



# UADY

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN INTEGRATIVA:  
NEUROFEEDBACK Y PSICOTERAPIA EN  
INSOMNIO POR ANSIEDAD EN ADULTA MAYOR**

## **TESIS**

PRESENTADA POR

**ANDREA DESIRE DÍAZ PACHECO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA  
EN EL ÁREA DE CLÍNICA PARA ADULTOS

DIRECTORA DE TESIS

**DRA. ERÉNDIRA ESTRELLA VÁZQUEZ VARGAS**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2020

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 926114 durante el periodo agosto 2018 – julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

## **Agradecimientos**

A mis padres y hermanito, porque siempre me han apoyado y han creído en mí. Me han dado la confianza y el impulso necesario para crecer. Gracias por todas sus enseñanzas de vida y por ser un ejemplo para mí, todos los días. Gracias por todo, los amo.

A David, por ser el mejor compañero de vida, por siempre creer en mí, apoyarme en mis decisiones y sentirse orgulloso de mis logros. Por acompañarme en esta etapa de mi vida, llena de aprendizajes y crecimiento. Por ser auténtico y por hacerme reír sin importar nada. Te amo.

A mis profesores de maestría, gracias por compartir tanto, por enseñarme en estos dos años más que cualquier otro maestro, por ser guías en este proceso y por ayudarme a cumplir mis metas y objetivos.

A mi directora de tesis, Dra. Estrella Vázquez Vargas, por su apoyo y por todos los conocimientos que me brindó en todo este proceso y por su apoyo en las distintas fases de la tesis. Al resto de mi comité integrado por: Mtro. Ricardo Castillo, Dra. Sally Vanegas y el Dr. Jesús Moo, agradezco su paciencia y las observaciones al trabajo de tesis a lo largo del periodo de su elaboración.

A la familia Mora Cortés, por abrirme las puertas de su casa y de su familia desde el principio, por confiar en mi conocimiento, por echarme porras y brindarme su apoyo siempre.

A mis amigas Julieta, Carla y Heidi, quienes siempre están felices y orgullosas por mis logros, por compartir enseñanzas de vida y momentos de mucha risa, por caminar a mi lado siempre.

A mi colega Ramsés, por su tiempo y paciencia para compartir su conocimiento.

Por último, gracias a Martha y a su familia, por creer en mí y en el tratamiento, por comprometerse, por su constancia y dedicación. Sin usted este proyecto no hubiera sido posible.

*Les agradezco y les dedico este trabajo.*

## Índice

Resumen .....	10
Capítulo 1. Introducción .....	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.1.1 Justificación .....	15
1.2 ANTECEDENTES TEÓRICOS .....	16
1.2.1 Adulto Mayor .....	16
1.2.2 Envejecimiento y Envejecimiento Activo .....	16
1.2.3 ¿Qué es el sueño? .....	18
1.2.4 Sueño saludable y consecuencias por falta de sueño.....	19
1.2.5 Trastornos del sueño.....	21
1.2.5.1 Insomnio .....	21
1.2.5.2 Trastorno del despertar del sueño REM .....	23
1.2.5.3 Trastorno del sueño del Ritmo Circadiano Sueño-Vigilia.....	24
1.2.5.4 Síndrome de Piernas Inquietas .....	25
1.2.5.5 Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos.....	26
1.2.5.6 Trastorno del sueño especificado .....	31
1.2.5.8 Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).....	32
1.2.5.9 Apnea Central del Sueño .....	33
1.2.5.10 Narcolepsia .....	34
1.2.6 Ansiedad .....	34
1.2.6.1. Trastorno de ansiedad por separación .....	35
1.2.6.2. Mutismo Selectivo.....	35

1.2.6.3. Fobia Específica .....	35
1.2.6.4. Trastorno de ansiedad social (fobia social) .....	36
1.2.6.5. Trastorno de pánico .....	36
1.2.6.6. Agorafobia .....	36
1.2.6.7. Trastorno de ansiedad generalizada.....	37
1.2.6.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos .....	37
1.2.6.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.....	38
1.2.6.10 Otro trastorno de ansiedad especificado .....	38
1.2.6.11 Otro trastorno de ansiedad no especificado.....	38
1.2.7 Tratamiento Psicológico .....	42
1.2.8 Teoría de Reparación de Vínculo de Melanie Klein .....	42
1.2.9 Enfoque Integrativo .....	44
1.2.10 Higiene del Sueño.....	48
1.2.11 Neurofeedback.....	49
1.2.12 Estudio de Caso .....	53
1.2.13 Etapas del ciclo vital.....	53
1.2.13.1 Características de la etapa de la vejez .....	53
Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del problema .....	54
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO Y PARTICIPANTES .....	55
2.1.1 Motivo de consulta .....	56
2.1.2 Conceptualización del caso .....	56
2.1.3 Objetivo General.....	56
2.1.4 Objetivos Específicos .....	57

2.1.5 Definición de términos .....	57
2.2 INSTRUMENTOS, TÉCNICAS Y/O ESTRATEGIAS UTILIZADAS .....	58
2.2.1 Instrumentos .....	58
2.2.2 Técnicas .....	61
2.3 PROCEDIMIENTO .....	66
2.4 INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA .....	67
Capítulo 3. Programa de intervención .....	68
3.1 INTRODUCCIÓN .....	68
3.2 OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN.....	69
3.2.1 Objetivo General.....	69
3.2.2. Objetivos específicos .....	69
3.3 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN .....	69
3.3.1 Diseño del programa de intervención psicoterapéutica.....	70
3.3.2 Fases de Intervención Psicoterapéutica .....	71
3.3.3.1 Diseño de Intervención de Neurofeedback.....	74
3.3.3.2 Objetivo general .....	76
3.3.3.3 Objetivos específicos .....	76
3.3.3.4 Fases de Intervención Psicoterapéutica .....	76
Capítulo 4. Resultados.....	82
4.1. EVALUACIÓN DEL PROCESO Y EFECTOS.....	82
4.1.1 Historia Clínica.....	82
4.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS .....	88
4.2.1 Índice de Gravedad de Insomnio (ISI). .....	88

4.2.2 Cuestionario de Insomnio.....	88
4.2.3 Escala de Somnolencia de Epworth (ESS).....	89
4.2.4 Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI).....	89
4.2.5 Escala de Ansiedad de Hamilton.....	91
4.3 SESIONES.....	92
4.3.1 Sesiones de psicoterapia.....	92
4.3.2 Sesiones de Neurofeedback.....	124
Capítulo 5. Discusión y conclusiones.....	132
5.1 DISCUSIÓN.....	132
5.2 CONCLUSIONES.....	139
5.3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	140
Referencias.....	142
Apéndices.....	157



## **Resumen**

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad el diseño, implementación y evaluación de un tratamiento psicoterapéutico y neurofisiológico, en una paciente adulta mayor. La metodología implementada fue un estudio de caso con el objetivo de realizar un análisis profundo de las variables psicológicas y neurofisiológico de la paciente, así como los cambios logrados a lo largo del mismo.

La intervención psicoterapéutica se diseñó bajo el enfoque Integrativo con el modelo Teórico-Técnico que fungió como base para el diagnóstico y establecimiento de metas terapéuticas. Las técnicas empleadas fueron tanto psicoanalíticas como cognitivo-conductuales.

Por otro lado, la intervención psicoterapéutica fue acompañada de la técnica de neurofeedback, que ofrece la ventaja de ser una técnica no invasiva y que no presenta efectos secundarios.

La finalidad de este tratamiento fue el de conocer el registro de ondas cerebrales, sus efectos y la modificación voluntaria para el aumento de la capacidad de regulación de ansiedad e inducción al sueño.

El caso clínico fue de una mujer que asistió a recibir ayuda en el laboratorio de sueño debido a que presenta sintomatología de ansiedad e insomnio a causa del cuidado de su madre con demencia. Esto propició que el tratamiento estuviera enfocado en la disminución de la ansiedad e insomnio debido a que estos síntomas generaban un mayor desgaste físico y emocional en la paciente, siendo factores que pueden dificultar el cuidado de su madre con demencia y comprometer su calidad de vida.

Trabajar con la ansiedad y el insomnio era fundamental debido a que la calidad de vida de la paciente podía verse afectada generando otro tipo de patologías.

La ansiedad y el insomnio fueron evaluados a través de los instrumentos de Ansiedad de Hamilton, Índice de Gravedad de Insomnio, Escala de Somnolencia Diurna de Epworth, Cuestionario de Insomnio, Cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh y el cuestionario de Creencias y Actitudes Disfuncionales del sueño y la técnica de Neurofeedback, con una técnica pre-test, mid-test y post-test.

Durante el tratamiento se realizaron 18 sesiones de psicoterapia integrativa y 16 sesiones de Neurofeedback, estimulando ondas Teta y reduciendo ondas Alfa, también, se abordaron temas relativos a las expectativas del paciente sobre sus relaciones objetales, lo cual fue altamente significativo. En cuanto a la ansiedad y el insomnio, los resultados obtenidos del Índice de Gravedad de Insomnio (ISI) fueron: Pre-test (17 puntos) y Post-test (3 puntos) y en la Escala de Ansiedad de Hamilton fueron: Pre-test (50 puntos) y Post-test (4 puntos) por lo que se trabajó el reconocimiento y expresión de emociones que la propiciaban y los efectos negativos al no tener una correcta higiene del sueño y las consecuencias de no dormir por la noche.

Se concluye que el proceso de intervención psicoterapéutico y neurofisiológico generó cambios notables en la ansiedad y el insomnio, obteniendo una calificación post-test que resultó favorecida por una reducción en el puntaje, cuyo significado se relaciona con una disminución de ansiedad e insomnio, lo cual favoreció su calidad de vida.

## Capítulo 1. Introducción

La dificultad para conciliar el sueño algunas veces es más alarmante que otros padecimientos para el adulto mayor, generando en muchas ocasiones ansiedad. La problemática a nivel fisiológico posiblemente sea el resultado de un problema psicológico acumulado a lo largo de la vida.

Tener un sueño restaurador a medida que se envejece es imprescindible para que el organismo pueda desempeñar sus funciones apropiadamente. Es por esto que es necesaria una atención a las diversas afectaciones del entorno del adulto mayor.

El envejecimiento se puede definir como un proceso continuo, irreversible, heterogéneo y universal, influido por múltiples factores determinantes del contexto genético, social e histórico del desarrollo humano y que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. (Alvarado García, A. M., Maya, S., & María, Á. 2014).

Entre las afecciones asociadas con el envejecimiento se encuentran la disminución de audición, cataratas, dolores musculares, osteoartritis, neuropatías, diabetes, hipertensión, incontinencias, depresión, demencia y entre lo más común, trastornos del sueño. Actualmente existen 125 millones de personas en el mundo con un rango de edad entre 80 o más. (OMS, 2018).

Como tratamiento no farmacológico se utilizó la Terapia Cognitivo-Conductual con personas mayores de 65 años, diagnosticadas con insomnio con el objetivo de mejorar la calidad del sueño y disminuir la dosis de fármacos hipnóticos, en un periodo de 3-6 meses.

## 1.1 Planteamiento del problema

Los adultos mayores son una parte de la población en aumento y se hace importante abordar sus problemáticas; alguno de estas problemáticas son el insomnio y la ansiedad generada en esta etapa de su vida, que de no ser abordadas o trabajadas pueden originar un desequilibrio orgánico, psicológico y social en su vida.

La ansiedad, según Cano (2013), es una emoción producida de una perspectiva negativa que se otorga a un evento formando temor y activando la conducta motora. La ansiedad en el adulto mayor se puede generar por diversas situaciones notables, como la pérdida, peligro o amenaza, como he mencionado antes, estas reacciones presentan diversos cambios cognitivos, conductuales y fisiológicos los cuales funcionan como conductas adaptativas ante la situación que vive la persona.

La ansiedad en los adultos mayores como patología no ha sido investigada a profundidad, lo cual no deja de ser asombroso ya que es tan común como otras psicopatologías (Cabrera & Montorio, 2009).

En lo que se refiere al insomnio en la tercera edad, es considerado un problema molesto debido a que los patrones de sueño cambian, generando dificultad para conciliar el sueño y despertando varias veces durante la noche. Se espera que la mayoría de las personas en esta etapa duerman entre 6 y 7 horas por noche, sin embargo, al no suceder esto les genera ansiedad, afectando su calidad de vida (NIH, 2018).

Según estudios recientes mencionan que las anomalías producidas por las alteraciones del sueño pueden ser estudiadas y tratadas de manera no invasiva con la técnica de Neurofeedback, produciendo una mejoría en la conciliación del sueño de los adultos mayores y así reducir síntomas de los trastornos del sueño, con la finalidad de optimizar

protocolos de atención hacia este problema (Marzbani, H., Marateb, H. R., & Mansourian, M., 2016).

Actualmente existen pocas investigaciones sobre cómo mejorar las alteraciones del sueño utilizando la técnica de Neurofeedback, por lo cual se decidió realizar este estudio sobre el tema, ya que se considera que las personas podrían ser beneficiados desde el punto de vista del enfoque cognitivo- conductual y así mismo mejorar la calidad de vida. (Marzbani, H., et. al., 2016).

Partiendo desde un enfoque integrativo en donde se trabajó la terapia cognitivo-conductual y el psicoanálisis se pueden encontrar evidencias de que el realizar intervención de terapia cognitivo- conductual de manera individual reporta una mejoría en la duración total, latencia y eficiencia del sueño después de 3 meses de recibir psicoterapia (Koychev & Okai, 2017). Por otro lado, la terapia psicoanalítica ha demostrado ser eficiente para el tratamiento de pacientes desde una perspectiva positiva sobre la vejez, con la idea de que cualquier persona puede cambiar si lo desea. Mediante la autoexploración la persona descubre las necesidades que motivan su padecimiento de ansiedad y ayuda a mejorar su calidad de vida (Hernández, Z., 2005).

Por lo tanto, es importante proporcionar a los adultos mayores apoyo psicológico y neurofisiológico por medio de una intervención clínica enfocada en la reducción de la sintomatología.

El presente trabajo pretende responder y aportar información a la comunidad científica con relación al análisis sobre en qué medida el uso del enfoque integrativo logra una mejoría en el insomnio y la ansiedad mediante la utilización del protocolo de insomnio con la técnica Neurofeedback y técnicas Cognitivo-Conductuales para reducir la ansiedad y

la dificultad para iniciar el sueño, así como también el uso de la psicoterapia Psicoanalítica para trabajar la reparación de vínculo en una persona de la tercera edad.

### 1.1.1 Justificación

Existen pocos datos epidemiológicos en México en relación a trastornos del sueño y ansiedad en la tercera edad, sin embargo, en estudios recientes se menciona que el 30% de la población nacional presenta algún padecimiento relacionado al sueño (Collado- Ortiz, Sánchez-Escandón, Almanza-Islas, Arch - Tirado & Arana - Lechuga, 2016).

De forma semejante, las prevalencias de los trastornos de ansiedad en adultos mayores oscilan entre .1 y 17.2% en la población global. Se estima que el trastorno de ansiedad es más frecuente en mujeres adulto mayor debido a su rol social y al estrés (Cisneros & Ausín, 2019).

De esta forma, se pretende que los resultados arrojados por la investigación ofrezcan orientaciones y prácticas eficaces a la comunidad científica que estudia y trata a los adultos mayores en relación a los trastornos del sueño y la ansiedad.

Las conclusiones definidas a partir de esta investigación son trascendentales para la sociedad al beneficiar el conocimiento de personas que presentan insomnio y ansiedad y así, responder ante una necesidad actual manifiesta en evaluaciones y organismos nacionales e internacionales.

Se pretende aportar recomendaciones para mejorar la calidad del sueño y reducir la ansiedad de los adultos mayores y así mismo, el análisis de datos recolectados podría contribuir con propuestas o guías para la mejora de práctica clínica.

La investigación fue viable ya que se tiene acceso a comunidades de adultos mayores y a un laboratorio del sueño en el centro universitario en donde se efectuará la parte práctica. De igual manera, es posible obtener la autorización de las autoridades, profesores y miembros de la asociación para realizar el estudio.

## **1.2 Antecedentes teóricos**

### ***1.2.1 Adulto Mayor***

En México, se considera Adulto Mayor a una persona que tiene más de 60 años. Según la OMS (2018), menciona que entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. También, para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años y en 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

La Organización de la Naciones Unidas (2015), sugiere en su informe anual que la población mundial está percibiendo un aumento en el número y proporción de personas mayores.

Del mismo modo, la perspectiva del ciclo vital refiere que la adultez mayor es una etapa que no implica una ruptura en el desarrollo, ni es un periodo terminal, únicamente es un proceso de envejecimiento que se presenta en todos los seres humanos (Aranibar, P., 2001).

### ***1.2.2 Envejecimiento y Envejecimiento Activo***

En lo que se refiere a envejecimiento, es una etapa del desarrollo del ser humano en el que los cambios biológicos afectan a diferentes funciones del organismo. Estos cambios

producen una disminución progresiva de las capacidades físicas y psíquicas para responder apropiadamente a factores estresantes internos y externos, independientemente de procesos patológicos. (Dulcey-Ruiz, 2015)

Por otro lado, el Instituto Nacional de Geriátrica de México (2017), define al envejecimiento humano como:

*“Un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.”*

La ONU (2015), registra como factores del envejecimiento mundial de la población al aumento de migración a nivel internacional, la reducción de la fertilidad y el incremento de longevidad.

De forma semejante hay que mencionar que el envejecer ya no es sinónimo de deterioro, sino del inicio de unos nuevos años de vida que pueden estar repletos de actividades, retos y nuevas experiencias. En efecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005) define el envejecimiento activo se defina como el proceso para la optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, e incrementar así la calidad de vida de las personas de edad.

Las actividades protectoras de la enfermedad y promotoras de un envejecimiento activo son la actividad cognitiva, las relaciones interpersonales, el pensamiento y la actitud positiva, los estilos de afrontamiento ante el estrés, la resiliencia, la percepción del control y



de la autoeficacia para envejecer. Todas estas formas de conducta son predictoras de longevidad (Reyes Torres, I. y Castillo Herrera, J.A., (2011).

Por otra parte, uno de los cambios más significativos que ocurren en la vida de los adultos mayores es la alteración del sueño, debido a que la cantidad de horas destinadas para dormir se reducen y la calidad del sueño se ve perjudicada, por lo que les genera más trabajo el iniciar el sueño y el dormir se vuelve intermitente en la madrugada (Gómez, 2011).

### ***1.2.3 ¿Qué es el sueño?***

Según Lira y Custodio (2018), el sueño se considera como un proceso fisiológico de vital importancia para la salud de los seres humanos. Dentro de las funciones del sueño está el promover un buen proceso de adaptación, recuperación de energía, liberación de hormonas anabólicas, disminuye los niveles de adrenalina que surgen durante la vigilia, regula la presión arterial, el ritmo cardíaco y la circulación. Sin olvidar, que mejora la atención y la memoria a corto plazo (Tello-Rodríguez, Alarcón y Vizcarra-Escobar, 2019).

Como se cita en Fernández-Guzmán, Delgado & Castellanos, (2018) durante el sueño NREM se presentan diferentes etapas:

La etapa I, se caracteriza por presentar somnolencia, aún hay tono muscular y hay movimientos oculares muy lentos.

La etapa II y III, se consideran como fases de sueño ligero que se caracterizan por una disminución del ritmo en ondas cerebrales, también continúa habiendo tono muscular y poco movimiento ocular, también, se considera como la fase de mayor profundidad del sueño y se diferencia de las etapas anteriores al tener bajo tono muscular y se caracteriza por presentar sonambulismo o terrores nocturnos.

El sueño normal de una persona sana se divide en sueño REM (rapid eye movement) y en sueño No REM (NREM), los cuales ambos se reproducen en intervalos de 90 a 120 minutos. (Avidan & Barkoukis, 2012)

Como se cita en (Purves, et. al, 2016) el sueño NREM se caracteriza por presentarse en la primera fase del sueño en la cual el movimiento de los ojos es lento debido a que las ondas cerebrales son lentas y con ausencia de coordinación. Sin embargo, a diferencia del sueño NREM, el sueño REM se caracteriza por presentarse en las últimas fases del sueño en las cuales los movimientos de los ojos son rápidos al igual que las ondas cerebrales. (Aguilar-Mendoza et al., 2017)

Se estima que el sueño del adulto mayor deberá de ser de 7-8 horas diariamente. (Merino-Andreu M, Álvarez-Ruíz de Larrinaga A, Madrid-Pérez JA, Martínez-Martínez MA, Puertas- Cuesta FJ, Asencio-Guerra AJ, et al., 2016)

#### ***1.2.4 Sueño saludable y consecuencias por falta de sueño***

El dormir le da al cuerpo y al cerebro tiempo para recuperarse del estrés de día. Después de una buena noche de sueño, hay una mejora en el desempeño y en toma de decisiones. Dormir, ayuda al estado de alerta, mejora el estado anímico y combatir enfermedades (Drake CL y Wright KP., 2017).

Al dormir, el cerebro se mantiene activo durante el sueño, sin embargo, ciertas etapas son vitales ya que ayudan a mantener un buen estado de salud y permiten que el cuerpo funcione de manera óptima (NIH, 2013).

Al igual que comer bien y mantenerse físicamente activo, dormir lo suficiente por las noches es vital para el bienestar (NIH, 2013).

Diferentes personas necesitan diferentes cantidades de horas de sueño. La mayoría de los adultos necesitan de siete a ocho horas de sueño para una buena salud y funcionamiento mental. Sin embargo, los adultos mayores necesitan de seis a siete horas de sueño para mantener una buena salud (Carskadon MA, Dement WC., 2017).

La falta de sueño no solo afecta a las personas con problemas para dormir. La fatiga se ha vinculado con accidentes leves a graves. El exceso de cansancio lleva a los errores humanos detrás de grandes catástrofes. La falta de sueño puede dificultar más la seguridad en el área laboral. Al no dormir lo suficiente, el cerebro presenta problemas para desempeñar funciones básicas, por ejemplo: la concentración y la memoria. También, puede presentar cambios en el humor (NIH, 2018).

Al igual que el cerebro necesita dormir para recuperarse, el cuerpo también lo necesita ya que cuando no se duerme lo suficiente, el riesgo de padecer enfermedades incrementa. (NIH, 2018).

Según el NIH (2018), la falta de sueño puede generar descontrol en el nivel de azúcar en la sangre produciendo diabetes. También puede producir enfermedades del corazón al aumentar la presión arterial. El sistema inmunitario no puede combatir virus y bacterias si no se duerme bien y, por otro lado, la salud mental puede empeorar al no dormir produciendo ansiedad.

### **1.2.5 Trastornos del sueño.**

La ausencia de sueño o privación, induce a diferentes alteraciones tanto conductuales como fisiológicas, la cual genera un estado de acumulación de sueño que no se recupera. No dormir lo suficiente puede producir menor rendimiento cognitivo en adultos mayores. (Lira y Custodio, 2018).

Los trastornos del sueño se consideran un problema de salud pública a nivel mundial debido a que la ausencia de sueño conduce a diversos daños en la salud del ser humano, por ejemplo: en el funcionamiento cognitivo, la motivación y la emoción (Merino-Andreu M, Álvarez-Ruíz de Larrinaga A, Madrid-Pérez JA, Martínez-Martínez MA, Puertas- Cuesta FJ, Asencio-Guerra AJ, et al., 2016).

A continuación, se mencionarán todos los trastornos del sueño presentados en el DSM-V (2014) para una mayor comprensión de sus características y diferencias.

#### **1.2.5.1 Insomnio.**

Para empezar, hay que decir que existen diferentes trastornos del sueño, sin embargo, el más conocido debido a su prevalencia es el insomnio no orgánico, el cual es definido por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, (2018) como: *“Una cantidad y/o calidad de sueño insatisfactorio que persiste durante un periodo considerable de tiempo e incluye dificultad para conciliar y mantener el sueño, o despertar precoz”* (p.15).

Para que se pueda diagnosticar el insomnio, la persona deberá de quejarse debido a la dificultad para conciliar el sueño, para mantenerse dormido o de tener un sueño no reparador. Se deberá de presentar al menos tres veces por semana durante tres meses. Debe de tener un malestar marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria y deberá

de existir la ausencia de un factor orgánico debido a una alteración neurológica, consumo de sustancias o medicación. (CENETEC, 2018)

Dentro de los criterios diagnósticos que señala el DSM-V (2014), con el código 307.42 (F51.01), esta:

- A. La predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada o uno (o más) de estos 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.
- 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 (p. Ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).
- G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento)

H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio)

El rasgo esencial del insomnio, según el DSM-V (2014), es la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño con quejas sobre la dificultad para conciliar o mantener el sueño. Las molestias del sueño se acompañan de un malestar clínicamente significativo o de un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Las alteraciones del sueño pueden ocurrir durante el curso de otros trastornos mentales o afecciones médicas, o de forma independiente.

Pueden aparecer diferentes manifestaciones del insomnio en diferentes momentos del periodo del sueño. El insomnio del comienzo del sueño (o insomnio inicial) consiste en la dificultad para quedarse dormido en el momento de acostarse. El insomnio de mantenimiento del sueño (o insomnio medio) conlleva frecuentes o largos despertares a lo largo de la noche. El insomnio tardío conlleva el despertar temprano con incapacidad para volverse a dormir. La dificultad para mantener el sueño es el síntoma individual del insomnio más frecuente, seguido por la dificultad para quedarse dormido, aunque la combinación de estos síntomas es generalmente la presentación más habitual (DSM-V, 2014)

**1.2.5.2 Trastorno del despertar del sueño REM.** Del mismo modo que el insomnio el DSM-V (2014), describe las características diagnósticas de este trastorno, los cuales son: episodios repetidos de despertar durante el sueño asociados a vocalización y/o comportamientos motores complejos, estos comportamientos se producen durante el sueño REM (movimientos oculares rápidos) y, por lo tanto, suelen aparecer más de 90 minutos después del inicio del sueño, son más frecuentes durante las partes más tardías del periodo

de sueño y rara vez suceden durante las siestas diurnas, al despertar de estos episodios, el individuo está totalmente despierto, alerta y no presenta confusión ni desorientación.

El rasgo principal de este trastorno son los episodios repetidos de despertar, asociados con vocalizaciones y/o comportamientos motores complejos que se producen en el sueño REM. Estos comportamientos reflejan respuestas motoras al contenido de acción o violento de los sueños, como ser atacados o tratar de escapar de una situación amenazante. Las vocalizaciones son a menudo ruidosas, llenas de emoción y soeces. Los ojos están cerrados durante estos episodios.

**1.2.5.3 Trastorno del sueño del Ritmo Circadiano Sueño-Vigilia.** Por otro lado, existe el deterioro del ritmo circadiano el cual manifiesta una alteración en la secreción de melatonina, la cual se encarga de sincronizar los ritmos biológicos, como el ciclo sueño-vigilia, la temperatura corporal y la liberación de cortisol (Mondragón-Rezola, Arratíbel-Echarren, Ruiz-Martínez & Martí-Massó, 2010).

Dentro de las anomalías del ciclo circadiano, el síndrome de fase adelantada de sueño es el que con más frecuencia aparece en ancianos. Consiste en acostarse pronto por la noche y despertarse temprano (Mondragón-Rezola, Arratíbel-Echarren, Ruiz-Martínez & Martí-Massó, 2010).

El DSM-V (2014), establece criterios diagnósticos para definir este trastorno, los cuales son:

A. 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 del mismo.

B. La interrupción del sueño produce somnolencia excesiva o insomnio, c ambos.

C. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**1.2.5.4 Síndrome de Piernas Inquietas.** Asimismo, dentro de los trastornos del sueño se encuentra el Síndrome de Piernas Inquietas (SPI), también llamado Enfermedad de Willis-Ekbom. Diversos autores lo definen como una alteración sensitiva-motora y del dormir causando una irremediable necesidad de mover las piernas, la cual ocurre al estar en reposo y de noche. La procedencia principal es una hipofunción de la dopamina al haber una falla en la incorporación intraneuronal de hierro, la cual es necesaria para una adecuada síntesis de dopamina (Miranda C. y Hudson A., 2016).

Según Happe S, Reese JP, Stiasny-Kolster K, Peglau I, Mayer G, Klotsche J, Giani G, et al (2009) esta alteración se asocia con alteraciones del sueño y reducción de la calidad de vida, es frecuente en personas que padecen alguna patología como diabetes, neuropatías, anemias, deficiencia de hierro y en el embarazo por una falta de hierro y ácido fólico (Miranda C. y Hudson A., 2016). Existe una prevalencia en México, del 15.6% de adultos, la cual aumenta con la edad y es dos veces mayor en mujeres que en hombres (Lajous, Kurth, Catzin-Kuhlmann, Romieu & López-Ridaura, 2014).

El DSM-V (2014) describe a este trastorno como 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. El diagnóstico del SPI se basa principalmente en el relato del paciente y en la historia. Los síntomas empeoran cuando el paciente está quieto, por lo que se realizan movimientos frecuentes de las piernas para aliviar las sensaciones incómodas. Los síntomas empeoran por la tarde o por la noche y en algunos sujetos sucede sólo por la tarde o por la noche.

Los síntomas del SPI pueden retrasar el comienzo del sueño y despertar al sujeto, y se asocian con una fragmentación significativa del sueño. El alivio que se obtiene al mover las piernas puede no ser evidente en los casos más graves. El SPI se asocia con somnolencia diurna y se acompaña con frecuencia de un malestar clínicamente significativo o de deterioro funcional.

**1.2.5.5 Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos.** De forma semejante, el DSM-V (2014), menciona que los criterios diagnósticos son: la alteración importante y grave del sueño, la existencia de pruebas a partir de la historia, la exploración física o los análisis de laboratorio de si aparecen durante o poco después de la intoxicación o después de la abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento, la sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas ya mencionados y si la alteración no se explica mejor por un trastorno del sueño no inducido por sustancias/medicamentos. Dentro de las características específicas que se pueden nombrar están:

- **Tipo con insomnio:** Se caracteriza por la dificultad para conciliar o mantener el sueño, despertares nocturnos frecuentes o sueño no reparador.

- **Tipo con somnolencia diurna:** Se caracteriza por el predominio de somnolencia excesiva/fatiga, durante las horas de vigilia o, con menos frecuencia, un periodo de sueño prolongado.
- **Tipo con parasomnia:** Se caracteriza por la presencia de comportamientos anómalos durante el sueño.
- **Tipo mixto:** Se caracteriza por un problema del sueño inducido por sustancias/medicamentos que se caracteriza por diversos tipos de síntomas del sueño, pero sin predominio claro de ninguno de ellos.
- **Con inicio durante la intoxicación:** Este especificador se utilizará si se cumplen los criterios para la intoxicación con la sustancia/medicamento y los síntomas aparecen durante el periodo de intoxicación.
- **Con inicio durante la retirada/abstinencia:** Este especificador se utilizará si se cumplen los criterios de retirada/abstinencia de la sustancia/medicamento y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada de la sustancia/medicamento.
- **Alcohol-** El trastorno del sueño inducido por el alcohol normalmente es del tipo insomnio. Durante la intoxicación aguda, el alcohol produce un efecto sedante inmediato, dependiente de la dosis, que se acompaña de un aumento de los estadios 3 y 4 del sueño no REM y una disminución del sueño REM, después de estos efectos iniciales puede haber un aumento de los despertares, sueño inquieto y sueños vividos y cargados de ansiedad durante el periodo de sueño restante. En paralelo, se reducen los estadios 3 y 4 del sueño y aumentan los despertares y el sueño REM. El alcohol

puede agravar los trastornos del sueño relacionados con la respiración. Con el consumo habitual, el alcohol presenta un efecto sedante de vida corta en la primera mitad de la noche, seguido de una alteración de la continuidad del sueño y de un aumento de la cantidad e intensidad del sueño REM, asociado frecuente mente con ensoñaciones vividas, que en su forma extrema forma parte del delirium por abstinencia de alcohol. Tras la abstinencia aguda, los consumidores crónicos de alcohol pueden continuar presentando un sueño ligero, fragmentado durante semanas o años, asociado con un déficit persistente de sueño de ondas lentas.

- **Cafeína.** El trastorno del sueño inducido por cafeína produce insomnio dependiente de la dosis y, en algunos sujetos, somnolencia diurna relacionada con la abstinencia.
- **Cannabis.** La administración aguda de cannabis puede acortar la latencia del sueño, aunque puede ocasionar despertares con aumento de la latencia del sueño. El cannabis aumenta el sueño de ondas lentas y suprime el sueño REM tras la administración aguda. En los consumidores crónicos se desarrolla tolerancia a los efectos inductores del sueño y a los potenciadores del sueño de ondas lentas. Durante la abstinencia se han notificado dificultades para dormir y sueños desagradables que duran varias semanas. Los estudios polisomnográficos muestran disminución del sueño de ondas lentas y aumento del sueño REM durante esta fase.
- **Opiáceos.** Los opiáceos, durante el consumo agudo a corto plazo, pueden producir un aumento de la somnolencia y de la profundidad subjetiva del sueño, y una disminución del sueño REM. Con la administración continua se desarrolla tolerancia a los efectos sedantes de los opiáceos y aparecen quejas de insomnio. A causa de sus efectos depresores respiratorios, los opiáceos empeoran la apnea del sueño.

- **Sedantes, hipnóticos o sustancias ansiolíticas.** Los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos (p. ej., los barbitúricos, los agonistas del receptor benzodiazepínico, el meprobamato, la glutetimida y la retiprilona) tienen efectos sobre el sueño similares a los opiáceos. Durante la intoxicación aguda, los fármacos sedantes-hipnóticos producen el aumento esperado del sueño y disminuyen los despertares. El consumo crónico (especialmente de barbitúricos y de fármacos más antiguos ni barbitúricos ni benzodiazepínico) puede causar tolerancia, con regreso posterior al insomnio. Puede haber somnolencia diurna. Los fármacos sedantes-hipnóticos pueden aumentar la frecuencia y la gravedad de los episodios de apnea obstructiva del sueño. Las parasomnias se asocian con el consumo de agonistas del receptor benzodiazepínico, especialmente cuando estos medicamentos se toman a dosis más altas y cuando se combinan con otros fármacos sedantes. La suspensión brusca de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos crónicos puede provocar abstinencia, pero con más frecuencia ocasiona insomnio de rebote, un trastorno de exacerbación del insomnio que aparece tras la retirada durante 1-2 días y que puede ocurrir incluso con el consumo a corto plazo. Los fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con una duración de acción breve producen con más probabilidad síntomas de insomnio de rebote, mientras que aquellos con una duración de acción más prolongada se asocian con más frecuencia a somnolencia diurna. Cualquier fármaco sedante, hipnótico o ansiolítico puede potencialmente causar sedación diurna, abstinencia o insomnio de rebote.
- **Anfetaminas y sustancias relacionadas y otros estimulantes.** Los trastornos del sueño inducidos por amfetaminas y sustancias relacionadas y por otros estimulantes se caracterizan por insomnio durante la intoxicación y somnolencia excesiva durante

la abstinencia. Durante la intoxicación aguda, los estimulantes reducen la cantidad total de sueño, aumentan la latencia del sueño y las alteraciones en la continuidad del sueño, y disminuyen el sueño REM. El sueño de ondas lentas tiende a reducirse. Durante la abstinencia del consumo crónico de estimulantes, hay tanto una prolongación de la duración del sueño nocturno como una somnolencia diurna excesiva. Las pruebas de latencias múltiples del sueño pueden mostrar un aumento de la somnolencia diurna durante la fase de abstinencia. Drogas como la metilendioxime fetamina (MDMA o "éxtasis") y otras sustancias relacionadas producen inquietud y alteraciones del sueño en las 48 horas siguientes al consumo; el uso frecuente de estos compuestos se asocia con síntomas presentes de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño, incluso durante la abstinencia a largo plazo.

- **Tabaco.** El consumo crónico de tabaco se asocia primariamente con síntomas de insomnio, disminución del sueño de ondas lentas con reducción de la eficiencia del sueño, y somnolencia diurna aumentada. La abstinencia de tabaco puede producir alteración del sueño. Los sujetos que fuma mucho pueden presentar despertares nocturnos regulares causados por el ansia de fumar.
- **Otras sustancias/medicamentos (o sustancias/medicamentos desconocidos).** Otras sustancias o medicamentos pueden producir alteraciones del sueño, especialmente los medicamentos que afectan al sistema nervioso central o autónomo (p. ej., los agonistas y los antagonistas adrenérgicos, los agonistas y los antagonistas dopaminérgicos, los agonistas y los antagonistas colinérgicos, los agonistas y los antagonistas serotoninérgicos, los antihistamínicos y los corticoesteroides).

**1.2.5.6 Trastorno del sueño especificado.** Por lo que respecta a este trastorno, el DSM-V (2014) lo define como en el que predominan los síntomas característicos de un trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de insomnio o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia. La categoría de otro trastorno de insomnio especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios del trastorno de insomnio o de ningún trastorno del sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de insomnio especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “trastorno de insomnio breve”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. **Trastorno de insomnio breve:** Duración inferior a tres meses.
2. **Sueño restringido no reparador:** El motivo principal de queja es el sueño no reparador sin otros síntomas del sueño, como dificultad para conciliar o mantener el sueño.

**1.2.5.7 Trastorno del sueño no especificado.** Del mismo modo que existe el trastorno del sueño especificado, también existe el no especificado el cual el DSM-V (2014) lo define como predominancias en los síntomas característicos de un trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de insomnio o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del Sueño-vigilia- La categoría del trastorno de insomnio no especificado se utiliza en

situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno del sueño-vigilia especificado, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

**1.2.5.8 Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).** De forma semejante a otros trastornos del sueño, se puede mencionar el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS), la cual se representa por la afectación en el ciclo de sueño-vigilia, como lo cita Vázquez et al., (2016) en Fernández y García, (2009), se caracteriza por ser un trastorno que debido al colapso que sucede en las partes blandas de la faringe crea una oclusión alterna y repetitiva de la vía respiratoria durante el sueño.

Sin embargo, existe la apnea obstructiva, la cual tiene una duración mínima de 10 segundos y es una obstrucción total. También, existe la hipo-apnea, la cual se caracteriza por ser un bloqueo parcial de las vías respiratorias (Vázquez et al., 2016).

Dentro de los síntomas característicos del SAOS son: hipersomnolia diurna, ronquidos y pausas de apnea lo cual, causa en el individuo irritabilidad, cansancio, pérdida de memoria leve, falta de concentración, disminución de la libido, cefaleas matutinas, hipertensión arterial y diabetes como lo cita Vázquez et al., (2016) en Fernández y García, (2009).

Las características diagnósticas que define el DSM-V (2014) hacen referencia a que la apnea e hipopnea obstructiva del sueño es el trastorno relacionado con la respiración más frecuente. Se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción de las vías aéreas altas (faríngea) (apneas e hipopneas) durante el sueño. La apnea se refiere a la ausencia total de flujo aéreo, y la hipopnea se refiere a una reducción en el flujo aéreo. Cada apnea o hipopnea representa una reducción en la respiración en los adultos y se asocia típicamente con

descensos de la saturación de oxígeno del 3 % o más y /o despertar electroencefalográfico: Son frecuentes tanto los síntomas relacionados con el sueño (nocturnos) como los de la vigilia. Los síntomas cardinales de la apnea e hipoapnea obstructiva del sueño son el ronquido y la somnolencia diurna.

Hasta el momento no existe la causa que produce la apnea obstructiva del sueño, sin embargo, diversos factores influyen en su aparición como: anomalías estructurales de la vía respiratoria, obesidad, fisionomía del paciente, género, edad y antecedentes familiares como lo cita Vázquez et al., (2016) en Rodríguez, Vaquero, et al., (2014).

**1.2.5.9 Apnea Central del Sueño.** Igualmente, el DSM-V (2014) define las características diagnósticas de la Apnea Central del Sueño que se representa por episodios repetidos de apneas e hipoapneas 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. La apnea central del sueño idiopática se caracteriza por somnolencia, insomnio debido a la disnea que se asocia a cinco o más apneas centrales por hora de sueño. La apnea central del sueño que ocurre en los sujetos con insuficiencia cardíaca, infarto cerebral o insuficiencia renal tiene típicamente un patrón respiratorio denominado respiración de Cheyne-Stokes, que se caracteriza por variaciones periódicas en crescendo-decrescendo del volumen corriente que origina apneas centrales e hipoapneas que ocurren con una frecuencia de, al menos, cinco episodios por hora y que se acompañan de despertares frecuentes. Puede coexistir la apnea central y la obstructiva del sueño, la proporción de apneas e hipoapneas centrales frente a obstructivas se puede usar para identificar cuál es el trastorno predominante.



**1.2.5.10 Narcolepsia.** Por último, otro de los trastornos del sueño que afectan al adulto mayor es la narcolepsia. El Instituto Nacional de Salud (2016), la define como una alteración neurológica en la cual el individuo experimenta impulsos para dormir en cualquier momento del día y al hacerlo de manera involuntaria tienen una duración de lapsos de segundos a minutos. La narcolepsia es causada por la incapacidad del cerebro de regular los ciclos de vigilia y los síntomas que son más característicos son: la somnolencia diurna excesiva, la cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Derrame Cerebral, 2016).

Según el DSM-V (2014), los rasgos esenciales de la narcolepsia son las siestas diurnas recurrentes o los lapsos de sueño. Aparece característicamente a diario, pero debe ocurrir como mínimo tres veces por semana durante al menos 3 meses, también, produce cataplejía, que se presenta de manera breve con duración de segundos o minutos de pérdida súbita y bilateral del tono muscular que se desencadena por la risa y las bromas.

### ***1.2.6 Ansiedad***

Además de los trastornos del sueño, el adulto mayor padece de alteraciones emocionales, entre ellas, la ansiedad. Según el DSM-V (2014), los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesiva, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas y según la cognición

asociada. También se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistentes más allá de los periodos de desarrollo apropiado (DSM-V, 2014).

**1.2.6.1. Trastorno de ansiedad por separación.** Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, mostrando malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o vive una separación, preocupación excesiva y persistente por el posible daño que le pueda ocurrir a una figura de apego, resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, escuela, dormir fuera de casa, pesadillas repetidas sobre el tema de la separación, quejas repetidas de síntomas físicos como dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas y vómitos.

La ansiedad o evitación es persistente, dura aproximadamente seis o más meses en adultos.

**1.2.6.2. Mutismo Selectivo.** Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones. Las características asociadas son: timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social, negativismo y comportamiento controlador en casa. La alteración interfiere en los logros educativos, laborales o en la comunicación social, sin embargo, no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.

**1.2.6.3. Fobia Específica.** Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica como: volar, alturas, animales, administración de una inyección o ver sangre. El

objeto o la situación fóbica provocan miedo o ansiedad inmediata, también, se evita o resiste. Igualmente, el miedo, la ansiedad o la evitación son desproporcionados al peligro real que plantea el objeto o situación y es persistente y dura típicamente seis o más meses.

**1.2.6.4. Trastorno de ansiedad social (fobia social).** Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas, como: mantener una conversación, reunirse con personas extrañas, ser observado mientras come o bebe y actuar delante de otras personas.

Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa, son desproporcionados, el miedo y la ansiedad, a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. Tiene una duración de seis meses o más.

**1.2.6.5. Trastorno de pánico.** Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, escalofríos, mareos, parestesias, miedo a perder el control, miedo a morir.

La alteración se puede atribuir a los afectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

**1.2.6.6. Agorafobia.** Miedo o ansiedad intensa acerca de dos o más de las cinco situaciones siguientes:

- Uso del transporte público
- Estar en espacios abiertos o cerrados
- Estar en medio de una multitud
- Estar fuera de casa solo.

El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos. Tiene una duración de seis meses o más.

**1.2.6.7. Trastorno de ansiedad generalizada.** Ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). A la persona le es difícil controlar la preocupación. Los seis síntomas que presentan son: inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño.

**1.2.6.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.** Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico. Los síntomas desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento es lo que genera la ansiedad, por ejemplo: la cocaína.

El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium y los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**1.2.6.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.** Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico. El trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

La característica esencial es una ansiedad clínicamente significativa cuya explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica. Los síntomas pueden ser manifestaciones de ansiedad o ataques de pánico prominentes.

**1.2.6.10 Otro trastorno de ansiedad especificado.** Este trastorno aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o de deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. Algunos ejemplos son: ataques sintomáticos imitados, ataque de nervios, ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente.

**1.2.6.11 Otro trastorno de ansiedad no especificado.** Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad.

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se

juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimiento imprevisible, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (Clark y Beck, 2010).

Piqueras (2008) explica desde el enfoque Cognitivo-Conductual la conceptualización de la ansiedad como respuestas cognitivas y conductuales del organismo, que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico. La dimensión de ansiedad cognitiva se caracteriza por la preocupación, anticipación, temor, inseguridad, y sensación de pérdida de control. La dimensión de ansiedad conductual tiene como objetivo mitigar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivarse en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta, entre otros.

Desde el enfoque psicoanalítico Freud (1909) define la ansiedad como afecto “tóxico” que surge del resultado del proceso represivo de emociones libidinales. Sin embargo, años después Freud (1926) plantea que la ansiedad surge a partir del proceso represivo como consecuencia y no como causa fomentando la aparición de la ansiedad en el yo, generando una movilización de los procesos defensivos.

Por otro lado, según Castelló (1990) plantea que el tratamiento de la ansiedad, desde el enfoque psicoanalítico, tiene como propósito el lograr el insight, unificando los conceptos del Yo, Ello y el Súper Yo en el paciente, con respecto a sus conductas irracionales mediante el uso de mecanismos de defensa y otros procesos mentales de naturaleza inconsciente.

Las manifestaciones de ansiedad también pueden ser producto de los problemas de salud propias por la edad, por los cambios psicosociales que sufre dentro de la familia y en

social, su repercusión principal es en la capacidad funcionalidad, específicamente es en el desarrollo de las actividades cotidianas y en la calidad de vida (Kroc, 2005).

La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. La ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo (Beck, A., Emery, G. y Greenberg, R., 1985).

La ansiedad es una señal o reacción general, común en el ser humano, Sevilla-Caro, Salgado-Soto y Osuna-Millán, (2015) mencionan que la experiencia de ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas (como palpitaciones y sudores) y la conciencia de estar nerviosos o asustado. El sentimiento de vergüenza puede aumentar la ansiedad. Las personas ansiosas están predisuestas a seleccionar ciertas cosas de su entorno y descuidar otras en su esfuerzo por demostrar que está justificado el que consideren una situación como amenazante, si falsamente justifica su miedo, sus ansiedades aumentan por la respuesta selectiva y crean un círculo vicioso de ansiedad, distorsión de la percepción e incremento de ansiedad.

A su vez, la ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal. Es patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, y/o cuando la intensidad y/o duración de la respuesta ansiosa supera los límites adaptativos (Navas-Orozco y Vargas-Baldares, 2012).

En ocasiones la ansiedad no facilita una mejor adaptación, surgiendo falsas alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo son, u en otras ocasiones tienden a percibir reiteradamente una serie de amenazas magnificadas que provocan niveles excesivamente altos de ansiedad. (Navas-Orozco y Vargas-Baldares, 2012)

Según Navas-Orozco y Vargas-Baldares, (2012), la ansiedad implica tres sistemas de respuesta:

- a) Subjetivo-cognitivo: experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- b) Fisiológico-Somático: activación del sistema nervioso autónomo,
- c) Motor-Conductual: escape y evitación.

La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. La ansiedad normal es la que surge como un mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria, es una función adaptativa. Reactiva a una circunstancia ambiental, mejora el rendimiento y no genera componentes somáticos por lo que no demanda de atención psicológica y/o psiquiátrica ya que es más leve. A diferencia de la ansiedad normal, la patológica surge como una función desadaptativa ya que bloquea la respuesta adecuada a la vida diaria, empeora el rendimiento, genera mayores componentes somáticos por lo que es más grave y exige demanda de atención psicológica y psiquiátrica (Navas-Orozco y Vargas-Baldares, 2012).

Por otro lado, la ansiedad en el adulto mayor se asocia con sucesos estresantes externos, principalmente en los que padecen enfermedades crónico-degenerativas y trastornos cognitivos afectivos, sin embargo, en muchos casos se ven como parte del proceso de envejecimiento, generando un deterioro en la salud general del adulto mayor aun cuando no tienen ningún problema de salud (Rodríguez R., 2011).



### ***1.2.7 Tratamiento Psicológico***

Debido a la gran importancia que tiene el sueño y a la creciente población de adultos mayores que presentan alteraciones del sueño, se busca adquirir estrategias para mejorar la calidad del sueño en esta población. Las estrategias que se consideran dentro de esta investigación son: la terapia con enfoque integrativo hacia Psicoanálisis y Cognitivo-Conductual y el Neurofeedback.

La calidad del sueño se delimita como la acción de dormir bien durante la noche y tener un funcionamiento adecuado durante la mañana, siendo considerado como factor de salud.

En la actualidad, los trastornos del sueño se manejan a través de fármacos prescritos, sin embargo, presentan efectos secundarios. Por lo que se evalúa la efectividad de la intervención psicoterapéutica desde un enfoque integrativo.

Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales del pensamiento. (7) En el adulto mayor son de gran valor un conjunto de procedimientos psicológicos que facilitan el abordaje de la ansiedad para el logro del bienestar del anciano. El tratamiento medicamentoso se empleará sólo en aquellos casos en que resulte imprescindible para el adulto mayor.

### ***1.2.8 Teoría de Reparación de Vínculo de Melanie Klein***

Cuando se habla de reparación se asume que algo tuvo que romperse, destruirse, perderse o dañarse, la reparación es una concepción que proviene precisamente del amor, es decir, del instinto de vida. Según Klein (1980), la reparación es la actividad yoica dirigida a

inhibir las pulsiones agresivas y restaurar el objeto amado que se siente dañado o muerto. Solo puede manifestarse como reacción a la angustia producida por los sentimientos de culpa.

Teniendo en cuenta que la reparación se sostiene en la primera vinculación que tiene el niño con el pecho materno que determina las pautas características de las relaciones objetales futuras, la reparación de los daños reales o fantaseados provocados por la agresión estimulan la integración de los objetos totales, del yo y de su mundo interno. La actividad reparatoria hace posible que el Yo conserve el amor y los vínculos libidinales a pesar de los conflictos, las frustraciones, las privaciones y las pérdidas. La reparación favorece tanto la introyección como el desarrollo de la destreza física (Klein, 1990).

Según Klein (1935) el insight implica promover una conciencia particularmente intensa de las emociones, así como de los objetos internos a los cuales están vinculadas. Esta toma de conciencia supone necesariamente una vivencia emocional.

Por lo que, dentro del escenario teórico Kleniano es posible reconocer un impulso a la reparación o restitución de los objetos internos, originado como consecuencia de los sentimientos de culpa, angustia y temor de haberlos dañado, que experimenta el sujeto (Klein, 1937).

En lo referente a esta restauración, Klein (1937) describe que surge como producto de la capacidad del sujeto de identificarse con el objeto dañado, aceptándolo tal cual es como prueba de amor auténtico. De esta manera el yo se identifica con el objeto interno gratificante o bueno.

Igualmente, las fantasías de destrucción deben dar paso a la restauración del objeto dañado, convirtiendo a la reparación en una especie de “protección del yo” necesaria para

tolerar o atenuar la angustia que le producen sus propias fantasías de daño hacia el objeto integrado (Klein, 1937).

Por lo que respecta a la *cura*, Klein (1980), menciona que la *cura* no radica en la eliminación del síntoma sino en la reelaboración de los vínculos. La deconstrucción del objeto terrorífico sólo es posible cuando se le desenmascara, cuando puede visualizar como se construyeron los objetos y los vínculos. Más allá de la *cura* está la apertura de horizontes, del otro y de la posibilidad de ser el sujeto de la propia historia. El proceso terapéutico va construyendo el camino para la superación de una existencia reactiva.

### ***1.2.9 Enfoque Integrativo***

En otro orden de cosas, la psicoterapia integrativa se encarga de potenciar y desarrollar la efectividad psicoterapéutica mediante propuestas novedosas y creativas basadas en más de una orientación teórica o técnica (Rosado, 2009).

Según Fernández-Álvarez y Opazo (2004, en Rosado, 2009) pasar de una mirada de intervención psicoterapéutica de un solo enfoque, a una perspectiva integrativa, implica todo un reto, ya que conlleva un amplio conocimiento aunado al interés de privilegiar a los pacientes, para enfatizar lo que aporta verdaderamente, es decir, de cualquier enfoque que sea útil para el caso clínico.

Existen factores comunes, como lo menciona Frank (1961), Lambert (1992), los cuales consisten en investigaciones en donde se compara un enfoque psicoterapéutico con otro, los resultados que han demostrado la facilitación al cambio son factores comunes que se encuentran en todos los enfoques terapéuticos.

Un ejemplo es la alianza terapéutica, el cual Gastón (1990) lo define como un constructo metateórico que viene a reflejar aspectos básicos en la relación entre paciente y terapeuta: a) empatía de parte del terapeuta al paciente; b) trabajar en unas tareas en conjunto y c) trabajar por unas metas en conjunto. Lo que se puede concluir es que la alianza sería necesaria pero no suficiente en el proceso de cambio.

Como se expone en Frank (1982, en Rosado, 2009) los seis factores comunes que forman parte de todas las psicoterapias, según su investigación, son:

1. Una relación de confianza
2. Una explicación racional
3. El proporcionar nueva información acerca de la causa y los problemas del paciente.
4. La esperanza del paciente de encontrar ayuda en el terapeuta.
5. La oportunidad de tener experiencias de éxito y dominio de los problemas.
6. Facilitar la activación emocional (para que el cambio sea efectivo, se necesitan activar las emociones relacionadas con las dificultades, ya que a menudo éstas se procesan en el nivel inconsciente, experiencial, tácito, de lógica de segundo orden, por condicionamiento, o por exposición emocional, es decir, “automáticamente”).

Por otro lado, la integración teórica está fundada en la idea de que al unir dos o más enfoques de psicoterapia surgirá una mejor psicoterapia que las anteriores. Integra los elementos teóricos o conceptuales de los diferentes enfoques terapéuticos, lo cual lleva a una integración, o no, de las técnicas de cada psicoterapia (Rosado, 2009).

Por su parte, Goldfried (1992) quien es un teórico del enfoque Cognitivo-Conductual, expone que al integrar los enfoques terapéuticos facilita un diálogo universal, acrecentar las

bases teóricas, refinar los fundamentos epistemológicos y recabar esfuerzos para sobrepasar los prejuicios con el propósito de realizar una verdadera integración teórica.

Dentro de la integración teórica, Feixas y Miró (1993) mencionan que existen tres líneas dominantes:

1. La integración teórica híbrida: Feixias, G., (1992), deduce la creación de un nuevo marco teórico derivado de la articulación de dos teorías.
2. La integración teórica amplia: Incorpora en una misma propuesta los elementos teóricos de diversos enfoques.
3. Integración meta-teórica: también llamada Integración teórica progresiva. Según Feixias y Neimeyer (1991) proponen integrar únicamente aquellas posturas que sean a nivel epistemológico; es decir, aquellas que sean congruentes desde sus fundamentos teóricos y metodológicos (Rosado, 2009).

En el enfoque integrativo, la postura que se adopta es que el terapeuta debe de hacer el esfuerzo para expandir de una manera científica, sistemática y rigurosa su repertorio de técnicas y estrategias terapéuticas. Los pasos que el clínico debe seguir son enfocados a la evaluación del paciente dentro de un marco amplio multimodal y que se beneficie de recibir tratamiento efectivo y eficaz para su condición emocional (Rosado, 2009).

El enfoque integrativo sigue dos modelos (Rosado, 2009): el modelo integrativo Cognitivo- Neurobiológico y Psicoanalítico y el modelo Psicoanalítico y Cognitivo Constructivista.

El modelo Cognitivo-Neurobiológico y Psicoanalítico (Migone y Liotti, 1998), parte de la idea de que el psicoanálisis debe tener un lugar dentro de la psicología y la psicoterapia.

La teoría del funcionamiento cognitivo y la terapia psicoanalista de la motivación unen en la psicología cognitiva, neurobiología y el psicoanálisis.

En lo referente a el modelo Psicoanalítico y Cognitivo- Constructivista (Ryle, 1995, en Rosado, 2009) establece conexiones entre diferentes áreas: 1) la comparación del inconsciente psicoanalítico y sus características del funcionamiento o proceso primario, con el procesamiento cognitivo automático, 2) la aproximación cognitiva a los conceptos de resistencia, recuerdo reprimidos no accesibles a la memoria, insight, transferencia y alianza de trabajo, 3) consideraciones sobre los procesos comunes y no comunes del cambio terapéutico psicoanalítico y cognitivo y 4) el préstamo e influencia de las técnicas terapéuticas concretas.

De igual forma, Belsky, 2001 (citado en Hernández, 2005) menciona que existen dos terapias aplicadas a personas en la tercera edad, las cuales son: la Cognitivo-Conductual y el Psicoanálisis. En la intervención con adultos mayores con ansiedad e insomnio, es importante realizar intervenciones en las diversas áreas implicadas en la condición. Como se ha descrito previamente es necesario abordar – desde mi perspectiva-: a) La ansiedad causada por no poder dormir y por la mala relación con su madre, b) los trastornos del sueño como consecuencia de la ansiedad, c) las estrategias y recursos para mejorar la higiene del sueño y d) las motivaciones intrapsíquicas relacionadas con los vínculos parentales. Como se puede observar, es evidente que algunos enfoques ofrecen explicaciones y técnicas más acordes para los objetivos de la intervención de cada una de estas áreas, de tal manera que la Integración Cognitivo-Neurobiológico y Psicoanalítico es la alternativa, que puede resultar más efectiva para la consecución de las metas terapéuticas.

A continuación, en la tabla 1 se presenta una propuesta específica para trabajar con adultos mayores con ansiedad, depresión y trastornos del sueño, en el marco de esta tesis.

**Tabla 1**

*Propuesta de Integración Cognitivo-Neurobiológico y Psicoanalítico para la intervención con Adultos Mayores con Ansiedad e Insomnio*

Integración Cognitivo-Neurobiológico y Psicoanalítico para Adultos Mayores con Ansiedad e Insomnio.	
<i>Área a Intervenir</i>	<i>Enfoque Psicoterapéutico</i>
Ansiedad	Psicoanálisis
Insomnio	Cognitivo-Conductual
Reparación del Vínculo	Psicoanálisis

### **1.2.10 Higiene del Sueño**

Según la Sociedad Española de Sueño (2016), define a la higiene del sueño como: “un conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable, desarrollada originalmente para su uso en el tratamiento del insomnio leve a moderado”.

Las recomendaciones específicas que da la higiene del sueño hacen que los individuos aprendan sobre hábitos saludables del sueño, desde la alimentación, actividad física y laboral hasta la ambientación de su vivienda.

La World Sleep Society (2019), crea 10 mandamientos de la higiene del sueño para adultos, los cuales son:

1. Establecer un horario regular para dormir y levantarse.
2. En el caso de tener el hábito de tomar siestas, no exceder a 45 minutos durante el día.
3. Evitar la ingesta excesiva de alcohol 4 horas antes de dormir y no fumar.
4. Evitar el consumo de cafeína 6 horas antes de dormir. Esto incluye café, té, refrescos gaseosos y chocolate.
5. Evitar consumir alimentos pesados, picantes o azucarados al menos 4 horas antes de dormir. Es aceptable un bocadillo ligero antes de dormir.
6. Realizar ejercicio regularmente pero no antes de dormir.
7. Utilizar una cama apetecible para dormir
8. Encontrar una temperatura adecuada en el cuarto y mantenerlo ventilado.
9. Eliminar cualquier tipo de distracción, como: ruido y luz.
10. Reservar la cama únicamente para dormir y tener sexo. Evitar usarla para trabajar o realizar cualquier otra actividad.

### ***1.2.11 Neurofeedback***

El neurofeedback al ser una técnica de intervención no invasiva puede ser utilizada como tratamiento y entrenamiento de los trastornos del sueño en el adulto mayor.

Esta técnica es también llamada biofeedback, como se menciona en diversas investigaciones, se encarga de regular la actividad cerebral con la asistencia de electrodos y equipos especializados con la finalidad de que el individuo pueda aprender a modificar de manera voluntaria este proceso (Duarte-Hernández, 2015).

Para que el neurofeedback pueda realizarse se necesita el dispositivo llamado electroencefalograma (EEG), debido a que este mide las ondas cerebrales mediante el uso de



electrodos colocados estratégicamente en el cuerpo cabelludo, produciendo oscilaciones a las cuales se les llama actividad cerebral y se mide en Hertzios o ciclos por segundo (Duarte-Hernández, 2015).

Por lo que respecta a las oscilaciones, estas están divididas en ciertas bandas de frecuencia, las cuales son: Delta, Theta, Alpha, Beta, Low Beta, Ritmo Sensoriomotor, High Beta y Gamma.

Delta, es la banda de frecuencia que se presenta durante el sueño profundo con un rango de frecuencia de 0.5 a 3 Hz. Theta, se caracteriza por tener ondas de mayor amplitud y menor frecuencia que van de 4 a 8 Hz. El individuo logra alcanzar al estar en un estado de calma profunda en donde muchas veces las tareas o actividades se realizan en modo automático (Duarte-Hernández, 2015).

Comparando las ondas cerebrales anteriores, Alfa se caracteriza por presentar una frecuencia entre 8 y 14 Hz. Se presenta cuando el individuo se encuentra en estados bajos de ansiedad y estrés. El estado de ánimo alfa se describe como una situación tranquila y agradable. Todas las frecuencias alfa describen la actividad creativa del cerebro, de modo que se utiliza en el proceso de relajación (relajación de los músculos), que finalmente conduce al sueño; Tales ondas emergen y se expanden rápidamente en la piel. La evidencia muestra que las ondas alfa aumentan durante la meditación (Marzbani, Marateb, y Mansourian, 2016).

Por otro lado, las ondas Betas oscilan entre 12 y 35 Hz., y se presentan cuando el individuo está despierto y realizando actividades mentales, por ejemplo: resolviendo problemas matemáticos, estudiando, gran concentración. Estas ondas se pueden dividir en Low y High Beta (Duarte-Hernández, 2015).

Low Beta, representa una frecuencia de 12 a 15 Hz., y se asocia a actividades de concentración y silencio a diferencia de High Beta que presenta una frecuencia de 18 a 39 Hz., la cual se caracteriza por presentarse en estados de estrés, paranoia y mucha energía (Duarte-Hernández, 2015).

El ritmo sensoriomotor (RSM) se considera una banda que forma parte de beta ya que presenta una frecuencia de 13 y 15 Hz., y se produce cuando baja el estado de alerta y hay una disminución en el tono muscular. Sin embargo, Gamma, por su parte oscila arriba de 40 Hz., ya que se relaciona con el procesamiento de la información y la memoria a corto y largo plazo (Duarte-Hernández, 2015).

Dentro del protocolo de entrenamiento del neurofeedback el investigador registra la actividad cerebral a través del EEG mediante los electrodos puestos en el cuero cabelludo del paciente y mediante una interfaz cerebral el individuo recibe instrucciones sobre sus ondas cerebrales con la finalidad de actuar sobre ellas y cambiarlas (Ramos-Safont, 2015).

El neurofeedback muestra una mejoría siendo aplicado al ritmo sensoriomotor ya que produce una disminución en la latencia del sueño, un aumento en el tiempo total del sueño, aumento de melatonina y mejora la calidad del sueño del sujeto (Ramos-Safont, 2015).

Existen diversos protocolos para el tratamiento del insomnio, uno de ellos es el entrenamiento de actividad Alfa/Teta, el cual se basa en colocar electrodos en la zona O1, O2, Cz y Pz, con una banda de frecuencia de 7-8.5 Hz, incrementando las ondas Teta y Alfa. Este protocolo es también usado en adultos para depresión severa, adicciones, ansiedad y estrés postraumático (Gruzelier, 2008).

Otro tratamiento para el insomnio en personas de 2-82 años consiste en la utilización del neurofeedback con el protocolo Z-score, se basa en la utilización de 19 canales que

registran la actividad electroencefalográfica, con ojos cerrados y abiertos en diferentes momentos con una duración de 7.5 minutos cada uno, utilizando una banda de frecuencia de .5-30 Hz. El objetivo de este estudio es el normalizar amplitudes anormales en las ondas cerebrales delta, teta, alfa y beta. Los resultados en esta investigación indican la efectividad del tratamiento al lograr que los participantes alcanzaran un sueño normal (Hammer et al., 2011).

Otro protocolo de Neurofeedback realizado con el entrenamiento alfa generalmente se usa para el tratamiento de diversas enfermedades, como el alivio del dolor (por simulación de 9 Hz), la reducción del estrés y la ansiedad (por simulación de 10 y 30 Hz), la mejora de la memoria, la mejora del rendimiento mental y el tratamiento de lesiones cerebrales (por 10.2 Hz de simulación). Se han realizado varios estudios sobre el protocolo alfa. El ancho de banda de frecuencia más común para el tratamiento alfa es el rango de frecuencia de 7-10 Hz, que se utiliza para la meditación, el sueño, la reducción del estrés y la ansiedad. Además, la frecuencia de 10 Hz provoca relajación muscular profunda, reducción del dolor, regulación de la frecuencia respiratoria y disminución de la frecuencia cardíaca (Marzbani, Marateb, y Mansourian, 2016).

Como se menciona con anterioridad, los tratamientos farmacológicos para regular los trastornos del sueño incluyen sedantes y agentes farmacéuticos hipnóticos. Dentro del grupo de hipnóticos se describen dos tipos: los benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos.

El primero se centra en la duración del tratamiento menor a cuatro semanas debido a que el individuo puede desarrollar dependencia y generar efectos secundarios (Ramos-Safont, 2015).

### ***1.2.12 Estudio de Caso***

Para la realización de esta investigación, como se explicará más adelante; se utilizará el método de estudio de caso.

El estudio de caso se puede caracterizar por ser un método de investigación que analiza y examina datos sobre un individuo, programa de estudio, acontecimiento específico, organización o una unidad de análisis documental específico que tiene un funcionamiento singular y que es motivo de indagación por lo que se le denomina caso con la finalidad de buscar una solución a situaciones particulares (Alfaro- Díaz De Salas, Mendoza-Martínez & Porras-Morales, 2011).

### ***1.2.13 Etapas del ciclo vital***

**1.2.13.1 Características de la etapa de la vejez.** El ser humano transita por diferentes etapas del ciclo vital natural, las cuales son la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez.

La definición de vejez ha sido muy variada, sin embargo, Castro, J. E., Medawar, P. B., & Hamilton, D. N. H. (1973) la definen como un “*cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitable es la muerte*”. Asimismo, Rice (1997) describe a la vejez como “*un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones*”. En la misma línea, la vejez se define como un constructo social individual y colectivo, siendo una consecuencia de las etapas que le precedieron, reflejando la biología, contexto social, visión y actitud ante la vida de cada individuo (Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2013).

La vejez se define como el periodo que comprende entre los 60 años en adelante (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019). En la misma línea, Schaie, K.W. y Willis, S.I., (2003) mencionan diferentes etapas de desarrollo cognitivo, de las cuales define las características de la vejez como:

- Vejez Temprana: abarca entre los 60 y 65 años y se presenta una reducción de la responsabilidad en la adquisición y manejo de información en situaciones complejas, aumentan sus habilidades intelectuales a la reorganización de su vida y la planificación de la utilización de sus recursos materiales y físicos.
- Vejez Intermedia: abarca de los 65-75 años y se caracteriza por la atribución de sus funciones intelectuales a la satisfacción de sus intereses y actitudes, así como al desarrollo de sus valores. Utilizan sus habilidades cognitivas para la regulación emocional.
- Vejez Tardía: abarca de los 75 años en adelante, se caracteriza por dar un repaso a la vida pasada y algunos se plantean como tarea recopiladora el escribir una autobiografía.

De forma semejante, la teoría del desarrollo de Erikson, E. (2000) plantea que la crisis esencial es integridad frente a desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría.

En otras palabras, la vejez es la última etapa de la vida, en la cual el individuo ha logrado su máxima revelación de su concepción con el mundo y ha alcanzado la madurez total a través de incontables de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados (Cardona D, Agudelo H., 2006).

Por lo que respecta a la vejez, se podría afirmar que es un subconjunto de cambios y procesos que forman parte de un concepto más general, llamado envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos (Agar- Corbinos L., 2001).

La participante de este estudio se encuentra entre estos rangos de edad, es decir, es una mujer que se encuentra en la etapa de vejez temprana. Una etapa de desarrollo físico y mental de aumento de planificación y reorganización de su vida.

## **Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del problema**

### **2.1 Descripción del escenario y participantes**

#### a) Escenario

La zona geográfica elegida para el estudio fue la ciudad de Mérida, municipio que es la capital y ciudad más poblado del estado de Yucatán, México.

Mérida, se encuentra ubicada en el municipio homónimo en la Región VI o Zona Influencia Metropolitana. Se encuentra a 1318 km de la capital del país, Ciudad de México.

La investigación se realizó en el Laboratorio del sueño y neurociencias de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY).

#### b) Participantes

La persona que participó en el diagnóstico fue un adulto mayor de sexo femenino, que se identifica en la población de la tercera edad. Dentro de los criterios de inclusión fue el rango de edad, de 60 años en adelante, que tuviera insomnio y ansiedad, que no reciban ningún tratamiento farmacológico para el Sistema Nervioso Central y que fuera residente de Mérida, Yucatán, México.

La selección de la participante fue intencional, ya que se trató de encontrar a una persona que tuvieran los criterios de inclusión antes mencionados.

### ***2.1.1 Motivo de consulta***

Acude a consulta diciendo que tiene problemas para dormir, presentando insomnio de noche, e hipersomnias de día. Quiere volver a poder dormir por las noches y sentirse descansada, igualmente, comenta sentirse nerviosa y ansiosa en la noche por no poder dormir y por estar alerta cuidando a su mamá que tiene demencia senil.

### ***2.1.2 Conceptualización del caso***

La paciente es una persona de 60 años, en la tercera edad, que vive y cuida a su madre con demencia senil lo cual le ha ocasionado alteraciones en su ciclo de sueño, debido a que tiene que estar atenta a las necesidades de su madre, principalmente por las noches. Este cuidado a la madre aunado a dificultades en su relación con ella desde tiempo atrás, propiciaba ansiedad en la paciente, por lo que tanto el insomnio como la ansiedad mermaban su calidad de vida y esto le motiva a entrar a un proceso psicoterapéutico.

### ***2.1.3 Objetivo General***

Diseñar, implementar y evaluar un tratamiento psicológico integrativo Teórico Técnico Psicoanalítico y Cognitivo-Conductual aunado a un tratamiento de Neurofeedback, a una paciente adulta mayor con ansiedad e insomnio.

#### ***2.1.4 Objetivos Específicos***

- Diseñar un tratamiento psicológico Integrativo Teórico-Técnico Psicoanalítico y Cognitivo – Conductual, para aplicar a una paciente adulta mayor con sintomatología ansiosa.
- Diseñar un tratamiento neuropsicológico de Neurofeedback, para aplicar a una paciente adulta mayor con insomnio.
- Implementar el tratamiento psicológico Integrativo Teórico-Técnico Psicoanalítico y Cognitivo – Conductual y neuropsicológico de Neurofeedback para aplicar a una paciente de la tercera edad con insomnio y ansiedad
- Evaluar el tratamiento psicológico Integrativo Teórico-Técnico Psicoanalítico y Cognitivo – Conductual y neuropsicológico de Neurofeedback para aplicar a una paciente adulta mayor con sintomatología ansiosa y con insomnio.

#### ***2.1.5 Definición de términos***

- **Adulto mayor.** - Individuo mayor de 60 años que se encuentra cursando la última etapa de la vida, caracterizada por la suma de todas las experiencias de vida y marcada por el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica (OMS, 2015).
- **Insomnio.** - Trastorno del sueño que presenta una predominante insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño, asociada a la dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño e incapacidad para volver a dormir (DMS-V, 2014).



- **Ansiedad.** - Es un mecanismo de adaptación y se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles. Se manifiesta a través de sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras (Thyer, B. A., 1987).
- **Enfoque Integrativo.** - Aquel que está orientado a mejorar los resultados obtenidos durante la terapia psicológica, por medio de propuestas novedosas y creativas basadas en más de una sola orientación teórica o técnica (Rosado y Rosado, 2007).
- **Neurofeedback.** - es un tipo de EEG, que entrena habilidades de autorregulación mediante tecnología computarizada. El hardware y el software tienen canales de audio y vídeo para corregir los patrones de ondas cerebrales irregulares y el flujo sanguíneo asociado con la salud mental y/o los problemas cognitivos (Hammond, 2011).

## **2.2 Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizadas**

Para la presente investigación se utilizaron los instrumentos y técnicas que se describen a continuación.

### **2.2.1 Instrumentos**

#### **Historia clínica psicológica**

Es la información recabada sobre el paciente, de manera confidencial, y que reúne los datos que permitan describir, conocer y entender al paciente y su problemática. De manera general, la historia clínica psicológica está formada por la historia de desarrollo del paciente

y de su familia, la exploración psicopatológica y somática, así como pruebas complementarias y antecedentes (somáticos, psicósomáticos y psiquiátricos) sean o no patológicos. De igual manera se incluyen apartados en los que se plasma el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente (Galimberti, 2006).

### **Índice de Gravedad del Insomnio (Insomnia Severity Index, ISI)**

Cuestionario breve, sencillo y autoadministrado. Consta de siete ítems. El primero evalúa la gravedad del insomnio (dividido en tres ítems); los demás sirven para medir la satisfacción del sueño, las interferencias del funcionamiento diurno, la percepción del problema de sueño por parte de los demás y el nivel de preocupación del paciente. La puntuación total se valora de esta forma: 0-7: Ausencia de insomnio clínico, 8-14: Insomnio subclínico, 15-21: Insomnio clínico (moderado) y 22-28: Insomnio clínico (grave). El punto de corte es de 8 puntos indicando que ya la presencia del insomnio (Morin et al., 2011).

### **Cuestionario para el índice de insomnio**

Instrumento autoaplicable de 43 enunciados los cuales comprenden situaciones relacionadas con el sueño, que ayuda a la rápida detección del insomnio, basado en la Clasificación Internacional de Trastornos del Dormir (AASM, 2014). El cuestionario presenta afirmaciones acerca de síntomas relacionados con la dificultad para dormir, así como la detección del tipo de insomnio que se puede presentar. El punto de corte para detectar si el individuo presenta insomnio general y psicofisiológicos es si responde “sí” a las primeras dos preguntas e igualmente si responde “sí” de la pregunta 3-12.

### **Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh**

Es un cuestionario que proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos. Consta de 24 preguntas, de las

cuales 19 reactivos se contestan de manera individual y 5 de ellas el compañero de habitación. Se agrupan en siete componentes, los cuales son: 1) Calidad Subjetiva, 2) Latencia del Sueño, 3) Duración del Sueño, 4) Eficiencia Habitual del Sueño, 5) Perturbaciones del Sueño, 6) Medicación Hipnótica y 7) Disfunción Diurna. La suma de los componentes da lugar a una calificación global, donde una mayor puntuación indica una menor calidad en el dormir. El punto de corte mayor a 5 puntos separaría a los individuos que tienen una buena calidad del sueño de los que no: una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores (Buysse et al., 1989).

### **Escala de Somnolencia de Epworth**

Es un instrumento autoaplicable de ocho reactivos desarrollado por Johns para evaluar la propensión a quedarse dormido en ocho situaciones, en su mayoría monótonas y algunas más soporíferas que otras. El sujeto responde cada reactivo en una escala de 0-3, donde 0 significa nula probabilidad de quedarse dormido y 3 alta probabilidad. La suma de las calificaciones en cada reactivo proporciona la calificación total, con un rango de 0-24. Una puntuación total menor de 10 es considerada normal, 10-12 como indicativa de somnolencia marginal y por arriba de 12 sugestiva de somnolencia excesiva (Johns, MW, 1991).

### **Escala de Ansiedad de Hamilton**

Esta escala está diseñada para ser utilizada en pacientes con síntomas ansiosos, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente ansioso. Consta de 14 ítems y cada pregunta tiene de cero a cuatro puntos, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma

de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. La puntuación total se valora de esta forma: 0-5: Sin ansiedad, 6-14: Ansiedad menor, 15 o más: Ansiedad mayor.

El punto de corte comienza cuando la puntuación es mayor a 5 indicando presencia de ansiedad (Hamilton M., 1969).

### **Sesiones psicoterapéuticas**

Son las reuniones entre terapeuta y paciente que tienen como finalidad llevar a cabo un proceso psicoterapéutico a nivel diagnóstico, intervención o seguimiento; enfatizando la confidencialidad.

#### ***2.2.2 Técnicas***

##### **Observación**

Según Kerlinger y Lee (2007) el investigador fija su atención en el comportamiento y en el discurso del sujeto investigado, se fija en la manera en la cual éste se expresa del comportamiento o acciones de un tercer; al asimilar la información obtenida, establece categorías de análisis basándose en un constructo teórico o variables del estudio, para hacer inferencias de las causas y orígenes de lo observado, así como de las consecuencias que pudiera tener. Para evitar el sesgo, el investigador debe tener un conocimiento competente sobre el comportamiento observado y su significado.

##### **Entrevista clínica**

Se define como una reunión en la cual los participantes (un entrevistador y uno o varios entrevistados) intercambian información (Hernández, 2010); a través de ella, se establecerá una comunicación entre el terapeuta y el o los pacientes en la que se obtendrán una serie de datos relevantes para la comprensión de cada situación particular; estará basada

en la empatía y la confianza, absolutamente necesarias para crear un clima propicio y un ambiente seguro para la intervención.

### **Asociación Libre**

Consiste en que el paciente exprese todo lo que venga a su mente, puede ser a partir de un elemento dado o bien, de manera espontánea; el terapeuta, por su parte, hará de igual manera sus asociaciones o relaciones entre el material que el paciente elabora y la teoría psicodinámica (González y Rodríguez, 2013). A partir de esta técnica, se busca “el significado y el sentido simbólico de la palabra del otro” (Bojórquez, 2011).

### **Interpretación**

Según Abt y Bellak (1994) es la señalización de parte del terapeuta de los elementos que ha percibido de los patrones comportamentales del paciente. También se define como la deducción del contenido latente de las manifestaciones verbales y comportamentales del paciente; a través de ella se sacan a la luz los conflictos defensivos y las motivaciones (González y Rodríguez, 2013).

### **Confrontación**

Como mencionan Bellak y Small (1980) este concepto se puede definir como el momento en el que el terapeuta interpreta de manera llana y directa el impulso que el paciente ha estado reprimiendo o negando.

### **Aclaración**

Consiste en discutir de una manera no cuestionadora la información verbal y no verbal que sea poco comprensible, el paciente no espera esta intervención, puede ser sorpresiva (González y Rodríguez, 2013).

### **Reflejar**

Consiste en comunicar al paciente lo que se observa de él, o lo que se siente. Esta intervención se utiliza como forma de apoyo, cuando se ayuda al paciente a identificar sus propios sentimientos (González y Rodríguez, 2013).

### **Recapitular**

Se utiliza principalmente en las psicoterapias dinámicas breves, con tiempo limitado. Son útiles en períodos de crisis, ya que hacer una recapitulación proporciona estructura y apoyo provisional y permite al paciente establecer relaciones de causa-efecto, lo cual favorece su capacidad de juicio (González y Rodríguez, 2013).

### **Persuasión**

Consiste en tratar de convencer al paciente de que tiene la capacidad de poder cambiar emociones patológicas mediante fuerza de voluntad o del sentido común (González y Rodríguez, 2013).

### **Sugerir**

Esta intervención también corresponde a las técnicas de apoyo y puede ser el inicio de un insight. Sin embargo, es mejor tener cuidado y no sugerir o expresar puntos de vista personales, pues la sugerencia lleva a la sugestión (González y Rodríguez, 2013).

### **Neurofeedback**

Permite que un individuo pueda aprender a modificar la actividad cerebral por medio de un equipo biomédico con electrodos que se colocan en ciertas zonas de la cabeza, con el objetivo de corregir anomalías y deficiencias de algún padecimiento, al sustituir ondas rápidas por ondas lentas (Gruzelier, J., 2009). El equipo utilizado en esta investigación fue

Neurofeedback Brainmaster Atlantis I de cuatro canales (4x4), con valores Z y el software de Brainavatar.

### **Relajación Muscular Progresiva de Jacobson**

Enseña a relajar los músculos a través de la deliberada tensión de ciertos grupos de músculos, y después se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar cómo los músculos se relajan (Instituto Andaluz de Deporte, 2008).

### **Entrenamiento autógeno de Schultz**

Mediante la concentración pasiva y la inducción a sensaciones fisiológicas normales como pesadez y calor, comenzando por las extremidades y avanzando de forma gradual, consigue llegar a un estado de relajación profunda activando las referencias somáticas y viscerales correspondientes (Schultz, J.M., 1980).

### **Técnica de respiración**

La respiración opera mediante interacciones cardio-respiratorias de control vagal. Un adecuado control de la respiración para conseguir una respiración correcta permite la adecuada oxigenación del organismo, lo que conlleva a un menor gasto energético y dificulta la aparición de la fatiga y malestar general (Labrador, F.J., 1992).

### **Visualización e imagería**

Promueve un estado de relajación a través de la descripción de ambientes encubiertos que buscan evocar estado de paz, tranquilidad, relajación física y emocional que conducen al sujeto a una profunda sensación de paz (Vealey y Greenleaf, 2001).

### **Higiene del sueño:**

Se define como el control de factores conductuales y ambientales que preceden el sueño y que pueden interferir con él (Van der Heijden, K. B. et al., 2006).

### **Programación de actividades:**

Estrategia terapéutica más importante de la terapia cognitiva. Durante la sesión, el terapeuta y paciente van programando actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por éste (Beck, A.T., 2005).

### **Distracción externa:**

Consiste en decirle al paciente que vea la T.V., llamar por teléfono, leer un libro, etc., ya que son formas de distracción que sirve para aliviar sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad (Beck, A.T., 2005).

### **Evitar verbalizaciones internas catastrofistas:**

El paciente ha de intentar sustituir comentarios catastróficos por otros que resalten su fortaleza para soportar sufrimiento o adversidades y que le permitan incrementar su tolerancia a la frustración y dolor (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

### **Análisis de responsabilidad:**

Analizar con el paciente a detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros, con la finalidad de reducir los sentimientos de culpa (Beck, Freeman, y cols. 1995).

### **Descubrimiento guiado:**

Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático (Beck, Freeman, y cols. 1995).

### **Conceptualización alternativa:**

Con la ayuda del terapeuta se trata de buscar interpretaciones distintas a las realizadas por el paciente y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean, con



la finalidad de contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones únicas y dificultad para encontrar solución a los problemas (Beck, A.T., 2005).

**Repetición de metas:**

El paciente repite en su imaginación las conductas y acciones deseadas, incluyendo las autoinstrucciones positivas que le puedan facilitar la ejecución de estas (Ruiz et al., 2012).

**Detección de los *debería* y *tendría*:**

Modificación de los términos de “debería” y “tendría” para reestructurar el pensamiento de que el cliente ha de ser infalible consigo mismo, con otros o con el cumplimiento de las reglas o normas establecidas (Ruiz et al., 2012).

### **2.3 Procedimiento**

La siguiente investigación es un estudio de caso clínico utilizando una propuesta por el enfoque psicoanalítico y el cognitivo-conductual, así como también la técnica de neurofeedback.

En primer lugar, se obtuvo el consentimiento informado de la paciente, en el cual se hizo hincapié en la confidencialidad y en su autorización a que su caso fuera el tema del presente trabajo. El acuerdo fue que las sesiones se llevarían a cabo en el Laboratorio de Sueño y Neurociencias de la Facultad de Psicología de la UADY, y que la atención de su caso en el protocolo de investigación no estaba condicionada por su participación en el proyecto.

Se le aplicaron diversos instrumentos, entre ellos, la Escala de Ansiedad de Hamilton (1959), el Inventario de Severidad de Insomnio (Bastien, C.H., Vallieres, A., Morin C.M., 2001), la Escala de Somnolencia de Epworth (Johns, M.W. 1991), el Cuestionario de

Creencias y Actitudes Disfuncionales sobre Sueño (Morin, C.M., 1993), el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ, 1989) y un Cuestionario de Insomnio generado por el Laboratorio de Sueño de la UADY; todos fueron calificados de acuerdo con el protocolo del manual de la prueba, cuyo contenido se encuentra en la tabla del apartado de Resultados.

Igualmente, en el Neurofeedback se realizó el protocolo de Deep Focus, en el que se reducen las ondas cerebrales de Alfa y se aumentan las Teta, con una base de recompensas musicales para la paciente al lograr los objetivos de relajación e inducción al sueño.

Junto con los datos cuantitativos obtenidos en la medición, se realizó la evaluación cualitativa, correspondiente a lo evaluado en la entrevista clínica. A partir de los datos obtenidos se implementó el diseño de la intervención, considerando para tal motivo el nivel de ansiedad e insomnio.

## 2.4 Informe de resultados de la evaluación diagnóstica

**Tabla 2**

*Puntajes de la paciente Martha*

<b>Pruebas</b>	<b>Pre-test</b>
1. Escala de Ansiedad de Hamilton	50 puntos: Ansiedad mayor
2. Índice de Gravedad de Insomnio	17 puntos: Insomnio clínico moderado
3. Escala de Somnolencia de Epworth	5 puntos: Sin somnolencia
4. Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh	13 puntos: Mala calidad del sueño
5. Cuestionario de Insomnio	Cumple criterios de insomnio general y psicofisiológico.

La ansiedad y el insomnio obtuvieron puntuaciones pertinentes. Se considera necesario que se lleve a cabo un proceso de reducción de la ansiedad y una mejor inducción al sueño.

## **Capítulo 3. Programa de intervención**

### **3.1 Introducción**

Con base en los resultados obtenidos en el diagnóstico, se diseñó un programa de intervención con la finalidad de eliminar los síntomas de ansiedad e insomnio.

De tal manera, se establecieron las fases de intervención, la primera fue el encuadre y establecimiento de la alianza terapéutica, posteriormente se trabajó sobre las causas y consecuencias de la ansiedad y de las alteraciones del dormir; la siguiente fase fue la de la de la de mejoramiento de los síntomas a través de las técnicas de intervención clínica con enfoque integrativo y neuropsicológico; a continuación se realizó la evaluación de la ansiedad y de insomnio; concluyendo con el seguimiento del proceso de intervención psicoterapéutico.

Se realizaron las evaluaciones pre test, mid test y post test con el equipo de Neurofeedback 10-20 en conjunto del protocolo de Deep focus, igualmente se aplicaron las pruebas de Escala de Ansiedad de Hamilton(1969), la Escala de las Creencias y Actitudes Disfuncionales acerca del sueño (1993), el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (1989), Cuestionario para el índice del insomnio (2014), Escala de Somnolencia de Epworth (1991) y el Índice de Gravedad de Insomnio (2011); y se emplearon técnicas que tenían como fundamento la interpretación, proyección y ejecución, de acuerdo al enfoque integrativo.

### **3.2 Objetivos de intervención**

#### ***3.2.1 Objetivo General***

Reducir la ansiedad e Insomnio en un adulto mayor mediante la intervención psicoterapéutica con enfoque Integrativo Teórico-Técnico y Neurofeedback.

### **3.2.2. *Objetivos específicos***

- Que el adulto mayor identifique los sentimientos y sensaciones somáticas que la ansiedad pueda causar.
- Identificar el índice de gravedad de Insomnio y Ansiedad en la paciente.
- Realizar un entrenamiento en relajación para inducir al sueño en la paciente.
- Desarrollar un plan de intervención para eliminar la ansiedad e insomnio.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento que ayuden al adulto mayor a enfrentar situaciones futuras.

## **3.3 Programa de Intervención**

### **3.3.1 *Diseño del programa de intervención psicoterapéutica***

El tipo de estudio es descriptivo mixto, pues tiene como objetivo hacer un análisis de los síntomas de ansiedad del sujeto de estudio, posteriormente a la intervención clínica se evaluó el impacto de esta sintomatología, identificando cambios fundamentales en ellas. El diseño es un de un estudio de caso.

Se eligió a una adulta mayor con base en el criterio de inclusión de edad a partir de los 60 años, que presente ansiedad, insomnio y que no esté tomando ningún medicamento para el sistema nervioso central. Se empezaron las sesiones firmando una carta compromiso, el cual es un documento adaptado del contrato terapéutico que usualmente se emplea para formalizar el proceso de intervención entre el terapeuta y el paciente; consiste en unas cláusulas que indican las responsabilidades que tienen ambas figuras del proceso terapéutico en lo concerniente al logro de determinados objetivos y lo necesario para lograrlo, en la cual se especifique que el proceso de intervención clínica se hará por medio de sesiones

terapéuticas individuales; se procuró desde el principio establecer una adecuada alianza terapéutica con la paciente que permitiera el insight y la abreacción emocional por medio de la escucha activa, analítica y empática; a través de las diferentes técnicas e instrumentos se logró que la paciente transitara por las diferentes fases de intervención; para tal efecto, las sesiones terapéuticas individuales fueron de 45 minutos, dos veces a la semana.

Al realizarse bajo el enfoque integrativo enfocándose para esta parte de la intervención en el psicoanalítico, se considera que el programa y las técnicas de intervención poseen un carácter psicoterapéutico en el que abordan aspectos clínicos con la finalidad de reducir la sintomatología presentada.

### ***3.3.2 Fases de Intervención Psicoterapéutica***

**Fase 1: Evaluación diagnóstica.** Durante esta fase, para la intervención psicoterapéutica, se llevará a cabo la entrevista inicial, historia clínica y la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

**Fase 2: Reconocimiento de sentimientos de ansiedad y de ondas cerebrales inductoras del sueño.** El objetivo de la psicoterapia es que la paciente conozca que es la ansiedad e identificar los sentimientos asociados a la ansiedad.

**Fase 3: Enseñanza de técnicas psicoanalíticas y cognitivas.** El objetivo es que la paciente conozca y comprenda el Establecimiento de Conexiones, Recapitulación, Interpretación y Translaboración, así como también la Imaginación Positiva, Repetición de Metas, Parada de Imagen Catastrófica y Proyección Temporal.

**Fase 4: Intervención.** Durante esta fase, se comenzarán a brindar estrategias para disminuir la ansiedad del adulto mayor.

**Fase 5: Generalización de resultados.** Brindar estrategias al adulto mayor para enfrentar situaciones similares en un futuro. Teniendo en cuenta lo visto durante la intervención.

**Fase 6: Post-test.** En esta fase del proceso terapéutico se aplican los instrumentos utilizados en la primera fase, con el objetivo de obtener datos comparativos que evidencian la disminución, aumento o mantenimiento de la ansiedad.

Tabla 1.

*Diseño de Intervención Psicoterapéutica por sesión.*

Fase	Sesión	Objetivo	Instrumentos	Técnicas	Dinámica
Fase 1: Evaluación diagnóstica	1	Establecer el encuadre y alianza terapéutica	Entrevista clínica, Historia clínica,	Psicoanalítica: Entrevista Clínica, Informar, Observación.	Se tuvo una entrevista inicial con la paciente en la cual se expuso el objetivo general de la intervención psicoterapéutica, a la vez que se estableció un clima de confianza a través de un adecuado rapport y encuadre; se obtuvieron los datos de identificación de la paciente para proceder a la elaboración de la historia clínica.
	2	Conocer expectativas y temores de la paciente y lograr una transferencia positiva.	Entrevista clínica, Historia clínica, carta compromiso.	Observación clínica	Una vez establecido el rapport y generando un clima de apertura, se firmó la carta compromiso individual. Se realizó la entrevista general de la Escala de Ansiedad de Hamilton (1959).
	3	Realizar la evaluación de la ansiedad previa la intervención psicoterapéutica.	Escala de Ansiedad de Hamilton (1959),	Observación clínica, Entrevista clínica, Asociación libre.	Se aplicó la prueba Escala de Ansiedad de Hamilton.
Fase 2: Reconocimiento de sentimientos de ansiedad y vínculos familiares	4	Profundizar sobre información acerca de síntomas de ansiedad e Insomnio.		Psicoanálisis: Entrevista, Observación, Asociación libre, Interpretación. Conceptualización alternativa, Detección de los debería y tendría	De acuerdo con los datos arrojados por la Escala de Ansiedad de Hamilton, se determinó el nivel de ansiedad que poseía la paciente para trabajar en ello.
	5	Profundizar en la información acerca de la dinámica y las relaciones familiares.	Historia Clínica.	Entrevista, Observación, Reflejar, Interpretación, Aclaración, Conceptualización alternativa, Detección de los debería y tendría	Explica sobre cómo son las relaciones entre los miembros de su familia.
	6	Obtener información	Historia clínica	Psicoanálisis: Entrevista,	La paciente explicará a profundidad sobre la relación conflictiva que ha

		acerca de la interacción y vínculo materno actualmente.		Observación, Analizar e Interpretar. Cognitivo: Análisis de responsabilidad, descubrimiento guiado	tenido con su madre a lo largo de los años.
	7	Obtener información acerca de su matrimonio y de sus actividades cotidianas.	Historia clínica	Entrevista, Observación, aclarar y preguntar. Programación de actividades	La paciente explicará con detalle sobre la relación con su esposo y sus actividades cotidianas.
	8	Conocer el concepto que tiene la paciente sobre ansiedad, hablar sobre generalidades (qué es, para que sirve, como se manifiesta) y que pueda expresar como se presenta en ella y los demás.		Entrevista, Observación, aclarar, interpretar, preguntar, reflejar.  Cognitivo: evitar verbalizaciones catastróficas	La paciente definirá con sus propias palabras que es la ansiedad, para que sirve y como se manifiesta en ella y en otras personas. Se favorecerá la reflexión
Fase 3: Aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales y psicoanalíticas	9	Conocer e identificar las estrategias para mejorar los hábitos de sueño.		Cognitivo-Conductual: Higiene del sueño, control de estímulos, Restricción del sueño, Relajación Progresiva de Jacobson-Schultz, Imaginería Distracción externa, programación de actividades	En la sesión se le entregó una hoja con los diez mandamientos de la higiene del sueño, que tiene como finalidad mejorar hábitos para lograr en pocos minutos la conciliación del sueño.
	10	Conocer e identificar las estrategias para mejorar los síntomas de Ansiedad Aplicación de Escala de Ansiedad de Hamilton.	Escala de Ansiedad de Hamilton (1959).	Psicoanálisis: Preguntar, completar frases, resumir. Cognitivo-Conductual: metáforas, desensibilización sistemática, Imaginación, Repetición de Metas, distracción externa	Se le aplicó la escala de Ansiedad de Hamilton, para tener el registro del mid-test. Se le asignaron estrategias para reducir los síntomas de ansiedad para situaciones estresantes.
	11	Trabajar los factores psicológicos que generan Insomnio, como la ansiedad, con el fin de iniciar la translaboración	Historia clínica	Psicoanálisis: Reflejar y aclarar  Cognitivo: Descubrimiento guiado, análisis de responsabilidad	Se ordenó el material verbal y no verbal que proporcionó la paciente. Se discutió sin cuestionar. Se reflejó lo que se observó de ella para que identifique sentimientos.
Fase 4:	12	Propiciar que el paciente lleve a consciencia la relación entre la	Historia Clínica	Psicoanálisis: Psicoterapia:	La paciente reflexionó sobre las situaciones que ha vivido a lo largo de su vida que le han generado ansiedad e insomnio.

		ansiedad y el insomnio		Preguntar, interpretar, aclarar y confrontar. Cognitivo: análisis de responsabilidad, Trabajar los deberías y tendrías	
	13	Propiciar en la paciente la toma de consciencia de la intensidad de las emociones y la relación de estas con el insomnio		Psicoanálisis y Cognitivo-Conductual: Asociación libre, Interpretar, Establecer conexiones, Sugerir, Confrontar, Repetición de metas, conceptualización alternativa	La paciente reflexionó sobre la intensidad de sus emociones, cuales son verdaderas y cuales solo son sugerencias.
	14	Trabajar la ansiedad para reducir síntomas de insomnio		Confrontar, Interpretar y establecer conexiones. Exposición. Repetición de metas, conceptualización alternativa	Al ya haber reflexionado, la paciente, trabajó en exponerse ante situaciones que le generen ansiedad y tratar de sobrellevarlo lo mejor posible.
	15	Trabajar la reestructuración de vínculo materno y el perdón con el objetivo de reducir síntomas de la ansiedad.		Preguntar, reflejar, interpretar, establecer conexiones. Cognitivo: Análisis de responsabilidad	Se fortaleció el vínculo materno mediante la reducción de culpa, enojo y se transmitió la compasión y el perdón para poder reparar el vínculo fracturado.
Fase 5: Generalización de resultados	16	Brindar a la paciente herramientas para realizar ejercicios de toma de consciencia de su propio cuerpo y procurar que lo pueda llevar a cabo por sí misma fuera del consultorio.		Asociación libre, preguntar e interpretar, respiración. Programación de actividades, distracción externa	Se le reforzó las técnicas de respiración para que pueda relajarse ante situaciones difíciles que se le crucen en la vida.
	17	Evaluar el proceso de translaboración observado en sesiones previas y reparar el vínculo a través de la toma de consciencia		Reflejar, confrontar e interpretar, Cognitivo: Repetición de Metas.	Se hizo un resumen de lo realizado hasta ese momento, de lo aprendido y de las dudas e inquietudes que tenga. La paciente tomó una decisión de vida enfocada en la manera en la que aplicará las estrategias que se plantearon en el proceso de intervención de psicoterapia. Se platicó con la paciente sobre los temas trabajados en terapia.
Fase 6: Post-test	18	Contrastar el registro inicial con el final e identificar si hay cambios en la	Escala de Ansiedad de Hamilton (1959).	Entrevista a la paciente.	Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton, para tener el registro post-test y se platicará con la paciente sobre sus impresiones respecto a las metas alcanzadas durante el proceso



---

estructura y alteraciones de la paciente y la aplicación post-test de instrumento utilizado.

---

terapéutico, así como los planes que haya elaborado para su vida personal.

**3.3.3.1 Diseño de Intervención de Neurofeedback.** El tipo de estudio es cualitativo, pues tiene como objetivo hacer un análisis de los síntomas de ansiedad e insomnio del sujeto de estudio, posteriormente a la intervención clínica, se evaluó el impacto de esta sintomatología, identificando cambios fundamentales en ellas. El diseño es un de un estudio de caso.

Se eligió a un adulto mayor con base en el criterio de inclusión de edad a partir de los 60 años, que presente ansiedad e insomnio. Se empezaron las sesiones firmando una carta compromiso, el cual es un documento adaptado del contrato terapéutico que usualmente se emplea para formalizar el proceso de intervención entre el terapeuta y el paciente; consiste en unas cláusulas que indican las responsabilidades que tienen ambas figuras del proceso terapéutico en lo concerniente al logro de determinados objetivos y lo necesario para lograrlo, en la cual se especifique que el proceso de intervención clínica se hará por medio de sesiones terapéuticas individuales; se procuró desde el principio establecer una adecuada alianza terapéutica con la paciente que permitiera la relajación de las ondas cerebrales alfa para lograr un incremento en ondas teta. A través de las diferentes técnicas e instrumentos se logró que la paciente transitará por las diferentes fases de intervención; para tal efecto, las sesiones de neurofeedback individuales fueron de 22 minutos, dos veces a la semana en las instalaciones del Laboratorio de Sueño y Neurociencias en la Facultad de Psicología de la UADY.

El protocolo de neurofeedback para el tratamiento del insomnio se basó en la utilización del equipo 10-20 de Neurofeedback usando Z-score como línea base (Marzbani, Marateb, y Mansourian, 2016) y la combinación de los protocolos de Alfa y Teta. El entrenamiento de ondas Alfa y Teta involucraron el registro de actividad de estas ondas cerebrales en el electroencefalograma mientras se presentaba música relajante como recompensa a la paciente por alcanzar ondas Teta y reducir la frecuencia de ondas Alfa.

El protocolo de Alfa se basa en la reducción de ondas cerebrales Alfa a 7-10 Hz para inducir la relajación, sueño y reducir la ansiedad y el protocolo de Teta se basa en el aumento de ondas cerebrales Teta a 12-15 Hz para lograr una rápida inducción al sueño.

El tratamiento se realizó con cuatro electrodos no invasivos (F3, F4, C3, C4) colocados en las regiones frontales y centrales, teniendo una duración de 16 sesiones, de las cuales fueron con ojos abiertos o cerrados dependiendo de la sesión (Marzbani, Marateb, y Mansourian, 2016).

Al realizarse bajo el enfoque integrativo, enfocándose en el cognitivo- conductual se considera que el programa y las técnicas de intervención poseen un carácter psicoterapéutico en el que abordan aspectos clínicos con la finalidad de reducir la sintomatología presentada.

**3.3.3.2 Objetivo general.** Eliminar con el equipo de Neurofeedback y el protocolo de alfa/teta los síntomas de insomnio y ansiedad en un Adulto Mayor.

**3.3.3.3 Objetivos específicos.** Eliminar el Insomnio y la Ansiedad.

- Mejorar la relajación y el estado de inducción al sueño mediante un entrenamiento en relajación.

- Implementar un plan de intervención para disminuir el insomnio.

**3.3.3.4 Fases de Intervención Psicoterapéutica.** Consta de seis fases, cada una se describe a continuación.

**Fase 1: Evaluación diagnóstica.** Durante esta fase, para la intervención con Neurofeedback se llevará a cabo la entrevista inicial, historia clínica y la aplicación del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP), Escala de Epworth, Índice de Severidad de Insomnio (ISI), Cuestionario de Insomnio, Cuestionario de Creencias Irracionales del Sueño.

**Fase 2: Reconocimiento de ondas cerebrales inductoras del sueño.** El objetivo del Neurofeedback es que reconozca las sensaciones fisiológicas que producen en su cuerpo e identificar los estados mentales de relajación para la inducción al sueño.

**Fase 3: Enseñanza de técnicas cognitivo-conductuales.** El objetivo es que la paciente conozca y comprenda cómo funcionan las técnicas de relajación como estrategia de “coping”, practicar las técnicas de Relajación Progresiva de Jacobson-Schultz, el registro de un diario de sueño, higiene del sueño, control de estímulos, programación de actividades, entrenamiento de asertividad.

**Fase 4: Aplicación de Técnicas Cognitivo-Conductuales para el Insomnio y Ansiedad con Neurofeedback.** Durante esta fase, se comenzarán a brindar estrategias para la reducción de síntomas de insomnio y ansiedad del adulto mayor.

**Fase 5: Generalización de resultados.** Brindar estrategias al adulto mayor para enfrentar situaciones similares en un futuro. Teniendo en cuenta lo visto durante la intervención.

**Fase 6: Post-test.** En esta fase del proceso de Neurofeedback, se aplican los instrumentos utilizados en la primera fase, con el objetivo de obtener datos comparativos que evidencian la disminución, aumento o mantenimiento de alteraciones del sueño.

Tabla 2

*Diseño de Intervención de Neurofeedback*

<b>Fase</b>	<b>Sesión</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Dinámica</b>
Fase I. Pre-test (Evaluación Diagnóstica)	1	Obtención de información con base al motivo de consulta.	Historia Clínica	Entrevista inicial, informar, consentimiento informado	Se realizó la entrevista inicial, se explicó el procedimiento del protocolo de investigación, se firmó el consentimiento informado y se dio información acerca del Neurofeedback.
	2	Aplicación de pruebas neuropsicológicas para determinar el perfil de inicio acerca de la efectividad del sueño	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), Índice de Severidad de Insomnio (ISI), Escala de Creencias Disfuncionales y Actitudes acerca del Sueño (DBAS), Escala de Somnolencia de Epworth y Cuestionario de Insomnio	Entrevista inicial, preguntas.	Una vez establecido el clima de confianza se realizó la aplicación pre-test de pruebas neuropsicológicas del sueño

Fase 2. Reconocimiento de ondas cerebrales inductoras del sueño	3	Aplicación de la línea base con equipo de Neurofeedback para evaluar el funcionamiento de sus ondas cerebrales.	Equipo de Neurofeedback	Mantener ojos cerrados.	Se aplicó la línea base con el equipo de 10-20 de Neurofeedback, utilizando el software "Brain Avatar" y el protocolo de línea base Zscore durante 22 minutos, para determinar cómo se encuentran sus ondas cerebrales.
Fase 3. Aprendizaje de técnicas relajantes	4	Favorecer el aprendizaje de la Relajación Progresiva de Jacobson-Schultz	Diario de sueño semanal	Relajación Progresiva de Jacobson-Schultz Programación de actividades	La paciente realizó los ejercicios indicados por la técnica de relajación progresiva de Jacobson-Schultz, en un inicio mirando a la terapeuta y reproduciendo y al final repasará por su propia cuenta los ejercicios. Programar de manera semanal las actividades a realizar los siete días de la semana.
Fase 4. Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales para Insomnio y Ansiedad con Neurofeedback.	5,6	Utilización del Neurofeedback junto con técnicas cognitivo conductuales para el control y la regulación de actividad electroencefalográfica para mejorar la inducción al sueño y reducir la ansiedad	Diario de sueño semanal	Relajación Progresiva de Jacobson-Schultz	Una vez aprendidos los ejercicios de la relajación progresiva de Jacobson-Schultz se procedió a la colocación de electrodos para iniciar el protocolo de relajación e inducción al sueño, con una duración de 20 minutos, de los cuales los primeros 10 minutos serán con ojos abiertos y los últimos 10 minutos serán con ojos cerrados, la relajación será guiada por el terapeuta.  El protocolo a usar es el de reducir ondas alfa e incrementar ondas teta.
	7,8	Utilización del Neurofeedback y música, junto con técnicas cognitivo-conductuales para el control y la regulación de actividad electroencefalográfica para mejorar la inducción al sueño y reducir la ansiedad.	Diario de sueño semanal	Relajación Progresiva de Jacobson-Schultz	Una vez aprendidos los ejercicios de la relajación progresiva de Jacobson-Schultz se procedió a la colocación de electrodos para iniciar el protocolo de relajación e inducción al sueño, con una duración de 20 minutos, de los cuales los primeros 10 minutos fueron con ojos abiertos y los últimos 10 minutos fueron con ojos cerrados, la relajación será guiada por la terapeuta y sonará música instrumental, de manera fluida, cada vez que se detecte que se encuentra en estado de relajación.

9	Utilización del Neurofeedback y música junto con técnicas cognitivo-conductuales para el control y la regulación de actividad electroencefalográfica para mejorar la inducción al sueño y reducir la ansiedad	Diario de sueño semanal	Relajación Progresiva de Jacobson-Schultz	Una vez dominados los ejercicios de la relajación progresiva de Jacobson-Schultz se procedió a la colocación de electrodos para iniciar el protocolo de relajación e inducción al sueño, con una duración de 20 minutos, de los cuales los primeros 10 minutos fueron con ojos abiertos y los últimos 10 minutos fueron con ojos cerrados, la relajación ya no fue guiada por la terapeuta y sonó música instrumental, de manera fluida, cada vez que se detectó que se encontraba en estado de relajación.
10	Aplicación de pruebas neuropsicológicas para determinar el avance acerca de la efectividad del sueño y ansiedad.  Aprendizaje de la técnica cognitivo-conductual de imaginería con el fin de reducir la ansiedad y propiciar una correcta inducción al sueño.	Diario de sueño semanal. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), Índice de Severidad de Insomnio (ISI), Escala de Creencias Disfuncionales y Actitudes acerca del Sueño (DBAS), Escala de Somnolencia de Epworth y Cuestionario de Insomnio.	Imaginería y enseñanza de la asertividad.	En esta sesión se le aplicaron pruebas neuropsicológicas de sueño a la paciente para determinar el avance hasta ese momento.  Seguidamente, la paciente realizó la técnica de Imaginería, utilizando el equipo 10-20 de Neurofeedback, con duración de 20 minutos, de los cuales 10 minutos fueron con ojos abiertos y 10 minutos con ojos cerrados y con música instrumental que sonó fluidamente cada vez que alcance la relajación. Esta sesión fue guiada por la terapeuta.  Enseñanza de asertividad al poder ser capaz de decir “no”, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda.
11	Utilización del Neurofeedback y música junto con técnicas cognitivo-conductuales para el control y la regulación de actividad electroencefalografía para mejorar la inducción al sueño y reducir la ansiedad	Diario de sueño semanal	Imaginería	La paciente realizó la técnica de Imaginería, utilizando el equipo 10-20 de Neurofeedback, con duración de 20 minutos con ojos cerrados y con música instrumental que sonó fluidamente cada vez que alcance la relajación. Esta sesión fue guiada por la terapeuta.

	12	Utilización del Neurofeedback y música junto con técnicas cognitivo-conductuales para el control y la regulación de actividad electroencefalografía para mejorar la inducción al sueño y reducir la ansiedad	Diario de sueño semanal	Imaginería, Asertividad	La paciente realizó la técnica de Imaginería, utilizando el equipo 10-20 de Neurofeedback, con duración de 20 minutos con ojos cerrados y con música instrumental que sonaba fluidamente cada vez que alcance la relajación. Esta sesión no fue guiada por la terapeuta. Trabajar asertividad al poder ser capaz de decir “no”, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda.
Fase 5. Generalización de resultados	13 y 14	Utilización del Neurofeedback y música junto con técnicas cognitivo-conductuales para el mantenimiento de la rápida inducción al sueño y reducción de la ansiedad	Diario de sueño semanal	Imaginería y Relajación Progresiva de Jacobson	La paciente realizó la técnica de Imaginería, utilizando el equipo 10-20 de Neurofeedback, con duración de 20 minutos con ojos cerrados y relajación progresiva de Jacobson y con música instrumental que sonaba fluidamente cada vez que alcance la relajación. Esta sesión no fue guiada por la terapeuta.
Fase 6. Post-test	15	Aplicación de pruebas neuropsicológicas para determinar el perfil de término acerca de la efectividad del sueño y la ansiedad.	Diario de sueño semanal. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), Índice de Severidad de Insomnio (ISI), Escala de Creencias Disfuncionales y Actitudes acerca del Sueño (DBAS), Escala de Somnolencia de Epworth y Cuestionario de Insomnio.	Entrevista, preguntas.	Una vez establecido el clima de confianza se realizó la aplicación post-test de pruebas neuropsicológicas del sueño.
	16	Aplicación de línea base post-test con equipo de Neurofeedback con el objetivo de lograr una	Diario de sueño semanal. Equipo de Neurofeedback	Ojos cerrados	Se aplicó la línea base con el equipo de 10-20 de Neurofeedback, utilizando el software “Brain Avatar” y el protocolo de línea base Z score durante 22 minutos, sin música para

---

comparación en la  
disminución,  
aumento o  
mantenimiento del  
insomnio y la  
ansiedad.

---

determinar cómo se encuentran sus  
ondas cerebrales después de la  
intervención del protocolo de  
Insomnio y Ansiedad.



## Capítulo 4. Resultados

### 4.1. Evaluación del proceso y efectos

En el siguiente capítulo se presenta la evaluación del proceso de intervención con la participante del estudio. Esta evaluación se realizó con dos técnicas, en primera instancia se aplicaron de diversos cuestionarios.

Los cuestionarios se utilizaron con el propósito de conocer el antes y el después de los síntomas de ansiedad e insomnio presentados por la paciente.

En segunda instancia, se evaluó al sujeto mediante la utilización del equipo de neurofeedback 10-20 con el protocolo de Deep Focus.

El neurofeedback se utilizó con el propósito de conocer el antes y el después de los síntomas de ansiedad e insomnio, así como la eliminación de estos.

#### 4.1.1 Historia Clínica

1. Ficha de registro
  - a) Nombre: Martha (seudónimo)
  - b) Edad: 60 años
  - c) Sexo: Femenino
  - d) Estado Civil: casada
  - e) Escolaridad: licenciatura en educación
  - f) Ocupación: educadora jubilada
  - g) Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán
  - h) Lugar de residencia: Mérida, Yucatán

- i) Nacionalidad: mexicana
- j) Nivel socioeconómico: Medio-alto

## 2. Descripción Física del paciente

La complexión de la paciente es de estatura medio baja, piel morena, cabello negro hasta los hombros con canas, ondulado, casi no se maquilla, presenta rasgos de obesidad, ojos color café oscuro y cara cuadrada. Mide aproximadamente 1.56 m e inició la investigación pesando 75 kg. y terminó pesando 73 kg. La forma de vestir a las sesiones siempre fue de pantalón de mezclilla, blusas de manga corta y zapatos de tacón corrido. Una seña particular de la paciente es que tiene mejillas con manchas de melasma.

Su actitud en terapia y ante la terapeuta siempre fue respetuosa, expresiva, respondiendo educadamente y tiende a hablar demasiado.

## 3. Motivo de consulta

- a) Motivo por el que llegó el paciente: Trastorno del sueño. Menciona que tiene el ciclo de sueño-vigilia invertido, duerme de día y esta despierta de noche, igualmente presenta síntomas de apatía, aislamiento y ansiedad ante situaciones nuevas.

## 4. Evaluación del problema del paciente

- a) Evolución de los síntomas: El trastorno del sueño se inició aproximadamente hace un año y se incrementó a raíz del cuidado de la madre con demencia.

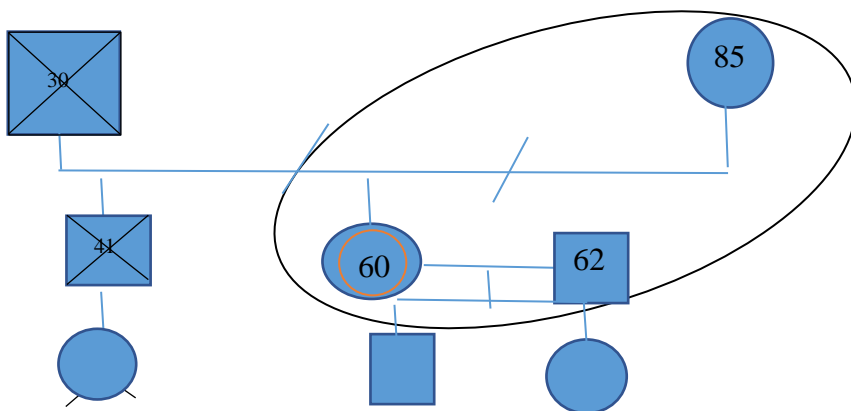
Como resultado de esta situación representa síntomas de depresión y de ansiedad, los cuales se han incrementado en las últimas semanas.

- b) Nivel de padecimiento autopercebido: Considera que es un problema grave sus síntomas de ansiedad, depresión y trastornos del sueño, considera que puede lograr disminuirlos al recibir terapia.
- c) Explicación detallada de la evolución del problema: Reporta que siempre ha manifestado dificultad para conciliar el sueño, esto incrementa desde hace dos años ya que ella es cuidadora de su madre con demencia senil; con su madre ha tenido una fractura en vínculo materno y está en proceso de reparar dicho vínculo. Acompañado del trastorno del sueño presenta depresión y ansiedad, los cuales se agravaron al cuidar a su madre.
- d) Descripción detallada de las áreas implicadas
  - Cognitiva: no presenta ningún daño cognitivo, ya que su memoria, atención y razonamiento son apropiados.
  - Afectiva: su proceso afectivo actualmente se caracteriza por estar asociado a ansiedad y depresión vinculados principalmente por su situación de vínculo materno.
  - Somática: Hipertensa afectado por los aspectos de ansiedad y depresión mencionados anteriormente, que también son agravados por los trastornos del sueño que presenta.
  - Conductual: Mostrado una adecuada actitud en el proceso terapéutico siguiendo al pie de la letra las estrategias utilizadas en terapia para mejorar sus síntomas.

- Interpersonal: Aunque cuenta con un grupo de amigas, la frecuencia con las cuales las visitas ha disminuido a raíz del cuidado que ha tenido que desempeñar al cuidado de su madre.

## 5. Historia Familiar

Figura 1. Familiograma



### a) Descripción breve de las relaciones familiares

La paciente junto con su hermano mayor, fueron cuidados por los abuelos maternos debido a que la madre eligió vivir su vida en búsqueda de una pareja, por lo cual permanece todo el tiempo en la casa de los abuelos maternos, pero en ocasiones convivía con la madre y sus parejas.

El hermano fallece siendo un adulto debido a un ataque cardiaco fulminante, dejando a la paciente con toda la responsabilidad de cuidar de su madre senil. La paciente contrae matrimonio del cual tuvo dos hijos y actualmente ambos han contraído matrimonio y una de ella tiene una hija, la cual dicha nieta

es muy importante para la paciente. La paciente cuida actualmente a su mamá con el apoyo de su esposo y sus hijos.

b) Descripción del entorno social y cultural

La paciente pertenece a un nivel socioeconómico medio-alto, actualmente es jubilada, fue maestra de educación preescolar.

6. Historia personal

a) Historia de desarrollo: la historia de desarrollo del paciente fue sin ningún problema físico, intelectual o de desarrollo al igual que la adolescencia fue equilibrada emocionalmente los primeros años de desarrollo, sin embargo, posteriormente no logra realizar un buen ajuste interpersonal en relación a su familia, especialmente su madre. La paciente contrajo matrimonio a la edad de 20 años en su segunda relación de pareja y con él ha permanecido casada durante 40 años. Actualmente vive con su mamá y su esposo.

Debido a que sirvió como enfermera para su madre desde los 12 años, ha presentado trastornos del sueño que continúan hasta la actualidad la cual se han agravado debido a que su madre presenta demencia senil desde hace dos años. Por lo que ella ha dedicado gran parte de su vida al cuidado de su madre.

b) Historia conyugal: lleva 40 años de casada y mantiene una excelente relación de pareja, ella lo ve como un ángel debido a todo el apoyo y soporte que le ha dado a lo largo de su vida, sin embargo, en los primeros años de casada su esposo era alcohólico hasta que ella le demanda que si quería seguir con ella debía dejar de beber alcohol.

- c) Historia de la sexualidad: únicamente ha tenido una pareja sexual que ha sido su esposo y padre de sus hijos.
- d) Historia escolar/laboral: terminó la licenciatura en Educación y fungió como maestra de preescolar en una sola escuela, durante 25 años y se jubiló a los 50 años de edad.

## 7. Historia de la salud

- a) Antecedentes médicos generales: Martha ha manifestado la mayor parte del tiempo una buena salud, sin embargo, actualmente es hipertensa y está haciendo dieta controlada para bajar de peso, ha logrado bajar 2 kilos en un mes, comiendo sanamente.
- b) Antecedentes de tratamientos psicológicos: nunca había asistido a ningún proceso psicoterapéutico, es primera vez que asiste a terapia. Se siente motivada por mejorar su situación actual, se siente con poder y renovada al descubrir que el asistir a un proceso psicoterapéutico le permite entender y aceptar situaciones que en el pasado eran inaceptables, ha encontrado un nuevo sentido a su vida. Por otro lado, logra modificar su ciclo de sueño-vigilia.
- c) Padecimientos actuales: ansiedad ante situaciones nuevas y desconocidas, depresión por problemas no resueltos y trastornos del sueño.

## 8. Otros datos y eventos significativos

La muerte de su hermano quien muere de manera repentina. Otro evento significativo fue el diagnóstico de su madre con demencia senil.

## 4.2 Resultados de la aplicación de instrumentos

**Tabla 1**

*Índice de Gravedad de Insomnio (ISI)*

<b>Pre-test</b>	<b>Mid-test</b>	<b>Post-test</b>
17 puntos: Insomnio clínico moderado	9 puntos: Insomnio subclínico	3 puntos: Ausencia de insomnio clínico

En esta prueba la paciente inicia el tratamiento obteniendo puntaje relativamente alto, lo cual refleja que el trabajo terapéutico y neuropsicológico deberá de ser orientado a trabajar la dificultad que presenta para iniciar el sueño, sin embargo, conforme va avanzando la intervención podemos ir notando la disminución en su puntaje hasta llegar a una ausencia de insomnio clínico.

**Tabla 2**

*Cuestionario de Insomnio*

<b>Pre-test</b>	<b>Mid-test</b>	<b>Post-test</b>
Cumple con los criterios de insomnio general y psicofisiológico	Cumple con los criterios de insomnio general y psicofisiológico	No cumple con los criterios de insomnio general y psicofisiológico

En este cuestionario de insomnio se puede notar el avance de Martha en cuanto a sus síntomas de insomnio, presentando insomnio general y psicofisiológico. Igualmente, la paciente, logra una adherencia al tratamiento por lo que todas las indicaciones hechas por la terapeuta las cumple, logrando una reducción total en sus síntomas de insomnio.

**Tabla 3***Escala de Somnolencia de Epworth (ESS)*

<b>Pre-test</b>	<b>Mid-test</b>	<b>Post-test</b>
5 puntos: Sin somnolencia	5 puntos: Sin Somnolencia	1 punto: Sin somnolencia

En esta prueba Martha puntuó bajo en todas las veces que se realizó, indicando que aún con la presencia del insomnio no presentó somnolencia, debido a que al estar despierta toda la noche cuidando a su mamá, dormía la mayor parte de la mañana y medio día levantándose relativamente descansada, dando como resultado una ausencia de somnolencia.

**Tabla 4***Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)*

<b>Pre-test</b>	<b>Mid-test</b>	<b>Post-test</b>
13 puntos: Mala calidad del sueño	9 puntos: Dificultades al dormir	4 puntos: Sin dificultades al dormir

*Nota.* Esta prueba está conformada por siete componentes, los cuales se mencionan seguidamente: *componentes PSQI.*

**Tabla 4.1***Pre-test de componentes PSQI*

<b>Componente</b>	<b>Significado</b>	<b>Puntaje</b>
1	Calidad subjetiva del sueño	4



2	Latencia de sueño	4
3	Duración del sueño	0
4	Eficiencia de sueño habitual	2
5	Perturbaciones del sueño	0
6	Uso de medicación hipnótica	0
7	Disfunción diurna	3

**Tabla 4.2**

*Mid-test de componentes PSQI*

<b>Componente</b>	<b>Significado</b>	<b>Puntaje</b>
1	Calidad subjetiva del sueño	3
2	Latencia de sueño	3
3	Duración del sueño	0
4	Eficiencia de sueño habitual	1
5	Perturbaciones del sueño	0
6	Uso de medicación hipnótica	0
7	Disfunción diurna	2

**Tabla 4.3**

*Postest componentes PSQI*

<b>Componente</b>	<b>Significado</b>	<b>Puntaje</b>
1	Calidad subjetiva del sueño	0
2	Latencia de sueño	2
3	Duración del sueño	0
4	Eficiencia de sueño habitual	1

5	Perturbaciones del sueño	1
6	Uso de medicación hipnótica	0
7	Disfunción diurna	0

---

Al sumar los siete componentes da una puntuación global de la prueba la cual está entre un rango de 0 a 21, siendo 0 la no existencia de dificultad al dormir y 21 como severas dificultades al dormir y 5 como punto de corte. Como podemos notar, Martha inicia puntuando 13 puntos indicando una mala calidad de sueño, a raíz de esto podemos considerar que las áreas a trabajar son la calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, eficiencia de sueño habitual y disfunción diurna.

### **Tabla 5**

#### *Escala de Ansiedad de Hamilton*

<b>Pre-test</b>	<b>Mid-test</b>	<b>Post-test</b>
50 puntos:	14 puntos:	4 puntos:
Ansiedad Mayor	Ansiedad Menor	Sin ansiedad

---

El rango del puntaje total puntúa entre 0 y 56 puntos, siendo 0 la ausencia de ansiedad y 56 como ansiedad severa.

En esta prueba la paciente inicia el tratamiento obteniendo puntaje alto, lo cual refleja que el trabajo terapéutico y neuropsicológico deberá de ser orientado a trabajar la dificultad que presenta al sentir sensación de ahogo, micción urgente, boca seca, cefaleas, apatía, cansancio al despertar, temor a lo desconocido, aprensión y anticipación de lo peor.

Conforme avanza la intervención podemos ir notando la disminución en su puntaje hasta llegar a una ausencia de insomnio clínico.

### **4.3 Sesiones**

#### ***4.3.1 Sesiones de psicoterapia***

##### **Sesión 1**

**Fecha: 27 de agosto 2019**

En la primera sesión, Martha llegó puntual, la llevó su esposo y la esperó hasta finalizar la sesión, se pudo observar el cuerpo rígido, vestida de manera sencilla, limpia y casual, sin maquillar, su cabello es de largo medio, tiene canas visibles desde la raíz hasta la mitad de la cabeza, presenta manchas con melasma. Se realizó la presentación de la terapeuta y del contrato terapéutico. La paciente expresó que quería sentirse mejor y mejorar su sueño. Se acordó tener dos sesiones por semana.

Cuando se le preguntó de manera explícita cuál era el motivo por el que acudía a la consulta, dijo: quiero poder dormir de noche, estar despierta de día y no sentirme como me siento. Lo cual se refiere a síntomas de ansiedad y depresión, debido a que frecuentemente siente ganas de orinar, se siente inquieta, con apatía, sin apetito y llanto, también, presenta rumiación de pensamientos y desesperanza.

Posteriormente, se comenzó a recabar información sobre la historia de vida de la paciente y los antecedentes del problema de sueño, ansiedad y depresión.

La información que se obtuvo en esta sesión es la siguiente: Martha vive con su esposo y su mamá, es cuidadora de su madre con diagnóstico de demencia senil desde hace dos años y medio aproximadamente. Tanto Martha como su esposo están jubilados desde

hace 10 años, mantienen una buena relación de pareja, sin embargo, hace 6 años que no tienen intimidad, es decir, relaciones sexuales.

Posteriormente, cuando se indagó sobre su problema de sueño, comenta que se debe a que cuida a su mamá, por lo que al tratar de mantenerse despierta por las noches para estar alerta de los movimientos de su madre y evitar caídas, fracturas o algún daño recurre al uso del celular por las noches, fuma y ve videos, lo cual ha causado que su sueño se invierta al dormir de día y estar despierta de noche, recientemente contrató a una enfermera por algunos días para que le ayude con el cuidado de su madre.

## **Sesión 2**

**Fecha: 2 de septiembre 2019**

Martha acude puntual a su segunda cita, al iniciar la sesión, se le pregunta cómo se encuentra, a lo que respondió que bien, que algunos días ha tenido sentimientos de desesperación y ha estado fumando. Se procede a aplicarle las pruebas pertinentes. Se le pidió responder:

- Escala de Ansiedad de Hamilton

Después de haber respondido las pruebas se le pregunta sobre cuáles son los síntomas de insomnio y los referentes a su estado de ánimo que no le gustaría volver a presentar. Martha comenta que tuvo una vida difícil, que su madre los abandonó a ella y a su hermano con sus abuelos maternos después de que falleció su padre. Martha dice que su madre se dedicó a ser mujer y no a ser madre.

Se le pide que explique de manera más amplia cómo vive ella estos sucesos y cómo logra adaptarse y dijo que tuvo gente cercana que la ayudó a salir adelante, entre ellos sus

abuelos; sin embargo, dice que nunca ha sabido controlar su frustración, ansiedad, falta de sueño y tristeza ante la situación de su madre e incrementa cuando decide cuidarla en su casa al recibir el diagnóstico de demencia senil. También menciona que en sus años laborales, sufrió de acoso laboral y fue cuando tomo consciencia de estos síntomas al darse cuenta que comienza a sentir apatía, tristeza, falta de higiene, problemas para dormir y que trata de sobrellevarlos a lo largo de su vida, sin embargo, actualmente ha llegado a su límite y dice no poder más, quiere ser la Martha que era antes, enérgica, activa, feliz, poder jugar con su nieta, ella está motivada por mejorarse y salir de esto que le está afectando desde hace varios años, aun sabiendo que es un proceso lento.

Se le mencionó que trabajaría en conjunto con su terapeuta para hacer todo lo posible para mejorar su situación actual, esto con el fin de fortalecer la alianza terapéutica.

### **Sesión 3**

Fecha: 4 de septiembre del 2019

Martha llegó puntual y la sesión dio inicio al preguntarle cómo se encontraba, a lo que respondió que tenía mucho sueño. Se le preguntó cómo iba su semana y dijo que bien, que estaba tratando de sentirse bien automotivándose. Se le pidió que, si tenía algún tema del cual hablar o algo que quisiera trabajar en especial, lo mencionara, dijo que no había mencionado en terapia sus dos intentos de suicidio, especialmente el primero que fue cuando tenía 16 años.

A raíz del tema que abordó, se le pidió que explicara con más detalle sobre este episodio, cómo se sintió, dijo que se sentía muy triste e ingirió pastillas, no se murió porque ella cree que no tomó las pastillas suficientes. Se le preguntó que si a partir de este suceso

sus síntomas de tristeza evolucionaron, Martha comenta que sí, aunque no se había dado cuenta hasta que comenzó a trabajar en una escuela, le daba mucha ansiedad no poder entregar los reportes bien redactados por lo que se atrasaba y esto promovía a una crítica constante por parte de sus superiores, haciéndola sentirse incapaz, triste, apática, su necesidad por fumar se incrementó y actualmente puede fumar hasta una cajetilla entera en un día si tiene mucha ansiedad por algo que esté pasando o algo que recordó. También, aumentan estos síntomas, especialmente el no poder dormir cuando se vuelve cuidadora de su madre, se le pregunta si es algo que le incomoda realizar y responde que a lo largo de estos dos años se ha preguntado por qué en la actualidad tiene que cuidar de su madre cuando su madre no la cuidó a ella y que también se pregunta a sí misma por qué tuvo que tener solo dos hijos, para que así alguien más pudiera ayudarla con el cuidado de su madre. En este momento comienza a llorar y menciona que se siente muy ansiosa, que quiere ir al baño, va al baño y al regresar se puede observar que tiene la boca muy seca, se le proporciona un poco de agua y se le menciona que la sesión ha terminado, se le pide que respire hondo y que cuando se sienta más tranquila puede retirarse.

#### **Sesión 4**

**Fecha: 11 de septiembre del 2019**

Hoy la paciente llega puntual a sesión, se muestra con un aspecto diferente, se cortó el cabello, se pintó las canas, se maquilló los ojos y la boca, se puso aretes y un collar y tenía una actitud muy positiva y alegre, durante todo el tiempo de la sesión estuvo sonriendo.

Llega muy contenta diciendo que por primera vez en mucho tiempo logró dormir toda la noche y no sabe si su mamá se levantó o le habló para pedir ayuda, ella asume que no,

porque al despertar todo siguió su curso de manera normal, es decir, que su mamá se levante a desayunar, luego a ver televisión y a continuar su rutina diaria. Comentó que siente un poco de culpa, sin embargo, se le dijo que es parte del proceso de recuperación, es normal sentir la culpa.

La paciente comenta que se siente sumamente relajada, no deja de reírse, comenta que esta semana tuvo ansiedad dos días y fumo casi una cajetilla por los dos días pero que se esforzó por pensar positivo y decirse a sí misma que tiene que recuperarse porque no quiere verse como se ha visto en tiempos pasados.

Se le pide que explique a qué se refiere con que no quiere verse como en tiempos pasados y dice que no quiere volver a pasar días sin dormir, perder el apetito, tener la boca seca, sentir que tiene muchas ganas de ir al baño y no poderlo controlar, no hacer nada, no querer salir, quererse morir, al contrario, dice que quiere irse de viaje con su esposo, llenar la alberca de su casa, jugar con su nieta y volver a reunirse cada semana con sus amigas. Se le pregunta si estos síntomas alguna vez los sintió durante su infancia y ella contesta que tal vez los pudo tener pero que ella no se daba cuenta, si acaso el nerviosismo o tristeza cuando su abuela y abuelo la regañaban.

## **Sesión 5**

**Fecha: 13 de septiembre 2019**

Hoy llega a sesión con un pastel, en agradecimiento por sus cambios positivos y por el apoyo que ha recibido por parte de la Facultad de Psicología.

Se le pregunta a la paciente cómo se encuentra y comenta que estresada, sin embargo, continúa con una actitud positiva, menciona que tuvo insomnio, que logró dormirse hasta las

4:20 am de la madrugada anterior porque ha estado rumiando pensamientos sobre dinero, su madre con demencia y su necesidad de encontrar una cuidadora para que ella pueda ir por su nieta a la escuela y que el estar pensando esto de manera obsesiva le causa estrés y angustia.

- Al inicio de la sesión, se le aplican unos cuestionarios para identificar la severidad de los trastornos del sueño, los cuales fueron:
- Índice de Severidad de Insomnio
- Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)
- Escala de Somnolencia de Epworth
- Cuestionario de Insomnio
- Escala de Creencias Disfuncionales y Actitudes acerca del Sueño (DBAS)

Después de la aplicación de los cuestionarios, se le pregunta si puede hablar sobre sus relaciones familiares, comienza a contar su historia desde su infancia.

Comenta que ambos padres eran maestros, su padre perteneció al sindicato de maestros. Explica que no conoció a su padre ya que falleció de cirrosis hepática a los 3 años de edad de la paciente y a los 8 años de su hermano. Su padre era alcohólico, y era violento, golpeaba a su madre y era mujeriego. Por todas estas situaciones no tiene contacto con la familia paterna.

La paciente comenta que ha tenido mucho rencor hacia su madre ya que al fallecer su padre su madre se dedica a ser mujer y no mamá, ya que ella los deja al cuidado total de sus abuelos y ella comienza a tener novios, en la mayoría de las relaciones con estos hombres, ella era la amante, pues estaban casados y con hijos. La paciente recuerda que de todos los novios de su mamá el más célebre fue un señor casado con hijos al que le decían “el gordo”



y que fue como un padre para ella y su hermano, Martha dice que, gracias a él, a sus 15 años, conoció parte del mundo porque se los llevo de viaje a Brasil, Europa y Canadá. “El gordo” dejaba al cuidado de su madre a la paciente y su hermano, lo cual lo hacía difícil ya que la señora le gritaba palabras ofensivas a la paciente por ser hija de una mamá amante. La paciente comenta que hubiera preferido una mamá normal, que los cuide a haber viajado.

Martha dice que sus abuelos eran sumamente estrictos y casi no veían a su mamá. Su hermano era el consentido de su abuela, sin embargo, siempre fue un rebelde con causa debido a que mi madre nunca le hizo caso, se volvió alcohólico y fumador, después de un tiempo logra abandonar los vicios. Se casa con una mujer que tiene una hija de 3 meses y la adopta como si fuera propia y la paciente la considera como si fuera su sobrina de sangre. Su hermano y su cuñada nunca logran tener hijos ya que ella los perdía de manera natural; tiene un hijo fuera del matrimonio con el que no tienen contacto debido a que la madre de éste decide que no habría; después de un tiempo logran adoptar a una niña de 7 meses la cual vive con su madre. El hermano de la paciente fallece a los 51 años de un ataque al corazón fulminante y su sobrina muere en un accidente de carretera a los 23 años.

Martha comenta que ha sido la enfermera de su mamá desde que le dio apoplejía, el doctor le enseñó a inyectar para no cobrarles \$100.00 por cada inyección. Se le diagnosticó a la madre de la paciente hace dos años inicios de demencia senil, lo cual ha hecho que la paciente tenga que superar y aprender a perdonar la falta de cuidado de su madre y que ahora ella tiene que hacerlo, comenta que siente que ha superado esa etapa, sin embargo, ella siempre se pregunta y se continuará preguntando ¿Cómo no pudo demostrar ser mujer siendo madre?, ¿por qué fue tan dura con nosotros?

## **Sesión 6**

**Fecha: 20 de septiembre 2019**

Martha comentó que su esposo es un “ángel”, que la ha apoyado muchísimo y que ella siente que el haber sido cuidadora primaria de los dos padres de su esposo y su madre al mismo tiempo le ha retribuido el apoyo de él al cuidar a la madre de la paciente cuando ella no puede.

Comentó que tiene dos hijos, el primero es hombre y la siguiente es mujer. Tuvo un aborto natural después de 6 años de haber nacido su última hija. Le realizaron la salpingoclasia, pero al parecer logra embarazarse después de realizarse el procedimiento quirúrgico, se embaraza y a los 4 meses lo pierde, al perderlo le hacen un legrado y fue muy impactante para ella ver la sangre y entrar a quirófano.

El primer hijo que tuvo fue a los 22 años y fue un embarazo difícil ya que ella padece de piedras en los riñones y a los 5 meses la ginecóloga le dijo que debía abortar para que pudiera ser operada de las piedras de los riñones, por lo que si el embarazo continuaba su curso, el bebé podía nacer con alguna deficiencia sensorial o cognitiva, lo cual hizo que tanto la paciente como su esposo se asustaran porque no querían perder al bebé, por lo que fueron con la mamá de Martha para que la ayudara a calmarse y ella le dijo que pidiera opiniones de otros doctores, llegaron con otro ginecólogo el cual le dijo que nada iba a pasar porque ella ya venía recibiendo tratamiento adecuado para tratar su riñón sin afectar al bebé, ambos doctores tanto el del riñón como el ginecólogo trabajaron en conjunto y al final la paciente logra cumplir los 9 meses, con un embarazo estable y un bebé sano.

Comenta que con su hija fue diferente, debido a que el Nefrólogo le dijo que cuando se quisiera volver a embarazarse acudiera con él para que se le diera un tratamiento diferente y

a sus 27 años nuevamente se somete a tratamiento, lo cual logra embarazarse de su segunda hija y nace igualmente sana.

Con el hijo con el que ha tenido más problemas es el mayor, ya que tanto la paciente como él, tienen el mismo carácter, fuerte, saben dónde le duele a la otra persona y atacan y ambos saben que prefieren evitar hablar de temas que los lleve a pelear porque luego ambos salen muy lastimados.

Con su hija, la relación de la misma manera es buena, sin embargo, ella no tiene el carácter de la paciente, ella llora y escucha cuando la regañan, pero cuando se enoja con una sola frase deja callados a los demás.

Comenta que en su casa siempre había gente, que en ocasiones en algunos veranos cuando se iban al puerto se llevaban hasta 12 amigos de sus hijos o también durante un tiempo, dos amigos de su hijo se quedaron a vivir en la casa, uno por 2 años porque se fue de su casa y otro por 4 meses en lo que encontraba trabajo, la paciente comenta que ella siempre trató de ser amiga de sus hijos sin perder la línea de madre.

En una ocasión su hija llegó alcoholizada a su casa y, al día siguiente, cuando ya estaba sobria, le dio dos bofetadas porque “en su casa nadie tomaba” y que no era digno que una niña a sus 16 años tomara esa cantidad de alcohol además de que se ponía en peligro. Al cumplir los 18 años cada uno de sus hijos, les hizo una fiesta en donde le llevo “strippers”, dio alcohol y cigarros para que “conociera lo que había ahí afuera” y se aprendieran a medir y no se apantallaran o se dejaran llevar, en el caso de su hijo, su papá y su tío estuvieron en la fiesta y en el caso de su hija, la paciente estuvo con ella.

La primera en casarse fue su hija, a los 8 meses de haberse casado se embarazó y tuvo una hija que se llama Victoria, para la paciente ella es su sol, es todo, sin embargo, aun

cuando es súper consentida por sus abuelos, la paciente menciona que también se le imponen reglas y límites cuando va a casa de ellos.

Actualmente la hija de la paciente está algo deprimida ya que ha intentado embarazarse del segundo hijo y no lo han logrado porque el esposo tiene poca movilidad de espermias, ahora recibe tratamiento.

La esposa del hijo de la paciente tiene problemas de prolactina producidas por la hipófisis, desde hace cuatro o cinco años por lo que es probable que si se embaraza pueda tener secuelas, la paciente comenta que no quieren tener hijos y ella vive dedicada al “fitness”, corre en las mañanas, va al gimnasio en las tardes y tienen tres “perrhijos” y un “cuyhijo”, los cuales tienen nombres y apellidos.

La paciente menciona que se lleva muy bien con su yerno, tiene una excelente relación con él a diferencia de su nuera, que ha escuchado rumores de que no atiende a su hijo, que cuando se enferma no lo cuida, ni lo lleva al doctor, ni se preocupa porque tome sus medicinas, sin embargo, ella comenta que no se mete en esa relación de su hijo y que, si él quiere permanecer en esa situación, es su decisión.

## **Sesión 7**

**Fecha: 23 de septiembre 2019**

En la sesión de hoy Martha llega puntual, más maquillada a comparación que en otras sesiones, con actitud positiva y con joyería elegante. Durante toda la sesión de terapia no tuvo ganas de orinar ni la boca seca.

La paciente inicia la sesión comentando que ella le tenía mucho rencor a su madre cuando ésta inició con la demencia senil, aproximadamente hace 2 años y medio. Comentó

que su madre prefirió viajar y ser mujer que ser madre y que su mayor conflicto era tener que cuestionarse: “¿por qué yo tengo que cargar contigo si tú no cargaste conmigo?”, la paciente dice que tenía mucho rencor, pero al pasar de los años ha perdonado poco a poco y ha ido variando su estado de ánimo ya que menciona que su enojo hacia su madre ha ido desapareciendo conforme ha pasado el tiempo.

Martha afirma que el diálogo interno que tuvo, al tomar una decisión entre las opciones de inscribir a su mamá en un asilo o encargarse de cuidarla, residió en la culpa que le generó pensar que podría ser maltratada en el asilo o que podría morir en un lugar que no fuera su casa. Aún con el rencor, la paciente menciona que nadie merece vivir sus últimos años de una forma que no quiera, al final del día es un ser humano que no se le debe de obligar a nada.

Se le pregunta si le pidió ayuda a alguien para tomar la decisión y dijo que sí, que fue el Padre de la iglesia quien le da consejos para tomar la mejor decisión, entre ellos, los más significativos son:

- “Tienes que buscar dentro de ti el perdón para poder cuidarla, si no solo la vas a maltratar”.
- Asume realmente tu responsabilidad como hija y toma la mejor decisión en base al bienestar de ambas.

La paciente comentó que ha cambiado con su madre; al inicio, cuando comenzó a cuidarla era poco afectiva con ella, no la besaba, no la abrazaba y no le decía que la quería, ella pensaba “¿por qué mi mamá no tuvo más hijas?, ¿por qué tengo que hacer esto?, estoy cansada”. Actualmente, juega juegos de mesa que a su madre siempre le han gustado, por

ejemplo: cartas y dominó. También, le hace caras con gestos graciosos para que su mamá se ría y lo logra, ya que ella se carcajea, sobre todo lo hace cuando la ve de mal humor.

Actualmente, su trabajo de cuidadora secundaria lo ve como un horario establecido; desde los 12 años ha sido cuidadora de su madre debido a múltiples enfermedades y se convirtió casi en su enfermera ya que ella la inyectaba cuando tenía que hacerlo.

Martha comentó que ahora tiene una preocupación fuerte de dinero debido a que su hijo de 37 años tiene problemas de vesícula y necesita ser operado, sin embargo, no se puede operar debido a una arritmia que tiene en el corazón y también es pre diabético. Comenta que ya se cansó de ser “cochinito” ya que su hijo le pide mucho dinero y tanto ella como su esposo han tenido que ponerle un alto porque pide dinero para cosas innecesarias, como el fin de semana pasado, que se fue a Cancún con su esposa, la paciente menciona que, si realmente le faltara dinero, no viajarían a Cancún.

Comenta que la relación que ha tenido con sus hijos siempre fue buena, nunca fue una mamá que les compraba muchos juguetes, tenían lo necesario, pero si jugó mucho con ellos a manguerazos, globos con agua, béisbol, fútbol, cuando su papá viajaba ellos lo acompañaban y visitaban cenotes, haciendas y el centro de los pueblos a los que iban.

## **Sesión 8**

**Fecha: 25 de septiembre 2019**

El día de hoy la paciente llegó a sesión un poco adormilada, debido a que tuvo que mantenerse despierta porque su mamá estaba inquieta toda la noche. Se le preguntó, sobre sus actividades cotidianas para entender más sobre el cuidado de su madre. Martha dice que ella se levanta a las 9 aproximadamente, le da de desayunar a su mamá, sus medicinas, la

viste, si le toca manicura y pedicura se lo hace, luego va por su nieta a la escuela a la 1:00 pm, llegan a casa y comen aproximadamente a las 2:30pm, después descansan y a las 4:00 pm le toca bañar a su mamá, la viste, la arregla, descansan un rato y la acuesta a dormir a las 8:00 o a veces a las 9:00 de la noche. Los días que va la enfermera a cuidar a su mamá duerme muy bien, si no, duerme alerta para poder estar pendiente de su mamá. La enfermera va tres veces a la semana.

Se le preguntó sobre cómo ha sido su matrimonio, desde el inicio, desde el noviazgo, hasta el día de hoy.

La paciente comenta que todo comenzó cuando ella aún tenía un novio muy guapo y lo descubrió engañándola en el cine con otra chica, los vio abrazándose y besándose y al verlos se acercó a él y le dice de manera tranquila que el fin de semana pase por sus cosas a casa de ella (todo lo que él le había regalado), él trata de decirle que por favor no lo corte y que le dé otra oportunidad y hasta fue a hablar con la mamá de la paciente y la paciente aún así dijo que no quería ya nada con él.

Tiempo después conoció al que ahora es su esposo, en su grupo de amigos. Se hicieron novios porque los amigos jugaban con ellos, diciéndoles que parecían novios, él le propone que se hagan novios y se hicieron pareja. A los 9 meses de su relación de noviazgo, le propone matrimonio a la paciente, va con su madre a pedir su mano y al mes se casan, actualmente llevan 40 años de casados. La paciente comenta que tiene al mejor esposo del mundo.

Se le pregunta si, ¿alguna vez hubo infidelidad por parte de alguno?, la paciente comenta que cuando su hijo el más grande tenía 12 años aproximadamente, le comienzan a hablar por teléfono, mensajes anónimos diciendo “¿quieres saber dónde está tu marido, con

quien está y que está haciendo?”, en una ocasión su hijo contestó y un señor le dijo que es esposo de una señora con la que el esposo de la paciente estaba saliendo y que va a “partirle la madre” a su papá, que le avise, por lo que la paciente le dijo a su esposo que él tenía que elegir entre irse con esa persona o con ella y sus hijos, también le metió toda su ropa en cajas y lo estuvo esperando a que llegará a su casa para firmar el divorcio, su esposo le dijo que no quería divorciarse y después de eso la paciente comentó que el comportamiento y la actitud de su esposo cambiaron, nunca volvió a sospechar nada.

Se le pregunta, cómo fue el proceso del perdón, la paciente comentó que ella no es una persona rencorosa, ni vengativa, que si eligió perdonar es porque realmente lo iba a perdonar, “borrón y cuenta nueva”, comentó que tampoco iba a estar “con su látigo las 24 horas del día”. Mencionó que, a diferencia de su esposo, con su mamá el perdón tardó más en llegar porque ella si la hirió mucho y más cuando la necesitaba ella no estaba.

Otro conflicto que tuvieron en el matrimonio fue en los primeros dos años, ya que su esposo era jugador y alcohólico. Dejó de ser jugador porque se acabó su dinero y el de su familia y alcohólico porque le dio advertencias y se impusieron reglas de casa las cuales fueron:

- En casa no se toma.
- A casa no se trae a nadie alcoholizado.

La paciente, impone como regla que la próxima vez que él se perdiera alcoholizado con sus amigos o quien fuera, ella cambiaba las chapas de la casa y le firmaba el divorcio. Después de la última vez que desapareció unas horas y de tener miedo de perder a su familia no volvió a tomar, de vez en cuando se toma una o dos copas cuando se van de vacaciones, pero no más.



## **Sesión 9**

**Fecha: 25 de septiembre 2019**

Hoy la paciente llegó un poco somnolienta, diciendo que no quería asistir a la sesión porque “quería dormir más en su cama”, debido a que la enfermera se durmió y no escuchó que la mamá de la paciente se paró de la cama, prendió la luz y fue al baño sola, por lo que la paciente se levantó y la atendió, entonces se cortó su sueño y es por esa razón que llegó cansada.

Comenzó diciendo que todos los médicos que ha visitado recientemente le han dicho que se ve muy bien, que, si se ha estado inyectando “botox” o algo similar, ya que se ve renovada, ven una Martha diferente y ya logró bajar 2 kg, antes pesaba 77kg y ahora 75kg, lo cual es beneficioso debido a que es hipertensa.

También mencionó que la enfermedad su mamá avanzó mucho en los últimos días porque no dejó de preguntar las mismas cosas en diferentes momentos del día, que por momentos no los reconocía, por lo que ella le repetía las respuestas, comentó que no le causó enojo tener que repetirle varias veces la misma cosa.

Comentó que la enfermera que cuida a su madre está pasando por la misma situación con su propia madre. Por lo esta razón, Martha le dijo que: “tienes que vivir tú”, “tienes que entender lo que yo entendí muy tarde... si no, no te va a dejar vivir tranquila” “no importa todo lo que tu mamá haga y no haga, es tu mamá y gracias a ella tú estás con vida y puedes respirar, porque ella te dio la vida”.

Martha comenzó a contar sobre su vida en este momento: que su abuelita siempre le dijo que iba a terminar siendo como su mamá... “una fácil”, sus tías siempre decían lo mismo,

cuando se iba a casar, las tías de Martha le preguntaron a su futuro esposo que por qué se quería casar con ella, que si sabía toda la historia de Martha; él contestó que sí sabía todo y que no le importaba.

La paciente comentó que ella no cree en las casualidades, sino en la causalidad, que toda acción tiene una reacción, que el hecho de que la enfermera esté pasando por la misma situación y esté al cuidado de su madre, es para que pueda ayudarla a que no sienta rencor.

Comentó que está preocupada porque se ve reflejada en ella y no quiere que haga las mismas cosas que ella hizo en su momento, se refiere al primer intento de suicidio que tuvo a sus 16 años. Martha atribuye el primer intento de suicidio a su madre, que ella fue su detonante, porque su mamá la deja encerrada en una casa de una de sus amigas, con las que frecuentemente tomaba alcohol; por dos días y cuando su madre le dice que se va a ir y que la va a dejar más días ahí, Martha se desespera, se frustra y decide tomarse diferentes pastillas del botiquín medicinal que encontró en la casa en la que se encontraba, sin embargo, no fueron las suficientes pastillas como para causarle un efecto, el único síntoma que tuvo fue sudar, pero no llegó a más.

Se le pregunta por su segundo intento de suicidio, en el cual, el detonante fue su trabajo y una pelea con sus hijos, debido a que decide no ir a trabajar porque la han tratado muy mal en el trabajo y su hijo la comienza a cuestionar y a ofenderla diciéndole que es “floja”, “que no quiere hacer nada”, entre otras, por lo que la paciente decide tomarse todo el bote de una medicina que encontró por ahí y en esta ocasión, si le comenzó a dar sueño y la llevaron a la clínica a que le hicieran un lavado estomacal.

Comentó que después de cada uno de esos sucesos, especialmente después del segundo, le dio una “cruda moral” porque ella estaba consciente que no quería morir, que fue

un arranque de descontrol, Martha lo ve como un acto de valentía en un acto de cobardía, porque realmente sabe que así no se arreglan las cosas. Se le preguntó sobre qué sentimientos cree que detonaron estas acciones, a lo cual respondió que ansiedad y depresión. Se le pregunta que significa para ella la ansiedad y cómo se manifiesta en ella y los demás. Martha comenta que para ella la ansiedad es “una sensación que se siente ante lo desconocido”, “no puedes controlar tu forma de pensar”, no puedes dejar de pensar en lo mismo una y otra vez y se manifiesta en ella, con sudoración, ganas de orinar y defecar, llanto, aumento del ritmo cardíaco, sensación de nerviosismo, problemas para conciliar el sueño, en otras personas, comenta que puede ser igual a lo que le pasa a ella con unas cosas más o menos.

No ha vuelto a tener intentos de suicidio ni tampoco ideación suicida. Comenta que se ha sentido muy bien y que todos los que ha visto últimamente le comentan que la ven muy bien, que su mirada es de una persona alegre, que se arregla cada vez más y ya logró bajar 1 kg más debido a que está haciendo más actividades en su casa y está comiendo mejor.

También comentó que ella y su esposo han decidido que cuando la mamá de Martha “descanse” van a pedir un préstamo para viajar a Europa por 1 mes. Igualmente, el 31 de octubre se irán 3 días a Progreso, de celebración por aniversario, ellos dos solos.

Después de terminar la sesión de terapia, se pasa a realizar el diagnóstico del tratamiento de insomnio al realizar la línea base fisiológica con Neurofeedback.

## **Sesión 10**

**Fecha: 3 de octubre 2019**

En la sesión del día de hoy la paciente llegó muy contenta porque después de muchos meses, casi 1 año, vuelve a sacar su máquina de costurar y repara 3 pantalones, esto es un logro para ella debido a que no había sentido el ánimo para hacerlo y ayer lo sintió y eso la puso de buen humor porque se sentía orgullosa de su progreso.

Martha comentó que ayer su madre le dijo que le ayudara a bajar las escaleras porque no se acordaba de cómo hacerlo, entonces entre ella y su esposo le mostraron cómo hacerlo y le fueron ayudando poco a poco a que fuera reaprendiendo, mencionó que le costó un poco de trabajo al inicio, sin embargo, logró bajar todas las escaleras. Martha mencionó que ya le dijeron a su mamá que se pase al cuarto de abajo para que no suba y baje escaleras, pero ella se rehúsa, por lo que continúa en el segundo piso. Aseveró que, a medida que pasa el tiempo, se ha dado cuenta que cada vez tiene más ganas de cuidar a su mamá, porque ya juega con ella, ya platican, ya es cariñosa con ella, ya le dice cosas bonitas como que la quiere y la ama. También se ha dado cuenta que ya es así con sus hijos, que antes no sabía cómo demostrarles afecto pero que actualmente los besa, los abraza y les dice cosas bonitas.

Por otro lado, se le preguntó qué significa para ella la depresión, cómo se manifiesta en ella y en los demás. Martha contestó: es algo horrible, es que se te hunda tu barco de sentimientos en lo más profundo del pozo y que no quieras salir de él, te sientes “cómoda” ahí, que es más fácil no hacer el esfuerzo. Y es probable que, para otras personas, sea lo mismo. Los síntomas que experimentó fueron: apatía, falta de higiene, en una ocasión decidió orinarse en ella misma y quedarse así todo el día, llanto constante e intento de suicidio, falta de apetito.

Martha comentó que fue su hija de 7 años, quien le ayudó a salir de la depresión, porque en una ocasión se le acercó a la hamaca y le preguntó “¿Mami te hice daño?, ¿Hice algo mal?, Perdóname mamá, ¿Me perdonas?” Y esos cuestionamientos le bastaron para analizar la situación y decidir que primero están sus hijos antes que todo, eso la ayudó a levantarse de la depresión.

Después de la sesión de psicoterapia se pasa a realizar la sesión de educación de técnicas de relajación.

## **Sesión 11**

**Fecha: 7 de octubre 2019**

En la sesión de hoy la paciente llegó sonriente y puntual, sin embargo, algo cansada debido a que “ tuvo una semana difícil” porque su mamá se enfermó del estómago y la paciente tuvo que cuidarla con más detalle, es decir, checar sus movimientos, bañarla constantemente debido a que se manchaba su ropa interior, sin embargo, afirmó que a pesar de lo estresante que fue pasar por estas situaciones esta semana, logró meterse a la regadera y poner su música favorita y solo sentir como el agua le cae en todo el cuerpo.

Mencionó que ha tenido pensamientos rumiantes debido a que se cuestionó sus planes a futuro, las preguntas que se hacía eran, por ejemplo, si toda la vida iba a poder cuidar a su madre, o en algún punto realmente iba a necesitar meterla en una residencia para adultos mayores debido a que ella ya no pudiera cuidarla físicamente. Lo anterior en referencia a que, según dijo, le ha dolido mucho el brazo por sostenerla cuando la baña, sin embargo, volvió a retomar el cuestionamiento y comentó que realmente no sabe que decisión va a tomar cuando ese momento llegue, cuando la enfermedad avance en su madre y le sea

imposible cuidarla, sin embargo, por el momento para evitar pensamientos de ansiedad, se dijo a sí misma que cuando esas situaciones se presenten ella tomará una decisión en base a su propia condición física y economía.

Comentó que se ha sentido culpable por pensar en los planes que tiene con su esposo para cuando su madre “descanse”, por lo que se le dijo que no se sorprenda si de vez en cuando presenta estos pensamientos, ya que es un poco normal y entendible debido a la situación de desgaste físico y emocional que está viviendo, también, se le dijo que no es la única persona que tiene este tipo de ideas, es algo que se presenta comúnmente en personas que son cuidadoras de algún familiar.

Después de un momento de silencio, comentó que se ha sentido frustrada porque pensaba que para esta etapa de su vida podría estar viviendo otras cosas, por ejemplo: el reencontrarse con su esposo, el pasar más tiempo con su nieta y sus hijos, el realizar actividades que dejó de hacer por falta de tiempo y energía, como, por ejemplo: nadar, costurar e ir a la playa. Sin embargo, ella agradece que esté recibiendo apoyo por parte de toda su familia, especialmente de su esposo, ya que nunca le ha reclamado por tener que hospedar a su suegra de manera indefinida.

Se le dijo a la paciente que en ocasiones cuando uno está muy inmiscuido en la situación en la que vive es normal que no se piense de manera positiva, sin embargo, el que Martha esté cuidando de su madre le da una oportunidad de convivir con ella de la manera que nunca pudo cuando era más joven, tiene una oportunidad de estar cerca de su madre y de crear nuevos y mejores recuerdos que van a perdurar el resto de su vida. La paciente comentó que nunca lo había visto así, y que ahora se da cuenta de lo afortunada que es porque la vida le ha dado una segunda oportunidad para estar con su madre.

Conforme a la situación que vivió la paciente la semana anterior, se practicaron algunos ejercicios para relajarse, con la finalidad de que pueda utilizarlos cuando se sienta muy estresada o cansada después de cuidar a su madre. Los ejercicios recomendados son: Relajación Progresiva de Jacobson-Shultz e Imaginería, de los cuales se practicaron en sesión. También, se le recomendó continuar con los mandamientos de la higiene del sueño y restricción del sueño durante el día.

## **Sesión 12**

**Fecha: 14 de octubre 2019**

La paciente llegó a sesión vestida como normalmente asiste a consulta, mostraba signos de cansancio, sin embargo, tenía actitud positiva. Inicia la sesión comentando que ha sido otra semana difícil debido que a su madre le diagnosticaron neumonía la semana pasada y que continúa estando enferma del estómago, por lo que Martha ha estado muy ocupada cuidándola, tiene que bañarla cada vez que se mancha al defecar y lavar el baño; algunos días es hasta tres veces que tiene que hacerlo, cada 8 horas le toca nebulizarla, darle medicamentos, y aun cuando su esposo le ayuda reporta que está muy cansada, que lo percibe cansado también; por otro lado, reporta que la demencia ha avanzado rápido ya que comienza a hacer comentarios sobre que alguien le va a robar su dinero y sus cosas, Martha le dice que nadie le está robando nada y le muestra que todas sus cosas están en orden y en donde deberían de estar.

La paciente mencionó que se siente quebrada, que siente que ya no puede más con tanto cansancio y que cree que ella se va a ir primero que su mamá, es decir, siente que ella va a morir primero por el cansancio y el desgaste que le genera el cuidado de su madre.

Afirma que presenta síntomas ansiosos, tiene náuseas, pérdida de apetito, y se siente nerviosa, comenta que su madre ha logrado recuperarse de la neumonía por lo que él día de hoy se siente un poco más tranquila que otros días; a pesar de esta mejoría, Martha mencionó que ha estado rumiando la idea de mandar a su madre a una residencia para adultos mayores porque no sabe cuánto tiempo más puede cuidarla, dice tener miedo de que al empeorar la demencia de su madre ella empiece a tratarla mal debido al cansancio extremo que le genera cuidarla. Comenta que no sabe qué hacer, no quiere tomar una decisión porque siente mucha culpa de abandonarla en una residencia, por lo que se le preguntó si el que asista a una residencia de día podría ser una opción y responde que, si lo ha pensado, sin embargo, no está segura aún de hacerlo, se le dijo que no tiene que tomar una decisión hoy o de manera rápida o pronta, cuando ella se sienta segura logrará tomar una decisión sobre qué hacer con su mamá. Hace el comentario respecto a que tiene dos amigas que ingresaron a sus madres en residencias, una en Luna Nueva y otra en Hermanos Heart y ambas le recomiendan mucho esos lugares, no maltratan a los adultos mayores y tampoco los medican más que con los que necesiten tomar por salud. Martha comienza a llorar debido a que se siente “entre la espada y la pared” por no saber qué hacer con la situación de su madre, por lo que se le dijo que la culpa es como un tsunami que arrasa sin avisar, una de las armas con las que contamos es sacar todos esos pensamientos y reflexionar sobre ellos, desde nuestro interior preguntarse: ¿soy culpable?, ¿He hecho lo que he podido?, ¿Es justo y razonable lo que me piden? Estas preguntas se quedaron como reflexión para abordarlas la siguiente sesión. Antes de finalizar la sesión se le refuerza positivamente al celebrarle sus progresos sobre su autonomía, sobre sus logros al mejorar la relación con su madre y por hacerse valer, se le muestra la



importancia de cuidarse a ella misma, de quererse, con la finalidad de que esto la ayude a tomar una mejor decisión sobre su madre.

Después de la sesión terapéutica se pasa al laboratorio de sueño para continuar con el tratamiento del insomnio.

En la sesión de Neurofeedback, la paciente reporta haber alcanzado las recompensas hasta un 65% al relajar la onda teta; en los últimos 8 minutos la paciente logra dormirse unos minutos, lo que muestra un avance en el tratamiento de Insomnio con Neurofeedback, ya que, aun presentando síntomas de ansiedad, logra relajarse, alcanzar la onda teta y llegar hasta delta.

### **Sesión 13**

**Fecha: 24 de octubre del 2019**

En la sesión de hoy la paciente comenta que ha estado tratando de salir adelante con respecto a la neumonía de su mamá, menciona sentirse agotada porque la tiene que cuidar como si fuera su bebé, sin embargo, ha dormido bien gracias a la ayuda de la enfermera que atiende a su mamá, la mamá de la paciente ya se curó de la neumonía ya solo está tomando medicamentos de control para no volver a recaer.

Comenta que las amigas de su mamá la van a ir a visitar para poder convivir con ella porque no la han visto desde que le diagnosticaron demencia, por lo que la paciente se siente preocupada por la manera en la cual su madre podría reaccionar ante la presencia de un grupo de personas, por el reconocimiento de sus amigas, por la limpieza, el gasto de la comida, sin embargo, las amigas se organizaron y ellas llevarán comida y bebidas; se le recomendó a la paciente que hablara con las amigas de su mamá para que fueran llegando de dos en dos y así no le cause una fuerte impresión ver a tanta gente al mismo tiempo.

Se le preguntó a la paciente si ha tomado alguna decisión con respecto al tema de llevar a su mamá a una residencia para personas de la tercera edad, a lo cual responde que por el momento no la llevará a una casa de retiro porque su corazón se niega a hacerlo, considera que esa decisión la tendrá que tomar cuando ella sienta que ya no pueda cuidarla más. Se le dice que es una buena elección y que tal vez en un futuro, cuando llegue el momento y ella tenga que tomar una decisión diferente, sea capaz de tomar en cuenta las ventajas y desventajas de dicha decisión, ya que sin importar cuál sea, va a tener una reacción, por ejemplo: si decide llevarla a una casa de retiro la ventaja es que ya tendría más tiempo para ella, su esposo, sus hijos, pero la desventaja sería que presente sentimientos de culpa por no cuidarla, por otro lado, si decide cuidarla en su casa la ventaja sería que no sentiría culpa pero la desventaja sería que presente cansancio y agotamiento tanto físico como mental. Otra opción viable que se le presentó a la paciente, fue decirle que ella podría cuidarla en casa, con la ayuda de una señora de servicio, de complejión gruesa, para los cuidados de su madre hasta que pierda la cognición y olvide donde está, con quien está y/o quién es ella, de tal manera que si le cambian su lugar de residencia ella no lo note y no sufra.

La paciente comenta que ha pensado en contratar a una señora de servicio cuando las enfermeras dejen de ir a cuidar a su mamá; del mismo modo, Martha menciona que es una buena idea cuidarla hasta que ella pierda la memoria y en ese momento llevarla a una casa de retiro, afirma que no lo había pensado así, sin embargo, dice que no le gustaría que eso llegara a pasar porque no quiere que su mamá sufra.

Comenta que está planeando ir a Disney con su nieta y demás familia dentro de 4 años, para cuando ella tenga 10 años y lo pueda disfrutar, por lo que lo más probable es que la lleve a una casa de retiro, los días que va a estar viajando con su familia.

Después de terminada la sesión terapéutica se procede a continuar con el tratamiento de insomnio con Neurofeedback. En esta sesión, a la paciente le cuesta un poco de trabajo relajarse, se le reduce el nivel de porcentaje de recompensas a 4.5 cuando normalmente el nivel que alcanza es el 5.0, es decir, que no alcanzó la meta en su estado de relajación, por lo que no alcanzó el puntaje que normalmente alcanza; en esta sesión alcanza un 48% en recompensas por alcanzar ondas teta, con ojos cerrados y escuchando música relajante.

#### **Sesión 14**

**Fecha: 28 de octubre de 2019**

En la sesión de hoy la paciente llega con una sonrisa, comenta que se encuentra contenta porque fue un éxito la reunión de su mamá, las amigas respetaron las instrucciones de llegar de dos en dos para no abrumarla o asustarla, en total llegaron seis amigas de las cuales reconoció a cinco, a una no la reconoció debido a que se enfermó de vitíligo y ya está muy manchada, hasta el cabello ya es de otro color, sin embargo, Martha comenta que su mamá se la pasó muy bien, se divirtió y organizó una fiesta grande como las que hacían antes, lo cual hace que la paciente se sienta ansiosa por prestar su casa, porque su mamá se asuste al ver a tanta gente y por el gasto de dinero al comprar comida y bebidas. Se le dice que a lo mejor podría organizar al grupo de amigas para realizar una posada navideña en algún local rentado, que todos aporten con su parte y así no es demasiado el gasto, la paciente respondió que sí, que es algo que había estado pensando hace unos días y considera que es la mejor opción.

Comentó que cuando ella era más joven su mamá solía hacer fiestas en grande con sus amigas, iba con su amante y en algunas ocasiones asistía la esposa de su amante. Martha comentó que en algunas ocasiones ella no quería que su mamá llevara a su amante o que

fuera a fiestas o ver a sus amigas, porque ella quería tener a su mamá solo para ella, tener un momento solo para ellas dos.

Martha comentó que su mamá se llevaba muy bien con la esposa del “Gordo”, platicaban, se visitaban y se ponían de acuerdo para conseguir ciertas cosas del “gordo”, la paciente mencionó que la esposa y los hijos del “Gordo” los trataron muy bien tanto a ella como a su hermano, ella recuerda que su esposa siempre fue muy noble y amable con ellos, los trataba como sus propios hijos. Se le preguntó a la paciente, que considera que hizo que fueran tan buenas amigas la esposa y su mamá, responde comentando que ella las consideró muy inteligentes en su momento ya que se aliaron para conseguir cada una beneficios, por ejemplo: la esposa logró conseguir que “el Gordo” dejara de tomar alcohol, llevara dinero a la casa y se comprometiera más como padre y esposo y eso se da gracias a que la mamá de Martha le decía que no tomara, que el dinero que le daba a ella tenía que darle el doble o triple a su esposa y pasar más tiempo en casa con sus hijos, por otro lado, la ganancia de la madre de la paciente era tener una relación de pareja en donde ella fuera apreciada, valorada y cuidada. Martha piensa que su madre quería subir su autoestima debido a que el padre de Martha le decía que no servía como mujer; así como también, el ser libre y no sentirse atrapada en una relación de matrimonio. También, comentó que siente que su madre estaba tratando de compensar el tiempo que no pasó con ellos comprándoles cosas y mandándolos de viaje, por lo que le parece que por eso le costó mucho trabajo demostrar afecto a sus hijos, actualmente ya los abraza y los besa, pero antes no.

Martha mencionó que la relación entre “el gordo” y su mamá termina cuando le es infiel con una mujer más joven, después él enferma de cáncer de estómago y fallece.

Después de la sesión terapéutica se procede a realizar la sesión de tratamiento del insomnio con Neurofeedback. En esta sesión Martha logró relajarse, por lo cual se le aumenta la dificultad a 5.3, logrando mantener el estado de relajación de ondas teta, por lo que su porcentaje de recompensas es de 58%.

## **Sesión 15**

**Fecha: 4 de noviembre 2019**

En la sesión de hoy la paciente llegó con arreglo personal similar al de sesiones pasadas, sin embargo, tenía apariencia cansada. Al preguntarle cómo se encontraba, comienza a decir que casi no ha dormido debido a que su mamá ha estado muy alterada en los últimos días, no deja de llamar a la paciente para que la atienda y ese ajeteo no le permite a la paciente descansar por las noches por lo que se ha estado sintiendo desanimada, por otro lado, también se siente con bajos ánimos debido a la continua rumiación del dilema de inscribir a su mamá en una residencia para adultos mayores, comenta que ya se cansó de estar todos los días en el mismo lugar, de hacer las mismas cosas, de no poder tener tiempo para ella, para sus hijos, nieta y esposo, también comenta que en los últimos días de la semana su mamá ha dejado de reconocerla, la busca y le pregunta a la paciente: ¿dónde está Martha?, a lo que la paciente responde: Yo soy Martha, mamá. Estas situaciones han hecho que la paciente mencione que se altera y se confronta a sí misma, ya que comenta que el cuidado hacia su madre estos últimos días han sido “fríos”, casi no habla con ella, no ha jugado cartas con ella, menciona que no quiere que nadie le hable, no quiere escuchar ruidos, no quiere ver televisión, solo quiere que la dejen estar un rato sola para que descanse.

Comentó que ha estado sintiendo culpa al pensar que si hubiera inscrito a su mamá en una residencia cuando había un lugar disponible aquella que había contemplado, ahora podría estar trabajando en terapia sus sentimientos de culpa, por lo que la terapeuta le dijo que “los tiempos de Dios son perfectos” tal vez ése no era el momento adecuado para inscribir a su mamá en una residencia y al no hacerlo, le dio la oportunidad de cuidarla, de compartir momentos y generar recuerdos felices, de perdonar el pasado, de mirarla de forma más compasiva. A lo anteriormente expuesto la paciente contestó que es cierto, todo tiene su tiempo y cree que el haber tomado la decisión de cuidar a su mamá en casa ha resultado beneficiosa de cierto modo para el alma, porque se han curado muchas heridas del pasado.

Martha expuso en la sesión que tiene que pensar muy bien la decisión de hospedar a su mamá en una residencia, porque le genera pensamientos y cuestionamientos sobre ella misma, ya que piensa que es su deber como hija cuidar a su madre. Comenta que recientemente encontró en Facebook una frase que decía: *Una madre es capaz de cuidar a sus diez hijos sola, pero ninguno de sus diez hijos es capaz de cuidar a su única madre.* Lo que generó en ella un cuestionamiento sobre si es una hija buena o mala. La terapeuta le comentó que ha sido una buena hija, ya que la ha cuidado aun cuando sentía rencor, también se le dijo que una buena hija sabría reconocer sus propios límites tanto físicos como psíquicos ya que al inscribir a su madre en una casa de retiro también la estaría cuidando, le estaría pagando un servicio para que la puedan atender de mejor manera, lo cual significa que no la abandonaría porque la podría ir a visitar todos los días.

Inmediatamente se le hace la comparación de lo que significaría ser una mala hija, lo cual sería el ser agresiva verbalmente y físicamente con su madre debido al cansancio y la frustración.

La paciente responde que logró perdonar a su mamá después de un tiempo de cuidarla, primero la entendió como mujer, ya que su mamá quería repararse a sí misma, volver a tener confianza en ella, necesitaba que alguien la empoderara y la amara y al llegar “el gordo” y amarla profundamente ella es capaz de superar su pasado sin embargo, el lazo de madre-hija se rompió por lo que le costó mucho trabajo a Martha perdonarla como madre, sin embargo, cuando consiguió hacerlo fue capaz de ser amorosa y afectiva en el cuidado con su madre.

Al final de la sesión comenta que siente que ya ha tomado la decisión de inscribirla en una casa de retiro y que solo le hace falta un empujoncito para poder hacerlo sin tanto remordimiento por lo que se le menciona que el sentimiento de culpa se podría trabajar en terapia si esa es su decisión final.

## **Sesión 16**

**Fecha: 14 de noviembre 2019**

En esta sesión la paciente llegó con arreglo personal similar al de sesiones pasadas. Comentó que se ha sentido bien el martes y miércoles, sin embargo, del viernes pasado al lunes se ha sentido muy saturada debido a que su mamá tuvo incontinencia tres veces, por lo que la paciente ha tenido que bañarla tres veces en un mismo día, limpiar el cuarto y lavar la ropa, lo que ha hecho que se sienta sobrecargada y le gritara a su mamá que dejara de llamarla, también, la paciente comenta que ha estado perdiendo peso sin el seguimiento a una dieta para tal efecto.

Martha comentó que continúa en el mismo dilema, en el que la razón le dice que la inscriba a una casa de retiro, pero su corazón dice que no lo haga. Mencionó que tiene que lograr dejarla ir porque no quiere llegar al punto donde la maltrate porque ya no sería tiempo

de calidad; del mismo modo, afirmó que se ha encontrado de mal humor por el cansancio, ya no quiere atenderla, no quiere que nadie le hable, no quiere que nadie le llame por su nombre, ya no quiere nada, pero por otra parte, ella misma se recrimina diciéndose a sí misma que es mala, que su mamá no se tiene la culpa de estar enferma, que no le está haciendo nada, que es como una niña lo cual hace más difícil la toma de decisión de inscribirla o no a una casa de retiro. Se le menciona que uno no se define por lo que los otros dicen de uno sino por lo que uno supera. Se le hizo el comentario de que no importa la decisión que ella tome, va a poder superar lo que venga debido a que es una mujer fuerte, con carácter, responsable y amorosa.

La paciente mencionó sentir que la relación de ella y de su madre es co-dependiente, porque se necesitan ambas, pero se hacen daño. Posteriormente, comentó que ésta es la decisión más difícil que ha tenido que tomar en su vida, sobre todo porque ella siempre ha tenido el carácter y la fortaleza para poder tomar decisiones difíciles, pero esta decisión con respecto a su madre le está costando mucho trabajo y no sabe por qué... a lo cual se le responde que tal vez es la decisión más difícil debido a que por muchos años Martha había deseado pasar tiempo con su mamá y hasta ahora ha logrado poder convivir con ella, tener tiempo de calidad con ella, a lo que la paciente responde que no lo había pensado así pero considera que es cierto, por lo que se le dice que aun inscribiéndola en una casa de retiro puede tener tiempo de calidad con su mamá, ya que puede ir a visitarla diario unas horas, puede organizar el que las amigas de su mamá la vayan a visitar. Martha comentó que pensará en ello y tratará de tomar una decisión.



## **Sesión 17**

**Fecha: 20 de diciembre 2019**

En esta sesión la paciente llega con una sonrisa en el rostro. Inicia comentando que ha podido dormir en lo que resta de la semana debido a que la enfermera que cuida a su mamá renunció a su otro trabajo por lo que ya puede cuidar y atender más días a la mamá de Martha, sin embargo, los días que no pudo dormir por estar alerta, comenta que, al rezar, rezaba para que se llevaran a su mamá, que la dejaran descansar porque ella ya no podía con el desgaste físico y mental de cuidarla. Martha dice que al pasar estos pensamientos por su cabeza le generaban remordimiento, se sentía la peor persona del mundo por querer que su mamá fallezca, por lo que se le comentó que es común que las personas que cuidan a algún familiar se desgasten tanto que les pasen estos pensamientos o ideas en la mente, sin embargo, se le explica que como se ha comentado en sesiones anteriores, no es la peor persona del mundo ya que ha dedicado esta etapa de su vida al cuidado de un ser querido y que es un ser humano que también se cansa, se fatiga y se angustia, sobre todo porque es un trabajo bastante cansado.

La paciente comenta que desde la caída de su mamá ha reflexionado bastante, debido a que la caída no fue tan trágica, pero ella hace el evento más grande debido a que se predispone a que en diciembre siempre le pasan cosas malas. Por otra parte, comenta que la noticia de que su hija este posiblemente embarazada hace que Martha piense en meter a su mamá a una casa de retiro ya que tendría que ayudar a su hija a cuidar a su nieta en el caso de que sea un embarazo de alto riesgo. También, el escribir sus pensamientos por la noche le ha ayudado a entender a su mamá como mujer, menciona sentirse mal al juzgarla en el pasado por haber estado en diferentes relaciones de pareja, ya que Martha también tuvo su época de

rebeldía cuando era joven. Por lo que comenta que estos recuerdos, le ayudan a no juzgar y a entender y sentir compasión por su madre.

La decisión que Martha ha tomado por ahora es esperar al resultado de posible embarazo de su hija y el aumento de días a cuidar, que va a tener la enfermera para decidir si inscribe a su mamá a una casa de retiro o se dedica a cuidarla la enfermera todos los días.

## **Sesión 18**

**Fecha: 6 de febrero 2020**

En esta sesión la paciente llega con una sonrisa y con un cambio de look. Inicia comentando que todo se le ha juntado a finales de diciembre e inicios de enero, comienza mencionando que el 24 de diciembre su mamá convulsionó cinco veces debido a que le cambiaron un medicamento, el cual causó reacción con los otros medicamentos que toma. También comenta que una semana atrás su esposo comenzó a sentir dolor en el corazón, él tiene antecedentes cardiovasculares, por ahora le están haciendo los estudios correspondientes ya que tiene un fallo cada diez latidos y tiene un agujero en el corazón, que con el tiempo se ha ido haciendo pequeño, sin embargo, Martha siente que estos fallos comenzaron a raíz de todo el estrés que han pasado ella y su esposo.

Otra situación que se presentó fue que su hija no logró embarazarse en este último intento, todos en la familia estaban deseosos de que sucediera, sin embargo, la paciente comenta que a pesar de todas estas situaciones que le producen estrés, considera que su ansiedad y estrés ya los puede controlar, por lo que se le felicita por controlar su ansiedad y estrés ante situaciones adversas que la vida le presenta. También, comenta que dentro de las cosas positivas que le han ido sucediendo fue que la enfermera acordó quedarse a vivir en

casa de Martha para cuidar 24/7 a la mamá de Martha empezando este lunes, en donde el acuerdo fue que la enfermera ira a estudiar por las mañanas y cuando regrese de la escuela cuidará a la mamá de Martha, también saldrá de noche los sábados para ir a ver a su familia y regresará domingo por la tarde, por lo que la paciente comenta que siente un respiro porque ahora sí podrá realizar otras actividades con su familia. Comenta que ha estado tomando tiempo para ella misma, al ir al salón de belleza sola, al retomar las salidas con su grupo de amigas de toda la vida, ha estado yendo al cine con su esposo una vez a la semana, por lo que se siente bien anímicamente a pesar del temor de una posible cirugía de su esposo. Por lo que se le felicito nuevamente, esta vez por tomar la decisión de tomarse tiempo para ella misma, por afrontar los miedos y por esforzarse por no incrementar sus niveles de ansiedad y estrés.

#### ***4.3.2 Sesiones de Neurofeedback***

##### **Sesión 1**

**Fecha: 13 de septiembre 2019**

La paciente llega temprano a su primera sesión de línea base de Neurofeedback, la cual consistió de colocarle los electrodos que corresponden a la región cerebral F3, F4, C3 y C4, con la intención de tener una base para poder comparar como inicia el tratamiento y como lo termina. Sin embargo, el procedimiento duró 22 minutos con ojos cerrados, hubo algunas señales artefactadas debido a que movía su mano, su pie, su mandíbula.

Durante este tiempo la paciente estuvo muy ansiosa, lagrimó al iniciar el tratamiento aun cuando ya se le había explicado todo en lo que consistía el Neurofeedback. En los últimos 15 minutos la paciente pregunta ¿si falta mucho? para terminar el tratamiento de ese día,

también unos minutos más tarde pide al terapeuta que le agarre la mano, se le da la mano y ya en los últimos dos minutos comienza a lagrimar igualmente, se le dice que la sesión terminó y se para de la cama en automático, se le comienzan a quitar los electrodos y al ser retirados todos, abraza al terapeuta y comienza a llorar y a decir que se sentía muy ansiosa, que quería ir al baño, por lo que salió al baño y al regresar se le dijo que respire hondo y cuando logra restablecerse se va con su esposo a casa.

Comenta la paciente que el día anterior solo logro dormir 3 horas y no más debido a que le dio ansiedad que su mamá se fuera a caer de su hamaca y se fuera a lastimar.

Como observación, la paciente llegó rígida de todo el cuerpo, con boca seca, muy emotiva y con mucha necesidad de apego.

## **Sesión 2**

**Fecha: 20 de septiembre 2019**

Se le explicó que a partir de esta sesión comenzaría su intervención terapéutica y de Neurofeedback, sin embargo, por falta de tiempo el día de hoy únicamente se pudo realizar la terapia de NFB. Se le explico que para poder inducirla al sueño se entrenarán las ondas theta y para que esto pueda suceder, se realizó la relajación progresiva de Jacobson en la cual comienza tensando y relajando los pies hasta llegar a la cabeza. Este ejercicio al ser visto con ojos abiertos se realizará de igual manera con ojos abiertos durante los primeros 10 min de NFB y en los últimos 10 minutos, cerrara sus ojos y tratará de seguir las instrucciones de relajación de Jacobson con la idea de que logre generar tal relajación que entre en ondas theta, si esto sucede ella recibirá como recompensa el escuchar una canción escogida por ella (género gregoriano en su caso). Al finalizar la sesión la paciente recibe numerosas

recompensas por haber logrado entrar en estado de relajación y formar ondas theta. La paciente comenta que se siente sumamente relajada, no deja de reírse, de decir bromas como “¿No me puedo quedar a dormir aquí?”, “les pago”, comenta que esta semana dos días tuvo ansiedad y se fumó casi una cajetilla por los dos días pero que se esforzó por pensar positivo y decirse a sí misma que tiene que recuperarse porque no quiere verse como se ha visto en tiempos pasados.

### **Sesión 3**

**Fecha: 25 de septiembre 2019**

Durante la sesión de NFB, la paciente logra hacer todos los ejercicios de relajación de Jacobson con ojos abiertos y cerrados. En la parte de los últimos 10 min. Con ojos cerrados se la pone una canción la cual suena como recompensa cada vez que alcanza ondas theta, en esta sesión la paciente logra alcanzar estas ondas por lo que la canción en ningún momento para. La paciente al terminar el estudio se encuentra totalmente relajada y con ganas de dormir, siempre con actitud positiva.

### **Sesión 4**

**Fecha: 27 de septiembre 2019**

En esta sesión de NFB la paciente logra alcanzar la recompensa, de manera fluida, de ondas Theta y Alfa. Logra relajarse y realizar los ejercicios de Jacobson de manera correcta. Tanto con ojos abiertos y con ojos cerrados.

La paciente reporta que ha logrado dormir mejor por las noches, que no se queda despierta. Sin embargo, se le dio la instrucción de que los ejercicios de Jacobson se realicen

únicamente en el laboratorio de sueño para evitar que se frustre en otros espacios que no sean en el laboratorio.

### **Sesión 5**

**Fecha: 2 de octubre 2019**

Se inicia la sesión con ojos abiertos realizando la técnica de Jacobson, tensando y relajando músculos iniciando por los pies hasta la cabeza. En estos primeros 11 min. La paciente logra la recompensa por alcanzar alfa y teta. Los últimos 11 min. Restantes fueron con ojos cerrados y realizando los ejercicios de Jacobson iniciando por los pies igualmente. En esta sección se le pone música relajante para que pueda identificar las recompensas de onda teta al relajarse, lo cual logra satisfactoriamente.

En los momentos de pequeñas pausas en donde no se le da la instrucción y ella continua con la relajación, logra alcanzar tanto alfa como teta por su cuenta, esto hace referencia que ha logrado dominar la técnica de relajación y alcanzar el nivel de dificultad para lograr teta.

En esta sesión, tuvo una complicación en su brazo derecho debido a que esta algo lastimado debido a que hizo un mal movimiento al cargar a su mamá para bañarla, días anteriores. Por lo que el ejercicio de Jacobson no se realizó en ese brazo.

### **Sesión 6**

**Fecha: 4 de octubre 2019**

En la sesión de NFB de hoy, se hizo un ejercicio de imaginación, empezando los primeros 10 min con ojos cerrados y los últimos minutos con ojos abiertos.

Lo que la paciente imagino fue: ella estando en una cascada, con agua fresca, escuchando y sintiendo el viento, el agua, oliendo las flores, música baja, algunos pescaditos haciéndole cosquillas en el cuerpo, al salir del agua, se sienta en posición de flor de loto comiendo botanas que fueran de su agrado.

Durante los minutos de ojos cerrados y abiertos la paciente logra alcanzar alfa y teta, tuvo el 45% de recompensas.

Comenta que desde que inicio el tratamiento se ha sentido muy bien y que ha logrado invertir su horario de sueño al de dormir de noche y estar alerta-despierta de día.

### **Sesión 7**

**Fecha: 9 de octubre 2019**

La sesión de hoy se inició con ojos abiertos y los últimos 10 minutos fueron con ojos cerrados, se realizó la actividad de imaginación similar a la sesión pasada, sin embargo, en esta sesión se cambió en los últimos 10 minutos se le puso música relajante y se le fue guiando para que lograra alcanzar las ondas teta. Logró obtener la relajación deseada.

### **Sesión 8**

**Fecha: 11 de octubre 2019**

Después de la sesión terapéutica se pasa al laboratorio de sueño para continuar con el tratamiento del insomnio.

En la sesión de Neurofeedback, la paciente logra transicionar hacia ondas delta, sin embargo, se mantiene en ondas teta durante toda la sesión. Alcanza el nivel de 5.0

Logrando un porcentaje de recompensas de 45%

## **Sesión 9**

**Fecha: 15 de octubre 2019**

Después de la sesión terapéutica se pasa al laboratorio de sueño para continuar con el tratamiento del insomnio.

En esta sesión se registra un cambio positivo ya que logra transicionar a ondas delta y mantenerse ahí, logra dormirse unos minutos, alcanzando un nivel de 5.0 y un porcentaje de recompensa de 52%.

## **Sesión 10**

**Fecha: 18 de octubre 2019**

Después de la sesión terapéutica se pasa al laboratorio de sueño para continuar con el tratamiento del insomnio.

En la sesión de Neurofeedback, la paciente mantiene la relajación con respecto a la sesión pasada, conserva el nivel de 5.0 alcanzando un porcentaje de recompensa del 60%

## **Sesión 11**

**Fecha: 22 de octubre 2019**

Después de la sesión terapéutica se pasa al laboratorio de sueño para continuar con el tratamiento del insomnio.

En la sesión de Neurofeedback, la paciente continúa manteniendo la relajación aún cuando el nivel aumenta a 5.3 logrando un porcentaje de recompensa del 65%.



## **Sesión 12**

**Fecha: 25 de octubre 2019**

Después de la sesión terapéutica se pasa al laboratorio de sueño para continuar con el tratamiento del insomnio.

En la sesión de Neurofeedback, la paciente reporta haber alcanzado las recompensas hasta un 65% al relajar la onda teta, en los últimos 8 minutos la paciente logra dormirse unos minutos, lo que muestra un avance en el tratamiento de Insomnio con Neurofeedback, ya que, aun presentando síntomas de ansiedad, logra relajarse, alcanzar la onda teta y llegar hasta delta.

## **Sesión 13**

**Fecha: 27 de octubre 2019**

Después de terminada la sesión terapéutica se procede a continuar con el tratamiento de insomnio con Neurofeedback. En esta sesión a la paciente le cuesta un poco de trabajo relajarse, se le baja el nivel de porcentaje de recompensas a 4.5 cuando normalmente el nivel que alcanza es el 5.0, en esta sesión alcanza un 48% en recompensas por alcanzar ondas teta, con ojos cerrados y escuchando música relajante.

## **Sesión 14**

**Fecha: 29 de octubre 2019**

Después de la sesión terapéutica se procede a realizar la sesión de tratamiento del insomnio con Neurofeedback. En esta sesión Martha logra relajarse, por lo que se le aumenta

la dificultad a 5.3, logrando mantener el estado de relajación de ondas teta, por lo que su porcentaje de recompensas es de 58%.

### **Sesión 15**

**Fecha: 4 de noviembre 2019**

Después de la sesión terapéutica se procede a realizar la sesión de tratamiento del insomnio con Neurofeedback. En esta sesión Martha logra llegar al nivel 6.0 con un porcentaje de recompensas del 70%, sin embargo, logra transicionar a ondas delta por lo que la recompensa deja de funcionar ya que se duerme. Comenta sentirse relajada.

### **Sesión 16**

**Fecha: 8 de noviembre 2019**

Sesión post-test, Línea base post-test.

## Capítulo 5. Discusión y conclusiones

### 5.1 Discusión

El insomnio como la ansiedad representan un problema de salud importante en la población general, sin embargo, es más frecuente en la población de la tercera edad, ya que durante el envejecimiento se presentan cambios y deterioros relacionados con la edad, incluso en ausencia de alguna demencia o patología. Algunos de estos cambios generan dificultad al iniciar el sueño, sueño fragmentado, un despertar temprano creando ansiedad en el adulto mayor.

Además, en los adultos mayores existe mayor posibilidad de padecer enfermedades crónicas que muchas veces producen alteraciones afectivas y trastornos del sueño. Rashid, A., Ong, E.K., Yi-Wong, E.S. (2012) confirman que los problemas de insomnio en la población geriátrica se relacionan con el envejecimiento.

En general, se han encontrado en diversos estudios que personas de la tercera edad que presenten insomnio son más propensos a padecer de trastornos cardiovasculares, hipertensión arterial, problemas pulmonares, neurológicos, diabetes, ansiedad, alteraciones urinarias, dolor crónico y problemas gastrointestinales (Bloom, H.G., Ahmed, I., Alessi, C.A. et al. 2009).

El objetivo general de la presente investigación fue la evaluación de los efectos de la psicoterapia de enfoque Integrativo en conjunto con el tratamiento de neurofeedback en la ansiedad e insomnio en una adulta mayor. Los resultados del estudio confirman la hipótesis propuesta, demostrando la efectividad del tratamiento en la disminución y eliminación de la ansiedad y el insomnio.

El brindar estrategias en este tipo de intervenciones es de gran utilidad para las personas de la tercera edad ya que no generan o usan espontáneamente estrategias de afrontamiento para resolver diversos problemas, durante la intervención psicológica y de neurofeedback se brindaron herramientas para reducir la ansiedad y lograr la conciliación del sueño rápidamente (Hartley y Anderson, 1986).

Los cambios observados en la paciente, relacionados con la intervención integrativa están en función de la actitud colaborativa y positiva hacia el cambio al ir avanzando en el proceso terapéutico.

Al principio del proceso terapéutico, las preocupaciones de la paciente giraban en torno a él no poder conciliar el sueño por las noches y presentar malestar y apatía durante el día, por lo que muestra un fuerte interés por mejorar su sueño y su salud mental para poder cuidar a su madre con demencia, de manera adecuada.

En los acercamientos iniciales, la técnica de asociación libre fue fundamental para recopilar las percepciones de la paciente respecto a su vida en cuanto a sus emociones y sentimientos. Se observó que Martha es una mujer muy sensible, directa en su forma de hablar pues a la hora de responder preguntas fue bastante clara y concisa, lo cual nos indica que se va estableciendo las bases para una buena alianza terapéutica. En cuanto al motivo de consulta latente, al parecer, busca la reparación del vínculo con su madre, a través de cuidados no solo físicos sino emocionales.

Se observa mucha represión y de ahí podemos considerar que hay un desgaste que se refleja en su apatía, rigidez y en el no tener relaciones sexuales. Se encontraron rasgos orales, manifestados en el fumar.

De igual manera, conforme a las etapas psicosociales de Erickson (2000), quien plantea que en esta etapa la crisis es la de integridad del ego vs desesperación, Martha se inclina más hacia la desesperación, ya que no está acorde con la que se esperaría en la crisis existencial de la vejez, pues atraviesa una etapa en la que la tarea esperada es vivir serenidad, cuidado de los nietos y sabiduría.

En el tránsito por las etapas del proceso, se fueron utilizando las técnicas de interpretación, clarificación y confrontación, con lo que se logró que la paciente tuviera insights que le permitieran comprender la importancia de fomentar espacios propios, mejorar la relación con su madre y planificación de metas personales, por lo que el abordaje con enfoque psicodinámico permitió que la transferencia positiva que se generó en la paciente sirviera como instrumento de confianza y empatía.

A partir de la aplicación del instrumento de la Escala de Ansiedad de Hamilton, la paciente pudo llegar a tener claridad en sus síntomas del día a día, lo cual sirvió como una guía para hacer esclarecimientos sobre su percepción de las emociones que normalmente siente. La utilización de instrumentos de insomnio, así como el neurofeedback complementaron para tener mayor conocimiento con respecto a la situación en la que ha estado viviendo.

En primera instancia, se observó que Martha presentó síntomas somáticos agudizados por no tener un buen vínculo afectivo con su madre, ya que ella relató que ya tenía síntomas de ansiedad e insomnio previo al cuidado de ella, pero al tener que cuidarla se le agudizaron, por lo que se trabajó una mejor vinculación con su figura materna.

Ya que de lo relatado de su historia ella resaltó que la madre la abandonó y la dejó al cuidado principal de sus abuelos concuerda con la teoría de Klein (1935) mencionando que ella estaría en la etapa depresiva, más consciente de la percepción unilateral del pecho malo. La introyección que tiene Martha de mujer es el rol de ser madre, es decir que cuida al otro, proporcionándole tiempo, afecto a través de estar con sus hijos, jugar con ellos, de darles consejos, de preocuparse por su salud, de acoger en su casa a todos los amigos de sus dos hijos.

En cuanto a su estructura de personalidad, se ve la presencia del ello y su conflicto con el yo y el súper yo que se manifiestan en su ansiedad y su insomnio.

Dadas las circunstancias, durante el paso de las sesiones se fue descubriendo que la paciente guardaba fantasías inconscientes sobre lo fácil que sería su vida si su madre la hubiera cuidado a ella y a su hermano y el que ella no tuviera que cuidarla en esta etapa de su vida, haciendo que ella sintiera mayor frustración y al mismo tiempo culpa que se reflejaba en sesiones con llanto y con su deseo de ir al baño constantemente, por la ansiedad que le generaba ser una mala hija al quejarse de cuidado de su madre y al pensar en tomar la decisión de enviar a su madre a una residencia para adultos mayores con demencia, por lo que se pudo notar que la culpa generó en ella una autocrítica constante por no poder lograr todas las demandas o exigencias de la vida, mostrando un súper yo exigente. Asimismo, fue imprescindible trabajar con ella la culpa al analizar con ella esta decisión y se pudo llegar a la conclusión que el enviar a su madre a una residencia no la convierte en una mala hija, igualmente, se le hizo notar las ventajas de haber cuidado a su madre durante los últimos años, como el haber mejorado su relación con ella.

En cuanto al tema del intento de suicidio de Martha, vemos la agresividad que se volcó hacia ella, como una reacción ante el vínculo no resultó con su madre lo cual concuerda con la teoría de Klein sobre la etapa depresiva y al mismo tiempo, generando resentimiento a la figura materna por delegar su función a sus abuelos, por lo que podemos inferir, como se ha mencionado anteriormente, que no hay una adecuada vinculación afectiva con la madre.

Resulta importante señalar que gracias al haber hablado de sus sentimientos de culpa y al haberlos exteriorizado, reporta que pudo dormir bien, por lo que se afianza la hipótesis de que al mejorar el vínculo con su madre y reducir la ansiedad que esto le generaba, ella pueda mejorar en su problema de insomnio. También, se observa que el mecanismo de defensa que Martha mantenía era el de represión, al no poder expresar afecto por su madre al cuidarla en los últimos dos años.

Por otro lado, se observa como Martha nuevamente muestra la compulsión a la repetición al tener a un esposo que al principio tuvo que educar y cuidar, ya que en los dos primeros años él era alcohólico y jugador; en donde se ve su rol de cuidados maternos. Sin embargo, a pesar de que Martha no tuvo vínculos seguros, se ve en ella un yo fortalecido con un adecuado control de impulsos, que le permite en su relación de pareja no denotar sumisión ni intentos de recibir aceptación y afecto ya que al serle infiel su esposo, ella logra tomar una decisión de que puede divorciarse si la relación no se reparaba con el tiempo.

Durante el transcurso del trabajo terapéutico, la paciente trabajó en retomar actividades que había abandonado por dedicarse al cuidado de su madre con demencia y menciona que comenzó a costurar ropa para su nieta, reparar ropa vieja de su madre y esposo, lo cual nos señala que fue sintiéndose mejor con respecto a ella y la relación con su madre, pudiendo ser un reflejo simbólico de reparar lo que no está bien, permitiendo entender que el

deseo de reparar el vínculo es parte que ha hecho que Martha enfrente el sentimiento de pérdida, daño y hacer un esfuerzo por reparar y restaurar el objeto.

Por otro lado, también trabajó la ansiedad y el insomnio con ejercicios de relajación progresiva de Jacobson (1929) citado en (Olivares, J. Y Méndez, F. X., 2008) y el autógeno de Schultz (1980), restricción de estímulos e imaginería con el equipo de neurofeedback, favoreciendo una calma interior en la paciente, que a su vez permitió que se pudiera avanzar desde el enfoque psicodinámico.

En las sesiones finales, se notó que la paciente ha ido reparando el vínculo con su madre al ir aceptando que ella debe cuidarla, independientemente que haya sido una mala madre para con ella. En parte esta reparación del vínculo es movida por su sentimiento de culpa, siendo introyectos del súper yo, así como la presencia del padre de la iglesia que le inyectó un súper yo menos culposo y más virtuoso.

La compasión genuina que logra Martha al ponerse en el lugar de su madre vulnerable ante la demencia como lo menciona la teoría de Klein (1937) que permite que se identifique con ella y logre reparar lentamente el vínculo. Deja abierta la posibilidad de llevar más adelante a su madre a una estancia, por lo que tiene menos sentimiento de culpa. Así mismo, percibe un futuro más motivador al comentar el plan del viaje con su nieta.

Finalmente, se puede ver el avance logrado del proceso terapéutico en Martha debido a que hace un mejor afrontamiento ante las adversidades de la vida en especial en lo que se refiere en la ansiedad. Mantiene un mejor cuidado hacia su persona en lo que se refiere al aspecto de relaciones sociales, de su salud y en general del cuidado de sí misma.



Acepta el apoyo diario por parte de la enfermera, para el cuidado de su mamá y de esta manera logró resolver su dilema de que su madre permanezca en su casa bajo su cuidado o el de ser inscrita a una casa de retiro. Priorizando, también, su rol de esposa al de hija.

Los temas que resultaron como favorecidos por el proceso de intervención son el afrontamiento ante situaciones nuevas, capacidad para disfrutar del tiempo de calidad con su madre con demencia, sentirse bien, la reparación de vínculo materno y la mejora en la calidad del sueño, tal como lo señalan Alonso & Bastos (2011) en su afirmación que establece que la intervención psicodinámica orienta hacia el uso de mecanismos de defensa funcionales a un yo capaz de regular las demandas internas y externas, entendiendo a las internas como metas personales de la paciente y externas como fungir como rol de madre, hija, esposa, amiga.

Resaltan los agradecimientos hacia la terapeuta, lo cual es un indicio de la transferencia positiva que se pudo establecer, que favoreció el tratamiento psicoterapéutico, lo cual le permitió establecer un vínculo de confianza, el cual se gestó por medio de la empatía y la alianza terapéutica, considerando la importancia que tiene en el proceso de terapia, tal como OMS (2015) señala cuando afirma que “el poder del analista depende del poder que la transferencia le concede”.

La mejora en la calidad de vida de la paciente puede argumentarse por los avances en el área de la salud que han contribuido a una mayor longevidad ya que vivir más es un logro digno de admirar, al igual que llegar a la vejez con pocas enfermedades, y es aquí donde se cuestiona la calidad efectiva de la intervención psicoterapéutica y neuropsicológica en los cambios positivos en las distintas esferas que conforman a la paciente, es decir, el entorno familiar y social.

## 5.2 Conclusiones

Con respecto al tratamiento con psicoterapia integrativa y neurofeedback en el abordaje del insomnio y la ansiedad en un adulto mayor se concluye que la psicoterapia Integrativa utilizando el enfoque cognitivo-conductual y el psicoanalítico, así como el uso del equipo neurofisiológico de neurofeedback tuvieron resultados efectivos en el tratamiento del insomnio y la ansiedad.

Se puede afirmar que el objetivo de la intervención psicoterapéutica y neuropsicológica de disminuir los síntomas de ansiedad e insomnio fue alcanzado, ya que la paciente en la aplicación post test de las pruebas de Escala de Ansiedad de Hamilton (1969), Escala de Epworth (1991), Cuestionario de la Calidad de sueño de Pittsburgh (1989), Índice de Gravedad de Insomnio (2011), Cuestionario de Insomnio (2014), Cuestionario de creencias y actitudes disfuncionales del sueño (1993), así como la aplicación del neurofeedback, demostró una reducción en sus síntomas de ansiedad y mejora en la conciliación del sueño, que en este caso generaba el insomnio.

Se concluye que el proceso de intervención psicoterapéutica y neuropsicológica sirvió para que la paciente tuviera un espacio para expresar sus emociones de manera segura, con el consecuente análisis de sus pensamientos y sentimientos, logrando una mayor comprensión de su historia personal que la ha llevado hasta su situación de vida actual, en la cual tuvo que enfrentarse a la responsabilidad de ser cuidadora de su madre con demencia.

De igual forma, la utilización del equipo de neurofeedback como parte de la intervención permitió que la paciente tuviera una alternativa viable de tratamiento no farmacológico para el insomnio.

Es fundamental para una mujer en la tercera edad que se enfrenta a tarea de cuidadora contar con redes de apoyo, como la familia y actividades recreativas donde se dé tiempo para ella misma para afrontar los cuidados de su madre con demencia.

Los adultos mayores que se enfrentan ante situaciones similares no se desarrollan adecuadamente en la etapa del ciclo vital que les toca vivir, como en el caso de Martha, quien tuvo que dejar de frecuentar a su grupo de amigas, sus pasatiempos, su rol de esposa y abuela para convertirse en una mujer responsable de su madre, generando un conflicto en su bienestar personal; lo cual implica una serie de renunciaciones afectivas y físicas que pueden ser generadoras de síntomas de ansiedad e insomnio.

Por lo tanto, resultó importante esta intervención psicoterapéutica y neuropsicológica permitiendo generar estrategias para futuros procesos de terapia dirigidos a la población de personas de la tercera edad, pues las actividades fueron de utilidad y viables de ser reutilizadas o adaptadas según la necesidad de la participante en la intervención terapéutica.

### **5.3 Limitaciones y sugerencias**

Las limitaciones que se tuvieron durante el proceso de intervención psicoterapéutica y neuropsicológica son, en primer lugar, la disponibilidad de la paciente para asistir dos veces a sesión por semana reduciéndolo a una sesión por semana.

También por otro lado, el escaso interés de la población de la tercera edad para participar en el programa debido a que ya toman fármacos para tratar el insomnio.

Una propuesta para futuros estudios similares a éste, es la consideración de evaluar de manera grupal a personas de la tercera edad con ansiedad e insomnio para realizar un

estudio comparativo sobre los efectos del neurofeedback, de la combinación de terapia integrativa y neurofeedback y los efectos al recibir únicamente intervención psicoterapéutica.

Se considera importante realizar un programa de intervención de cuidados para el adulto mayor que es cuidador familiar de otro adulto mayor dependiente con la finalidad de brindar estrategias de afrontamiento, reducir la sobrecarga y mejorar el funcionamiento familiar.

Igualmente, para atender la necesidad del cuidador adulto mayor es contar con el apoyo de las instituciones gubernamentales creando una red telefónica o de internet para entregar atención continua, incluyendo personal capacitado para relevo, así como también proyectos innovadores que aumenten las redes de apoyo de los cuidadores.

Otra iniciativa a realizar es la aplicación de alternativas recreativas con la finalidad de generar una influencia positiva en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

## Referencias

- Abt, L.E. y Bellak, L. (1994). *Psicología Proyectiva*. México: Paidós.
- Agar Corbinos L. (2001). *Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas*. *Acta bioética*; 7: 27-41.
- Aguilar-Mendoza, L., Caballero, S., Ormea, V., Aquino, R., Yaya, E., & Portugal, A. et al. (2019). *Neurociencia del sueño: rol en los procesos de aprendizaje y calidad de vida*. *Apuntes De Ciencia Y Sociedad*, 7(2), 2-9. doi: <http://dx.doi.org/10.18259/acs.2017015>
- American Academy of Sleep Medicine (2014). *The international classification of sleep disorders (3rd ed.)*. U.S.A: Darien.
- Alfaro- Díaz De Salas, S., Mendoza-Martínez, V., & Porrás-Morales, C. (2011). *Una guía para la elaboración de estudios de caso*. *Razón Y Palabra*, 75. doi: [http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia\\_75/01\\_Diaz\\_V75.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia_75/01_Diaz_V75.pdf)
- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). *Intervención psicológica en personas con cáncer*. *Clínica Contemporánea* 2, (2), 187-207. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
- Alonso-Fernández, A., García-Río, F., Arias, M. A., Hernanz, Á., de la Peña, M., Pierola, J., ... & Agusti, A. (2009). *Effects of CPAP on oxidative stress and nitrate efficiency in sleep apnea: a randomized trial*. *Thorax*, 64(7), 581-586.
- Alvarado García, A. M., Maya, S., y María, Á. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*, 5aEd. Washington, DC EE. UU: Médica Panamericana, 155-189.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile. Recuperado de:  
[http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1354/1/03\\_cep.al.aranibar.pdf](http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1354/1/03_cep.al.aranibar.pdf)
- Avidan, A., & Barkoukis, T. (2012). *Review of Sleep Medicine* [eBook] (3rd ed., pp. 12-22). Philadelphia: Elsevier Inc. Recuperado de:  
<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=vPJx5OCK66kC&oi=fnd&pg=PP1&dq=J.+Barkoukis+Teri,+S.+Von+Essen+Introduction+to+Normal+Sleep,+sleep+deprivation,+and+the+workplace+&ots=m7uBviXl4u&sig=z2Up2z3aWas34HyANrTjZY4oCYQ#v=onepage&q=J.%20Barkoukis%20Teri%2C%20S.%20Von%20Essen%20Introduction%20to%20Normal%20Sleep%2C%20sleep%20deprivation%2C%20and%20the%20workplace&f=false>
- Beck, A. T., y Emery, G. Con Greenberg, R.I). (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias: desde una perspectiva cognitiva*. (rev. Paperback ed). New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A. y cols. (1995): *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona. Paidós.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive-therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959
- Bellak, L. y Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia* (2ª. Edic). México: Editorial Pax.
- Bohórquez, O. (2011). *La Psicología Dinámica en el tratamiento de la farmacodependencia: conceptualización y metodología en consulta privada e*

- institucional*. Revista Electrónica de Psicología Social “Poiésis”, 22. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/220/204>
- Bloom, H.G., Ahmed, I., Alessi, C.A. et al (2009). *Evidence based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons*. J Am Geriatric Soc; 57(5): 761-89.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry res*, 28(2), 193-213.
- Cabrera, I., & Montorio, I. (2009). *Ansiedad y envejecimiento*. Elsevier, 44(2), 106-111. doi: DOI: 10.1016/j.regg.2009.01.001
- Cano, V.A. (2013). *Valoración, afrontamiento y ansiedad*. Recuperado de: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento26352.pdf>
- Cardona D, Agudelo H., (2006). *La Flor de la vida. Pensemos en el adulto*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública.
- Carskadon MA, Dement WC., (2017) *Normal human sleep: an overview*. In: Kryger M, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier: chap 2.
- Castelló, B. J. (1990). Integración y cambio en psicoterapia.
- Castro, J. E., Medawar, P. B., y Hamilton, D. N. H. (1973). *Orchidectomy as a method of immunopotential in mice*. In *Immunopotential* (p. 237). Associated Publishers Amsterdam.
- Castro-Lizárraga M, Ramírez-Zamora S, Aguilar-Morales LV, Díaz de Anda VM. *Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor*. *Neurol Neurocir Psiquiatr* 2006; 39: 132-7.
- Cisneros, G., & Ausín, B. (2019). *Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática*. *Revista Española De*

Geriatría Y Gerontología, 54(1), 34-48. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X18305833>

Clark, D., y Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad* (6th ed., pp. 10-15). New York: Desclée de Brouwer.

Collado- Ortiz, M., Sánchez-Escandón, O., Almanza- Islas, J., Arch- Tirado, E., y Arana- Lechuga, Y. (2016). *Epidemiología de los trastornos del sueño en población mexicana: seis años de experiencia en un centro de tercer nivel*. Anales Médicos: Asociación Médica, 61(2), 87-92. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc162b.pdf>

Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., y Bendezú, L. (2012). *Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?* Anales de la Facultad de Medicina, 73(4), 321-330. Recuperado en 27 de octubre de 2019, de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es)

D'Hyver de las Reses, C. (2018). *Alteraciones del sueño en personas adultas mayores*. Revista De La Facultad De Medicina UNAM, 61(1), 33-45. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422018000100033&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100033&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

Duarte-Hernández, E. (2015). *Neurofeedback como tratamiento para el trastorno por déficit de atención (TDA) (Doctorado)*. Universidad Complutense de Madrid.

Dulcey-Ruiz, E. (2015). *Envejecimiento y vejez. Categorías y Conceptos* (1st ed.). Bogotá: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano. Recuperado de:

<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=GYZiDwAAQBAJ&oi=fnd&p>



[g=PT4&dq=envejecimiento+humano&ots=hBzzklLh-X&sig=fae\\_NZbD5RqPjnS-S0Rw1qZ3oqQ#v=onepage&q&f=false](https://www.researchgate.net/publication/315111111)

Drake CL, Wright KP., (2017). *Shift work, shift-work disorder, and jet lag*. In: Kryger M, Roth T, Dement WC, eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier: chap 75.

Erikson E., (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós; pp. 66-71

Feixias, G. (1992). *Constructivismo e Integración en Psicoterapia*. Revista Española de Psicoterapia. No.12.

Feixias, G. Y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos Psicológicos*. Paidós España.

Feixias, G. Y Neimeyer. (1991). *La Perspectiva Constructivista. Un Marco Integrador para la Psicoterapia*. Boletín de Psicología, No.30, 7-33.

Fernández, J. (2010). *Insomnio crónico: subtipos basados en hallazgos polisomnográficos, psicopatológicos y neuropsicológicos. (Tesis de doctorado)* Universidad Complutense de Madrid. España.

Fernández-Guzmán, P., Delgado, R., & Castellanos, J. (2018). *Alteraciones del sueño y bruxismo*. Revista De La Asociación Dental Mexicana, 75(4), 187-195. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od184d.pdf>

Frank, J. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Freud, S. (1909/2001). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans). Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. X, 1-118.

Freud, S. (1926/2001). Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XX, 71-164.

- Freud S. (2000) *Duelo y Melancolía. En: Obras completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu. p. 235-56.
- Galimberti, U. (2006). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo veintiuno editores.
- Gaston, L. (1990). *The concept of the alliance and its role in psychotherapy*. *Psychotherapy*, 27, 143-152.
- Goldfried, M.R. (1992). *Crisis de Madurez de la Terapia del Comportamiento*. Revista de Psicoterapia, 10,11. SEIP.
- Gómez, L, A. (2011). *Trastornos del sueño en el adulto mayor*. Recuperado de <https://angelrazo.files.wordpress.com/2012/08/ppt-trastronos-de-suec3b1o-en-el-adulto-mayor.pdf>
- González Nuñez, J. Y Rodríguez Cortés, M. (2013). *Teoría y Técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México: IIPCS y Plaza y Valdés Editores.
- Gruzelier, J. (2008). A theory of alpha/theta neurofeedback, creative performance enhancement, long distance functional connectivity and psychological integration. *Cognitive Processing*, 10(S1), 101-109. <https://doi.org/10.1007/s10339-008-0248-5>
- Gruzelier, J. (2009). *A theory of alpha/theta neurofeedback, creative performance enhancement, long distance functional connectivity and psychological integration*. *Cognitive processing*, 10(1), 101-109.
- Gurubel- Maldonado, M. (2017). *Factores de riesgo y de protección clínicos y ambientales asociados a la enfermedad de Parkinson y su severidad en habitantes de Yucatán (Maestría)*. Universidad Autónoma de Yucatán.

- Hammer, B., Colbert, A., Brown, K., e Ilioi, E. (2011). Neurofeedback for Insomnia: A Pilot Study of Z-Score SMR and Individualized Protocols. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 36(4), 251-264.  
<https://doi.org/10.1007/s10484-011-9165-y>
- Hamilton H. (1959). *The assessment of anxiety states by rating*. *British Journal of Medical Psychology*; 32: 50-5.
- Hamilton M. (1969). *Diagnosis and rating of anxiety*. *Br J Psychiatry*;3 (special issue): 76-9.
- Hammond, C. (2011). *What is neurofeedback: An update*. *Journal of Neurotherapy*, 15(4), 305-336. <http://dx.doi.org/10.1080/1087420.8.2011.623090>
- Happe S, Reese JP, Stiasny-Kolster K, Peglau I, Mayer G, Klotsche J, Giani G, et al (2009). *Assessing health-related quality of life in patients with restless legs syndrome*. *Sleep medicine*; 10: 295-305.
- Hartley, A. Y Anderson, J. (1986). *Instruction, induction generation and evaluation of strategies for solving search problems*: *Journal of Gerontology*. 41:650-658.
- Hernández, Z. (2005). *La psicoterapia en la vejez*. *Intercontinental de Psicología y Educación*. 7(2), 79-100.
- Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ª. ed. México: Mc Graw Hill.
- Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al., (2012). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria*. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España. [en línea]. Disponible en: [www.san.gva.es](http://www.san.gva.es)
- Instituto Nacional de Geriátría. (2017). *Envejecimiento*. Recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>

Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Derrame Cerebral. (2016). *Narcolepsia*.

Bethesda: Instituto Nacional de Salud. Recuperado de:

<https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/Narcolepsia.htm>

Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel, G.

D. Y De la Vega-Pacheco, A. (2008). *Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes*

*psiquiátricos*, 144(6), pp. 491-496. Recuperado de:

[https://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n6/27\\_vol\\_144\\_n6.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n6/27_vol_144_n6.pdf)

Johns, M. W. (1991). *A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale*. *Sleep*, 14(6), 540–545. doi:10.1093/Sleep/14.6.540

Instituto Andaluz de Deporte (2008). *El entrenamiento personal en el ámbito de la salud*.

Sevilla: Junta de Andalucía. ISBN. 978-84-690-5879-4

Kaplan, H., Sadock, B.J. (2000) *Sinopsis de psiquiatría*. Washington DC: Médica

Panamericana, 53-5.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2007). *Investigación del Comportamiento*. Métodos de

Investigación en Ciencias Sociales (4a. edic.). Chile: Mc Graw Hill.

Klein, M. (1935). *Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*.

Buenos Aires. Paidós.

Klein, M. (1937). *Amor culpa y reparación*. Buenos Aires. Paidós.

Klein, M (1990). *Obras completas*, B. Aires, Paidós, vols. 1-6, 1980 y vols. 1-4.

Korc, E. M. (2005) *Vivienda Saludable: Enlace entre la Investigación y las Políticas*

*Públicas*. Organización Panamericana de la Salud. OPS-OMS –PWR, Caracas, Venezuela.

- Koychev, I., y Okai, D. (2017). *Cognitive-Behavioral therapy for non-motor symptoms of Parkinson's disease: a clinical review*. Evidence Based Mental Health, 20(1), 15-20. doi: 10.1136/eb-2016-102574
- Labrador F.J., (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ed. Temas Hoy. Grupo Correo de Comunicación.
- Lajous, M., Kurth, T., Catzin-Kuhlmann, A., Romieu, I., & López-Ridaura, R. (2014). *Prevalencia del Síndrome de piernas inquietas en 69,830 mujeres mexicanas*. Revista De Investigación Clínica, 66(4), 303-306. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54922>
- Lambert, M.J. (1992). *Implications of outcome research for psychotherapy integration*. En Norcross y Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lira, D., & Custodio, N. (2018). *Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitiva*. Revista De Neuropsiquiatría, 81(1). doi: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>
- Llanes Torres, H., López Sepúlveda, Y., Vázquez Aguilar, J., & Hernández Pérez, R. (2015). *Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor*. Medimay, 21(1), 65-74. Recuperado de <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707>
- Marzbani, H., Marateb, H. R., & Mansourian, M. (2016). *Neurofeedback: A Comprehensive Review on System Design, Methodology and Clinical Applications*. Basic and clinical neuroscience, 7(2), 143-58. DOI: [10.15412/J.BCN.03070208](https://doi.org/10.15412/J.BCN.03070208)
- Mendoza-Núñez, V., & Martínez-Maldonado, M. (2013). *Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico*. Geriatria. Recuperado de:

[http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/envejecimiento\\_y\\_salud\\_18\\_Modelos.pdf](http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/envejecimiento_y_salud_18_Modelos.pdf)

Merino-Andreu M, Álvarez-Ruíz de Larrinaga A, Madrid-Pérez JA, Martínez-Martínez MA, Puertas- Cuesta FJ, Asencio-Guerra AJ, et al. *Sueño saludable: evidencias y guías de actuación*. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Rev Neurol 2016; 63 (Supl 2): S1-27.

Migone, P., & Liotti, G. (1998). *Psychoanalysis and cognitive-evolutionary psychology: an attempt at integration*. International journal of psycho-analysis, 79, 1071-1095.

Miranda C., M. and Hudson A., L. (2016). *Síndrome de piernas inquietas (enfermedad de Willis-Ekbom): seguimiento a largo plazo de una serie de pacientes*. Revista Médica Chile, 144(12), pp.1561-1566. Recuperado de:  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200007>

Mondragón-Rezola, E., Arratíbel-Echarren, I., Ruiz-Martínez, J., & Martí-Massó, J. (2010). *Trastornos del sueño en la enfermedad de Parkinson: insomnio y fragmentación del sueño, hipersomnia diurna, alteraciones del ritmo circadiano y síndrome de apnea del sueño*. Revista De Neurología, 50(2), 21-26. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/profile/Javier\\_Ruiz-Martinez/publication/51442424\\_Sleep\\_disorders\\_in\\_Parkinson's\\_disease\\_Insomnia\\_and\\_sleep\\_fragmentation\\_daytime\\_hypersomnia\\_alterations\\_to\\_the\\_circadian\\_rhythm\\_and\\_sleep\\_apnea\\_syndrome/links/53fa02d50cf27c365ceaf2d4/Sleep-disorders-in-Parkinsons-disease-Insomnia-and-sleep-fragmentation-daytime-hypersomnia-alterations-to-the-circadian-rhythm-and-sleep-apnea-syndrome.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Javier_Ruiz-Martinez/publication/51442424_Sleep_disorders_in_Parkinson's_disease_Insomnia_and_sleep_fragmentation_daytime_hypersomnia_alterations_to_the_circadian_rhythm_and_sleep_apnea_syndrome/links/53fa02d50cf27c365ceaf2d4/Sleep-disorders-in-Parkinsons-disease-Insomnia-and-sleep-fragmentation-daytime-hypersomnia-alterations-to-the-circadian-rhythm-and-sleep-apnea-syndrome.pdf)

Morin, M., Belleville, G., Bélanger, L. e Ivers, H. (2011) *The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response*. SLEEP. 34(5). Pp.601-608. Recuperado de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079939/pdf/aasm.34.5.601.pdf>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). Envejecimiento y vejez. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

Instituto Nacional de la Salud (NIH). (2013). *Sueño Saludable*. Bethesda: National Institute of Health.

Instituto Nacional de la Salud (NIH). (2018). *Sueño*. Bethesda: National Institute of Health.

Olivares, J. Y Méndez, F. X. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca nueva.

Ons, S. (2015). *Todo lo que necesitas saber sobre psicoanálisis*. México: Paidós

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Envejecimiento de la población mundial*. Recuperado de: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Envejecimiento*. Recuperado de: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm>

Pérez, M. V. T. & Arcia, C. N. (2008). *Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor*. Rev cubana Med Gen Integr, 24 (3), 1-20.

Pidemunt, M. G. (2010). *Factores determinaste en el deterioro de la función y la calidad de vida del anciano afecto de facturas de cadera*. Tesis de Doctor, de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. [En línea]. Consultado: [marzo

2012]. Disponible en:

[www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4352/gpm1del.pdf](http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4352/gpm1del.pdf).

Piqueras, R. J., Martínez, G. A., Ramos, L. V., Rivero, B. R., García, L. L. & Oblitas, G. L. (2008). *Ansiedad, depresión y salud*. *Suma Psicológica*, 15, 43-73.

Ramos-Safont, A. (2015). *El tratamiento en neurofeedback aplicado a pacientes con trastornos de insomnio primario*. Universidad Jaume I.

Rashid, A., Ong, E.K., Yi-Wong, E.S. (2012). *Sleep quality among residents of an old folk's home in Malaysia*. *Iran J Nurs Midwifery*; 17(7): 512-9.

Reyes Torres, Igdany, & Castillo Herrera, José A. (2011). *A healthy and active human aging process, a challenge for elderly, family and society*. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es&tlng=en)

Rice, P., (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice-Hall.

Rodríguez R. (2011). Depresión y ansiedad, psicofármacos. Parte cuatro: Neuropsicogeriatría. En: Rodríguez RMC, Lazcano GA. *Práctica de la Geriatría*. Tercera edición. México, DF: Mc Graw Hill; pp. 576-95.

Rodríguez - Blanco, L., Sotolongo-Arró, O., Luberta-Noy, G., & Calvo-Rodríguez, M. (2013). *Comportamiento de la depresión en el adulto mayor en el Policlínico "Cristóbal Labra"*. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 29(1), 1-6.

Rosado, M. (2009). *La integración en Psicoterapia, Apuntes para un Modelo Integrativo Teórico-Técnico*. Memorias de las XIII Jornadas de Actualización en Psicología. UDG, Centro Universitario del Sure. Cd. Guzmán, Jalisco.



- Rosado, M. (2012). *El enfoque integrativo en Psicoterapia*. En Álvarez, S., Escoffié, E. Y Rosado, M. *Terapia en Contexto. Una Aproximación al Ejercicio Terapéutico*. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yuc. Mex.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual* (1st ed., pp. 363-398). Desclée.
- Ryle A. (1995). *Cognitive-Analisis, Therapy*: Desvel.
- Schultz J.M. (1980). *El entrenamiento autógeno: Autorregulación concentrativa*. 4a ed. Barcelona: Ed. Científico-Médica.
- Schaie, K.W. y Willis, S.I., (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson Educación.
- Sevilla-Caro, M., Salgado-Soto, M., & Osuna-Millán, N. (2015). *Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor*. *Revista Iberoamericana Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo*, 6(11). Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498150319034>
- Sierra, J., Delgado-Domínguez, C. Y Carretero-Dios, H., (2005). *Propiedades psicométricas de la dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale (DBAS) en una muestra española de sujetos normales*. *Revista latinoamericana de psicología* (37) pp. 523-539. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537306scielo>
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R., & Vizcarra-Escobar, D. (2019). *Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño*. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 33(2), 342-50. Recuperado de:  
<https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2016.v33n2/342-350/es>
- Thyer, B. A. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*. London: Sage Publications.

- Urbina-Torija JR, Flores-Mayor JM, García-Salazar MP, Torres-Buisán L, Torrubias-Fernández TB. *Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados*. Gac Sanit 2007; 21: 37-42.
- Van der Heijden, K. B. et al. (2006). *Sleep hygiene and actigraphically evaluated sleep characteristics in children with ADHD and chronic sleep onset insomnia*. J. Sleep Res., 15, 55–62. Consultado el 2008-06-22.
- Vázquez, J., Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Simón, M., Barragán, A., & Martos, Á. (2016). *Perspectivas y Análisis de la Salud* [Ebook] (1st ed., pp. 107-111). Navarra: ASUNIVEP. Recuperado de:  
<https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/perspectivas-analisis-salud.pdf#page=108>
- Vealey, R. y Greenleaf, C. (2001). Seeing is believing: *Understanding and using imagery in sport*. In J. Williams (Ed.), *Applied sport psychology*. (4ª Ed). California: Mayfield Publishing Company.
- Villavicencio, M. E. F., Cardona, G. A. C., Pérez, G. J. G., López, M. G. V., & Barbosa, M. A. V. (2012). *Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores*. Revista de Psicología da IMED, 4(1), 649-661.
- Vitiello, M., Rybarczyk, B., Von Korff, M., & Stepanski, E. (2009). *Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Improves Sleep and Decreases Pain in Older Adults with Co-Morbid Insomnia and Osteoarthritis*. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(4), 355-362. Recuperado de: [http://jcs.m.aasm.org/Articles/05\\_04\\_355.pdf](http://jcs.m.aasm.org/Articles/05_04_355.pdf)
- World Sleep Society. (2019). *10 Commandments of Sleep Hygiene for Adults*. Recuperado de: <http://worldsleepday.org/10-commandments-of-sleep-hygiene-for-adults>

Zavala-González, M. A., & Domínguez Sosa, G. (2010). *Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos*. *Psicogeriatría*, 2(1), 41-8.

## Apéndices

### 1. Índice de Gravedad de Insomnio

#### ISI<sup>®</sup>: Insomnia Severity Index. Índice de Gravedad del insomnio

<b>1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:</b>					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4
<b>2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?</b>					
Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho			Muy insatisfecho
0	1	2	3	4	
<b>3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?</b>					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
<b>4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?</b>					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
<b>5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?</b>					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

#### Corrección:

Sumar la puntuación de todos los ítems:

$$(1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = \underline{\quad}$$

El intervalo de la puntuación total es 0-28.

#### Interpretación:

La puntuación total se valora como sigue:

0-7 = ausencia de insomnio clínico

8-14 = insomnio subclínico

15-21 = insomnio clínico (moderado)

22-28 = insomnio clínico (grave)

## **2. Cuestionario de Insomnio**

## CUESTIONARIO DE INSOMNIO

Folio: \_\_\_\_\_

**Datos generales:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Edad: \_\_\_ años \_\_\_ meses, Peso: \_\_\_\_\_ kg, Altura: \_\_\_\_\_ cm  
 Grado académico: Secundaria \_\_, Preparatoria \_\_, Licenciatura \_\_, Posgrado \_\_, Rendimiento académico: Bueno \_\_ Regular \_\_ Bajo \_\_  
 Fecha: día \_\_, Mes \_\_, año \_\_\_\_\_.

A continuación se enlistan diferentes situaciones relacionadas con el sueño, por favor contesta con una **√** si las has presentado. Las frases están agrupadas en apartados, lee con detenimiento las instrucciones de cada uno, ya que hay preguntas que no necesariamente debes contestar.

En el último mes:		Sí	No
1	¿Has tenido dificultades para comenzar a dormir, mantenerte dormido o despiertas más temprano de lo que quisieras y no puedes volver a dormir?		
2	¿Las dificultades para dormir en la noche ocurren a pesar de tener el lugar y tiempo para hacerlo?		
<b>¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas relacionados con las dificultades para dormir?</b>			
3	Fatiga o cansancio durante el día		
4	Problemas de atención, concentración o memoria.		
5	Disminución del rendimiento académico/laboral		
6	Problemas en tus relaciones sociales (familia, amigos, pareja, etc.)		
7	Alteraciones del estado de ánimo o irritabilidad		
8	Somnolencia diurna (propensión a quedarte dormido en varias situaciones durante el día)		

9	Disminución de la motivación, energía o iniciativa		
10	Propensión a cometer errores o accidentes al conducir, en el trabajo o escuela		
11	Dolor de cabeza, tensión muscular o problemas gastrointestinales		
12	Preocupación constante por no poder dormir		
<b>En el último mes, indica los días en promedio a la semana que has tenido dificultades para dormir:</b>			

Durante el último mes has...		"Sí"	"No"
13	Tenido horarios variados para dormir		
14	Realizado siestas frecuentes		
15	Pasado tiempo excesivo en la cama (sin intención de dormir)		
16	Consumido regularmente productos que contienen alcohol, nicotina o cafeína, especialmente cerca del horario de dormir		
17	Realizado actividades estimulantes: mentales, físicas o emocionales cercana a la hora de dormir		
18	Usado la cama para otras actividades (Ej.: ver TV, leer, estudiar, comer, pensar o planificar)		
19	Tenido un ambiente desagradable para dormir (poca oscuridad, ruidoso y poco ventilado)		
20	¿Has mantenido alguno de estos hábitos durante más de un mes?		

Durante el último mes:		"Sí"	"No"
21	Al momento de acostarte has tenido ansiedad o preocupación por no poder dormir.		
22	Has tenido dificultades para quedarte dormido en tu cama/hamaca, pero no durante actividades monótonas en otros espacios en los cuales no planeabas dormir.		
23	Te duermes fácilmente cuando estás fuera de casa o incluso, fuera de tu habitación (Ej. en la sala)		
24	Al momento de acostarte aumentan tus pensamientos y sientes que no los puedes detener voluntariamente.		

25	Has tenido dificultades para relajar tu cuerpo lo suficiente para iniciar el sueño.		
----	---	--	--

		"Sí"		"No"	
26	¿Actualmente estás pasando por una situación muy estresante?				
27	¿Antes de esta situación estresante, podías dormir bien?				
28	¿Comenzaste a tener problemas para dormir o quedarte dormido al mismo tiempo que se presentó la situación estresante?				
29	¿Desde hace cuánto has tenido problemas para dormir debido a la situación estresante? (Marca con una "X")	1 - 7 días	8 - 29 días	1 - 3 meses	Más de 3 meses

Por favor contesta las siguientes preguntas de acuerdo a tus hábitos de sueño del último mes.

1. ¿Cómo dormiste?     Bien     Regular     Mal
2. ¿En qué dormiste?     Hamaca     Cama     En las dos
3. ¿Cuánto dormiste?     Poco     Normal     Mucho
4. ¿Te acostaste a dormir a la misma hora todos los días?     Sí     No
5. ¿Te levantaste a la misma hora todos los días?     Sí     No
6. ¿Cuántas horas dormiste en la noche en los días de clase?    \_\_\_\_\_ horas
7. ¿Cuántas horas dormiste en la noche el fin de semana?    \_\_\_\_\_ horas
8. ¿A qué hora te acostaste a dormir en los días de clase?    \_\_\_\_\_ pm
9. ¿A qué hora te acostaste a dormir el fin de semana?    \_\_\_\_\_ pm
10. ¿A qué hora te levantaste en los días de clase?    \_\_\_\_\_ am
11. ¿A qué hora te levantaste el fin de semana?    \_\_\_\_\_ am
12. ¿Conduce automóvil? (No) (Sí) desde hace cuánto tiempo?    \_\_\_\_\_ (Meses/Años)
13. ¿Ha tenido algún accidente automovilístico debido a la somnolencia?(No) (Sí)
14. ¿Ud. Fuma? (No) (Sí)    Número de Cigarros por día:    \_\_\_\_\_
15. ¿Bebe alcohol? (No) (Sí)    Cantidad aprox de cervezas por semana:    \_\_\_\_\_
16. ¿Consume café? (No) (Sí)    Cantidad de aprox de tazas por semana:    \_\_\_\_\_

### 3. Escala de Ansiedad de Hamilton

#### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre

Fecha

##### Instrucciones

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa; manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

## 4. Cuestionario de Pittsburgh

### PSQI<sup>2006,2017</sup>: Pittsburgh Sleep Quality Index. Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus **hábitos de sueño sólo durante el último mes**. Tus respuestas deben **reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes**. Por favor contesta a todas las preguntas.

**1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?**

HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: \_\_\_\_\_

**2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?**

NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO: \_\_\_\_\_

**3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?**

HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: \_\_\_\_\_

**4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado)**

HORAS DE SUEÑO POR NOCHE: \_\_\_\_\_

Para cada una de las cuestiones siguientes, selecciona la respuesta más adecuada a tu situación. Por favor contesta todas las preguntas de detrás de la página.

**5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de...?**

**(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

**(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada:**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

**(c) tener que ir al baño:**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

**(d) no poder respirar adecuadamente:**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

**(e) tos o ronquidos:**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

**(f) sensación de frío:**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

**(g) sensación de calor:**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

**(h) pesadillas**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

**(i) sentir dolor**

- No me ha ocurrido durante el último mes     Menos de una vez a la semana     Una o dos veces a la semana     Tres o más veces a la semana

**(j) otra causa(s), describir:** \_\_\_\_\_

**¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?**

- No me ha ocurrido durante el último mes     Menos de una vez a la semana     Una o dos veces a la semana     Tres o más veces a la semana

**6. Durante el último mes, ¿cómo calificarías, en general, la calidad de tu sueño?**

- Muy buena  
 Bastante buena  
 Bastante mala  
 Muy mala

**7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?**

- No me ha ocurrido durante el último mes     Menos de una vez a la semana     Una o dos veces a la semana     Tres o más veces a la semana

**8. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?**

- No me ha ocurrido durante el último mes     Menos de una vez a la semana     Una o dos veces a la semana     Tres o más veces a la semana

**9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?**

- No ha resultado problemático en absoluto  
 Sólo ligeramente problemático  
 Moderadamente problemático  
 Muy problemático

**10. ¿Tienes pareja o compañero/a de habitación?**

- No tengo pareja ni compañero/a de habitación  
 Si tengo pero duerme en otra habitación  
 Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama  
 Si tengo y duerme en la misma cama

Si tienes pareja o compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido...

**(a) ronquido fuertes**

- No me ha ocurrido durante el último mes     Menos de una vez a la semana     Una o dos veces a la semana     Tres o más veces a la semana

**(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía**

- No me ha ocurrido durante el último mes     Menos de una vez a la semana     Una o dos veces a la semana     Tres o más veces a la semana

**(c) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía**

- No me ha ocurrido durante el último mes       Menos de una vez a la semana       Una o dos veces a la semana       Tres o más veces a la semana

**(d) episodios de desorientación o confusión durante el sueño**

- No me ha ocurrido durante el último mes       Menos de una vez a la semana       Una o dos veces a la semana       Tres o más veces a la semana

**(e) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríbelo: \_\_\_\_\_**

- No me ha ocurrido durante el último mes       Menos de una vez a la semana       Una o dos veces a la semana       Tres o más veces a la semana

Interpretación: Las 4 primeras preguntas se contestan de forma concreta. Las restantes se contestan mediante una escala con 4 grados. Al ser co-regido sólo se valoran las 18 primeras preguntas, que son las que debe contestar el propio sujeto (las 5 últimas las debería contestar el compañero de cama). De la puntuación se obtienen 7 puntuaciones que nos informan de otros tantos componentes de la calidad de sueño: calidad subjetiva, latencia de sueño, duración de sueño, "eficiencia de sueño", perturbaciones de sueño (frecuencia de alteraciones como tos, ronquidos, calor, frío...), uso de medicación hipnótica, disfunción diurna (facilidad para dormirse realizando alguna actividad como cansancio). Cada componente recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3. Una puntuación 0 indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que si es de 3 señala graves problemas a ese nivel. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT), que puede ir de 0-21. Según Buysse y cols, una PT de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala: una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores.

## **5. Escala de Somnolencia de Epworth**

## ESCALA EPWORTH DE SOMNOLENCIA

¿Qué tan probable es que Ud. dormite o se duerma en las siguientes situaciones, a diferencia de sólo sentirse cansado? Aún cuando recientemente no se hayan presentado alguna de estas situaciones, trate de contestar cómo podría haberse comportado ante ellas.

Estas situaciones se refieren a su estilo de vida durante *los últimos siete días*.

Use la siguiente escala para escoger el número más apropiado para cada situación:

- 0= Nunca** me quedaría dormido
- 1= Ligera** probabilidad de quedarme dormido
- 2= Moderada** probabilidad de quedarme dormido
- 3= Alta** probabilidad de quedarme dormido

SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE QUEDARSE DORMIDO
Al estar sentado leyendo	_____
Viendo T.V.	_____
Sentado inactivo en un lugar público (por ejemplo una sala de espera, cine, etc. )	_____
Como pasajero en un auto durante una hora ininterrumpida	_____
Recostado y descansando por la tarde, cuando las circunstancias lo permiten	_____
Sentado, hablando con alguien	_____
Sentado tranquilamente, después de una comida sin haber ingerido alcohol.	_____
En un auto que se encuentra detenido por algunos minutos debido al tráfico	_____

## 6. Diario de Sueño

### Diario de sueño

Nombre: \_\_\_\_\_, Edad: \_\_\_\_\_ Fecha inicio: \_\_\_\_\_, Fecha termino: \_\_\_\_\_

- Coloca una ↓ en la hora de acostarte. Traza una línea que inicia en la hora aproximada que te quedaste dormido y termina en la hora aproximada de despertarte. Coloca una ↑ en la hora de levantarte. Utiliza estos signos también para las siestas.
- Coloca la letra **A** cuando consumes alcohol, **B** botana (papas, galletas, dulces, etc), **C** realizas una comida (desayuno, almuerzo, cena), **CF** cafeína, **E** cuando realizas ejercicio, **M** tomas medicamentos, **N** nicotina, **S** cuando estas somnoliento y **T** si consumes Té.

**Ejemplo:** Lunes durmió de 3 a 4 pm, tomó café a las 6, alas 7 hizo ejercicio, a las 9 fumó, se acostó a las 11 y se tomó medicamento, se durmió aproximadamente a las 12 de la noche se despertó como 4:15 y sin levantarse de la cama se volvió a dormir a las 5, se despertó a las 6 y alrededor de las 6:30 se levantó de la cama, tomo café a las 7am y a las 10 am se sintió con sueño pero no durmió.

Día de la semana	Medio Día	pm											Media Noche	am											Observación
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Eje: LUNES							C	E			N	↓	M							↑	C			S	

## 7. Consentimiento Informado

### Carta de Consentimiento Informado

**Propósito:** Investigar e indagar acerca de la presencia del Insomnio en la calidad de sueño de los pacientes de la consulta externa de la Facultad de Psicología de la UADY. De esta manera con los datos que se obtengan se pretende aumentar el conocimiento acerca de los trastornos de sueño en la población y proponer alternativas que ayuden en el diagnóstico y tratamiento.

**Procedimiento:** Se hará entrega de un diario de sueño semanal, se le aplicará cuestionarios psicológicos, la Escala de Somnolencia de Epworth, Índice de Severidad de Insomnio, Cuestionario de Insomnio, Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI), Escala de Creencias Disfuncionales y Actitudes acerca del Sueño (DBAS), Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión de Hamilton, así como el uso del Neurofeedback en el laboratorio de sueño de la facultad.

**Riesgos e incomodidades:** Usted no correrá ningún riesgo, el Neurofeedback es una técnica no invasiva, tampoco ameritará gasto económico alguno en la participación durante esta investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona del laboratorio de sueño de la facultad de psicología de la UADY, el cual protegerá su confidencialidad.

**Beneficios:** Su participación en este estudio nos brindará información con la cual se propondrán herramientas y estrategias que nos ayuden a otorgarle un diagnóstico y tratamiento oportuno.



**Confidencialidad:** Ninguno de los datos correspondientes con su identidad será revelado. Este estudio constituye un trabajo de investigación, aun cuando surgieran publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial, esto significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra forma información que pueda identificarlo, no será del acceso público. La información solo podrá ser consultada por otros investigadores involucrados en este estudio.

He leído la hoja de información y entiendo que se trata el estudio de tal manera acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias.

Le agradecemos su colaboración en este estudio.

Nombre y firma del paciente:

---