciones, ni en la solución de sus problemas de salud y de seguridad social. Se caracteriza la seguridad social de haber replanteado su problemática en el plano de seguridad social y, que al cabo de dos siglos, la humanidad ha comprendido que la miseria, la pobreza, la enfermedad y otras privaciones constituyen un peligro para la paz, la convivencia y el progreso.

La protección que brinda el Instituto no llega hasta allí, es decir, no se detiene sólo en la etapa productiva del trabajador, sino también ha previsto su cobertura adecuada cuando al paso de los años ha menguado su fuerza de trabajo y necesita vivir una existencia digna; cuando la adversidad lo ha obligado a ocupar una silla de ruedas por un transtorno incapacitante que reduce significativamente o hace desaparecer una forma definitiva su actitud para el trabajador.

Para estos trabajadores ya no existe sólo la esperanza, sino la seguridad de que el Instituto les acogerá en su seno a través del otorgamiento de pensiones y asignaciones familiares, para que tanto ellos como su familia puedan hacerle frente a las necesidades que demanda el diario vivir.



## **1.1 PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Shraml, J. (1,975), afirma que el paciente es el objeto social central de la actividad clínica, incluso cuando los fines perseguidos por la organización - por ejemplo en la investigación y en la enseñanza clínica - no pretenden directamente su salud. El marco subcultural de la institución "hospital" determinante de su situación, quedó descrito en líneas generales. Se comprende (las referencias en este sentido han sido múltiples) que los contenidos relativos a la estructura de la organización, descubren la situación propia del paciente y no sólo la del personal, esto determina el carácter de dilema que tiene su posición dentro de la organización sin pertenecer a ella; por lo menos en el ámbito clínico tiene que acatar las disposiciones del personal y, en razón de su estado y de su función, tiene al mismo tiempo "poder" sobre el sistema y sobre los responsables del mismo, a pesar de su frecuente interacción con el personal, vive en un mundo social distinto.

El espacio social en que se fundamenta la situación del paciente es, en general, el departamento como unidad básica clínico asistencial de la organización clínica. Como es natural las peculiaridades de su situación se fundan en primer término en la función general del enfermo en la sociedad.

El paciente ingresa a un proceso rutinario. Shraml (1,975) cita a Hughes, quien señala que el personal trata con rutina la situación de necesidad del paciente.

Por otra parte cita a Rohde y Roth, quienes afirman que la atención sobre el hecho de que estos procesos afectan a todos los pacientes, independientemente de la situación individual de la enfermedad. En íntima relación con esto, se descubre la pérdida sensible de la condición. El paciente encuentra que está rodeado de numerosas personas provistas todas ellas de los símbolos de su condición cuando muchas veces él mismo no puede ni conservar sus propios vestidos. Esta denudación de su condición, que tiene su

contrapartida en la imposición de una regresión hacia la cuasi infancia, y a la cual se suman las barreras generales establecidas entre él y el personal, así también el número, muchas veces desconcertante, de los que trabajan en el departamento, colocan al paciente ante el problema de encontrar su identidad.

De ahí se explica la aspiración insistente, tantas veces inútil, del paciente a imponer su condición social externa frente al personal del hospital y frente a los demás pacientes. Los medios para satisfacer esta necesidad son múltiples: la foto familiar, el florero que traído de casa está sobre la mesita de noche, los libros bien encuadernados, la bata vistosa; son símbolos que garantizan un minimum de identidad personal. El trato de favor con los médicos, es decir el deseo de establecer activamente contacto, cosas que darán lugar a una oposición entre éstos y el personal directivo, así como el intento de controlar directamente la conducta del personal (regalos, indicaciones, críticas, ofrecimientos para ayudar y aliviar al personal de ciertas obligaciones) todo esto debe de interpretarse como una búsqueda del equilibrio.

Un segundo hecho, extraordinariamente agravante de la situación, lo constituye la restricción de la comunicación, tanto desde el punto de vista de su frecuencia como de sus contenidos. "Es buen paciente" el que acepta lisa y llanamente, de una vez por todas, la definición de la situación dada por el médico (como representante del problema), el que habla sólo cuando se le pregunta (o cuando tiene que decir algo importante, para alabanza y ayuda del sistema). Iniciar contactos directos con el médico o con el personal jerárquico es algo que va contra el buen comportamiento cuasi-infantil que debe seguirse al cuasi-padre (médico) o a la cuasi- madre (enfermera), algo que se califica de alguna manera como falta de respeto o que en el mejor de los casos, se suprime con frases huecas de carácter tranquilizador dado que el sistema está orientado totalmente al trabajo

especifico, se produce en el paciente - a la vista de la rigidez y complejidad de la estructura de la comunicación y ante la inestabilidad emocional primariamente condicionada por la enfermedad y reforzada después por la situación clínica, un reflejo de las necesidades expresivas que, según las observaciones de Coser, citado por Shraml, J. (1975), rompe en pocas ocasiones, durante las visitas de rutina, del sistema no profesional las posibilidades de las catarsis pero también de información y de orientación que la alta jerarquía le niega.

La precaria situación que supone el quedar a merced de un sistema cuya interacción integral responde a las necesidades del paciente - si bien es el que las define - sin notar apenas - hasta se pasa por alto -, a causa de su necesaria preocupación laboral, el estado emocional del mismo, que se agrava debido a que está expuesto a constantes intromisiones en la esfera de su intimidad, como sino basta con que los servicios médicos y auxiliares tengan que irrumpir en la integridad personal íntima, el enfermo se encuentra siempre virtualmente en el escaparate, sometido a observaciones permanentes con fines clínicos, sino también del personal del departamento que tiene constante acceso a su espacio, que en definitiva, no es el suyo. La concentración en el hospital de toda una serie de posibilidades de diagnóstico y de terapia, representa en general, para el paciente, la seguridad de que puede realizarse con rapidez todo lo que requiere, pero, al mismo tiempo, comporta una profunda inseguridad en estas circunstancias, no sólo importa recordar el carácter agravante o por lo menos incómodo de la serie de medidas adoptadas y su capacidad para crear la angustia: es también decisivo el hecho de que el hospital, desde el punto de vista sociológico, puede crear enfermedades.

El apremio con que urge a tomar la función de paciente es tan fuerte que llega a asumir módulos de conducta que no responden primariamente a dicho estado. Esta actitud puede observarse claramente en los

hospitalizados sanos, en sentido lato, que después de un cierto tiempo, por ejemplo, por estar en cama y por recibir un trato como enfermos graves, se instalan miméticamente en la enfermedad y llegan incluso, en determinadas circunstancias, a desarrollar verdaderos síntomas. Más aún, el hospital provoca la enfermedad a base de descubrir y de sorprender en el paciente estados patológicos y desviaciones que quizá llevara consigo, no diagnosticados, desde hacía bastante tiempo, sin ninguna relación clara con la verdadera enfermedad. Ni con su sensación subjetiva, o bien, sin que fuera del hospital, hallan sido objeto de una atención especial. Esto puede dar lugar a una hipocondría inducida (o al menos reforzada) por el sistema, por cuanto siempre se interpretan mal las manipulaciones y las referencias a la posibilidad de modificar profundamente esta situación y sus componentes. En esta variación no sólo importa - como fácilmente se comprende la naturaleza y el grado de gravedad de la enfermedad, sino también la base subcultural de la personalidad, la situación externa e interna respecto del hospital, la orientación del paciente frente al hospital y a su enfermedad. Las diversas formas de adaptación que se acentúan según la naturaleza y el grado de los sentimientos de privación.

#### **A. CAUSAS DE LA HOSPITALIZACION:**

Shraml, J. (1,975), expone que las causas de hospitalización son múltiples y que del diagnóstico depende la necesidad o no de hospitalización. De la naturaleza y la magnitud de la enfermedad depende el período de la hospitalización, esto da lugar a la distinción entre las hospitalizaciones de permanencias breves, permanencias largas, o si se quiere, hospitales para casos crónicos.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el hospital de Quetzaltenango, registra ingresos de hospitalización por accidente, ya que es la única rama que

atiende esta sede del IGSS. Los pacientes que se encuentran en el Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social han sido hospitalizados por:

- Traumatismo
- Politraumatismo
- Quemaduras ( de diferentes grados )
- Accidentes de tipo laboral e industrial . ( esto incluye, cortaduras, golpes, ingesta de sustancias tóxicas, etc.).

Shraml, J. (1,975), continua diciendo que el paciente de los hospitales de permanencia breve o destinados a los casos agudos es, en su versión típica, un receptor pasivo de las funciones del hospital, puesto que apenas si tiene tiempo y ocasión de convertirse en actor dentro del aparato de la organización.

De ahí que el concepto "institución total", ideado por Goffmann, citado por Shraml se realiza empíricamente sobre todo en los hospitales donde la estancia suele ser prolongada, pues en ellos el paciente no es un simple huésped, por decirlo así un pensionista permanente.

La utilización inmediata de la hospitalización sólo es posible en casos particulares (accidentes u otras situaciones dramáticas de emergencia). En general, el hospital responde a una orden, no a una búsqueda directa. De ahí que no sea propiamente objeto de una elección real, como sucede en la mayoría de los demás establecimientos de consulta y tratamiento, por esta razón, su posición en la sociedad tiene rasgos fundamentales propios de un sector especial que, para los enfermos, queda muy lejos del "hogar social" (en el sentido estricto de la familia y en el sentido más general del medio ambiente a que se está habituado sociológicamente). El hospital está relativamente aislado, porque aísla.

## **B. CARACTERISTICAS DE LA HOSPITALIZACION:**

Shraml (1,975) cita a Parsons, quien señala que la hospitalización posee como características fundamentales, las siguientes :

- \* Reconocimiento por parte de la institución, del estado de perturbación de la capacidad general del rendimiento del individuo.

- \* Obligación de reconocer como ingrato el estado condicionado por la enfermedad y de brindar la ayuda competente .

- \* Aislamiento, es decir, el apartamiento de las estructuras sociales normales y usuales.

- \* Disocialización relativa, condicionada por el estado del paciente, pero en parte también impuesta, ya que además de someter al paciente a un estado de soledad y desocialización, se le obliga a una socialización de otro tipo, a una culturización temporal dentro de un subsistema sociocultural que le es extraño y poco claro.

- \* Estadía temporal; el hospital incorpora a su estructura, personas en calidad de pacientes, que temporalmente, al menos, pasan a formar parte de la organización.

- \* El hospital debe de considerarse como una "organización pública" que satisface el interés de la "sociedad en general" desde el momento en que aspira a eliminar los trastornos de la enfermedad.

### **1.2. EL SUEÑO.**

El sueño se define como un estado de inconsciencia del que se puede sacar a la persona mediante estímulos sensoriales o de otros tipos ( Guyton A. , 1992 ).

Existen dos tipos diferentes de sueño:

- 1) Sueño de ondas lentas, llamado así porque las ondas cerebrales son muy lentas, y 2) el sueño REM que quiere decir movimiento rápido de los ojos, esto es porque

durante el sueño los ojos se están moviendo rápidamente a pesar de que la persona está todavía dormida.

El movimiento rápido de los ojos ocurre en todos los periodos del sueño, casi siempre ocurre junto con el acto de soñar.

En las personas el sueño REM no ayuda a recuperarse de la fatiga acumulada durante el día.

La mayor parte del sueño de cada noche es de la variedad de ondas lentas, este tipo de sueño profundo, de descanso, se experimenta durante la primera hora de sueño después de haberse mantenido despierto durante muchas horas. El sueño de ondas lentas es sumamente reparador y está asociado con un descenso tanto del tono vascular periférico como de otras funciones vegetativas del cuerpo. Además hay una disminución de entre el 10 y 30% de la presión sanguínea, el ritmo respiratorio y el metabolismo basal. Este tipo de sueño se suele denominar " dormir sin sueño", pero no es que no hayan sueños sino que generalmente no se recuerdan.

Los episodios de sueño REM aparecen periódicamente durante el sueño y ocupan alrededor del 25% del tiempo de sueño de un adulto joven; normalmente se repiten cada 90 minutos aproximadamente. Durante este tipo de sueño no se descansa tanto.

Durante el sueño REM el cerebro está muy activo, el electroencefalograma muestra un patrón de ondas cerebrales semejante al que aparece durante la vigilia. Por tanto este tipo de sueño se denomina frecuentemente paradójico, porque es una paradoja que la persona pueda estar aún dormida a pesar de la marcada actividad de su cerebro.

No existe de momento una explicación del mecanismo que da lugar a la alternancia del ciclo vigilia- sueño. Pero

se puede presumir que después de permanecer activado el cerebro durante muchas horas, las neuronas que pertenecen al sistema activador se fatigan y otros factores activan entonces los centros del sueño. Así durante el sueño, las neuronas excitadoras del sistema reticular activador se van haciendo cada vez más excitables debido al descanso prolongado, mientras que las neuronas inhibitorias de los centros del sueño se hacen menos excitables debido a su hiperactividad, conduciendo así a un nuevo ciclo de vigilia.

Esta teoría puede explicar las transiciones rápidas del sueño a la vigilia y viceversa. También puede explicar el despertar, el insomnio que aparece cuando la mente de la persona está preocupada por algo, la vigilia producida por la actividad corporal y muchos otros trastornos que afectan el estado de vigilia o el sueño de la persona. ( Morris , Ch. 1988)

### **1.3. EL INSOMNIO**

#### **A: DEFINICION:**

Paupst, C. y Robinson, T. (1,979), explican que el insomnio, es el fracaso prolongado de procurarse el sueño suficientemente necesario para mantener la salud y el bienestar, adoptada a numerosas formas o disfraces, en primer lugar, puede producirse como una incapacidad de conciliar el sueño; en un segundo lugar, como el despertar continuo y regular durante la noche; en tercer lugar, como el despertar muy pronto por la mañana.

#### **B: EFECTOS DEL INSOMNIO SOBRE EL ORGANISMO**

El insomnio continuo es deprimente. El organismo se fatiga con facilidad, lo que prueba un desequilibrio general. El metabolismo en conjunto se perturba. Las secreciones hormonales, que aseguran la coordinación de

las distintas funciones, se desordenan, en particular la secreción córtico suprarrenal de la que se conoce la acción sobre el equilibrio iónico del medio interior, la participación contra la fatiga muscular y la influencia antitóxica. La regulación térmica, como demuestra la experiencia del frío que se siente después de una noche mala.

De todas las perturbaciones ocasionadas por el insomnio es, sin embargo, la fatiga nerviosa la que parece más terrible. Se sabe que los nervios no pueden prescindir del descanso, por lo tanto, la falta de sueño priva al sistema nervioso de una recuperación indispensable, las células cerebrales están intoxicadas por residuos de su actividad. El cerebro, el órgano más notable del organismo, sede de la inteligencia y la voluntad se ve amenazado. Las situaciones físicas y psíquicas acusan el insomnio. Las perturbaciones del carácter no son las de menor importancia. Los insomnes se vuelven irritables, emotivos. La ansiedad se apodera de ellos, aún cuando no sufren, en apariencia. La memoria y la capacidad de trabajo disminuyen. Al levantarse persiste una impresión de cansancio que impone el esfuerzo en todos los actos de la vida. Las reacciones son más lentas, la agudeza visual y auditivas peores.

De esta forma, el descanso cotidiano insuficiente compromete la salud, perjudica el carácter y disminuye las facultades, siendo un peligro para el cuerpo, un atentado contra la vida familiar y social.

Morris, Ch. F. (1988), afirma que las personas que no duermen bien van a tener efectos en su estado de salud, como irritabilidad, dificultad en concentrarnos, desorientación, lapsos de atención y stress.

Las personas que no duermen bien realizan ciertas tareas con menor eficiencia; también siente temblores en las manos y muestra un menor umbral al dolor. Los reflejos y el sistema nervioso autónomo parecen sufrir efectos mínimos cuando la privación es moderada.

A la larga, el cuerpo necesita el sueño para funcionar, del mismo modo, que tampoco puede prescindir de la comida y del agua.

El organismo se fatiga con facilidad, lo que prueba un desequilibrio general. El metabolismo en conjunto se perturba, las secreciones hormonales, que aseguran la coordinación de las distintas funciones, se desordenan, en particular la secreción córtico suprarrenal de la que se conoce la acción sobre el equilibrio iónico del medio interior, la participación contra la fatiga muscular y la influencia antitóxica. La regulación Térmica decrece, como demuestra la experiencia del frío que se siente después de una noche mala. De esta forma, el descanso cotidiano insuficiente compromete la salud, perjudica el carácter y disminuye las facultades. Es por tanto, un peligro para el cuerpo, un atentado contra la vida familiar y social.

### **C. ETIOLOGIA DEL INSOMNIO:**

Es importante considerar que el insomnio puede tener etiología múltiple y muy variada por lo que se hace necesario considerar lo que al respecto señalan Kaplan, H.I. y Sadok, B.J. (1,989), quienes afirman que todavía resulta útil la agrupación de los insomnios por la queja principal:

1) Dificultad en dormirse (insomnio de comienzo del sueño)

2) Dificultad en permanecer dormido- aunque hay un considerable solapamiento; algunas causas pueden producir uno o ambos síntomas. Algunas se refieren a tres síntomas: dificultad en dormirse, frecuentes despertares durante la noche y despertar temprano. Sin embargo, el segundo y tercer síntoma casi siempre van asociados con la misma causa probable, por ello, los agrupamos aquí en el síntoma de dificultad en permanecer dormido.

La dificultad en dormirse es mucho más común en la juventud, y la dificultad en permanecer dormido es más

frecuente en las personas de edad avanzada, pero hay las suficientes excepciones como para seguir manteniendo la distinción, siendo la prevalencia del insomnio mayoritario en las mujeres.

El insomnio es un problema que puede tener, como ya se dijo, causas muy diferentes, algunas de estas causas empiezan a ser entendidas como lo explican Kaplan, H.I. y Sadok B.J. (1,989), en el esquema siguiente:

<b>Insomnio al comienzo del sueño</b>	<b>Insomnio en el transcurso del sueño</b>
Cambio ambiental Activación emocional Miedo al insomnio Fobia al sueño Ambiente Molesto Dolor o malestar Síndrome de piernas inquietas Cafeína Alcohol Ansiedad o tensión Medicamentos Abstinencias de drogas Cambio de horario (síndrome del jet lag o del vuelo) Cambios del turno de trabajo	Depresión Cambio ambiental Apnea de sueño Mioclonia nocturna Factores de dieta Parasomnias Fármacos  Alcohol Interacciones medicamentosas Abstinencia de drogas Interrupción del sueño  Enfermedad Edad avanzada.

#### **D. FACTORES PREDISPONENTES AL TRANSTORNO DEL INSOMNIO**

Scandel, J. (1,973) , dice que los factores predisponentes para el trastorno del sueño conocido como insomnio no obran por igual sobre todos: sólo algunas personas son víctimas del insomnio. Las diferencias temperamentales hacen aquí acto de presencia. Nuestras funciones orgánicas y nerviosas poseen, en efecto, una susceptibili-

dad de la que depende nuestra resistencia a posibles desarreglos. La pérdida del sueño, por su parte, está relacionada muy frecuentemente con una exagerada resonancia de la función nerviosa.

Las condiciones ambientales del mundo moderno: el ruido, la aceleración del ritmo de vida, las preocupaciones, engendran una ansiedad que, lejos de anularse en el descanso nocturno nos hace víctimas del insomnio.

Nuestra vida diaria se aleja, cada vez más, de las normas de la vida animal, sufrimos el ambiente en que vivimos; los ruidos nos persiguen y la agitación que se ofrece a nuestros ojos exacerban nuestros sentidos. La inestabilidad e inseguridad de nuestra existencia contribuyen a mantener el clima de inquietud. Los avances de la información escrita y visual multiplican los temas de interés y amplían el campo de atención. Por todas partes nuestro cerebro responde a nuevos alicientes. La mecanización, siempre mayor, rompe con las costumbres ancestrales; el ritmo laboral y su orientación hacia el tecnicismo o el rendimiento reclaman una tensión nerviosa. Esta tensión nerviosa en que nos encontramos sometidos se encuentra, muy a menudo cerca del agotamiento. La lucha diaria es cada vez más agria por lo que tenemos que echar mano física y psíquicamente de nuestros recursos. Este exceso de actividades de nuestro organismo se mantiene, casi hasta la hora de dormir, al igual que las obligaciones profesionales se oponen a veces al equilibrio de los horarios, las preocupaciones, algunas enfermedades, que pueden ser factores predisponentes al insomnio.

Entre estos predisponentes, que son múltiples, Paupst, C.J., Robinson, T. (1,979), hacen énfasis en los siguientes:

**1) El miedo:** se halla detrás de toda causa disfrazándose como tensión, stress o como cualquiera de las otras cien plagas.

El stress, particularmente en los asuntos de negocios,

es motivo primordial en la mayor parte de la gente, hoy puede estar tan distorsionado, que el sueño puede no ser reconocible, generalmente en nuestra época no podemos armarnos ni tener otro tipo de combate físico contra el enemigo, especialmente si éste es abstracto, por tanto tenemos que descubrir, los sentimientos que abrigamos con respecto a nuestros miedos.

Pero con frecuencia éstos son tan abrumadores que no logramos dormirnos, y si pudiéramos descubrirlo y enfrentarlo, es muy probable que desapareciera el dolor asociado con él, pero esto no es siempre posible, no podemos aislar la causa tan fácilmente sin haber analizado nuestros sueños durante un largo período de tiempo.

**2) Los factores dietéticos:** que como causa del insomnio pueden ser importantes. La desnutrición general puede desempeñar algún papel en el insomnio.

**3) Los efectos medicamentosos directos:** diversos fármacos pueden producir insomnio, en sus dos formas, dificultad en dormirse y dificultad en permanecer dormido. Los estimulantes como la anfetamina y el metilofenidato tienen claramente este efecto entre las sustancias de interés especial para la psiquiatría, los inhibidores de la monoaminoxidasa y el etanol van frecuentemente asociados al insomnio. Aunque algunas personas utilizan una pequeña dosis de alcohol para relajarse y dormirse, la ingesta continua de grandes cantidades de alcohol da lugar a grandes distorsiones de las pautas normales de sueño, que supone frecuentes despertares durante la noche, con queja de sueño no relajante. Otros fármacos implicados en el insomnio son los antimetabolitos, los preparados tiroideos, los contraceptivos orales y los bloqueadores.

**4) El envejecimiento:** el aumento normal de edad va habitualmente asociado con la disminución del tiempo

del sueño y el aumento de los despertares nocturnos. Sin embargo hay una considerable variación; una considerable minoría de personas duermen mejor con el aumento de edad.

**5) Efectos de la retirada de fármacos:** una causa frecuente y a menudo no reconocida de insomnio es la retirada de fármacos. Puede presentarse dificultad para dormirse o para permanecer dormido. Este efecto se observa más llamativamente en la abstinencia de la medicación hipnótica, sobre todo de barbitúricos.

El insomnio en estos casos es bastante común, por ejemplo, tras la retirada de fenotiacinas y otros antipsicóticos. Ocasionalmente, la retirada de tranquilizantes menores como la benzodiacepinas, va asociada con el insomnio: de forma similar se produce ocasionalmente insomnio tras la retirada de antidepresivos más sedantes.

La ingesta de alcohol en grandes dosis continuas, produce una alteración de sueño durante su administración y tras su retirada. El período de retirada, a menudo duran semanas o más. El abuso de alcohol y drogas explica el 12% de todos los casos de insomnio descritos.

**6) El dolor:** cualquier dolor o estado que produce malestar, puede producir insomnio, habitualmente dificultad en dormirse.

El dolor se ha clasificado en tres tipos diferentes: dolor punzante, quemante y continuo. Otros términos empleados para describir diferentes tipos de dolor incluyen el pulsátil, el nauseoso, los calambres, términos bien conocidos.

El dolor punzante se percibe cuando se pincha con una aguja, o cuando se produce una cortada con cuchillo. También se percibe muchas veces cuando una zona amplia de la piel es irritada en forma difusa, pero intensa.

El dolor quemante, como lo dice su nombre, es el tipo

de dolor que se experimenta al quemarse la piel. Puede ser intensísimo, y es la variedad de dolor que hace sufrir más.

El dolor continuo de ordinario se percibe en la superficie del cuerpo, se trata de un dolor profundo que causa grados diversos de molestia.

El dolor continuo, de poca intensidad, en zonas amplias de la economía puede sumarse constituyendo a veces una sensación desagradable.

**7) La preocupación:** se trata del insomnio mental acompañado por el desgaste que provocan las preocupaciones.

Pero el insomnio mental es, con mucha frecuencia el más extendido y el responsable prácticamente de que el sueño se niega a muchos por una especie de inadaptación funcional a las condiciones de vida moderna: siendo realmente un subproducto de la misma.

Las preocupaciones pueden provocar una serie de enfermedades psicósomáticas como: úlceras, hipertensión, calambres, dolores de espalda, además provocan alteraciones del sueño como el insomnio, aunque éstas no parecen retribuciones, obtienen como resultado mucha atención.

**8) Factores familiares y económicos:** nuestra vida diaria se aleja, cada vez más, de las normas de la vida animal. Sufrimos del ambiente en que vivimos; los ruidos que nos persiguen y la agitación que se ofrece a nuestros ojos exacerban nuestros sentidos. La inestabilidad e inseguridad de nuestra existencia, la vida familiar, las interrelaciones que ésta conlleva y la inseguridad económica contribuyen a mantener un clima de inquietud. Los avances de la información escrita, hablada y visual multiplican los temas de interés y amplían el cuerpo de atención. Por todas partes, nuestro cerebro responde a nuevos alicientes. La mecanización, siempre mayor, rompe con las costumbres ancestrales; el ritmo laboral y su

orientación hacia el tecnicismo o el rendimiento reclaman una gran tensión nerviosa. Este exceso de actividad de nuestro organismo se mantiene, a menudo hasta la hora de dormir que finalmente pueden provocar insomnio.

**9) La ansiedad:** puede producir insomnio en ocasiones. En una persona joven y médicamente sana, alguna forma de ansiedad es probablemente la causa principal de insomnio.

Pancheri, P. (1982), señala que la ansiedad es una particular condición objetiva y subjetiva de sufrimiento, que se manifiesta cada vez que el individuo debe afrontar una situación de emergencia potencialmente peligrosa. La ansiedad tiene una precisa función por cuanto que estimula al individuo a tratar de poner en el acto un oportuno sistema de defensa para salir de la situación de peligro. Puede ser en el caso de un peligro externo físico, donde la estimulación del sistema simpático y el aumento de nivel de vigilancia, ponen al organismo en condiciones de afrontar más adecuadamente el peligro. En el caso de un peligro interno, como el derivado de una situación del conflicto, la tensión derivada del estado de ansiedad provocan mecanismos de defensa destinados a alejar el peligro.

Además es una experiencia común en todos los hombres en mayor o menor medida y es una característica constante de todos los comportamientos patológicos. En algunos casos la ansiedad representa el único elemento patológico observable (neurosis de ansiedad), mientras que en otros, es sólo uno o más de los numerosos síntomas presentados por el paciente y entra a formar parte de la sistemología específica de diversos cuadros patológicos.

La ansiedad también se considera como un estado emocional desagradable que se acompaña de excitación fisiológica y de elementos cognoscitivos como sensación de desastre inminente. Se distingue del miedo porque es una respuesta general y no una reacción ante un determinado

objeto o una situación.

La ansiedad al igual que la angustia, son dos manifestaciones distintas de algo que no se puede definir, que en el fondo es una misma cosa, un temor inexplicable. La mayoría de las neurosis parecen causadas por un miedo irracional exagerado, que generalmente llamamos ansiedad. el miedo racional es que siente una persona, cuando corre peligro real, como el miedo de cruzar una calle de intento tránsito, mientras que el miedo irracional, es el que se experimenta, cuando no se corre un gran peligro exagerado la probabilidad o grado de un posible peligro.

Le Gall, André. (1985). Afirma que la ansiedad puede ser clasificada como:

**La ansiedad de objeto:** ésta percibe el mismo objeto en los hechos, acontecimientos, y en la realidad vivida, a veces desmesuradamente, aumentada o falsamente interpretada.

**La ansiedad corriente:** siempre tiene la capacidad de enfrentarse a objetos o motivos, que la justifica en un estado psicológico trivial.

**La espera ansiosa:** ya no pertenece al campo psicológico corriente, desborda la normalidad, pertenece a la ansiedad flotante; dispuesta a apropiarse del contenido de la representación susceptible de proporcionarle un pretexto, tendencia a esperar una desgracia, en este caso la ansiedad se presenta discretamente en la situación psicológica actual del objeto: Un cierto desconcierto global vago.

**La ansiedad del inconsciente:** la ansiedad pertenece al inconsciente, y se trata de efectos reprimidos que provocan ansiedad, en su mayor parte inconsciente, esta ansiedad se desarrollo siempre en el yo, evidentemente (ya se experimenta), pero surge de la transmisión al inconsciente de una pulsión libinal.

**La ansiedad consciente de objeto:** se pasa de la inquietud a la ansiedad, simplemente por el aumento de los

tormentos psicológicos y los trastornos fisiológicos. Estas ( sudaciones, marcada aceleración del ritmo cardiaco y respiración, flaquear de las piernas) pueden servir de criterio y en su ausencia o su debilidad indican inquietud.

**La ansiedad antes del cambio:** se tiene que "afrentar" el tiempo de la hospitalización, desde la gestión, provocada por el alejamiento, sudaciones diurnas y nocturnas en cuanto la "idea" del próximo cambio del acontecimiento temido invade el espíritu durante el día y produce fantasmas más o menos directos durante el sueño. Correlativamente se hace más difícil organizar las ideas y afrontar claramente el problema. De aquí la impresión acentuada de ser desbordado, anegado por una dificultad que la ansiedad confunde y traumatiza.

Existen para Michael Fitzgibbon (1985) varias formas de ansiedad; las fobias es decir el miedo persistente e irracional a algo, habitualmente a un objeto o una situación es una de las formas más comunes de la ansiedad. Otro tipo de ansiedad es la "azorofobia" que es el miedo a estar solo o a permanecer en lugares con mucho público. Estas personas suelen insistir en que les acompañe alguien siempre que salen. Y finalmente hay que hablar de la "fobia simple" la cual consiste en el miedo a situaciones como la altura, a objetos o situaciones, los espacios cerrados, los perros, el agua, etc..

Existen algunos rasgos conductuales observables que hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad aunque no exista una comunicación verbal.

**Inquietud motora:** el ansioso está inquieto, no logra mantener la misma posición por largo tiempo, generalmente se tuerce las manos, a veces se muerde las uñas o lastima los labios con los dientes, en ocasiones tiene movimientos estereotipados o tics.

**Irritabilidad:** en los estados de la ansiedad, la tolerancia a los estímulos está reducida, en ocasiones basta

un estímulo acústico o visual que en condiciones normales se toleraría para producir reacciones motoras poco controladas. Asimismo, estímulos verbales caracterizados especialmente por una fuerte carga emotiva, pueden provocar reacciones agresivas desproporcionadas a la intensidad del estímulo.

**Perturbaciones del sueño:** acompañan con notable frecuencia a los estados ansiosos: generalmente dificultad para iniciar el sueño, hasta llegar al verdadero insomnio, además la mayoría de los sueños son de contenido angustioso o terrorífico.



## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas a los que nos enfrentamos día a día es la dificultad para conciliar el sueño. Las víctimas del insomnio sufren múltiples perturbaciones el desgaste físico y la inestabilidad psíquica provocadas por estas noches sin sueño, hacen envejecer prematuramente, poco a poco la noche se convierte en un tormento, agudizando así el fracaso de la agitación nocturna.

Siendo el insomnio un verdadero mal del siglo que afecta el equilibrio de nuestras vidas, la salud física y moral, ha sido en esta ocasión objeto de estudio ya que se considera que la mayoría de pacientes hospitalizados sufren de insomnio y lo van a manifestar en un momento determinado, por diferentes causas que afectan su estado anímico y que lleva implícito un alto grado de incidencias psíquicas, somáticas y conductuales que pueden originar alteraciones graves, si no se les da el tratamiento adecuado.

La trascendencia del insomnio en los pacientes hospitalizados determina muchas de las convalecencias que presentan de acuerdo al carácter de la enfermedad.

Por lo tanto el insomnio representa un trastorno dentro del proceso de recuperación que perjudica grandemente su estado de salud.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto se pregunta:  
¿Cuáles son las causas que con mayor frecuencia generan insomnio en pacientes hospitalizados?.

### 2.1. HIPOTESIS

$H_1$  El ambiente hospitalario causa insomnio en los pacientes.

$H_0$  El ambiente hospitalario no causa insomnio en los pacientes.

- H<sub>2</sub> El factor económico causa insomnio en los pacientes.  
 H<sub>0</sub> El factor económico no causa insomnio en los pacientes.
- H<sub>3</sub> Los factores de salud causan insomnio en los pacientes.  
 H<sub>0</sub> Los factores de salud no causan insomnio en los pacientes.
- H<sub>4</sub> Los factores familiares causan insomnio en los pacientes.  
 H<sub>0</sub> Los factores familiares no causan insomnio en los pacientes.
- H<sub>5</sub> La ansiedad es causa de insomnio en los pacientes.  
 H<sub>0</sub> La ansiedad no es causa de insomnio en los pacientes.
- H<sub>6</sub> Los pacientes hospitalizados comprendidos entre los 20 y 65 años de edad presentan insomnio.  
 H<sub>0</sub>. Los pacientes hospitalizados comprendidos entre los 20 y 65 años de edad no presentan insomnio.

## **2.2 VARIABLE DE ESTUDIO**

Ambiente hospitalario.

Insomnio

## **2.3. DEFINICION DE VARIABLES**

### **Definición conceptual:**

INSOMNIO: Incapacidad de dormir.

AMBIENTE HOSPITALARIO: ( del latín, - que rodea o cerca). Que tiene por regla el hospedaje y la asistencia de los fenómenos para ser tratados u operados.

### **Definición operacional:**

Las variables fueron operacionalizadas a través de

una encuesta y de la prueba psicométrica STAI-82.

#### **2.4. ALCANCES**

La investigación tendrá una cobertura de los pacientes que ingresen a la sala de traumatología y cirugía de la mano, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Quetzaltenango.

#### **2.5. LIMITES**

No se encontraron situaciones que puedan considerarse limitantes de la presente investigación. Por el contrario, en todo momento se contó con la colaboración de las autoridades del hospital y de los pacientes.

#### **2.6. APORTES**

El presente estudio suministra al profesional y al estudiante de psicología un informe conciso sobre la predisposición de ciertas personas que pueden llegar a padecer de insomnio y elevar su estado ansiolítico en determinadas situaciones. Siendo esto un atentado que perjudica su estado de salud.



### **III. METODO**

#### **3.1. SUJETOS**

Para la investigación de las causas del insomnio en pacientes hospitalizados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la Ciudad de Quetzaltenango, se realizó la aplicación del test STAI-82 a una muestra aleatoria en los pacientes que presentaron características sobre el tema y que estuvieron comprendidos entre 20 - 65 años que hablaban español y que estaban hospitalizados en la sala de traumatología y cirugía de la mano.

#### **3.2. INSTRUMENTOS**

##### **ENCUESTA:**

Se administró una encuesta que evalúa a través de 5 preguntas de respuesta cerrada cada una de los siguientes aspectos: ambiente hospitalario, factores de salud, factores económicos y factores familiares.

##### **INVENTARIO AUTOEVALUATIVO STAI-82**

Con este instrumento se midió la ansiedad en diferentes niveles.

Inicialmente se constituye como prueba clínica para ser empleada como instrumento en el campo psicopatológico, aunque casi desde el principio se aplica en trabajos de investigación.

El STAI se compone de dos escalas distintas (SE = Ansiedad estado y SR = Ansiedad -rasgo), cada una con veinte elementos de cuatro alternativas. La persona ha de definirse en algunas de estas alternativas en cada elemento. A través de estas definiciones personales conseguimos dos coeficientes de ansiedad, uno en cada escala.

La ansiedad la concebimos como situación o condición emocional del hombre impregnada de sentimientos tensionales característicos, inquietud consciente y activa

del sistema nervioso autónomo.

Este estado acostumbra a fluctuar con el tiempo tanto en intensidad como en aspectos cualitativos, que les dan en algunos casos el carácter patológico.

La posibilidad de cambio de estos estados es lo que favorece la acción psicoterapéutica del tiempo y la actuación efectiva del terapeuta.

La escala ansiedad-rasgo (SR) mide la ansiedad en la dimensión más pregnante de la personalidad y por lo tanto, es más arraigada y menos temporal.

En este caso se considera el grado ansioso como modo de ser más que como modo de estar en un momento dado. Se considera más como una disposición conductual adquirida que como consecuencia genética de herencia. Entra en el campo de las diferencias clínicas individuales por las que las diversas personas tienden a diverso modo responder a situaciones percibidas como peligrosas con elevaciones del grado de intensidad de la ansiedad como estado de ánimo. Afecta a los motivos de actuación habitual característico de la dinámica de cada uno.

El inventario STAI - 82 trata igualmente de cuantificar en esas dos dimensiones la ansiedad. La ansiedad estado, como energía dinámica, alude el proceso empírico reactivo que se realiza en un momento dado y en un grado determinado de intensidad según la idiosincracia de cada persona y la circunstancia que desencadena la disposición latente a manifestar cierto tipo de reacción.

En resumen la ansiedad rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones tensionales con cantidades variables de ansiedad crítica.

Normalmente quienes califican alto en la escala más frecuentemente que los individuos que califican bajo. Aquellos tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Probablemente responderán también con un incremento

en la intensidad de la ansiedad - estado en circunstancias que suponen relaciones inter-personales que amenazan la auto estima o seguridad personal.

### **3.3. PROCEDIMIENTO**

Para la ejecución de la investigación se procedió a realizar la formulación del tema y proponerlo ante el Consejo de las Facultades de Quetzaltenango. Siguiendo los procedimientos indicados dentro del contexto de la tesis como lo son: Sumario, bibliografía, índice de acuerdo con el asesor se redactó el marco teórico y se solicitó al Consejo de la Universidad su aprobación.

### **3.4. DISEÑO**

El tipo de diseño que se utilizó es el exposfactum porque la investigación es de tipo descriptivo y porque las variables no van a ser controladas ni manipuladas. El investigador no puede asignar al azar los grupos ni sujetos, ni experimentar porque no es el caso de una investigación experimental.

### **3.5. METODOLOGIA ESTADISTICA**

Para la investigación se trabajó con: fiabilidad de proporciones y significación de diferencia de medias.

#### **SIGNIFICACION DE PROPORCIONES**

1. Se determina el nivel de confianza. 5%= 1.96
2. Se halla el error de la proporción .

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{p \cdot q}{N}}$$

3. Se determina el error muestral máximo  
E=  $\sigma_p \cdot 1.96$

4. Se conforma el intervalo confidencial

$$IC = p + E$$

#### (SIGNIFICACION DE DIFERENCIA DE MEDIAS)

Se establecen los siguientes pasos: Aguirrezabal (S.N.B.).

1.- Establecer el nivel de confianza.

$$5\% = 1.96$$

2. Hallar la diferencia de las medias

$$d = \bar{X}_1 - \bar{X}_2$$

3. Hallar el error típico de la diferencia

$$\sigma_d = \sqrt{X_1 + X_2}$$

4. Hallar la razón crítica

$$Rc = \frac{d}{\sigma_d}$$

#### IV. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1  
**AMBIENTE HOSPITALARIO**

PREGUNTA	OPCIONES	No.	%	P	$\sigma_p$	$\epsilon$	Ls	LI	FIABLE
1	SI	45	90	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
2	SI	30	60	0.60	0.069	0.13	1.7	0.1	"
	NO	20	40	0.40	0.069	0.13	1.7	0.1	
	TOTAL	50	100						
3	SI	30	60	0.60	0.069	0.13	1.7	0.1	"
	NO	20	40	0.60	0.069	0.13	1.7	0.1	
	TOTAL	50	100						
4	SI	40	80	0.80	0.56	0.11	0.91	0.70	"
	NO	10	20	0.80	0.56	0.11	0.91	0.70	
	TOTAL	50	100						
5	SI	40	80	0.80	0.56	0.11	0.91	0.70	"
	NO	10	20	0.80	0.56	0.11	0.91	0.70	
	TOTAL	50	100						

En el cuadro anterior se puede observar que un dato relevante es que los pacientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la Ciudad de Quetzaltenango manifestaron que el ambiente hospitalario si es un factor predisponente al insomnio, debido a la precaria situación que supone el quedar a merced de un sistema, el estado emocional del paciente se agrava debido a que está expuesto a constantes intromisiones, el enfermo abriga el íntimo sentimiento, los símbolos agudos de la neutralidad afectiva del hospital rodeado de numerosas personas provistas todas ellas de símbolos de su condición, el ingresar a un proceso rutinario donde no puede ni conservar ni sus propios vestidos.

Un hecho agravante, de la situación, lo constituye la restricción de la comunicación tanto del punto de vista de su frecuencia. Estos procesos afectan a todos los pacientes independientes de la situación individual de la enfermedad. Esta denudación de su condición, que tiene su contrapartida en la imposición de una regresión hacia la cuasi infancia, las barreras generales establecidas entre el personal así también el número, muchas veces desconcertante, de los que trabajan en el departamento, coloca al paciente ante el problema de encontrar su identidad.

Con base a los resultados presentados en el cuadro 1 y a lo expuesto en su interpretación se acepta la hipótesis alterna 1 y 6 que dicen:

$H_1$  : El ambiente hospitalario causa insomnio en los pacientes.

$H_6$ : Los pacientes hospitalizados comprendidos entre los 20 y 65 años de edad presentan insomnio.

CUADRO No 2  
**FACTOR ECONOMICO**

PREGUNTA	OPCIONES	No.	%	P	$\sigma_p$	$\epsilon$	Ls	Li	FIABLE
1	SI	45	90	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
2	SI	45	90	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
3	SI	45	90	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
4	SI	10	20	0.20	0.56	0.11	0.91	0.70	"
	NO	40	80	0.80	0.056	0.11	0.91	0.70	
	TOTAL	50	100						
5	SI	45	90	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.90	0.04	0.08	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						

El análisis referido al cuadro No. 2 demuestra un alto porcentaje de la muestra en que la mayoría de los pacientes hospitalizados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la ciudad de Quetzaltenango, el factor económico influye en el sostén de la familia. Además al estar suspendidos en sus labores sólo reciben las dos terceras partes de su sueldo lo que viene a perjudicar su recuperación; lo que hace de su vida dentro del hospital un hostigamiento de preocupación; lo que hace de su vida dentro del hospital un hostigamiento de preocupación de la existencia de la vida familiar y contribuye a mantener un clima de inseguridad y de tensión nerviosa, este exceso se mantiene a menudo hasta la hora de dormir que finalmente pueden provocar insomnio.

Con base a lo anterior se acepta la hipótesis alterna No. 2 que dice:

H<sub>2</sub> El factor económico causa insomnio en los pacientes.

CUADRO No. 3  
**FACTOR SALUD**

PREGUNTA	OPCIONES	No.	%	P	$\sigma_p$	$\epsilon$	Ls	Li	FIABLE
1	SI	45	90	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
2	SI	40	80	0.06	0.08	0.98	0.98	0.82	"
	NO	10	20	0.06	0.08	0.98	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
3	SI	45	90	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
4	SI	10	20	0.06	0.08	0.98	0.98	0.82	"
	NO	40	80	0.06	0.08	0.98	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
5	SI	45	90	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						

Los resultados del cuadro No. 3 determinan la fiabilidad de la muestra; se puede observar que el factor

salud es una de las causas externas que producen insomnio ya que el paciente se preocupa por su estado actual, y las cosas que la enfermedad le impiden hacer, el dolor que siente, la angustia por no conocer los resultados finales de un diagnóstico, además les cuesta conciliar el sueño. Los pacientes que duermen bien van a tener efectos en su estado de salud, el organismo se fatiga con facilidad lo que prueba un desequilibrio general. El metabolismo en conjunto se perturba, la coordinación de las distintas funciones se desordenan, lo que viene a dar resultados negativos en su salud, como tensión nerviosa, irritables, depresivos, preocupación, de esta forma, el descanso cotidiano insuficiente compromete la salud del paciente pues perjudica el carácter y disminuye las dificultades todo esto provoca alteraciones del sueño como el insomnio.

Por lo expuesto y considerando los estadísticos del cuadro número 3 se acepta la hipótesis alterna 3 que dice:

$H_3$  Los factores de salud causan insomnio en los pacientes.

CUADRO No. 4  
**FACTORES FAMILIARES**

PREGUNTA	OPCIONES	No.	%	P	$\sigma_p$	$\epsilon$	Ls	Li	FIABLE
1	SI	20	40	0.07	0.14	1.04	0.21	0.07	"
	NO	30	60	0.07	0.14	1.04	0.21	0.07	
	TOTAL	50	100						
2	SI	10	20	0.06	0.11	0.31	0.98	0.82	"
	NO	40	80	0.06	0.11	0.31	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
3	SI	45	90	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
4	SI	10	20	0.06	0.11	0.31	0.98	0.82	"
	NO	40	80	0.06	0.11	0.31	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						
5	SI	45	90	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	"
	NO	5	10	0.04	0.08	0.98	0.98	0.82	
	TOTAL	50	100						

Del resultado del cuadro No.4 se infiere que los

pacientes hospitalizados se mantiene ansiosos debido a la problemática que representa la relación con su grupo familiar, y es que él está consciente de sus limitaciones físicas al no poder estar presente en el hogar para seguir siendo el que vele por las necesidades afectivas y materiales de su hogar. Por otra parte sus familiares los visitan poco; ya por distancia, por tiempo o falta de recursos económicos; consecuentemente, el conjunto de causas y efectos de su entorno familiar, lo deprimen y le causan ansiedad al sentirse impotente ante sus responsabilidades, la familia es un apoyo muy importante dentro del proceso de recuperación del paciente que se encuentra hospitalizado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la Ciudad de Quetzaltenango.

Por tanto se acepta la hipótesis alterna No. 4 que dice:  
 $H_4$  Los factores familiares causan insomnio en los pacientes.

CUADRO No. 5

**DETERMINACION DE ANSIEDAD POR LA DIFERENCIA DE LAS ESCALAS**

MUESTRA	N	$\bar{X}$		RC	RC	E
SE	50	45.74	7.19	1.03	0.87	196 > 0.87 sig
SR	50	44.40	7.95	1.14	1.96	> 0.87 no significativa

Los resultados permiten inferir que la diferencia no es significativa entre las dos escalas. Por tanto se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula No. 5 que dice:

$H_0$  La ansiedad no es causa de insomnio en los pacientes.

A pesar de este resultado debe considerarse que existen muchos factores predisponentes de la ansiedad y

que efectivamente provocan trastornos en la personalidad de los enfermos, por la repercusión que tienen para ellos los aspectos de familia, salud, factor económico y ambiente hospitalario.

## V. DISCUSION

La temática estudiada permite arribar a la confrontación de la teoría sustentada por los autores que se relaciona con la investigación de campo, que le dan un rigor científico al trabajo "CAUSAS DEL INSOMNIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS", realizado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la ciudad de Quetzaltenango.

El propósito de este estudio constituye comprobar como las diversas causas y factores que influyen en los pacientes hospitalizados al manifestar insomnio, causas que afectan su estado anímico y que llevan consigo una alta incidencia de alteraciones psíquicas, somáticas y conductuales, que pueden llegar a mayores consecuencias.

Scandel, J. (1,973), dice que las condiciones ambientales del mundo en que el enfermo se encuentra, las preocupaciones conllevan perturbaciones del sueño y acompañan con notable frecuencias a los estados ansiosos: generalmente dificultad para iniciar el sueño; pero también despertar precoz, hasta llegar al verdadero insomnio.

El dolor físico proveniente de su sintomatología, además de sus problemas familiares que vienen a perturbar su tranquilidad dentro del área hospitalaria, crea en ellos un ambiente de incertidumbre.

Shraml, J. (1975). El paciente ingresa a un proceso rutinario y se encuentra rodeado de numerosas personas provistas todas ellas de símbolos de su condición, cuando muchas veces él no puede conservar ni sus propios vestidos. La precaria situación que supone quedar a merced de un sistema cuya orientación integral responde a las condiciones del paciente, el estado emocional del mismo se agrava debido a que está expuesto a constantes intromisiones en la esfera de su intimidad y crea en ellos la angustia.

Ahora bien, el enfermo está dispuesto a pasar esa crisis; pero todo ello lleva un conjunto de actitudes conscientes e inconscientes que él irá manifestando, como una respuesta al enfrentamiento de su actitud frente a sí mismo y frente a su ansiedad.

Scandel, J. (1973), dice que también se considera que las formas de insomnio son múltiples y mientras unos no pueden conciliar el sueño, otros lo hacen rápidamente pero se despiertan antes de tiempo, a primeras horas de la madrugada. El insomnio continuo es deprimente. El organismo se fatiga con facilidad lo que se prueba un desequilibrio general.

El paciente que sufre de insomnio es a menudo fácilmente irritable y se encuentra de algún modo deprimido por su condición.

El paciente no encuentra explicación racional para su reacción, ni peligros reales que pudieran dar cuenta de tan gran temor sobre una base de angustia.

La Gran Enciclopedia Rialp (1984), dice: que el insomnio puede equivaler sencillamente a un retraso en la conciliación del sueño. El malestar del enfermo lo produce no solamente el hecho de encontrarse desvelado, sino de una serie de sensaciones físicas tales "hormigueo", dolor difuso de las extremidades, adormecimiento o actividades incontrolables de las mismas.

Shraml, J. (1975), sostiene que el paciente es el objeto social central de la actividad clínica, incluso cuando los fines perseguidos por la organización no pretenden su salud. El marco subcultural de la institución "hospital" es determinante de su situación.

La situación propia del paciente y no sólo la del personal, determina el carácter de dilema que tiene su posición dentro de la organización sin pertenecer a ella; por lo menos

en el ámbito clínico tiene que acatar las disposiciones del personal y, en función razón de su estado y de su función, tiene el mismo tiempo "poder" sobre el sistema y sobre los responsables del mismo, a pesar de su frecuente interacción con el personal vive un mundo social distinto, en el que el paciente ingresa a un proceso rutinario.

Shraml, J. (1975), señala que un hecho extraordinariamente agravante de la situación, lo constituye la restricción de la comunicación, tanto desde el punto de vista de su frecuencia como de sus contenidos. "Es buen paciente el que acepta" lisa y llanamente, de una vez por todas, la definición de la situación dada por el médico (como representante del problema) él habla sólo cuando se le pregunta o cuando tiene que decir algo importante, para alabanza y ayuda del sistema. Iniciar contacto directo con el médico (padre) o la cuasi- madre (enfermera), algo que se califica de alguna manera como falta de respeto, lo que produce en el paciente - a la vista de la rigidez y complejidad de la estructura de la comunicación y ante la inestabilidad emocional primariamente condicionada por la enfermedad y reforzada después por la situación clínica.

Scandel (1973), dice que por lo tanto, los pacientes difieren en sus reacciones emocionales ya que son diferentes tipos de problemas los que vienen a perturbar sus momentos de tranquilidad y se hacen aun más presentes cuando quieren conciliar el sueño y lo que consiguen es llegar a tener insomnio, lo que quedó demostrado en el cuadro No. 1, donde se observa que el 90% de los pacientes presentan dificultad para conciliar el sueño.

La reacción del paciente es efectuada también por la magnitud de otras crisis en su vida por la forma en que se han recuperado de ellas y por sus recursos y posiciones personales.

Durante el tiempo dentro del hospital se ha tenido la

oportunidad de estar frente a pacientes que están entregados a su enfermedad y sumen en su dolor y en la desesperación; otros hacen de su enfermedad una dependencia psicológica que viene a sumarse a otros problemas que no dejan que el paciente pueda superar su situación, esto viene a repercutir en otras causas que perjudican la recuperación total del paciente.

El hecho de no llamar al paciente por su nombre y sólo etiquetarlo por un número conlleva quitarle su verdadera identidad y de no sentirse un ser humano.

Shraml, J. (1975). Dice que el mundo progresa técnicamente pero el problema de la comunicación humana es tan difícil, lo contrario es que el hombre se comunica mucho más difícilmente con los demás de como lo hacia antes.

Ahora bien, el problema del insomnio está íntimamente relacionado con los diversos factores que predisponen al paciente a conciliar el sueño como la salud,( ver cuadro No.3), la familia ( cuadro No.4), el aspecto económico,( cuadro NO.2) el ambiente hospitalario, el proceso de rutina en que entra el paciente en algunas ocasiones, el paciente que sabe que va a perder un miembro o van a quedar con alguna invalidez, total o parcial y que no podrá llevar una vida totalmente normal.

Todo esto conlleva a un grave problema y es que se debe descubrir en el hombre su estructura espiritual a través de la existencia de la enfermedad, de ofrecerle la esperanza de transformar el sentido de su vida de considerarse seres vivos en el mundo y cambiar de un plano a otro de lo material a lo espiritual, por lo que el enfermo puede ver otra forma de esperanza, que no está en los bienes materiales sino más allá de ellos en una trascendencia mucho más verdadera del sentido de la vida.

Scandel, J. (1973), sostiene que las causas del insomnio en los pacientes hospitalizados se deben a diversos factores que dentro y fuera del hospital van a desencadenar una serie de trastornos que van a ser consecuentes al origen del insomnio.

Confirmando lo anterior y según el estudio realizado, el insomnio es un síntoma que puede tener causas muy diferentes, algunas de estas empiezan a ser entendidas como la ansiedad o tensión, cambio ambiental, miedo al insomnio, dolor o malestar, medicamentos, cambio de horario, depresión, enfermedad, apnea de sueño, mioclonia nocturna, familia, salud, factor económico, drogas.

Por lo tanto, las causas que originan el insomnio, irán de acuerdo a la predisposición del estado y situación del paciente. Únicamente podrá salir de este estado a través de una ayuda humana personal, suministrada por todas aquellas personas que se relacionen con el paciente por un profesional.



## **PROPUESTA**

### **IMPLEMENTACION DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DENTRO DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD DE QUETZALTENANGO.**

#### **PRESENTACION**

El carácter de la propuesta lleva implícita la formación del recurso humano dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la Ciudad de Quetzaltenango, para ofrecer con ello una mejor atención a los afiliados que se encuentren hospitalizados en la sala de traumatología y cirugía de la mano.

El propósito es ayudar al paciente hospitalizado que sufre de diferentes problemas emocionales que vienen a perjudicar grandemente su proceso de recuperación, como lo es el insomnio, este es deprimente y un atentado contra la salud si no se le da la atención y solución al problema adecuadamente.

#### **NATURALEZA**

Lo que se propone en esto, es que una persona capacitada profesionalmente dentro del campo de la psicología asuma la responsabilidad de tratar los problemas emocionales por lo que atraviesa el paciente hospitalizado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y logre con ello disminuir las afecciones psíquicas por las que conllevan al verdadero insomnio.

#### **OBJETIVOS**

Ayudar al paciente hospitalizado a que supere sus crisis emocionales, por las que atraviesa para una mejor recuperación.

Concientizar y humanizar al personal de que la comunicación es un factor importante dentro del área hospitalaria para una mejor relación del personal con el

paciente en su tiempo de estancia dentro del hospital, ya que es un mal del siglo, en lo cual no se pueden entender los seres humanos.

Incentivar por medio de esta investigación, que participe la institución y se logre desarrollar la propuesta planteada para que funcione el departamento de psicología en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la Ciudad de Quetzaltenango, por ser de vital importancia en la incidencia de la recuperación del paciente, siendo un aliciente para él.

Tratar que el paciente que se encuentra hospitalizado, se le de el apoyo emocional adecuado y sea manejado específicamente por un profesional ya que con ello se lograría una mejor recuperación y se evitaría caer muchas veces a somníferos que vienen a perjudicar la salud del paciente ahí recluido.

Que todo paciente que ingrese al centro hospitalario se le llame por su nombre para no caer en el error de despersonalizarlo, esta denudación de su condición, que tiene su contra partida sólo hace que se pierda la verdadera identidad del paciente y a ponerle barreras generales establecidas entre él y el personal, esto coloca al paciente ante el problema de encontrar un equilibrio emocional.

## **INVESTIGACION**

Esto se interpreta como un estudio completo de los intereses y necesidades que presentan los pacientes que ingresan a las salas de traumatología y cirugía de la mano. Este estudio permitirá una información completa al respecto de la problemática económica, social y psicológica de cada persona en particular, lo que permitirá elaborar un diagnóstico situacional y conocer recursos y potencialidades del paciente para determinar hasta dónde puede llegar a prosperar un tratamiento particular y grupal. Con toda la información obtenida se podrán establecer las causas que producen insomnio y la repercusión de los efectos

que tiene en su entorno, ya que estos son los que hacen más difícil su proceso de recuperación por la problemática emocional que desencadenan.

## **PLANIFICACION**

El plan de trabajo que se estructura con la base al diagnóstico obtenido de acuerdo a los componentes siguientes:

- Test Psicológicos
- Boletas de opinión
- Entrevista directa
- Visita hospitalaria.

## **DESARROLLO:**

Consiste que dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad social de la ciudad de Quetzaltenango. Funcione el departamento de psicología ajustando a las necesidades e intereses de la Institución para un mejor servicio a los afiliados, que ahí se encuentren recluidos, por diversos problemas de salud, además siendo el insomnio un problema grave y un atentado contra la salud es importante tratarlo y buscar las posibles soluciones para que el paciente no caiga a otros problemas que van a ser mucho más largo y lento su proceso de recuperación.

**TEMATICA:** la temática será estructurada de acuerdo a las necesidades humanas enmarcadas, en los diversos factores predisponentes al insomnio y de los problemas emocionales que atraviesa el paciente.

**METODOLOGIA:** desarrollar terapia individual, se utilizarán técnicas grupales y medios didácticos.

**RECURSOS:** humanos, materiales, financieros y acceso a pruebas psicológicas.

## **EVALUACION:**

Aún cuando la evaluación esté inmersa en todo el proceso, es importante realizar, entrevistas personales y administración de instrumentos específicos a los pacientes que se encuentren hospitalizados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la ciudad de Quetzaltenango, esto permitirá establecer los diversos factores predisponentes en general al insomnio por lo tanto la evaluación tendrá que hacerse periódicamente, es decir mensual y anual para determinar los avances de los tratamientos y para retroalimentar los niveles de eficiencia de la propuesta.

## **RECURSOS HUMANOS**

Elemento importante lo constituye, la participación del profesional dentro del campo de la psicología prestando sus servicios en la rama de salud dentro del campo de su especialidad. Contratando para el efecto a un profesional de la psicología a tiempo completo que se encargue del tratamiento individual y grupal de los pacientes y personal de la institución.

## **RECURSOS MATERIALES**

Están referidos a documentos escritos, como material psicológico de acuerdo a la temática y contenidos que presta la institución, asimismo los materiales de uso como: edificio, biblioteca, local.

## **RECURSOS FINANCIEROS**

La institución negociará el financiamiento del mencionado proyecto a través de los trámites del departamento de psicología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ubicado en la ciudad capital.

## VI. CONCLUSIONES

- A. Los pacientes que son víctimas del insomnio sufren múltiples perturbaciones, el desgaste físico y la inestabilidad psíquica provocadas por estas noches sin sueño, hacen que se conviertan en un tormento, agudizando así el fracaso de la situación nocturna.
- B. La vida diaria del paciente se aleja cada vez más de las normas de la vida animal. Se sufre el ambiente en que se vive; la inestabilidad de la existencia, la vida familiar y económica constituyen un clima de inquietud, todo esto reclama una tensión nerviosa. Este exceso de actividad del organismo se mantiene a menudo hasta la hora de dormir que finalmente puede provocar insomnio.
- C. El insomnio afecta aún más la salud del enfermo y es más difícil su situación a un proceso de recuperación, por lo que necesita de otro ser humano que sepa convivir con él, además de resolverle un problema médico.
- D. Lo que provoca el insomnio en los pacientes hospitalizados, es la predisposición a los diferentes factores, los cuales predisponen al paciente a llegar al verdadero insomnio.
- E. El insomnio es un síntoma que puede llegar a tener causas muy diferentes, por lo tanto se tiene que descubrir los sentimientos que se abrigan con respecto a miedos en los sueños, pero con frecuencia estos son tan abrumadores que no se logra dormir, y si se pudiera descubrirlo y enfrentarlo sería muy probable que desapareciera el insomnio.

- F. A los pacientes que sufren de insomnio generalmente se les trata con sedantes, sin averiguar las causas que producen esta situación, este tratamiento sólo hace caer al paciente en depresión y dependencia a una droga sin encontrar la solución verdadera del problema.

## VII. RECOMENDACIONES

1. Que todo paciente que presente insomnio reciba entrenamiento psicológico que le permita identificar las circunstancias que están originando el problema y confrontarlas con los agentes ambientales peligrosos.
2. Debe procurarse que exista una comunicación frecuente, significativa y franca entre el paciente y el personal paramédico.
3. Es necesario ayudar al paciente al descubrimiento de su situación y de su dimensión trascendental, mayormente en aquellos casos en que no se pueda curar del todo, pues en caso contrario persistiría su dolencia e incapacidad.
4. Deberá examinarse el nivel de propensión al insomnio de los pacientes e identificar las defensas psicológicas para el control del mismo.
5. Resulta importante que todo centro hospitalario cuente entre su personal, con un psicólogo, para prestar mejor servicio al paciente.
6. En futuras investigaciones sería conveniente que se analizara previamente la utilización del test STAI-82 debido a que en la presente investigación no se logró el resultado esperado.
7. Que al no darse por agotado el tema con el presente estudio es recomendable que otros investigadores profundicen en él, ya que repercutirá en beneficio de los pacientes hospitalizados, en el Instituto de Seguridad Social de Quetzaltenango.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Achaerandio (1,992) **Iniciación a la práctica de la investigación**, 5a. Ed. Guatemala Ed. Universidad Rafael Landívar.

Barday, M. (1,978) , **Angustia y trastornos neuróticos**, 2da. ed., Barcelona (España) edit. Herder.

Durán Calderón, M. (1,977) **Aspectos psicológicos de la ambientación hospitalaria**. Tesis de grado. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.

Fitzgibbon, M. (1,985) **Cómo vencer los miedos y la angustia**. Madrid Edit. Alhambra.

Guyton, A. (1,992). **Tratado de fisiología médica**. 8a. Ed. México Mc. Graw-Hill, Inc.

Kaplan, I. y Sadok, B. (1989). **Comprendido de psiquiatría**. 2da. Ed. Barcelona Salvat Editores.

López Rodríguez, A. (1,991). **Ansiedad y psicoterapia**. Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.

Le Gall, A. (1,985). **La ansiedad y la angustia**. Barcelona (España) edit. Oikos - Tau.

Morales Díaz, C.J.(1,993). **Causas y síntomas de la ansiedad en pacientes preoperatorios**. Tesis de Grado. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.

Morris, C. G. (1,988). **Psicología un nuevo enfoque**. 5a. ed. (Traduc. R.M.R.S.) México edit. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.

Paupst, C. y Robinson, T. (1,979) El libro de Dormir. Madrid, España. Edit Edaf.

Pancheri P. (1,982). **Manual de psiquiatría clínica**. México edit. Trillas, S.A.

Scandel, J. (1,973). **Victoria sobre el insomnio**. Bilboa (España) Edit. Mensajero.

Shraml, J. (1,975). **Psicología clínica**. 2da. ed. Barcelona (España), Edit. Herder.

### **OTRAS FUENTES**

- Gran Enciclopedia Rialp. Ediciones Rialp, S.A. Tomo XII Madrid 1,984

- Ley Orgánica del I.G.S.S. (1,989), 4a. ed. Guatemala, reprod. Del I.G.S.S.

## ANEXOS



### DISTRIBUCION DE LA MUESTRA

Pacientes	Edades	No. de casos	%
20	25	5	10
26	30	4	8
31	35	11	22
36	40	14	28
41	45	2	4
46	50	3	6
51	55	4	8
56	60	1	2
61	65	6	12
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>100%</b>

En el cuadro anterior se presenta la manera en que está conformada la muestra de la investigación, el número de pacientes por cada rango de edad y el porcentaje que representa con relación al total.

<b>ESTADISTICOS PRINCIPALES ( STAI- 82)</b>		
Estadísticos	SE	SR
N	50	50
Xmin	20	26
Xmáx	62	64
Rango	34	38
Mediana	47	45
Media	45.74	44.4
Error Estándar	1.01	1.12
Varianza	51.79	63.18
Desviación Estándar	7.19	7.95
Coefficiente de variación	15.73	17.90
Asimetría	0.87	0.04
kurtosis	0.238	0.005

El cuadro presenta los principales estadísticos obtenidos en las dos escalas de la prueba STAI- 82.



## **ENCUESTA**

### **AMBIENTE HOSPITALARIO**

1. Le cuesta conciliar el sueño después que se le da el medicamento por el cambio de horario  
SI NO
2. Observa que el personal trata con rutina su situación de necesidad.  
SI NO
3. Se siente nervioso por estar en el hospital.  
SI NO
4. Le afecta el cambio ambiental.  
SI NO
5. Ha tenido comunicación con el personal.  
SI NO

### **FACTORES DE SALUD**

1. Le preocupa su estado de salud por algún impedimento.  
SI NO
2. Se siente nervioso ahora.  
SI NO
3. El dolor que mantiene es continuo  
SI NO
4. Anteriormente padecía de insomnio.  
SI NO
5. Le cuesta conciliar el sueño aquí en el I.G.S.S.  
SI NO

## **FACTORES ECONOMICOS**

1. El sueldo que le da el I.G.S.S. cubre sus necesidades.  
SI NO
2. Le preocupa su estado económico ahora.  
SI NO
3. Es usted el único sostén económico en su familia.  
SI NO
4. Tiene otros ingresos.  
SI NO
5. Le preocupa estar suspendido en sus labores.  
SI NO

## **FACTORES FAMILIARES**

1. Lo visita su familia.  
SI NO
2. Su familia es numerosa  
SI NO
3. Tiene problemas familiares  
SI NO
4. La seguridad de su casa depende de usted.  
SI NO
5. Vive con su familia.  
SI NO

## ESCLARECIMIENTO DE TERMINOS DIFICILES

**Apnea de sueño:** Durante el sueño el control respiratorio es menos rígido que en la vigilia y ocurren períodos breves de apnea en adultos normales.

**Diagnóstico:** Determinación de una enfermedad por los síntomas.

**Dolor difuso:** Sufrimiento, padecimiento físico extenso.

**Exógeno:** Que se origina en el exterior del cuerpo, que es debido a una causa externa.

**Endógeno:** Originado dentro del organismo, independientemente de los factores externos, opuestos a exógeno.

**Exhaustivamente:** Que agota o apura por completo.

**Electroencefalográfico:** Parte de la medicina que trata de la obtención e interpretación de los electroencefalogramas.

**Hipocondría:** Síndrome caracterizado por preocupación exagerada y de los sufrimientos, reales o imaginarios; es una forma de melancolía.

**Metabolismo:** Conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos vivos experimentan las sustancias introducidas o en las que ellas forman.

**Mioclónica nocturna:** Término general para los movimientos musculares de pequeña extensión sin efecto locomotor.

**Narcolepsia:** Estado morboso caracterizado por accesos recidivantes irresistibles de sueño profundo; sueño paroxismal.

**Neurofisiológico:** Fisiología del sistema nervioso

**Somáticas:** Relativo al cuerpo, especialmente en oposición o psíquico y funcional, relativo a lo que constituye la armazón, en distinción de las vísceras.

**Sintomatología:** (del gr. Symptoma, -atos, síntoma y logos tratado) Parte de la patología que estudia los síntomas de las enfermedades; semiótica; fenomenología.

**Tics:** Movimiento espasmódico mimico habitual, repetido e involuntario, análogo a un movimiento intencionado que ocurre en la cara en personas psiconeuróticas.

