

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN PACIENTES ADULTOS CON
TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA EN EL ÁREA DE
NEUROPSICOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS."**

TESIS DE GRADO

MARÍA CRISTINA BOLAÑOS VÍQUEZ
CARNET 26534-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN PACIENTES ADULTOS CON
TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA EN EL ÁREA DE
NEUROPSICOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

MARÍA CRISTINA BOLAÑOS VÍQUEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. TANIA ELIZABETH GUILLIOLI SCHIPPERS

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GLORIA PATRICIA SAMAYOA AZMITIA

Guatemala, 25 de noviembre de 2015

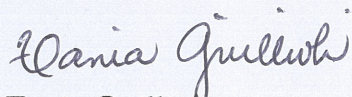
Señores
Consejo de Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Ciudad

Estimados Señores del Consejo:

Atentamente me dirijo a ustedes para someter a su consideración el trabajo de tesis de la estudiante María Cristina Bolaños Víquez, carnet 2653411, previo a optar el título de Psicóloga Clínica, en el grado académico de Licenciada.

He asesorado el trabajo de investigación cuyo título es *Evaluación de las funciones cognitivas en pacientes adultos con Trastornos del Sueño- Vigilia que asisten a Consulta Externa en el área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios*, y considero que llena satisfactoriamente los requisitos para su aprobación. Por lo anterior, me permito solicitar se nombre revisor para que establezca el dictamen correspondiente.

En espera de su favorable resolución, me es grato suscribirme, atentamente,



Tania Guillioh
Licenciada en Psicología
Asesora



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 051108-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARÍA CRISTINA BOLAÑOS VÍQUEZ, Carnet 26534-11 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05506-2015 de fecha 7 de diciembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA EN EL ÁREA DE NEUROPSICOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 8 días del mes de diciembre del año 2015.



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

Irene Ruiz Godoy.

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

ÍNDICE

RESUMEN	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Trastornos del sueño- vigilia	19
1.1.1 Trastorno de insomnio	20
1.1.2 Trastorno de hipersomnia	23
1.1.3 Narcolepsia	24
1.1.4 Trastornos del sueño relacionados con la respiración	26
1.1.4.1 Apnea e hipopnea obstructiva del sueño	26
1.1.4.2 Apnea central del sueño	27
1.1.4.3 Hipoventilación relacionada con el sueño	28
1.1.5 Trastornos del ritmo circadiano del sueño- vigilia	28
1.1.6 Trastornos del despertar del sueño no REM	30
1.1.7 Trastorno de pesadillas	30
1.1.8 Trastorno del comportamiento del sueño REM	31
1.1.9 Síndrome de piernas inquietas	32
1.1.10 Trastornos del sueño inducido por sustancias/ medicamentos	33
1.2 Funciones cognitivas	34
1.2.1 Memoria	35
1.2.2 Orientación espacial y temporal	37
1.2.3 Concentración y Cálculo	37
1.2.3.1 Atención	38
1.2.4 Lenguaje	39
1.2.5 Pensamiento	41
1.2.6 Percepción	41
1.3 Relación y consecuencias del sueño en las funciones cognitivas	43
1.4 Adulthood emergente y temprana	44

II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
	2.1 Objetivos	48
	2.1.1 Objetivo general	48
	2.1.2 Objetivos específicos	48
	2.2 Elemento de estudio	48
	2.3 Definición de elemento de estudio	48
	2.3.1 Definición conceptual	48
	2.3.2 Definición operacional	49
	2.4 Alcances y límites	49
	2.5 Aporte	49
III.	MÉTODO	51
	3.1 Sujetos	51
	3.2 Instrumento	52
	3.3 Procedimiento	54
	3.4 Diseño	55
IV.	RESULTADOS	56
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	90
VI.	CONCLUSIONES	97
VII.	RECOMENDACIONES	99
VIII.	REFERENCIAS	101
IX.	ANEXOS	108
	9. 1 ANEXO 1 Entrevista clínica	108
	9. 2 ANEXO 2 Cuadro de Instrumento	111
	9. 3 ANEXO 3 Transcripción de entrevista clínica	114

9.4 ANEXO 4 Programa de ejercicios para estimular las funciones cognitivas en sujetos con Trastornos del sueño- vigilia. 146

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo la evaluación de las funciones cognitivas en pacientes con Trastornos del sueño- vigilia que asisten a Consulta Externa en el área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios. Para llevar a cabo el estudio se trabajó con 8 sujetos, entre los 20- 40 años de edad; siendo 6 de sexo femenino y 2 de sexo masculino.

Se utilizó una entrevista semiestructurada para la recaudación de datos generales del paciente, su motivo de consulta y una breve historia clínica con respecto a los problemas del sueño. Además, se trabajó con 2 pruebas neuropsicológicas y psicológicas, las cuales fueron: Cuestionario de Estado Mental de Pfeiffer y Mini- Examen Cognoscitivo (MEC).

Para dicho estudio, se explicaron los procesos mentales en base al instrumento realizado, por lo que se consideraron las funciones cognitivas como los siguientes indicadores: memoria, orientación temporal y espacial, concentración y cálculo, lenguaje e información sobre hechos cotidianos.

En base a los resultados, se evidenció que los sujetos mantienen los procesos anteriormente mencionados, no obstante, se presentaron alteraciones en dichas funciones cognitivas, y fue el indicador de concentración y cálculo el que mantiene mayor alteración. Sin embargo, según el total, no se presentó un deterioro cognitivo en los casos evaluados.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos del sueño – vigilia son más comunes de lo esperado, y pueden darse a cualquier edad y bajo diferentes circunstancias. Estos problemas influyen la capacidad de conciliar el sueño o permanecer dormido; así mismo, interfieren con la capacidad para permanecer despierto(a), existiendo un exceso de sueño durante el día y conductas anormales durante el dormir. En la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño (GPC, 2011) se menciona que el origen de este problema puede variar, ya que puede ser causado por enfermedades médicas, psicopatologías o simplemente por una mala estructuración del sueño. Entre otros factores que pueden perjudicar el horario del sueño están las actividades diarias, una mala nutrición, exceso de trabajo, cansancio y problemas personales.

El ser humano invierte, aproximadamente, un tercio de su vida en dormir. Se ha demostrado que es una actividad necesaria ya que, durante la misma, se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos (GPC, 2011). El mantener una higiene del sueño puede ser difícil para muchas personas, pero si no se cumple las horas necesarias del dormir puede haber consecuencias para la vida de la persona; ya que puede afectar algunas de las funciones fisiológicas y psicológicas. Así también, el no dormir puede repercutir en las funciones cognitivas de la persona, su estado de ánimo, sus relaciones interpersonales, su desenvolvimiento dentro de la sociedad y su calidad de vida. De igual manera, el anterior autor informa que dormir poco aumenta el riesgo de enfermedades, tales como el padecimiento de hipertensión, obesidad y diabetes; además, puede interferir con el sistema inmunológico.

Por lo anterior, Fernández et al. (2012) mencionan que los problemas del sueño y sus malos hábitos se relacionan con problemas cognitivos, enfermedades crónicas, capacidades mentales reducidas y mortalidad prematura; y que la falta del sueño tiene un impacto sobre las habilidades cognitivas.

Las funciones cognitivas abarcan memoria, orientación, percepción, comprensión, pensamiento, juicio, cálculo, comunicación, resolución de

problemas, entre otras. Al ser afectadas estas funciones se pueden generar problemas orgánicos, neurobiológicos, del desarrollo y psicológicos. El Instituto de Medicina del Sueño (2014) menciona que la vida exige un permanente proceso de aprendizaje, atención, concentración y vigilancia; así como de las funciones cognitivas como conducción, control y observación. Todas estas funciones están íntimamente relacionadas con un buen descanso, y es por eso que el sueño no reparador puede llegar a tener consecuencias sociales y médicas importantes en todas las edades y estamentos sociales.

En el contexto anterior, el objetivo de la presente investigación es evaluar las funciones cognitivas en pacientes con trastornos del sueño- vigilia que asisten a consulta externa en el área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios. La importancia de estudiar las funciones cognitivas en pacientes con esta condición se debe a que se han hecho investigaciones sobre las repercusiones de estas funciones, más no se ha realizado una evaluación sobre los procesos cognitivos que se mantienen durante dicho trastorno o problemas del dormir.

A continuación se muestran algunas investigaciones realizadas en Guatemala, relacionadas con el tema de estudio.

García (2009) investigó sobre la calidad de sueño en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Su estudio pretendió dar a conocer las maneras en que se puede llegar a ver afectada la calidad de sueño de un paciente internado en un hospital, y definir si los pacientes presentan una buena o mala calidad del sueño. Se aplicó el Cuestionario Oviedo del Sueño al 100% de la población del área de medicina interna del Hospital Regional de Occidente en Quetzaltenango. El estudio demostró que no hay trastornos significativos debido a la mala calidad del sueño de los pacientes, pero sí demostró que los sujetos son afectados en el sueño normal por distintos factores. Dentro de las recomendaciones mencionadas de esta investigación, se encuentra el realizar evaluaciones profundas del sueño a pacientes ingresados en el Hospital; así mismo, indica que se debe capacitar al personal médico, psicológico y de

enfermería para que sean ellos quienes brinden técnicas para mejorar la calidad e higiene del sueño dentro del entorno hospitalario.

Así mismo, Rosales (2010) realizó un estudio del conocimiento básico de los trastornos de sueño en los estudiantes graduandos de las Ciencias Médicas y de la Salud, de los Centros de Enseñanza Superior que están en su Ejercicio Práctico Supervisado (EPS). El presente estudio tuvo como enfoque evaluar qué conocimientos en este tema poseen los estudiantes quienes en un futuro tendrán la responsabilidad de trabajar estos problemas, ayudando a todos aquellos que los busquen en la consulta clínica diaria.

La metodología utilizada dio inicio con la elaboración y clasificación de los temas y subtemas que comprenden el marco conceptual o revisión de la literatura, relacionado a estos trastornos, las consecuencias de la deficiencia del mismo y los pocos conocimientos existentes según autores de los estudios del sueño a nivel de profesionales de la salud. Entre las técnicas aplicadas se incluyó la observación, así también se realizó un cuestionario con base en los conocimientos básicos sobre los trastornos del sueño. Dicho cuestionario constó de 15 preguntas y se les pasó a 127 estudiantes del último año de la carrera de Ciencias Médicas y de la Salud de dos universidades. La muestra tiene 15 ítems y 5 respuestas para cada ítem, para un total de 75 respuestas por test. Se incluyeron preguntas generales y básicas por su condición de estudiantes (7); teniendo en cuenta la poca práctica hospitalaria (5); y por lo mismo, la experiencia farmacológica (3).

Los resultados mostraron que un 31% de la población posee conocimientos básicos sobre los trastornos del sueño y un 69% desconocen sobre los conocimientos básicos de los trastornos del sueño. Se concluyó que la mayoría de estudiantes de esta carrera, no poseen los conocimientos básicos para diagnosticar problemas de sueño. La comparación de los resultados obtenidos demuestra que de 127 estudiantes, existe más del 50% de deficiencia sobre el conocimiento sobre los trastornos del sueño. Por lo tanto, el autor recomienda reforzar el conocimiento de dicha temática para que en un futuro los estudiantes logren diagnosticar, tratar y orientar a pacientes con problemas del sueño.

Sun (2012) realizó un estudio descriptivo, para determinar la calidad de sueño en los estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad Mariano Gálvez, Campus Central. En la investigación se aplicó el test de Pittsburg a un total de 306 alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. Se identificó la calidad de sueño a través del test de Pittsburg y se comparó el resultado del test de Pittsburg con variables, aspectos de evaluación del sueño y rotaciones. Dicha comparación se realizó por medio de un análisis multivariado.

Para los resultados se efectuó la correlación y la regresión lineal de las variables investigadas y se determinó que las que guardan correlación con el test de Pittsburg son: el no realizar turnos, la rotación de cirugía, la práctica profesional asistida hospitalaria, la práctica profesional asistida rural, el grado universitario, el consumir té de tilo, y la calidad subjetiva del sueño "bastante buena". La única variable que tuvo una correlación negativa fue la duración del sueño. En esta investigación se concluyó que un 38% de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Universidad Mariano Gálvez, presenta una mala calidad del sueño.

Dentro de los estudios de funciones cognitivas, Velázquez (2012) realizó una aproximación a la valoración neuropsicológica de las funciones cognitivas en pacientes con epilepsia que asisten al Hospital General San Juan de Dios. La presente investigación evaluó el estado neuropsicológico y los indicadores de deterioro cognitivo que presentó un grupo de pacientes diagnosticados con Epilepsia, que asisten a Consulta Externa de Adultos en el área de Neurología en el Hospital General San Juan de Dios. Este estudio se trabajó con 5 sujetos, entre los 36 y 43 años de edad, 4 de sexo femenino y 1 de sexo masculino; ellos llevaban 5 años de tratamiento farmacológico antiepiléptico al momento de la investigación. Los sujetos de estudio pertenecían a un nivel socioeconómico medio y bajo, y provenían de varios departamentos del país.

Para esta investigación se elaboró una entrevista semiestructurada, la cual fue validada por un equipo multidisciplinario en el Hospital General San Juan de

Dios. Además, se aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de Efectos Secundarios y Satisfacción Vital, Listado de Valoración Neuropsicológica A-B, Escala de Neurotoxicidad del V.A. Epilepsy Cooperative Study, Cuestionario de Severidad de las Crisis, Escala de Severidad de las Crisis de Liverpool y Escala de Inteligencia de Wechsler para niños Revisada (WISC-R). Se finalizó el proceso con una historia clínica médica con el objetivo de complementar los resultados obtenidos de las anteriores escalas. Dentro de los resultados del estudio, se evidenciaron daños a nivel neuropsicológico como efecto secundario a la enfermedad de Epilepsia o al uso de la medicación, tales como: memoria, concentración, lenguaje y comprensión. De igual manera, el autor menciona que dentro de las alteraciones psicosociales se pudo detectar: enlentecimiento, falta de valoración personal y fuertes sentimientos de tristeza. Las recomendaciones indican que se implemente una batería de pruebas neuropsicológicas a los pacientes con Epilepsia, y evaluar la existencia de cambios cognitivos secundarios ante la enfermedad o medicación.

Por otro lado, Martínez (2014) realizó una investigación correlacional sobre la calidad de sueño y somnolencia diurna. El autor describe que los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas de salud más relevantes, entre el 30-40% de la población sufre de trastornos como insomnio, 1-10% padecen apnea del sueño y aproximadamente el 60% de los trabajadores por turnos reportan alteraciones en el ritmo circadiano. Para dicho estudio, se evaluó a 216 estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del CUNORI; de primero a sexto año, con el índice de calidad de sueño de Pittsburgh y la escala de somnolencia diurna de Epworth. Los resultados indican que el 71% tiene mala calidad de sueño; un 30% presentan somnolencia diurna moderada y un 10% somnolencia diurna intensa, siendo cuarto y quinto año los grados más afectados. Existe asociación entre mala calidad de sueño y somnolencia diurna, demostrado con un riesgo relativo de 2.18, lo que implica que el riesgo de padecer somnolencia diurna es el doble en estudiantes con mala calidad de sueño. El valor “p” fue de 0.05, lo que indica un alto grado de asociación. Se recomendó socializar los resultados con las autoridades, docentes y estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del

CUNORI, para plantear posibles soluciones a esta problemática e incluir temas de higiene mental dentro de los cursos de Conducta Individual y Salud Mental.

A continuación se presentan estudios internacionales relacionados con los trastornos del sueño- vigilia y funciones cognitivas.

Medina, Sánchez, Conejor, Fraguas y Arango (2007) evaluaron las alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos en Colombia. Mencionan que las alteraciones del sueño son apreciadas con frecuencia 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. El objetivo del estudio fue aportar al médico psiquiatra o de atención primaria una visión amplia sobre la relación entre las alteraciones del sueño y la valoración de los pacientes con trastornos mentales.

El método de dicho estudio se basó en la revisión de literatura de enfermedades psiquiátricas y trastornos del sueño. Dentro del desarrollo y resultados se observó que en enfermedades como depresión, ansiedad y esquizofrenia, se pueden apreciar alteraciones características de los patrones del sueño que se correlacionan con las manifestaciones clínicas y que 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. De igual manera, conocer los ciclos normales del sueño y cuál es su influencia en tratamientos como la privación de sueño o la exposición a la luz. Dentro de las conclusiones se observó que el sueño se ve afectado en los pacientes con trastornos psiquiátricos, e incluso pueden en algunos casos predecir una exacerbación de la enfermedad o el inicio de una nueva crisis.

En España, Gras et al. (2008) realizaron una investigación sobre los Trastornos del sueño y sus condiciones ambientales en mayores de 65 años. El objetivo de dicha investigación fue establecer la prevalencia y las características del insomnio y su relación con otros problemas de salud, consumo de fármacos,

situación socio sanitaria y hábitos higiénicos en mayores de 65 años. Se utilizó un diseño de estudio de prevalencia y asociación cruzada. Los participantes fueron mayores de 65 años, no institucionalizados.

El método de esa investigación fue una entrevista semiestructurada y las variables de estudio fueron las características del sueño, repercusiones socio familiares, hábitos higiénicos del sueño, problemas de salud, medicación, utilización de servicios sanitarios, variables socio demográficas e insomnio primario, con base en el diagnóstico con criterios del DSM-IV. Dentro de los resultados se declararon que 34.2% muestran problemas para dormir y el 95.7% tienen una alteración crónica. La repercusión más frecuente fue la sensación de descanso nocturno insuficiente (61.1%) y cansancio o somnolencia diurna (52.2%). El 20.3% (intervalo de confianza del 95%, 16.5- 24.1) cumplía con criterios de insomnio primario. El insomnio fue mayor en las mujeres, en los que tenían horarios irregulares e insatisfacción con las condiciones ambientales del dormitorio. El 26.9% consumía de forma habitual psicofármacos. El número medio de problemas de salud fue superior en sujetos con insomnio. Mediante regresión logística, el sexo femenino muestra tener dos o más problemas de salud, el cual 95% mostraron su asociación con el insomnio primario.

Rodríguez, Pinedo, Ortiz, Chávez y González (2009) investigaron sobre la calidad de sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto mayor Mirones en Perú. Estos autores mencionan que los trastornos del sueño en el adulto mayor se caracterizan por tener una frecuencia alta, significativa afectación de la calidad de vida y un pobre reconocimiento por parte del médico. El objetivo de dicha investigación consistió en determinar la calidad del sueño, la frecuencia de somnolencia diurna y la higiene del sueño de los adultos mayores en un Centro del Adulto Mayor en Lima. El material y método utilizado se basó en la entrevista de 73 adultos mayores. Se utilizó el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh, la escala de somnolencia de Epworth y el índice de higiene del sueño modificado, previamente validados.

Dentro de los resultados, se mostró que el 74% de los participantes (54 personas) presentaba una mala calidad de sueño, el análisis de los componentes mostró una auto percepción de calidad del sueño bastante mala y muy mala en el 9.6% (7 personas), una latencia del sueño prolongada en el 20.2% de los participantes (14 personas), una duración total del sueño considerada como bastante mala y muy mala en el 24.7% (18 personas) y un 52.1% (38 personas) tuvo una eficiencia subjetiva de sueño menor al 85%. La frecuencia de somnolencia diurna fue de 38.4% (28 personas). El 75.3% (55 personas) manifestó una mala higiene del sueño y se encontró que el 74.1% de los participantes que tenían una mala calidad de sueño presentaban una mala higiene del sueño. Se concluyó que los adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Lima, tienen una alta frecuencia de mala calidad de sueño de somnolencia diurna y de mala higiene del sueño.

En Chile, Fritsch, Lahsen, Romero, Araya, y Rojas (2010) realizaron un estudio sobre los Trastornos del sueño en la población adulta de Santiago de Chile y su asociación con trastornos psiquiátricos comunes. El objetivo de dicha investigación fue caracterizar a la población adulta santiaguina con trastornos del sueño y estudiar su asociación con cuadros psiquiátricos comunes. La metodología correspondió a un análisis secundario del estudio "Trastornos mentales comunes en Santiago". Se llevó a cabo un estudio transversal que utilizó como muestra la población entre 16 y 64 años de Santiago.

Se elaboró una entrevista estructurada de datos sociodemográficos y aplicó el Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) para medir presencia de síntomas emocionales. Dentro de los principales resultados se menciona que se evaluó a 3,867 personas representativas de la población adulta (52.3% mujeres, 47.7% hombres), en la cual se mostró la prevalencia de trastornos del sueño entre 26.3%. Se detectaron como factores sociodemográficos de riesgo estadísticamente significativos, al género femenino, desempleado buscando empleo, trastorno mental común, consumo de alcohol y de drogas en el último mes, entre otros. Se concluyó que existe una alta prevalencia de Trastornos del

sueño en la población de Santiago de Chile, que se asocian estrechamente al sexo femenino, desventajas sociales y potentemente a la presencia de trastornos mentales.

Dentro de los estudios de funciones cognitivas, en Costa Rica se realizó una investigación por Fernández et al. (2012) la cual se basó en el impacto que tiene la falta de sueño sobre las habilidades cognitivas de una población de estudiantes de Medicina. Mencionan que los estudiantes que ingresan a la Escuela de Medicina son personas que pasarán los próximos años de su vida preparándose para entender la composición, la anatomía y la fisiología tanto normal como patológica del cuerpo humano con el fin de luego, aplicar ese conocimiento en el tratamiento de sus pacientes. Sin embargo, ser estudiante de Medicina se ha descrito como un extenuante proceso en el cual los jóvenes sufren alteraciones notables en sus horas de sueño, niveles de estrés, presión y frustración emocional e incluso depresión.

Esa investigación se llevó a cabo para identificar en una población de estudiantes de Medicina de la Universidad de Costa Rica, el deterioro cognitivo que puede tener dicho estilo de vida y cómo influye en la capacidad de aprendizaje y los resultados que éstos puedan obtener. A través de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth y la prueba MoCa (Montreal Cognitive Assessment) se evaluó la muestra en dos tiempos distintos: al encontrarse los estudiantes en un período de evaluación normal y con un nivel de cansancio notable tras un período de evaluación más intenso. Los datos obtenidos comprobaron que efectivamente existe un deterioro en el rendimiento y las capacidades cognitivas de los jóvenes.

En resumen, los distintos estudios realizados tanto en el ámbito nacional como en el internacional se enfocan en conocer las distintas perspectivas y características de los trastornos del sueño- vigilia, también se muestra la relación entre las funciones cognitivas con dicho trastorno y sus repercusiones. La mayoría de estas investigaciones mencionan la importancia del mantenimiento de la higiene del sueño y cómo el mantener una mala estructura de la cantidad y calidad

del sueño perjudica a las personas en distintas áreas de su vida, a la vez el cómo se relaciona este trastorno con otras psicopatologías.

A continuación se presenta la descripción de diversas teorías y definiciones acerca de los trastornos del sueño- vigilia; junto con sus síntomas, clasificación y criterios diagnósticos. A la vez, se mostrarán algunas de las distintas definiciones de los aspectos e indicadores de las funciones cognitivas, desde la perspectiva psicológica y neuropsicológica.

1.1 Trastornos del sueño- vigilia

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), describe en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, que los sujetos con trastornos del sueño- vigilia presentan típicamente insatisfacción con la calidad, el horario y la cantidad del sueño. Los trastornos del sueño- vigilia se acompañan con frecuencia de depresión, ansiedad y cambios cognitivos. Además, las alteraciones persistentes del sueño son factores de riesgo establecidos para el desarrollo posterior de enfermedades mentales y trastornos por consumo de sustancias.

Dentro de los trastornos del sueño- vigilia hay 10 categorías o grupos de trastornos, siendo éstos divididos entre disomnias y parasomnias.

Dentro de las disomnias se encuentran los siguientes trastornos: trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnia, narcolepsia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del ritmo circadiano de sueño- vigilia. Por otro lado, las parasomnias son caracterizadas por los siguientes trastornos: trastornos del despertar del sueño no REM, trastorno de pesadillas, trastorno del comportamiento del sueño REM, síndrome de piernas inquietas y trastornos del sueño inducido por sustancias/ medicamentos.

- * Los siguientes trastornos del sueño- vigilia son categorizadas como disomnias. Las cuales se caracterizan por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño (Asociación Española del Sueño, ASENARCO, 2014 d).

A continuación, se definen los diversos tipos de privación de sueño (Tononi, 2005):

- *Privación parcial a corto plazo:* Donde el individuo se somete a privación entre 24 y 45 horas.
- *Privación total de sueño:* Se consideran más de 45 horas de privación de sueño.
- *Privación parcial crónica:* Se duerme menos de 7 horas cada 24 horas, de manera prolongada.
- *Privación selectiva del sueño:* Privación del sueño tipo REM y no REM.

1.1.1 Trastorno de insomnio

El *DSM- 5* (2014) explica que el rasgo esencial del trastorno de insomnio es la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño con quejas sobre la dificultad para conciliar o mantener el sueño. Las molestias de dicha enfermedad se acompañan de un malestar significativo o de un deterioro social, laboral y de otras áreas importantes del funcionamiento.

Gállego, Toledo, Iriarte y Urrestarazu (2007) expresan que el insomnio es el más frecuente de todos los trastornos del sueño en la población general. Describen insomnio como la presencia de forma persistente de dificultad para la conciliación o el mantenimiento del sueño, despertar precoz o un sueño poco reparador.

Dentro de los criterios diagnósticos que se presentan en el *DSM- 5* (2014, p. 362) están:

- A. Predominante insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - Dificultad para iniciar el sueño.

- Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar.
- Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
- B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
- D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.
- E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
- F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño- vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño- vigilia.
- G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.
- H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

El *DSM- 5* (2014) menciona que estos síntomas pueden manifestarse en distintos momentos del período del sueño. Puede darse como:

- *Insomnio del comienzo del sueño, o insomnio inicial:* Consiste en la dificultad de quedarse dormido.
- *Insomnio de mantenimiento del sueño, o insomnio medio:* Se explica por frecuentes o largos despertares a lo largo de la noche.
- *Insomnio tardío:* El cual es el despertar temprano con incapacidad para volverse a dormir.
- *El sueño no reparador:* Mala calidad de sueño y no deja a la persona descansada.

Por otro lado, la American Academy of Sleep Medicine (2001) presentan los distintos fenotipos de insomnio:

- *Insomnio psicofisiológico*: Dificultad condicionada para dormirse y/o extrema facilidad para despertarse del sueño, durante un periodo superior al mes, expresada por al menos una de las siguientes condiciones: ansiedad o excesiva preocupación por el sueño; dificultad para quedarse dormido al acostarse o en siestas planificadas, pero no en otros momentos del día en los que se llevan a cabo tareas monótonas y en los que no hay intención de dormirse.
- *Insomnio idiopático*: Se trata de un insomnio que aparece durante la infancia o durante los primeros años de la juventud, sin que se pueda reconocer un factor desencadenante o una causa que lo justifique. Es un insomnio crónico, que cursa de forma persistente, sin periodo alguno de remisión.
- *Percepción errónea del estado del sueño (dyssomnia intrínseco)*: Se percibe el sueño como un desvelo, sueño corto, no dormir en absoluto o somnolencia diurna excesiva.
- *Higiene inadecuada del sueño*: Es el insomnio asociado a actividades diarias que necesariamente impiden una adecuada calidad del sueño y mantenerse despierto y alerta durante el día.

Consecuencias funcionales:

- El *DSM- 5* (2014) menciona que se pueden producir problemas interpersonales, sociales y laborales como consecuencias del insomnio; debido a una preocupación excesiva por el sueño, el aumento de irritabilidad diurna y mala concentración. Además, es frecuente la disminución de atención y la concentración. Por otro lado, Miró, Cano y Buela (2005) explican que la falta de sueño que produce el insomnio disminuye la resistencia al estrés y disminuye las funciones cognitivas. Se sufre de un deterioro funcional, pérdida de productividad, problemas de

atención y concentración, deterioros de la memoria, menor habilidad para efectuar tareas diarias y mantener relaciones interpersonales.

1.1.2 Trastorno de hipersomnia

La característica esencial de la hipersomnia es una somnolencia excesiva durante al menos 1 mes, evidenciada tanto por episodios prolongados de sueño como por episodios de sueño diurno que se producen prácticamente cada día. La somnolencia excesiva debe ser de suficiente gravedad como para provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (ASENARCO, 2014 a).

Gállego et al. (2007) explican la somnolencia diurna como la incapacidad para mantenerse despierto y alerta durante la mayoría de las situaciones del día. Ésta ocurre con mayor probabilidad en situaciones monótonas que no requieren una participación activa. Muchas veces conllevan un aumento en el tiempo total de sueño diario, sin que ello suponga una sensación de sueño reparador. En otros casos conlleva un comportamiento automático que no impide realizar actividades durante el estado de somnolencia.

Es una enfermedad con síntomas excesivos de cantidad de sueño, alteración de la calidad de la vigilia e inercia del sueño. Durante ese período, el sujeto parece despierto, pero hay una disminución de la habilidad motora, la conducta puede ser inapropiada y pueden aparecer déficit de memoria, desorientación temporoespacial y sensación de mareo. La necesidad persistente de dormir puede llevar a una conducta automática (DSM- 5, 2014).

Dentro de los criterios diagnósticos que se presentan en el *DSM- 5* (2014, p. 368-369) están:

- A. El individuo refiere somnolencia excesiva (hipersomnia) a pesar de haber dormido durante un período principal que dura al menos siete horas, con uno o más se los siguientes síntomas:
 - Períodos recurrentes de sueño o de caerse de sueño en el mismo día.

- Un episodio principal de sueño prolongado de más de nueve horas diarias que no es reparador (es decir, no descansa).
 - Dificultad para estar totalmente despierto después de un despertar brusco.
- B. La hipersomnía se produce al menos tres veces a la semana durante un mínimo de tres meses.
- C. La hipersomnía se acompaña de malestar significativo o deterioro cognitivo, social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La hipersomnía no se explica mejor por otro trastorno del sueño y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño.
- E. La hipersomnía no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.
- F. La coexistencia de trastornos mentales y médicos no explica adecuadamente la presencia predominante de hipersomnía.

Consecuencias funcionales:

- El *DSM- 5* (2014) indica que un sujeto con hipersomnía lucha frente a su necesidad de sueño, la cual produce una disminución de la eficiencia, la concentración y la memoria durante las actividades diurnas. También puede producir un malestar significativo y disfunción en las relaciones laborales y sociales. Así mismo, Miró et al., (2005) mencionan que la somnolencia provoca una relación significativa entre la calidad de sueño y los malestares físicos y emocionales; tales como: tensión, depresión, ira, fatiga y confusión.

1.1.3 Narcolepsia

La narcolepsia es un trastorno del sueño, de carácter crónico y de origen neurológico con alteración en la regulación y caracterizada por excesiva somnolencia diurna y manifestaciones anormales del sueño REM (ASENARCO, 2014 b).

El *DSM- 5* (2014) menciona que los rasgos esenciales de la somnolencia en la narcolepsia son las siestas diurnas recurrentes o los lapsus de sueño. La somnolencia aparece característicamente a diario, pero debe ocurrir como mínimo tres veces por semana durante al menos 3 meses.

Por otro lado, Pinel (2007) describe que las personas con narcolepsia experimentan somnolencia diurna grave y episodios de sueño durante el día breves, y repetidos. Además, menciona que los pacientes con narcolepsia tienen un síntoma caracterizado como cataplejía, el cual se define y caracteriza por pérdidas recurrentes del tono muscular durante la vigilia, con frecuencia desencadenadas por una emoción. Además de la somnolencia y cataplejía, los pacientes pueden experimentar parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas.

Dentro de los criterios diagnósticos que se presentan en el *DSM- 5* (2014, p. 372- 373) están:

- A. Períodos recurrentes de necesidad irrefrenable de dormir, de abandonarse al sueño o de echar una siesta que se producen en un mismo día. Estos episodios se han de haber producido al menos tres veces por semana durante los últimos tres meses.
- B. Presencia de al menos una de las características siguientes:
 - Episodios de cataplejía, definida por (a) o (b), que se producen como mínimo algunas veces al mes: *En los individuos con enfermedad de larga duración, episodios breves de pérdida brusca bilateral del tono muscular, con conservación de la consciencia, que se desencadenan con la risa o las bromas.
 - Deficiencia de hipocretina, según el valor de inmunorreactividad de hipocretina- 1 en el líquido cefalorraquídeo (LCR). La concentración baja de hipocretina- 1 en el LCR no se ha de observar en el contexto de lesión, inflamación o infección cerebral aguda.
 - Polisomnografía nocturna con latencia del sueño REM (movimientos oculares rápidos) inferior o igual a 15 minutos, o una prueba de latencia

múltiple del sueño con un valor medio inferior o igual a 8 minutos y dos a más períodos de REM al inicio del sueño.

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- Este trastorno produce deterioro dentro del área laboral y social de la persona, además, ponen en peligro su vida. Se muestra dificultad en las relaciones interpersonales, la independencia y la vida laboral.

1.1.4 Trastornos del sueño relacionados con la respiración

Los trastornos del sueño relacionados con la respiración se categorizan por tres trastornos, siendo éstos: apnea e hipopnea obstructiva del sueño, apnea central del sueño e hipoventilación relacionada con el sueño.

1.1.4.1 Apnea e hipopnea obstructiva del sueño

La Asociación Española del Sueño (ASENARCO, 2014 c) describe este síndrome como pausas respiratorias que se dan cuando se bloquean las vías aéreas, si la persona se encuentra dormida pueden ir acompañadas de ronquidos. Se habla de esta enfermedad cuando estas pausas respiratorias se producen varias veces en una hora durante la noche, mientras el individuo se encuentra dormido.

Gállego et al. (2007) mencionan que la apnea se caracteriza por episodios recurrentes de cese de la respiración durante el sueño, sin que se asocie a la apnea ningún movimiento ni esfuerzo respiratorio.

Se considera que los trastornos de apnea del sueño son de dos tipos (Pinel, 2007):

- Los resultantes de la obstrucción de las vías respiratorias debidos a espasmos musculares o atonía, falta de tono muscular.
- Los resultantes del fallo del sistema nervioso central para estimular la respiración.

La apnea se refiere a la ausencia total del flujo aéreo, y la hipopnea se refiere a una reducción en el flujo aéreo. Cada apnea o hipopnea representa una reducción en la respiración de al menos 10 segundos de duración en los adultos o dos respiraciones perdidas en los niños (*DSM-5*, 2014).

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- Se pueden referir síntomas de somnolencia diurna. Afecta la calidad de vida relacionadas con la salud y descensos en el ámbito físico y de vitalidad.

1.1.4.2 Apnea central del sueño

El *DSM- 5* (2014) menciona que los trastornos de apnea central del sueño se caracterizan por episodios repetidos de apneas e hipopneas durante el sueño, causados por la variabilidad del esfuerzo respiratorio. Son trastornos del control ventilatorio en los que los fenómenos respiratorios suceden con un patrón periódico o intermitente.

Se describe dos distintos tipos de apnea central del sueño, siendo éstos:

- *Apnea central del sueño idiopática:* Se caracteriza por somnolencia, insomnio y despertares debidos a la disnea que se asocia a cinco o más apneas centrales por hora del sueño.
- *Respiración de Cheyne- Stokes:* Se caracteriza por variaciones periódicas en crescendo- decrescendo del volumen corriente que origina apneas centrales e hipopneas que ocurren con una frecuencia de, al menos, cinco episodios por hora y que se acompañan de despertares frecuentes.

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- Produce síntomas de sueño alterado, como es el insomnio y la somnolencia.

1.1.4.3 Hipoventilación relacionada con el sueño

Bajo la misma fuente se describe que la hipoventilación relacionada con el sueño puede producirse de manera independiente o de comorbilidad ligada a trastornos médicos, neurológicos o por consumo de medicamentos o sustancias. Dentro de los síntomas está la somnolencia diurna excesiva, despertares frecuentes durante el sueño, dolores de cabeza matutinos y quejas de insomnio.

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- Sus consecuencias se relacionan con los efectos de la exposición crónica a la hipercapnia y a la hipoxemia (deprime el impulso ventilatorio y disfunción de órganos).

1.1.5 Trastornos del ritmo circadiano del sueño- vigilia

Dificultad entre el patrón de sueño y el horario socialmente aceptable para dormir, el cual produce malestar clínicamente significativo (ASENARCO, 2014 d).

En el *DSM- 5* (2014) se menciona que es un patrón continuo o recurrente de interrupción del sueño que se debe principalmente a una alteración del sistema circadiano o a un alineamiento defectuoso entre el ritmo circadiano endógeno y la sincronización sueño- vigilia necesarios según el entorno físico del individuo o el horario social o profesional. Esta interrupción produce somnolencia excesiva o insomnio.

El mismo autor describe seis tipos de fases para dicho trastorno:

- *Tipo de fase de sueño retrasada:* Patrón con retraso de los tiempos de inicio del sueño y de despertar, con incapacidad para dormirse y despertarse a una hora más temprana deseada o convencionalmente aceptable.
- *Tipo de fases de sueño avanzada:* Patrón con avance de los tiempos de inicio del sueño y de despertar, con incapacidad para continuar despierto o

dormido hasta una hora más tardía deseada o convencionalmente aceptable. Se muestra un modo de herencia automática dominante.

- *Tipo de sueño- vigilia irregular:* Patrón de sueño- vigilia temporalmente desorganizado, de manera que el ritmo de los períodos de sueño y de vigilia es variable a lo largo de las 24 horas.
- *Tipo de sueño- vigilia no ajustado a las 24 horas:* Patrón de ciclos de sueño- vigilia que no se sincroniza con el entorno de 24 horas, con un cambio diario constante de la hora de inicio del sueño y de despertar.
- *Tipo asociado a turnos laborales:* Insomnio durante el período principal del sueño y/o somnolencia excesiva durante el período de vigilia asociado al horario de trabajo por turnos.
- *Tipo no especificado:* No se especifica el tipo de fase del trastorno del ritmo circadiano de sueño- vigilia.

Los siguientes trastornos del sueño- vigilia son categorizadas como parasomnias. Estos son trastornos que se caracterizan por acontecimientos conductuales, experienciales o fisiológicos anormales que se asocian con el sueño, con fases específicas del sueño o con la transición del sueño- vigilia (*DSM-5*, 2014). Gállego et al. (2007) mencionan que son trastornos de la conducta o comportamientos anormales que tienen lugar durante el sueño.

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- *Trastorno del ritmo circadiano de sueño- vigilia:* La somnolencia excesiva se asocia con las fases del sueño avanzadas y pueden tener un efecto negativo en la cognición, la interacción social y en la seguridad. Por otro lado, el sueño- vigilia irregular puede ocasionar insomnio o somnolencia excesiva. El tipo de sueño- vigilia no ajustada a las 24 horas impiden cumplir con los estudios, laborar y aumenta el riesgo de aislamiento social.

1.1.6 Trastornos del despertar del sueño no REM

En el DSM- 5 (2014) se menciona que la característica esencial de los trastornos del despertar del sueño no REM se describe como episodios recurrentes de despertar incompleto del sueño, que generalmente se producen durante el primer período principal del sueño. La Asociación Española del Sueño (ASENARCO, 2014 e) expresa que estos trastornos van acompañado de una de las siguientes características:

- *Sonambulismo*: Episodios repetidos en los que el individuo se levanta de la cama y camina durante el sueño y existen comportamientos motores complejos, que se inician durante el sueño profundo.
- *Terrores nocturnos*: Episodios recurrentes de despertar brusco con terror, que generalmente empiezan con gritos de pánico. El suceso ocurre durante la fase de sueño profundo en las primeras horas de la noche, en donde generalmente no se recuerda ningún sueño.

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- Se manifiesta un malestar o una discapacidad clínicamente significativa. Existe deterioro en las relaciones interpersonales, aislamiento social y dificultad en el área laboral.

1.1.7 Trastorno de pesadillas

La Asociación Española del Sueño (ASENARCO, 2014 f) describe una pesadilla como un sueño desagradable de contenido terrorífico que origina fuertes sentimientos de miedo, terror angustia o ansiedad. Son ensoñaciones muy vivenciadas, de contenido desagradable, y que producen sensación de miedo (Gállego et al., 2007).

Las pesadillas son típicamente prolongadas, elaboradas, con secuencias de imaginación onírica en forma de historias que parecen reales y provocan ansiedad,

miedo y otras emociones disfóricas. El contenido de la pesadilla se enfoca típicamente hacia el intento de evitar o afrontar algún peligro inminente, pero puede implicar temas que evoquen otras emociones negativas (*DSM- 5, 2014*).

Así mismo, el mismo autor menciona que el trastorno de pesadilla se produce de forma repetida sueños sumamente disfóricos, prolongados y que se recuerda bien, que por lo general implican esfuerzos para evitar amenazas contra la vida, la seguridad física y que acostumbran a suceder durante la segunda mitad del período principal del sueño.

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- Causan un malestar significativo dentro del área laboral y social. Debido a que los despertares son frecuentes o producen una evitación del sueño y pueden provocar somnolencia diurna, mala concentración, depresión, ansiedad o irritabilidad.

1.1.8 Trastorno del comportamiento del sueño REM

Dentro de las características diagnósticas de este trastorno se expresa que existen episodios repetidos de despertar durante el sueño asociado a vocalización y/o comportamientos motores complejos. Estos comportamientos son producidos durante el sueño REM, suceden alrededor de 90 minutos después que inicie el sueño.

Así también, se menciona que estos comportamientos reflejan a menudo respuestas motoras al contenido de acción o violento de los sueños. Las vocalizaciones pueden ser ruidosas, llenas de emoción y soeces (*DSM-5, 2014*).

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- Genera vergüenza en los sujetos, la cual provoca un deterioro en las relaciones sociales. Puede originar lesiones graves a la persona afectada o al compañero de cama.

1.1.9 Síndrome de piernas inquietas

Es un trastorno del sueño caracterizado por una necesidad imperiosa e irresistible de mover las piernas (Gállego et al., 2007). Este síndrome (SPI) es un trastorno del sueño sensoriomotor y neurológico que se caracteriza por un deseo de mover las piernas o los brazos normalmente asociado a sensaciones incómodas que se describen típicamente como calambres, cosquilleo, hormigueo, quemazón o picor (*DSM-5*, 2014).

Las personas con síndrome de piernas inquietas son conscientes de su problema. Se quejan de una tensión difícil de describir o de un malestar en las piernas que les impide conciliar el sueño (Pinel, 2007).

Dentro de los criterios diagnósticos que se presentan en el *DSM- 5* (2014, p. 410) están:

- A. Necesidad urgente de mover las piernas, acompañada generalmente o en respuesta a sensaciones incómodas y desagradables en las piernas, que se caracteriza por todas las circunstancias siguientes:
- La necesidad urgente de mover las piernas comienza o empeora durante los períodos de reposo o de inactividad.
 - La necesidad urgente de mover las piernas se alivia parcial o totalmente con el movimiento.
 - La necesidad urgente de mover las piernas es peor por la tarde o por la noche que durante el día, o se produce únicamente por la tarde o por la noche.

- B. Los síntomas del criterio A se producen al menos tres veces por semana y han estado presentes durante un mínimo de tres meses.
- C. Los síntomas se acompañan de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, comportamental u otras áreas importantes del funcionamiento.

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- Se puede originar somnolencia diurna o fatiga, además se acompaña de malestar significativo o deterioro en el funcionamiento afectivo, social laboral, educativo, académico, conductual o cognitivo.

1.1.10 Trastornos del sueño inducido por sustancias/ medicamentos

Alteración importante y grave del sueño. Esta alteración es producida durante o poco después de la intoxicación de alguna sustancia o medicamento, también se puede dar después de la abstinencia de una sustancia o después de la exposición de un medicamento (*DSM-5*, 2014).

Consecuencias funcionales:

Según el *DSM- 5* (2014):

- Principalmente es el aumento del riesgo de caída, es decir el grado de alteración del sueño durante la abstinencia del alcohol. La calidad del sueño y la somnolencia diurna, durante y después, de la abstinencia puede proporcionar una información clínicamente significativa y un mayor riesgo de recaída.

1.2 Funciones cognitivas

Las funciones cognitivas también son conocidas a través de distintos nombres como: funciones básicas psicológicas del ser humano, funciones ejecutivas o funciones mentales básicas. Estas funciones son generadas desde el cerebro y tienen el objetivo de regular todas las actividades y responsabilizarse de los procesos mentales necesarios para manejarse adecuadamente en el día a día (GrupFisioderm, 2014).

Así mismo, Targa y Vila (2007) definen estas funciones como un conjunto de procesos cognitivos que deben coordinarse para conseguir con éxito la ejecución de tareas complejas. Implica la planificación, generación de estrategias, monitorización de la ejecución de repaso y valoración de las estrategias elegidas, capacidad de cambio o cese de una determinada conducta.

Los estudios cognitivos han desarrollado distintos conceptos de cómo es la estructura del intelecto humano, cómo se piensa y cuáles son las situaciones que facilitan el aprendizaje. Los estudios cognitivos tradicionales son al mismo tiempo estudios sobre la capacidad de aprender, lo cual a su vez supone la puesta en juego de mecanismos perceptuales y mnésticos (Cosacov, 2010).

Portellano (2005) se interesa por el estudio de las relaciones entre la conducta y el cerebro, y explica que las funciones mentales básicas para la persona consisten en la memoria, el pensamiento, el lenguaje o la capacidad para regular el comportamiento.

Se explica que las funciones cognitivas estudian las bases neurales de la cognición, por lo que se refiere a los procesos intelectuales superiores, como son el pensamiento, la memoria, la atención y los procesos de percepción complejos (Pinel, 2007).

Cosacov (2010) menciona que el término cognición engloba el estudio sobre percepción, memoria, inteligencia, lenguaje y aprendizaje, los temas cognitivos tradicionales se manejan a través de los conceptos de percepción, pensamiento, lenguaje, inteligencia, memoria y aprendizaje.

Entonces, cognición incluye todas las señales de entrada y salida mental del cerebro, desde actividades básicas como usar el lenguaje y las habilidades aritméticas, hasta la toma de decisiones complejas tales como planear o elegir entre varias propuestas (Targa & Vila, 2007).

1.2.1 Memoria

Pinel (2007) menciona que el aprendizaje hace referencia a cómo la experiencia cambia el cerebro. Así mismo, lo vincula con la memoria por el hecho de cómo estos cambios se almacenan y posteriormente se reactivan. Es el proceso por el cual se codifica, almacena y recupera información (Feldman, 2010).

La memoria es el depósito interno de información almacenada, el cual se basa en un conjunto de procesos mediante los cuales la información se codifica, se consolida y se recupera (Smith & Kosslyn, 2008).

Ardilla y Roselli (2007) describen la memoria como la capacidad de conservar las huellas de sus experiencias pasadas y servirse de ellas para relacionarse con el mundo y con los acontecimientos futuros.

Targa y Vila (2007) explican que la memoria y el proceso de aprendizaje son mecanismos específicos que se activan por estímulos ambientales y éstos son capaces de modificar la conducta de los seres vivos. Así mismo, se menciona que la memoria se compone de procesos que codifican información de manera que este sistema empaqueta información de forma útil y eficaz para que pueda volver a ser utilizada. Además, de manera constante se re almacenan nuevos códigos de forma que el conocimiento que se adquiere se pueda localizar con brevedad y lo que no se llegue a utilizar sea retirado.

Los anteriores autores mencionan que la memoria se divide conceptualmente en dos categorías: Memoria explícita e implícita. A continuación se describen:

- *Memoria explícita o declarativa:* Es la recolección de lo vivido o pasado junto a las habilidades motoras. Se refiere a las formas de memoria a largo plazo que habitualmente pueden recordarse conscientemente.
- *Memoria implícita o de procedimiento:* Es la memoria que recuerda cómo y qué son las cosas.

Además, mencionan que la memoria se puede clasificar de la siguiente manera:

- *Memoria inmediata:* Se refiere a la memoria que tiene que ver con los sentidos y el momento presente, el cual dura pocos segundos.
- *Memoria a corto plazo:* Es la habilidad de recordar cosas desde el presente y un pasado inmediato.
- *Memoria a largo plazo:* Fijación de recuerdos para poder evocarlos en un futuro. Información que se adquiere en el transcurso de una experiencia y que persiste, de modo que se puede recuperar mucho después de que la experiencia haya pasado.

Se explica que el aprendizaje y la memoria son estructuras generales que se componen de dos fases. Una fase de aprendizaje y presentación de estímulos, y otra, denominada fase de evaluación de la retención (Mestre y Palmedo, 2004). Estas dos fases pueden ser inmediatas o trascurrir entre intervalos y variar. En cuanto a la modalidad de evaluación de la retención, los anteriores autores, explican la existencia de dos procedimientos, siendo éstos:

- *El recuerdo:* Es el reproducir el conjunto de ítems presentados lo mejor posible.
- *Reconocimiento:* Los ítems que se presentan en la fase de estudio o aprendizaje entran a la fase de evaluación, con otros distractores, y deben ser discriminados correctamente.

1.2.2 Orientación espacial y temporal (tiempo, espacio y persona)

La orientación es el conocimiento del medio ambiente y de sí mismo en un momento determinado, permite al sujeto dirigir las actividades de acuerdo a sus intereses y necesidades (Ardilla & Roselli, 2007).

Este parámetro se refiere al grado de alerta y orientación respecto al medio que lo rodea. Tárraga, Boada, Morera, Domenéch y Llorente (s.f) mencionan que el estado de la cognición es basado en la orientación, el cual se explica como el conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el cual se desenvuelve. Se menciona que dentro de la orientación se investiga la conciencia y ésta se puede evaluar la orientación en tiempo espacio y persona; se pueden realizar las siguientes preguntas:

- *Orientación en el tiempo:* ¿Qué fecha es hoy? ¿Qué mes? ¿Qué año?, etc.
- *Orientación en el espacio:* ¿Dónde se encuentra usted? ¿Está en su casa? ¿Está en un hospital?, etc.
- *Orientación de persona:* ¿Quién soy yo? ¿Qué labor desarrollo? ¿Quién es esa persona?

1.2.3 Concentración y Cálculo

Mestre y Palmedo (2004) explican la concentración como la capacidad para fijar la atención sobre una idea, un objeto o una actividad de forma selectiva, sin permitir que en el pensamiento entren elementos ajenos a ella. Por otro lado, la distracción es la pérdida de la concentración; cuando el pensamiento se enfoca en otros eventos, sin que el sujeto sea capaz de mantenerse en la que le interesa. Entonces, cuando la atención permanece orientada de forma persistente hacia una situación u objeto determinado, se está llevando a cabo la función de concentración (Valdés, 2013). Además, este indicador mantiene el intento de excluir estímulos externos e internos que pueden interferir con las actividades que la persona desea realizar.

1.2.3.1 Atención

Es la capacidad para seleccionar los estímulos y de poner en acción los mecanismos responsables del almacenaje de las informaciones en los depósitos de la memoria de corto y largo plazo con influencia directa en la eficiencia de las capacidades de respuesta en las tareas de vigilancia (Ardilla & Roselli, 2007).

La atención es el mecanismo regulador neuronal que selecciona y organiza las percepciones para una efectiva recepción de información. Así también, la manera en que se regula la entrada de información está implicada en el procesamiento de la misma (Targa & Vila 2007).

Arbieto (s.f) menciona que la atención es un proceso, presentada a través de fases de orientación, selección y sostenimiento de la misma. Así también, menciona que la atención modifica la estructura de los procesos psicológicos, haciendo que éstos aparezcan como actividades orientadas a ciertos objetos, lo que se produce de acuerdo al contenido de las actividades planteadas que guían el desarrollo de los procesos psíquicos.

Targa y Vila (2007) describen que la atención se focaliza selectivamente en la conciencia, regulando la entrada de información; ejerciendo funciones de filtrado y desecho de información. Facilita la percepción, la memoria y el aprendizaje.

Smith y Kosslyn (2008) mencionan que la atención abarca procesos dinámicos que implican realzar o seleccionar determinada información e inhibir otra. La atención puede considerarse como un mecanismo que controla el procesamiento de modo que no abrume a la persona con exceso de información. Explican que la atención actúa dentro de sistemas perceptivos y cognitivos, así como entre ellos.

Estos autores mencionan los siguientes tipos o fases de la atención:

- *Atención dividida:* Es la atención que se centra en más de una fuente de input al mismo tiempo.

- *Atención focalizada*: La atención se centra en una fuente de input y excluye las otras.
- *Atención ejecutiva*: Es el tipo de atención que actúa sobre los contenidos de la memoria operativa y dirige el procesamiento subsiguiente.
- *Atención endógena*: Es la forma de atención en la que la información de arriba abajo guía la selección de información que aporta el input.
- *Atención exógena*: Es la forma de atención en la que la información que contiene el input capta la atención y se selecciona de modo de abajo a arriba.

1.2.4 Lenguaje

Ardilla y Roselli (2007) comentan que el lenguaje es un conjunto de códigos que permiten transmitir, conservar y elaborar informaciones mediante signos intersubjetivos capaces de significar algo diferente de lo que son en sí mismos.

El lenguaje es la comunicación de información por medio de símbolos ordenados de acuerdo con reglas sistemáticas. No sólo es medular para la comunicación, sino que también está estrechamente relacionado con la forma misma en que se piensa y se entiende el mundo (Feldman, 2010).

El mismo autor menciona que para entender la manera en cómo se desarrolla y relaciona el lenguaje con el pensamiento es esencial conocer los elementos del lenguaje, los cuales se basan en la gramática, fonología, fonema, sintaxis y semántica. Se describen a continuación los conceptos mencionados:

- *Gramática*: Es el sistema de reglas que determinan cómo se expresan los pensamientos.
- *Fonología*: Es el estudio de las unidades más pequeñas del habla, llamadas fonemas, que influyen en el significado, y de la forma en que se utilizan esos sonidos para formar palabras y producir significados.
- *Fonemas*: Unidades más pequeñas del habla.
- *Sintaxis*: Son las reglas que indican cómo pueden combinarse palabras y frases para formar enunciados.

- *Semántica:* Reglas que rigen el significado de las palabras y los enunciados.

Smith y Kosslyn (2008) mencionan que los niveles de representación mental del lenguaje se basan en el discurso, sintaxis, palabras, morfología y los niveles del fonema. La capacidad generativa del lenguaje implica que literalmente se puede producir una variedad potencialmente infinita de frases.

Los anteriores autores describen que existe una estrecha relación entre el lenguaje y el pensamiento, ya que mencionan que el lenguaje de cada persona perfila su propio pensamiento. Describen que el lenguaje perfila principalmente los pensamientos basados en el idioma, sin embargo, no tienen influencia en los procesos perceptivos tempranos y en los procesos cognitivos que no se basan de forma extensiva en el lenguaje.

Mestre y Palmedo (2004) explican que el lenguaje introduce tres cambios importantes en la estructura del sistema cognitivo humano, siendo éstos:

- Es un sistema de comunicación simbólico que permite designar objetos y acontecimientos con palabras. Se destaca y fija la atención en objetos y se almacena en la memoria. Esto implica un cambio en el proceso atencional desde el carácter directo, automático e involuntario; propias de un estímulo, a un proceso voluntario.
- El lenguaje simbólico posibilita la representación de objetos concretos, y también la abstracción de sus características generales, lo que asegura un proceso de abstracción y de generalización a partir de rasgos comunes. Esto reestructura los procesos de percepción del entorno.
- El lenguaje simbólico es un proceso de transmisión de información, lo que trasciende a ser un vínculo con la cultura y el conocimiento. De esa manera, se complementa el lenguaje con los procesos de aprendizaje.

1.2.5 Pensamiento

La psicología cognitiva abarca los procesos mentales superiores, incluida la forma en que la gente conoce y entiende el mundo, procesa la información, toma decisiones y juzga, y describe sus conocimientos y comprensión hacia los demás; esto forma parte del pensamiento del ser humano. El pensamiento es la manipulación de representaciones mentales de la información. Transforma una representación específica de información en formas nuevas y diferentes, lo que permite responder preguntas, resolver problemas y alcanzar metas (Feldman, 2010).

Dentro de la misma fuente se mencionan dos tipos de pensamientos, siendo éstos: pensamiento divergente y pensamiento convergente. A continuación se describirán individualmente:

- *Pensamiento divergente*: Es la capacidad para generar respuestas inusuales, aunque apropiadas, a problemas o interrogantes.
- *Pensamiento convergente*: Es el pensamiento que produce respuestas basadas principalmente en los conocimientos y la lógica.

Estos tipos de pensamientos son basados en la creatividad y resolución de problemas. La creatividad es definida como la capacidad para generar ideas originales o resolver problemas en formas novedosas. La resolución de problemas comprende por lo común tres principales etapas: preparación, generación de solución y evaluación de las soluciones generadas.

1.2.6 Percepción

Para poder entender el concepto de percepción es necesario diferenciarlo del término sensación y estímulo. La sensación es la activación de los órganos sensoriales por parte de una fuente de energía física, mientras que la percepción es la clasificación, interpretación, análisis e integración de los estímulos que realizan los órganos sensoriales y el cerebro. Por otra parte, un estímulo es

cualquier fuente de energía que al pasar produce una respuesta en un órgano sensorial; los estímulos varían en cuanto a tipo e intensidad (Feldman, 2010).

Es un proceso de nivel superior que incluye integrar, reconocer e interpretar modelos completos de sensaciones (Pinel, 2007). Por otro lado, se define como el conjunto de funciones que permiten captar los estímulos del mundo exterior, adquiriendo información y determinando cambios en el entorno (Ardilla & Roselli, 2007).

Smith y Kosslyn (2008) explican la percepción como el objetivo de obtener información sobre el entorno y darle sentido. Mencionan que la percepción no es un registro exacto de sensaciones, ya que implica interpretar información, que con frecuencia es ambigua, insuficiente o apabullante, a la luz del conocimiento, las creencias, las metas y las expectativas.

La misma fuente describe que la percepción se basa en los procesos de abajo a arriba y los de arriba a abajo que interactúan continuamente, haciendo posible que se desarrollen y se perfeccionen percepciones útiles. Los procesos de abajo a arriba detectan las características de los estímulos sensitivos. Los mecanismos perceptivos del cerebro desechan cierta información que es redundante, de forma que pueden reducir el input a las características esenciales y completar la información que falta a partir de la información almacenada referente al aspecto habitual de los objetos y las expectativas sobre lo que es de interés en cada momento.

Así también, se menciona que lo esencial de la percepción es la interacción dinámica, con influencias de transmisión de la información hacia adelante y hacia atrás que actúan todo el tiempo.

1.3 Relación y consecuencias del sueño en las funciones cognitivas

Existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño, las funciones cognitivas y el estado general de la salud física y psicológica de una persona. La cantidad necesaria de sueño en una persona se condiciona por factores que dependen del organismo, del ambiente y del comportamiento (Miró et al., 2005). Además, los anteriores autores indican que la salud mental y física de una persona se basa en la habilidad de quedarse dormido y permanecer dormido por un periodo ininterrumpido de tiempo. Cuando hay alteraciones del sueño, esto puede generar numerosas enfermedades médicas y trastornos psicológicos.

Targa y Vila (2007) indican que la calidad del sueño influye de manera importante en la calidad de vida de las personas, ya que el correcto funcionamiento del ciclo sueño- vigilia es significativo para la salud física y mental.

Duncan, Bomar, Nicholson y Wilson (1995) explican que el mayor bienestar psicológico lo obtienen los sujetos que duermen entre 7-8 horas. Por otro lado, Breslau, Roth, Rosenthal y Andreski (1997) indican que la duración insuficiente del sueño se relaciona con un mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad, o un problema de abuso de drogas.

Miró et al. (2005) exponen que una siesta de corta duración, generalmente mejora la ejecución y los sentimientos de bienestar psicológico en los sujetos. Sin embargo, describen que el tomar siestas frecuentes y largas se asocia con una pobre salud mental; ya que induce a la manifestación de síntomas depresivos, sobrepeso, déficit cognitivos, entre otros.

También, se menciona que cuando a un individuo con un patrón habitual de sueño de 7-8 horas se le restringe su sueño por un tiempo, se producen signos de déficit de sueño tales como somnolencia, cansancio, problemas de atención, pobre concentración, desorientación y dolor muscular. Las interrupciones frecuentes del sueño ocasionan fallos en la memoria, la atención y la concentración (Belenky et al., 2003).

Targa y Vila (2007) mencionan que el reloj biológico de 24 horas o tiempo geológico es el responsable de la óptima adaptación de los organismos respecto al ritmo circadiano, entonces, al hablar de ciclos circadianos se habla sobre los ritmos repetitivos de cada 24 horas. Por lo tanto, se entiende que el sueño forma parte del ritmo biológico en los seres vivos.

Todos los seres vivos están sometidos a ritmos biológicos que determinan la fisiología de su funcionamiento. Las variaciones en cualquier dirección de estos ciclos, podrán causar trastornos a corto o medio plazo, importantes para la supervivencia del ser vivo (Elkum, 2006).

1.4 Adultez emergente y temprana

Para esta investigación, se hace énfasis en la etapa del desarrollo de la adultez emergente y temprana. Se define la adultez temprana, como el lapso entre los 20 y 40 años. Durante esta etapa, se considera que las personas llegan a ser autosuficientes y cada día toman decisiones que ayudan a determinar su salud, su profesión y su estilo de vida (Papalia, Olds & Feldman, 2010). La mayoría de las personas de mediana edad están en buena condición física, cognoscitiva y emocional.

Algunos teóricos e investigadores identifican las capacidades cognoscitivas distintivas que aparecen en la adultez o formas características en que los adultos usan dichas capacidades en las etapas sucesivas de la vida. Además, mencionan que es dentro esta etapa que se destaca los aspectos cognoscitivos y de la inteligencia (Papalia et al., 2010).

Los anteriores autores, indican que durante esta etapa se adquieren nuevas formas de pensamiento, donde se encuentra el pensamiento reflexivo y pos formal. A continuación se describen:

- *Pensamiento reflexivo*: Pensamiento lógico que involucra una evaluación activa continua de la información y las creencias.

- *Pensamiento pos formal*: Se basa en la experiencia subjetiva, la intuición y la lógica.

Además, explican que durante esta etapa del desarrollo se mantiene una interrelación entre los aspectos físicos, cognoscitivos y emocionales. De igual manera, es en este ciclo en donde la mayoría de adultos emergentes inician la vida laboral y universitaria. Papalia et al. (2010) expresan que la universidad es una época de descubrimiento intelectual y de crecimiento personal; en especial en las habilidades verbales, pensamiento crítico y razonamiento moral. Por otro lado, el ingreso al mundo del trabajo le da la oportunidad a los sujetos de crecer cognoscitiva, personal y profesionalmente. El crecimiento cognoscitivo abarca el grado de pensamiento y juicio independiente que requieren los individuos, y la flexibilidad para afrontar las demandas cognoscitivas. Por lo tanto, los anteriores autores consideran que dentro de esta etapa se adquiere la complejidad sustancial, la cual se define cómo:

- *Complejidad sustancial*: Grado en que el trabajo de una persona requiere pensamiento y juicio independiente.

Con lo presentado anteriormente, se puede mencionar que los trastornos del sueño- vigilia pueden manifestarse de distintas maneras y existen varias categorías de este trastorno. Sin embargo, todas coinciden en generar inestabilidad en la vida de los pacientes, causando un malestar significativo o deterioro cognitivo, social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Así mismo, se muestra la importancia de las funciones cognitivas, ya que son éstas las que ayudan a las personas a resolver problemas y abarca los distintos procesos intelectuales; los cuales se utilizan constantemente en la vida diaria y ayudan a los individuos a funcionar adecuadamente dentro de la sociedad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sueño es un factor importante en la vida del ser humano, ya que es la manera en donde la persona logra recargar las energías que pierde durante el día y los sistemas del cuerpo logran reconectarse para llevar a cabo todas las actividades necesarias para la sobrevivencia (García, 2009).

Los trastornos del sueño- vigilia son desórdenes que llegan afectar a las personas en cualquier etapa de su vida, incumpliendo el tiempo necesario sobre la necesidad y función biológica que implica el dormir. Estos padecimientos afectan el desarrollo estándar del ciclo sueño- vigilia y pueden llegar a interferir con el funcionamiento mental, emocional, físico y social de la persona; impidiendo su desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida.

Dentro de las características físicas que las personas con trastornos del sueño- vigilia pueden manifestar se encuentra la hiperpigmentación idiopática del anillo orbitario, mejor conocido como las ojeras. Así mismo, sienten fatiga, tienden a tener más arrugas en la cara, llega afectar la figura del cuerpo y existe una mayor posibilidad a contraer distintas enfermedades. Por otro lado, las manifestaciones emocionales se pueden identificar tras la irritabilidad, labilidad de ánimo, problemas de atención o dificultades de las funciones cognitivas que pueden tener las personas con dicho trastorno (GPC, 2011).

El mantener una irregularidad con la cantidad, la calidad y el horario del sueño puede repercutir de distintas maneras en las vidas de los sujetos con trastornos del sueño- vigilia, ya que según Miró et al. (2005) existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de la salud física y psicológica de una persona. Carillo, Ramírez y Magaña (2013) refieren que las consecuencias de una mala calidad del sueño van más allá de un simple malestar, ya que se puede presentar bajo rendimiento escolar, hipertensión, obesidad, diabetes, diversas enfermedades cardio y cerebrovasculares, depresión, etc.

Para que un ser humano pueda desenvolverse adecuadamente y productivamente en sus actividades de la vida diaria, es esencial que las funciones

mentales básicas de una persona funcionen y se adapten a través de cada aprendizaje, utilizando la estructura de las funciones cognitivas. Dentro de alguna de las funciones cognitivas se estudia el concepto de percepción, memoria, inteligencia, lenguaje, comprensión y aprendizaje (Cosacov, 2010).

De esa manera, los trastornos del sueño- vigilia y las funciones cognitivas han sido temas estudiados dentro del campo de la psicología, neuropsicología y profesionales de la salud; sin embargo, no se ha evaluado la manera en cómo las funciones cognitivas se desarrollan, se mantienen, estabilizan o son repercutidas en pacientes que sufren algún trastorno del sueño- vigilia. Por lo tanto, se busca evaluar las funciones cognitivas en pacientes que presentan algún trastorno del sueño- vigilia, ya que con base en los resultados obtenidos se puede identificar si hay necesidad de crear planes de tratamiento en base a lo cognitivo de los pacientes o si no existe tal necesidad.

Dicho lo anterior, se plantea la siguiente pregunta para dirigir la presente investigación:

¿Cuáles son las principales funciones cognitivas de los pacientes adultos con Trastornos de sueño- vigilia que asisten a consulta externa en el área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general: Determinar las principales funciones cognitivas de los pacientes adultos con trastornos del sueño- vigilia o características similares que asisten a consulta externa en el área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios.

2.1.2 Objetivos específicos:

- Establecer las funciones cognitivas en el área de la memoria y recuerdo inmediato en los sujetos de estudio.
- Analizar si la orientación espacial y temporal es una de las funciones cognitivas que mantienen los adultos con trastornos del sueño- vigilia.
- Determinar si la concentración y el cálculo están entre las funciones cognitivas que mantienen los sujetos de estudio.
- Evaluar las funciones cognitivas en el área de lenguaje en los pacientes con trastornos del sueño- vigilia.
- Identificar la información sobre hechos cotidianos que manejan los pacientes con trastornos del sueño- vigilia.
- Realizar el diseño de un programa de ejercicios para estimular las funciones cognitivas en sujetos con este trastorno.

2.2 Elemento de estudio

- Funciones cognitivas

2.3 Definición de elemento de estudio

2.3.1 Definición conceptual: NeuronUp (2015) menciona que las funciones cognitivas son los procesos mentales que permiten llevar a cabo cualquier tarea. Estas funciones hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea.

Por otro lado, Pinel (2007) define que las funciones cognitivas están compuestas de procesos intelectuales superiores tales como razonamiento, memoria, atención y procesos perceptivos complejos.

2.3.2 Definición operacional: En esta investigación se definen como procesos mentales la capacidad de memoria, orientación espacial y temporal, concentración y cálculo, lenguaje e información sobre hechos cotidianos que mantienen los pacientes adultos con trastornos del sueño- vigilia que asisten al área de Neuropsicología en consulta externa del Hospital General San Juan de Dios. Estos indicadores se midieron a través de una batería de pruebas, siendo éstos:

- Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer.
- Mini- Examen Cognoscitivo (MEC).

La información se completó con una entrevista semiestructurada.

2.4 Alcances y límites

Con este estudio se pudo conocer sobre las funciones cognitivas que mantienen los pacientes con trastornos del sueño- vigilia y se investigó algunas de las características de dicho trastorno. Así mismo, se conoció sobre la relación entre las funciones cognitivas y los trastornos del sueño- vigilia. Los resultados aplican a ellos y similares únicamente.

Dentro de las limitaciones se encuentra la breve existencia de investigaciones sobre el tema de estudio, en especial sobre las funciones cognitivas en el área clínica.

2.5 Aporte

La presente investigación se realizó con pacientes adultos que asisten a consulta externa en el área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de

Dios, con quienes se evaluó las funciones cognitivas que presentan. Los resultados de esta pesquisa aportó para el conocimiento neuropsicológico y psicológico sobre el funcionamiento cognitivo que mantienen sujetos con trastornos del sueño- vigilia.

Así mismo, se diseñó un programa de ejercicios para estimular las funciones cognitivas para los pacientes con trastornos del sueño- vigilia que asisten al área de Neuropsicología y consulta externa del Hospital General San Juan de Dios. A través de este estudio se puede incentivar a futuros estudiantes a indagar sobre el mantenimiento, estabilización o repercusiones en pacientes que sufren alguna psicopatología. La utilización de esta investigación puede ampliar el conocimiento acerca de los trastornos del sueño- vigilia y de las funciones cognitivas dentro del área de neuropsicología, psicología y profesionales de la salud mental.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Los sujetos que participaron en esta investigación fueron 8 adultos, hombres y mujeres, entre los 20- 40 años de edad (adultez emergente o adultez temprana); los cuales acuden a consulta externa del área de Neuropsicología en el Hospital General San Juan de Dios. Estos sujetos tienen diagnosticado un trastorno del sueño- vigilia, o mantienen algún problema en relación al sueño, y asisten al Hospital General San Juan de Dios a consulta neuropsicológica por manifestaciones y complicaciones del trastorno.

La tabla que se presenta a continuación contiene información sobre estos sujetos:

Tabla 3.1 Características de los sujetos:

Nombre del caso:	Sexo:	Edad:	Trastorno o problema del sueño:	Medicamento:
Caso 1 (NEC)	Femenino.	24 años.	Hipersomnia.	Ninguno.
Caso 2 (MA)	Femenino.	27 años.	Dificultad para dormir.	Melatonina.
Caso 3 (WC)	Masculino.	20 años.	Dificultad para dormir.	Ninguno.
Caso 4 (JJ)	Masculino.	39 años.	Insomnio.	Fulcrum (Clordiazepóxico).
Caso 5 (KR)	Femenino.	38 años.	Insomnio.	Ninguno.
Caso 6 (BDL)	Femenino.	22 años.	Dificultad para dormir.	Nervaden y Pasinerva.
Caso 7 (SA)	Femenino.	35 años.	Insomnio.	Equiliv.
Caso 8 (LM)	Femenino.	33 años.	Dificultad para dormir.	Ninguno.

El muestreo en la investigación se basó en la muestra de casos- tipo, en donde el objetivo fue la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Por lo tanto, se buscaron sujetos con la característica de la presencia de algún trastorno del sueño- vigilia o problemas para dormir.

3.2 Instrumento

En esta investigación se utilizó una entrevista semiestructurada para obtener datos generales del paciente, su motivo de consulta y una breve historia clínica con respecto a los trastornos del sueño- vigilia a partir de los siguientes indicadores: memoria, orientación espacial y temporal, concentración y cálculo, lenguaje e información sobre hechos cotidianos que mantienen los pacientes adultos. Una entrevista es una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) (Hernández et al., 2010).

Así también, fueron utilizadas las siguientes pruebas neuropsicológicas y psicológicas para evaluar las funciones cognitivas de los pacientes.

- Cuestionario de Estado Mental de Pfeiffer.
- Mini- Examen Cognoscitivo (MEC).

A continuación se describen las pruebas que se utilizaron en dicha investigación.

3.2.1 Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer

La Asociación Madrileña Centro Psicotécnico (CRC, 2015 a) menciona que el Cuestionario de Estado Mental de Pfeiffer fue diseñado por Pfeiffer en el año 1975 como un test de screening de deterioro cognitivo. Este cuestionario consta de 10 ítems, sobre cuestiones generales y personales. Puede pasarse entre 4-5 minutos, y se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores. Esta prueba explora la memoria a corto plazo, orientación espacial y

temporal, concentración y capacidad de cálculo, lenguaje e información sobre hechos cotidianos.

Dentro de la interpretación se detecta tanto la presencia de deterioro cognitivo como el grado del mismo. Se marca con un asterisco las preguntas correctas y con una X las incorrectas, cada errónea vale un punto, por lo tanto se considera:

- Normal de 0 a 2 errores.
- Deterioro cognitivo leve de 3 a 4 errores.
- Deterioro cognitivo moderado (patológico) de 5 a 7 errores.
- Deterioro cognitivo importante de 8 a 10 errores.

Esta prueba se enfatiza en el lenguaje, la memoria y tiene una intensa orientación verbal. Sus propiedades psicométricas demuestran una fiabilidad de test- re test que oscila entre 0.82 y 0.85. Dentro la validez de la prueba se muestra los índices de correlación con instrumentos similares de 0.76 al 0.88 con el Mental Status Questionnaire.

3.2.2 Mini Examen Cognoscitivo (MEC)

La Asociación Madrileña Centro Psicotécnico (CRC, 2015 b) menciona que el Mini Examen Cognoscitivo fue diseñado por Folstein y Mchung en el año 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar los pacientes con trastornos psiquiátricos y trastornos funcionales orgánicos.

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini- Mental State Examination) de Folstein. Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 35 puntos el instrumento a utilizar en esta pesquisa. El cuestionario consta de 13 ítems, sobre cuestiones generales y personales, la cual se divide en 5 áreas cognitivas:

- *Memoria*: Evalúa las áreas de memoria.
- *Memoria de fijación*: Recuerdo inmediato.

- *Orientación*: Evalúa la orientación espacial y temporal.
- *Concentración y Cálculo*: Evalúa la memoria a medio término y habilidades de sustracción serial o el deletreo hacia atrás.
- *Lenguaje*: Trabaja con semejanzas, lectura, frases y figuras.

La puntuación total máxima de esta prueba es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es menos a 23 puntos. Se excluyen preguntas que hayan sido eliminadas. La interpretación del instrumento es sencilla y breve, la edad y la escolarización influyen en la puntuación total. Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales.

El estudio de fiabilidad de esta prueba se llevó a cabo en muestras de pacientes psiquiátricos y neurológicos. La fiabilidad test- retest no baja de 0.89, y la fiabilidad inter- examinador de 0.82.

3.3 Procedimiento

- El anteproyecto de investigación fue aprobado por la Facultad de humanidades.
- Se formuló la pregunta de investigación, basado en el interés al tema de trastornos del sueño que manifiestan pacientes que asisten al área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios y las funciones cognitivas que estos pacientes mantienen.
- Se investigaron los conceptos que forman parte del estudio con el objetivo de sustentar la investigación con información teórica, así también como se exploraron investigaciones realizadas al tema o temas relacionados.
- Se unió la información sobre los temas y conceptos investigados y se desarrolló el marco teórico del estudio.
- Se solicitó permiso a los encargados de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios para realizar la investigación en sus instalaciones y citar a los pacientes de la clínica del sueño en consulta externa.

- A partir de los indicadores seleccionados para realizar el estudio, se elaboró una entrevista estructurada para conocer datos generales de los participantes y una breve historia clínica.
- Se citaron a los participantes de esta investigación para llevar a cabo la entrevista semiestructurada, la cual se realizó de manera individual. Posteriormente, se les pasó el Cuestionario de Estado Mental de Pfeiffer y Mini- Examen Cognoscitivo (MEC).
- Se calificaron y analizaron los resultados de las pruebas, posteriormente se transcribieron los datos recaudados de la entrevista. Además, se hizo un análisis contrastando los resultados de las pruebas con la entrevista clínica.
- Se realizó la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones emergentes de este estudio.
- Se redactó y formó el informe final de esta investigación.
- Se elaboró un programa de ejercicios para la estimulación de las funciones cognitivas en sujetos con Trastornos del sueño- vigilia.

3.4 Diseño

El tipo de investigación fue de enfoque mixto con un diseño de estudio de caso. Se empleó de tal manera debido al número limitado de sujetos con los que se trabajó, de igual modo se consideró un estudio mixto porque se usó una entrevista semiestructurada y dos escalas cuantitativas.

Según Hernández et al. (2010), el enfoque mixto representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos. Se define estudio de caso como “estudios que al utilizar los procedimientos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta, analizan profundamente una unidad para responder el planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría” (p. 163). Por lo tanto, los resultados de esta investigación son presentados de manera cualitativa y cuantitativa.

IV. RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados de la investigación a través de un análisis descriptivo de los casos; los cuales son mostrados de manera cualitativa y cuantitativa. Las derivaciones de las pruebas se realizaron en base a la calificación que se expone en el capítulo III de Método. Por otro lado, se muestra información recaudada sobre los sujetos según la entrevista semi-estructurada, que está transcrita en el capítulo de Anexos. Finalmente, se desarrolló un análisis de cada sujeto en base a la unión de sus pruebas y entrevista clínica.

4.1 Caso 1

Descripción:

El caso 1 es un sujeto femenino a quien se le referirá como NEC. Ella tiene 24 años de edad y consulta en el Hospital General San Juan de Dios por Insomnio, el cual se convirtió en Hipersomnia. Se comenta que estos problemas del sueño empezaron alrededor de unos 5-6 meses y han afectado la vida de la paciente dentro del ámbito emocional, laboral, social y familiar; a causa de esto, no tiene trabajo, no se involucra tanto con su familia y sufre de dolores de cabeza. El sujeto relata: *“ahorita no estoy trabajando por lo mismo, porque si no duermo me pongo de mal humor, entonces si salgo a trabajar estoy con esa ansiedad que no me puedo dormir”*; además comenta: *“mi familia ha tratado la manera de no alterarme con problema de ellos”*, por lo tanto, no se involucran con ella. Se considera como una persona con un *“sueño muy profundo”*, ya que expresa que duerme *“a veces 12 horas o 24”*, acostándose a dormir alrededor de las 9- 10pm y despertándose a las 10-11 de la mañana. Se menciona que algunas noches tiene pesadillas y temor a que alguien la asuste mientras duerme.

NEC expresa que aunque duerme constantemente y hace siestas durante el día y la noche, siente que no descansa. Comenta que cuando no descansa al dormir se siente *“de mal humor, me siento fatigada, me da taquicardia... siento*

como si me faltara respirar... me da mucha ansiedad". Así mismo, explica que dentro de las actividades que realiza antes de dormir se encuentra el ver televisión y pasar tiempo con su hermana e indica que cuando tiene una cita o un evento al día siguiente se le dificulta dormir, pero de lo contrario, no muestra dificultad para dormir.

Dentro de sus funciones cognitivas, describe su memoria como *"deficiente"*, ya que tiene dificultad para recordar eventos y situaciones; NEC menciona: *"se me olvida ver que el semáforo esté en rojo o en verde y yo paso. O si no, a veces se me olvida a dónde voy y me tengo que quedar un ratito parada"*. También, expresa que cuando no descansa la noche anterior tiene mayor dificultad para recordar situaciones: *"a veces no puedo recordar, no recuerdo si tomé las medicinas o si comí. Cosas que son simples no las recuerdo cuando no he descansado lo suficiente"*. Además, expresa que se ha sentido desorientada al buscar una dirección o al estar en la calle: *"Me tengo que quedar un ratito parada en algún lugar y espero que se me venga a la mente en dónde estoy ubicada"*. De igual manera, mantiene dificultad para concentrarse y recordar en dónde deja objetos. Considera estos indicadores como *"deficientes"*, y relata que: *"estos últimos meses ha sido peor. La semana pasada eran los peores que he tenido, no recordaba donde estaba... tuve un suceso que me asustó... digamos me dormí a las 9 de la noche y me desperté a las 11am... antes íbamos a preparar comida con mi mamá y preparamos todo y yo le dije que ya no aguantaba el sueño... me fui a dormir y dicen ellas que me hablaban y me movían y sólo vieron que si estaba respirando y me dejaron porque no regresaba en sí"*.

Por otro lado, describe su habilidad para comunicar ideas y escuchar a los demás como *"pobre"*, ya que anteriormente a los problemas del sueño se consideraba como una persona comunicativa y con interés a lo que sus compañeros le comunicaban. NEC indica que cuando no duerme bien, le es difícil comunicarse con los demás. Explica: *"paso todo el día de mal humor, no quiero que me hablen... ni siquiera que me miren... me voy a encerrar a mi cuarto y no quiero que nadie entre ahí"*.

El sujeto ha consultado a Neurología y Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios y actualmente no toma medicamentos para regular sus problemas del sueño.

Resultados de evaluación:

- *Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer*

Área evaluada	Puntuación Paciente
Memoria a Corto Plazo	*
Orientación Espacial y Temporal	*
Concentración y Capacidad de Cálculo	1
Lenguaje	*
Información sobre Hechos Cotidianos	*
Puntuación total	1

Los resultados de la prueba indican que no hay presencia de un deterioro cognitivo, ya que el sujeto únicamente obtuvo 1 error de 10. Este error aparece en el inciso de concentración y capacidad de cálculo; lo que demuestra que es la función cognitiva más afectada.

- *Mini- Examen Cognoscitivo (MEC)*

Área evaluada	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Memoria	3	3
Memoria de Fijación	3	3
Orientación	5	5
	5	5
Concentración y Cálculo	4	5
	0	3
Lenguaje y Construcción	2	2
	1	1
	2	2
	3	3
	1	1
	1	1
	1	1
Puntuación total	31	35

Los resultados de la prueba indican que no hay un deterioro grave cognitivo debido que su puntuación es 31. El puntaje más bajo del sujeto aparece en los indicadores de concentración y cálculo; demostrando que es la función cognitiva más afectada.

Análisis:

Según la entrevista clínica, el sujeto muestra alteraciones en la memoria. Eso se puede notar ya que la paciente indica que su memoria es “deficiente”. En las pruebas de memoria sí pudo responder a los ítems correctamente, sin embargo, se considera que la dificultad que presenta la paciente no es en el área de memoria, como afirma en la entrevista, sino que es una dificultad de atención y concentración.

De igual manera, NEC expresa que se desorienta cuando está en la calle, sola o busca alguna dirección. Comenta: *“Me tengo que quedar un ratito parada en algún lugar y espero a que se me venga a la mente en donde estoy ubicada”*. Así mismo, informa que en una ocasión tenía una cita médica y al viajar sola perdió la orientación y se pasó de su parada de bus. Ella menciona: *“bajé hasta el parque Colón, ya me había pasado 8 cuadras y yo recordaba que era en la primera... entonces dije voy a llamar a mi casa y no me recordaba el número, sólo sabía yo que tenía un celular pero no me recordaba a quién marcar ni cómo marcar”*. Además, la paciente menciona *“a veces se me olvida ver que el semáforo esté en rojo o en verde y yo paso. O si no, a veces se me olvida a donde voy y me tengo que quedar un ratito parada en algún lugar y esperar que mi mente como que regrese en sí”*. También se relata la siguiente historia: *“tuve un suceso que me asustó y fue raro para mí porque nunca me había pasado. Digamos que dormí a las 9 de la noche y desperté a las 11 de la mañana... cuando desperté yo tenía en mi mente el suceso de ayer, o sea el día de ayer; yo no tenía presente que ya había pasado otro día sino que yo tenía en mi mente que yo estaba en el día anterior”*. Sin embargo, en las pruebas, sus resultados en orientación fueron correctos y no falló en ninguna respuesta.

Según los resultados de las pruebas, se puede observar que la puntuación más baja, en ambas pruebas, fue el indicador de concentración y cálculo. Esto concuerda con la entrevista, ya que NEC describe su concentración como “deficiente” y expresa que cuando no descansa al dormir tiene “demasiada dificultad” para concentrarse y poner atención en sus actividades diarias.

Además, dentro del lenguaje y construcción, NEC también muestra conflicto, ya que se le dificulta comunicar sus ideas y pensamientos, y escuchar a los demás. Esto se ejemplifica cuando ella indica: *“antes yo era la primera y siempre era comunicativa y ahora soy lo contrario”* y *“me siento mal porque no puedo opinar. Entonces como ya no me vienen rapidito las ideas, entonces no me interesan las ideas de las personas”* y *“paso todo el día de mal humor, no quiero que me hablen, no quiero que ni siquiera me miren”*. Sin embargo, en las pruebas realizadas pudo dar respuestas correctas a lo que se le cuestionó, y se considera que los errores que ella describe se deben a la falta de concentración del sujeto.

Por otro lado, el sujeto no muestra alteración en el indicador de información de hechos cotidianos, debido que responde y explica sin ningún problema las preguntas realizadas y se observa que no se vieron afectadas en la evaluación.

Tras la evaluación de los resultados de las pruebas y la entrevista clínica, se puede notar como NEC tiene dificultad en distintas áreas cognitivas. Sin embargo, se considera que el problema principal, provocados por sus problemas del sueño, se encuentran en su capacidad de concentración y cálculo; lo que le genera problemas en sus actividades diarias y en distintos aspectos de su vida.

4.2 Caso 2

Descripción:

El caso 2 es un sujeto femenino a quien se le referirá como MA. Tiene 27 años de edad y consulta en el Hospital General San Juan de Dios por dificultad para dormir. Se comenta que estos problemas del sueño empezaron alrededor de 6 meses a un año y siente que esto le ha afectado dentro de sus relaciones familiares y en conseguir un empleo. Explica que su núcleo familiar le discute y le reclama a la paciente *“que así no me va abundar el día”*; además, comenta que ha dejado de informarse sobre situaciones familiares *“porque hay veces que yo no me he levantado y por lo mismo no escucho lo que pasa... no me lo cuentan después”*. También menciona que *“uno quiere trabajar como todos y*

desenvolverse como todos lo hacen... no hay modo que uno consiga un trabajo... así que para qué sigo buscando trabajo si no encuentro... mejor me duermo... y para qué levantarme temprano si no tengo un compromiso". MA considera que tiene un sueño "desorganizado", ya que siempre le da sueño tarde. Explica que: *"me duermo a las 12 porque casi me da sueño siempre a esa hora y me levanto como a las 9"*.

Indica que *"hace unos 15 días"* fue la última vez que descansó al dormir y cuando no descansa la noche anterior se siente *"mal... hace falta el descanso... irritada y frustrada"*. Menciona que las actividades que realiza antes de dormir es escuchar música o ver videos.

Dentro de sus funciones cognitivas, MA explica que no presenta mayor dificultad para recordar eventos y situaciones; comenta: *"si hablamos en porcentaje de cuánto recuerdo... antes podría ser un 50% y ahora podría decir que ya mejoré un 20%"*. Sin embargo, relata que por su enfermedad de Epilepsia se le han olvidado situaciones en el momento que ha tenido una crisis epiléptica, pero considera que no presenta alteraciones en la memoria con relación a sus problemas del sueño y menciona: *"el sueño es importantísimo para que nuestro cerebro funcione bien... no sólo para que no me den convulsiones seguidas sino para recordar cosas"*. Dentro de su capacidad para recordar en dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto, MA comenta: *"más de alguna vez me ha pasado de que no me acuerdo dónde dejé algo... pero sólo muy pocas veces me sucede"*. Además, expresa que pocas veces se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección *"en dónde he estado no...me ha costado recordar en dónde he dejado alguna cosa pero casi nunca me pasa"*. Por otro lado, describe que si presenta dificultad para concentrarse, comunicando: *"si hablamos de porcentajes... yo diría que un 50% me cuesta"*.

Describe su habilidad para comunicar ideas y escuchar a los demás como "fácil" y explica que: *"depende que ideas sean, porque a veces no sé cómo explicarlas para que alguien me entienda qué es lo que quiero decir"*. También describe que no muestra dificultad para escuchar a los demás: *"sí me gusta"*

prestar atención cuando alguien está hablando” y expresa que no escuchar a los demás es una “falta de respeto”. MA está consciente de lo importante que es dormir y relata: “me he dado cuenta que el descansar bien tiene mucho que ver para poder desenvolverse en cualquier ámbito de la vida”.

El sujeto ha consultado a Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios y actualmente toma el medicamento Melatonina todos los días antes de ir a dormir. Esta medicina la ingiere desde hace alrededor de un año.

Resultados de evaluación:

- *Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer*

Área evaluada	Puntuación Paciente
Memoria a Corto Plazo	*
Orientación Espacial y Temporal	*
Concentración y Capacidad de Cálculo	*
Lenguaje	*
Información sobre Hechos Cotidianos	1
Puntuación total	1

Los resultados de la prueba indican que no hay presencia de un deterioro cognitivo, ya que el sujeto únicamente obtuvo 1 error de 10. Este error aparece en el inciso de información sobre hechos cotidianos.

- *Mini- Examen Cognoscitivo (MEC)*

Área evaluada	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Memoria	3	3
Memoria de Fijación	3	3
Orientación	5	5
	5	5
Concentración y Cálculo	5	5
	3	3
Lenguaje y Construcción	2	2
	1	1
	2	2
	3	3
	1	1
	1	1
	1	1
Puntuación total	35	35

Los resultados de la prueba indican que no hay un deterioro cognitivo debido que su puntuación es 35. Esto quiere decir que MA respondió correctamente a todas las preguntas realizadas.

Análisis:

Según la entrevista clínica, MA no muestra alteraciones en su memoria ya que considera que: *“si hablamos en porcentaje de cuánto recuerdo...antes podría ser un 50%, ahora podría decir que ya mejoré un 20% más... ahora recuerdo más las cosas”*. Además, indica que únicamente manifiesta alteraciones en la memoria cuando le va a dar una crisis epiléptica, pero de lo contrario, relacionado con sus problemas del sueño, no muestra alguna dificultad. En los indicadores de memoria de las pruebas pudo responder a los ítems correctamente, sin fallar en alguna respuesta.

Expresa que ha tenido poca dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto, *“si más de alguna vez me ha pasado de que no me acuerdo dónde dejé algo. Eso sí me ha pasado pero sólo muy pocas veces me sucede”*. De igual manera, menciona que no se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección, relata: *“en dónde he estado no, pero sí de olvidar en dónde hice alguna cosa y me ha costado recordar en dónde he dejado alguna cosa pero casi nunca me pasa”*. Estos resultados estuvieron acorde en las pruebas realizadas, ya que ningún ítem de orientación de tiempo y espacio lo respondió incorrectamente.

Por otro lado, describe su habilidad para concentrarse como: *“si hablamos de porcentajes otra vez yo diría que un 50% me cuesta”*. Además, menciona que cuando no descansa al dormir se le dificultad concentrarse en sus actividades diarias. Sin embargo, dentro de los indicadores de concentración y cálculo en las pruebas, no muestra algún error.

Dentro del lenguaje y construcción, MA describe su habilidad para comunicar sus ideas como: *“a veces me es fácil, depende qué ideas sean. Porque a veces no sé cómo explicarlas para que alguien me entienda qué es lo que quiero decir”*. A la vez, comenta su capacidad para escuchar a los demás: *“sí me gusta prestar atención cuando alguien está hablando”* y responde que el no escuchar a los demás es una *“falta de respeto”*. En las pruebas realizadas pudo dar respuestas correctas a lo que se le cuestionó.

El sujeto muestra dificultad en el indicador de información de hechos cotidianos, debido que es el único error que obtuvo en las pruebas. Ella explica que se ha dejado de informar sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece: *“Hay veces que yo no me he levantado y por lo mismo no escucho lo que pasa o tal vez no me lo cuentan después”*.

Tras la evaluación de los resultados de las pruebas y la entrevista clínica, se puede notar como MA no presenta un deterioro cognitivo en las funciones cognitivas.

4.3 Caso 3

Descripción:

El caso 3 es un sujeto masculino a quien se le referirá como WC. Él tiene 20 años de edad y consulta en el Hospital General San Juan de Dios debido que se le dificulta dormir y no descansa durante las noches; actualmente no ingiere algún medicamento. Se comenta que estos problemas del sueño empezaron hace 2 meses y han afectado la vida de WC provocándole dolores de cabeza, cansancio e irritabilidad; los cuales le perjudican dentro del ámbito escolar, emocional y social. El sujeto relata: *“me da mucho dolor de cabeza, el no descansar, entonces no tengo ganas de hacer nada... no tengo ganas de salir, de estudiar, ni nada... estoy siempre de mal humor”*. Además, comenta: *“no descanso lo suficiente cuando duermo”* y menciona que duerme *“4 a 5 horas”*, de las cuales *“no descanso suficiente”* y cuando no descansa el siguiente día se siente *“de mal humor más que todo”*. Así mismo, explica que dentro de las actividades que realiza antes de dormir se encuentra el escuchar música y pensar. Indica que logra dormir y descansar más en los fines de semana debido que no va a estudiar.

Dentro de sus funciones cognitivas, describe su memoria como *“bastante buena”*, considerando que sus problemas del sueño no ha afectado con su capacidad para recordar eventos e indica *“siempre recuerdo todos los eventos”*.

importantes” y “no creo que me ha afectado en ese sentido, únicamente me pone de mal humor pero sí recuerdo todo”. Además, expresa que no suele sentirse desorientado al estar en la calle: “siempre pongo atención en dónde estoy... nunca me ha pasado”. Sin embargo, describe su habilidad para concentrarse como: “me cuesta bastante, principalmente porque todo me da pereza” e indica que cuando no descansa al dormir o no duerme bien manifiesta dificultad para concentrarse en sus actividades diarias: “bastante porque no tengo ganas de absolutamente nada”.

Comenta que dentro de su habilidad para comunicar ideas *“siempre busco darme a entender y los demás me entienden, entonces yo creo que bien”*. Por otro lado, indica que la manera en que escucha a los demás depende de *“si me interesa pongo atención si no, no”*. Además, menciona que cuando no duerme bien se le dificulta comunicarse con los demás y que *“estoy de malas o tengo mucha pereza para convivir con las demás personas”*.

Resultados de evaluación:

- *Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer*

Área evaluada	Puntuación Paciente
Memoria a Corto Plazo	*
Orientación Espacial y Temporal	*
Concentración y Capacidad de Cálculo	*
Lenguaje	*
Información sobre Hechos Cotidianos	2
Puntuación total	2

Los resultados de la prueba indican que no hay presencia de un deterioro

cognitivo, ya que el sujeto únicamente obtuvo 2 errores de 10. Estos errores aparecen en el inciso de información sobre hechos cotidianos.

- *Mini- Examen Cognoscitivo (MEC)*

Área evaluada	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Memoria	2	3
Memoria de Fijación	3	3
Orientación	5	5
	5	5
Concentración y Cálculo	5	5
	2	3
Lenguaje y Construcción	2	2
	1	1
	2	2
	3	3
	1	1
	1	1
	1	1
Puntuación total	33	35

Los resultados de la prueba indican que no hay un deterioro grave cognitivo debido que su puntuación es 33. El puntaje más bajo del sujeto aparece en los

indicadores de memoria, concentración y cálculo.

Análisis:

Según la entrevista clínica, el sujeto no muestra alteraciones en la memoria debido a sus problemas del sueño, esto lo evidencia él describiéndola como: *“bastante buena... siempre recuerdo todos los eventos importantes”* y *“no creo que me ha afectado en ese sentido, únicamente me pongo de mal humor pero sí recuerdo todo”*. Sin embargo, en los indicadores de memoria falló al responder una pregunta, pero se considera que este error se relaciona con la concentración y no con la memoria.

De igual manera, WC expresa que no se desorienta cuando está en la calle o al buscar alguna dirección. Comenta: *“siempre pongo atención en dónde estoy”*. Además, en las pruebas, sus resultados en orientación fueron correctos y no erró en ninguna respuesta.

Por otro lado, se puede observar en las pruebas realizadas que el paciente mantiene alteraciones en la concentración y cálculo; esto se refuerza y evidencia cuando WC expresa lo siguiente sobre su capacidad para concentrarse: *“me cuesta bastante, principalmente porque todo me da pereza... no tengo ganas de absolutamente nada”*.

Dentro del lenguaje y construcción, el sujeto describe su manera para comunicar sus pensamientos como: *“creo que bien”* ya que *“siempre busco darme a entender y los demás me entienden”*. Sin embargo, expresa que se le dificulta escuchar a los demás y menciona: *“si me interesa pongo atención si no, no... estoy de malas o tengo mucha pereza para convivir con las demás personas”*.

Por otro lado, WC muestra alteración en el indicador de información de hechos cotidianos, debido que responde incorrectamente en las preguntas realizadas. Sin embargo, no comentó mantener alguna dificultad con este ítem en su entrevista.

Tras la evaluación de los resultados de las pruebas y la entrevista clínica, se puede notar como WC mantiene dificultad en el área de concentración e información de hechos cotidianos. Además, se considera que el problema principal, provocado por sus problemas del sueño, se encuentra en su capacidad de concentración y cálculo y esto le genera problemas en sus actividades diarias para informarse sobre hechos cotidianos y enfocarse en actividades que ocupen su retención de información.

4.4 Caso 4

Descripción:

El caso 4 es un sujeto masculino a quien se le referirá como JJ. Tiene 39 años de edad y consulta en el Hospital General San Juan de Dios por Insomnio. Se comenta que estos problemas del sueño empezaron hace “años” pero consultó en el Hospital hace uno “2-3 meses” y han afectado la vida de la paciente dentro del ámbito emocional y laboral: *“me afecta sintiéndome bravo, andaba de mal carácter. Hacía todos mis quehaceres de mal humor”*. El paciente toma el medicamento Fulcrum (Clordiazepóxico), el cual es un ansiolítico que lo ayuda a relajarse antes de dormir. Este medicamento se lo recetó la Neuróloga, AS, del Hospital General San Juan de Dios. Explica que anteriormente al medicamento únicamente dormía pocas horas *“ahora como unas 8 horas antes como 3 si mucho”*. Menciona que cuando no descansa la noche anterior se siente *“un poco cansado”* y se despierta en la noche *“como 2 veces cuando me da dolor de estómago”*. A partir del medicamento, JJ comenta: *“me dijeron que tenía Insomnio, pero ya he mejorado. Ahora yo siento que cuando duermo, duermo bien”*. Toma el medicamento desde *“hace 2-3 meses... lo tomo una noche sí y una no para no acostumbrarse”*.

Dentro de sus funciones cognitivas, describe su memoria como *“por lo general la siento bien, pero a veces ando buscando mi celular y que sí lo tengo enfrente”*; sin embargo, menciona que no ha tenido dificultad para recordar

eventos importantes: *“no, ningún problema con eso”*. Además, relata que cuando duerme bien la noche anterior se le facilita recordar sucesos *“porque ando de mejor humor”*. Expresa que nunca se ha sentido desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección: *“no, nunca me ha pasado eso”*. De igual manera, describe su habilidad para concentrarse como: *“creo que es buena, no me cuesta pensar en mis cosas”*.

Por otro lado, describe su habilidad para comunicar ideas y escuchar a los demás como *“buena y clara... la gente me entiende”* y considera que tampoco muestra dificultad para escuchar a los demás y que los escucha *“atentamente y gustoso”*.

Resultados de evaluación:

- *Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer*

Área evaluada	Puntuación Paciente
Memoria a Corto Plazo	*
Orientación Espacial y Temporal	*
Concentración y Capacidad de Cálculo	*
Lenguaje	*
Información sobre Hechos Cotidianos	2
Puntuación total	2

Los resultados de la prueba indican que no hay presencia de un deterioro cognitivo, ya que el sujeto únicamente obtuvo 2 errores de 10. Estos errores aparecen en el inciso de información sobre hechos cotidianos.

- *Mini- Examen Cognoscitivo (MEC)*

Área evaluada	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Memoria	2	3
Memoria de Fijación	3	3
Orientación	5	5
	5	5
Concentración y Cálculo	5	5
	3	3
Lenguaje y Construcción	2	2
	1	1
	2	2
	3	3
	1	1
	1	1
	1	1
Puntuación total	34	35

Los resultados de la prueba indican que no hay un deterioro grave cognitivo debido que su puntuación es 34. El puntaje más bajo del sujeto aparece en el indicador de memoria.

Análisis:

Según la entrevista clínica, JJ muestra dificultades en su memoria. Esto se puede notar en los errores que obtiene dentro de las pruebas.

Por otro lado, comenta que nunca se ha sentido desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección y expresa *“no, nunca me ha pasado”* y recuerda la ubicación que tomó para la entrevista: *“vengo de mi casa para la parada y busco la camioneta en el Cenma. Luego busco una 36 para llegar acá, todo eso desde Villa Nueva Zona 2”*.

De igual manera, describe que no mantiene alteración en su concentración, *“creo que es buena”*. Los indicadores de orientación, concentración y cálculo dentro de las pruebas fueron respondidos correctamente.

Además, dentro del lenguaje y construcción, JJ tampoco muestra conflicto, ya que comenta que su capacidad para comunicar ideas y escuchar a los demás es *“buena y clara”*, así también su manera para escuchar a las personas y expresa que los oye *“atentamente y gustoso”*.

Por otro lado, el sujeto muestra alteración en el indicador de información de hechos cotidianos, debido que responde incorrectamente a los ítems de este indicador en las pruebas. Sin embargo, en su entrevista no comenta tener dificultad dentro de este indicador.

Tras la evaluación de los resultados de las pruebas y la entrevista clínica, se puede notar como JJ tiene dificultad en el área de memoria e información sobre hechos cotidianos.

4.5 Caso 5

Descripción:

El caso 5 es un sujeto femenino a quien se le referirá como KR. Ella tiene 38 años de edad y consulta en el Hospital General San Juan de Dios por

Insomnio. Se comenta que estos problemas del sueño empezaron hace 1 mes y han afectado la vida de la paciente dentro del ámbito emocional, laboral y social; *“me ha afectado muchísimo, no tengo ganas de hacer nada porque siempre estoy muy cansada y con sueño”* y en su núcleo familiar *“en realidad no me dan ganas de escucharlos ni de hacer nada... prefiero no enterarme, además estoy cansada porque no dormí bien”*. Considera su sueño como: *“pues me cuesta quedarme dormida y cuando me logro dormir me despierto por dolores de mano”* y expresa que duerme *“tal vez 5 horas, a veces menos”*. Menciona que de vez en cuando se despierta durante la noche *“como 1 vez cada noche por adormecimiento en mis manos”*.

Dentro de sus funciones cognitivas, describe su memoria como *“yo digo que bien, recuerdo todo”*, y comenta no tener dificultad para recordar eventos y situaciones. Pero, sí considera que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita el recordar información o situaciones: *“sí eso sí”*. Además, expresa nunca se ha sentido desorientada al buscar una dirección o al estar en la calle. De igual manera, menciona su habilidad para concentrarse como *“pues bien, pongo bastante atención a lo que hago”*, sin embargo, cuando no descansa al dormir o no duerme bien tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias: *“eso sí, porque no me dan ganas de hacer nada ni de poner atención”*.

Por otro lado, describe su habilidad para comunicar ideas y escuchar a los demás como *“difícil, porque me pongo nerviosa antes de pensar qué tengo que hacer y decir”*. Relata que cuando no duerme bien le es más difícil comunicarse y escuchar a los demás y explica: *“me pongo nerviosa y tensa de escuchar a los demás”* y *“tengo mucho sueño y no tengo ganas de escucharlos”*.

El sujeto ha consultado distintos doctores dentro de la capital, actualmente asiste a Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios y no toma algún medicamento para regular sus problemas relacionados con el sueño.

Resultados de evaluación:

- *Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer*

Área evaluada	Puntuación Paciente
Memoria a Corto Plazo	*
Orientación Espacial y Temporal	*
Concentración y Capacidad de Cálculo	*
Lenguaje	*
Información sobre Hechos Cotidianos	*
Puntuación total	0

Los resultados de la prueba indican que no hay presencia de un deterioro cognitivo, ya que el sujeto no obtuvo algún error y respondió correctamente a todas las preguntas realizadas.

- *Mini- Examen Cognoscitivo (MEC)*

Área evaluada	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Memoria	3	3
Memoria de Fijación	3	3
Orientación	5	5
	5	5
Concentración y Cálculo	5	5
	3	3
Lenguaje y Construcción	2	2
	0	1
	2	2
	3	3
	1	1
	1	1
	1	1
Puntuación total	34	35

Los resultados de la prueba indican que no hay un deterioro grave cognitivo debido que su puntuación es 34. El puntaje más bajo del sujeto aparece en el indicador de lenguaje y construcción; demostrando que es la función cognitiva más afectada.

Análisis:

Según la entrevista clínica, KR no muestra alteraciones en la memoria: *“yo digo que bien, recuerdo todo”*. En las pruebas de memoria sí pudo responder a los ítems correctamente y no falló en ninguna.

De igual manera, KR expresa que no se desorienta cuando está en la calle, sola o busca alguna dirección; de igual manera, estos indicadores fueron respondidos correctamente en las pruebas.

Dentro de su habilidad para concentrarse la considera como: *“pues bien, pongo bastante atención a lo que hago”*, sin embargo, expresa que cuando no descansa al dormir o no duerme bien, se le dificulta el concentrarse en sus actividades diarias y menciona: *“no me dan ganas de hacer nada ni de poner atención”*. Esta información concuerda con los resultados de las pruebas ya que respondió correctamente a los indicadores de orientación, concentración y cálculo.

Además, dentro del lenguaje y construcción, KR muestra conflicto, ya que se le dificulta comunicar sus ideas y pensamientos, y escuchar a los demás. Esto se ejemplifica cuando ella indica: *“me pongo nerviosa antes de pensar qué tengo que hacer y decir”* y *“me pongo nerviosa y tensa de escuchar a los demás... tengo mucho sueño y no tengo ganas de escucharlos”*. Lo mencionado por la paciente coincide con los resultados de la prueba, ya que fue en estos ítems en donde la paciente obtuvo la mayor cantidad de errores.

Por otro lado, el sujeto no muestra alteración en el indicador de información de hechos cotidianos, debido que responde y explica sin ningún problema las preguntas realizadas y se observa que no se vieron afectadas en la evaluación.

Tras la evaluación de los resultados de las pruebas y la entrevista clínica, se puede notar como KR tiene dificultad en el área lenguaje y construcción, Teniendo gran dificultad para convivir con los demás, entablar relaciones interpersonales, comunicar sus pensamientos y escuchar a quienes la rodean; esto se debe principalmente al cansancio que presenta KR y su deseo por dormir. Sin embargo, no se presenta un deterioro cognitivo en el sujeto.

4.6 Caso 6

Descripción:

El caso 6 es un sujeto femenino a quien se le referirá como BDL. Ella tiene 22 años de edad y consulta en el Hospital General San Juan de Dios por dificultad para conciliar el sueño. Describe su sueño como irregular, ya que comenta: *“es un poco variado, hay unos días que duermo bien y hay días que en serio no duermo bien, y es por temporadas”*. Explica temporadas como: *“temporadas en donde sí duermo bien bastantes días y de ahí unos días que duermo mal por bastantes días”*. Además, se despierta de dos a tres veces en la noche porque tiene un sueño *“frágil”* y menciona: *“no puedo dormir, tengo el sueño muy frágil... entonces por cualquier cosa me despierto y luego no puedo dormir rápido”*. BDL comenta que dentro de las actividades que realiza antes de dormir está ver su celular y televisión, y duerme 7 horas aproximadamente sin descansar al dormir. Indica que *“hace dos semanas”* fue la última vez que descansó al dormir y que cuando no descansa la noche anterior se siente *“cansada, como si no dormí nada y sin ganas de hacer lo que tengo que hacer el día siguiente”*. Estos problemas del sueño empezaron hace 3 años y siente que esto le ha afectado en su productividad diaria ya que: *“Estoy de mal humor y durante el día me da mucho sueño, entonces me duermo a cada rato”*.

Dentro de sus funciones cognitivas, BDL explica que no presenta mayor dificultad para recordar eventos y situaciones; comenta que su memoria es: *“buena”* y no considera que sus problemas del sueño han afectado con su capacidad para recordar sucesos importantes.

Además, expresa que nunca se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección. Por otro lado, menciona que más de una vez ha olvidado en dónde deja un objeto: *“es poco frecuente... por ejemplo, iba hacer algo y se me olvidó qué iba a hacer”*. Describe su capacidad para concentrarse como *“buena”*, sin embargo, expresa que cuando no descansa al dormir o no duerme bien tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias: *“en ocasiones sí, porque*

me molesta el hecho que no dormí bien, entonces me dan ganas de dormir en el día”.

Describe su habilidad para comunicar ideas y escuchar a los demás como “buena” y explica que: “considero que la gente me comprende bastante cuando me comunico con ellos y realmente no tengo dificultad para comunicarme con las demás personas”. También describe que no muestra dificultad para escuchar a los demás: “realmente los escucho bien”.

El sujeto ha consultado a Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios y actualmente toma medicamentos naturales para conciliar el sueño. Ingiere Nervaden y Pasinerva, las toma dependiendo de las temporadas en que no puede dormir, alrededor de “5 veces al mes”, desde hace 2 años.

Resultados de evaluación:

- *Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer*

Área evaluada	Puntuación Paciente
Memoria a Corto Plazo	*
Orientación Espacial y Temporal	*
Concentración y Capacidad de Cálculo	1
Lenguaje	*
Información sobre Hechos Cotidianos	*
Puntuación total	1

Los resultados de la prueba indican que no hay presencia de un deterioro cognitivo, ya que el sujeto únicamente obtuvo 1 error de 10. Este error aparece en el inciso de concentración y capacidad de cálculo.

- *Mini- Examen Cognoscitivo (MEC)*

Área evaluada	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Memoria	3	3
Memoria de Fijación	3	3
Orientación	5	5
	5	5
Concentración y Cálculo	3	5
	3	3
Lenguaje y Construcción	2	2
	1	1
	2	2
	3	3
	1	1
	1	1
	1	1
Puntuación total	33	35

Los resultados de la prueba indican que no hay un deterioro cognitivo debido que su puntuación es 33. Únicamente erró en una pregunta del indicador de concentración y cálculo.

Análisis:

Según la entrevista clínica, BDL no muestra alteraciones en su memoria ya que considera que es *“buena”*. Además, en los indicadores de memoria de las pruebas pudo responder a los ítems correctamente, sin fallar en alguna respuesta.

Expresa que nunca se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección y que no ha tenido dificultad para recordar dónde se encuentre o dónde ha dejado algún objeto. Estos resultados estuvieron acorde en las pruebas realizadas, ya que en ningún ítem de orientación en tiempo y espacio la respondió incorrectamente.

Por otro lado, describe que su habilidad para concentrarse como *“buena”*. Sin embargo, menciona que cuando no descansa al dormir o no duerme bien se le dificulta concentrarse en sus actividades diarias: *“me molesta el hecho que no dormí bien, entonces me dan ganas de dormir en el día”*. Además, la paciente relata: *“iba hacer algo y se me olvidó lo que iba a hacer, pero es poco lo que me sucede”*. Ella lo menciona dentro de las preguntas de memoria, pero, se considera que esto es parte de la falta de concentración de BDL. Es dentro de los indicadores de concentración y cálculo en las pruebas que la paciente muestra errores.

Dentro del lenguaje y construcción, BDL describe su habilidad para comunicar sus ideas como: *“buena, pues yo considero que la gente me comprende bastante cuando me comunico con ellos”*. A la vez, comenta su capacidad para escuchar a los demás como: *“buena forma en cómo los escucho... realmente los escucho bien”*. En las pruebas realizadas pudo dar respuestas correctas a lo que se le cuestionó sobre este tema.

El sujeto no muestra dificultad en el indicador de información de hechos cotidianos en las preguntas realizadas en la entrevista y en las pruebas.

Tras la evaluación de los resultados de las pruebas y la entrevista clínica, se puede notar como BDL no presenta un deterioro cognitivo en las funciones

cognitivas, sin embargo, se puede observar que el área con mayor dificultad es el de concentración y cálculo.

4.7 Caso 7

Descripción:

El caso 7 es un sujeto femenino a quien se le referirá como SA. Ella tiene 35 años de edad y consulta en el Hospital General San Juan de Dios por dificultad para conciliar el sueño e insomnio. En el momento que se le pidió que describiera su sueño ella comentó: *“no duermo”*, y menciona que: *“a veces duermo 5 horas, a veces me duermo 2 horas. Me duermo a la 1 de la mañana y me despierto a las 4 o 5, duermo tal vez 2 o 3 horas”*. Además, menciona que se despierta constantemente durante la noche y no descansa lo suficiente cuando dormita. *“Despierto muchas veces. Me despierto así solo nada más... a veces me despierto y ya no puedo dormir”*. SA comenta que dentro de las actividades que realiza antes de dormir está el hacer ejercicio e indica que *“casi siempre no descansa”* cuando duerme. Estos problemas del sueño empezaron hace 10 años y siente que esto le ha afectado dentro del área emocional: *“me afecta emocionalmente porque me preocupa no dormir y me pongo triste”*. Ha consultado a Neuropsicología del Hospital y actualmente toma el medicamento Equiliv para conciliar el sueño. Esto lo ingiere desde hace 2 meses y toma la mitad en la noche, antes de acostarse a dormir.

Dentro de sus funciones cognitivas, SA considera su memoria como: *“buena”*; sin embargo, menciona que ha tenido dificultad para recordar eventos: *“a veces tengo mis citas... y se me olvidan y tengo que estar pendiente que día porque se me olvida. A veces se me olvida en qué día estoy”*. De igual manera, menciona que sus problemas del sueño han afectado su capacidad para recordar y explica: *“pues siento que sí me ha afectado bastante no dormir... pues a veces recuerdo las cosas a veces no, a veces siento que mi mente se me queda”*. Además, manifiesta dificultad para recordar dónde ha dejado algún objeto y

menciona: *“a veces guardo cualquier cosa verdad y no me recuerdo. Me recuerdo así hasta el rato pero al momento que lo necesito no”*.

SA relata que se ha sentido desorientada al estar en la calle o al buscar una dirección: *“a veces voy en el bus, voy a un lado y ya no recuerdo en qué parada me tengo que bajar”*. Describe que su capacidad para concentrarse como *“bien”*, sin embargo, expresa que cuando no descansa al dormir o no duerme bien no tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias.

Describe su habilidad para comunicar ideas y escuchar a los demás como buena y menciona: *“se me facilita hablar con los demás”*. Sin embargo, SA menciona que: *“a veces me molesta cuando hay mucha bulla, me molesta, no me siento tranquila”*, con respecto al escuchar a las demás personas. También, indica que cuando no duerme bien prefiere no comunicarse con su prójimo.

Resultados de evaluación:

- *Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer*

Área evaluada	Puntuación Paciente
Memoria a Corto Plazo	*
Orientación Espacial y Temporal	*
Concentración y Capacidad de Cálculo	*
Lenguaje	*
Información sobre Hechos Cotidianos	1
Puntuación total	1

Los resultados de la prueba indican que no hay presencia de un deterioro cognitivo, ya que el sujeto únicamente obtuvo 1 error de 10. Este error aparece en el inciso de información sobre hechos cotidianos.

- *Mini- Examen Cognoscitivo (MEC)*

Área evaluada	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Memoria	2	3
Memoria de Fijación	3	3
Orientación	5	5
	5	5
Concentración y Cálculo	5	5
	0	3
Lenguaje y Construcción	2	2
	1	1
	0	2
	3	3
	1	1
	1	1
	1	1
Puntuación total	29	35

Los resultados de la prueba indican que no hay un deterioro cognitivo debido que su puntuación es 29. Sin embargo, SA mantuvo varios errores dentro de los ítems de: memoria, concentración y cálculo, y lenguaje y construcción.

Análisis:

Según la entrevista clínica, SA explica tener dificultad para recordar eventos y situaciones *“a veces tengo mis citas... y se me olvida”*, también menciona: *“a veces no recuerdo las cosas... a veces siento que mi mente se me queda”* y *“a veces guardo cualquier cosa y no me recuerdo”*. Además, en los indicadores de memoria la paciente falló en una respuesta.

Expresa que se ha sentido desorientada al estar en la calle o al buscar una dirección *“a veces voy en el bus... y ya no recuerdo en qué parada me tengo que bajar”* y *“a veces se me olvida en qué día estoy”*. Sin embargo, en los ítems de orientación en tiempo y espacio, respondió correctamente.

Por otro lado, describe que no mantiene alteraciones en su habilidad para concentrarse. Sin embargo, dentro de los indicadores de concentración y cálculo en las pruebas, la paciente muestra errores.

Dentro del lenguaje y construcción, SA describe su habilidad para comunicar sus ideas como: *“se me facilita hablar con los demás”*. A la vez, comenta su capacidad para escuchar a los demás como: *“a veces me molesta cuando hay mucha bulla... no me siento tranquila”*. Además, en las pruebas realizadas la paciente erra en este indicador.

El sujeto muestra dificultad en el indicador de información de hechos cotidianos en las preguntas realizadas en la entrevista y en las pruebas. Ella explica que prefiere no involucrarse con las personas ni saber de ellas.

Tras la evaluación de los resultados de las pruebas y la entrevista clínica, se puede notar como SA no presenta un deterioro cognitivo en las funciones cognitivas, sin embargo, se puede observar como las áreas con mayor dificultad fueron los indicadores de memoria, información de hechos cotidianos y concentración y cálculo; ya que es donde más se erró dentro de las evaluaciones.

4.8 Caso 8

Descripción:

El caso 8 es un sujeto femenino a quien se le referirá como LM. Ella tiene 33 años de edad y consulta en el Hospital General San Juan de Dios por dificultad para conciliar el sueño. Describe su sueño como *“irregular”* y lo explica de esa manera ya que considera que: *“no me concentro bien bien en mi sueño”*. Menciona que duerme *“5 o 4 horas”* por día, y se despierta durante la noche ya que tiene pesadillas: *“a veces sueño algo muy feo o a veces porque no me da sueño”*, además, comenta que casi nunca descansa al dormir: *“casi nunca... casi ni un día”*. SJ comenta que antes de dormir lee y que cuando no descansa al dormir el día siguiente se siente *“muy estresada”*. Tiene problemas para dormir desde hace 3 años: *“hace como unos 3 años... se me quitó como por un año y ahora nuevamente”* y siente que esto le ha afectado en distintas áreas de su vida: *“me siento aburrida, con sueño y sin apetito”*. Ha consultado a Neuropsicología del Hospital y actualmente no toma algún medicamento para regular sus problemas de sueño.

Dentro de sus funciones cognitivas, LM explica que tiene *“bastantes molestias”* con su memoria y muestra dificultad para recordar eventos: *“a veces me cuentan una cosa y al día siguiente ya no recuerdo”* y *“nunca se me viene a la mente lo que quiero recordar”*. Además, manifiesta dificultad para recordar dónde ha dejado algún objeto y menciona: *“sí he tenido dificultad... por ejemplo, dejo una medicina y no me recuerdo dónde la dejé u otro objeto”*.

LM relata que se ha sentido desorientada al estar en la calle o al buscar una dirección: *“hay veces que creo que es y luego me doy cuenta que no es la dirección exacta a donde voy”*. Describe su capacidad para concentrarse como *“irregular”*, y expresa que cuando no descansa al dormir o no duerme bien se le dificulta el concentrarse en sus actividades diarias.

Describe que le es difícil comunicar ideas y escuchar a los demás: *“se me dificulta hablarle a las demás personas”* y *“cuando me hacen una pregunta no se*

me vienen así las ideas”. Además, menciona que prefiere no informarse sobre situaciones familiares: *“me gusta ser muy solitaria y no me entero”*.

Resultados de evaluación:

- *Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer*

Área evaluada	Puntuación Paciente
Memoria a Corto Plazo	*
Orientación Espacial y Temporal	*
Concentración y Capacidad de Cálculo	1
Lenguaje	*
Información sobre Hechos Cotidianos	*
Puntuación total	1

Los resultados de la prueba indican que no hay presencia de un deterioro cognitivo, ya que el sujeto únicamente obtuvo 1 error de 10. Este error aparece en el inciso de concentración y capacidad de cálculo.

- *Mini- Examen Cognoscitivo (MEC)*

Área evaluada	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Memoria	3	3
Memoria de Fijación	3	3
Orientación	5	5
	5	5
Concentración y Cálculo	3	5
	2	3
Lenguaje y Construcción	2	2
	1	1
	2	2
	3	3
	1	1
	1	1
	1	1
Puntuación total	32	35

Los resultados de la prueba indican que no hay un deterioro cognitivo debido que su puntuación es 32. Sin embargo, LM mantuvo varios errores dentro de los ítems de concentración y cálculo.

Análisis:

Según la entrevista clínica, LM explica tener dificultad para recordar eventos y situaciones: *“a veces me cuentan una cosa y al día siguiente ya no recuerdo”*. Sin embargo, en los indicadores de memoria la paciente no falló en ninguna respuesta.

Expresa que se ha sentido desorientada al estar en la calle o al buscar una dirección: *“hay veces que creo que es y luego me doy cuenta que no es la dirección exacta a donde voy”*. Pero, en los ítems de orientación en tiempo y espacio, respondió correctamente.

Por otro lado, describe como *“irregular”* su habilidad para concentrarse. De igual manera, es en este indicador en donde LM tiene todos sus errores en las pruebas. Además, se considera que lo que la paciente relata dentro de los ítems de memoria y orientación, se deben a la falta de concentración y no a problemas de esas áreas.

Dentro del lenguaje y construcción, LM describe su habilidad para comunicar sus ideas como: *“se me dificulta hablarle a las demás personas”*. En las preguntas de las pruebas, relacionadas con este tema, la paciente no tuvo respuestas incorrectas.

El sujeto muestra dificultad en el indicador de información de hechos cotidianos en las preguntas realizadas en la entrevista, ya que explica *“me gusta ser solitaria y no me entero”*. Menciona que prefiere no informarse de eventos ni comunicarse con las demás personas. Dentro de las pruebas, el sujeto respondió correctamente en este indicador.

Tras la evaluación de los resultados de las pruebas y la entrevista clínica, se puede notar como LM no presenta un deterioro cognitivo en las funciones cognitivas, sin embargo, se puede observar que el área con mayor dificultad es concentración y cálculo. Se considera que la dificultad que ella cree manifestar dentro de la memoria y orientación, se debe a la falta de concentración que presenta.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presenta la discusión de resultados de la presente investigación, la cual tuvo como objetivo determinar las principales funciones cognitivas de los pacientes adultos con trastornos del sueño- vigilia, que asisten a Consulta Externa en el área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala. Los sujetos que participaron en esta investigación fueron 8 adultos, quienes estaban dentro de la etapa de adultez temprana y emergente (20 a 40 años de edad).

Este estudio mantuvo el interés de evaluar qué funciones cognitivas mantienen los pacientes con trastornos del sueño- vigilia; de los cuales se pudo observar como 4 de 8 sujetos presentaron dificultad para conciliar el sueño, 3 mantienen insomnio, y 1 sujeto con hipersomnia. Se conocen los trastornos del sueño- vigilia como una insatisfacción con la calidad, el horario y la cantidad del sueño (*DSM- 5*, 2014). Fritsch et al. (2010) indican que los problemas relacionados con el sueño se asocian con un deterioro significativo en la calidad de vida. E indican que el insomnio es el trastorno del sueño más frecuente; prevaleciendo un 19.1% en adultos, de los cuales el 85% corresponde a insomnio crónico.

Diversos autores guatemaltecos se han interesado en investigar el tema de estudio. Por ejemplo, García (2009) investigó sobre la calidad del sueño en pacientes hospitalizados en Medicina Interna y dio a conocer las maneras en que se puede ver afectada la calidad de sueño de un paciente internado en un hospital. Así mismo, Martínez (2014) realizó un estudio correlacionar sobre la calidad del sueño y la somnolencia diurna. También se han interesado autores internacionales como Gras et al. (2008), quienes realizaron una pesquisa sobre los trastornos del sueño y sus condiciones ambientales en mayores de 65 años en España. Estas investigaciones concuerdan con el objetivo de analizar y evaluar la importancia y el impacto del sueño.

En esta investigación se explicaron los procesos mentales en base a las pruebas realizadas (Cuestionario de Estado Mental de Pfeiffer y Mini- Examen

Cognoscitivo MEC), por lo que se consideraron las funciones cognitivas como los siguientes indicadores: memoria, orientación temporal y espacial, concentración y cálculo, lenguaje e información sobre hechos cotidianos en pacientes con alteraciones del sueño.

Sin embargo, Portellano (2005) explica que las funciones mentales básicas para la persona consisten en memoria, pensamiento, lenguaje o capacidad para regular el comportamiento. Además, Cosacov (2010) menciona que el término cognición engloba el concepto de percepción, memoria, inteligencia, lenguaje y aprendizaje. Por otro lado, Pinel (2007) hace referencia a las funciones cognitivas como las bases neurales de la cognición, por lo que se refiere a los procesos intelectuales superiores; tales como: razonamiento, memoria, concentración y atención y procesos perceptivos complejos. Esta información concuerda con dicho estudio ya que se consideraron como funciones cognitivas los términos de memoria, lenguaje y concentración.

GPC (2011) explican que la falta de sueño repercute en las funciones cognitivas de las personas, de igual manera, Fernández et al. (2012) estudia el impacto que tiene la falta de sueño sobre las habilidades cognitivas, y concluye que sí existe un deterioro en el rendimiento y las capacidades cognitivas en los sujetos que no dormitan. De igual manera, en esta investigación, se considera la importancia del dormir y se evalúa las funciones cognitivas en los sujetos con un trastorno del sueño- vigilia o características similares, sin embargo, en ninguno de los casos se presentó un deterioro en el rendimiento cognitivo.

Dicho lo anterior, se realiza el análisis de los siguientes indicadores como funciones cognitivas: memoria, orientación temporal y espacial, concentración y cálculo, lenguaje e información sobre hechos cotidianos.

El primer proceso a analizar es el de memoria. En los sujetos de estudio se puede observar que en los resultados, 3 de 8 sujetos explican mantener alteraciones en su memoria. El caso 4 menciona lo siguiente con respecto al indicador: *“por lo general la siento bien, pero a veces ando buscando mi celular y que sí lo tengo enfrente”*. Por otro lado, se puede observar como SA (caso 7)

describe que ha tenido dificultad para recordar eventos y relata: *“a veces tengo mis citas... y se me olvidan y tengo que estar pendiente que día porque se me olvida. A veces se me olvida en qué día estoy”*. De igual manera, menciona que sus problemas del sueño han afectado su capacidad para recordar y explica: *“pues siento que sí me ha afectado bastante no dormir... pues a veces recuerdo las cosas a veces no, a veces siento que mi mente se me queda”*. De igual manera, LM (caso 8) expone que tiene *“bastantes molestias”* con su memoria y que muestra dificultad para recordar eventos: *“a veces me cuentan una cosa y al día siguiente ya no recuerdo”* y *“nunca se me viene a la mente lo que quiero recordar”*. Dentro de los resultados de las pruebas se puede observar como los casos 3, 4 y 7 tuvieron errores en el indicador de memoria.

El término memoria se conoce como el depósito interno de información almacenada, el cual se basa en un conjunto de procesos mediante los cuales la información se codifica, se consolida y se recupera (Smith & Kosslyn, 2008). Esta función se relaciona con el sueño debido que la falta de dormir o la alteración del sueño provoca dificultades en la memoria. Por ejemplo, Belenky et al. (2003) indican que las interrupciones frecuentes del sueño ocasionan fallos en la memoria debido al cansancio e irritabilidad de la persona. Además, según la investigación de Fernández et al. (2012), el impacto que tiene la falta de sueño sobre las habilidades cognitivas influyen en la capacidad de memoria y aprendizaje. Esto concuerda con los resultados de los sujetos, ya que se expone que varios de las alteraciones en el indicador de la memoria son causados debido al cansancio e irritabilidad que presentaron los sujetos, y evidentemente es la falta del sueño el que provoca la dificultad en el indicador.

El siguiente proceso a analizar es la orientación espacial y temporal. Dentro de los resultados, los casos 1,2,7 y 8 explican haberse sentido desorientados después de no descansar o dormir bien la noche anterior. NEC (caso 1) comenta: *“Me tengo que quedar un ratito parada en algún lugar y espero a que se me venga a la mente en dónde estoy ubicada”*; además, la paciente menciona: *“a veces se me olvida ver que el semáforo esté en rojo o en verde y yo paso. O si no, a veces*

se me olvida a dónde voy y me tengo que quedar un ratito parada en algún lugar y esperar que mi mente como que regrese en sí". MA (caso 2) indica que ha tenido dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto: "si más de alguna vez me ha pasado de que no me acuerdo dónde dejé algo. Eso sí me ha pasado pero sólo muy pocas veces me sucede". El caso 7 expresa que se ha sentido desorientada al estar en la calle o al buscar una dirección: "a veces voy en el bus... y ya no recuerdo en qué parada me tengo que bajar" y "a veces se me olvida en qué día estoy". Por último, LM (caso 8) expresa que se ha sentido desorientada al estar en la calle o al buscar una dirección: "hay veces que creo que es y luego me doy cuenta que no es la dirección exacta a dónde voy". A pesar de lo reportado por los sujetos, ninguno erró en los ítems de orientación temporal y espacial. No obstante, Ardilla & Roselli (2007) describen la orientación como el conocimiento del medio ambiente y de sí mismo en un momento determinado. La orientación espacial y temporal se consideran en este análisis porque autores como Miró et al. (2005) explican que cuando un individuo con un patrón habitual de sueño de 7-8 horas se le restringe su sueño por un tiempo, se producen signos de déficit de sueño tales como la desorientación, entre otros, lo cual es evidenciado en los resultados anteriormente presentados.

La tercer área a evaluar es la de concentración y cálculo. En los resultados se observa que 5 de 8 casos del presente estudio, quienes mantienen una dificultad para conciliar o mantener el sueño, presentan alteraciones en la concentración. MA (caso 2) menciona que cuando no descansa al dormir se le dificultad concentrarse en sus actividades diarias, al igual que el caso 3, conocido como WC, quien expresa: "me cuesta bastante, principalmente porque todo me da pereza... no tengo ganas de absolutamente nada". Al igual que el caso 5 (KR), a quien se le dificulta concentrarse en sus actividades y menciona: "no me dan ganas de hacer nada ni de poner atención" y el caso 6 (BDL) indica: "iba hacer algo y se me olvidó lo que iba a hacer". También, el caso 8 describe como "irregular" su habilidad para concentrarse. NEC (caso 1), quien sufre de hipersomnia, describe su concentración como "deficiente" y expresa que cuando no descansa al dormir tiene "demasiada dificultad" para concentrarse y poner

atención en sus actividades diarias. Estas alteraciones concuerdan con los resultados de las pruebas, ya que 5 casos presentaron errores dentro de este indicador, siendo éstos los sujetos del caso 1, 3, 6, 7 y 8.

Entonces, se define el indicador de concentración y cálculo como la capacidad para fijar la atención sobre una idea, un objeto o una actividad de forma selectiva, sin permitir que en el pensamiento entren elementos ajenos a ella (Mestre y Palmedo, 2004). El instituto de Medicina del Sueño (2014) menciona que la vida exige un permanente proceso de aprendizaje, atención, concentración y vigilancia. Se relata que cuando a un individuo con un patrón habitual de sueño de 7-8 horas se le restringe el sueño, se producen signos de déficit de sueño, entre los que se mencionan problemas de atención, y pobre concentración (Belenky et al., 2003). Además, dentro de las consecuencias funcionales del insomnio (DSM-5, 2004) se presenta la mala concentración y disminución de la atención debido a una preocupación excesiva por el sueño y la irritabilidad diurna; por otro lado, la hipersomnia produce una disminución de la eficacia, la concentración y la memoria durante las actividades diurnas. De igual manera, en la investigación de Velázquez (2012) se observó que dentro de los daños cognitivos, según la evaluación neuropsicológica, se encuentra la disminución de concentración. Esto concuerda con los resultados del presente estudio, ya que en los casos anteriormente descritos se presenta una alteración en la concentración debido al deseo excesivo por dormir e irritabilidad.

El siguiente indicador es lenguaje y construcción. Se explica este proceso como la comunicación de información por medio de símbolos ordenados de acuerdo con reglas sistemáticas (Feldman, 2010). Este indicador ya ha sido considerado en estudios como el de Velázquez (2012), quien realizó una aproximación a la valoración neuropsicológica de las funciones cognitivas en pacientes con Epilepsia y dentro de su estudio se evidenciaron daños a nivel neuropsicológico como el lenguaje y la comprensión. No obstante, en la investigación realizada, el Lenguaje se consideró como la capacidad de expresar sentimientos, emociones e ideas. De esta manera, 3 sujetos mostraron conflicto,

como es en el caso 1 (NEC), quien muestra dificultad al comunicar sus ideas y pensamientos, y el escuchar a los demás; esto lo ejemplifica comentando: *“antes yo era la primera y siempre era comunicativa y ahora soy lo contrario”* y *“me siento mal porque no puedo opinar. Entonces como ya no me vienen rapidito las ideas, entonces no me interesan las ideas de las personas”* y *“paso todo el día de mal humor, no quiero que me hablen, no quiero que ni siquiera me miren”*. Además, NEC indica que cuando no duerme bien, le es difícil comunicarse con los demás y explica: *“paso todo el día de mal humor, no quiero que me hablen... ni siquiera que me miren... me voy a encerrar a mi cuarto y no quiero que nadie entre ahí”*. El caso 5 (KR) también muestra conflicto al expresarse y menciona: *“me pongo nerviosa antes de pensar qué tengo que hacer y decir”* y *“me pongo nerviosa y tensa de escuchar a los demás... tengo mucho sueño y no tengo ganas de escucharlos”*. Asimismo, esto se puede observar en el caso número 8 de la paciente conocida como LM, quien menciona mantener conflicto para comunicar sus ideas: *“se me dificulta hablarle a las demás personas”*. Igualmente, el sujeto 5 y 7 presentaron algunos errores en las pruebas realizadas.

Para finalizar, el último indicador a analizar es el de información sobre hechos cotidianos. Se entiende en esta investigación como la capacidad de convivir y mantener relaciones interpersonales, y de informarse sobre los hechos relevantes que ocurren dentro de la sociedad, vida social, familiar y personal. Dentro de este proceso, 3 de 8 casos mostraron dificultad; empezó por el sujeto llamado MA (caso 2), quien relata que se ha dejado de informar sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece: *“Hay veces que yo no me he levantado y por lo mismo no escucho lo que pasa o tal vez no me lo cuentan después”*. Esto también se evidencia en el caso número 7 (SA), quien explica que prefiere no involucrarse con las personas ni saber de ellas, del mismo modo que el sujeto LM (caso 8), quien relata: *“me gusta ser solitaria y no me entero”* con respecto a la información que recibe de sus pares y familiares. Asimismo, los casos 2, 3, 4 y 7 presentaron dificultades en los resultados de las pruebas. Miró et al. (2005) explican que la falta de sueño, o exceso de éste, puede producir un

malestar significativo y disfunción en las relaciones laborales y sociales. Esto concuerda con la información obtenida por los sujetos de dicho estudio.

En resumen, los pacientes con trastornos del sueño- vigilia y características similares, mantienen problemática en ciertos indicadores de las funciones cognitivas. Principalmente, esto se puede observar en el indicador de concentración y cálculo, considerando este proceso como el mayor afectado. Además, se considera que la mayoría de dificultades dentro del inciso de memoria y orientación son generados por la falta de concentración y atención del individuo. Sin embargo, según el total, no se presentó deterioro cognitivo en los sujetos de estudio.

VI. CONCLUSIONES

- Los sujetos dentro de esta investigación no presentaron un deterioro cognitivo en sus funciones cognitivas ocasionadas por su problema de sueño. Sin embargo, se observaron dificultades en algunas funciones cognitivas.
- Se estableció que la memoria y el recuerdo inmediato es una de las funciones cognitivas que mantienen los sujetos de estudio, al igual que la orientación espacial y temporal. Pero, estos indicadores se ven afectados debido que los sujetos presentan dificultades en su capacidad de memoria y orientación debido a la irritabilidad y cansancio que mantienen por mala higiene del sueño.
- A través de los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas y en la entrevista realizada a los sujetos de la muestra, se ha evidenciado que la función cognitiva de concentración y cálculo está presente en los casos evaluados. No obstante, es el indicador que mantiene mayor repercusión en los individuos; esto es causado por la irritabilidad y cansancio que les produce dicho problema.
- Dentro del indicador de lenguaje, se concluye que los sujetos conservan este proceso y no mantienen alteraciones en la transmisión y elaboración de información por medio de símbolos sistemáticos. Sin embargo, los sujetos refieren que su lenguaje se ve afectado en un aspecto emocional, ya que éste afecta su capacidad de expresar y compartir sentimientos, pensamientos e ideas.
- Al evaluar la información sobre hechos cotidianos en los pacientes con trastornos del sueño- vigilia, se observa que se mantiene este indicador dentro de sus funciones cognitivas. Pero, se observa dificultad ya que los

individuos no se informan sobre ciertas situaciones debido a su deseo de dormir durante el día ocasionado por su falta de sueño.

VII. RECOMENDACIONES

A los sujetos que presentan Trastornos del sueño- vigilia:

- Mantener un proceso psicoterapéutico para trabajar los problemas del sueño, y encontrar la causa de éste. De esa manera, poder crear un tratamiento multidisciplinario con el psicólogo y el médico, si esto es necesario.
- Desarrollar la agilidad mental mediante diversos juegos y actividades que requieran de la capacidad de análisis y razonamiento, y que se relacione con la concentración y atención. Tales como: el cubo rubik, rompecabezas, el ajedrez, etc. Esto con la finalidad de mejorar su memoria inmediata, orientación espacial y temporal, concentración y cálculo, atención, capacidad de análisis y codificación de información mediante distintos estímulos.
- Utilizar el diálogo con los familiares para poder mantener una comunicación asertiva en donde se pueda expresar sentimientos y pensamientos por medio del lenguaje. De esta manera se fomentará la indagación sobre la información de hechos cotidianos dentro del núcleo familiar y social.
- Utilizar ejercicios y herramientas que se brindan dentro del Programa de ejercicios para estimular las funciones cognitivas, adjuntas en el Anexo IV.

Al neuropsicólogo y psicólogo que trabajan con pacientes con las características del estudio:

- Evaluar los cambios y alteraciones en las funciones cognitivas de los pacientes con trastornos del sueño crónicos, por medio de pruebas neuropsicológicas y estandarizadas.
- Brindarle al paciente herramientas para estimular sus funciones cognitivas, principalmente concentración y cálculo.
- Realizar el Programa de ejercicios para estimular las funciones cognitivas en sujetos con trastornos del sueño- vigilia, adjuntado en el Anexo 4.

A padres y familiares de sujetos con problemas del sueño:

- Fomentar las relaciones personales y comunicación asertiva dentro del núcleo familiar, con el objetivo que el paciente se desenvuelva y logre expresar sus pensamientos y sentimientos.
- Propiciar actividades donde los familiares se involucren con el sujeto con el problema del sueño e invitar a éste en actividades que involucren el movimiento, la agilidad, el dinamismo y la comunicación.

A futuros investigadores:

- Identificar si existe un deterioro cognitivo en pacientes con problemas del sueño que se encuentran dentro de la adultez media o tardía.
- Analizar si un paciente que sufre de Insomnio mantiene mayor dificultad en sus funciones cognitivas en comparación de un sujeto con Hipersomnia.
- Realizar una investigación experimental en donde se evalúe las alteraciones en las funciones cognitivas en pacientes con Trastornos del sueño- vigilia mientras se está bajo medicamento y sin medicamento.
- Conocer los rasgos emocionales que evitan que el sujeto pueda dormir o descansar mientras duerme.
- Evaluar la calidad de sueño en pacientes con características similares.
- Mediante un estudio longitudinal, investigar el impacto y las consecuencias que tiene en la vida de los pacientes el no dormir.

VIII. REFERENCIAS

- American Academy of Sleep Medicine. (2001). *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño*. Recuperado el 15 de marzo del 2015, de: <http://www.esst.org/adds/ICSD.pdf>
- Arbieto, K. (s.f). *La atención*. Recuperado el 16 de marzo del 2015, de: <http://www.psicopedagogia.com/atencion>
- Ardilla, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- 5) (5ta ed.)*. Arlington, VA: autor.
- Asociación Española del Sueño, ASENARCO. (2014 a). *Hipersomnia*. Recuperado el 15 de marzo del 2015, de: <http://asenarco.es/trasntornos-del-sueno/hipersomnia/>
- Asociación Española del Sueño, ASENARCO. (2014 b). *Narcolepsia*. Recuperado el 15 de marzo del 2015, de: <http://asenarco.es/trasntornos-del-sueno/narcolepsia/>
- Asociación Española del Sueño, ASENARCO. (2014 c). *Apnea e hipopnea obstructiva del sueño*. Recuperado el 15 de marzo del 2015, de: <http://asenarco.es/trasntornos-del-sueno/apneaehiponea/>
- Asociación Española del Sueño, ASENARCO. (2014 d). *Ritmo circadiano del sueño- vigilia*. Recuperado el 15 de marzo del 2015, de: <http://asenarco.es/trasntornos-del-sueno/ritmocircadiano/>
- Asociación Española del Sueño, ASENARCO. (2014 e). *Trastorno del despertar del sueño no REM*. Recuperado el 15 de marzo del 2015, de: <http://asenarco.es/trasntornos-del-sueno/sonambulismo/>
- Asociación Española del Sueño, ASENARCO. (2014 f). *Trastornos de pesadillas*. Recuperado el 15 de marzo del 2015, de: <http://asenarco.es/trasntornos-del-sueno/pesadillas/>

Asociación Madrileña, Centro Psicotécnico, CRC. (2015 a). *Cuestionario de Estado Mental Portátil de Pfeiffer*. Recuperado el 24 de marzo del 2015, de: <http://madrid.centros-psicotecnicos.es/procesos-cognitivos-demencias/cuestionario-de-estado-mental-de-pfeiffer/gmx-niv54-con137.htm>

Asociación Madrileña, Centro Psicotécnico, CRC. (2015 b). *Test Mini Examen Cognoscitivo (MEC- 35) de lobo*. Recuperado el 24 de marzo del 2015, de: <http://madrid.centros-psicotecnicos.es/procesos-cognitivos-demencias/test-mini-mental/gmx-niv54-con136.htm> y http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf

Belenky, G., Wesensten, N. J., Thorne, D. R., Thomas, M. L., Sing, H. C., & cols. (2003). Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: A sleep doseresponse study (Los patrones de degradación del rendimiento y la restauración durante la restricción del sueño y la recuperación posterior: Un estudio de respuesta a la dosis del sueño). *Journal of Sleep Research*, 12, 1-12.

Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L. & Andreski, P. (1997). Daytime sleepiness: An epidemiological study of young adults (La somnolencia diurna: Un estudio epidemiológico de los adultos jóvenes). *American Journal of Public Health*, 87, 1649-1653.

Carillo, P., Ramírez, J. y Magaña, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol. 56, No. 4,14.

Cosacov, E. (2010). *Introducción a la psicología* (6ta ed.). Córdoba., Argentina: Editorial Brujas. Recuperado el 20 de febrero del 2015, de: <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=10444662&ppg=4>

- Duncan, D. F., Bomar, G. J., Nicholson, T. & Wilson, R. (1995). Health practices and mental health revisited (Salud y salud mental, revisado). *Psychological Reports*, 77, 205-206.
- Elkum, N. (2006). Modelling Biological rhythms in failure time data (Modelo del ritmo circadiano). *Revista Journal of Circadian Rhythms*, n7, 4-14.
- Feldman, R. (2010). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (8va. ed.). México D.F: Mc Graw Hill.
- Fernández, V., Arroyo, G., Castro, G., Fuentes, F., Marín, J., Soto, G. y Zumbado, M. (2012). Impacto que tiene la falta de sueño sobre las habilidades cognitivas de una población de estudiantes de medicina. *Medicina Legal de Costa Rica*, Vol. 29, No. 2. Heredia, Costa Rica. Recuperado el 1 de marzo del 2013, de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140900152012000200003&script=sci_arttext
- Fritsch, R., Lahsen, P., Romero, R., Araya, R. y Rojas, G. (2010). Trastornos del sueño en la población adulta de Santiago de Chile y su asociación con trastornos psiquiátricos comunes. *Actas Españolas de psiquiatría*, Vol. 38, issue 6. Santiago de Chile, Chile. Recuperado el 1 de marzo del 2015, de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=abce0583-4631-4985-a493-db18e6cc677f%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4201&bdata=Jmxhbmc9ZX Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=zbh&AN=59509852>
- Gállego, J., Toledo, J., Iriarte, J. y Urrestarazu, E. (2007). *Clasificación de los trastornos del sueño*. Unidad de Sueño. Clínica Universitaria, Universidad de Navarra; Pamplona. Recuperado el 15 de marzo del 2015, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272007000200003&script=sci_arttext

- García, J. (2009). *Calidad del sueño en pacientes hospitalizados en Medicina Interna*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango. Guatemala.
- Gras, C., López, J., García, Y., Tellez, J., Villena, A. y Párraga, I. (2008). *Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años*. Albacete: Elsevier Doyma.
- GrupFisioderm. (2014). *Las funciones cognitivas*. Recuperado el 16 de marzo del 2015, de: <http://www.grupfisioderm.com/las-funciones-cognitivas/>
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño, GPC. (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescentes en Atención Primaria*. Recuperado el 20 de febrero del 2015, de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_sue%C3%B1o_infadol_Lain_Entr_compl.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. ed.). México D.F: Mc Graw Hill.
- Instituto de Medicina del Sueño. (2014). *La importancia de dormir bien*. Recuperado el 1 de marzo del 2015, de: <http://www.dormirbien.info/trastornos-del-sueno/la-importancia-de-dormir-bien/>
- Martínez, M. (2014). *Calidad del sueño y somnolencia diurna*. Tesis inédita, Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente Médico y Cirujano. Chiquimula, Guatemala. Recuperado el 1 de marzo del 2015, de: [http://cunori.edu.gt/descargas/Calidad del Sueo y Somnolencia Diurna.pdf](http://cunori.edu.gt/descargas/Calidad_del_Sueo_y_Somnolencia_Diurna.pdf)
- Medina, O., Sánchez, N., Conejor, J., Fraguas, D. y Arango, C. (2007). Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Revista colombiana de psiquiatría*, Vol. XXXVI, No. 2. Recuperado el 15 de marzo del 2015, de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n4/v36n4a09.pdf>

- Mestre, J.M. y Palmedo, F. (2004). *Procesos psicológicos básicos. Una guía académica para los estudios en psicopedagogía, psicología y pedagogía*. España: Mc Graw Hill.
- Miró, E., Cano, M. y Buela, G. (2005). *Sueño y calidad de vida*. Colombia. Recuperado el 20 de febrero del 2015, de: <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=10317198&ppg=3>
- NeuronUp. (2015). *Funciones cognitivas*. Recuperado el 28 de enero del 2015, de: <https://www.neuronup.com/es/areas/functions>
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman R. (2010). *Desarrollo humano* (11va ed.). México D.F, México: Mc Graw Hill.
- Pinel, J.P. (2007). *Biopsicología* (6ta. ed.). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw- Hill. Recuperado el 16 de marzo del 2015, de: <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=10498361>
- Rodríguez, T., Pinedo, L., Ortiz, P. Chávez, H. y González, C. (2009). *Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el centro del Adulto Mayor Mirones, Es Saludm Lima Perú*. Lima, Perú. Recuperado el 1 de marzo del 2015, de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a08v26n1.pdf>
- Rosales, I. (2010). *El estudio de los trastornos del sueño, la importancia de su conocimiento en estudiantes de medicina que se encuentran en su ejercicio práctico supervisado*. Tesis inédita, Universidad Mariano Gálvez, Campus Central. Guatemala. Recuperado el 1 de marzo del 2015, de: <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/46368.pdf>
- Smith, E. & Kosslyn, S. (2008). *Procesos cognitivos, modelos y bases neurales*. Madrid: Pearson Educación, S.A.

- Sun, A. (2012). *Prevalencia de Trastornos del Sueño en estudiantes de medicina de la facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad Mariano Gálvez*. Tesis inédita, Universidad Mariano Gálvez, Campus Central. Guatemala. Recuperado el 1 de marzo del 2015, de: <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/46456.pdf>
- Targa, A. & Vila, M. (2007). *Impacto de la privación de sueño en las funciones cognitivas y las constantes basales*. Barcelona: Aula Escola Europea.
- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A. Domenéch, S. y Llorente, A. (s.f). *Volver a empezar*. España. Fundación ACE. Recuperado el 16 de marzo del 2015, de: <http://www.familialzheimer.org/media/libros/volveraempezar/hoja1.htm>
- Tononi, G. (2005). Regional Sleep Regulation (Reglamento regional del sueño). *Revista Sleep Medicina*, n6, 576-577.
- Valdés, C. (2013). *Atención y concentración*. Recuperado el 13 de octubre del 2015, de: <http://www.educacionespecial.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/Fil e/GuiaAtencion.pdf>
- Velázquez, M. (2012). *Una aproximación a la valoración neuropsicológica de las funciones cognitivas en pacientes con epilepsia que asisten al Hospital General San Juan de Dios*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Campus Central. Guatemala.

ANEXOS

IX. ANEXOS

9.1 ANEXO 1

FICHA DE ENTREVISTA CLÍNICA

Mi nombre es María Cristina Bolaños Víquez. Actualmente estoy realizando mi trabajo de investigación de tesis, el cual tiene como objetivo evaluar las funciones cognitivas en personas con algún trastorno del sueño- vigilia. Me gustaría hacerle unas preguntas para llegar a conocerlo mejor y entender un poco sobre las dificultades que presenta para dormir. Toda información obtenida será utilizada únicamente para complementar los resultados de mi investigación, y si usted está de acuerdo, la información que me brinde será grabada. De igual manera, se mantendrá el anonimato y confidencialidad.

A. Preguntas sobre datos generales

- ¿Cómo se llama?
- ¿Cuántos años tiene?
- (Fecha de la entrevista) ¿Qué día es hoy?
- ¿Cómo ha estado?
- ¿Qué escolaridad mantiene?
- ¿Cómo se encuentra su familia?
- Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir aquí?

B. Preguntas

Me gustaría conocer si usted mantiene alguna dificultad relacionado con el sueño, por lo tanto:

1. Me gustaría que me contara ¿qué actividades realiza antes de dormir?
2. Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño?
 - ¿Cuántas horas duerme?
 - ¿Se despierta durante la noche? Si la respuesta es afirmativa se pregunta: ¿Cuántas veces se despierta en la noche?, ¿Por qué razones se despierta?

3. ¿Siente que descansa suficiente cuando duerme?
4. ¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?
5. ¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?
6. ¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir?
7. ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta?
8. ¿Cómo describiría su memoria?
9. ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante.
10. ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado su capacidad de recordar eventos? Si la respuesta es afirmativa, explique ¿cómo le ha afectado?
11. ¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes?
12. Cuando no descansa la noche anterior, ¿se le dificulta recordarse de situaciones?
13. ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.
14. ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección? Si la respuesta es afirmativa; se pregunta ¿cómo y cuándo sucedió?
15. ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta.
16. ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás? Explique su respuesta.
17. ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás? Explique su respuesta.
18. ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.
19. ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?
20. Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?
21. ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?

22. ¿Toma algún medicamento para dormir? Si la respuesta es sí, se pregunta:

- ¿Qué medicamentos toma?
- ¿Desde cuándo?
- ¿Con qué frecuencia?

9.2 ANEXO 2
CUADRO DE INSTRUMENTO

Elemento de Estudio	Definición operacional	Indicadores	Preguntas
Funciones cognitivas	En esta investigación se definen como procesos mentales la capacidad de memoria, orientación espacial y temporal, lenguaje, concentración y cálculo, e información sobre hechos cotidianos que mantienen los pacientes adultos con trastornos del sueño- vigilia que asisten al área de Neuropsicología en consulta externa del Hospital General San Juan de Dios.	Memoria	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo describiría su memoria? - ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante. - ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado con su capacidad de recordar eventos? Si la respuesta es afirmativa; explique ¿cómo le ha afectado? - ¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes? - ¿Cuándo no descansa la noche anterior, se le dificulta recordarse de situaciones?
		Orientación espacial y temporal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto? Si la respuesta es afirmativa; explique su respuesta. - ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección? Si la respuesta es afirmativa; se pregunta ¿cómo y cuándo sucedió? - ¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir? - ¿Qué día es hoy? - Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir

			aquí?
		Concentración y cálculo	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias? - ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?
		Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta. - ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás? Explique su respuesta. - ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás? Explique su respuesta.
		Información de hechos cotidianos	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo ha estado? - ¿Cómo se encuentra su familia? - ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece? Si la respuesta es afirmativa; explique su respuesta.
		Preguntas generales (historia clínica)	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se llama? - ¿Cuántos años tiene? - ¿Qué escolaridad tiene? - Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño? ¿Cuántas horas duerme? ¿Se despierta durante la noche? Si la respuesta es afirmativa se pregunta: ¿Cuántas veces se despierta en la noche? ¿Por qué razones se despierta? - ¿Siente que descansa suficiente cuando duerme? - ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta? - ¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?

			<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué actividades realiza antes de dormir?- ¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?- ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?- ¿Toma algún medicamento para dormir? Si la respuesta es sí, se pregunta:<ul style="list-style-type: none">¿Qué medicamentos toma?¿Desde cuándo?¿Con qué frecuencia?
--	--	--	--

9.3 ANEXO III

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTA CLÍNICA

Caso 1

A. Preguntas sobre datos generales

- **Pregunta:** ¿Cómo se llama?

Respuesta: "NEC".

- **P:** ¿Cuántos años tiene?

R: "24".

- **P:** (Fecha de la entrevista) ¿Qué día es hoy?

R: "Jueves, 20 de agosto del 2015".

- **P:** ¿Cómo ha estado?

R: "Pues ahorita he estado un poco más o menos, porque he tenido como que lo contrario de tener sueño. Antes no tenía sueño, antes sufría de insomnio, no podía dormir y daba vueltas. Entonces empecé a tomar siestas de 15 minutos en el día como me recomendaron, pero luego como que me dio una recaída y empecé a tener más sueño. Entonces ahora duermo el doble que antes; hago siesta en el día y en la noche. Mi sueño es tan pesado que si me resisto me dan dolores de cabeza y esos dolores de cabeza han estado aumentando porque estoy luchando con no quedarme dormida y a veces estoy parada y tengo sueño o estoy sentada y tengo sueño, y antes era lo contrario. Me hicieron una prueba de que si tenía Anemia porque estaba durmiendo casi todo el día pero salió negativa. Siento que duermo demasiado, mis 8 horas normales no las duermo sino que a veces 12 horas o 24".

- **P:** ¿Cómo se encuentra su familia?

R: "Pues sí, ahorita más o menos me he estado comunicando un poco más por el problema que yo tengo que a veces resulto de ánimo pesado y a veces no, solo les he pedido que me tengan paciencia porque todos a veces nos alteramos un poco y a veces se alteran un poquito más por mi manera de actuar".

- **P:** Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir aquí?

R: *“Pues a las 7 menos cuarto nos pasaron a traer, el cuñado de mi prima, y a las 8 ya estábamos acá. Mi mamá tenía cita, una mi prima también tenía cita y estábamos esperando que las atendiera y después vinimos para acá”.*

B. Preguntas

Me gustaría conocer si usted mantiene alguna dificultad relacionado con el sueño, por lo tanto:

1. **Pregunta:** Me gustaría que me contara ¿qué actividades realiza antes de dormir?

Respuesta: *“Antes de dormir, estaba viendo televisión como a las 9, luego fui a platicar un rato con mi hermano como a las 10, como media hora. Después me quedé en mi cama porque no me daba sueño porque estaba...Lo que pasa es que cuando tengo una cita previa siempre me pongo a pensar si nadie me va ir a dejar o si tengo que ir sola o si nadie me va a acompañar, entonces estoy con eso y ya me empieza la ansiedad y eso hace que se me vaya el sueño”.*

“Cuando no tengo cita, sí puedo dormir. Pero hago la misma rutina, casi similar siempre. Veo tele a las 9 y termino de ver televisión, luego me pongo a platicar con mi hermana porque ella viene de trabajar y empieza hablar y nos ponemos a platicar como media hora y luego cada quien a dormir”.

2. **P:** Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño?

R: *“Es un sueño muy profundo”.*

- **P:** ¿Cuántas horas duerme?

R: *“Duermo como 10 horas. Me voy a dormir como a las 9 o 10 y me despierto como a las 10 o a las 11”.*

- **P:** ¿Se despierta durante la noche?

R: *“A veces sí”.*

P: ¿Cuántas veces se despierta en la noche? ¿Por qué razones se despierta?

R: *“A veces me despierto porque tengo pesadillas, a veces me despierto porque siento como que alguien me fuera... no sé, tengo miedo. A veces cuando no tengo pesadillas siento como si tuviera miedo, como que alguien me asustara de repente y me despierto. Ya de ahí, vuelvo a dormir normal”.*
“ A veces dos o tres veces y a veces ni una”.

3. **P:** ¿Siente que descansa suficiente cuando duerme?

R: *“Mmm no”.*

4. **P:** ¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?

R: *“La semana pasada, tal vez martes o lunes. Porque dormí más de 10 horas. Dormí en el día y dormí mis horas de la noche”.*

5. **P:** ¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?

R: *“Me siento de mal humor, me siento fatigada, me da taquicardia, me da palpitaciones. Siento como si me faltara respirar. Me siento así... y me da mucha ansiedad, empiezo a sudar y a sudar”.*

6. **P:** ¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir?

R: *“Mmm hace como unos 5, 6 meses”.*

7. **P:** ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta?

R: *“Pues ahorita no estoy trabajando por lo mismo, porque si no duermo me pongo de mal humor entonces si salgo a trabajar estoy con esa ansiedad que no me puedo dormir y si me da sueño qué hago. Y como se me han estado olvidando unas cositas me da miedo a que se me vaya olvidar algo y por eso tenga algunos problemas o algo así entonces ahorita no estoy trabajando”.*

8. **P:** ¿Cómo describiría su memoria?

R: *“Deficiente”.*

9. **P:** ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante.

R: *“Sí”.*

10. **P:** ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado su capacidad de recordar eventos? Si la respuesta es afirmativa, explique ¿cómo le ha afectado?

R: *“Sí. Pues a veces por ejemplo salgo y por ejemplo se, por ejemplo ahorita cuando no me vienen a dejar yo me vengo en bus; entonces cuando vengo a veces se me olvida ver que el semáforo esté en rojo o en verde y yo paso. O si no, a veces se me olvida a dónde voy y me tengo que quedar un ratito parada en algún lugar y esperar que mi mente como que regrese en sí y entonces ya me doy cuenta que voy al hospital por ejemplo. Esto ha empezado hace como dos meses”.*

11. **P:** *¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes?*

R: *“Eee, sí, pero cuando duermo casi todo el día, un día completo por ejemplo”.*

12. **P:** *Cuando no descansa la noche anterior ¿se le dificulta recordarse de situaciones?*

R: *“Más, porque a veces no puedo recordar, no recuerdo si tomé las medicinas o si comí. Cosas que son simples no las recuerdo cuando no he descansado lo suficiente”.*

13. **P:** *¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.*

R: *“Bastante, en estos últimos meses han sido peor. La semana pasada eran los peores que he tenido, no recordaba dónde estaba, no recordaba si había comido. De hecho tuve un suceso que me asustó y fue raro para mí porque nunca me había pasado. Digamos que dormí a las 9 de la noche y desperté a las 11 de la mañana, a las 11 de la mañana íbamos a hacer comida con mi mamá, entonces preparamos todo y yo le dije que ya no aguantaba el sueño y le dije a ella por favor 15 minutos y me vuelven a despertar, me voy a ir porque ya no aguanto, ya no aguanto. Me fui a dormir y dicen ellas que ellas me hablaban y ellas me movía y solo vieron que si estaba respirando y me dejaron porque no regresaba en sí. Yo desperté hasta el otro día a la misma hora, y cuando desperté yo tenía en mi mente el suceso de ayer, o sea el día de ayer; yo no tenía presente que ya había pasado otro día, sino que yo tenía en mi mente que yo estaba en el día anterior. Y cuando desperté yo le comenté a mi*

mamá que íbamos hacer la comida y ella me dijo que no que eso fue ayer y yo estaba necia, y me sentí mal, me sentí enojada y triste, que no recordara que ya había pasado un día y que yo no recordaba ni había visto qué habían hecho. Yo dije ihh y si eso me pasó un día puede que me pase, y ahora me da un poco de miedo dormir porque digo yo que y si duermo y no me despierto en uno o dos días ¿qué va a pasar? No voy a saber ni qué pasó en esos dos días, sino que hasta el tercer día si yo despierto. Entonces ahorita ése es mi miedo de dormir, pero a la vez, si no duermo estoy cansada, estoy agotada, no tengo ganas de hacer nada, tengo sueño; en donde me siento yo tengo un sueño, si estoy parada me da sueño. Entonces no sé, esos problemas son los que ahorita he tenido”.

14. **P:** ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección? Si la respuesta es afirmativa; se pregunta ¿cómo y cuándo sucedió?

R: *“Me tengo que quedar un ratito parada en algún lugar y espero a que se me venga a la mente en dónde estoy ubicada, porque a veces si sé, como que a lo lejos me dijeran estás en tal lugar, pero en sí yo no recuerdo y espero un rato para que mi mente se acuerde. Estuve la semana pasada que tenía cita con otra doctora que estoy visitando, tuve estoy yendo con una gastroenteróloga, pero me toca ir a la zona 1 a las 8 de la mañana. Salí a las 7 y por eso no me gusta cuando no me van a dejar; y salí y yo decía me tengo que bajar en la primera, en la primera calle que es ahí donde queda. Me bajé hasta el parque Colón, ya me había pasado 8 cuadras y yo recordaba que era en la primera pero yo cuando me bajé dije yo conozco este lugar porque hay piñatas, yo conozco este lugar, yo lo recuerdo, yo sé cómo se llama. No me venía en mi mente ni una idea de dónde era y me quedé así como que ahora ¿qué hago? Y entonces dije voy a llamar a mi casa y no me recordaba el número, solo sabía yo que tenía un celular pero no me recordaba a quién marcar ni cómo marcar. Entonces lo que hice fue quedarme a la par de esos policías de Emetra y le dije: fíjese que para llegar a la primera avenida donde me tengo que ir y él dijo es el que acaba de pasar. Entonces si mucho esperé como unos 5 minutos, esperé ahí parada viendo qué iba a hacer y me puse más alterada y luego*

cuando ya vino mi bus; él me dijo 'fíjese que ése va a donde usted me dijo'. Pero ya de ahí yo pensé que estoy haciendo en el parque Colón, ya me pasé, entonces llamé a mi casa y les dije fíjese que no creo que vaya a llegar a mi cita porque ya me pasé y no sé qué hago aquí. Cuando me di cuenta que estaba en el parque Colón me regresé para mi casa, pero ya no fui donde la doctora. Pero si me ha pasado varias veces no solo en ese lugar”.

15. **P:** ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta.

R: *“Eee, pobre, antes era como que antes muy comunicativa y también era de esas que decía aaa aportemos esto y ahora espero que los demás digan y me dan miedo decir mis ideas y que me digan no o no sé, y entonces espero y si ellos dijeron entonces yo ya no digo y me guardo las mías. Pero antes no, antes yo era la primera y siempre era comunicativa y ahora soy lo contrario. Esto empezó desde hace ya un año tal vez, antes de tener los problemas del sueño”.*

16. **P:** ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás? Explique su respuesta.

R: *“Pues yo escucho y digo si yo estuviera o fuera así como era antes, yo sé que mi idea hubiera sido la primera. No es como si las ideas de los demás estuvieran mal, pero digo yo que mi idea aportaría algo mejor. Pero sí me siento mal porque no puedo opinar. Entonces como ya no me vienen rapidito las ideas, entonces no me interesan las ideas de las personas”.*

17. **P:** ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás? Explique su respuesta.

R: *“Sí porque paso todo el día de mal humor, no quiero que me hablen, no quiero que ni siquiera me miren. Lo único que hago es que me voy a encerrar a un cuarto y no quiero que nadie entre ahí. A veces la gente me habla o me molesta y por eso me pongo tan enojada y me encierro en otro cuarto con tal que nadie me moleste ni me hable”.*

18. **P:** ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: *“Mi familia ha tratado la manera de no alterarme con problemas de ellos”.*

19. **P:** ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?

R: *“Deficiente”.*

20. **P:** Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?

R: *“Demasiado”.*

21. **P:** ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?

R: *“Ahorita estoy en neurología porque estoy tenido muchos dolores de cabeza y me pasaron con el psicólogo. Entonces estoy viniendo con el psicólogo y neurología. Los dolores de cabeza me comenzaron cuando tuve un evento que fue en mi primer trabajo, entonces sufrí un atentado de secuestro, entonces ahí empezaron los dolores fuertes de cabeza pero yo pensé de que esto pasó y de plano se me va a quitar... Después de eso empezaron mis problemas para dormir; tenía sueño, ya no quería salir y estuve casi un año sin salir de mi casa porque todo me daba miedo ni siquiera salir a la tienda. Ahora ya puedo salir de mi casa... lo que trato es caminar lo más rápido posible pero siempre siento esa ansiedad y ese miedo de pensar que me va a pasar”.*

22. **P:** ¿Toma algún medicamento para dormir?

R: *“Ahorita no”.*

Diario de campo: La paciente se presentó en un estado de vigilia alerta; sin embargo, sus expresiones y rasgos faciales mostraban cansancio y fatiga, ya que tenía ojeras y no mostraba aliño. Su discurso se diferenciaba con un habla fluida y por momentos vacilante.

Caso 2

A. Preguntas sobre datos generales

- **Pregunta:** ¿Cómo se llama?

Respuesta: "MA".

- **P:** ¿Cuántos años tiene?

R: "27".

- **P:** (Fecha de la entrevista) ¿Qué día es hoy?

R: "Jueves, 3 creo yo, de septiembre del 2015".

- **P:** ¿Cómo ha estado?

R: " ¿De salud, internamente y todo? Me siento estable".

- **P:** ¿Cómo se encuentra su familia?

R: "Pues, de salud también bien".

- **P:** Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir aquí?

R: "Me vinieron a dejar, de mi casa directamente al hospital".

- **P:** ¿Por dónde vive usted?

R: "Eee, zona 11".

- **P:** ¿Qué escolaridad tiene?

R: "Me gradué de secretaria".

B. Preguntas

Me gustaría conocer si usted mantiene alguna dificultad relacionado con el sueño, por lo tanto:

1. **Pregunta:** Me gustaría que me contara ¿qué actividades realiza antes de dormir?

Respuesta: "Si no tengo sueño escuchar música o ver algún video".

2. **P:** Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño?

R: "Viera que me cuesta dormir, que me cuesta bastante dormir. A lo que me refiero es que me cuesta dormir, a que me dé sueño temprano prácticamente todos los días. Tengo un sueño desorganizado".

- **P:** ¿Cómo así desorganizado, a qué se refiere?

- **R:** *“Desorganizado en el sentido que prácticamente siempre me da tarde, no es que una que otra vez me da sueño tarde”.*
- **P:** *¿Cuántas horas duerme?*
R: *“Mmm, eee, me duermo a las 12 porque casi me da sueño siempre a esa hora. Me levanto como a las 9 más o menos, ¿cómo cuántas horas serían ahí?”.*
- **P:** *¿Se despierta durante la noche?*
R: *“A veces, pero más que todo para cuando me dan ganas de ir al baño”.*
P: *¿Cuántas veces se despierta en la noche? ¿Por qué razones se despierta?*
R: *“De vez en cuando para ir al baño”.*
- 3. **P:** *¿Siente que descansa suficiente cuando duerme?*
R: *“A veces”.*
- 4. **P:** *¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?*
R: *“¿Qué descansé? Eee, ay fecha no me acuerdo pero como ya he mejorado en ese sentido aunque sea algo, tal vez como hace unos 15 días más o menos. Que logre descansar más de lo que siempre descanso más o menos”.*
- 5. **P:** *¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?*
R: *“Ahh, mal, porque cómo le cambia el humor a uno cuando le hace falta descanso. Irritada y frustrada, me altero”.*
- 6. **P:** *¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir?*
R: *“Mmm tal vez ya voy llegando al año, puede ser o tal vez unos 6 meses”.*
- 7. **P:** *¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta?*
R: *“Mmm, tal vez en el área de que, bueno con mi familia de que ¿por qué me levanto tan tarde? Que así no me va abundar el día y así; problemas entre familia verdad. Y en el sentido de que no me puedo levantar y pasa mucho tiempo uno, uno quiere trabajar como todos y desenvolverse como todos lo hacen pero al ver que no hay modo en que uno consiga trabajo. En todo como en el sentido de desánimo, me ha afectado en el sentido que estoy así qué para que sigo buscando trabajo si no encuentro, entonces mejor me duermo. Y*

para qué levantarme temprano si no tengo un compromiso en ese sentido. Sí me ha afectado”.

8. P: ¿Cómo describiría su memoria?

R: “¿De recordar? Aaa... mmm... si hablamos en porcentaje de cuánto recuerdo, regularmente estoy así todos los días por decirlo así, antes podría ser un 50%, ahora podría decir que ya mejoré un 20% más”.

- **P:** ¿De su dificultad para recordar cosas?

- **R:** *“Si ahora recuerdo más las cosas”.*

9. P: ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante.

R: “Antes no, pero tal vez estas últimas veces en donde me han querido dar muchas veces la Epilepsia si hay cosas que, pocas cosas pues algunas, se me han olvidado. Si me dicen que hice tal cosa, yo no me acuerdo, estoy tenido dificultades en ese sentido”.

10. P: ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado su capacidad de recordar eventos? Si la respuesta es afirmativa, explique ¿cómo le ha afectado?

R: “Yo digo que sí, porque según me ha explicado ES, el sueño es importantísimo para que nuestro cerebro esté bien y para que funcionemos, no solo para que no me den convulsiones seguidas sino para recordar cosas. A veces sí se me dificulta recordar eventos pero no siempre”.

11. P: ¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes?

R: “Sí”.

12. P: Cuando no descansa la noche anterior, ¿se le dificulta recordarse de situaciones?

R: “Pues yo creo que sí”.

13. P: ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: “Algunas veces. O sea así como cotidianamente pues que me estoy en la casa porque ésa es mi rutina ahorita, y por ejemplo si más de alguna vez me

ha pasado de que no me acuerdo dónde dejé algo. Eso sí me ha pasado pero solo muy pocas veces me sucede”.

14.P: ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección? Si la respuesta es afirmativa; se pregunta ¿cómo y cuándo sucedió?

R: *“En dónde he estado no, pero sí de olvidar en dónde hice alguna cosa y que me ha costado recordar en dónde he dejado alguna cosa pero casi nunca me pasa. Algunas veces, no seguido, pero más de alguna vez me ha pasado que me desoriento pero cuando me quiere dar una pérdida, de lo contrario no”.*

15.P: ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta.

R: *“A veces me es fácil, depende que ideas sean. Porque a veces no sé cómo explicarlas para que alguien me entienda qué es lo que quiero decir”.*

16.P: ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás? Explique su respuesta.

R: *“Pues en ese sentido sí me gusta prestar atención cuando alguien está hablando porque si no aparte que no entendería, si es algo que tiene que ver conmigo pues no me gusta hacer eso porque es falta de respeto”.*

17.P: ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás? Explique su respuesta.

R: *“A veces, porque como estamos hablando ahorita me he dado cuenta que el descansar bien tiene mucho que ver para poder desenvolverse en cualquier ámbito de la vida”.*

18.P: ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: *“A sí, varias veces. Si porque hay veces que yo no me he levantado y por lo mismo no escucho lo que pasa o tal vez no me lo cuentan después”.*

19.P: ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?

R: *“Mmm, si hablamos de porcentajes otra vez yo diría que un 50% me cuesta”.*

20.P: Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?

R: "Sí".

21.P: ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?

R: "Si con ES (Neuropsicología del Hospital)".

22.P: ¿Toma algún medicamento para dormir?

R: "Sí".

- **P:** ¿Qué medicamentos toma?

R: "Melatonina"

- **P:** ¿Desde cuándo?

R: "Mmm no he llevado la cuenta pero tal vez alrededor de casi un año".

- **P:** ¿Con qué frecuencia?

R: "Todos los días antes de dormir".

Diario de campo: La paciente se presentó con un estado de vigilia- alerta. En su aspecto general denotó higiene y preocupación por su cuidado personal. Su vestimenta mostró feminidad, comodidad y fue adecuada para la ocasión. Se expresó de manera fluida con un discurso espontáneo.

Caso 3

A. Preguntas sobre datos generales

- **Pregunta:** ¿Cómo se llama?

Respuesta: "WC".

- **P:** ¿Cuántos años tiene?

R: "20".

- **P:** (Fecha de la entrevista) ¿Qué día es hoy?

R: "Martes, 8 de septiembre del 2015".

- **P:** ¿Cómo ha estado?

R: "Bien, pasándomela bien, todo tranquilo".

- **P:** ¿Cómo se encuentra su familia?

R: "Mi familia algo triste por unos problemas que hay entre ellos".

- **P:** Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir aquí?
R: *“Vengo de la zona 12, nos venimos en taxi hasta acá por seguridad”.*

B. Preguntas

Me gustaría conocer si usted mantiene alguna dificultad relacionado con el sueño, por lo tanto:

1. **Pregunta:** Me gustaría que me contara ¿qué actividades realiza antes de dormir?

Respuesta: *“Escuchar música, pensar y pensar”.*

2. **P:** Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño?

R: *“No descanso lo suficiente cuando duermo, duermo porque me da pereza todo y dolor de cabeza”.*

- **P:** ¿Cuántas horas duerme?

R: *“4 a 5 horas”.*

- **P:** ¿Se despierta durante la noche?

R: *“Sí, a veces”.*

P: ¿Cuántas veces se despierta en la noche? ¿Por qué razones se despierta?

R: *“De vez en cuando, si me despierto es para ir al baño”.*

3. **P:** ¿Siente que descansa suficiente cuando duerme?

R: *“No, no descanso lo suficiente”.*

4. **P:** ¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?

R: *“El sábado y domingo porque no voy a estudiar”.*

5. **P:** ¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?

R: *“Ando de mal humor más que todo”.*

6. **P:** ¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir?

R: *“Alrededor de 2 meses”.*

7. **P:** ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta?

R: "Me da mucho dolor de cabeza, el no descansar, entonces no tengo ganas de hacer nada. No tengo ganas de salir, de estudiar, ni nada. No aguanto el dolor de cabeza pero no se me quita porque no puedo descansar, estoy siempre de malhumor".

8. P: ¿Cómo describiría su memoria?

R: "Creo que es bastante buena".

9. P: ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante.

R: "No, siempre recuerdo todo los eventos importantes".

10. P: ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado su capacidad de recordar eventos?

R: "No creo que me ha afectado en ese sentido, únicamente me pone de mal humor pero sí recuerdo todo".

11. P: ¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes?

R: "Pues, quizá sí".

12. P: Cuando no descansa la noche anterior, ¿se le dificulta recordarse de situaciones?

R: "No".

13. P: ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto?

R: "No, nunca me ha pasado".

14. P: ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección?

R: "No, siempre pongo atención en dónde estoy".

15. P: ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta.

R: "Pues bien, siempre busco darme a entender y los demás me entienden, entonces yo creo que bien".

16. P: ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás? Explique su respuesta.

R: "Si me interesa pongo atención si no, no".

17.P: ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás? Explique su respuesta.

R: *“A veces, porque estoy de malas o tengo mucha pereza para convivir con las demás personas”.*

18.P: ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece?

R: *“No”.*

19.P: ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?

R: *“Me cuesta bastante, principalmente porque todo me da pereza”.*

20.P: Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?

R: *“Sí, bastante porque no tengo ganas de absolutamente nada”.*

21.P: ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?

R: *“A mi neuropsicóloga en el Hospital General San Juan de Dios”.*

22.P: ¿Toma algún medicamento para dormir?

R: *“No”.*

Diario de campo: El paciente se presentó con un estado de vigilia- alerta. En su aspecto general denotó higiene. Se comunicó con un discurso escaso y habla escueta. Se buscaba indagar en lo que expresaba, mas él respondía de manera cortante y puntual.

Caso 4

A. Preguntas sobre datos generales

- **Pregunta:** ¿Cómo se llama?

Respuesta: *“JJ”.*

- **P:** ¿Cuántos años tiene?

R: *“39”.*

- **P:** (Fecha de la entrevista) ¿Qué día es hoy?

R: *“Día martes 8 de septiembre del 2015”.*

- **P:** ¿Cómo ha estado?

R: "Bien ahí, gracias a Dios. Solo he tenido mareos pero tomo un poco de aire y me siento mejor".

- *P: ¿Cómo se encuentra su familia?*

R: "Bien, gracias a Dios. Mi hija menor que vive conmigo está muy bien, tiene costumbre de vender tamales los sábados y mi nieto también está bien".

- *P: Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir aquí?*

R: "Vengo de mi casa para la parada y busco la camioneta en el Cenma. Luego busco una 36 para llegar acá, todo eso desde Villa Nueva Zona 2".

B. Preguntas

Me gustaría conocer si usted mantiene alguna dificultad relacionado con el sueño, por lo tanto:

1. Pregunta: Me gustaría que me contara ¿qué actividades realiza antes de dormir?

Respuesta: "A veces me llaman por teléfono y me pongo a platicar a las 8 de la noche o yo llamo a un mi hermano. Lo que no miro es tele y ya luego me acuesto".

2. P: Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño?

R: "Pues me dijeron que tenía Insomnio, pero ya he mejorado. Ahora yo siento que cuando duermo, duermo bien. Me despierto como 2 veces cuando me agarra dolor de estómago, pero últimamente ya no me pasa".

- *P: ¿Cuántas horas duerme?*

R: "Mmm ahora como unas 8 horas antes como 3 sí mucho".

- *P: ¿Se despierta durante la noche?*

R: "Sí, a veces".

P: ¿Cuántas veces se despierta en la noche? ¿Por qué razones se despierta?

R: "Como 2 veces cuando me da dolor de estómago".

3. P: ¿Siente que descansa suficiente cuando duerme?

- R: "Considero que ahora sí".*
4. **P:** ¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?
R: "Yo diría que ayer, dormí muy bien".
5. **P:** ¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?
R: "Un poco cansado".
6. **P:** ¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir?
R: "Hace años pero hace 2 o 3 meses consulté, pero ahora ya he mejorado".
7. **P:** ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta?
R: "Me afecta sintiéndome bravo, andaba de mal carácter. Hacía todos mis quehaceres de mal humor".
8. **P:** ¿Cómo describiría su memoria?
R: "Por lo general la siento bien, pero a veces ando buscando mi celular y que sí lo tengo enfrente".
9. **P:** ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante.
R: "No, ningún problema con eso".
10. **P:** ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado su capacidad de recordar eventos?
R: "No creo".
11. **P:** ¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes?
R: "Si porque ando de mejor humor".
12. **P:** Cuando no descansa la noche anterior, ¿se le dificulta recordarse de situaciones?
R: "No".
13. **P:** ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto?
R: "No".
14. **P:** ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección?
R: "No, nunca me ha pasado eso".

15.P: ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta.

R: *"Buena y clara, digo, la gente me entiende".*

16.P: ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás? Explique su respuesta.

R: *"Creo que atentamente y gustoso".*

17.P: ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás? Explique su respuesta.

R: *"Mmm, no creo".*

18.P: ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece?

R: *"No".*

19.P: ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?

R: *"Creo que es buena, no me cuesta pensar en mis cosas".*

20.P: Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?

R: *"No realmente".*

21.P: ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?

R: *"Sí, la Doctora AS".*

22.P: ¿Toma algún medicamento para dormir?

R: *"Sí".*

- **P:** ¿Qué medicamentos toma?

R: *"Se llama Fulcrum".*

- **P:** ¿Desde cuándo?

R: *"Desde hace 2-3 meses".*

- **P:** ¿Con qué frecuencia?

R: *"Lo tomo una noche sí y una no para no acostumbrarme".*

Diario de campo: El paciente se presentó con un estado de vigilia- alerta. En su aspecto general denotó higiene. Se comunicó con un discurso fluido y habla espontáneo. Fue colaborador y entusiasta durante la entrevista.

Caso 5

A. Preguntas sobre datos generales

- **Pregunta:** ¿Cómo se llama?

Respuesta: "KR".

- **P:** ¿Cuántos años tiene?

R: "38 años".

- **P:** (Fecha de la entrevista) ¿Qué día es hoy?

R: "Jueves 10 de septiembre del 2015".

- **P:** ¿Cómo ha estado?

R: "Bien ahí, un poco agripada; con calor en el cuerpo y obstrucción de flema en la garganta, pero por lo general bien".

- **P:** ¿Cómo se encuentra su familia?

R: "Pues, mi hija grande tiene Chikunguya con síntomas fuertes. Pero primero Dios sane y todo vuelve a estar normal y tranquilo como siempre".

- **P:** Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir aquí?

R: "De mi casa, me vine para el hospital. Tomé un bus que me trae y luego caminé una cuadra hasta que llegué".

B. Preguntas

Me gustaría conocer si usted mantiene alguna dificultad relacionado con el sueño, por lo tanto:

1. **Pregunta:** Me gustaría que me contara ¿qué actividades realiza antes de dormir?

Respuesta: "Hago la cena, después veo que mis hijos estén dormidos y luego me acuesto a dormir".

2. **P:** Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño?

R: "Pues... pues me cuesta quedarme dormida y cuando me logro dormir me despierto por dolores de mano".

- **P:** ¿Cuántas horas duerme?

R: "Tal vez 5 horas, a veces menos".

- **P:** ¿Se despierta durante la noche?
R: *“Sí, a veces”.*
P: ¿Cuántas veces se despierta en la noche? ¿Por qué razones se despierta?
R: *“Como 1 vez cada noche por adormecimiento en mis manos”.*
3. **P:** ¿Siente que descansa suficiente cuando duerme?
R: *“No”.*
4. **P:** ¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?
R: *“Mmm, la semana pasada”.*
5. **P:** ¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?
R: *“Me siento con mucho sueño y muy cansada”.*
6. **P:** ¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir?
R: *“Hace 1 mes”.*
7. **P:** ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta?
R: *“Me ha afectado muchísimo, no tengo ganas de hacer nada porque siempre estoy muy cansada y con sueño”.*
8. **P:** ¿Cómo describiría su memoria?
R: *“Pues, yo digo que bien. Recuerdo todo”.*
9. **P:** ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante.
R: *“No, ninguno”.*
10. **P:** ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado su capacidad de recordar eventos?
R: *“No creo”.*
11. **P:** ¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes?
R: *“Sí, eso sí”.*
12. **P:** Cuando no descansa la noche anterior, ¿se le dificulta recordarse de situaciones?
R: *“No”.*

13.P: ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: "No".

14.P: ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección?

R: "No".

15.P: ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta.

R: "Difícil, porque me pongo nerviosa antes de pensar qué tengo que hacer y decir".

16.P: ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás? Explique su respuesta.

R: "Mmm, me pongo nerviosa y tensa de escuchar a los demás".

17.P: ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás? Explique su respuesta.

R: "Sí, porque tengo mucho sueño y no tengo ganas de escucharlos".

18.P: ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: "Sí, en realidad no me dan ganas de escucharlos ni de hacer nada. Prefiero no enterarme, además estoy cansada porque no dormí bien".

19.P: ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?

R: "Pues bien, pongo bastante atención a lo que hago".

20.P: Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?

R: "Ah sí, eso sí. Porque no me dan ganas de hacer nada ni de poner atención".

21.P: ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?

R: "Sí, con bastantes".

22.P: ¿Toma algún medicamento para dormir?

R: "No".

Diario de campo: La paciente se presentó con un estado de vigilia- alerta. En su aspecto general denotó higiene. Se comunicó con un habla escasa y mostraba estar muy cansada y con sueño. Bostezó varias veces durante la entrevista.

Caso 6

A. Preguntas sobre datos generales

- **Pregunta:** ¿Cómo se llama?

Respuesta: "BDL".

- **P:** ¿Cuántos años tiene?

R: "22".

- **P:** (Fecha de la entrevista) ¿Qué día es hoy?

R: "Jueves, 17 de septiembre del 2015".

- **P:** ¿Cómo ha estado?

R: "Hoy me costó un poco eee dormir en la noche, ayer, entonces amanecí un poco cansada".

- **P:** ¿Cómo se encuentra su familia?

R: "Bien".

- **P:** Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir aquí?

R: "Eee... traigo carro. De mi casa vengo directo para acá".

- **P:** ¿Por dónde vive usted?

R: "Eee, en Mixco".

- **P:** ¿Qué escolaridad tiene?

R: "Estoy ahorita en quinto año de Comunicación".

B. Preguntas

Me gustaría conocer si usted mantiene alguna dificultad relacionado con el sueño, por lo tanto:

1. **Pregunta:** Me gustaría que me contara ¿qué actividades realiza antes de dormir?

Respuesta: "Eee...veo el celular y, o a veces veo tele".

2. **P:** Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño?

R: "Es un poco variado, hay unos días que duermo bien y hay días que en serio no duermo bien, y es por temporadas digamos".

- **P:** ¿Cómo por temporadas?

- **R:** *“Tengo temporadas en donde sí duermo bien bastantes días y de ahí unos días que duermo mal bastante días”.*
- **P:** ¿Cuántas horas duerme?
R: *“7 horas, aproximadamente”.*
- **P:** ¿Se despierta durante la noche?
R: *“Sí”.*
P: ¿Cuántas veces se despierta en la noche? ¿Por qué razones se despierta?
R: *“De dos a tres veces. Porque no puedo dormir, tengo el sueño muy frágil se podría decir; entonces por cualquier cosa me despierto y luego no me puedo dormir rápido”.*
- 3. **P:** ¿Siente que descansa suficiente cuando duerme?
R: *“Eee... no, porque me levanto cansada”.*
- 4. **P:** ¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?
R: *“Eee... hace dos semanas”.*
- 5. **P:** ¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?
R: *“Me siento cansada, como si no dormí nada y sin ganas de hacer lo que tengo que hacer el día siguiente”.*
- 6. **P:** ¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir?
R: *“Mmm... hace aproximadamente unos tres años”.*
- 7. **P:** ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta?
R: *“Eee... me ha afectado porque a veces estoy de mal humor y durante el día me da mucho sueño, entonces me duermo a cada rato”.*
- 8. **P:** ¿Cómo describiría su memoria?
R: *“Buena”.*
- 9. **P:** ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante.
R: *“No, ninguna”.*
- 10. **P:** ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado su capacidad de recordar eventos?

R: *"No... no tiene nada que ver"*.

11. P: ¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes?

R: *"Eee... no"*.

12. P: Cuando no descansa la noche anterior, ¿se le dificulta recordarse de situaciones?

R: *"Sí"*.

13. P: ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: *"Eee... a veces, pero es bastante poco frecuente. Como por ejemplo, iba hacer algo que iba hacer algo y se me olvido lo que iba a hacer, pero es poco lo que me sucede"*.

14. P: ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección?

R: *"No"*.

15. P: ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta.

R: *"Buena, pues yo considero que la gente me comprende bastante cuando me comunico con ellos y realmente no tengo dificultad para comunicarme con las demás personas"*.

16. P: ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás? Explique su respuesta.

R: *"Eee... buena forma en cómo los escucho... realmente los escucho bien. Solo tal vez debería mejorar en el sentido de que a veces están hablando y yo los interrumpo por decir una cosa porque creo que ya terminaron"*.

17. P: ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás?

R: *"No"*.

18. P: ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece?

R: *"No"*.

19. P: ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?

R: "Buena".

20.P: Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?

R: "Eee... si, en ocasiones si porque me molesta el hecho que no dormí bien entonces me dan ganas de dormir en el día".

21.P: ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?

R: "Si, aquí en el hospital he consultado".

22.P: ¿Toma algún medicamento para dormir?

R: "Bueno sí tomo, pero medicamentos naturales".

- **P:** ¿Qué medicamentos toma?

R: "Como el Nervaden y Pasinerva".

- **P:** ¿Desde cuándo?

R: "Uy hace aproximadamente como dos años".

- **P:** ¿Con qué frecuencia?

R: "Frecuencia...eee... depende de las temporadas que le mencioné que no puedo dormir, entonces me tomo ese medicamento antes de ir a acostarme. Alrededor de, es poco tiempo, alrededor de unas 5 veces al mes se podría decir".

Diario de campo: La paciente se presentó con un estado de vigilia- alerta. En su aspecto general denotó higiene y preocupación por su cuidado personal. Su vestimenta mostró feminidad, comodidad y fue adecuada para la ocasión. Se expresó de manera fluida con un discurso espontáneo.

Caso 7

A. Preguntas sobre datos generales

- **Pregunta:** ¿Cómo se llama?

Respuesta: "SA".

- **P:** ¿Cuántos años tiene?

R: "35".

- **P:** (Fecha de la entrevista) ¿Qué día es hoy?
R: *“Jueves, 17 de septiembre del 2015”.*
- **P:** ¿Cómo ha estado?
R: *“Pues... más o menos...con el tratamiento que he tenido duermo pero no muy bien verdad”.*
- **P:** ¿Cómo se encuentra su familia?
R: *“Pues, eee... mi familia... eeee... a mi esposo le dio un derrame, no habla, yo lo cuido, de eso me depende todo el sistema nervioso, verdad”.*
- **P:** Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir aquí?
R: *“Eee...de mi casa vine directamente para acá en bus”.*
- **P:** ¿Qué escolaridad tiene?
R: *“Sexto”.*

B. Preguntas

Me gustaría conocer si usted mantiene alguna dificultad relacionado con el sueño, por lo tanto:

1. **Pregunta:** Me gustaría que me contara ¿qué actividades realiza antes de dormir?

Respuesta: *“Pues... eee... hago ejercicio antes de dormir, muevo mis brazos antes de dormir. Pero me trato de dormir tarde para poder dormir porque si me duermo muy temprano me estoy en mi cama y no puedo dormir”.*

2. **P:** Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño?

R: *“No duermo”.*

- **P:** ¿Cuántas horas duerme?

R: *“A veces duermo 5 horas, a veces me duermo 2 horas. Me duermo a la 1 de la mañana y me despierto a las 4 o 5, duermo tal vez 2 o 3 horas”.*

- **P:** ¿Se despierta durante la noche?

R: *“Sí”.*

P: ¿Cuántas veces se despierta en la noche? ¿Por qué razones se despierta?

R: “Despierto muchas veces. Me despierto así solo nada más me despierto. A veces cuando me despierto ya no me puedo dormir, me pongo hacer ejercicio para dormir... pongo mis pies en agua fría y cuando pongo mis pies en agua fría me duermo”.

3. P: ¿Siente que descansa suficiente cuando duerme?

R: “Eee... no”.

4. P: ¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?

R: “Casi siempre no descanso”.

5. P: ¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?

R: “Pues me siento bien... no me siento tan cansada, creo que me siento bien. No me da sueño ni de día ni de noche”.

6. P: ¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir?

R: “Ay... hace como 10 años”.

7. P: ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta?

R: “Eee... me afecta emocionalmente porque me preocupa no dormir y me pongo triste”.

8. P: ¿Cómo describiría su memoria?

R: “Bien”.

9. P: ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante.

R: “Sí. A veces tengo mis citas que tengo que venir y se me olvidan y tengo que estar pendiente que día porque se me olvida. A veces se me olvida en que día estoy”.

10. P: ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado su capacidad de recordar eventos? Si la respuesta es afirmativa, explique ¿cómo le ha afectado?

R: “Sí. Pues siento que sí me ha afectado bastante no dormir. Pues a veces recuerdo las cosas a veces no, a veces siento que mi mente se me queda”.

11. P: ¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes?

R: *“Eee, sí”.*

12.P: Cuando no descansa la noche anterior, ¿se le dificulta recordarse de situaciones?

R: *“Sí”.*

13.P: ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: *“Eee... sí. A veces guardo cualquier cosa verdad y no me recuerdo. Me recuerdo así hasta el rato pero al momento que lo necesito no”.*

14.P: ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección? Si la respuesta es afirmativa; se pregunta ¿cómo y cuándo sucedió?

R: *“A veces sí. A veces voy en el bus voy a un lado y ya no recuerdo en qué parada me tengo que bajar”.*

15.P: ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta.

R: *“Pues, sí se me facilitar hablar con los demás”.*

16.P: ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás? Explique su respuesta.

R: *“Pues...a veces me molesta cuando hay mucha bulla verdad, me molesta, no me siento tranquila”.*

17.P: ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás? Explique su respuesta.

R: *“Sí, prefiero no comunicarme con ellos”.*

18.P: ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: *“Eee... sí, porque me siento tranquila estando sola”.*

19.P: ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?

R: *“Pues...bien... o sea, está bien”.*

20.P: Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?

R: *“No”.*

21.P: ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?

R: *“Sí, aquí en el hospital me están viendo. Me dieron la receta para dormir”.*

22.P: ¿Toma algún medicamento para dormir?

R: *“Sí”.*

- **P:** ¿Qué medicamentos toma?

R: *“Equiliv”.*

- **P:** ¿Desde cuándo?

R: *“Hace dos meses”.*

- **P:** ¿Con qué frecuencia?

R: *“La mitad en la noche antes de acostarme”.*

Diario de campo: La paciente se presentó con un estado de vigilia- alerta. En su aspecto general denotó higiene y preocupación por su cuidado personal. Su vestimenta mostró comodidad y fue adecuada para la ocasión. Se expresó de manera escasa y mantuvo dificultad para entender las preguntas realizadas, se le tuvo que repetir varias veces la pregunta y explicarla.

Caso 8

A. Preguntas sobre datos generales

- **Pregunta:** ¿Cómo se llama?

Respuesta: *“LM”.*

- **P:** ¿Cuántos años tiene?

R: *“33”.*

- **P:** (Fecha de la entrevista) ¿Qué día es hoy?

R: *“Jueves, 17 de septiembre del 2015”.*

- **P:** ¿Cómo ha estado?

R: *“Más o menos”.*

- **P:** ¿Cómo se encuentra su familia?

R: *“Eee, bien”.*

- **P:** Cuénteme, ¿cuál fue el recorrido que tomó para venir aquí?

R: "Eee...vine en bus, pues caminé unas pocas cuadras después".

- *P: ¿Qué escolaridad tiene?*

R: "Ninguna".

B. Preguntas

Me gustaría conocer si usted mantiene alguna dificultad relacionado con el sueño, por lo tanto:

1. **Pregunta:** Me gustaría que me contara ¿qué actividades realiza antes de dormir?

Respuesta: "Pues me pongo a leer antes de dormir".

2. **P:** Cuénteme, ¿cómo describiría su sueño?

R: "Un poco irregular".

P: ¿Por qué razones es irregular?

R: "Porque no me concentró bien bien en mi sueño".

- *P: ¿Cuántas horas duerme?*

R: "Eee... solo como 5 horas o 4 horas".

- *P: ¿Se despierta durante la noche?*

R: "Sí".

P: ¿Cuántas veces se despierta en la noche? ¿Por qué razones se despierta?

R: "Eee... porque... a veces sueño algo muy feo o a veces porque por si no me da sueño, no me agarra sueño".

3. **P:** ¿Siente que descansa suficiente cuando duerme?

R: "Eee... no".

4. **P:** ¿Cuándo fue la última vez que considera que descansó al dormir?

R: "Casi nunca. Casi ni un día".

5. **P:** ¿Cómo se siente cuando no descansa la noche anterior?

R: "Me siento muy estresada".

6. **P:** ¿Hace cuánto tiempo tiene problemas para dormir?

R: "Pues padecí esto hace como unos 3 años y luego más o menos como año y medio. Se me quitó como por un año y ahora nuevamente".

7. P: ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana los problemas del sueño que presenta?

R: "Me siento toda aburrida, con sueño y sin apetito".

8. P: ¿Cómo describiría su memoria?

R: "En eso sí tengo bastantes molestias".

9. P: ¿Ha tenido dificultad para recordar eventos? Por ejemplo: el cumpleaños de un familiar o una cita importante.

R: "Eee, sí. A veces me cuentan una cosa y al día siguiente ya no recuerdo".

10. P: ¿Considera que sus problemas del sueño han afectado su capacidad de recordar eventos? Si la respuesta es afirmativa, explique ¿cómo le ha afectado?

R: "Mmm, sí. Eee... si nunca se me viene a la mente lo que quiero recordar".

11. P: ¿Siente que cuando duerme bien la noche anterior, se le facilita recordar sucesos importantes?

R: "Eee, sí".

12. P: Cuando no descansa la noche anterior, ¿se le dificulta recordarse de situaciones?

R: "Sí".

13. P: ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar dónde se encuentra o dónde ha dejado algún objeto? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: "Si he tenido dificultad. A veces, por ejemplo, dejo una medicina y no me recuerdo dónde la deje u otro objeto".

14. P: ¿Se ha desorientado al estar en la calle o al buscar una dirección? Si la respuesta es afirmativa; se pregunta ¿cómo y cuándo sucedió?

R: "Eee... sí. Hay veces que creo que es y luego me doy cuenta que no es la dirección exacta a donde voy".

15. P: ¿Cómo describiría la habilidad para comunicar sus ideas? Explique su respuesta.

R: "Mmm... se me dificulta hablarle a las demás personas".

16.P: ¿Cómo describiría la forma en que escucha a los demás?

R: *"Mmm... creo que bien".*

17.P: ¿Siente que cuando no duerme bien, se le dificulta comunicarse con los demás? Explique su respuesta.

R: *"A veces así cuando me hacen una pregunta no se me vienen así las ideas".*

18.P: ¿Ha dejado de informarse sobre situaciones familiares debido a los problemas de sueño que padece? Si la respuesta es afirmativa, explique su respuesta.

R: *"Eee...sí, por ejemplo hay veces me gusta ser muy solitaria y no me entero".*

19.P: ¿Cómo describiría su habilidad para concentrarse?

R: *"Como irregular".*

20.P: Cuando no descansa al dormir o no duerme bien, ¿tiene dificultad para concentrarse en sus actividades diarias?

R: *"Eee... sí se me dificulta".*

21.P: ¿Ha consultado con algún médico o profesional sobre estos problemas?

R: *"Aquí en el Hospital".*

22.P: ¿Toma algún medicamento para dormir?

R: *"No".*

Diario de campo: La paciente se presentó con un estado de vigilia- alerta. En su aspecto general denotó higiene y preocupación por su cuidado personal. Se expresó de manera escasa con un tono de voz muy bajo.

Programa de ejercicios para
estimular las funciones
cognitivas en sujetos con
Trastornos del sueño- vigilia.



Por: María Cristina Bolaños Víquez

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	GUÍA PARA EL FACILITADOR	4
III.	ACTIVIDADES	5
	Sesión 1: Memoria	5
	Actividad no. 1 Presentación y actividad rompe hielo	5
	Actividad no. 2 Ejercicios de memoria	6
	Sesión 2: Orientación espacial y temporal	10
	Actividad no. 1 Presentación y actividad rompe hielo	10
	Actividad no. 2 Ejercicios de orientación espacial y temporal	11
	Sesión 3: Concentración y cálculo	14
	Actividad no. 1 Presentación y actividad rompe hielo	14
	Actividad no. 2 Ejercicios de concentración y cálculo	15
	Sesión 4: Lenguaje e información de hechos cotidianos	19
	Actividad no. 1 Presentación y actividad rompe hielo	19
	Actividad no. 2 Ejercicios de concentración y cálculo	20
IV.	BIBLIOGRAFÍA	23

I. INTRODUCCIÓN

El presente programa fue elaborado con el objetivo de estimular las funciones cognitivas en pacientes con Trastornos del sueño vigilia o características similares, enfocándose en los siguientes procesos mentales: memoria, orientación espacial y temporal, concentración y cálculo, lenguaje e información de hechos cotidianos. Por lo tanto, este programa propone actividades para los sujetos que consideran que la falta o exceso de sueño les ha afectado en alguno de los indicadores anteriormente mencionados.

Se decidió realizar este programa debido a los resultados presentados del estudio llamado: *Evaluación de las funciones cognitivas en pacientes adultos con Trastornos del Sueño- Vigilia que asisten a Consulta Externa en el área de Neuropsicología del Hospital General San Juan de Dios*. En donde se pudo evidenciar que los adultos con problema del sueño sí mantienen las funciones cognitivas evaluadas, pero conservan alteraciones en ciertas funciones cognitivas, principalmente en el proceso mental de concentración y cálculo.

La finalidad de este programa es fomentar la estimulación de los indicadores aludidos mediante distintas actividades. Además, se busca brindar herramientas para que los sujetos puedan realizar estos ejercicios en cualquier momento del día. Para la elaboración de este taller, se tomó aportes de autores nacionales e internacionales.

II. GUÍA PARA EL FACILITADOR

Es necesario que quien imparta este programa sea un profesional de la salud mental, ya sea un psicólogo o neuropsicólogo. Se mantiene el requisito de conocer los Trastornos del sueño, sus consecuencias y criterios diagnósticos. De igual manera, es esencial que conozcan sobre las funciones cognitivas y la importancia de su estimulación. Se recomienda que el profesional que elabore esta propuesta, mantenga experiencia en el tema y se apoye bajo el marco teórico de dicho estudio y su bibliografía.

Este programa está formado para adultos que busquen estimular sus funciones cognitivas. Consta de distintas actividades informativas y lúdicas para las actividades rompe hielo, impartándose en 4 sesiones, de 1 hora cada una. Cada sesión constará de diversos ejercicios de estimulación y se dividirá de la siguiente manera:

Función cognitiva a trabajar por sesión:	Duración (incluye actividad rompe hielo y ejercicios de las sesiones):
<i>Sesión 1:</i> Memoria.	1 hora.
<i>Sesión 2:</i> Orientación espacial y temporal.	1 hora.
<i>Sesión 3:</i> Concentración y cálculo.	1 hora.
<i>Sesión 4:</i> Lenguaje e información sobre hechos cotidianos.	1 hora.

III. ACTIVIDADES

Sesión 1: Memoria

Actividad no. 1: Presentación y actividad rompe hielo

Objetivos:

- Animar a los sujetos a compartir con el grupo y mantener una participación activa.
- Fomentar un ambiente de confianza y apertura.
- Compartir información sobre lo que se llevará a cabo dentro en dicho programa.

El facilitador iniciará con una breve actividad de rompe hielo, para que los participantes entren en ambiente y se conozcan entre ellos. La actividad rompe hielo a realizar es: Caramelos (Zúñiga, 2012).

Actividad:

Nombre: Caramelos.

Tiempo: 10 min.

Participantes: Ilimitado.

Material: Caramelos (dulces).

Desarrollo/ Instrucciones: El animador debe traer caramelos (dulces) y ofrecérselos a los participantes diciéndoles que agarren los que quieran. Unos toman más, otros toman menos. El animador también toma caramelos. Una vez iniciado el encuentro los participantes deben decir una característica suya por cada caramelo que han agarrado, dependiendo del color. También se puede asignar un tema a cada color del caramelo y hablar de él. Por ejemplo:

- Rojo = Expectativas para el momento.
- Verde = Algo sobre tu familia.
- Azul = Actividades que les gusta hacer.

Actividad no. 2: Ejercicios de memoria

Objetivos:

- Estimular la función cognitiva de memoria.
- Brindar distintos ejercicios y herramientas de estimulación para la memoria.

Ejercicios:

Ejercicio 2.1:

Nombre: Recordando mis alimentos.

Tiempo: 15 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se le pedirá al sujeto que complete la hoja de ejercicio que se le brindará. En donde tiene que llenar las casillas correspondientes, tratando de recordar qué ha comido durante la semana.

Material: Cuadro de días y casillas de comidas.

Días de la semana	Desayuno	Almuerzo	Refacción	Cena
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Ejercicio 2.2:

Nombre: Palabras (Adaptado de Egger, 2013).

Tiempo: 15 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se le enseñará al paciente una lista de palabras y luego se le pedirá que repita las palabras en el mismo orden. Posteriormente, se le dará al paciente un cuadro con la lista de palabras incompletas y se le pedirá que lo complete.

Material: Listado de palabras.

Palabras	
Gato	Candela
Taza	Piña
Casa	Flor
Manzana	Sol
Lapicero	Perro
Vaso	Televisión

Palabras incompletas	
Gato	Candela
	Flor
	Sol
Lapicero	

Ejercicio 2.3:

Nombre: Sudoku.

Tiempo: 20 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se le brindará al paciente varios ejercicios de Sudoku. Cada ejercicio aumentará su dificultad y se motivará a realizar cada uno con mayor rapidez. Se le darán copias para que pueda practicar en su casa.

Reglas del juego: Este rompecabezas está compuesto por una cuadrícula de 9x9 casillas, dividida en regiones de 3x3 casillas. Partiendo de algunos números ya dispuestos, hay que completar las casillas vacías con dígitos del 1 al 9. Éstos no deben repetirse en una misma fila, columna o región de 3x3 casillas. Resumiendo, hay que rellenar la cuadrícula de modo que: cada fila, cada columna y cada región contengan los números del 1 al 9, sin repetirse (MS, Entretenimiento Inteligente, 2015).

Material: Sudokus (obtenidos de MS, 2015).

Nivel de dificultad: Fácil.

	7	2	3	8	5	4		
	3	9		1	6			
1			2	7		3		6
7	8					6	4	
5								7
	9	4					3	1
4		1		6	3			8
			9	2		1	6	
		8	5	4	1	2	7	

Nivel de dificultad: Intermedio.

		1						
		2		3				4
			5			6		7
5			1	4				
	7						2	
				7	8			9
8		7			9			
4				6		3		
						5		

Nivel de dificultad: Difícil.

	6	9	2					
					9	2		
2	1		4		5	6		3
					2		3	8
7		2				9		6
5	8		6					
6		3	5		8		2	9
		5	9					
					7	5	6	

Sesión 2: Orientación espacial y temporal

Actividad no. 1: Presentación y actividad rompe hielo

Objetivos:

- Animar a los sujetos a compartir con el grupo y mantener una participación activa.
- Fomentar un ambiente de confianza y apertura.
- Compartir información sobre lo que se llevará a cabo dentro de la sesión y qué función cognitiva se trabajará.

El facilitador iniciará con una breve actividad de rompe hielo, para que los participantes entren en ambiente y se conozcan entre ellos. La actividad rompe hielo a realizar es: Entrelazados (Zúñiga, 2012).

Actividad:

Nombre: Entrelazados.

Tiempo: 10 min.

Participantes: Ilimitado.

Material: Ninguno.

Desarrollo/ Instrucciones: Todos los participantes se dividen en parejas y se sientan en el suelo espalda con espalda y entrelazan los brazos, a la orden del animador intentan levantarse los dos al mismo tiempo sin soltarse. Una vez arriba, buscan otra pareja que se haya levantado y realizan el mismo ejercicio entre los cuatro, luego entre ocho y así hasta que todos estén de espaldas y con los brazos entrelazados y todos se puedan levantar.

Actividad no. 2: Ejercicios de orientación espacial y temporal

Objetivo:

- Brindar distintos ejercicios y herramientas de estimulación para la orientación espacial y temporal.

Ejercicios:

Ejercicio 2.1:

Nombre: Reconociendo mi información (Adaptato de Egger, 2013).

Tiempo: 20 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se le pedirá al sujeto que complete un cuadro con preguntas que repasen y recuerden la información personal del individuo, el día, mes, hora y lugar. Se exigirá que respondan lo más específico posible.

Material: Cuadro preguntas y respuestas.

- Repasar y recordar la información personal, reconocer el día, mes y hora y el lugar en donde se encuentra.

Información	Respuesta
Mi nombre es... y tengo... años.	
Nací en...	
La dirección de mi casa es...	
Hoy es... del mes... del año...	
Ahorita ubicada en...	
Mi pasatiempo favorito es...	
Mi mamá se llama... y mi papá se llama...	
Tengo... hermanos y se llaman...	

Ejercicio 2.2:

Nombre: Laberintos.

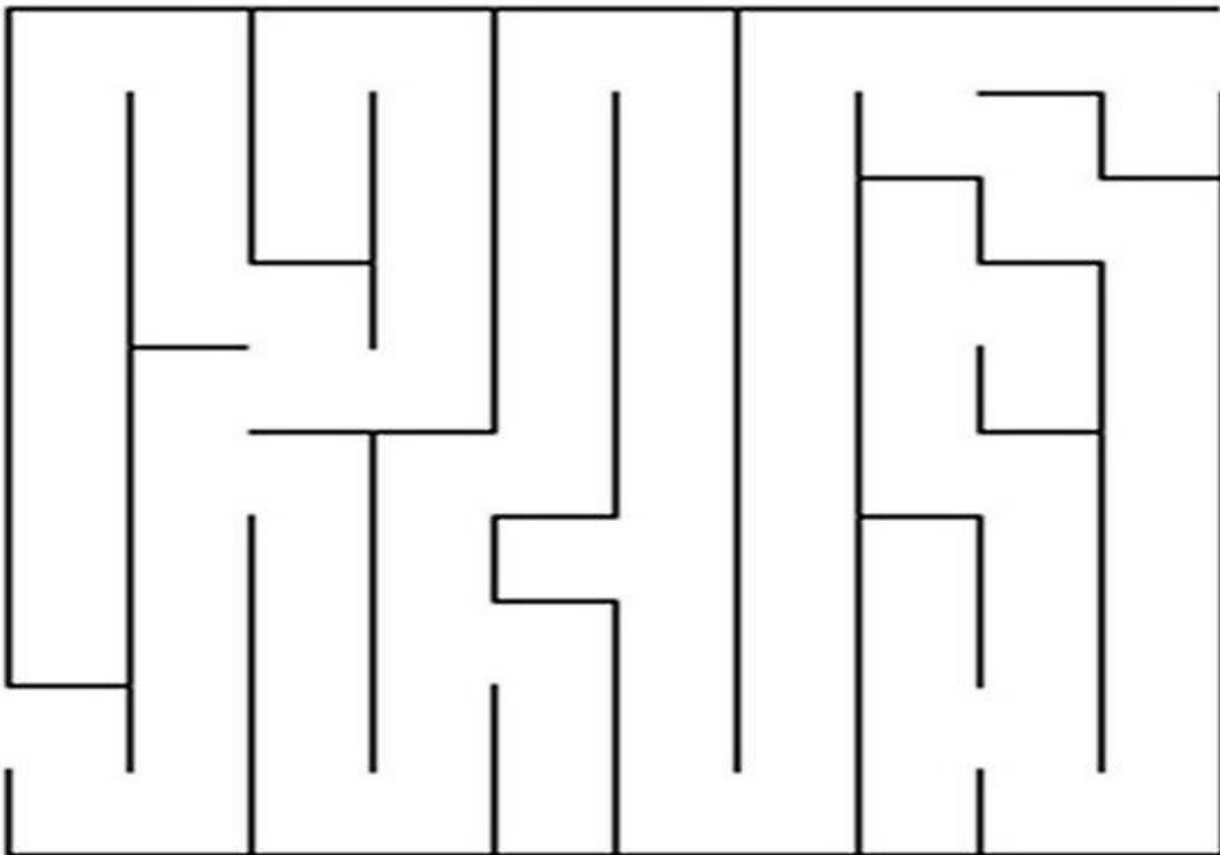
Tiempo: 30 min.

Participantes: Ilimitado.

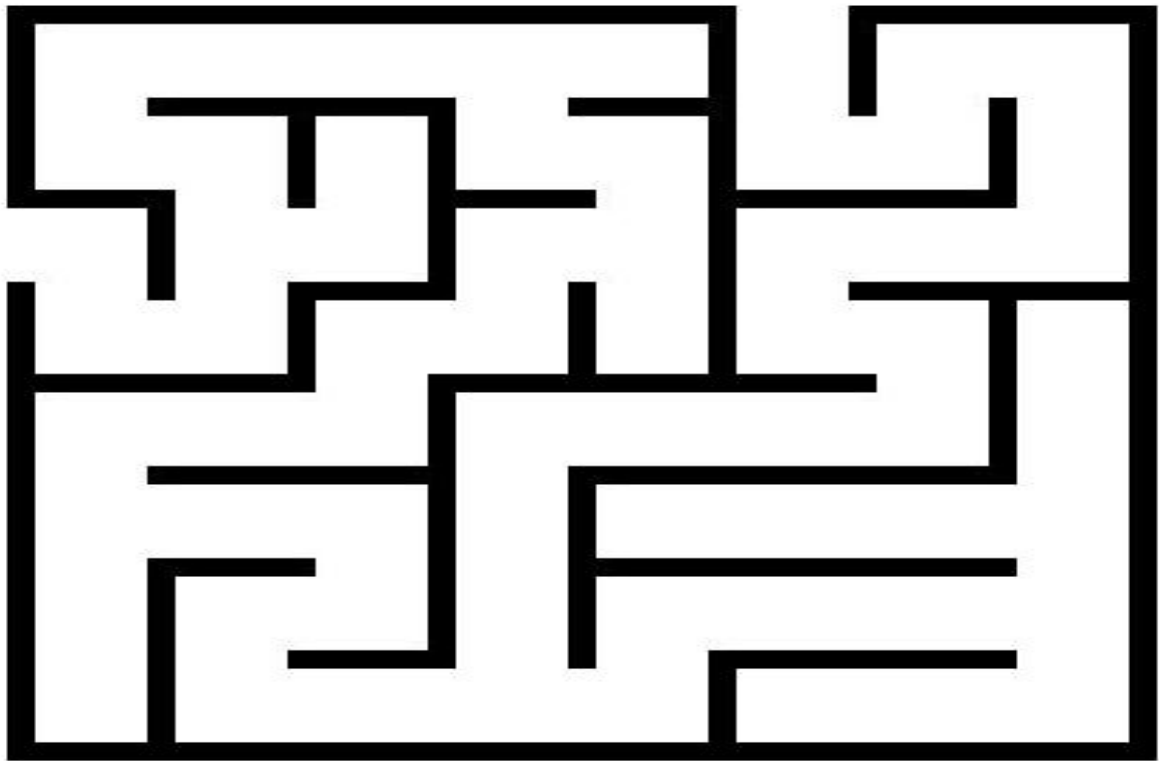
Desarrollo/ Instrucciones: Se le enseñará un laberinto y se le pedirá que lo complete. Se aumentará la dificultad y se fomentará a realizar cada uno con mayor rapidez. Se le darán copias para que pueda practicar en su casa.

Material: Laberintos (Obtenidos de Méndez, s.f)

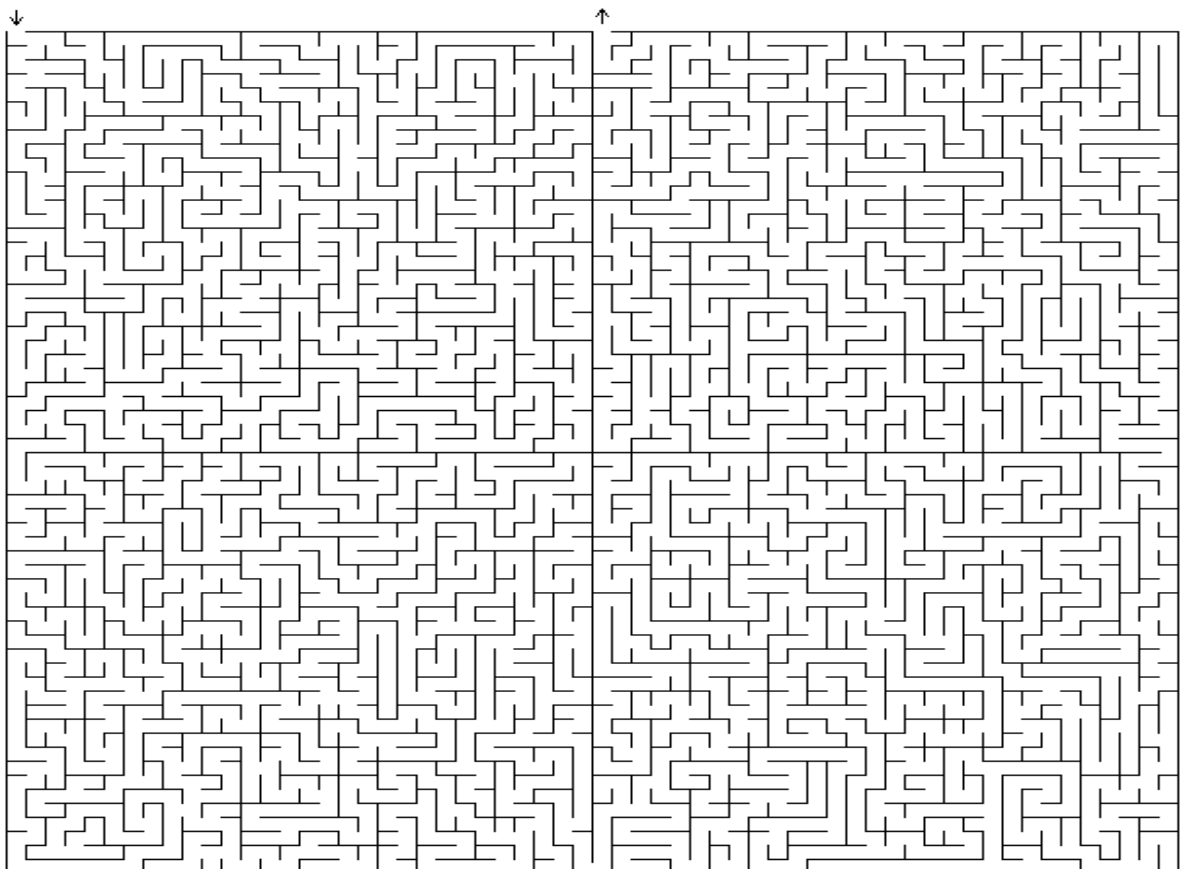
Nivel de dificultad: Fácil.



Nivel de dificultad: Intermedia.



Nivel de dificultad: Difícil.



Sesión 3: Concentración y Cálculo

Actividad no. 1: Presentación y actividad rompe hielo

Objetivos:

- Animar a los sujetos a compartir con el grupo y mantener una participación activa.
- Fomentar un ambiente de confianza y apertura.
- Compartir información sobre lo que se llevará a cabo dentro de la sesión y qué función cognitiva se trabajará.

El facilitador iniciará con una breve actividad de rompe hielo, para que los participantes entren en ambiente y se conozcan entre ellos. La actividad rompe hielo a realizar es: Pasar la frontera (Zúñiga, 2012).

Actividad:

Nombre: Pasar la frontera.

Tiempo: 10 min.

Participantes: Ilimitado.

Material: Ninguno.

Desarrollo/ Instrucciones: Los participantes sentados en círculo van diciendo uno por uno: "yo pasaría la frontera..." y cada uno agrega lo que quiera. La clave está en que sólo pasan la frontera aquellos que digan algo que sea cierto para la persona que tienen a su izquierda. Si el que tiene a su izquierda lleva zapatillas, tiene un niño en brazos, bosteza o se toca la nariz, se puede decir: "yo pasaría la frontera con zapatillas o con un niño en mis brazos, etc".

Actividad no. 2: Ejercicios de concentración y cálculo

Objetivos:

- Estimular la función cognitiva de concentración y cálculo.
- Brindar distintos ejercicios y herramientas de estimulación para la concentración y el cálculo.

Ejercicios:

Ejercicio 2.1:

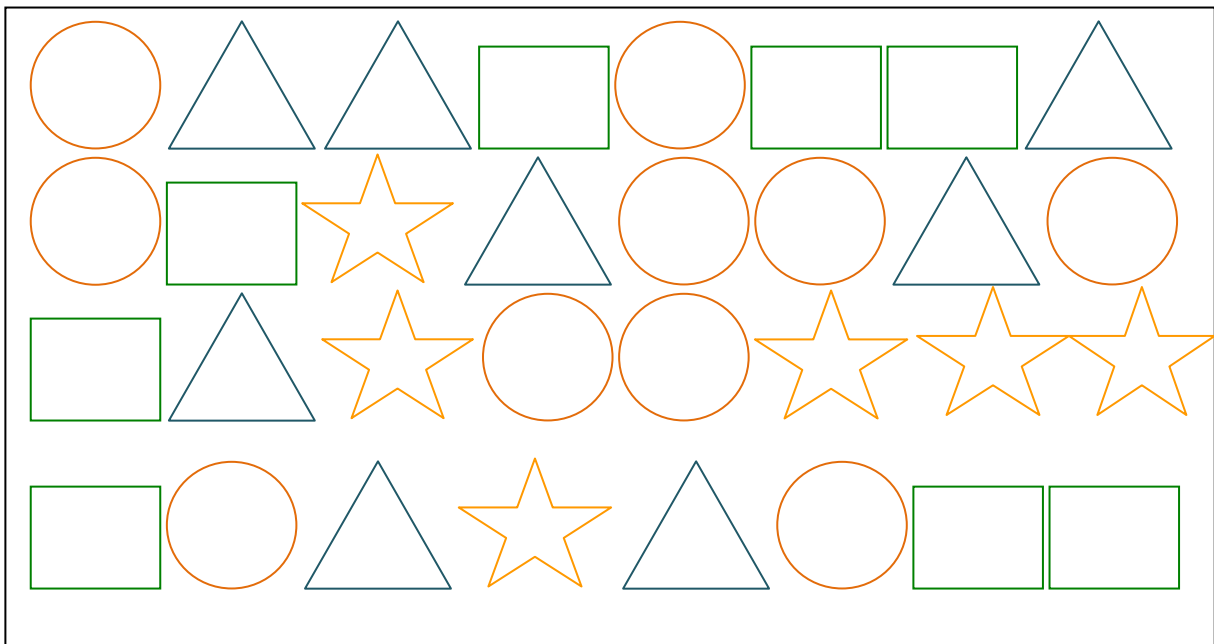
Nombre: Distinguiendo figuras geométricas (Adaptado de Egger, 2013).

Tiempo: 10 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se le pedirá al sujeto que cuente cuántos círculos, triángulos y cuadrados hay. Después se le pedirá que pinte cada grupo con distintos colores.

Material: Hoja de figuras geométricas (10 círculos, 8 triángulos, 8 cuadrados y 6 estrellas). Crayones.



Ejercicio 2.2:

Nombre: Números (Adaptado de Egger, 2013).

Tiempo: 15 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se le pedirá al paciente que ordene los números de mayor a menor y viceversa.

Material: Listado de números.

Ordenar de mayor a menor:
1, 6, 10, 8, 3, 2, 5, 7, 4, 2, 9

Ordenar de menor a mayor:
10, 9, 4, 5, 6, 3, 8, 6, 1, 7, 2

Ordenar de mayor a menor:
33, 8, 76, 40, 21, 10, 7, 6, 5, 29

Ordenar de menor a mayor:
5, 45, 66, 2, 18, 30, 77, 3, 11, 5

Ejercicio 2.3:




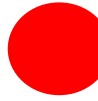








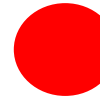








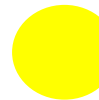




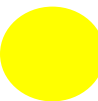

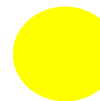





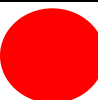

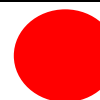


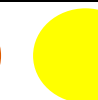
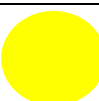
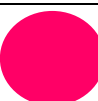

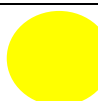
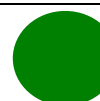
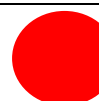

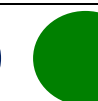
Nombre: Colores (Adaptado de Egger, 2013).

Tiempo: 15 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se le pedirá al paciente que vaya tachando los colores según se indica escrito.

Material: Cuadro de colores.

Verde								
Rosado								
Azul								
Naranja								
Rojo								
Amarillo								

Ejercicio 2.4:

Nombre: Caminando y contando (Adaptado de Egger, 2013).

Tiempo: 10 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se darán las siguientes instrucciones:

- Cuente y camine cinco pasos (1, 2, 3, 4, 5).
- Ahora retroceda contando 5 para atrás (5, 4, 3, 2, 1).
- Camine 5 pasos contando de 5 en 5 (5,10, 15, 20, 25).
- Después, agréguele 5 al último número que le quedó (25) y dé 5 pasos mientras cuenta (tiene que contar: 26, 27, 28, 29 y 30).
- Ahora, reste 5 y retroceda 5 pasos (debe de llegar al número 25).
- Luego, vuelva a contar sólo 5.
- Se preguntará ¿Qué número les quedó? Y la respuesta tiene que ser 30.

Material: Ninguno.

Sesión 4: Lenguaje e información de hechos cotidianos

Actividad no. 1: Presentación y actividad rompe hielo

Objetivos:

- Animar a los sujetos a compartir con el grupo y mantener una participación activa.
- Fomentar un ambiente de confianza y apertura.
- Compartir información sobre lo que se llevará a cabo dentro de la sesión y qué función cognitiva se trabajará.

El facilitador iniciará con una breve actividad de rompe hielo, para que los participantes entren en ambiente y se conozcan entre ellos. La actividad rompe hielo a realizar es: Mis cosas favoritas (Zúñiga, 2012).

Actividad:

Nombre: Mis cosas favoritas.

Tiempo: 10 min.

Participantes: Ilimitado.

Material: Papel y lápiz.

Desarrollo/ Instrucciones: En una hoja de papel, cada uno/a escribirá su nombre, sus programas de televisión favoritos o cualquier otro elemento similar (Deportes, grupos de música...). Después se juntarán los papeles y se repartirán de manera revuelta. El juego consiste en que los compañeros y las compañeras adivinen quién ha escrito esas respuestas.

Actividad no. 2: Ejercicios de lenguaje e información de hechos cotidianos

Objetivos:

- Estimular la función cognitiva de lenguaje e información de hechos cotidianos.
- Brindar distintos ejercicios y herramientas de estimulación para el lenguaje e información de hechos cotidianos.

Ejercicios:

Ejercicio 2.1:

Nombre: Soluciones y respuestas lógicas (Adaptado de Egger, 2013).

Tiempo: 15 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se le dará un listado de preguntas al sujeto y se le pedirá que seleccione la respuesta correcta.

Material: Listado de preguntas de soluciones y respuestas.

1. Objeto que usamos para vernos:
 - Almohada - Espejo - Taza
2. Artefacto que nos brinda información sobre palabras:
 - Mesa - Tenedor - Diccionario
3. Parte del cuerpo que nos permite caminar.
 - Labios - Pelo - Piernas
4. Cuando tengo sed ¿qué hago?
 - Me duermo - Tomo agua - Miro televisión
5. Cuando veo a alguien caerse ¿qué hago?
 - Me río - La ayudó - Perro

Ejercicio 2.2:

Nombre: Fluidez verbal (Adaptado de Egger, 2013).

Tiempo: 20 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se enseñará al sujeto que diga y escriba palabras que empiecen con la letra o sílaba determinada.

Material: Cuadro de letras y palabras.

Letra	Palabra
E	
R	
M	
Ca	
S	
Z	

Ejercicio 2.3:

Nombre: Conociéndonos.

Tiempo: 15 min.

Participantes: Ilimitado.

Desarrollo/ Instrucciones: Se harán parejas dentro del grupo. Y se pedirá que compartan información sobre sus vidas y sobre su última semana. El que escuche tiene que prestar atención a sus comentarios y el que se exprese tiene que ser lo más claro posible. Después se hará de manera viceversa y se compartirá con el resto del grupo lo aprendido.

Material: Ninguno.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Egger, S. (2013). *Protocolo de Tratamiento neuropsicológico a pacientes Adultos Mayores diagnosticados con Deterioro Cognitivo que asisten a Consulta Externa de Adultos del Departamento de Neurociencias del Hospital General San Juan de Dios*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Campus Central. Guatemala.

Méndez, C. (s.f). *Laberintos para trabajar orientación espacial y grafomotricidad*. Recuperado el 15 de noviembre del 2015, de: <http://lectoescrituramendeznunez.blogspot.com/2013/02/laberintos-para-trabajar-orientacion.html>

MS, Entretenimiento Inteligente (2015). *Sudoku*. Recuperado el 11 de noviembre del 2015, de: <http://www.sudokumania.com.ar/juegos/sudoku>

Zúñiga, M. (2010). *10 Excelentes dinámicas para romper el hielo y conocerse*. Recuperado el 11 de noviembre del 2015, de: <http://www.elmejorcompartir.com/2010/05/10-excelentes-dinamicas-para-romper-el.html>