

# Programa de intervención cognoscitivo conductual en la calidad de sueño de cuidadores familiares

## Cognitive-behavioral intervention program concerning the sleep quality of family caregivers

Ángela María Orozco-Gómez.<sup>1</sup>

Vanessa Eustache-Rodríguez.<sup>2</sup>

Lola María Grosso-Torres.<sup>3</sup>

### RESUMEN

El objetivo principal del presente estudio fue diseñar un programa de intervención cognoscitivo conductual para mejorar la calidad del sueño de cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas. El programa y un manual de aplicación fue el resultado final del desarrollo tecnológico en este primer estudio.

Los psicólogos profesionales, los practicantes del área de la Psicología de la Salud y los profesionales de la salud que trabajen en equipos interdisciplinarios y que estén interesados en velar por la calidad de vida de los cuidadores, podrán hacer uso de estos productos. Está conformado por ocho sesiones, formatos de registro y de tareas para la casa. En la primera y la última sesión se sugiere la aplicación de algunas pruebas (pre y postest); en ellas, se emplean: un formato de entrevista estructurada, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, validado en Colombia por Escobar-Córdoba y Eslava-Schmalbach en el 2005, y la Escala Atenas de Insomnio, versión en español validada en México por Nenclares y Jiménez en el 2005, con el fin de realizar una comparación y contemplar las diferencias existentes entre las condiciones de entrada de los pacientes en los diferentes aspectos evaluados y lo que se observa después de aplicado el programa. A partir de la segunda sesión, se plantea el manejo de información sobre el papel del cuidador; el sueño y el compromiso que debe adquirirse para mejorar la calidad del sueño; el entrenamiento en higiene del sueño en técnicas de relajación; la realización de un plan estratégico del descanso y la utilización de reestructuración cognoscitiva. Finalmente el programa propone una etapa de seguimiento, que se plantea en tres momentos, el primero al mes

### ABSTRACT

The purpose of this study was to design a cognitive-behavioral intervention program addressed to improve the sleep quality of chronic diseases patient's family caregivers. The program represents the final proposal of technological development, with the intervention application manual designed for professional psychologists and practitioners in the area of Health Psychology. The program comprises eight sessions, registration forms and homework; in the first and last session the application of a pre-test and post-test is suggested and conducted using: a structured interview format, the Pittsburgh Sleep Quality Index, Colombian Version - validated by Escobar-Córdoba and Eslava-Schmalbach, 2005 and Athens Insomnia Scale, Spanish Version - validated in Mexico by Nenclares and Jimenez, 2005, to make comparisons and appreciate the differences between the conditions of entry of patients evaluated in the different aspects and what is observed after application of the program. Commencing with the second session the information processed is about the role of the caregiver, the sleep and commitment of the caregiver with the need to improve their quality of sleep; a training is implemented in terms of sleep hygiene, relaxation techniques, a strategic plan in the benefit of rest and cognitive restructuring. At the end a three time follow-up phase at one month (in person), six and twelve months by a telephone call. In the original study by Orozco, Eustache y Grosso (2011) the complete program and Manuals are available.

**Key words:** caregivers, health psychology, chronic disease, cognitive behavioral therapy

de manera presencial, el segundo a los seis meses y, el tercero al año, por medio de una llamada telefónica. El seguimiento permitirá conocer el mantenimiento de los resultados después de concluido el programa. En el texto del estudio realizado por Orozco, Eustache y Grosso en el 2011, se presenta el programa y Manual completos.

**Palabras clave:** cuidadores, psicología de la salud, enfermedad crónica, terapia cognoscitivo conductual

Recibido: 2012-02-25; Aprobado: 2012-06-21

1. Psicóloga, candidata a Maestría. Directora Centro de Investigación - Facultad de Psicología Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo Electrónico: amog@famendoro.info
2. Psicóloga, Especialista en Psicología Médica y de la Salud. Psico-oncóloga Servicio de Psico-oncología Pereira, De Jongh y Asociados - Centro Integral de Oncología Dr. De Jongh, Salomón y Asociados. Caracas, Venezuela. Correo electrónico: psic.veustache@gmail.com
3. Psicóloga, Especialista en Psicología Médica y de la Salud. Psicóloga de Salud Pública, ESE Hospital Engativá II Nivel. Bogotá, Colombia

## INTRODUCCIÓN

Los cuidadores y en especial los cuidadores familiares, son un grupo de estudio de interés para la Psicología de la Salud y para las ciencias de la salud. Estos son considerados piezas fundamentales en la evolución, recuperación y afrontamiento de los procesos de los pacientes con enfermedades crónicas. Consecuentemente, deben ser incluidos para el mejoramiento de su calidad de vida, ya que los cambios que se dan al tomar la decisión de ser cuidador familiar genera condiciones que afectan el sistema familiar, social, económico, psicológico y de la salud, lo que crea una necesidad sentida a nivel social e investigativo para la disciplina de la Psicología de la Salud (1). Sin duda alguna, la experiencia de ser cuidador modifica la vida de las personas de manera importante, no sólo por la responsabilidad que implica, sino porque se ve sometido a un estrés permanente debido a que, al dedicar gran parte de su tiempo, motivación y energía de manera diaria, para apoyar y responder a las demandas de su familiar enfermo, ocasiona que las interacciones sociales se afecten, y se perciba falta de soporte social, de apoyo de los sistemas de cuidado de salud, y de actividad y/o de ocio, así como la alteración en la ejecución del trabajo habitual. Por otra parte, la severidad de la enfermedad del paciente cuidado, la cantidad de

cuidados o supervisión requerida y la alteración de la relación cuidador - cuidado, entre otras, hacen que el cuidador olvide identificar y satisfacer sus propias necesidades, mermando progresivamente su autonomía personal con consecuencias físicas y psicológicas que deterioran la calidad de vida (2).

El censo del 2005 reportó que de los colombianos con limitaciones, 43,2 % presenta limitación permanente para ver, 29,5 % dificultades para caminar o moverse, 17,4 % para oír aún con aparatos especiales, 14,9 % para usar brazos y manos, 13,2 % para hablar, 12,3 % para entender o aprender, 10,1 % para relacionarse con los demás y, finalmente, 9,8 % posee limitaciones para autocuidarse (3). Estos resultados, son contrastables con los manejados a nivel mundial, en donde se evidencia que las enfermedades crónicas, que para ese momento, eran la mayor causa de muerte y discapacidad prematura en países desarrollados en vía de desarrollo y en no desarrollados (4). En Colombia, esto se combina con el creciente aumento de la incidencia de enfermedades crónicas, trastornos sensoriales y psicológicos que menoscaban a largo plazo la salud de las personas (5).

Como respuesta a esta situación hecha visible por los datos encontrados, fue promulgado el proyecto de Ley 33 de 2009 (6). En éste se destaca que el 90 % de las personas con alguna limitación generan cierto grado

de dependencia de un cuidador, por lo que amerita el acompañamiento real para sus actividades de la vida diaria. Su cuidado depende entonces de otra persona que puede ser familiar, y que esté capacitado y fortalecido para desempeñar tal rol.

Autores como Pinto, Barrera y Sánchez (7), refuerzan la necesidad de tener en cuenta al binomio cuidador - cuidado, dado que es muy común que en los sistemas de salud, se desconozca e incluso se ignore la función de coterapeuta y la atención paliativa que le brindan al paciente.

En el estudio de Carter (8), se evidencia que los cuidadores, sufren privación del sueño de manera progresiva lo que los afecta emocionalmente, repercutiendo en sus capacidades para continuar como cuidadores.

La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que incluye también un buen funcionamiento diurno y un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas (9). Los estudios realizados hasta el momento, han mostrado que durante el sueño se producen procesos de reparación y restauración, necesarios para la salud física y mental, por lo que éste es necesario para el correcto funcionamiento de los sistemas endocrino, metabólico e inmune (10).

Además, los efectos del sueño sobre el aprendizaje y la memoria son muy llamativos ya que el sueño se encuentra implicado en la consolidación de la memoria de entrenamiento; así, si se permite dormir tras un período de entrenamiento, el sujeto mejora significativamente su rendimiento, mientras que ello no ocurre si el sujeto se mantiene despierto, o si se le deja dormir pero se le interrumpe con cierta frecuencia, lo cual también causa somnolencia y disminución del rendimiento psicomotor, capacidad verbal, capacidad de razonar de forma prudente; sugiriendo que el sueño en sí tiene una función energizante y reparadora (11), lo que permite la funcionalidad cotidiana de toda persona, en especial de los cuidadores familiares y los pacientes.

Algunos estudiosos como McCurry, Logsdon y Teri (12), se han dedicado a realizar estudios con grupos de tratamiento y de control con cuidadores de pacientes con enfermedades de tipo demencial.

En una de sus primeras aproximaciones realizaron una intervención con estrategias cognoscitivo conductuales para el insomnio, donde se incluía educación sobre buenas prácticas de sueño relacionadas con higiene del sueño y recomendaciones en el control de estímulos, así como la capacitación en técnicas de manejo de estrés - relajación y habilidades de manejo de conducta, para la reducción de problemas de comportamiento relacionados con la demencia de la persona a su cuidado. Inicialmente el tratamiento se llevó a cabo en modalidad grupal durante seis semanas; al finalizar, con base en la retroalimentación de los cuidadores, se modificó el plan para sesiones de 4 semanas de duración y contemplar también intervención de tipo individual. En los resultados encontraron que los cuidadores en el grupo de tratamiento, mostraron mejoras significativas postratamiento en la calidad del sueño autoreportada en comparación con los sujetos del grupo control, manteniéndose aún a los tres meses de seguimiento. La evidencia indica entonces que llevar a cabo programas con los cuidadores genera resultados benéficos para la calidad de vida.

En 1998, McCurry, Logsdon, Vitiello y Teri (13), en un estudio similar, pero incorporando el tópico nuevo de educación sobre los recursos comunitarios, confirmaron sus hallazgos anteriores. Adicionalmente, no observaron diferencias significativas entre los grupos con respecto al estado de ánimo del cuidador, la carga del cuidador o los problemas de comportamiento del paciente, lo que sugiere que las mejoras en el sueño no son un artefacto de tratamiento para la depresión. Además se identificó que una mejor respuesta y adherencia al tratamiento tienden a presentarse en los cuidadores más jóvenes. Como sugerencia, refuerzan que las técnicas comportamentales pueden ser una alternativa viable y efectiva, distinta a la farmacoterapia, para los problemas del sueño presentados por los cuidadores de personas en envejecimiento.

La gran mayoría de factores que afectan a los cuidadores familiares no están dentro de su control; sin embargo, los hábitos de sueño son un factor altamente controlable por ellos, por tanto pueden ser modificados los hábitos y las conductas para lograr mejorar la calidad de sueño y por ende la calidad de vida. Con respecto a esto, años después Carter

y Clark (14), manifestaron que las intervenciones para los cuidadores familiares, deben basarse en la orientación para el logro de un sueño reparador, proveyéndoles entrenamiento en técnicas conductuales, que han comprobado ser efectivas para mejorar la calidad del sueño y estar relacionadas con mejoras en la salud física y emocional, es decir, con la calidad del vida del cuidador. El concepto de calidad de vida, entendido como el estado subjetivo deseable de bienestar físico y psicológico para las personas o para las comunidades (15), presupone aspectos como una concepción de vida buena; adicionalmente es un concepto de carácter valorativo con implicaciones normativas y cuyo estudio comprende las áreas de salud, trabajo, vivienda, ocio, renta, seguridad, familia, entorno físicosocial, educación, religión y política (16).

Por lo tanto, la relevancia y pertinencia de desarrollar un programa de intervención psicológica para cuidadores familiares, está sustentada desde la evidencia empírica que señala la importancia de intervenir terapéuticamente, sobre las variables conductuales y cognoscitivas que interactúan en el proceso de formación, apoyo y el manejo de la salud de los cuidadores familiares (17-26), más específicamente en la promoción de una mejor calidad de sueño (27, 28). Al tener en cuenta, que los programas para mejorar la condición de los cuidadores siguen siendo escasos; se considera que la intervención sobre los hábitos de sueño, debe responder en las múltiples áreas que se ven afectadas, para asegurar así una mejora en la calidad del sueño de los cuidadores y mejor atención a los pacientes. La relevancia del diseño del presente programa, radica en la evidencia y las herramientas que puede aportar la Psicología Médica y de la Salud, específicamente en la línea de investigación, relacionada con dolor y calidad de vida, al bienestar de los cuidadores de pacientes que conviven con alguna enfermedad crónica, en un aspecto concreto como lo es la mejora de la calidad del sueño, necesidad sentida de los cuidadores. Por esta razón la propuesta generó una intervención psicológica grupal que es sostenible, permitiendo a los cuidadores familiares participantes en el programa, adquirir conocimientos básicos en cuanto al rol como cuidador y aplicar técnicas conductuales que les permitan mejorar la calidad del sueño y su calidad de vida.

## MÉTODO

### Tipo de investigación

Investigación de desarrollo tecnológico, que tuvo como fin, diseñar un programa de intervención cognoscitivo conductual y de higiene del sueño, para mejorar la calidad de sueño de cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas.

### Instrumentos

Entrevista estructurada; construida por las autoras del proyecto, que incluye preguntas cerradas y algunas preguntas abiertas, para recolección de información de tipo narrativa; proporciona información acerca del participante en cuanto a los datos sociodemográficos, la experiencia como cuidador y los hábitos del sueño. Lo diligencia el terapeuta al realizar la entrevista de manera individual con cada participante; la información obtenida, se utiliza para nutrir el desarrollo de las sesiones y hacer énfasis en aquellos hábitos donde se observe mayor dificultad de los pacientes y por tanto son los que interfieren con mayor frecuencia en el sueño de éstos.

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI): cuestionario que evalúa la calidad de sueño y sus alteraciones durante el último mes. Consta de 19 ítems, sobre una amplia variedad de factores relacionados con la calidad del sueño, tales como la estimación de la duración y latencia del sueño, y la frecuencia y severidad de problemas específicos, relacionados con el sueño. Estos ítems, se agrupan en siete componentes puntuados en una escala de 0 – 3, y son sumados para alcanzar una puntuación global con un rango de 0 - 21. Una puntuación global de más de 5 puntos se ha utilizado para distinguir entre malos (PSQI > 5) y buenos (PSQI < 5) dormidores (29-31). Ha sido validado en Colombia por los profesores Franklin Escobar-Córdoba y Javier Eslava-Schmalbach (31), de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Los resultados mostraron una consistencia interna de Cronbach de 0,78. Se obtuvieron puntuaciones clínicas y estadísticamente diferentes para los sujetos con alguna alteración del sueño (U de Mann Whitney:  $z = -5,635$ ,  $p < 0,001$ ). Los autores

reconocen al instrumento como una versión válida del PSQI, útil para estudiar trastornos del sueño.

Escala Atenas de Insomnio (EAI): instrumento clínico de 8 reactivos, basado en los criterios diagnósticos para el insomnio no orgánico de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10) (32). Los reactivos son respondidos en una escala de 0 a 3, donde 0 significa ausencia de problema y 3 la mayor severidad; la calificación total de la prueba se obtiene de la suma de las calificaciones en cada reactivo, para un máximo de 24. La versión en español, utilizada en esta investigación, se basa en la validación en población mexicana realizada por Nenclares y Jiménez, quienes partieron del artículo original de Soldatos, Dikeos y Paparrigopoulos del 2000 (33).

### Procedimiento

La fase que se presenta para este estudio, se realizó de la siguiente manera:

Etapa 1: Selección de las estrategias psicológicas y de la literatura para el diseño de entrevista estructurada. Se eligieron las estrategias que según la evidencia empírica, han demostrado efectividad del diseño preliminar del programa de intervención cognoscitivo conductual y de la entrevista estructurada.

Etapa 2: Diseño del programa y la entrevista estructurada; selección de los instrumentos para evaluación de la calidad del sueño; corrección de los bosquejos iniciales y elaboración del bosquejo final del diseño del programa de intervención cognoscitivo conductual, incluyendo los siguientes pasos:

1. Delimitación de los temas y subtemas
2. Delimitación de los tiempos a utilizar
3. Selección de las estrategias y recursos a utilizar en cada sesión
4. Diseño de los formatos para el registro de actividades en casa y otros anexos

Etapa 3: elaboración del Manual para los profesionales de Psicología de la Salud, el cual consta de ocho sesiones, una a la semana, con una duración de 2 horas la sesiones 1 y 8, y las sesiones 2 a 7 con una duración de una hora y quince minutos. Para el desarrollo de las sesiones, debe contarse con un

facilitador y un asistente. En el texto original del estudio, en el apartado de resultados, se presenta el Programa y Manual completo en detalle.

### Consideraciones éticas

Se tuvieron en cuenta, la Ley 1090 de 2006 (34) por la cual se reglamentó el ejercicio de la profesión de la psicología, y la Ley 23 de 1982 (35) por la cual se reglamentó el derecho de autor. El presente estudio se llevó a cabo bajo los requerimientos y disposiciones de las leyes antes mencionadas a saber: los profesionales asumen responsabilidad sobre sus actos en el desarrollo del presente producto tecnológico, así como se hizo seguimiento al respeto justo de autoría y propiedad intelectual.

## RESULTADOS

Como resultado se obtuvo el desarrollo tecnológico propuesto, a saber: un Manual de Aplicación del Programa de Intervención Cognoscitivo Conductual para Mejorar la Calidad de Sueño de Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedades Crónicas (36), el cual ha sido diseñado para psicólogos profesionales y practicantes del área de la Psicología de la Salud, como una estrategia dirigida a ofrecer apoyo psicoterapéutico a cuidadores familiares.

### Estructura

El programa de intervención está integrado por ocho sesiones (Anexo), con una duración de 120 minutos para la primera, 105 minutos para la última sesión, y 75 minutos cada una de las sesiones restantes.

A partir de la segunda sesión de entrenamiento y hasta la última, se propone la realización de la intervención cognoscitiva conductual, y en las sesiones debidamente indicadas, se asignan y se revisan las actividades para la casa. Así mismo, los participantes cuentan con un espacio en cada sesión, para expresar dudas o dificultades con respecto a los diferentes temas tratados o técnicas aplicadas.

Por último, se proponen tres momentos para realizar el seguimiento.

Descripción del programa: el programa pretende que los participantes logren lo siguiente:



1. Adquirir conocimientos básicos en cuanto al rol como cuidador
2. Manejar estrategias cognoscitivas conductuales que les permitan mejorar la calidad del sueño.

Los participantes seleccionados para la aplicación del programa deberán cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

1. Ser cuidadores primarios
2. Cuidadores familiares por un mínimo de 6 meses, de un paciente que convive en situación de enfermedad crónica
3. Un rango de edad entre 22 y 50 años
4. Escolaridad superior a quinto grado
5. Habilidad de lectoescritura
6. Asistir de manera regular a una determinada institución para la consulta de su paciente familiar con el especialista
7. Manifestar su interés en participar, luego de recibir información sobre el programa.

Serán criterios de exclusión los siguientes:

1. Estar medicado y/o usando medicamentos para el sueño, antihistamínicos o esteroides o alguna droga que tenga efectos sobre el sueño.
2. Presentar diagnósticos previos de tipo cognoscitivo o psiquiátrico, retardo mental así sea leve
3. Presentar alguna enfermedad médica que tenga comprobación que influye sobre el sueño
4. No haber firmado o negarse a firmar el consentimiento informado.

### Instrumentos

En la aplicación del programa se emplean: un formato de entrevista, dos instrumentos de evaluación, y diversos formatos para el registro de actividades en casa. Los instrumentos son:

- › Entrevista estructurada. Es utilizada en su totalidad en la primera sesión y de manera parcial, en la última sesión del programa

- › Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, Versión Colombiana (ICSP-VC). Este instrumento se aplica en la primera en la última sesión del programa, y en la segunda sesión de seguimiento; con los resultados se harán comparaciones entre grupos y entre individuos que permitan determinar el cambio
- › Escala Atenas de Insomnio (EAI), versión en español. Se aplica en la primera, en la última sesión del programa y en la segunda sesión de seguimiento. Igual, se harán comparaciones entre grupos y entre individuos que permitan determinar el cambio
- › Formatos para el registro de actividades en casa. En su mayoría evalúan el antes y después del progreso de la implementación de las técnicas. Con frecuencia las sesiones del programa, inician y culminan con la revisión de los formatos, y éstos son utilizados para el desarrollo de otras actividades dentro de la sesión o como medida del aprendizaje en las sesiones y la transferencia del aprendizaje al ambiente propio de cada participante.

### Modalidad

La primera sesión se realiza en modalidad individual, dados los objetivos de la entrevista. La última sesión, contempla en una primera parte, modalidad grupal y finaliza con individual; las sesiones restantes se realizan bajo una modalidad grupal.

### Equipo de trabajo

La implementación del programa involucra el trabajo de por lo menos dos profesionales de Psicología de la Salud (terapeuta y coterapeuta), por lo que se debe disponer del siguiente recurso humano debidamente calificado:

Facilitador: quien tendrá bajo su responsabilidad la ejecución misma del programa.

Asistente: colabora con el facilitador en la recolección y análisis de la información a lo largo de la implementación del programa de intervención.

### Contenido del programa

En la primera y la última sesión se realiza la aplicación de pre y postest de los instrumentos; desde

un principio se realiza la firma del consentimiento informado. A partir de la segunda sesión; se favorece la integración al grupo; se plantea el manejo de información sobre el papel del cuidador, el sueño y el compromiso que es necesario adquirir para mejorar la calidad del sueño; se realiza el entrenamiento en higiene del sueño en técnicas de relajación, en parada de pensamiento, la elaboración de un plan estratégico del descanso y la aplicación de reestructuración cognoscitiva; en el cierre del programa se brinda asesoramiento psicológico puntual con sugerencias para solucionar dificultades asociadas a la calidad del sueño y el rol como cuidador. El programa propone tres momentos de seguimiento: al mes de terminada la intervención, a los seis meses de iniciado el programa (sesiones presenciales) y luego al año (encuesta telefónica).

## CONCLUSIONES

Los aportes derivados de este trabajo se dan a nivel de un desarrollo tecnológico de un programa de intervención para mejorar la calidad de sueño de cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas (fase 1).

Se recomienda que se realice revisión de contenidos por jueces idóneos para obtener la validación por jueces expertos, tanto de la entrevista estructurada como del programa de intervención, por lo menos con tres profesionales psicólogos de la salud que aporten sugerencias y con base en ello, realizar los ajustes necesarios.

Una vez culminada la segunda fase, realizar una tercera, donde se lleve a cabo una prueba piloto del programa en función de los resultados de ésta última, dar inicio a nuevas investigaciones metodológicamente rigurosas con grupos de tratamiento y control con cuidadores familiares, que determinen la efectividad de la intervención cognoscitivo conductual.

Para la medición pre y post, se sugiere el uso de sólo una de las escalas de sueño, en el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, el cual ha sido validado en Colombia, ya que la escala de Atenas aporta información similar a la escala de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, especialmente si se va a implementar en el área asistencial, ya que

la aplicación de los dos instrumentos, puede ser agotador para los participantes.

Otra recomendación es diseñar una Cartilla Guía completa para los cuidadores familiares, donde se incluya la programación de las sesiones, con los respectivos requerimientos para el desarrollo de las mismas (materiales, recursos, metodología de las sesiones, instrucciones y recomendaciones, entre otras) y un resumen de la información, de cada una de las sesiones del programa, lo cual puede ser de gran utilidad para los participantes.

De este modo puede concluirse que es conveniente generar nuevas líneas de investigación y programas de promoción, prevención e intervención que permitan mejorar la salud física y psicológica de los cuidadores familiares. Así mismo, se sugiere la creación de un grupo de apoyo conformado por participantes en el programa, que trascienda más allá de la intervención; esto, atendiendo lo relacionado con su calidad del sueño y su impacto en la calidad de vida, tanto del cuidador como del ser querido, objeto de cuidado, que convive con la enfermedad crónica.

Finalmente, se considera importante la creación de una metodología de evaluación más precisa al terminar cada sesión, con el fin de permitir identificar los avances de los participantes, realizar una clasificación en diferentes grupos según la severidad del trastorno o de ser necesario, realizar el seguimiento o remisión en los casos que se considere necesario.

De igual forma, se sugiere prestar atención durante los procesos de evaluación e inclusión de los participantes, para que en el caso de encontrarse otras problemáticas que puedan mantener las alteraciones del sueño, puedan ser remitidas y tratadas de forma adecuada.

## AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a la Dra. Gloria María Berrío-Acosta, quién supo orientar nuestros pasos en los primeros meses del proyecto entre septiembre 2010 y enero 2011.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berrío G, Buitrago L, Gutiérrez J, Hernández P. Producción científica relacionada con cuidadores primarios

- de pacientes con enfermedades crónicas durante el periodo 2005-2009 [Trabajo de grado]. Bogotá: Facultad de Psicología Universidad El Bosque. 2011.
2. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Salud Pública*. 2006; 8(2): 141-152.
  3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo 2005. Colombia: DANE; 2005 [en línea]. Disponible en: <<http://www.dane.gov.co/censo/>>. Consultado el 5 de noviembre de 2010.
  4. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [en línea]. Disponible en: <<http://www.who.org>>. Consultado el 12 de mayo de 2010.
  5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Francia: Organización Mundial de la Salud; 2010 [en línea]. Disponible en: <[http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf)>. Consultado el 10 de noviembre de 2010.
  6. Pinto Y. Proyecto de Ley No. 033 de 2009. Bogotá: Gobierno de Bogotá; 2009 [en línea]. Disponible en: <<http://www.gobiernobogota.gov.co/index2.php>>. Consultado el 20 de enero de 2009.
  7. Pinto N, Barrera L, Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". *Revista Aquichan*. 2005 octubre; 5(1): 128-137 [en línea]. Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74150113.pdf>>. Consultado el 31 de agosto de 2010.
  8. Carter P. Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncology Nursing Forum*. 2002; 29(9): 1277-1283 [en línea]. Disponible en: Base de datos Academic Search Complete. Consultado el 15 de septiembre de 2010.
  9. Sierra J, Jiménez-Navarro C, Martín-Ortiz J. Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*. 2002; 25(6) [en línea]. Disponible en: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/samo26e.pdf>>. Consultado el 9 de febrero de 2011.
  10. Hernández C, Ristol J, Estivill E, Batista J, López M. Importancia de la nocturia y su impacto en la calidad del sueño y en la calidad de vida en el paciente con hiperplasia benigna de próstata. *Actas Urológicas Españolas* 2007; 31(3) [en línea]. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S021048062007000300010&lng=en&nrm=iso&tln g=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S021048062007000300010&lng=en&nrm=iso&tln g=en)>. Consultado el 29 de enero de 2011.
  11. Santamaría J. Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. *Med Clin*. 2003; 120(19): 750-5 [en línea]. Disponible en: <<http://www.elsevier.es>>. Consultado el 9 de febrero de 2011.
  12. McCurry S, Logsdon R, Teri L. Behavioral treatment of sleep disturbance in elderly dementia caregivers. *Clinical Gerontologist*. 1996; 17(2): 35-50.
  13. McCurry S, Logsdon R, Vitiello M, Teri L. Successful behavioral treatment for reported sleep problems in elderly caregivers of dementia patients: a controlled study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53B(2): 122-129 [en línea]. Disponible en: <<http://psychosocgerontology.oxfordjournals.org/content/53B/2/P122.short>>. Consultado el 7 de junio de 2011.
  14. Carter P, Clark A. Assessing and treating sleep problem in family caregivers of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse* 2005; 25(1): 16-25 [en línea]. Disponible en: base de datos Academic Search Complete. Consultado el 15 de septiembre de 2010.
  15. Miró E, Cano-Lozano M, Buena-Casal G. Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología* 2005; 14: 11-27 [en línea]. Disponible en: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view-File/1215/1766>>. Consultado el 28 de agosto de 2010.
  16. Boladeras M, Escobar J, Maldonado C, Delgado C, Castro M, Pfizenmaier W et al. Bioética y calidad de vida. Bogotá: Ediciones El Bosque. 2000.
  17. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *JAGS* 2003; 51(5): 1-8 [en línea]. Disponible en: base de datos Academic Search Complete. Consultado el 12 de mayo de 2011.
  18. Ostwald S, Hepburn K, Caron W, Burns T, Mantell R. Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 1999. 39(3): 299-309.
  19. Hepburn K, Tornatore J, Centre B, Ostwald S. Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001. 49(4): 450-457.
  20. Sorensen S, Pinquart M, Habibi, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*. 2002 42(3): 356-372.
  21. Hébert R, Lévesque L, Vézina J, Lavoie J, Ducharme F, Gendron C et. al. Efficacy of a psychoeducative group intervention program for caregivers of a demented persons living at home: A randomized controlled trial.



- Journal of Gerontology, Social Sciences. 2003. 58B(1): S58-S67.
22. Akkerman R, Ostwald S. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: The effectiveness of nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 2004. 19(2): 117-123.
  23. Ducharme F, Lévesque L, Giroux F, Lachance L. Follow up of an intervention program for caregivers of a relative with dementia living in a long term care setting: Are there any persistent and delayed effects? *Aging and mental health*, 2005. 9(5): 461-469.
  24. Hudson P, Aranda S, Hayman-White K. A psycho-educational intervention for family caregivers of patients receiving palliative care: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005. 30(4): 329-341.
  25. Gonyea J, O'Connor M, Boyle P. Project CARE: A randomized controlled trial of a behavioral intervention group for Alzheimer's disease caregivers. *The Gerontologist*. 2006. 46(6): 827-832.
  26. Mei Chan S, O'Connor D. Finding a voice: the experiences of Chinese family members participating in family support groups. *Social Work with Groups*. 2008. 31(2).
  27. Wei-Chung Chang E, Ying-Ying T, Tsai-Wang Ch, Chao-Jung T. Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology* 2007; 16: 950-955 [en línea]. Disponible en: base de datos Academic Search Complete. Consultado el 31 de agosto de 2010.
  28. Rowe M, Kairalla J, McCrae C. Sleep in dementia caregivers and effect of nighttime monitoring system. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42(3): 338-347 [en línea]. Disponible en: Base de datos Academic Search Complete. Consultado el 15 de septiembre de 2010.
  29. University of Pittsburgh. Pittsburgh: Sleep Medicine Institute, De Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*; 1989; 28: 193-213 [en línea]. Disponible en: <<http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?fltype=doc&fIID=1296>>. Consultado el 16 de octubre de 2010.
  30. Backhaus J, Junghanns K, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53(3): 737-40 [en línea]. Disponible en: base de datos Academic Search Complete. Consultado el 15 de octubre de 2010.
  31. Escobar-Cordoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. *Rev. Neurol* 2005; 40 (3) 150-155 [en línea]. Disponible en: <<http://www.neurologia.com/pdf/Web/4003/so3o150.pdf>>. Consultado el 17 de octubre de 2010.
  32. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992 [en línea]. Disponible en: <[http://www.capitaleemocional.com/Textos\\_Psico/Clasificaci%F3n\\_de\\_trastornos\\_mentales\\_CIE\\_10.pdf](http://www.capitaleemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf)>. Consultado el 16 de mayo de 2010.
  33. Nenclares A, Jiménez A. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de insomnio. *Salud Mental* 2005; 28(5): 34-39 [en línea]. Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252805.pdf>>. Consultado el 16 de Octubre de 2010.
  34. Congreso de Colombia. Ley 1090 del 6 de Septiembre de 2006. Bogotá: Congreso de Colombia; 2006 [en línea]. Disponible en: <<http://www.colpsic.info/resources/Ley1090-06.pdf>>. Consultado el 5 de noviembre de 2010.
  35. Dirección Nacional de Derechos de Autor. Ley 23 de 1982. Bogotá: Dirección Nacional de Derechos de Autor; 1982 [en línea]. Disponible en: <<http://www.cerlalc.org/documentos/colo23.htm>>. Consultado el 15 de noviembre de 2010.
  36. Orozco A, Eustache V, Grosso L. Programa de intervención cognoscitivo conductual en la calidad de sueño de cuidadores familiares. [Trabajo de grado]. Bogotá: Facultad de Psicología Universidad El Bosque. 2011.

## ANEXO

Programa de intervención: denominación del programa, temática, objetivos y tiempo total por sesión

| Denominación:    | ¡Me comprometo a mejorar mi Calidad del Sueño!   |
|------------------|--|
| <b>Sesión 1.</b> | <b>Introducción al programa, entrevista y aplicación de pretest</b>  |
| Objetivos:       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer los beneficios de un programa de intervención psicológica para mejorar la calidad del sueño</li> <li>2. Identificar las características de la calidad de sueño de cuidadores familiares, participantes en el programa de intervención</li> </ol>  |
| Tiempo:          | 2 horas (120 minutos)  |
| <b>Sesión 2.</b> | <b>Información sobre el papel del cuidador y el sueño</b>  |
| Objetivos:       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Facilitar la integración del grupo que participará en el programa</li> <li>2. Identificar las expectativas que se tiene con respecto al rol de cuidador</li> <li>3. Obtener información básica relacionada con respecto al rol de cuidador y el sueño</li> </ol>   |
| Tiempo:          | 75 minutos   |
| <b>Sesión 3.</b> | <b>Compromiso del cuidador con el mejorar su calidad del sueño</b>   |
| Objetivos:       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivar a los participantes, en el establecimiento de compromisos relacionados con higiene del sueño, en términos de alcanzar por lo menos 4 metas para mejorar su calidad del sueño</li> </ol>  |
| Tiempo:          | 75 minutos   |
| <b>Sesión 4.</b> | <b>Higiene del sueño y parada del pensamiento</b>  |
| Objetivos:       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instruir en control de estímulos e higiene del sueño a los cuidadores familiares</li> <li>2. Aprender la aplicación de la técnica de parada de pensamiento a los cuidadores familiares</li> </ol>  |
| Tiempo:          | 75 minutos   |
| <b>Sesión 5.</b> | <b>Entrenamiento en técnicas de relajación</b>   |
| Objetivos:       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrenar a los participantes en técnicas de relajación</li> <li>2. Entrenar a los participantes en técnicas de creación de ambientes relajantes</li> <li>3. Manejar un adecuado control voluntario de la respiración que le permita relajarse</li> <li>4. Manejar un adecuado control voluntario de la musculatura que le permita relajarse</li> <li>5. Adquirir correctamente la técnica de relajación por imaginación o visualización</li> </ol> |
| Tiempo:          | 75 minutos   |
| <b>Sesión 6.</b> | <b>Plan estratégico en pro del descanso</b>  |
| Objetivos:       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover el establecimiento del plan de acción, por parte de los cuidadores familiares</li> <li>2. Reforzar los ejercicios de relajación y visualización para inducir el sueño</li> </ol>  |
| Tiempo:          | 75 minutos   |
| <b>Sesión 7.</b> | <b>Reestructuración cognoscitiva</b>   |
| Objetivos:       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los pensamientos distorsionados que no favorecen la conciliación del sueño y/o que generan despertares nocturnos en los cuidadores familiares</li> <li>2. Entrenar a los participantes por medio de reestructuración cognoscitiva, para evitar los pensamientos que no favorecen la conciliación del sueño y/o que generan despertares nocturnos</li> </ol>  |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Denominación:         | ¡Me comprometo a mejorar mi Calidad del Sueño!  |
| Tiempo:               | 75 minutos  |
| <b>Sesión 8.</b>      | <b>Posttest, retroalimentación, asesoría y cierre del programa</b>  |
| Objetivos:            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los cambios obtenidos como consecuencia de la aplicación de las técnicas enseñadas en el programa</li> <li>2. Brindar asesoramiento psicológico puntual, con sugerencias para solucionar dificultades asociadas a la calidad del sueño y el rol como cuidador</li> <li>3. Evaluar el programa, por parte de los participantes</li> </ol>                            |
| Tiempo:               | hasta 1 hora y 45 minutos (105 minutos)   |
| <b>Seguimiento 1.</b> | Seguimiento al mes de finalizado el programa  |
| Objetivos:            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los pensamientos que tienen los participantes, sobre el rol de cuidador familiar y el apoyo que debería recibir el mismo</li> <li>2. Evidenciar las posibles dificultades que se han presentado durante la aplicación de las técnicas en casa</li> <li>3. Brindar estrategias para superar las dificultades encontradas en la aplicación de las técnicas</li> </ol> |
| Tiempo:               | 45 minutos  |
| <b>Seguimiento 2.</b> | Seguimiento a los 6 meses de iniciado el programa   |
| Objetivos:            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar la tercera aplicación de los instrumentos</li> <li>2. Proporcionar estrategias a los participantes para evitar recaídas</li> </ol>   |
| Tiempo:               | 45 minutos  |
| <b>Seguimiento 3.</b> | Seguimiento telefónico al año de finalizado el programa   |
| Objetivos:            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar el mantenimiento en la aplicación de las técnicas enseñadas en el programa</li> </ol>   |
| Tiempo:               | Aproximadamente 15 minutos  |