



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con alzheimer

Andrés Camargo Sánchez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, D.C., Colombia

2011

Prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con alzheimer

**Andrés Camargo Sánchez
Código 539355**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Magister en Enfermería

Director (a):

Enfermera, MSc. Nohra Cataño Ordoñez

Línea de Investigación:

Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico

Grupo de Investigación:

Cuidado Cultural de la Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, D.C., Colombia

2011

(Dedicatoria o lema)

A los adultos mayores cuidadores y a sus familiares, cuyas experiencias y saberes hicieron posible la construcción de esta investigación y motivación para su desarrollo y culminación. A Dios, mi familia y mis amigos por su respaldo incondicional durante este tiempo.

Agradecimientos

El autor expresa sus agradecimientos a todas las personas e instituciones sin cuyo interés no hubiese sido posible esta investigación:

A la profesora Nohra Cataño Ordoñez, quien realizó la dirección del presente trabajo de manera amorosa y paciente en cada paso de esta investigación.

Al grupo de investigación de Cuidado al Paciente Crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional.

A las profesoras Alba Lucero López Díaz y Vilma Velásquez, por el apoyo durante todo el desarrollo de la tesis.

Al equipo del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud especialmente Luz Dary Mejía por compartir su conocimiento en esta investigación.

Al Doctor Rodrigo Heredia por su indispensable colaboración e interés en este estudio.

A los integrantes del Grupo de Neurociencias especialmente a Jenny Jaramillo, Andrés Duque, Martín Pilonieta, Luis Carlos Morales, Melisa Alejandra Martínez y al profesor Humberto Arboleda por su ayuda y asesoría en el desarrollo de esta investigación

A la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA), especialmente a la licenciada Cecilia Campaña de Paredes por apoyo y paciencia, a Carmen Lucía Niño Cardozo por compartir este sueño sobre el sueño, a Cesar Guzmán y Leonardo Sánchez por su amistad y consejo.

A Laura López Torres por compartir su conocimiento en investigación cualitativa y por su imprescindible ayuda en la construcción y desarrollo de esta investigación y a Edna Janeth Ramírez compañera de estudio por su ánimo.

A los docentes y administrativos de la Facultad de Enfermería por su orientación, comprensión y gestión durante esta etapa de aprendizaje especialmente a Dumar Barbosa Ortiz y a mis ex compañeros de trabajo de los posgrados de enfermería.

A Diana por sus palabras de ánimo y apoyo en mis estudios de maestría.

A mis padres y mi hermano por su apoyo incondicional, su amor y por acompañarme en todo el desarrollo de mis estudios de maestría.

Resumen

Esta es una investigación con abordaje cualitativo a través de un estudio etnográfico, donde se utilizó la teoría de diversidad y universalidad del cuidado (Leininger) y el modelo tradicional de salud (Spector) con el fin de explorar las prácticas de cuidado popular para mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, a través de la entrevista a profundidad y la observación participante, lo cual permitió abrir un espacio de exploración en el análisis del hábito de sueño de cuidadores desde una perspectiva social y cultural, con el fin de permitir un acercamiento a las formas de comunicación y escudriñar las ideas que se ocultan tras el lenguaje en este tema que ha sido poco estudiado. Con el rigor y calidad científica de un estudio cualitativo: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad. Concluyendo como las interrelaciones en las prácticas de cuidado popular para mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito del sueño de cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer en el Cuerpo, Mente y Espíritu evidencian toda una serie de prácticas y ritos desde que se levantan para tener un buen día y por tanto una buena noche y de igual manera las prácticas que se cuando se acuestan para tener una buena noche y por tanto un buen día reflejado en tranquilidad, descanso y bienestar.

Palabras clave: Enfermería transcultural, prácticas de cuidado popular, cuidadores, hábito de sueño, etnografía.

Abstract

This is a research with a qualitative approach through an ethnographic study, where was utilized the theory of the diversity an universality of the care (Leninger), and the traditional model of health (Spector) with the aim to explore the practices of popular care in order to maintain, protect and reestablish the health in the sleep habit of caretakers of elder adults

with Alzheimer's disease, through the deep interview and the participating observation, which allowed to open a space of exploration in the analysis of the sleep habit of caretakers from a social and cultural perspective, with the objective to permit an approach to the forms of communication and to inquire into the ideas that hide behind the language in this poorly studied subject. With the rigor and scientific quality of a qualitative study: the credibility, auditability or confirmability and the transferability or applicability. Concluding how the interrelationships in the practices of popular care to maintain, protect and reestablish the health in the habit of sleep of caretakers of people with Alzheimer's disease of the body, mind and spirit show evidence of a whole series of practices and rites since the sunrise in order to have a good day and therefore a good night, and in the same way the practices done when they go to bed to have a good night and therefore a good day reflected in tranquility, rest and wellbeing.

Keywords: Transcultural nursing, practices of popular care, caretakers, habit of sleep, ethnography.

Contenido

	Pág.
Introducción	1
1. Marco de Referencia	4
1.1 Descripción del Área Problema	4
1.2 Justificación	7
1.3 Planteamiento del Área Problema	15
1.4 Objetivo general	15
1.5 Objetivos específicos	15
1.6 Definición de conceptos	15
1.6.1 Cuidado popular	17
1.6.2 Cuidador	18
1.6.3 Hábito de sueño	19
1.6.4 Adulto mayor con enfermedad de alzheimer (EA)	22
2. Marco teórico	25
2.1 Diversidad y universalidad de los cuidados culturales	25
2.1.1 Modelo del sol naciente y la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad	26
2.2 Diversidad cultural en la salud y en la enfermedad	32
2.3 Prácticas Populares y Hábito de Sueño	35
2.4 Sueño en Cuidadores de Adultos Mayores con Enfermedad de Alzheimer (EA)	37
3. Marco de Diseño	40

3.1 Tipo de Estudio	40
3.2 Inserción al campo de estudio	41
3.3 Participantes	42
3.4 Criterios de inclusión	42
3.5 Criterios de exclusión	42
3.6 Recolección de la información	43
3.7 Rigor metodológico	46
4. Consideraciones éticas	47
5. Análisis de la información	50
6. Hallazgos y discusión	53
6.1 Prácticas de cuidado de la salud en el hábito de sueño	53
6.1.1. Tema cultural: Cuidado día y noche, entre el sueño y la vigilia. Entre angustias, prácticas, creencias. Donde cada cosa que se hace tiene su hora	53
6.1.2 Una aproximación al comprender el estudio de vida	91
6.1.3 Modelo tradicional de salud	93
7. Limitaciones del estudio	101
8. Presupuesto	102
9. Conclusiones	103
10 Recomendaciones	107
Anexo A. Oficio No. UGI - 0186-2010	109
Anexo B. Consentimiento informado	111
Anexo C. Presupuesto	113
Anexo D. Cronograma	114
Bibliografía	115

Lista de figuras

Pág.

2:1 Modelo del sol naciente	27
6:2 Nudo de Boromeo	55
6:3 La pesadilla	64
6:4 entonces él me golpea en la pared, y ahí mismo yo le escucho y me levanto y voy a ver". Tomada por el investigador enero de 2011	70
6:5 "Yo tengo el Sagrado Corazón, la Virgen del Carmen, el Santo Cristo... yo me acojo a ellos". Tomada por el investigador diciembre de 2010	83
6:6 al acostarme, encomiendo a mi familia...a mis hijos y me encomiendo yo, me pongo en manos de Dios". Tomada por el investigador diciembre de 2010	84

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 2:1 Interrelación del cuerpo	32
Tabla 5:2 Método de análisis	50
Tabla 5:3 Primera fase de análisis	50
Tabla 5:4 Entrevistas etnográficas	51
Tabla 5:5 Segunda fase	52
Tabla 6:6 Patrón: El sueño es misterioso y desconocido aún pero está claro que es vida, salud y bienestar.	56
Tabla 6:7 Patrón: Patrón: Ahora uno se las ingenia para poder descansar, el dormir me cambio	68
Tabla 6:8 Interrelación mente, cuerpo y espíritu	74
	94

Introducción

Actualmente, el desarrollo teórico de enfermería, parte de la conceptualización del proceso salud-enfermedad como elemento sistémico, en el cual, la cultura es determinante, pues es a través de ella que se originan los significados, que las personas otorgan a su vida, salud y diferentes patologías, sus causas, consecuencias y posibles tratamientos. Estos significados, derivados de las interacciones sociales humanas, del lenguaje propio e integrador de las comunidades, de los saberes/hacer aprendidos, de las experiencias vividas, de la memoria histórica, de las creencias míticas de una sociedad, se ponen de manifiesto en las diversas formas en que las personas se cuidan. En este sentido, Madeleine Leininger (1950), en su Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, proporciona los elementos propios a la Enfermería, que permiten un abordaje holístico de las personas, las comunidades y posibilita dar respuesta a las necesidades actuales en el campo de la salud. De igual manera, los avances teóricos desarrollados por Rachel Spector (1977), en modelo tradicional de salud, aportan herramientas sólidas en el campo investigativo para el análisis sistemático de las diversas prácticas de cuidado en diferentes culturas, así como un cuidado de Enfermería en el cual, los cuidados populares sean comprendidos y tenidos en cuenta como parte fundamental del restablecimiento, mantenimiento, rehabilitación y prevención en salud.

Con el avance de la medicina y la mejoría de la calidad de vida, se está produciendo un aumento progresivo del grupo de adultos mayores en nuestra sociedad. En Colombia, la expectativa de vida para el año 1990 fue de 64 años, y se espera que para el 2010 esta aumente a 70 años¹ Actualmente de la población general, el 7.6 % son mayores de 60 años y para el año 2015 se espera que un 9.8% de la población general corresponda a este grupo etario².

Durante el proceso de envejecimiento ocurren dos fenómenos paralelos, una declinación fisiológica normal y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades.

¹Departamento Nacional de Estadística. (DANE). Reporte demográfico nacional. 2001. Bogotá, Colombia.

²Departamento Nacional de Estadística. (DANE). Proyecciones anuales de población por sexo, según grupos quinquenales de edad / 1985-2015. 2006. Bogotá, Colombia.

Aunque estos procesos se influyen entre sí, existe una declinación fisiológica que es independiente del desarrollo de enfermedad³. Hay varias entidades patológicas que son más frecuentes en el adulto mayor, y que antes se pensaba eran propias del envejecimiento, hoy en día se sabe que son enfermedades, como sucede con la enfermedad de Alzheimer. Éste, se caracteriza por la pérdida progresiva de memoria, acompañada por alteraciones en el comportamiento⁴.

A medida que aumenta la proporción de personas ancianas en la población, aumenta la proporción de enfermedad de Alzheimer al igual que los cuidadores de estas personas y los cuidados específicos que requieren a las implicaciones que trae esta enfermedad sobre la persona. Entre estas implicaciones como son principal y comúnmente las alteraciones del sueño que terminan repercutiendo en el cuidador y las cuales se reportan en varios estudios^{5 6 7}, sin duda, ha de requerir estrategias de adaptación por parte de los cuidadores para hacer frente a estas alteraciones y por tanto el mejoramiento de la calidad de vida, tanto del Adulto Mayor con Alzheimer como de aquellos implicados en el cuidado del mismo.

Es indudable que los cuidados proporcionados por el entorno familiar, corresponden a elementos propios de la cultura a la cual ella pertenece, “los cuidadores primarios proyectan durante el proceso, los valores aprendidos en su contexto familiar y social”⁸ y es allí donde se hace indispensable avanzar en el campo investigativo de la enfermería desde una perspectiva transcultural, que permita identificar los fenómenos propios al cuidado, valores, creencias y expectativas de los cuidadores. De esta necesidad, el objetivo de esta investigación, conocer las “Prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con Alzheimer” entendiéndolo que “la cultura es el más amplio y holístico significado para conceptualizar, comprender y ser efectivo con la

³CÉSPEDES, E. RODRÍGUEZ K. LLÓPIZ, N y CRUZ N. un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento. *Rev Cubana Invest Biomed* 2000;19(3):186-90.

⁴ROBLES A.; DEL SER T. ; ALOM J. ; PENA-CASANOVA J. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. 2002.17(1): 17-32.

⁵ASAYAMA K, YAMADERA H, ITO T, SUZUKI H, KUDO Y, ENDO S. Double blind study of melatonin effects on the sleep-wake rhythm, cognitive and non-cognitive functions in Alzheimer type dementia. *J Nippon Med Sch.* 2003 Aug;70(4):334-41.

⁶MCCURRY SM, LOGSDON RG, VITIELLO MV, TERI L. Treatment of sleep and nighttime disturbances in Alzheimer's disease: a behavior management approach. *Sleep Med.* 2004 Jul; 5(4):373-7.

⁷MORAN M, LYNCH CA, WALSH C, COEN R, COAKLEY D, LAWLOR BA. Sleep disturbance in mild to moderate Alzheimer's disease. *Sleep Med.* 2005 Jul; 6(4):347-52.

⁸SÁNCHEZ, M. HERRERA, F-E. SOCARRAS, M-E. El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo crónico. *Revista Ciencia y Cuidado*, 2008. 5(1):74-85.

gente”⁹. Logrando una aproximación a la émica (visiones internas) del cuidado suministrado por los cuidadores de la persona mayor con Alzheimer, así mismo, en el habito de sueño, conocer cómo lo entienden y practican, así como lograr documentar, predecir, conocer y explicar por medio de los datos, lo que es común (universal) y diferente (diverso) en los cuidados populares.

Esta investigación, proporciona nuevas herramientas para el conocimiento, análisis y bases empíricas y teóricas para intervenciones de Enfermería, para el logro de un cuidado que pueda llegar a ser culturalmente congruente y competente. Ya que el “escuchar atentamente las explicaciones e interpretaciones de las personas y grupos sobre qué hacen, porqué lo hacen y porqué creen en sus prácticas de cuidado, conducirá a mantener relaciones positivas, nos orientará hacia una actitud de respeto por el otro u otra”, conservando el marco teórico para la comprensión y explicación de los fenómenos culturales inmersos en habito de sueño de cuidadores con el fin de facilitar el desarrollo metodológicamente.

De igual manera, entender que el cuidado, es universal, pero que esa universalidad se enmarca en la diversidad generada por la cultura, abre posibilidades; según Leininger¹⁰, de adecuación y/o negociación de estos cuidados populares, el rediseño y/o reestructuración de los mismos para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas inmersas en una situación de cuidado como la aquí planteada, aportando al desarrollo de investigaciones del Grupo de Investigación de Cuidado al Paciente Crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia que responden actualmente a la problemática identificando significados y vivencias para atender, y sustentar la toma de decisiones prioritarias para cuidar a las personas y a sus cuidadores familiares¹¹ en este caso en el habito de sueño.

⁹FERNÁNDEZ-GARCÍA V. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. Rev Enferm IMSS 2006; 14 (1): 51-55.

¹⁰CERÓN-MIRELES P. Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la Ciudad de México. Revista Salud Pública de México;1997;39(1):2-10.

¹¹BARRERA-ORTÍZ L, PINTO-AFANADOR N, SÁNCHEZ- HERRERA B. Red de investigadores en: cuidado a cuidadores de pacientes crónicos. Aquichan. 2007;7(2):199-206.

1. Marco de Referencia

Comprende la descripción del área problemática, la justificación, la pregunta de investigación, los objetivos y la definición de conceptos.

1.1 Descripción del Área Problema

Las consecuencias de los hábitos de sueño no puede atribuirse únicamente al lugar donde se duerme, sino también a los factores sociales, culturales, psicológicos inmersos en la relación de familia¹², como son las ocupaciones de trabajo, académicas, familiares, entre otras, las personas no prestan atención a la importancia del sueño en relación a cuánto tiempo y en qué momentos dormir, como esto repercute en su calidad de vida y su estado de vigilia en lo que respecta por ejemplo a ánimo, atención y concentración. Además las dificultades en el dormir traen consecuencias para quien las padece y su familia, que le acarrea dificultades en la dinámica familiar, conflictos conyugales e inseguridad y puede desencadenar la agresión tanto verbal como física¹³.

Los valores, las creencias y las prácticas populares, al igual que la estructura familiar son elementos que inciden en el hábito de sueño, pero pocos estudios han examinado esta relación y no se sabe casi nada sobre cómo estos factores pueden ayudar a explicar los hábitos de sueño¹⁴, sin embargo la evidencia existente sugiere que esto varía en diversos grupos culturales. Se necesita investigación adicional para hacer frente a las limitaciones de la literatura existente, para desarrollar intervenciones culturalmente sensibles para tratar problemas relacionados con el hábito de sueño. Por tanto, es ventajoso explorar el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer en un entorno multicultural puesto que contiene un valor intrínseco propio y permite no sólo una mejor comprensión del hábito de sueño en diferentes contextos, sino también una

¹²CONSALTER GEIB, LT. Moduladores dos hábitos de sono na infancia. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5): 564-8.

¹³CONVERTINI, G y TRIPODI, MR. Hábitos de sueño en menores de 2 años. Arch. argent. pediatr. 2007, vol.105, n.2:122-128

¹⁴McHALE SM, KIM JY, KAN M, UPDEGRAFF KA. Sleep in Mexican-American Adolescents: Social Ecological and Well-Being Correlates. J Youth Adolesc. 2010 Jul 29. [Epub ahead of print].

evaluación de los posibles beneficios y consecuencias de los diferentes cuidados populares en el hábito de sueño^{15 16} así como, plantear futuras intervenciones específicas que apoyen el papel de las interacciones a la hora de acostarse y comportamientos en los resultados del sueño dando apoyo adicional para hacer frente a los comportamientos del cuidador de un persona con problemas de sueño teniendo en cuenta las creencias culturales¹⁷.

Vale la pena mencionar que la información sobre temas culturales en el hábito de sueño en la literatura científica actual es escasa, dispersa y generalmente enfocada a estudios en los primeros años de vida donde se adquieren y consolidan los hábitos. En general, el tema de la cultura en el sueño no es estudiado muy a fondo en cualquier disciplina¹⁸ y pocos estudios han abordado este tema y se han basado en poblaciones altamente seleccionadas o se han centrado en un número limitado de posibles relatos¹⁹, donde no se encontraron reportes de resultados en población de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer sobre hábitos y cuidados populares en el sueño. Para este estudio se hizo una revisión temática y sistemática en las bases de datos Ebsco, Lilacs, Ovid, Proquest, Hinari, Medline, Medclatina y Pubmed y Scielo, evidenciado que en nuestro país son muy pocos los estudios cualitativos, cuantitativos y las cifras oficiales referente a las alteraciones de los patrones de sueño y muchos menos en lo que concierne a factores culturales en el hábito de sueño en diferentes tipos de población.

Una de las prácticas de cuidado en el hábito de sueño más común en las diferentes culturas (tanto asiáticas como occidentales) es la de la siesta. En occidente, diversa literatura menciona que es aceptable como tiempo suficiente para proporcionar descanso a mente y cuerpo 30 minutos de sueño de modo que no se ocasionen trastornos del mismo en las horas de la noche²⁰. De igual manera, en países como Alemania, se acostumbra que los niños duerman en su propia cama en habitaciones

¹⁵BOERGERS J, KOINIS-MITCHELL D. Sleep and Culture in Children with Medical Conditions. *J Pediatr Psychol*. 2010 Mar 23. [Epub ahead of print].

¹⁶GIANNOTTI F, CORTESI F. Family and cultural influences on sleep development. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009 Oct;18(4):849-61.

¹⁷MINDELL JA, SADEH A, KOHYAMA J, HOW TH. Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. *Sleep Med*. 2010 Apr;11(4):393-9.

¹⁸JENNI OG, O'CONNOR BB. Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics*. 2005 Jan;115(1 Suppl):204-16.

¹⁹TIKOTZKY L, SADEH A. The role of parents in the development of infant sleep patterns. *Harefuah*. 2009 May;148(5):342-8.

²⁰HOECKER JL. Adolescent sleep deprivation. *Indian Pediatr*. 2008 Mar;45(3):181-2.

separadas, así como se evidencia el mantenimiento de cierta distancia de los padres durante el sueño de los niños, sin embargo, durante los rituales del sueño de los menores, se presenta un mayor acercamiento de los cuidadores²¹.

Los problemas del sueño son frecuentes en la población. Dado que no hay datos epidemiológicos nacionales, según estudios de otros países similares se estima que en Colombia cerca de una cuarta parte de la población adulta podría presentar alteraciones del sueño, teniendo en cuenta los datos de prevalencia iberoamericanos²². En el III Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM - 2003) en Colombia, al igual que en los anteriores, no se evaluaron los trastornos del sueño en la población general. Sin embargo, sí se obtuvieron datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales más importantes en nuestro país, tales como las prevalencias altas de depresión y de ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad se ha reportado comúnmente en pacientes insomnes, comparada con la población general, en este sentido, entre el 25-40 por ciento de los insomnes presentan una significativa ansiedad y se calcula que un 90 por ciento presenta alteraciones del sueño ligadas a la depresión. Por otra parte, es bien conocido que los trastornos del sueño son una patología frecuente en todos los países²³.

Entre los síntomas no cognitivos más comunes que se presentan en la enfermedad de Alzheimer (EA) son los problemas de sueño (entre 25% y el 35% de los pacientes)²⁴. Los patrones de sueño en adultos mayores con EA suelen ser similares a los observados en personas mayores sin demencia pero las alteraciones son más graves: perturbación de sueño nocturno y somnolencia diurna son los principales problemas derivados de un avance de fase, una disminución en el ritmo circadiano normal. La somnolencia, es concebida como una conducta patológica, estructurada por una serie de factores que interactúan entre sí modulando los cambios fisiorgánicos para la aparición de la misma. El excesivo sueño diurno obedece muchas veces a la fragmentación de aspectos centrales del sueño en la noche como no alcanzar el sueño reparador y aumento en el

²¹VALENTIN SR. Commentary: Sleep in German infants--the "cult" of independence. *Pediatrics*. 2005 Jan;115(1 Suppl):269-71.

²²ESCOBAR-CÓRDOBA F, ESLAVA-SCHMALBACH J, FOLINO J. Síntomas de estrés posttraumático y trastornos del sueño en un grupo de mujeres adultas de Bogotá. *Univmed*. 2008; 49: 29-45.

²³ESCOBAR-CÓRDOBA F, FOLINO JO, ESLAVA-SCHMALBACH J. Calidad de sueño en mujeres víctimas de asalto sexual en Bogotá. *Rev.fac.med.unal*. 2006 Mar;54(1): 12-23.

²⁴DAUVILLIERS Y. Insomnia in patients with neurodegenerative conditions. *Sleep Med*. 2007 Dec;8 Suppl 4:S27-34.

número de despertares, que se manifiestan en la recuperación diurna del sueño acumulado por su poca eficacia en la noche²⁵.

Los problemas del sueño son frecuentemente correlacionados con la gravedad y progresión de la EA, pero también pueden estar presentes en las primeras etapas de la enfermedad. La relevancia en la evaluación de las alteraciones del sueño en los trastornos neurodegenerativos como Alzheimer es cada vez mayor²⁶. La mayoría de las personas con demencia son atendidos en el entorno domiciliario por cuidadores informales, por lo general es un pariente, donde la cantidad de tiempo que duran cuidando a su ser querido con Enfermedad de Alzheimer oscila entre 69 y 117 horas por semana^{27 28}, el estrés y la carga que experimentan por el deterioro progresivo de esta enfermedad puede tener negativos efectos sobre la salud física y emocional. Por desgracia, la cantidad de tiempo que pasan en el rol de cuidadores a menudo les deja poco tiempo o recursos para que puedan atender sus propias prácticas que promueven su salud. Los investigadores han informado de una variedad de cambios en el sueño del cuidador, incluyendo cambios en la cantidad y la calidad del sueño²⁹, resultados que ponen de manifiesto el carácter complejo y multifactorial de los patrones de sueño de los cuidadores y la necesidad de investigaciones adicionales para aclarar los factores y determinar las mejores estrategias de intervención para mejorar el sueño del cuidador³⁰.

1.2 Justificación

²⁵MARÍN-AGUDELO HA, VINACCIA S. Contribuciones desde la medicina comportamental del sueño al manejo de la somnolencia excesiva diurna. *Psicología desde el Caribe*. 2005. Universidad del Norte. Nº 15: 95-116.

²⁶GABELLE A, DAUVILLIERS Y. Editorial: sleep and dementia. *J Nutr Health Aging*. 2010;14(3):201-2.

²⁷ACTON GJ. Health-promoting self-care in family caregivers. *West J Nurs Res*. 2002;24:73-86.

²⁸WILLETTE-MURPHY M, TODERO C, YEAWORTH R. Mental health and sleep of older wife caregivers for spouses with Alzheimer's disease and related disorders. *Issues Ment Health Nurs*. 2006;27:837-852.

²⁹ELLIOTT AF, BURGIO LD, DECOSTER J. Enhancing caregiver health: findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Jan;58(1):30-7.

³⁰ROWE MA, MCCRAE CS, CAMPBELL JM, BENITO AP, CHENG J. Sleep pattern differences between older adult dementia caregivers and older adult noncaregivers using objective and subjective measures. *J Clin Sleep Med*. 2008 Aug 15;4(4):362-9.

Desde una perspectiva transcultural de la Enfermería, puede decirse que los conceptos de cultura y prácticas de cuidado, constituyen siempre el marco de referencia del análisis e interpretación de los fenómenos propios al cuidado y al proceso salud enfermedad. Los cuidados de enfermería son congruentes, desde la diversidad cultural, cuando el individuo, el grupo, la familia o la comunidad los conocen y los utilizan de manera apropiada y significativa por parte de la enfermera³¹, siendo culturalmente congruentes cuando se logra la integración compleja de conocimientos, actitudes y habilidades que aumentan la comunicación entre culturas diferentes (cross cultural communication) y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros³². De hecho, comprender el padecimiento y las prácticas que en el contexto en que se sitúan quienes sufren, y lo que utilizan para resolverlo. La condiciones de enfermo crónico y discapacidad, particularmente en esta situación de dependencia total o parcial, cobra importancia si se tiene en cuenta los aspectos culturales y los costos que esta condición tiene para quienes la sufren³³. Las estadísticas muestran que la población colombiana ha venido envejeciendo, con un índice que para 1973 fue de 7.1, en 1985 de 10.9, en 1993 fue de 13.1 y para 2005 el índice de envejecimiento fue de 21.1, según el censo del 2005, los adultos mayores representan el 2.4% del total de la población, es decir, 3´721.943 personas, con 2´010.198 mujeres que corresponde al 54.1% y 1´711.745 hombres que corresponde al 45.9%³⁴. Dentro de la población de adultos mayores, las demencias en especial la tipo Alzheimer, es una de las enfermedades más prevalentes, siendo una afección de salud crónica neurodegenerativa que presenta manifestaciones que deterioran al adulto mayor en todas sus esferas incluyendo la mental, física, psicológica, espiritual, social y principalmente el sistema familiar; por lo tanto es una condición que incrementa la vulnerabilidad que tiene el anciano, al generar discapacidad y afectar directamente en su calidad de vida de quien lo cuida. Según el registro de discapacidad de Bogotá 2007, la población total de adultos mayores es de 564.211, con 239.624 hombres y 324.587 mujeres; 73.274 en situación de discapacidad, en donde 49.6% corresponden a personas con deficiencias relacionadas con el sistema nervioso, dentro

³¹ROHRBACH-VIADAS, C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los cuidados*. 1998, 4 (2):1138-1728

³²LILLO CRESPO, M; VIZCAYA MORENO, F; DOMINGUEZ SANTAMARIA, JM y GALAO MALO, R. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. *Index Enferm*. 2004, vol.13, n.44-45: 47-50.

³³SÁNCHEZ, M. HERRERA, F-E. SOCARRAS, M-E. El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo crónico. *Revista Ciencia y Cuidado*, 2008. 5(1):74-85.

³⁴Libro censo general 2005, disponible en: <http://www.dane.gov.co>

de las cuales están las secundarias a las demencias tipo Alzheimer, siendo así; el 35.11% de los adultos mayores tiene dificultades para pensar y memorizar, el 7.65% presenta dificultades para hablar y comunicarse; el 2.56% dificultades para percibir olores y sabores; el 23.41% dificultades para masticar, tragar y asimilar los alimentos; el 22% dificultades para cambiar las posiciones del cuerpo o moverse; el 70% dificultades para caminar; el 7.78% dificultades para relacionarse con los demás personas y entorno; 15.8% dificultades para manejar el control de esfínteres; el 9.34% presentan dificultades para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo; complicaciones habituales que pueden ser derivadas del deterioro de las esferas cognitivo-intelectuales, psíquico-comportamentales y funcionales asociadas a las demencias entre ellas la tipo Alzheimer³⁵. Pero además, estas limitaciones y dificultades originan actitudes negativas por parte de quienes rodean al adulto mayor, siendo así que un total de 29% de ancianos perciben estas actitudes entre los cuales el 37% es por parte de su familia, el 9% de amigos y compañeros, el 14% de vecinos y el 40% de otras personas. Sumado a lo anterior, los adultos mayores con situación de discapacidad, que para el presente caso, se centra en las relacionadas con el sistema nervioso central incluyendo las secundarias a demencia tipo Alzheimer; están las barreras físicas que impiden o limitan aún más la autonomía del anciano; y que son percibidas por el adulto mayor y/o su familia en un 43%, de ellos: el 7% en la vivienda, el 10% en la vía pública, el 6% en parques, el 9% en transportes, el 5% en las instituciones de salud, el 6% en otros³⁶. Otro aspecto esencial para visualizar la situación del adulto mayor es la cobertura de aseguramiento en salud, barrera que influye directamente en el bienestar y calidad de vida del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer. De los adultos mayores registrados con algún tipo de discapacidad, entre ellas las que se relacionan con el sistema nervioso central; 79.9% cuentan con aseguramiento en salud, entre ellos 80.2% de la población total de hombres, el 79.8% mujeres y el 20.1% no cuentan con ningún tipo de aseguramiento en salud, entre ellos 19.8% del total de la población de hombres y 20.2% de mujeres (DANE, 2007)³⁷.

³⁵Departamento Nacional de Estadística. (DANE). Reporte demográfico nacional. 2001. Bogotá, Colombia.

³⁶Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Bogotá 2007, disponible en: <http://www.dane.gov.co/>

³⁷Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Bogotá 2007.

Pero aun siendo la demencia tipo Alzheimer una enfermedad con un alto impacto para el adulto mayor, con los datos anteriormente enunciados, se proyecta una situación actualmente devastadora para este grupo poblacional, al trascender de una condición de enfermedad a una condición de mayor vulnerabilidad y discapacidad, no solo en la parte física y mental sino psicológica y social. El adulto mayor con enfermedad de Alzheimer conlleva una carga adicional al envejecimiento natural que lo limita para realizar sus actividades de la vida diaria, con pérdida de autonomía y apropiación frente a su vida, su deterioro mental no le permite el interaccionar con su entorno y disfrutar de una vejez exitosa, sus años y experiencia no generan un valor agregado en la sociedad sino que al contrario producen reacciones y actitudes negativas que empiezan desde su mismo sistema familiar y el resto del medio donde intenta ser aceptado por sus limitaciones. Y es que ni siquiera su espacio es su propio espacio, las barreras del medio los alejan de percibir un ambiente seguro con déficit en adecuaciones del lugar en el que habitan y transitan o por donde son llevados por sus familiares o redes de apoyo, convirtiéndose en una barrera de acceso a los servicios de salud e incluso a la poca vida social de la cual aun participan.

Los problemas de sueño son comunes en los adultos mayores en general, son más frecuentes en el adulto mayor con enfermedad de Alzheimer, evidenciados por los cambios en el sueño que incluyen un aumento de la duración y la frecuencia de despertares, disminución del sueño de onda lenta y rápida del sueño de movimientos oculares originados por una desincronización circadiana³⁸, otras de las alteraciones que se presentan son la disminución de las funciones cognitivas en adultos mayores con Alzheimer por la modificación del ritmo circadiano^{39 40 41}, la institucionalización, la inadecuada y excesiva terapia farmacológica y sobrecarga en los cuidadores⁴², estas situaciones pueden empeorar a medida que progresa la enfermedad, pues en su

³⁸WU YH, SWAAB DF. Disturbance and strategies for reactivation of the circadian rhythm system in aging and Alzheimer's disease. *Sleep Med.* 2007;8(6):623-36.

³⁹ITO T, YAMADERA H, ITO R, ENDO S. Effects of bright light on cognitive disturbances in Alzheimer-type dementia. *Nippon Ika Daigaku Zasshi.* 1999 Aug; 66(4):229-38.

⁴⁰YAMADERA H, ITO T, SUZUKI H, ASAYAMA K, ITO R, ENDO S. Effects of bright light on cognitive and sleep-wake (circadian) rhythm disturbances in Alzheimer-type dementia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2000 Jun;54(3):352-3

⁴¹GRAF A, WALLNER C, SCHUBERT V, WILLEIT M, WLK W, FISCHER P, KASPER S, NEUMEISTER A. The effects of light therapy on mini-mental state examination scores in demented patients. *Biol Psychiatry.* 2001 Nov 1; 50(9):725-7.

⁴²RIEMERSMA-VAN DER LEK RF, SWAAB DF, TWISK J, HOL EM, HOOGENDIJK WJ, VAN SOMEREN EJ. Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2008. 11;299(22):2642-55.

mayoría, se suceden cambios degenerativos en las vías neuronales que determinan la tendencia hacia el sueño y la vigilia⁴³.

La vigilia y el sueño son estados de carácter cíclico y de tipo circadiano, es decir, cercanos a la duración del día (24 horas). Si bien es cierto que en el hombre los horarios, las necesidades de la vigilia y del sueño son dependientes de la edad, el estado de salud, el contexto cultural y sociolaboral del momento, el ritmo circadiano del sueño y de la vigilia intenta conservar su tendencia natural a pesar de sus continuas adaptaciones a las exigencias cotidianas, con resultados, habitualmente, indeseables para la salud del individuo⁴⁴, tal como sucede en cuidadores de personas con Alzheimer en donde la situación del cuidador es análoga a la de un trabajador que labora por turnos que exige estar alerta, tanto en la noche como durante el día, algunas veces en un horario incompatible.

Las alteraciones en el sueño de la persona con enfermedad de Alzheimer y su comportamiento durante la noche son una fuente importante de la carga física y psicológica del cuidador. Este sobredimensionamiento de responsabilidades puede conducir a fatiga crónica y una disminución de la calidad de la atención. Por ejemplo, los cuidadores que están crónicamente somnolientos durante el día, pueden ser más irritables con la persona a su cuidado, además presentan una mayor predisposición a accidentes domésticos o automovilísticos, y más propensos a tener dificultades con la resolución de problemas por las alteraciones del comportamiento del sujeto a su cuidado⁴⁵.

Las alteraciones que su cuidado conlleva, en cuanto a las perturbaciones de sueño, se evidencian en varios estudios, siendo las más comunes la frecuencia y la duración de despertares nocturnos, la latencia de sueño, el despertarse muy temprano y la presencia de somnolencia diurna^{46 47 48 49}.

⁴³MCCURRY SM, VITIELLO MV, GIBBONS LE, LOGSDON RG, TERI L. Factors associated with caregiver reports of sleep disturbances in persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Feb;14(2):112-20.

⁴⁴MARÍN-AGUDELO HA, VINACCIA S. Contribuciones desde la medicina comportamental del sueño al manejo de la somnolencia excesiva diurna. *Psicología desde el Caribe*. 2005. Universidad del Norte. Nº 15: 95-116.

⁴⁵MCCurry SM, LOGSDON RG, TERI L, VITIELLO MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications. *Sleep Med Rev*. 2007;11(2):143-53.

⁴⁶KOYAMA E, MATSUBARA H, NAKANO T. Bright light treatment for sleep-wake disturbances in aged individuals with dementia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999 Apr; 53(2):227-9.

Frente al rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud, un estudio de carácter observacional y analítico, realizado en España, que tomó como muestra 156 cuidadores principales y un grupo control por 156 personas adscritas a un centro de salud que no realizaban funciones de cuidador principal, emparejadas por edad, sexo y número de patologías crónicas padecidas, se aplicaron mediciones como :características clínicas y sociodemográficas, datos relativos al rol de cuidador (parentesco, tiempo de desempeño del rol de cuidador, etc.), sobrecarga del cuidador (escala de Zarit), frecuentación, salud percibida, calidad de vida subjetiva (cuestionario de salud de Nottingham), presencia de sintomatología, ansiedad y depresión (EADG-18), función familiar (APGAR familiar y apoyo social percibido (cuestionario de Duke-UNC). Se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores, así como una mayor frecuencia de posible disfunción familiar y de sensación de apoyo social insuficiente⁵⁰. En el caso particular de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, reportan tasas más altas de síntomas físicos, mortalidad, depresión y fatiga, así como los efectos negativos sobre el empleo en comparación con aquellos de adultos mayores que no son cuidadores de algún familiar con enfermedad de Alzheimer. En muchos casos, los mismos familiares son los responsables de los costos económicos y los cuidados⁵¹. Para explicar estos fenómenos asociados al acto de cuidar, se ha desarrollado el concepto de Carga del Cuidador y se define como el conjunto de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y financieros que pueden experimentar los miembros de la familia al cuidar a otros en una situación de enfermedad.

Es de destacar que en la carga del cuidador de personas con Alzheimer, también influyen otros aspectos como la relación de parentesco y la estructura familiar, al respecto y según una investigación realizada en Cádiz España, en la que se trata de determinar la relación entre parentesco, estructura familiar y carga percibida en cuidadores de

⁴⁷ANCOLI-ISRAEL S, GEHRMAN P, MARTIN JL, SHOCHAT T, MARLER M, COREY-BLOOM J, LEVI L. Increased light exposure consolidates sleep and strengthens circadian rhythms in severe Alzheimer's disease patients. *Behav Sleep Med.* 2003; 1(1):22-36.

⁴⁸FETVEIT A, SKJERVE A, BJORVATN B. Bright light treatment improves sleep in institutionalised elderly--an open trial. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003 Jun; 18(6):520-6

⁴⁹FETVEIT A, BJORVATN B. The effects of bright-light therapy on actigraphical measured sleep last for several weeks post-treatment. A study in a nursing home population. *J Sleep Res.* 2004 Jun; 13(2):153-8.

⁵⁰LOPEZ GIL, M^a JESÚS ET AL. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam.* 2009, vol.2, n.7:332-339 .

⁵¹KAUFER DI, BORSON S, KERSHAW P, SADIK K. Reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease by treatment with galantamine. *CNS Spectr.* 2005. 10(6):481-8.

Alzheimer, demostrando que el aspecto más relevante para la carga del cuidador de adultos mayores con Alzheimer es: convivir con varias personas además del enfermo y ser la hija, no siendo significativo si los cuidadores son varios o uno sólo, situaciones que en efecto son muy frecuente, en el cual la mujer asume el papel principal de cuidador de los miembros de su familia⁵².

Ya se ha mencionado con anterioridad que en la persona con enfermedad de Alzheimer se presentan alteraciones y cambios en el comportamiento nocturno que éstos son una fuente importante de la carga física y psicológica para el cuidador. Estos aspectos sin duda repercuten negativamente en la salud y el entorno del cuidador y dado que, parte de las conclusiones derivadas de investigaciones relacionadas con carga del cuidador, hacen referencia a la necesidad de actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte y que con dichas intervenciones, obtener resultados positivos en diversos aspectos relativos tanto a la persona atendida como al cuidador⁵³, se hace necesario entonces, el avance en investigación que abra posibilidades para que las acciones y estrategias en Enfermería den respuesta a las características y necesidades específicas de cada cuidador teniendo en cuenta sus aspecto culturales, fomentando en desarrollo de la transculturalidad en el cuidado brindado.

Así mismo, ante las situaciones descritas, es una prioridad el conocimiento holístico de los individuos inmersos en esta situación de cuidado (adulto mayor con Alzheimer y cuidador) abordando todas las esferas afectadas (particularmente alteraciones de sueño) y buscando la rehabilitación multidimensional, fortaleciendo las redes de apoyo, en especial la familia como cuidador principal, ya que los familiares y amigos proporcionan casi tres cuartas partes de todos los cuidados para los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer generándose con frecuencia que los cuidados informales presenten una carga significativa a los cuidadores.

Cabe resaltar que los hábitos de sueño, están íntimamente relacionados con aspectos culturales, definidos como conductas culturalmente aprendidas y adoptados de forma sistemática por el individuo o su cuidador, a fin de fomentar la iniciación o el

⁵²TORRES,CJ. MUELA ,JA. PELÁEZ, EM. HUERTAS, J. LEAL, A. Parentesco, estructura familiar y carga percibida en cuidadores de Alzheimer. Revista Psiquiatría.com. 2001, vol.2

⁵³LOPEZ GIL, MJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clin Med Fam. 2009;2(7):32-339.

mantenimiento del sueño en combinación con o sin la asistencia de otras necesidades humanas básicas, tales como la nutrición, hidratación, confort, seguridad. Los hábitos de sueño se encuentran en la intersección entre el conocimiento científico y los valores culturales siendo parte de este contexto la interacción y las interfaces con los problemas biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La cultura determina el hábito de sueño en los hogares, ya que éste, se origina en la interacción de la familia modulando en parte la fisiología del sueño de los individuos, de allí que, esta investigación pretenda describir cuales son *prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con Alzheimer* de manera que se posibilite plantear futuras estrategias de intervención eficaces, permitiendo una respuesta integradora del ser humano.

Dado que, en el modelo teórico de Leininger, Modelo del Sol Naciente para ilustrar la Teoría de la Universalidad y diversidad del Cuidado Cultural y las bases teóricas desarrolladas por Rachel Spector sobre Diversidad Cultural en la Salud Enfermedad⁵⁴ se logran integrar el concepto popular y profesional que permite abrir la mente a las creencias de otras personas, describirlas y derivar de ello innumerables fuentes de información, esta investigación toma como base teórica ambos modelos en Enfermería.

Esta investigación pretende ofrecer conocimientos de las prácticas de cuidados populares, utilizadas en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, con el fin de ayudar en un futuro a los profesionales de enfermería para incorporar prácticas de cuidado popular con prácticas de cuidado cultural. Evidenciando lo que Leininger (2002) ha propuesto durante mucho tiempo, que es un derecho humano tener sus propios valores culturales, creencias, prácticas y necesidades, siendo respetados, comprendidos y utilizados adecuadamente dentro un contexto cultural de cuidado y curación. Estos valores culturales son cuidados populares, creencias, prácticas y valores que poseen las personas de diversos orígenes culturales, reconociendo el creciente uso del cuidado popular en las prácticas de cuidado, Leininger sostiene que proporcionar un cuidado culturalmente congruente exige reconocer y superar los dos tipos de cuidado que existen en todas las culturas: los populares (emic o populares) y profesionales (sistemas etic), donde Leininger define la atención popular al

⁵⁴Las culturas de la salud /Rachel E. Spector ; traducción y adaptación, Ma José Muñoz Reig., Spector, Rachel E, 2002: 193.

conocimiento popular, local y prácticas destinadas a facilitar acciones de asistencia, apoyo y que mejoren el bienestar, ayuden con la muerte y otras condiciones humanas (Leininger 2006)⁵⁵. Aplicado en este caso al hábito de sueño en cuidadores para realizar una indagación de lo propio de una cultura, para el descubrimiento de creencias culturales.

1.3 Planteamiento del Área Problema

¿Cuáles son las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de Adultos Mayores con Alzheimer?

1.4 Objetivo General

Describir las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de adultos Mayores con enfermedad de Alzheimer.

1.5 Objetivos Específicos

- Describir las prácticas de cuidado popular de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer para el mantenimiento de la salud del hábito de sueño.
- Describir las prácticas de cuidado popular de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer para la protección de la salud del hábito de sueño.
- Describir las prácticas de cuidado popular de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer para el restablecimiento de la salud en el hábito de sueño.

1.6 Definición de Conceptos

Para explorar las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño, de cuidadores de personas con Alzheimer, este estudio se basó en la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales desarrollado por Madeleine Leininger (1950), específicamente en lo que refiere a cuidado popular. De igual manera, se definen conceptos relacionados con la enfermedad Alzheimer y hábito del sueño de los cuidadores de personas con esta enfermedad y los disturbios que pueden experimentar en él.

⁵⁵WEHBE-ALAMAH H. Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture care modes. *Contemp Nurse*. 2008 Apr;28(1-2):83-97.

1.6.1 Cuidado Popular

El comportamiento humano posee una significación que enmarca su cosmovisión, entendiéndose ésta como *las creencias que una persona o un grupo tiene sobre su realidad*. Son un conjunto de presuposiciones o asunciones que un grupo sostiene, practica y mantiene sobre el mundo y sobre cómo funciona el mundo. Conrad Kottak lo llama: “la forma cultural que tiene de percibir, interpretar y explicar el mundo” lo que va más allá de la propia persona. El estudio de la cultura proporciona herramientas para la comprensión de esos comportamientos, tan diferentes y variados como culturas existentes. De igual manera, la cultura juega un papel fundamental en el proceso salud-enfermedad y en el nacimiento de la cultura de los cuidados. Cada cultura delimita o construye un conjunto peculiar de respuestas al proceso salud enfermedad que otorgan la condición de enfermo, incorporando a su vez en las personas, interpretaciones y actitudes que inducen a vivir la enfermedad de una determinada manera. Cuidar es un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación, conocimientos, investigación y sobre todo experiencia de trabajo de campo⁵⁶.

El cuidado popular es entonces el conocimiento y habilidades culturales aprendidos y transmitido, tradicional y popularmente –perspectiva emic–, usado hábilmente por la cultura⁵⁷, también se transmite de manera informal de generación en generación⁵⁸ como conocimientos y habilidades tradicionales o folklóricas culturalmente usadas y aprendidas por personas, grupos, instituciones a través de aquellos actos de asistencia soporte o facilitación prestados a si mismos o a los otros con necesidades evidentes y orientados a la mejora y desarrollo de la condición humana, incapacidad, estilo de vida o enfrentar la muerte^{59 60 61}.

⁵⁶GIL TG, GIMENO LM, GONZÁLEZ RL. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15 (1): 155-61.

⁵⁷MELGUIZO-HERRERA, S. ALZATE-POSADA, ML. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av.enferm*. 2008. 26(1): 112-123

⁵⁸EGURZA M. I. Y NOTIVOL P., La enfermera en la asistencia sanitaria al anciano. *Anales* 1999. 22(1):9-17.

⁵⁹MINGUEZ-ARIAS, J. Antropología de los cuidados. *Rev. Cultura de los cuidados* 2000. 7 y 8:102-106.

⁶⁰MUÑOZ, L. ALZATE-POSADA, ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colomb Med* 2007; 38 (Supl 2): 98-104

⁶¹LEININGER M. *Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practices*. 2a ed. New York: McGraw-Hill; 1995.

Para esta investigación el cuidado popular en el hábito de sueño obedece a todas las prácticas populares para mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer

1.6.2 Cuidador

Cuidador se define como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales⁶². El cuidador es la persona que asume la responsabilidad total en la atención y cuidado con conocimientos, deficiencias en habilidades y prácticas para el cuidado integral del familiar enfermo y la suya propia, desde su hogar, convirtiéndose en aspectos de importancia en la conservación de la salud de ambos⁶³. Existen dos tipos culturales de cuidadores: cuidador tradicional y cuidador en la sociedad moderna. El cuidador principal tradicional es el cuidador habitual que ha convivido siempre con el adulto mayor y se ha encargado de su cuidado. En este caso, al paciente se le cuida en un contexto de obligación social mezclado con afectividad creado a lo largo de muchos años de convivencia donde el intercambio de apoyo fue más o menos recíproco (esposa, hija,..). El cuidador principal en la sociedad moderna es el que ha asumido ese rol obligado por las circunstancias, es decir, cuando la aparición de la enfermedad en la familia obliga a crear una relación cuidador-cuidado que no existía previamente. En este caso además, el cuidador (hija, nuera, sobrina,..) suele tener una actividad laboral fuera del domicilio, lo que acarrea más tensiones al tener que coordinar su papel socio-laboral con el de cuidadora⁶⁴.

Dentro de sus características podemos encontrar las siguientes:

- 1) Asume las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea.
- 2) El cuidador principal es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- 3) No es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.

⁶²FLORES LOZANO JA, ADEVA CÁRDENAS J, GARCÍA MC, GÓMEZ MARTÍN MP. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano* 1997;3(1218):261-72.

⁶³MARTINEZ CEPERO, FÉ. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. *Rev Cubana Enfermer*. 2009. 25(3-4):0-0.

⁶⁴PEÓN-SÁNCHEZ MJ. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. *Prevención y cuidados en el "síndrome del cuidador."* *Enfermería Científica*. 2004; 264-265:16-22.

4) Antes de seleccionar como cuidador a cualquier persona, ésta debe haber realizado un mínimo de 6 semanas a 3 meses en tareas de cuidado⁶⁵.

Y expuesto a las siguientes consecuencias:

- Está expuesto continuamente a una gran sobrecarga tanto física como emocional.
- El cuidador (o cuidadores) suele asumir la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que concierne a su medicación y tarea de cuidado, en general.
- Debido al vínculo de dependencia que crea el familiar con su cuidador, este último va perdiendo poco a poco su independencia.
- El cuidador se olvida de sí mismo, no tomándose el tiempo libre que necesita para descansar; los hobbies o aficiones que tenía, los abandona, deja de comunicarse con los amigos, etc. Es decir, acaba paralizando durante algunos años su proyecto de vida⁶⁶.

Concluyendo que el cuidador principal tradicional es el cuidador habitual que ha convivido siempre con el paciente y se ha encargado de su cuidado. En este caso, al paciente se le cuida en un contexto de obligación social mezclado con afectividad creado a lo largo de muchos años de convivencia donde el intercambio de apoyo fue más o menos recíproco siendo principalmente el cónyuge⁶⁷, así mismo, se adquieren un compromiso mental y físico con la persona que padece Alzheimer, incrementando riesgos de morbimortalidad⁶⁸. De igual manera, se reportan frecuentemente alteraciones del sueño donde el cuidador adquiere un hábito de sueño similar a la persona con demencia que están cuidando presentando síntomas de depresión y consumo de medicamentos para dormir⁶⁹, donde se presenta un efecto similar al desarrollado por los

⁶⁵COBAS COUTO E, FUERTES DE CASTRO M, VARELA FEAL N, FERNÁNDEZ PUENTE E, CASTRO PASTOR A, FERNÁNDEZ CAO MJ. Cuidado de los cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Enferm Cientif* 1996;166-167:43-45.

⁶⁶ROIG, M. ABENGÓZAR M. SERRA, E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 1998. 14 (2): 215-227.

⁶⁷SANCHEZ., Op. Cit.

⁶⁸BEACH, SR; SCHULZ, R. WILLIAMSON, GM; MILLER, S; WEINER, MF; AND. LANCE, CE. Risk Factors for Potentially Harmful Informal Caregiver Behavior. 2005. *J Am Geriatr Soc* 53:255-261.

⁶⁹WILLETTE-MURPHY, K; TODERO, C; YEAWORTH, R. Mental health and sleep of older wife caregivers for spouses with alzheimer's disease and related disorders. *Issues in mental health nursing*, 27:837-852, 2006.

trabajadores nocturnos que agrava aún más la sobrecarga del cuidador que sumado a su edad y enfermedades disminuyen su salud mental y física⁷⁰.

En nuestro estudio cobra importancia el concepto de cuidador principal tradicional puesto es que debido a esta labor debe realizar una serie de prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño para responder a las necesidades propias de bienestar y salud.

1.6.3 Hábito de Sueño

Con el sueño se produce una ruptura de las relaciones con el mundo exterior, con cambios en las funciones vegetativas, metabólicas, hormonales, la movilidad y el tono muscular⁷¹. La gente pasa durmiendo una tercera parte de su vida. No se duerme de cualquier manera, la cultura y la costumbre, las tradiciones recibidas de las generaciones anteriores determinan cómo dormir, con quién y dónde. Durante la mayor parte de la historia humana, niños y bebés durmieron con su madre o quizá con ambos padres. Hace sólo 200 años que algunas culturas empezaron a construir viviendas con más de un cuarto; aun hoy es rara esa intimidad para el descanso, como no sea en las sociedades más ricas. En la actualidad, la mayoría de los habitantes del mundo vive aún en albergues de un solo cuarto, donde se llevan a cabo todas las actividades, ya sea durante la vigilia o mientras se duerme, el sueño puede adquirir un tono moral. Para cualquier animal, el sueño es un momento de peligro. La expresión génica impulsa a mantenerse despierto cuando se está amenazado y a dormir sólo cuando se siente seguridad. El ser humano puede sentirse amenazado en un lugar desconocido y a mucha gente le cuesta dormir en un hotel porque extraña su cama⁷². También por la incertidumbre y la inseguridad relacionada con circunstancias de la vida y cultura en un nuevo país que puede desencadenar la necesidad de estar alerta y búsqueda de información afectando la calidad de sueño^{73 74}.

⁷⁰McCURRYA, SM; LOGSDONA, RG; TERIA, L; VITIELLOB, MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. *Sleep Medicine Reviews* (2007) 11, 143–153

⁷¹CONVERTINI, G. TRIPODI, MR. Hábitos de sueño en menores de 2 años. *Arch. argent. pediatr.* 2007, vol.105, n.2:122-128 .

⁷²CAMARA CONDE N, CARRETERO ROMÁN J, GARCÍA POZO A, MENÉNDEZ RUBIERA M, SÁNCHEZ ALFONSO J, SEKADE GUTIÉRREZ N. Intervención de la enfermera especialista en salud mental para la prevención de trastornos de sueño por hábitos incorrectos del lactante. *NURE Inv.*2009; 6 (42):

⁷³VOSS U. Functions of sleep architecture and the concept of protective fields. *Reviews Neurosciences* 2004;15:33-46.

⁷⁴VOSS U, Tuin I. Integration of immigrants into a new culture is related to poor sleep quality. *Health Qual Life Outcomes.* 2008 Aug 10;6:61.

La vigilia y el sueño son estados de carácter cíclico y de tipo circadiano, es decir, cercanos a la duración del día (24 horas). Si bien es cierto que en el hombre los horarios y las necesidades de la vigilia y del sueño son dependientes de la edad, el estado de salud, el contexto cultural y sociolaboral del momento, el ritmo circadiano del sueño y de la vigilia intenta conservar su tendencia natural a pesar de sus continuas adaptaciones a las exigencias cotidianas, con resultados, habitualmente, indeseables para la salud del individuo. Los hábitos de sueño difieren en los patrones del sueño: se trata del conjunto de información cuantificable sobre los ritmos temporales, estructurales y fisiológicos de ciclo sueño-vigilia y donde la cantidad necesaria de sueño en el ser humano está condicionada por factores que dependen del organismo, del ambiente y del comportamiento. En la influencia de estos factores se aprecian variaciones considerables entre las personas. Así, hay personas que duermen cinco horas o menos, otros que precisan más de nueve horas para encontrarse bien y, por último, la gran mayoría que duerme un promedio de siete a ocho horas. Por tanto, podemos hablar de tres tipos de patrones de sueño: patrón de sueño corto, patrón de sueño largo y patrón de sueño intermedio⁷⁵, mientras que los hábitos de sueño puede definirse como conductas culturalmente aprendidas y adoptados de forma sistemática por el individuo o su cuidador, a fin de fomentar la iniciación o mantenimiento del sueño en combinación con o sin la asistencia de otras necesidades humanas básicos, tales como la nutrición, hidratación, confort, seguridad, los hábitos de sueño se encuentran en la intersección entre el conocimiento científico y los valores culturales. Los hábitos de sueño son parte de este contexto de la interacción y las interfaces con los problemas biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que se originan en la interacción de familia y modulan la fisiología del sueño. La palabra "cultura" puede significar "todo lo que, no es innato, debe ser aprendido y adquirido, puede significar los usos, valores, creencias de un grupo étnico o nación"^{76 77 78 79}.

⁷⁵MIRÓ, E. CANO-LOZANO MC, BUELA-CASAL, G. Sueño y Calidad de Vida. Revista Colombiana de Psicología, 2005, No. 14, 11-27

⁷⁶Los siete saberes necesarios a la educación del futuro. París. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO.

⁷⁷CONSALTER GEIB LT. Moduladores dos hábitos de sono na infância. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5): 564-8.

⁷⁸NATALE V, ADAN A, FABBRI M. Season of birth, gender, and social-cultural effects on sleep timing preferences in humans. Sleep. 2009 Mar 1;32(3):423-6.

⁷⁹IWATA S, IWATA O, IEMURA A, IWASAKI M, MATSUISHI T. Determinants of sleep patterns in healthy Japanese 5-year-old children. Int J Dev Neurosci. 2010 Sep 29. [Epub ahead of print].

Los hábitos de sueño se encuentran en la intersección entre el conocimiento científico y los valores culturales, lo cual es un reto para la enfermería. Un paso importante en la comprensión de los factores sociales, ideológicos y culturales de las prácticas en el hábito de sueño es la forma de examinar la evolución de las prácticas específicas en una determinada cultura. Este ejercicio ayuda a poner las prácticas de sueño en un contexto histórico y cultural, proporcionando una ventana a las creencias y los valores en que se enmarcan estas, proporcionando a las enfermeras una mayor comprensión de los patrones de sueño y fatiga^{80 81}, por ejemplo negociar algunas creencias asociadas al sueño como lo es la cultura China, donde se cree que un niño que ronca cuando duerme es visto por los padres como un signo de salud refiriendo que "la respiración de nuestro hijo es como la de un hombre fuerte"⁸².

Los problemas en el sueño son producidos por alteraciones de los ritmos circadianos que ocurren a raíz de una desincronización del reloj biológico con el medio ambiente. Los mismos comprenden, entre otros, los síndromes de sueño en fase retrasada y de sueño en fase adelantada, el síndrome por cambio de zona horaria o jet lag y los trastornos del sueño debidos a cambios en el turno de trabajo o shiftwork. Así mismo, se han reportado casos de ciclos de sueño-vigilia con períodos diferentes de 24 h (aquellos en los que falla la sincronización; un ejemplo extremo de esta condición está dado en individuos ciegos) y, en forma más común, una marcada disminución en la amplitud de los ritmos (como se evidencia, por ejemplo, en la ancianidad). Las consecuencias de estos trastornos resultan en un conjunto de síntomas tales como problemas de insomnio, disminución general del estado de alerta, irritabilidad, problemas gastrointestinales y deficiencias cognitivas.

Documentar el hábito de sueño en cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer permite tener una visión cultural y no solo biológica de los complejos mecanismos del sueño.

⁸⁰ VALENTIN SR. Commentary: Sleep in German infants--the "cult" of independence. *Pediatrics*. 2005 Jan;115(1 Suppl):269-71.

⁸¹ GAY CL, LEE KA, LEE SY. Sleep patterns and fatigue in new mothers and fathers. *Biol Res Nurs*. 2004 Apr;5(4):311-8.

⁸² OWENS JA. Introduction: Culture and sleep in children. *Pediatrics*. 2005 Jan;115(1 Suppl):201-203.

1.6.4 Adulto mayor con enfermedad de Alzheimer (EA)

La EA es la principal causa de demencia en adultos mayores. Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta a 1% de la población de más de 65 años, patológicamente se caracteriza por placas neuríticas de péptido beta-amiloide y ovillos neurofibrilares⁸³. La EA es una compleja enfermedad neurodegenerativa, se presenta en las distintas razas y a distintos niveles socioeconómicos. Actualmente es un problema de salud pública en los países desarrollados y lo será próximamente en los países en desarrollo. Se estima que afecta a más de 20 millones de personas en el mundo (6 millones en Estados Unidos actualmente, 5-8 millones en Europa, 8-10 millones en Asia, 2-4 millones en Latinoamérica), y es la cuarta causa de muerte, aproximadamente 100.000 muertes por año en Estados Unidos. Las proyecciones para los siguientes 25 años señalan que los países en vías de desarrollo serán los más afectados, calculándose su prevalencia en cerca de 24 millones de adultos mayores, mientras en los desarrollados será de 10 millones⁸⁴. Se caracteriza por un deterioro cognoscitivo en el anciano (60% del total de las demencias), alteraciones de memoria, lenguaje, atención y habilidades visoespaciales, entre otras y no cognoscitivos (trastornos del ánimo, delirios, alucinaciones, trastornos del sueño)⁸⁵. Los cambios en la arquitectura del sueño y los ritmos circadianos, incluyendo un aumento de la latencia del sueño y despertares nocturnos, disminución del sueño de ondas lentas, sueño REM, tiempo total de sueño y aumento de siestas durante el día son comunes en personas con Alzheimer. Además, de los episodios cíclicos de agitación ("puesta de sol"), pesadillas o alucinaciones, ataques de sueño, y estallidos nocturnos⁸⁶.

Clínicamente se expresa como una demencia de comienzo insidioso y lentamente progresivo, que habitualmente se inicia con fallas de la memoria reciente y termina con un paciente postrado en cama, totalmente dependiente. La EA es una enfermedad neurodegenerativa y en su evolución pueden reconocerse 3 etapas (ligera, moderada y severa) de acuerdo a la valoración clínica de la demencia (CDR) por sus siglas en

⁸³ARBOLEDA GH, YUNIS JJ, PARDO R, GÓMEZ CM, HEDMONT D, ARANGO G, ARBOLEDA H. Apolipoprotein E genotyping in a sample of Colombian patients with Alzheimer's disease. *Neurosci Lett*. 2001 Jun 8;305(2):135-8.

⁸⁴FORERO DA, ARBOLEDA G, YUNIS JJ, PARDO R, ARBOLEDA H. Association study of polymorphisms in LRP1, tau and 5-HTT genes and Alzheimer's disease in a sample of Colombian patients. *J Neural Transm*. 2006;113(9):1253-62.

⁸⁵Clínica de Memoria, Hospital Universitario San Ignacio, Diagnóstico clínico de las demencias, 1999.

⁸⁶MCCURRY SM, ANCOLI-ISRAEL S. Sleep Dysfunction in Alzheimer's Disease and Other Dementias. *Curr Treat Options Neurol*. 2003 May;5(3):261-272.

ingles⁸⁷. La primera (ligera) se caracteriza por las fallas de la memoria; en la segunda se agregan trastornos del lenguaje, apraxias y un síndrome de Gertsman; y en la tercera el paciente queda incapacitado, postrado en cama. En la primera etapa de la EA destacan las fallas de la memoria y los conflictos. La falla más evidente es la pérdida de memoria episódica reciente (se comprueba al interrogar sobre sucesos recientes o con pruebas de aprendizaje de series de palabras). En esta primera etapa pueden existir trastornos del discurso: imprecisión o perseverancia en el contenido, faltas de coherencia, dificultades en la comprensión de discursos de cierta complejidad, discreta anomia que se confunde con la amnesia. También destacan los conflictos de distintos tipos. Antes de formularse el diagnóstico el paciente comienza a cometer errores y es criticado por sus familiares o compañeros de trabajo. Algunos de esos errores pueden ser importantes, pueden significar pérdidas patrimoniales o perjuicio de terceros. Cuando se plantea el diagnóstico, algunos familiares caen en una crisis de angustia, otros lo niegan y prefieren cambiar de médico. En la segunda (moderada) etapa se agregan afasias, apraxias y elementos del síndrome de Gerstmann. Para hablar de afasia nos guiamos por los defectos de la expresión, una anomia evidente y especialmente parafasias (fonémicas o semánticas); la comprensión puede fallar desde la primera etapa por defectos de atención o memoria. La progresión de los trastornos del lenguaje, en el curso de varios años, suele ir de afasia amnésica a afasia de Wernicke (a veces sensorial transcortical) y a afasia global; es excepcional encontrar una afasia de Broca. Las primeras apraxias son la ideatoria y la constructiva; en una segunda etapa avanzada se agregan las apraxias ideomotora y del vestir. Los primeros elementos del síndrome de Gerstmann suelen ser la acalculia (especialmente en la solución de problemas) y los trastornos de la escritura; a veces pobreza o incoherencia del discurso escrito, otras veces una agrafia lingüística (que generalmente precede a la afasia en el lenguaje oral). Luego se agregan la desorientación derecha-izquierda y la agnosia digital. En la última etapa (severa) el problema de la familia es cuidar al paciente; existe una demencia severa, pero el sujeto conserva la movilidad y existe gran riesgo de accidentes. Si intenta cocinar, puede dejar el gas encendido; si sale a la calle, puede extraviarse; si se levanta de noche, puede desorientarse o caer. A esto se agregan los trastornos conductuales. Por ello el paciente

⁸⁷YAMAGUCHI H, MAKI Y, YAMAGAMI T. YAMAGUCHI FP. Imitation Test: A Rapid Test for Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010 Apr 6;29(3):254-258.

requiere cuidado permanente, día y noche, lo que resulta agotador. La pérdida de la marcha en la tercera etapa se instala en forma insidiosa. Las alteraciones del tono muscular pueden ser precoces, en el sentido de una paramimesis; pero en la segunda etapa se agregan paratonía y luego rigidez. Junto a esto se pierde la agilidad, le cuesta entrar y salir de un vehículo, la marcha se hace insegura, a pasos cortos, con giros descompuestos, con escaso braceo; existe parkinsonismo. Luego el paciente requiere ayuda, corre riesgo de caer, y finalmente queda postrado en cama o en un sillón. Paralelamente ha ido perdiendo el control de esfínteres, el lenguaje se reduce, y termina postrado, debiendo ser movilizado, aseado y alimentado. En la última etapa la familia enfrenta dos graves problemas: el cuidado permanente que requiere un paciente totalmente dependiente y saber qué hacer si se presentan complicaciones con riesgo vital^{88 89}.

De las enfermedades crónicas neurodegenerativas la que más presenta manifestaciones que alteran el sueño, es la enfermedad de Alzheimer tanto por su pronóstico, duración y síntomas de ahí la importancia de este concepto en este estudio y por tanto conocer cómo afecta también al cuidador y que prácticas de cuidado popular en su hábito de sueño realiza para hacer frente a esta situación.

⁸⁸DONOSO, A. La enfermedad de Alzheimer. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2003. 41(supl.2):13-22.

⁸⁹MARTÍNEZ QUEROL, C; PEREZ MARTÍNEZ, VT; CARBALLO PEREZ, M y VARONA HERRERA, G. Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005, vol.21(3-4):0-0

2. Marco Teórico

Para explorar las prácticas de cuidado genérico (popular) en el hábito de sueño de cuidadores de Adultos Mayores con enfermedad de Alzheimer, este estudio se basó en la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales desarrollada por Madeleine Leininger a mediados de la década de 1950.

El marco teórico de este estudio agrupa la información indispensable para el desarrollo del tema de investigación, los conceptos de: cultura, cuidar, cuidados culturales, competencia cultural, prácticas de cuidado popular entre otras definiciones construidas por Madeleine Leininger (1950) en su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales. De igual manera, se abordan aspectos referentes al análisis, interpretación y metodología de clasificación de las prácticas culturales de la Diversidad Cultural de la Salud Enfermedad postulado por Rachel Spector (1977).

2.1 Diversidad y universalidad de los cuidados culturales

La teoría parte de comprender que la cultura es el concepto más amplio que explica los fenómenos relacionados al proceso salud-enfermedad, dado que es allí donde se ponen de manifiesto los significados que le damos a las experiencias de vida y se construye nuestra visión del mundo, a este respecto, otros autores proponen que la cultura es “la suma de creencias, prácticas hábitos gustos, aversiones, costumbres y rituales etc, que hemos aprendido de nuestras familias durante los años de socialización son los rasgos heredados no físicos que poseemos”⁹⁰.

Esta teoría considera indispensable explorar la manera de cuidar de cada cultura para el estudio y la práctica del cuidado de Enfermería. En este sentido, este modelo teórico brinda la posibilidad de acercarse a las necesidades reales que se establecen a través de la relación de cuidado entre personas o comunidades, evidenciando particularidades y universalidades del cuidado, mediante la exploración de las prácticas populares. Esta

⁹⁰SPECTOR, RE. Cultura, cuidados de salud y enfermería. Cultura de los cuidados. 1999. 3(6):66-79

teoría plantea un nuevo paradigma, el del cuidado humano, el método de los etnocuidados enfermeros que permiten un abordaje holístico de la personas, las comunidades lo que posibilita el dar respuesta a las necesidades actuales en el campo de la salud.

2.1.1 Modelo del sol naciente y la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad

Para explicar lo que se tomó de la teoría primero se hará un recuento de lo que es la teoría de Madeleine Leininger, donde propone el modelo del sol naciente como una manera de simbolizar como la disciplina de Enfermería tiene un proceso de crecimiento (elevación del sol) que se reconocen cada vez más claramente.

La mitad superior del modelo (figura No. 1) contiene los componentes de la estructura social y los factores de visión del mundo que influyen en la asistencia y en la salud a través del lenguaje, la etnohistoria y el contexto ambiental. Estos factores influyen también en los sistemas populares, profesionales y de enfermería constituyendo una guía en la práctica diaria de gran ayuda durante el trabajo de investigación de campo.

La parte inferior del modelo (figura No. 1) muestra la práctica de Enfermería de manera más específica, basados en los conocimientos que se adquieren durante la formación científica de base. Las dos mitades constituyen un sol completo, como representación del universo que ha de considerar la enfermera para saber valorar en toda su magnitud la asistencia y la salud de los seres humanos. Una vez que los cuidados culturales y la visión del mundo del grupo cultural estudiado se evidencian (consultar las dimensiones en el esquema), los cuidados enfermeros se transforman en la unión de los sistemas populares y de los sistemas profesionales. Es así, como la enfermera(o) actúa como un puente entre los sistemas populares y profesionales de manera que pueden contemplarse tres clases de asistencia que permiten predecir las acciones y decisiones de enfermería dentro de la teoría: la conservación y el mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación y/o negociación de estos cuidados y el rediseño y/o reestructuración de los mismos.

El modelo del sol naciente describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental. El sexo, raza, edad y clase social se consideran factores integrados dentro de

la estructura social y como tal se estudian; en cambio las dimensiones biológicas, emocionales y otras relacionadas se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria, los cuidados enfermeros se constituirían en “una mezcla” de estos dos sistemas populares y los profesionales.

Figura 2-1: “Modelo del Sol Naciente”, Leininger, 1950

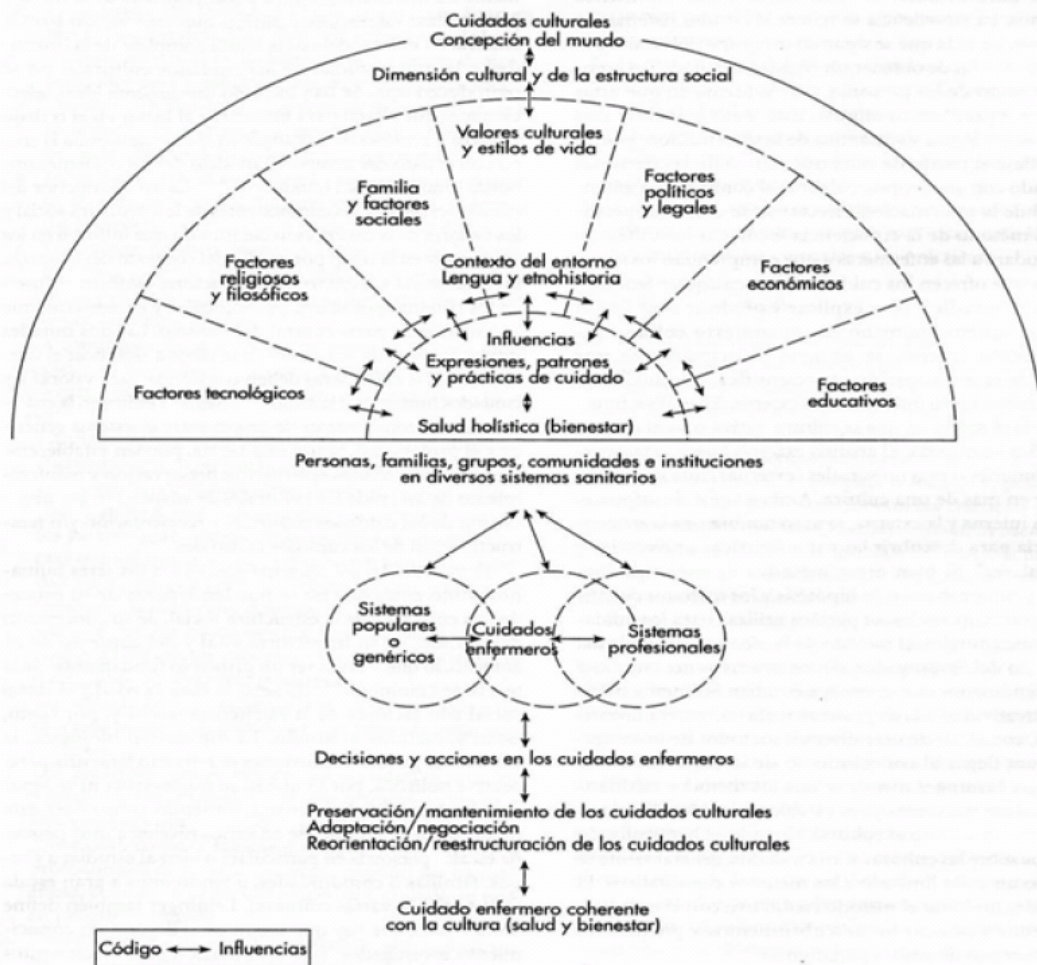


Figura 28-1 Modelo del sol naciente de Leininger que representa la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. (Modificación realizada por la misma Madeleine Leininger en 1996 e incluida en una carta personal. Está recogida en Leininger MM [1991]. *Culture care: Diversity and universality* [p. 43]. Nueva York: National League for Nursing. Publicada con permiso.)

Esta manera de abordar el cuidado de Enfermería, permite llevar a cabo un cuidado culturalmente congruente, es decir, que se fundamente en la visión de mundo del grupo y con alternativas de cuidado negociadas por el mismo⁹¹ ya que se impide lo que Hunter⁹² denomina, Conflicto Cultural, es decir, “aquellos acontecimientos que ocurren cuando hay una polarización entre dos grupos y las diferencias se intensifican por la manera que son percibidas”. Según este autor, las dificultades se basan en el control de símbolos culturales, dado que la cultura y cada persona tiene ciertas creencias, tradiciones y valores que son especialmente importantes. Las acciones de enfermería que propenden por el respeto a las particularidades culturales del individuo, son denominadas por Leininger como cuidados de preservación o de sostén y «Se refieren a esas acciones y decisiones profesionales de asistencia, de sostén, de facilitación, o de habilitación que ayudan a la gente de una cultura particular a conservar y/o a consolidar los valores importantes de los cuidados para mantener el bienestar, recuperarse de la enfermedad, o afrontar las malformaciones y/o la muerte»⁹³. Es así como, adaptarse, o negociar con otros, en reemplazo del concepto intervención, deriva resultados de salud provechosos o satisfactorios con los profesionales de la salud.

En última instancia, el modelo nos propone los cuidados de reorientación o de reestructuración. La definición de este tipo de cuidado: “Se refiere a esas acciones y decisiones profesionales que asisten, sostienen, facilitan, o habilitan ayudando a la gente a reorganizar, o a cambiar de manera importante el modo de vivir por uno nuevo, diferente y satisfactorio para los cuidados de salud y respetando completamente los valores culturales y las creencias del individuo logrando un modo de vida más satisfactorio o saludable que antes que los cambios fueran decididos con el grupo o el individuo”⁹⁴.

Postulados Teóricos

- Cada cultura tiene cuidados genéricos (populares, folk o naturalísticos) y en general prácticas de cuidados profesionales.

⁹¹VÁSQUEZ MI. El cuidado cultural adecuado: de la investigación a la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 315-322.

⁹²SPECTOR, RE. Op Cit. p.21

⁹³ROHRBACH-VIADAS, C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. Cultura de los cuidados. 1998. 2(3):41-45.

⁹⁴Ibid., p.24

- Los valores del cuidado cultural y las creencias están enraizados en las dimensiones religiosa, familiar, social, política, cultural, económica e histórica de la estructura social, del lenguaje y del contexto del medio ambiente (consultar el esquema del modelo del sol naciente que representa la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y la universalidad).
- Los cuidados enfermeros congruentes o beneficiosos se consiguen únicamente cuando el individuo, el grupo, la familia o la comunidad, o los valores culturales se conocen y se utilizan de manera apropiada y de manera significativa por la enfermera con la gente.
- Las diferencias entre el donador de cuidados y el individuo, adultos mayores o grupo que los recibe necesitan ser conocidas y comprendidas para ofrecer un cuidado provechoso, satisfactorio y congruente.
- Las maneras de cuidar que son congruentes con la cultura, específicas, o universales son esenciales para la salud o el bienestar de la gente que el personal enfermero asiste en el mundo.
- Los cuidados enfermeros son una profesión y una disciplina de cuidados transculturales.
- El paradigma cualitativo provee nuevas maneras de comprender y diferentes maneras de descubrir las dimensiones epistemológicas y ontológicas del cuidado humano transcultural. (Leininger,1991: 44 y 45)⁹⁵.

Definición de Conceptos

La Cultura: es el concepto clave de la antropología, es la manera de dar un significado a lo que nos rodea. La cultura está constituida por los valores, las creencias, las maneras de vivir y las tradiciones que se transmiten de generación en generación. La cultura y los cuidados son inseparables para los cuidados culturales enfermeros. Los conceptos de cultura y cuidado (care) – cuidar (caring) constituyen el marco de referencia de la perspectiva transcultural, ya que uno se encuentra fácilmente desarmado al cuidar

⁹⁵ WEHBE-ALAMAH H. Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture care modes. *Contemp Nurse*. 2008 Apr;28(1-2):83-97.

pacientes que vienen de otras culturas y eso conduce a la antropología y a los cuidados que vienen de otros grupos culturales.

El Cuidado: “Cuidado se refiere a un fenómeno abstracto y concreto ligado a experiencias o a comportamientos que permiten asistir, sostener o habilitar a otros con necesidades evidentes o anticipadas para mejorar o estimular una condición humana o un modo de vivir o para afrontar la muerte”.

Los Cuidados Culturales: Permiten apreciar las componentes fundamentales del cuidado humano a partir de una perspectiva transcultural. Para Leininger, cuidar es la esencia de enfermería, es el concepto unificador y dominante de la disciplina, o sea la primera orientación (se refiere a varios conceptos o conocimientos utilizados para conocer a fondo un área de estudio) que necesita investigarse de manera sistemática, a fondo, viendo como explicar, como predecir y como dar una dirección a la práctica de los cuidados enfermeros. “Se refieren a los valores, a las creencias y a los modos de vida que se han aprendido subjetiva u objetivamente y que asisten, sostienen, facilitan o habilitan a otros individuos o grupos a conservar el bienestar y la salud con el fin de avanzar en su condición humana y en el modo de vida, o de afrontar la enfermedad, o las incapacidades, o la muerte”.

“Los cuidados culturales de la diversidad se refieren a la variabilidad y/o a las diferencias en significados, modelos, valores, medios de vida, o símbolos de cuidados dentro o entre las colectividades que están relacionadas con expresiones de asistencia, de apoyo, o de habilitación de los cuidados”.

Permite relativizar la propia cultura y apreciar la diversidad de los valores, las tradiciones, las creencias y los modos de vida de otras comunidades. “Cuidar (caring) se refiere a las acciones y actividades dirigidas hacia la asistencia, el sostenimiento o la habilitación de individuos o grupos con necesidades evidentes o anticipadas para mejorar o prosperar dentro de una condición de vida o un modo de vida o para afrontar la muerte”.

Los cuidados de la universalidad

“Se refieren a las significaciones de los cuidados, a las formas, a los valores, a los modos de vida y a los símbolos comunes, similares o dominantes que se manifiestan dentro de

muchas culturas reflejando las maneras de asistir, de sostener, de facilitar o de habilitar ayudando a la gente⁹⁶.

Cuidado Culturalmente Congruente (intersección de los cuidados populares y cuidados profesionales)

Cuidado culturalmente congruente para Leininger⁹⁷, referida por Crespo,⁹⁸ hace referencia a una “capacidad, que forma parte de los cuidados, que es inherente a la práctica enfermera, que implica una mirada antropológica, de carácter cualitativo, que subyace de la perspectiva holística e implica un análisis enfermero específico y que por tanto estará relacionada con la práctica clínica, la comunicación, la ética profesional e investigadora, la investigación en cuidados, la formación y docencia enfermera, la gestión de los cuidados, la educación para la salud y ayudaría a mejorar el cuidado de este tipo de pacientes culturalmente distintos, favoreciendo el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios, mejorando la satisfacción del paciente y gradualmente llegar a cambios en la práctica de cuidar con los pacientes de otros grupos culturales⁹⁹.

Proveer un cuidado culturalmente congruente, holístico, integral es parte de la responsabilidad que el Enfermero(a) adquiere en toda relación de cuidado. Comprender los aspectos propios a la conceptualización o interpretación de los fenómenos de la vida, es decir la visión de mundo de la persona sujeto de cuidado, es papel fundamental de la investigación en Enfermería Transcultural, es así como se pueden identificar de manera sistemática, los valores, creencias y prácticas que están relacionadas con la salud y con el cuidado que las personas y comunidades realizan, según Leininger (1991), faculta a los profesionales de Enfermería a sumir una postura respetuosa frente a las prácticas, creencias o valores de las personas que actúan de manera positiva en el proceso salud enfermedad, los cuales se pueden mantener, negociar o adecuar y aquellas que afectan negativamente, se pueden reestructurar¹⁰⁰.

⁹⁶FERNÁNDEZ-GARCÍA, V. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. Rev Enferm IMSS 2006; 14 (1): 51-55

⁹⁷LEININGER M. Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing. National League for Nursing, 1991; (15):2402.

⁹⁸CRESPO, LM; CASABONA-MARTINEZ, I. Fenómenos Migratorios, Competencia Cultural y Cuidados de Salud. Cultura de los Cuidados.2006.20: 87- 9.

⁹⁹LEININGER M. Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing. National League for Nursing, 1991; (15):2402.

¹⁰⁰LEININGER M. Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing. National League for Nursing, 1991; (15):2402.

2.2 Diversidad Cultural en la Salud y en la Enfermedad

Propuesta por Rachel Spector (1977), quién manifiesta que su objetivo principal es evidenciar la complejidad y dimensionalidad inherentes al cuidado de las personas de diferentes orígenes culturales. La teórica trata de dar respuesta a las incógnitas: ¿Qué es diversidad cultural? y ¿Cómo se analizan las percepciones y aspectos relacionados en el cuidado de la salud?, de igual manera, se plantea la necesidad de brindar herramientas al profesional de enfermería para que el cuidado de la salud de respuesta real a las necesidades del cuidador del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer, que presenta alteración en el hábito de sueño, ya que el contexto enmarca esta situación de salud-enfermedad en el ámbito domiciliario, exige el conocimiento de los aspectos culturales inherentes al individuo y familia como entorno más cercano y la significación y valores tradicionales que se manifiestan en sus prácticas y creencias para el cuidado de la salud

Spector (1977) plantea la necesidad de crear mecanismos o estrategias para lograr proporcionar un cuidado efectivo, seguro y holístico, lo que Leininger denomina cuidado culturalmente congruente, evitando un conflicto cultural, el cual fue definido por Hunter como una polarización debida al control de símbolos culturales. Es sabido que cada grupo “trae consigo actitudes diferentes frente a la enfermedad, la salud y los cuidados de la salud, incluso dentro de un mismo grupo pueden existir variaciones”.

La significación de la salud y la enfermedad, fue enunciada por Resine (La enfermedad como signo y resignificación), como un proceso en el cual, hay una simbolización que permite que éstas tengan un sentido o puedan ser comprendidas por el individuo, hay una “conversión de lo observable en signos lingüísticos, introduciendo al fenómeno percibido por las reglas propias de la cultura y la estructura social”, es por ello que la significación de la salud y la enfermedad varían en las culturas, grupos étnicos inclusive dentro de ellos mismos, y de esta misma forma las prácticas de cuidado de las personas.

Spector tiene como base tres aspectos fundamentales:

- 1 La consistencia hereditaria.
- 2 El modelo tradicional de salud.
- 3 Los fenómenos culturales que afectan la salud.

La consistencia hereditaria

Se origina de antecedentes étnicos, culturales y religiosos. El modelo de consistencia hereditaria entrelaza las experiencias que el individuo tiene en relación con procesos de socialización dentro de una cultura, una etnia y una religión particular y cómo éstos inciden en su percepción e interpretación de la realidad. La inconsistencia hereditaria, a-aculturación, o culturización, se refiere a un proceso en el cual, la persona “se obliga a aprender la nueva cultura para sobrevivir”, hace referencia a una asimilación cultural y de comportamiento dentro de una cultura dominante.

El modelo tradicional de salud

Este hace referencia a un concepto holístico de la salud y explora qué hacen las personas desde una perspectiva tradicional para mantener, proteger y restablecer la salud. Se basa en el principio de que la salud es un fenómeno en el que se relacionan tres aspectos: mente, espíritu y cuerpo. Estos aspectos, cambian continuamente y se interrelacionan en el mismo contexto de la persona (familia, cultura, trabajo, comunidad, historia y medio ambiente y el equilibrio entre estos factores es lo que se denomina salud. (Tabla No. 1).

Tabla 2-1: Interrelación del Cuerpo, Mente y Espíritu y métodos para mantener, proteger, y / o restaurar la SALUD

SALUD	Cuerpo	Mente	Espíritu
Mantener	ropa tradicional, la dieta y actividades	Apoyo social y familiar; aficiones	Prácticas religiosas, la oración y/o la meditación
Proteger	Las dietas especiales y los tabúes alimentarios, ropa simbólica	Actividades de la familia y comunidad	Supersticiones, amuletos y talismanes
Restablecer	Remedios homeopáticos	Relajación; exorcismo	Rituales religiosos, cambio de nombres

SOURCE: Adapted from Spector (2000). Traducida por el investigador. 2011.

Fenómenos culturales que afectan la salud:

Desarrollado por Giger y Davidhizar¹⁰¹, quienes proponen que hay 6 fenómenos culturales que varían según la cultura e influyen en la salud:

- **Control ambiental:** Es la capacidad de los miembros de un grupo para planear actividades que influyen en la naturaleza y el medio ambiente.
- **Variaciones biológicas:** Son las diferencias físicas y genéticas de los individuos de un grupo que determinarían aspectos como tolerancia a medicamentos, dieta, piel etc.
- **Organización Social:** Es la relación del entorno social en el desarrollo e identificación cultural y depende de la herencia, antecedentes culturales, religiosos y étnicos.
- **Comunicación:** Idioma, lenguaje propios a una cultura.
- **Espacio:** Comportamientos y actitudes frente a lo que nos rodea.
- **Orientación temporal:** Varía según las culturas, como ejemplo nos mencionan la proyección hacia el futuro de algunas sociedades (norteamericana y europea) lo que determina habilidades para la planeación y proyección al futuro.

Estructura Funcional

Spector define las tradiciones en salud, como los objetos, símbolos y remedios usados para mantener, proteger y restablecer la salud o para la curación de enfermedades. En este sentido, plantea que es posible analizar las creencias en salud partiendo de los determinantes de la herencia cultural de los individuos en relación a los signos de aculturación y cómo éstos inciden en las creencias y prácticas de cuidado de la salud.

Define conceptos de Salud, consistencia heredada, inconsistencia heredada, los cuales ya fueron definidos con anterioridad y añade definiciones concernientes a:

- **Tradicional:** Creencias étnico-religiosas antiguas, prácticas usadas en generaciones atrás (se entiende que deben haber transcurrido mínimo 3 generaciones para que la aculturación se de manera completa).

¹⁰¹ GIGER, J. N., & DAVIDHIZAR, R. E. (1995). Transcultural nursing assessment and intervention (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby Yearbook.

- Moderno: Creencias y prácticas presentes en la cultura occidental.
- Persona: es el individuo, familia o comunidad inmersa en la situación.
- Ambiente: Contexto en el que se da la situación.

Relación de conceptos:

Puede ser aplicada en cualquier contexto, situación, cultura y tiempo tanto a individuos como a grupos, familia o comunidades.

Antecedentes Teóricos:

La teoría se basa en conceptos básicos de Enfermería, así como en la aplicación de ciencias como: la sociología, antropología y principios de salud pública.

2.3 Prácticas Populares y Hábito de Sueño

En la pionera investigación realizada en 1920 por la antropóloga Margaret Mead, ubica una práctica cultural en el hábito de sueño como es el co-lecho dentro del mapa etnográfico de los comportamientos humanos dignos de estudio¹⁰². Definido co-lecho como el hábito que un niño menor de cinco años duerma en la misma cama de un adulto la mayoría de las noches, durante por lo menos cuatro horas¹⁰³. El hábito del co-lecho no es una práctica limitada a los bebés y sus madres. También ocurre entre los niños y otros adultos, el co-lecho está determinado por la cultura, y el significado de esta práctica es específico de la cultura. Uno de los estudios antropológicos más importantes del co-lecho fue titulado "¿Quién duerme junto a quién?"¹⁰⁴.

Con el fin de investigar el papel de la cultura en el hábito de sueño y su relación a trastornos, por ejemplo se han comparado grupos de niños franceses durante dos generaciones (padres y abuelos), buscando encontrar correlaciones entre los trastornos del sueño, antecedentes culturales y el modo de dormir, evidenciado que los estudios

¹⁰²WELLES-NYSTROM B. Co-sleeping as a window into Swedish culture: considerations of gender and health care. Scand J Caring Sci. 2005 Dec;19(4):354-60.

¹⁰³SYLVESTER M, ALBERTO A, ÁVILA N, AYMAT A, BAZÁN J, FARÍAS V, HEREDIA V, MONTARZINO J, PONCE DE LEÓN M, ROTGER L, SÁNCHEZ M. Representaciones sociales sobre el "colecho" en diferentes grupos sociales de dos regiones de Argentina. Archivos de Medicina Familiar y General. 2009. 6(1): 12-22.

¹⁰⁴WELLES-NYSTROM B. Co-sleeping as a window into Swedish culture: considerations of gender and health care. Scand J Caring Sci. 2005 Dec;19(4):354-60.

transculturales permitir un análisis más completo de factores de riesgo para trastornos del sueño en una población específica¹⁰⁵.

Respecto a las diferencias interculturales en las prácticas de sueño difieren los comportamientos en los países occidentales y orientales, como son el co-lecho, los rituales antes de acostarse, el medio ambiente para dormir, dormir una siesta, y expectativas acerca del sueño. Si bien los autores afirman que la siesta es una práctica culturalmente aceptada en las culturas orientales, se debe estudiar más en detalle. Porque por ejemplo en la cultura occidental una siesta de 30 minutos es suficiente para refrescar la mente y el cuerpo, pero que las siestas más largas pueden interferir con el sueño nocturno¹⁰⁶.

Como las prácticas populares de cuidado se producen en todo momento del día, es importante investigar las prácticas que tienen lugar en la tarde y por la noche, la más obvia es el sueño. Al igual que la alimentación, el sueño es fundamental para la salud y la supervivencia. Cuando se estudia en todas las culturas, un dato interesante surge acerca del sueño, al igual que otros comportamientos humanos, se ve diferente en las sociedades, no es de extrañar que las actividades básicas como bañarse, vestirse y comer estén estrechamente vinculado a la calidad del sueño al igual que otras rutinas y prácticas diarias que suelen ser parte del ritual del sueño, en particular los que se producen en horas de la noche¹⁰⁷. La costumbre al dormir está conformada por las ideas sobre el lugar adecuado, el tiempo y la posición para dormir¹⁰⁸. Además los conocimientos y las actitudes hacia lo que se considera normal del sueño parecen influir en la apreciación del sueño, esto probablemente responde en parte por las diferencias culturales¹⁰⁹.

Un paso importante en la comprensión de los factores sociales, ideológicos y culturales que dan forma a las prácticas del sueño consiste en examinar la evolución de las

¹⁰⁵LOUIS J, GOVINDAMA Y. Sleep problems and bedtime routines in infants in a cross cultural perspective. Arch Pediatr. 2004 Feb;11(2):93-8.

¹⁰⁶HOECKER JL. Adolescent sleep deprivation. Indian Pediatr. 2008 Mar;45(3):181-2.

¹⁰⁷ZISBERG A, GUR-YAISH N, SHOCHAT T. Contribution of routine to sleep quality in community elderly. Sleep. 2010 Apr 1;33(4):509-14.

¹⁰⁸WELLES-NYSTROM B. Co-sleeping as a window into Swedish culture: considerations of gender and health care. Scand J Caring Sci. 2005 Dec;19(4):354-60.

¹⁰⁹VAN LITSENBURG RR, WAUMANS RC, VAN DEN BERG G, GEMKE RJ. Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: a population-based study. Eur J Pediatr. 2010 Mar 1. [Epub ahead of print]

prácticas específicas de una determinada cultura¹¹⁰. Este ejercicio ayuda a poner las prácticas del dormir en un contexto histórico y cultural, proporcionando una ventana a las creencias y valores que están incrustados en las prácticas del dormir en Colombia.

2.4 Sueño en Cuidadores de Adultos Mayores con Enfermedad de Alzheimer (EA)

Dada la concentración de la enfermedad de Alzheimer principalmente entre los adultos mayores, a menudo ocurre en el contexto de matrimonios con una larga historial de conformación (10, 15, o incluso 20 años de "vivir")¹¹¹. Donde el cónyuge, siente mayor compromiso de cuidado por lo lazos afectivos, emocionales y las condiciones que requieren cuidado y supervisión especial con quien padece la enfermedad algunas veces hasta la 24 horas donde se evidencia como un proceso crónico de estrés, con consecuencias negativas para la salud física^{112 113 114}. La enfermedad de Alzheimer se asocia con el deterioro de la estructura y la distribución del sueño en 24-horas. Los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer requieren más tiempo para dormir, tienden a ser más activos durante los períodos de vigilia y son más propensos a dormir durante el día, evidenciando que el sueño en los adultos mayores con EA suele ser superficial y breve, muchas veces se interrumpe por el dolor de una artrosis, el frío de la noche, la necesidad de orinar, o en forma espontánea. Además se deteriora por la inactividad y la tendencia a dormir en un sillón durante el día. El adulto mayor debiera acostarse tarde, ya que si duerme 6 horas es preferible que sea desde la media noche hasta las 6 AM. Sin embargo, no es raro que pida acostarse o que lo acuesten apenas oscurece. Cuando despierta a medianoche muchas veces se desorienta, vaga por la casa, intenta salir a trabajar, se resiste a ser acostado de nuevo. Al día siguiente desayuna y después vuelve a dormir; si intentan mantenerlo despierto reacciona con agitación¹¹⁵. Estos cambios se asocian con reducciones sustanciales en la calidad y

¹¹⁰VALENTIN SR. Commentary: Sleep in German infants--the "cult" of independence. *Pediatrics*. 2005 Jan;115(1 Suppl):269-71.

¹¹¹BEESON RA. Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Arch Psychiatr Nurs*. 2003 Jun;17(3):135-43.

¹¹²CROOG SH, BURLESON JA, SUDILOVSKY A, BAUME RM. Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging Ment Health*. 2006 Mar;10(2):87-100.

¹¹³ASCHBACHER K, VON KÄNEL R, DIMSDALE JE, PATTERSON TL, MILLS PJ, MAUSBACH BT, ALLISON MA, ANCOLI-ISRAEL S, GRANT I. Dementia severity of the care receiver predicts procoagulant response in Alzheimer caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Aug;14(8):694-703.

¹¹⁴MANNION E. Alzheimer's disease: the psychological and physical effects of the caregiver's role. Part 1. *Nurs Older People*. 2008 May;20(4):27-32.

¹¹⁵DONOSO, A. La enfermedad de Alzheimer. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2003. 41(suppl.2):13-22.

tiempo de sueño del cuidador^{116 117}. Algunas de las consecuencias de la falta de sueño, como irritabilidad, falta de concentración y memoria, aumento en el tiempo de reacción, disminución del rendimiento en general. Estos síntomas, sin embargo, también puede ser un resultado de sueño pobre en la noche y los altos niveles de somnolencia diurna¹¹⁸. Algunos prácticas por ejemplo, la creencia de que 8 horas de sueño es necesaria puede aumentar la ansiedad cuando la cantidad deseada del sueño no se cumple y puede conducir a déficit durante el día para confirmar la creencia de que una cierta cantidad de sueño es necesaria, en un intento por compensar la pérdida real o percibida del sueño, realizando conductas que interfieren en el sueño como permanecer una cantidad excesiva de tiempo en la cama¹¹⁹.

Se reporta las percepciones subjetivas y objetivas de la calidad del sueño en cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer encontrando una relación significativa entre el sueño de los cuidadores y los adultos mayores con EA, el cual es influenciado por el patrón de sueño de este último, lo que sugiere que la noche es momento particularmente difícil para el cuidador, porque además de responder en el día por su actividades propias, mientras que la persona a su cuidado se presenta menos activa debe prepararse para su cuidado en la noche. Es necesario examinar las diferencias en las prácticas de cuidado de los cuidadores por edad y gravedad de la demencia¹²⁰. Además es casi universalmente aceptado que el aumento del estrés por los cambios en el estatus socioeconómico, la salud física y habilidades, el apoyo familiar son algunos de los acontecimientos frecuentes en los ancianos y cuidadores¹²¹ que pueden alterar aun más el sueño y por tanto la salud física, emocional y espiritual de quien la padece. Por lo tanto los cambios en el sueño son causados por una multitud de factores que lo afectan en una variedad de maneras¹²². Es importante que los profesionales de enfermería identifiquen y reporten lo referente al hábito de sueño en cuidadores de pacientes con el

¹¹⁶LEE D, MORGAN K, LINDSAY J. Effect of institutional respite care on the sleep of people with dementia and their primary caregivers. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Feb;55(2):252-8.

¹¹⁷FERRARA M, LANGIANO E, DI BRANGO T, DE VITO E, DI CIOCCIO L, BAUCO C. Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *Health Qual Life Outcomes.* 2008 Nov 6;6:93.

¹¹⁸MARTIN JL, ANCOLI-ISRAEL S. Sleep disturbances in long-term care. *Clin Geriatr Med.* 2008 Feb;24(1):39-50

¹¹⁹CARNEY CE, EDINGER JD, MORIN CM, MANBER R, RYBARCZYK B, STEPANSKI EJ, WRIGHT H, LACK L. Examining maladaptive beliefs about sleep across insomnia patient groups. *J Psychosom Res.* 2010 Jan;68(1):57-65.

¹²⁰MCKIBBIN CL, ANCOLI-ISRAEL S, DIMSDALE J, ARCHULETA C, VON KANEL R, MILLS P, PATTERSON TL, GRANT I. Sleep in spousal caregivers of people with Alzheimer's disease. *Sleep.* 2005 Oct 1;28(10):1245-50.

¹²¹O'HARA R. Stress, aging, and mental health. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006 Apr;14(4):295-8.

¹²²ROWE MA, MCCRAE CS, CAMPBELL JM, BENITO AP, CHENG J. Sleep pattern differences between older adult dementia caregivers and older adult noncaregivers using objective and subjective measures. *J Clin Sleep Med.* 2008 Aug 15;4(4):362-9.

fin de generar estrategias que permitan disminuir el impacto en su cotidianidad por la disminución y calidad de sueño.

3. Marco de Diseño

3.1 Tipo de Estudio

Esta es una investigación con abordaje cualitativo a través de un estudio descriptivo de tipo etnográfico, el cual permite abrir un espacio de exploración de las prácticas de cuidados populares en el análisis del hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer desde una perspectiva social y cultural, con el fin de permitir un acercamiento a las formas de comunicación y escudriñar las ideas que se ocultan tras el lenguaje¹²³. Con el rigor y calidad científica de un estudio cualitativo: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad¹²⁴.

Se realizó un estudio descriptivo a través de etnografía (Taylor-Bogdan, 1990), tratando de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, pretendiendo proporcionar una imagen "fidel a la vida" de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa. Basándose en la observación participante y la entrevista a profundidad como vehículo para la descripción de las personas, escenarios o acontecimientos con una visión de lo humano desde la cultura teniendo en cuenta los postulados de Madeleine Leininger en su Teoría de los cuidados transculturales en lo concerniente al cuidado popular y el modelo tradicional de salud de Rachel Spector para explorar qué hacen los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer desde una perspectiva tradicional para mantener, proteger, y restablecer la salud en el hábito de sueño. Corresponde según la clasificación de Leininger a una etnografía de pequeño alcance, por cuanto solamente incluye prácticas¹²⁵ acerca del hábito de sueño en cuidadores de Adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.

¹²³AMEZCUA, M Y GALVEZ TORO, A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Publica. 2002, vol.76, n.5:423-436

¹²⁴CASTILLO E, VASQUEZ ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med 2003; 34: 164-167

¹²⁵HERNANDEZ, LUZ MERY. Gestation: Preparation process of a woman for her baby's birth. av.enferm. 2008. 26(1):97-102.

3.2 Inserción al campo de estudio

Se indagó acerca de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer que asisten al programa del Grupo de investigación de Cuidado al paciente crónico de la facultad de enfermería en su programa de “Cuidando a los Cuidadores” también se contó con la participación de cuidadores que acompañan a su familiar con enfermedad de Alzheimer a la consulta de geriatría en un hospital de referencia en Bogotá. DC, se realizaron contactos con diferentes instituciones para el desarrollo de esta investigación al principio fue un poco difícil, luego de varias reuniones con el fin de explicar el estudio se logró iniciar las entrevistas y la observación participante, es de resaltar el apoyo que se tuvo por parte del geriatra quien me colaboró con la selección de los participantes de acuerdo con los criterios de selección, se contó con la participación de cuidadores de varias localidades de la ciudad, los cuales mostraron mucho interés durante el desarrollo de las entrevistas y la observación participante que se realizaba en el domicilio de cada uno, no solamente me recibieron en su sala, sino que me permitieron conocer la habitación donde dormían, aunque con un poco de pena y prevención porque el dormitorio culturalmente tiene un carácter de intimidad y privacidad, también me permitieron conocer un poco de su vida y compartir su conocimiento para el desarrollo del presente estudio.

3.3 Participantes

La muestra se logró por saturación de la información a través de observación participante, entrevistas en profundidad y análisis de las mismas a cuatro cuidadoras principales tradicionales de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, que se denominaron informantes con un rango de edad de 58-73 años y de procedencia Bogotana y religión católica con primaria completa, que se ubican en clase media siendo todas mujeres de las cuales tres eran las hijas y una la esposa de los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, las cuales fueron entrevistadas varias veces en su hogar lo que permitió también por medio de un diario de campo explorar por medio de la observación participantes de aquellas cosas que no eran visibles en el discurso y luego la retroalimentación de acuerdo a lo hallado con el fin de confirmar lo encontrado, hasta lograr la saturación y no reporte de nuevos datos que contribuyeron a encontrar el significado de las prácticas de cuidado popular en su hábito de sueño. La selección de la muestra e informantes, se realizó por pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad -la pertinencia que se refiere a que participantes pueden aportar la mayor

y mejor información para la investigación de acuerdo a los referentes teóricos. La adecuación significa contar con datos suficientes para desarrollar una completa y exhaustiva descripción del fenómeno este estudio por medio de la observación participante y las entrevistas a profundidad. Conveniencia, oportunidad y disponibilidad es contar con lugar adecuado para el fenómeno a investigar que en este caso fueron el programa “Cuidando a los Cuidadores” y la consulta realizada por el médico geriatra donde atiende personas de todas las procedencias geográficas y económicas de Colombia con demencias y por tanto que asisten con su cuidador, el cual tuvo a cargo confirmar el diagnóstico de acuerdo a los criterios de inclusión del estudio¹²⁶.

3.4 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para esta investigación serán los siguientes:

- Ser cuidador de adulto mayor con enfermedad de Alzheimer en etapa moderada o severa que cohabite con él, este criterio fue validado por el médico geriatra que realizo la consulta. Es de resaltar que en estas etapas de la enfermedad es mayor la presencia de síntomas por parte del adulto mayor enfermo en lo referente a las alteraciones del sueño.
- Ser mayor de edad y sin problemas para la comunicación verbal y otras alteraciones neurológicas que le impidan participar en la entrevista.

3.5 Criterios de exclusión

- No ser el cuidador principal o ser menor de edad.
- No cohabitar con el adulto mayor con enfermedad de Alzheimer.
- Ser cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo leve o enfermedad de Alzheimer en fase inicial.
- No desear participar en el estudio o recibir al investigador en su hogar.
- Tener dificultades o limitaciones para la comunicación o algún otro tipo de afección que interfiera para participar en el estudio.

3.6 Recolección de la información

¹²⁶QUINTANA, A. Y MONTGOMERY, W. (Eds.) (2006). Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM:18-21

Por ser una investigación cualitativa etnográfica, se realizó la recolección de datos involucrando la inmersión continua en la cultura, la observación participante, notas de campo^{127 128} y entrevistas a profundidad con el propósito de identificar las prácticas de cuidado popular para el mantenimiento, protección y restablecimiento de la salud en el hábito de sueño iniciando con preguntas descriptivas, luego preguntas estructurales y finalizando con preguntas de contraste¹²⁹, de manera no directiva, porque, aunque las entrevistas fueron dirigidas por el investigador, la intención no era que fueran rígidas en cuanto al contenido y la forma de abordar el tema de investigación, estas fueron grabadas, transcritas y analizadas de manera simultánea y para el análisis de la información se utilizó los pasos propuestos por Leninger (2002)¹³⁰.

En cuanto a la observación, aspecto central de la etnografía, en este caso fue participante, teniendo lugar en el entorno natural de las viviendas donde cohabita el cuidador y el adulto mayor con enfermedad de Alzheimer, siguiendo las indicaciones de los etnógrafos donde se busca comprender el fenómeno desde lo emic, es decir desde las personas participantes, y desde lo etic, es decir desde lo que el investigador ve y lo que la literatura le aporta para construir así un observable más válido¹³¹. Donde la observación participante fue la integración del observador en el espacio de la comunidad observada, definida por la interacción entre observador y observado en el espacio de los últimos¹³², a través de un diario de campo en los hogares de los informantes. La inserción al campo de trabajo es importante para que el investigador entienda el contexto "natural" en el que se desenvuelven los actores del proceso investigativo¹³³, este proceso inicio contactando al Grupo de Investigación de Cuidado al paciente crónico y al geriatra de un hospital de referencia de la ciudad, los cuales dentro de sus intereses de investigación y

¹²⁷DRIESSNACK, M; SOUSA, VD. MENDES, I. Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007, vol.15, n.4. 684-688.

¹²⁸ANADON, M. La investigación llamada "cualitativa": de la dinámica de su evolución a los innegables logros y los cuestionamientos presentes. *Invest. educ. enferm*. 2008, vol.26, n.2: 198-211.

¹²⁹ORELLANA O, GARCÍA L, ALVITES J, SALAZAR M, SOTELO L, SOTELO N, MALAVER C, YANAC E, CHÁVEZ H, ORELLANA D, RIVERA J. Representaciones sociales sobre el psicólogo en profesores de la educación básica pública y privada de lima (costa) y provincias (sierra y selva). *Revista de Investigación en Psicología*. 2008. 11(2):41-54.

¹³⁰LEININGER, M. MCFARLAND, M. *Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice*. Capítulo 2. 3th. ed. New York: McGraw-Hill, 2002, p. 45-70.

¹³¹GUARIN BERRIO, G. CASTRILLON AGUDELO, MC. The world of the nurse: "Here we never rest". *Care context. Invest. educ. enferm*. 2009, 27(2):226-234.

¹³²CALLEJO GALLEGO, J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2002. 76(5):409-422.

¹³³GÓMEZ I, RODRÍGUEZ L, ALARCÓN L. Método Etnográfico y Trabajo Social: Algunos aportes para las áreas de investigación e intervención social. *FERMENTUM. Revista Venezolana de Sociología y Antropología* 2005; 15: 353-366.

asistencia se encuentra la enfermedad de Alzheimer por tanto atienden personas con esta entidad -de todas las regiones de país y estrato socio-económicos-, a quienes se le formalizó por escrito el proyecto, sus objetivos, y se solicitó apoyo para la identificación de informantes pertinentes para el estudio. La observación participante realizada por el investigador fue registrada en diarios de campo y registros fotográficos lo que permitió realizar una aproximación al contexto de los participantes de este estudio. El trabajo de campo llevo la siguiente secuencia en su realización:

- Ajustes a la propuesta investigativa (Comité de ética).
- Contacto con el Grupo de Investigación de Cuidado al Paciente Crónico y un médico geriatra de un Hospital de referencia en Bogotá con el fin de solicitar permiso y apoyo en la identificación de posibles cuidadores para el desarrollo de la investigación los cuales conocieron la propuesta y colaboraron para la selección de los participantes.
- Contacto con los cuidadores de los adultos mayores con EA que deseaban participar en el estudio por vía telefónica varias veces para concretar una visita.
- Observación participante en la consulta externa de los cuidadores que acompañan a los adultos mayores con EA se inicio el contacto personal con el fin de explicar el estudio y establecer un vínculo de confianza tanto para el participante como para el investigador.
- Observación participante en las visitas domiciliarias con los cuidadores que acompañan a los adultos mayores con EA se solicitó permiso en el consentimiento informado para la toma de fotografías y para el registro de información sobre el contexto en el diario de campo.

El criterio utilizado para determinar el número de entrevistas fue el de saturación de datos. Este criterio se refiere a buscar nuevos colaboradores hasta que dejen de aparecer conceptos nuevos. Como Leininger indica, la saturación se alcanza cuando hay una redundancia en la información, en la que el investigador consigue una información igual o similar y los informantes no aportan nada distinto a lo dicho o hecho antes¹³⁴. Explorando el conjunto de los cuidados populares, creencias, expresiones y prácticas

¹³⁴ARGOTE LA, VÁSQUEZ ML. La dieta" como camino para asegurar un hijo sano: Una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes. Revista Colombia Médica. 2005. 36(3s1), 2005:58-64

utilizadas en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer observados por el investigador y consignados en el diario de campo.

Antes de iniciar cada entrevista en profundidad se explicó al participante cual era el objetivo y que se respetaría la confidencialidad de la información. Se emplearon unas preguntas iniciales descriptivas que permitan identificar y ampliar la información sobre las prácticas del cuidado popular en el hábito de sueño de tal forma que puedan tener libertad para expresarse y luego preguntas estructurales y de contraste para verificar la correcta comprensión y validación de los datos¹³⁵ de manera flexible lo que permitió explorar, contrastar y confirmar nuevos conceptos que emergían de las preguntas iniciales. Cada vez que se realizó una entrevista, se transcribió, se leyó varias veces para buscar los descriptores culturales con lo cual se facilitó el descubrimiento de categorías, encontrando patrones y el temas culturales. Para su configuración se trato de dilucidar cómo se interconectan los patrones entre ellos¹³⁶.

Se emplearon preguntas descriptivas de manera general y amplia para iniciar e ir orientando las entrevistas, como:

Hábleme de su hábito de sueño y el porqué es importante el sueño.

¿Cómo cuida usted su hábito de sueño?

¿Qué hace usted para mantener su hábito de sueño?

¿Qué hace usted para recuperar su hábito de sueño?

Y preguntas estructurales y de contraste para aclarar, concretar, explicar, ampliar o verificar la información dada por los participantes.

¿Tiene alguna rutina para dormir?

Ha cambiado en algo su hábito de sueño desde que fue diagnosticado con enfermedad de Alzheimer la persona a cuidado. ¿De qué manera y porque qué cree usted que esto sucede?

¿Qué cree usted que lo ayuda a dormir bien?

3.7 Rigor metodológico

¹³⁵RIBOT DE FLORES S, VARGUILLAS-CARMONA CS. Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*.2007; 13(23):249-262.

¹³⁶ARGOTE LA, VÁSQUEZ ML. La dieta" como camino para asegurar un hijo sano: Una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes. *Revista Colombia Médica*. 2005. 36(3s1), 2005:58-64

El rigor metodológico del estudio se dió a través del cumplimiento de los criterios propuestos por Vásquez y Castillo: credibilidad, auditabilidad y aplicabilidad¹³⁷.

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Para lograr esto, se hizo el registro en el diario de campo, se utilizó transcripciones textuales de las entrevistas y se validaron con los participantes, la comprensión que logra el investigador de la narración que expresan, tratando de asegurar la calidad de los datos crudos.

La auditabilidad, se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. En este estudio la asesoría y seguimiento continuo que la directora de tesis hizo al diario de campo, las grabaciones, transcripciones de las entrevistas y las fotografías durante cada fase de la investigación permitió el cumplimiento de este criterio.

La transferibilidad o aplicabilidad se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos a través de los registros y descripciones realizados por el investigador.

¹³⁷CASTILLO E, VASQUEZ ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med 2003; 34: 164-167

4. Consideraciones éticas

Esta investigación es considerada de riesgo mínimo y fue aprobada por el Comité de Ética de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia mediante oficio No. UGI-0186-2010 (Anexo No. 12.1), se obtuvo de cada uno de los participantes en presencia de al menos un testigo el Consentimiento Informado, elaborado por el investigador para este estudio (Anexo 12.2). Los aspectos generales que contiene este consentimiento son: la aclaración sobre la voluntariedad y la libertad de participar o no en el estudio, así como la de retirarse en cualquier momento. Los objetivos de la investigación, los procedimientos a los que va a ser sometido, el cronograma, los beneficios esperados, el manejo que se dará a la información suministrada y la accesibilidad a ella, en caso de ser necesario y la confidencialidad de la información e identidad de los participantes. Este consentimiento fue leído, explicado y discutido con los participantes en una primera encuentro, informando las garantías otorgadas a los participantes-cuidadores de este tipo de investigaciones. Tales garantías son enunciadas dentro de los requisitos éticos generales subrayados en la Declaración de Helsinki de 1960, acordados por la Asociación Médica Mundial, revisados en octubre del año 2000, y promulgados en Colombia mediante la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Estas normas aplican los principios que a continuación son descritos que son aplicados por la presente investigación y aclarados a los participantes a través del consentimiento informado:

a. Beneficencia, no maleficencia: Este principio ético prevalece y soporta cualquier actividad que se programe realizar en esta investigación donde el balance debe inclinarse siempre hacia los beneficios. El seguimiento debe garantizar la detección de posibles consecuencias perjudiciales o daños. Hay que resaltar, que el período de seguimiento de los sujetos, debe ser no solo por el tiempo que dure la recolección de la información.

- Las entrevistas son realizadas por el investigador que está debidamente capacitado para tal fin.

- Se da por terminada la investigación en caso de que hubieran motivos para sospechar que, de continuar se hubiese llegado a causar daño psicológico a alguno de los participantes.

-Todas las dudas sobre la investigación son aclaradas a los participantes antes y durante la entrevista y en el momento en que él lo solicite.

- Los resultados parciales del estudio son proporcionados al participante en caso de que los solicite durante el desarrollo de la investigación.

b. Autonomía: se asume que los sujetos de investigación son seres autónomos. El investigador evaluará en cada caso, la capacidad que tenga cada individuo de ejercer su autonomía, de decidir si entra al estudio o se retira, de asumir las implicaciones y los potenciales riesgos si los hubiere.

- Se garantiza el derecho a la autodeterminación, es decir, los participantes tienen derecho a decidir voluntariamente a participar en el estudio. Igualmente, se garantiza a todos los participantes el derecho a tomar la decisión de no continuar en la investigación o de rehusarse a dar información, sin que por esta razón sean sujetos de represalia alguna.

c. Principio de respeto a la dignidad humana:

- Se garantiza el derecho al conocimiento irrestricto de la información, para lo cual, cada participante es informado sobre todos los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes de ser iniciada, y pueden exigir información sobre la misma en el momento que lo deseen.

d. Principio de justicia

- Se garantiza el derecho a un trato justo, respetuoso y amable en todo momento, expresado en el cumplimiento de todos los acuerdos a que se llegaren y en la posibilidad de acceso de los participantes a los investigadores en cualquier momento con el fin de aclarar cualquier información.

- Se garantiza el derecho a la privacidad, manteniendo el anonimato de los participantes y absteniéndose de divulgar información de estricta confidencialidad con personas ajenas a la investigación o sujetos conocidos del participante. En razón de ello, en el consentimiento informado se pregunta por el nombre o pseudónimo que el participante desea utilizar. Además, acogiéndose a este principio específicamente, con el consentimiento informado se solicita autorización para obtener registros fotográficos o de audio de los participantes previa explicación del manejo de este tipo de materiales.

Finalmente, la presente investigación tuvo la responsabilidad ética de poner en conocimiento los hallazgos que de ella resulten, respetando por encima de todo los principios a los que ya se hizo referencia. Por tal razón, los resultados serán socializados con cuidadores participantes del estudio y sus familias, a los grupos de Investigación de Cuidado al Paciente Crónico y Cuidado cultural de la facultad de enfermería. Además, por medio de una publicación científica se socializará a la sociedad. En general de igual manera se confirma que esta investigación no genera conflictos de interés.

5. Análisis de la información

Para el análisis de datos cualitativos se tomo como referente la propuesta de Leininger (2002), la cual incluye cuatro fases: a) recolección y documentación de datos, b) identificación y categorización de descriptores y componentes culturales, c) patrones y análisis contextual y d) propuesta de temas culturales, formulaciones teóricas y recomendaciones¹³⁸.

Tabla 5-2: Método de Análisis. Leininger, 2000.

Primera fase	Recolectar , describir y documentar los datos crudos
Segunda fase	Identificación y categorización en descriptores y componentes
Tercera fase	Patrones y análisis contextual
Cuarta fase	Temas mayores, resultados de la investigación, formulaciones teóricas y recomendaciones)

Tabla 5-3. Primera Fase de Análisis. Leininger, 2000.

Primera fase

TRABAJO DE CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Observación participante	Registro de datos en el diario de campo	Diciembre de 2010-Marzo de 2011
Grabación de entrevistas	Realización de entrevistas	Diciembre de 2010-Marzo de 2011
Transcripción de entrevistas	Registro de la grabación en	Diciembre de 2010-Marzo

¹³⁸MELGUIZO-HERRERA E, ALZATE-POSADA ML. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. Av. Enferm. 2010;28(n.esp):61-72.

y lectura	documento	de 2011
Identificar significados contextuales	Toma de fotografías	Diciembre de 2010-Febrero de 2011

Tabla 5-4: Entrevistas Etnográficas. *se utilizaron seudónimos con el fin de salvaguardar el anonimato y confidencialidad de los participantes.

Entrevistas Etnográficas

No	Cuidador de la persona anciana con EA*
1	“MARISOL” (63 años). Bogotana, cuida a su madre que se encuentra en etapa severa de la enfermedad. Es de procedencia bogotana aunque su ascendencia es santandereana, tiene bachillerato incompleto, la mayoría de su vida se dedicó al hogar, es de clase media.
2	“ESPERANZA” (58 años) Bogotana, cuida a su madre que se encuentra en etapa severa de la enfermedad. Es de procedencia bogotana aunque su ascendencia es cundinamarquesa, tiene primaria incompleto, la mayoría de su vida se dedicó al hogar, es de clase media.
3	“GLORIA” (61 años) Bogotana, cuida a su madre, cuida a su madre que se encuentra en etapa severa de la enfermedad. Es de procedencia bogotana aunque su ascendencia es boyacense, tiene bachillerato incompleto, la mayoría de su vida se dedicó al trabajo informal, es de clase media.
4	“DIANA” (73 años) Bogotana, cuida a su esposo que se encuentra en etapa moderada de la enfermedad. Es de procedencia bogotana aunque su ascendencia es cundinamarquesa, tiene primaria incompleta, la mayoría de su vida se dedicó a trabajar en casas de familias, es de clase media.

Por medio de la asesoría constante de la directora del estudio y gracias al conocimiento generado y acumulado del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud liderado por la profesora Lucero López se utilizó el siguiente cuadro para la identificación de los conceptos que emergieron en esta investigación.

Tabla 5-5: Segunda Fase de Análisis. Leininger, 2000.**Segunda Fase**

Análisis de datos	Identificación de descriptores	Nominación de subcategorías	Análisis
Diario de campo			

En el diario de campo se escribieron los objetivos de cada visita, las reflexiones que se hicieron antes durante y después de cada encuentro, las asociaciones relacionadas con los conocimientos previos y lo que se observó y se vivió durante estos encuentros. El diario de campo fue base para la reflexión sobre el análisis realizado y la identificación de descriptores y la nominación de subcategorías.

Tercera fase

Patrones y análisis contextual

Cuarta fase

Temas mayores, resultados de la investigación, formulaciones teóricas y recomendaciones.

Para lograr alcanzar esta fase se llenó un cuadro como el anteriormente expuesto para cada participante, luego se analizaron de manera grupal y conjuntamente con la directora de la investigación se formularon los hallazgos encontrados.

Análisis del Modelo Tradicional de Salud (SPECTOR)

Basados en la matriz de las interrelaciones entre cuerpo, mente y espíritu, y las prácticas de cuidado popular exploradas con el método de análisis de Leininger, se clasificaron en prácticas para mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.

6. Hallazgos y discusión

6.1 Prácticas de cuidado de la salud en el hábito de sueño

Para explorar las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño, de cuidadores de personas con Alzheimer, aplicaremos en este aparte las cuatro fases enunciadas por Madeleine Leininger para los procesos de recolección y documentación de datos, la identificación y categorización de descriptores y componentes culturales, definición de los patrones y análisis contextual y por último propuesta de temas culturales, formulaciones teóricas y recomendaciones¹³⁹ de modo que podamos explorar las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de adultos Mayores con enfermedad de Alzheimer.

Los hallazgos se empezaran a presentar por el tema cultural encontrado y luego se enunciaran los patrones con sus categorías y algunos descriptores culturales con el fin de hacer más lógica su comprensión y lectura, finalizando con el análisis de contexto para lograr comprender las prácticas de cuidado popular realizadas en el hábito de sueño.

6.1.1 Tema cultural: cuidando día y noche, entre el sueño y la vigilia. Entre angustias, prácticas, creencias. Donde cada cosa que se hace tiene su hora.

Las prácticas de cuidado popular realizadas en el hábito de sueño muestran una dinámica, continua y entrelazada entre lo aprendido durante la niñez principalmente de los padres que a su vez aprendieron de sus abuelos y aunque en este momento ya son adultos mayores no las han olvidado porque se ha reforzado con la repetición rutinaria de muchos años y también las enseñaron a sus hijos, debido a que el sueño es un

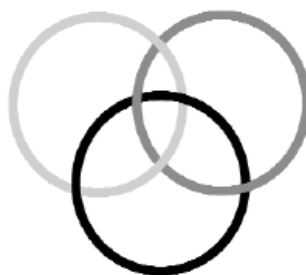
¹³⁹MELGUIZO-HERRERA E, ALZATE-POSADA ML. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. Av. Enferm. 2010;28(n.esp):61-72.

fenómeno diario que no se puede evitar. De todos los eventos se puede afirmar que desde que se levantan ya están planeando y organizado como será la noche nuevamente, además se menciona que todos los afanes del día se van a reflejar en la noche. Sumado a esto es necesario tener en cuenta que los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer debieron adquirir nuevas prácticas de cuidado popular como dormir con la luz prendida, dormir solos dejando a veces a su pareja que era con quien dormían antes, recuperar la siesta para compensar la falta de sueño, por su condición de cuidadores y por la enfermedad que tienen sus madres y esposo identificando un horario específico y propio para realizarlas.

La importancia de las prácticas de cuidado popular en hábito de sueño radica también en experiencias vivenciales acumuladas a través de toda su vida y dan una interpretación propia que les permite una relación objetiva y dinámica con el entorno no solo espacial sino con un entorno temporal continuo de contrarios como son la noche y el día, la oscuridad y la luz, el sueño y la vigilia, las ensoñaciones y la realidad, fenómenos contrarios que están en una unidad y lucha constante con fuerzas inherentes contrapuestas que a la vez se presuponen como son las prácticas de no comer cuando se acerca la hora de dormir, no tomar tinto, rezar, tender la cama que permiten un buen dormir, también se excluyen mutuamente cuando por ejemplo no se debe dormir en el día o no se debe dejar la pijama en el día al igual que no dormir con la luz prendida, con ruido o la televisión prendida, están en lucha constante. Las ensoñaciones predicen y explican, si son buenas se espera que se hagan realidad y sin son pesadillas que no se cumplan porque esto es sinónimo de tragedia, enfermedad y desgracias. Las figuras oníricas emulan una realidad no existente sinónimo de salud pero si esto sucede en la vigilia es lo que se llama una alucinación sinónimo de enfermedad es precisamente en esta lucha que esta la fuente de la fuerza y desarrollo de la vida, dormir (descansar-soñar-ilógico-misterioso-noche-luna), despertar (trabajar-realidad-lógica-conocido-día-sol) para nuevamente dormir (descansar-soñar-ilógico-misterioso-noche-luna) hasta el último respiro que permita la vida y donde es necesario que existan para verificar el fin del otro, originando prácticas de cuidado para evitar riesgos conocidos y explicables y algunos desconocidos e inexplicables con el fin de repetir y enseñar prácticas exitosas de cuidado de la salud. De igual manera, comprender y explicar ese razonamiento empírico basado en la experiencia objetiva, percibida cotidianamente en la vigilia y en el sueño, proceso lógico que permite originar, repetir, mantener, modificar o descartar una práctica de

cuidado de la salud en este caso en el hábito de sueño fenómeno que aun sigue siendo desconocido con un toque espiritual y misterioso muestra ante todo la delicada relación que existe entre el cuerpo, mente y espíritu donde la alteración de uno de estos interfiere en los otros, una unión semejable al nudo de Boromeo (Figura. 6) donde su simbología es bastante clara: removiendo uno de los círculos los demás dejan de estar unidos; además la imposibilidad de construir el modelo usando los círculos sin distorsionarlos le da un rasgo místico¹⁴⁰.

Figura 6-2: Nudo de Boromeo



Esta relación entre el día y la noche y viceversa es señal de equilibrio, bienestar y salud, evidenciado a través de la historia y casi desde la creación del hombre, terminando el tema cultural con un versículo de la Biblia: Génesis: 1 (14-18) “Y así fue, Dios hizo dos luces: la grande para alumbrar el día y la pequeña para alumbrar la noche. También hizo estrellas. Dios puso las luces en la bóveda celeste para alumbrar la tierra de día y de noche, y para separar la luz de la oscuridad, y vio que todo estaba bien”.

A continuación se enuncian cada uno de los patrones encontrados con sus categorías y descriptores culturales que permiten una mejor comprensión.

¹⁴⁰SPINELLI H. TESTA M. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo: Recorrido de la Planificación en América Latina. Salud colectiva. 2005. 1(3):323-335.

Patrón: El sueño es misterioso y desconocido aun pero está claro que es vida, salud y bienestar.

Tabla 6-6: Patrón: El sueño es misterioso y desconocido aún pero está claro que es vida, salud y bienestar.

Descriptores Culturales	Categorías	Patrón
<p><i>“el sueño para mí es muy importante, porque para mí el sueño es descanso y siento que el sueño es como mi vida, yo a la hora que me duermo no se dé nada.”</i></p>	<p>El sueño para mi es lo principal, porque si yo no duermo...tengo cansancio, vivo enferma.</p>	<p>El sueño es misterioso y desconocido aun pero está claro que es vida, salud y bienestar.</p>
<p><i>“En lo que yo he ido al médico, que puede ser bastante, jamás le preguntan a usted como le va, duerme bien o no duerme bien, eso no se lo preguntan jamás.”</i></p> <p>“No...no...no, me hablan de la dieta pero del sueño nunca.”</p>	<p>Los médicos nunca hablan de lo importante que es el sueño.</p>	
<p><i>“cuando no se duerme bien se debilita la mente, se debilita uno mucho...de ahí viene muchos factores: dolor de cabeza, estrés, cansancio”</i></p> <p><i>“Porque eso es algo muy delicado, dos noches completicas, me acostaba, cada vez que me acostaba, era como si estuviera así, no me venía el sueño, se me retiro el sueño, no vino mas sueño, la primera noche desvelada, me voltiaba pa`ca y nada, me voltiaba pa`alla y nada, no sentía nada, si estaba bien, si estaba mal...paso ese día y ya a la siguiente noche, nuevamente me sucedió lo mismo grave, dos noches delicadas, mi mente, mi cabeza pensaba que algo me podía pesar”</i></p>	<p>Anoche no pude dormir, eso me pone de malgenio y me siento ida, es levantarme con el pie izquierdo</p>	
<p><i>:“los espíritus lo tocan a uno y queda tieso ni la lengua puede mover, totalmente inmóvil, boca para gritar o moverse... también se le acuestan encima porque siente el peso en el pecho, no puede hablar, a mi papa le pasaba muchísimo, ahora a la que le sucede esto es a mi hija, a veces la oigo uhmmmm...uhmmmm entonces yo me despierto y la cojo para que el espíritu la</i></p>	<p>Cuando me desperté no me podía mover, no pude gritar, empecé a sudar frio. Se me acostó un espíritu.</p>	

<p><i>suelto, cuando a uno se le acuesta o lo coge un espíritu es terrible...se acelera el corazón, se eriza”</i></p> <p><i>“sentí un peso –virgen- no me podía voltear pa`alla, no me podía voltear pa`aca, ni gritar era muda completamente y de lo que sude, porque sude –virgen santísima sí que sude- pero me quedo esa angustia, toda la vida me quedo esa angustia, el peso tan terrible que sentí yo, no me podía mover, no podía gritar y sude.”</i></p>		
<p><i>“Boca arriba jamás puedo dormir, jamás me he dormido boca arriba, siempre duermo de medio lado....no no no no asi no me gusta”</i></p> <p><i>“Cuando tengo sueños feos, pienso que mal hice yo...algo malo hice yo..dijo yo, pero después dijo son cosas de dios, pero cosas malas, malas...aunque no le pongo tiza...aunque los otros sueños si... cuando sueño cosas bonitas me siento bien en el día.”</i></p>	<p>Cuento las pesadillas para que no se hagan realidad, o al menos eso dicen aunque si me acuerdo de ellas en el día me pongo pensativa.</p>	
<p><i>“Pues yo siempre he oído que uno debe dormir por lo regular ocho horas para que el cuerpo este bien porque el cuerpo también necesita el descanso, yo duermo menos por ahí unas seis horas pues más o menos me descansan, me gustaría dormir mas...lo normal.”</i></p>	<p>Siempre he oído que uno debe dormir por lo regular ocho horas para que el cuerpo este... bien me gustaría dormir mas... lo normal”.</p>	
<p><i>“Tengo la televisión también en mi cuarto, de pronto la televisión...pienso yo que es un somnifero, como que uno se está relajando y ahí caigo dormida, el televisor se queda prendido, se queda ahí oyendo el ruido...”</i></p> <p><i>“A veces prendo el televisor para que me dé sueño, a veces unos programas bonitos, con paisajes de otras partes y me pongo a verlos y me quedo dormida, ya hace rato tengo el televisor en el cuarto”</i></p>	<p>Yo me pongo a ver televisión y quedo dormida, el televisor es un somnifero</p>	

Culturalmente se han aprendido y transmitido la importancia del sueño y el descanso para la salud conjuntamente con una serie de prácticas en el hábito de sueño a través del tiempo, principalmente transmitidas por los padres aunque también por los medios de

comunicación se han dado conceptos respecto al hábito de sueño, sin embargo la poca información y las generalidades dadas en este tema sin tener en cuenta las características individuales de cada persona, sus valores, creencias, procedencia y nivel de escolaridad permite que esta información se le dé a veces una mala interpretación de acuerdo a la cosmovisión propia y por tanto se generen prácticas que son necesarias de negociar y reestructurar en investigaciones futuras, es de resaltar que los profesionales de la salud carecen de una formación adecuado en temas de sueño y además la poca información que se adquiere durante el pregrado no cobra importancia al momento de la consulta de la misma manera que si la tiene lo referente a la alimentación, ejercicio y estrés.

Es de resaltar que el sueño es un campo misterioso y desconocido, por lo que puede generar miedo y ansiedad a fenómenos que ocurren durante el acto dormir como es la parálisis del sueño y las ensoñaciones que puede ser consideradas premoniciones y una vía de comunicación con un plano espiritual, además este durante el sueño se está indefenso y es un fenómeno que no se puede controlar por tanto todas estas situaciones crean mitos y creencias que son transmitidas por generaciones.

Categoría: El sueño para mí es lo principal, porque si yo no duermo...tengo cansancio, vivo enferma.

“el sueño para mí es muy importante, porque para mí el sueño es descanso y siento que el sueño es como mi vida, yo a la hora que me duermo no se dé nada”. **ESPERANZA.**

“El sueño para uno es parte de la vida, de la persona...es muy esencial el sueño...porque eso es, como le dijera, como le explico yo, para la salud de uno, es parte de la salud de uno, dormir bien le ayuda a uno a estar sano.” **DIANA.**

Los cuidadores adoran y extrañan el sueño, el deseo del descanso perdido, expresan por medio de la emoción de hablar acerca del sueño como este es un tesoro que a veces pierden y añoran pero saben que va regresar, el sueño es la riqueza que tienen, que han perdido desde que su ser querido enfermo. Es vida para ellos, alivia todas sus dolencias y cura su alma, aclara su mente, lo reconocen como un remedio para sus dolores, una salida y respiro a sus preocupaciones y no tienen algunas veces palabras para referirse a sus bondades, es un regalo de Dios y todos coinciden en que no dormir es sinónimo de enfermedad y que a su vez la enfermedad puede aparecer sino se cumple con el deber y el derecho a dormir, como dictamina la biblia sobre la necesidad del descanso y restauración

que brinda el sueño a través de uno de sus salmos: “En vano será levantaros antes de amanecer; levantaos después de haber descansado, y acudid al Señor los que coméis pan de lágrimas. Mientras concede Dios el sueño y el reposo a sus amados”.

El sueño es un fenómeno común a todos los seres humanos. El hombre duerme en promedio un tercio de la vida. En ese estado, no se es capaz de buscar alimento o refugio y se tiene una menor capacidad para defenderse del peligro; lo cual se describe como un estado regular, recurrente, y fácilmente reversible del organismo. Se caracteriza por la relativa tranquilidad y una gran disminución en el umbral de respuesta a los estímulos externos¹⁴¹. Se ha establecido que la falta de sueño afecta de manera importante el rendimiento neurocognitivo en los seres humanos¹⁴². El sueño es importante para mantener el equilibrio de energía. Así por ejemplo, las vías metabólicas interactúan recíprocamente para influir en la regulación del sueño-vigilia¹⁴³. El sueño implica una serie de procesos complejos fisiológicos y comportamentales como cerrar los ojos, adquirir una posición corporal y tranquilidad en la conducta.

El sueño es un proceso repetitivo y necesario para la salud del cuerpo, la mente y el espíritu. El sueño fragmentado en los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer es muy común por las condiciones propias de la enfermedad, sumado al rol de cuidador que no solo afecta su vida familiar y social, sino también su hábito de sueño donde las actividades de cuidado conjuntamente con algunas prácticas populares que han aprendido culturalmente y que son necesarias reestructurar originan una "deuda de sueño" término acuñado por William Dement¹⁴⁴ para describir la diferencia entre la cantidad de sueño requerida y la efectivamente disfrutada, sustrayendo los períodos de sueño inadecuado. El cerebro parece llevar cuenta exacta y acumulativa de esta deuda, como acreedores económicos y donde aparentemente requiere también una especie de déficit denotado por el hecho que la latencia para dormirse tiene correlación inversa con el volumen de la deuda¹⁴⁵ y donde la prácticas de cuidado popular aprendidas de generación en generación a través de los rituales, tradiciones y conocimientos ayudan a

¹⁴¹HODGSON LA. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. J Adv Nurs. 1991 Dec; 16(12):1503-1510.

¹⁴²KOPP C, LONGORDO F, NICHOLSON JR, LÜTHI A. Insufficient sleep reversibly alters bidirectional synaptic plasticity and NMDA receptor function. J Neurosci. 2006 Nov 29; 26(48):12456-65.

¹⁴³LAPOSKY AD, BASS J, KOHSAKA A, TUREK FW. Sleep and circadian rhythms: key components in the regulation of energy metabolism. FEBS Lett. 2008 Jan 9; 582(1):142-51.

¹⁴⁴DEMENT W, VAUGHAN C. The promise of sleep. New York: 1999. Random House.

¹⁴⁵SALA H, NIGRO C, RABEC C, GUARDIA A, SIMURRA M. Consenso argentino de trastornos respiratorios vinculados al sueño. MEDICINA (Buenos Aires). 2001;61(6): 903-907.

mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer respondiendo a las necesidades de un buen descanso y sueño para mantener un estado óptimo de salud.

Categoría: Los médicos nunca hablan de lo importante que es el sueño.

“En lo que yo he ido al médico, que puede ser bastante, jamás le preguntan a usted como le va, duerme bien o no duerme bien, eso no se lo preguntan jamás.”

ESPERANZA.

“No...no...no, me hablan de la dieta pero del sueño nunca.” **MARISOL.**

Los hábitos de dormir en nuestros participantes emergen de lo que les enseñó su padres y familiares, cuando se les pregunto sobre que les dice el médico sobre el sueño, se pudo observar en su cara la expresión de asombro y esfuerzo por tratar de recordar sobre esta pregunta, después de algunos segundos de duda, titubearon y era un común denominador el decir que muy poco o nada, le hablan de otra cosa pero del dormir no, causa curiosidad el desconocimiento sobre este tema o la falta de interés, solo atinaron a decir que las recomendaciones médicas solo son a actividades que se realizan cuando se está despierto.

Aunque se conoce que durante el pregrado la gran mayoría de los profesionales de la salud recibe escasamente entre una y dos horas de clases formales o conferencias magistrales sobre problemas del sueño, lo cual, desde cualquier punto de vista, es insuficiente sumado a empezar también a estudiar y consolidar la enfermería transcultural lo que permitirán entender como en los hábitos de sueño confluye la biología y la cultura y por tanto entender mas estos fenómenos con los resultados que a continuación se pretender mostrar.

Categoría: anoche no pude dormir, eso me pone de malgenio y me siento ida, es levantarme con el pie izquierdo

“cuando no se duerme bien se debilita la mente, se debilita uno mucho...de ahí viene muchos factores: dolor de cabeza, estrés, cansancio” **DIANA.**

“Porque eso es algo muy delicado, dos noches completicas, me acostaba, cada vez que me acostaba, era como si estuviera así, no me venía el sueño, se me retiro el sueño, no vino mas sueño, la primera noche desvelada, me voltiaba pa`ca y nada, me voltiaba pa`alla y nada, no sentía nada, si estaba bien, si estaba mal...paso ese día y ya a la

siguiente noche, nuevamente me sucedió lo mismo grave, dos noches delicadas, mi mente, mi cabeza pensaba que algo me podía pesar” ESPERANZA.

Como se explicó anteriormente el sueño es un regalo de Dios, y cuando este se aleja trae desgracia a quien lo pierde, la noche se convierte en una mazmorra de ruidos, de ansiedades, de culpas recién alojadas en el alma, de miedos, el tiempo se alarga y la noche se hace eterna, se pierde la válvula de escape a la realidad, es como un sueño sin sueño o mejor una pesadilla, se acude a Dios para que envíe el sueño cada noche y vuelva la normalidad y la rutina del descanso de la reparación, restauración y alivio, en esta investigación todos estuvieron de acuerdo en afirmar que si no se duerme se enferma, se cansan, se agotan y hasta pueden enloquecer, y no solo ellos lo sufren, también quienes los rodean que deben tolerar el malgenio, la falta de atención, la ausencia en un tiempo específico, como dijera Gabriel García Márquez para explicar el fenómeno del insomnio y la somnolencia cuando el sueño no acude a la hora específica cuando dice: “cuando se viaja a Europa el alma tarde tres días en llegar”. Se pudo ver la expresiones de angustia de nuestros participantes al referirse que el sueño se aleje y no regrese cada noche a su visita.

El insomnio es una queja de mal sueño y un mal dormir; esta privación aguda o crónica de sueño usualmente se produce por estrés ante factores sociales o económicos. Se ha determinado que el hombre actual duerme 25% menos que sus antepasados de un siglo atrás y que alrededor del 20% de los trabajadores de países industrializados trabajan por turnos^{146 147}. Esta privación de sueño puede desencadenarse por motivos diversos: Hábitos inadecuados de salud (ej: inactividad, consumo de cafeína); aspectos ambientales (ej: ruido), estrés emocional (ej: fallecimiento de un ser querido); cambio de residencia (ej: ingreso hospitalario); etc. Puede ser también secundario a otros trastornos del sueño (ej: apnea del sueño, alteraciones del ritmo circadiano); afecciones médicas (ej. dolor crónico), neurológicas (ej: enfermedad de Parkinson) o psiquiátricas (ej: trastorno de ansiedad); o ir asociado a un abuso de medicación y/o sustancias¹⁴⁸. Se considera un factor de riesgo para la recaída de la depresión, la psicosis, el alcoholismo,

¹⁴⁶CHICA-URZOLA HL, ESCOBAR-CORDOBA F, ECHEVERRY-CHABUR J. Clinical Evaluation of Hypersomnia. rev.colomb.psiqiatr., Jan./Mar. 2004, vol.33, no.1, p.45-63.

¹⁴⁷ESCOBAR-CORDOBA F. Medicina del sueño. Una nueva especialidad. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.1999;47(1):26-31.

¹⁴⁸RUIZ C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. Anales de Psicología. 2007; 23(1):109-117.

los trastornos ansiosos y el empeoramiento de la salud de quien lo padece¹⁴⁹. Las actividades propias de cuidar a un ser querido, en esta caso con enfermedad de Alzheimer, demanda demasiado tiempo tanto en el día como en la noche con lo que se presenta una imposibilidad de adaptación del ritmo de sueño-vigilia, que se asocia con frecuencia a insomnio y somnolencia excesiva diurna¹⁵⁰, que puede llevar a las personas a pasar sus vida en medio de una somnolencia y fatiga continuas o tratar de estar alerta cuando su cerebro está programado para dormir¹⁵¹, causando irritabilidad, falta de concentración, alerta y memoria, somnolencia diurna, mayor riesgo de accidentes¹⁵² disminuyendo la calidad de vida y asociando esa situación a cosas negativas y malas refiriéndose a eso como “levantarse con el pie izquierdo” frase que se suele emitir al final de una jornada desastrosa desde todos los puntos de vista y tiene, consecuentemente, un valor negativo y se asocia también a mala suerte¹⁵³.

Categoría: Cuando me desperté no me podía mover, no pude gritar, empecé a sudar frío. Se me acostó un espíritu.

“los espíritus lo tocan a uno y queda tieso ni la lengua puede mover, totalmente inmóvil, boca para gritar o moverse... también se le acuestan encima porque siente el peso en el pecho, no puede hablar, a mi papa le pasaba muchísimo, ahora a la que le sucede esto es a mi hija, a veces la oigo uhmmmm...uhmmmm entonces yo me despierto y la cojo para que el espíritu la suelte, cuando a uno se le acuesta o lo coge un espíritu es terrible...se acelera el corazón, se eriza” MARISOL.

“sentí un peso –virgen- no me podía voltear pa`alla, no me podía voltear pa`aca, ni gritar era muda completamente y de lo que sude, porque sude –virgen santísima sí que sude- pero me quedo esa angustia, toda la vida me quedo esa angustia, el peso tan terrible que sentí yo, no me podía mover, no podía gritar y sude, a mí lo que me valió fue levantarme a las 5 de la mañana y báñeme, yo ya no volví mas por allá.” GLORIA.

¹⁴⁹ESCOBAR CORDOBA F, FOLINO JO, ESLAVA-SCHMALBACH J. Sleep disorders and sleep quality in female victims of rape in Bogota. Rev.fac.med.unal, 2006; 54(1):12-23.

¹⁵⁰BILLIARD M, DAUVILLIERS Y. Idiopathic Hypersomnia. Sleep Med Rev. 2001 Oct;5(5):349-358.

¹⁵¹ESCOBAR-CORDOBA F. Medicina del sueño. Una nueva especialidad. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.1999;47(1):26-31.

¹⁵²CAMARGO-SÁNCHEZ A, OCHOA-MONTOYA MO. Efectos y consecuencias del trabajo nocturno en la salud de las enfermeras que trabajan en la Clínica de San Pedro Claver, 2006. Memorias del XVIII Coloquio de Investigación Nacional el Enfermería. Paipa, agosto de 2007.

¹⁵³FORMENT-FERNÁNDEZ MM. Las nociones de derecha e izquierda y las creencias a ellas asociadas en español y en griego: un caso de "universal cultural" con repercusiones fraseológicas. Notas y estudios filológicos. 1999;14:77-106.

Para nuestros participantes el sueño tiene sus misterios; en el sueño se comunican con espíritus, piensan que su espíritu sale de cuerpo y divaga, pero a veces algunos espíritus les juegan una mala pasada, se les acuestan encima porque tal vez alguien va morir y se está despidiendo, porque les están haciendo brujería o porque hicieron algo malo en el día. En el sueño no se tiene voluntad y control de lo que pasa, se está indefenso es como ingresar cada noche a un mundo nuevo y desconocido esto trae miedo y ansiedad al no poder explicar lo que allí sucede, pero tratan con lo que le dicen sus familiares, conocidos, vecinos y así mismo lo explican a las nuevas generaciones.

La persona queda inmóvil, siente miedo, ansiedad, desesperación y opresión en el pecho, como si tuviera a alguien encima; le cuesta trabajo respirar, sufre taquicardia y puede experimentar alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y olfativas.

Actualmente ha cobrado importancia la frecuencia y la connotación cultural de un situación que se ha denominado parálisis del sueño, donde la persona bien al quedarse dormida o al despertar no puede mover los brazos, las piernas o la cabeza e incluso hablar, muchas veces ven una sombra humana, también experimentan una opresión en el pecho y dificultad para respirar, esta situación puede durar algunos segundos o varios minutos¹⁵⁴, además que a menudo tiene características aterradoras como que alguien está presente, ser tocado por alguien o la sensación de estar flotando o la combinación de alucinaciones visuales y auditivas¹⁵⁵. Las Personas que experimentan parálisis del sueño y desconocen sus causas –que son benignas-, tienden a sentir el terror y buscan explicaciones a estas experiencias anómalas y donde en los estudios se ha observado una diversidad en todas las culturas y a lo largo de la historia, por ejemplo, se asocia a espíritus, demonios, brujas, y más recientemente a seres extraterrestres¹⁵⁶. Los estudios reportan la parálisis del sueño como algo común en grupos de adultos: 40% en Japón, 37% en China, 41% en afro-americanos y 26% en Nigeria y de acuerdo a la cultura se tienen expresiones coloquiales para nombrar esta experiencia por ejemplo:

¹⁵⁴HINTON DE, PICH V, CHHEAN D, POLLACK MH. 'The ghost pushes you down': sleep paralysis-type panic attacks in a Khmer refugee population. *Transcult Psychiatry*. 2005 Mar;42(1):46-77.

¹⁵⁵CHEYNE JA, GIRARD TA. Spatial characteristics of hallucinations associated with sleep paralysis. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2004;9(4):281-300.

¹⁵⁶McNALLY RJ, CLANCY SA. Sleep paralysis, sexual abuse, and space alien abduction. *Transcult Psychiatry*. 2005 Mar;42(1):113-22.

Kanashibari, la opresión fantasma, la vieja, se me subió la bruja y se me subió el muerto¹⁵⁷.

La parálisis del sueño es una alteración en el sueño generalmente desconocida para la población, aunque se estima que ocurre por lo menos una vez en la vida en el 40-50% de los sujetos normales¹⁵⁸, y puede estar asociada a factores desencadenantes, como hábitos irregulares de sueño, estrés psicológico, privación de sueño o la posición al dormir¹⁵⁹, situaciones comunes en cuidadores de adultos mayores con EA.

Este fenómeno no es nuevo y hasta ha merecido ser plasmado en el arte como lo hizo Henry Fuseli, 1781 en su pintura "La pesadilla" donde plasma un espíritu que en la mitología Nórdica se decía que atormentaba y sofocaba a traviesas. Una morbosa opresión en el pecho durante la noche¹⁶⁰.



Figura 6-3: La pesadilla (The Nightmare). Fuseli, 1781

¹⁵⁷ JIMÉNEZ-GENCHI A, AVILA-RODRÍGUEZ VM, SÁNCHEZ-ROJAS F, TERREZ BE, NENCLARES-PORTOCARRERO A. Sleep paralysis in adolescents: the 'a dead body climbed on top of me' phenomenon in Mexico. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Aug;63(4):546-9.

¹⁵⁸ PÉREZ-PÉREZ H, PÉREZ-LORENSU PJ, DE JUAN-HERNÁNDEZ P. Hypnopompic sleep paralysis with hallucinations and exploding brain syndrome: an infrequent association. *Rev Neurol*. 2010 Aug 16;51(4):255-6.

¹⁵⁹ HUAMANÍ C, MARTÍNEZ A, MARTÍNEZ C Prevalencia y presentación de la parálisis del sueño en estudiantes de Medicina Humana de la UNMSM. *An Fac Med Lima*. 2006; 67(2):168-172.

¹⁶⁰ DEVON E. HINTON, DAVID J. HUFFORD, AND LAURENCE J. KIRMAYER Culture and Sleep Paralysis. *Transcultural Psychiatry*. 2005; 42:5-10.

Categoría: Cuento las pesadillas para que no se hagan realidad, o al menos eso dicen aunque si me acuerdo de ellas en el día me pongo pensativa...

“Boca arriba jamás puedo dormir, jamás me he dormido boca arriba, siempre duermo de medio lado....no no no no así no me gusta” **ESPERANZA.**

“Cuando tengo sueños feos, pienso que mal hice yo...algo malo hice yo...Dijo yo, pero después dijo son cosas de dios, pero cosas malas, malas...aunque no le pongo tiza...aunque los otros sueños si.... cuando sueño cosas bonitas me siento bien en el día.” **GLORIA.**

En todas las culturas ha sido instituido el uso social de los sueños, haciendo de esta experiencia individual una forma de comunicación no solo con el “otro mundo” sino también entre seres humanos, el contenido de los sueños y su interpretación traducen a menudo la posición cultural y social del soñador y donde la sociedad filtra los sueños y los ordena dándoles un significado para ser interpretados. Muchas culturas establecen una dependencia e incluso suponen una continuidad entre la vida nocturna y las actividades diurnas¹⁶¹, llevando a percibir y conceptualizar las continuidades, en lugar de discontinuidades, entre la vigilia y el sueño mismo donde los sueños son algunas veces representaciones de hechos traumáticos o estresantes¹⁶²; Para algunas culturas o religiones los sueños o las pesadillas son los mensajes premonitorios y prescriptivos un ejemplo es en la biblia donde Dios habla a través de los sueños *“La biblia lo dice Dios revela sus voluntad en sueños, mire a José o los reyes magos...vea las 7 vacas flacas y las 7 gordas, el tiempo de abundancia mas el tiempo se sequía, tal vez los sueños hay que saberlos interpretar, a veces uno es brutico y no entiende, no alcanza a comprender”* **MARISOL** o en la amenaza de muerte cuando no hay sueños, porque no soñar es signo de enfermedad grave. Quien no sueña es como si estuviera muerto, porque ha desaparecido con el sueño la prueba de la existencia de su alma¹⁶³ también los sueños son para ayudar, asistir o aconsejar al soñador¹⁶⁴. Culturalmente existen prácticas para

¹⁶¹Territorio y cultura del campo a la ciudad: últimas tendencias en teoría y método : memorias 1er Seminario Internacional sobre territorio y cultura, Manizales, Colombia, octubre de 1999. Editorial Abya Yala, 1999: 11-15.

¹⁶²HOLLAN D. The influence of culture on the experience and interpretation of disturbing dreams. *Cult Med Psychiatry*. 2009 Jun;33(2):313-22.

¹⁶³GARCIA GAVIDIA N, VALBUENA C. Cuando cambian los sueños. La cultura wayúu frente a las iglesias evangélicas. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*. 2004; 20(43):3-11.

¹⁶⁴BILHAUT, AG. ...Soñar, recordar y vivir con eso. *Estud. atacam*. 2003;26: 61-70.

contrarrestar el poder premonitorio de los sueños un ejemplo: soñar que una persona muere puede cumplirse si el sueño ha sido el viernes y el que lo sueña no lo cuenta¹⁶⁵. Las ideas y nociones asociadas a la interpretación de sueños, no son simples ni fragmentarias sino, muy al contrario, sólidas y coherentemente articuladas¹⁶⁶, que siguen las expectativas que rigen las relaciones en la vida cotidiana; y que pueden influir en la conducta de las personas¹⁶⁷. *“me levanto cansada de tanto soñar” MARISOL.* También se puede deducir como no alcanzar el sueño profundo llamado reparador se asocia a soñar toda la noche.

Categoría: Siempre he oído que uno debe dormir por lo regular ocho horas para que el cuerpo este bien me gustaría dormir más... lo normal.

“Pues yo siempre he oído que uno debe dormir por lo regular ocho horas para que el cuerpo este bien porque el cuerpo también necesita el descanso, yo duermo menos por ahí unas seis horas pues más o menos me descansan, me gustaría dormir mas... lo normal” DIANA.

La duración del sueño también es una necesidad percibida en los cuidadores, causa ansiedad el no poder completar la horas que se establecen como normales y adecuadas para el sueño, han aprendido de muchas fuentes informales incluyen la televisión que son ocho horas lo necesario, aunque cada persona debe establecer las necesidades propias de las horas de descanso.

Investigaciones del patrón de sueño han conducido a un creciente interés en relacionar las características del sueño con aspectos de la vida cotidiana, como el desempeño en las funciones cognitivas, laborales y académicas de las personas, Así, hay personas que duermen cinco horas o menos, otros que precisan más de nueve horas para encontrarse bien y, por último, la gran mayoría que duerme un promedio de siete a ocho horas. Por tanto, se puede hablar también de tres tipos de patrones de sueño: patrón de sueño corto, patrón de sueño largo y patrón de sueño intermedio, respectivamente. A éstos puede añadirse un cuarto grupo de sujetos con patrón de sueño variable, que se caracterizaría por la inconsistencia de sus hábitos de sueño. La razón de estas

¹⁶⁵RUIZ MORALES FC. Algunas expresiones de la muerte en la cultura popular tradicional Andaluza. Actas de las I^a jornadas de Religiosidad Popular: Almería.1996: 173-187.

¹⁶⁶NIÑO VARGAS JC. Oniromancia y perspectiva entre los ette del norte de Colombia. Maguaré. 2006. 20:13-38.

¹⁶⁷MORILLO ARAPÉ AJ, PAZ REVEROL CL. Los sueños y su importancia en el pronóstico y tratamiento de la vivienda de los wayuu en Venezuela. Gazeta de Antropología. 2008;24(2):1-15.

diferencias individuales en duración del sueño es desconocida sin embargo factores orgánicos, comportamentales donde las influencias endógenas pueden contribuir^{168 169 170} y donde cada persona debe satisfacer su cuota individual de sueño¹⁷², incluso las horas de sueño pueden reducirse a 5-6 horas sin consecuencias a nivel físico o psicosocial¹⁷³, además cantidad necesario de sueño para el descanso varía según la edad, así va de 12 a 16 horas en lactantes y recién nacidos, 10,5 horas en escolares y preescolares¹⁷⁴, 8 horas en adultos hasta un mínimo de 6 horas en los ancianos¹⁷⁵. Por tanto cada persona debe buscar el número de horas de sueño de acuerdo a su edad y sus necesidades.

Categoría: Yo me pongo a ver televisión y quedo dormida, el televisor es un somnífero

“Tengo la televisión también en mi cuarto, de pronto la televisión...pienso yo que es un somnífero, como que uno se está relajando y ahí caigo dormida, el televisor se queda prendido, se queda ahí oyendo el ruido...” ESPERANZA.

“A veces prendo el televisor para que me dé sueño, a veces unos programas bonitos, con paisajes de otras partes y me pongo a verlos y me quedo dormida, ya hace rato tengo el televisor en el cuarto” DIANA.

El uso de la televisión como rutina a la hora de dormir son un campo actual de investigación en el ámbito cultural y biológico, encontrándose que la mayoría de personas que ven televisión a la hora de dormir tiene asociado algún trastorno del sueño especialmente si el televisor se encuentra en el cuarto, lo cual disminuye el tiempo dedicado al sueño, riesgo de sobrepeso y cansancio en la mañana^{176 177 178 179}.

¹⁶⁸MIRÓ E, CANO-LOZANO MC, BUELA-CASAL G. Sueño y Calidad de Vida. Revista Colombiana de Psicología. 2005;14:11-27.

¹⁶⁹MIRÓ E., IÁÑEZ MA, CANO MC. Patrones, de sueño y salud. Revista Internacional de Psicología Clínica/International. 2002;2:301-326.

¹⁷⁰GRANDNER MA, DRUMMOND SP. Who are the long sleepers? Towards an understanding of the mortality relationship. Sleep Med Rev. 2007 Oct;11(5):341-60.

¹⁷¹MOGRASS MA, GUILLEM F, STICKGOLD R. Individual differences in face recognition memory: comparison among habitual short, average, and long sleepers. Behav Brain Res. 2010 Apr 2;208(2):576-83.

¹⁷²MIRÓ E., IÁÑEZ MA, CANO MC. Patrones, de sueño y salud. Revista Internacional de Psicología Clínica/International. 2002;2:301-326.

¹⁷³MIRÓ E, MARTINEZ P, ARRIAZA R. Influencia en la calidad y cantidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. Salud Mental. 2006; 29(2):30-37.

¹⁷⁴ALDANA, A, SAMUDIO D, GC, IRALA, E et al. Trastornos del sueño: prevalencia en población pediátrica en edad preescolar y escolar de área urbana. Pediatr. (Asunción).2006;33(1):20-25.

¹⁷⁵GONZALES DE RIVERA JL. Psicopatología del sueño. Focus on Psychiatry.1993;4:76-87.

¹⁷⁶ALDANA, A, SAMUDIO D, GC, IRALA, E et al. Trastornos del sueño: prevalencia en población pediátrica en edad preescolar y escolar de área urbana. Pediatr. (Asunción). 2006;33(1):20-25.

Culturalmente se ha establecido el televisor en el cuarto a varios factores familiares entre los que se encuentra, que sirve para ayudar a dormir y liberar el uso de los otros televisores que están en la casa para que los miembros de la familia puede ver sus programas¹⁸⁰, lo cual interfiere claramente con las rutinas en el sueño y el desarrollo natural de este.

Tabla 6-7: Patrón: Ahora uno se las ingenia para poder descansar, el dormir me cambio

Patrón: Ahora uno se las ingenia para poder descansar.

Descriptorios Culturales	Categorías	Patrón
<i>“Yo duermo acá y el duerme allá, cuando el necesita algo que lo arroje o alguna cosa, entonces él me golpea en la pared, y ahí mismo yo le escucho y me levanto y voy a ver...Ah él se me cayo varias veces y no me alcanza a subir a la cama cuando lo escuchaba ahí golpeando, con el no puedo dormir la movadera y molestadera en la noche me despiertan cada ratico.”</i>	Con él ya no puedo dormir	Ahora uno se las ingenia para poder descansar, el dormir me cambio
<i>“Por ejemplo dejo la luz prendida y pongo un reloj para que no me coja el sueño mucho, lo pongo para la hora que se le dan los remedios por ejemplo a las tres de la mañana, y no duermo por la angustia de que se le pase la hora del remedio, yo duermo y abro los ojos, duermo y abro los ojos, así se la paso uno que no duerme o no descansa y ya de la tres hasta la mañana siguiente si descansa uno.”</i>	Ahora dejo la luz prendida, para estar pendiente de lo que necesita y para que no me coja mucho el sueño	
<i>En el día duermo cuando estoy muy</i>	Yo digo déjenme dormir	

¹⁷⁷TIRADO ALTAMIRANO F, BARBANCHO CISNEROS FJ, HERNANDEZ LM, SANTOS VELASCO, J. Repercusión de los hábitos televisivos sobre la actividad física y el rendimiento escolar de los niños (I). Rev Cubana Enfermer. 2004;20(2):1-1.

¹⁷⁸JONES KE, OTTEN JJ, JOHNSON RK, HARVEY-BERINO JR. Removing the bedroom television set: a possible method for decreasing television viewing time in overweight and obese adults. Behav Modif. 2010 Jul;34(4):290-8.

¹⁷⁹ORTEGA FB, CHILLÓN P, RUIZ JR, DELGADO M, ALBERS U, ALVAREZ-GRANDA JL, MARCOS A, MORENO LA, CASTILLO MJ. Sleep patterns in Spanish adolescents: associations with TV watching and leisure-time physical activity. Eur J Appl Physiol. 2010 Oct;110(3):563-73. Epub 2010 Jun 17.

¹⁸⁰TAVERAS EM, HOHMAN KH, PRICE S, GORTMAKER SL, SONNEVILLE K. Televisions in the bedrooms of racial/ethnic minority children: how did they get there and how do we get them out? Clin Pediatr (Phila). 2009 Sep;48(7):715-719.

<p><i>cansada y eso me ayuda a descansar, me levanto divinamente....a veces me siento que a ver la novela. Que le dijo que dan en RCN, que se llama "cuando me enamoro", me quedo ahí sentada y me duermo, y a las 5 por ahí estoy despierta, y me pongo hacer las cosas que debo hacer".</i></p> <p><i>"Yo trato de descansar en el día, pues después de almuerzo y reposar me acuesto un ratico, pero hay veces que duermo un cuarto de hora y me levanto bien."</i></p>	<p>un cuarto de hora y vera que recupero sueño atrasado, anoche casi no pude pegar el ojo en toda la noche, y a esta hora me pesan los parpados.</p>	
--	--	--

Como se ha enunciado anteriormente los cuidadores de pacientes con Alzheimer experimentan serios trastornos y cambios en su hábito de sueño con las alteraciones propias a este fenómeno se presenta un agotamiento crónico que debe ser subsanado con diversas estrategias por parte de la persona cuidadora que recurre a prácticas que le generen seguridad, tranquilidad y disminuyan su ansiedad por descuidar a quien tienen a su cargo por el hecho de dormir, por ejemplo dormir con la luz encendida donde la luz tiene un efecto disipador de posibles peligros, así como, el mantener la luz prendida les permite tener más control del entorno y estar con una sensación de vigilancia y alerta, de igual manera, el tomar descansos o cortos periodos de sueño durante el día lo que culturalmente llamamos siesta, se convierten en una necesidad del cuidador que paulatinamente va adquiriendo la cualidad de hábito de cuidado del patrón de sueño.

Categoría: Con él ya no puedo dormir

*"Yo duermo acá y él duerme allá, cuando él necesita algo que lo arrope o alguna cosa, entonces él me golpea en la pared, y ahí mismo yo le escucho y me levanto y voy a ver...Ah él se me cayó varias veces y no me alcanza a subir a la cama cuando lo escuchaba ahí golpeando, con él no puedo dormir la movedera y molestadera en la noche me despiertan cada ratico" **DIANA.***

Figura 6-4: “entonces él me golpea en la pared, y ahí mismo yo le escucho y me levanto y voy a ver”. Tomada por el investigador enero de 2011



La alteraciones del sueño en una persona con demencia, hacen generalmente que los compañeros de cama se vayan a dormir a otra habitación puesto que esta alteraciones terminan afectado a quien los acompaña por situaciones como ronquidos, movimientos que suelen ser manotazos, puñetazos, patadas, y menos frecuentemente pueden dar mordiscos, saltar y caerse de la cama, levantarse, deambular por la habitación, salir corriendo por la casa y otros aspectos que pueden alterar el sueño como son gritar, gemir, sollozar, llorar, hablar (en la mayoría de las ocasiones el contenido no se entiende), decir o gritar palabrotas o expresiones soeces y en ocasiones incluso pueden reír o cantar, sin contar además a lo que lo que se refiere a olores que pueden también interferir con el bienestar que se necesita para dormir ^{181 182 183 184}, aunque es necesario indagar el significado social de co-lecho o la co-habitación y como fortalece las relaciones y estructuras sociales por ejemplo, familia, pareja, donde comúnmente se determina que

¹⁸¹CAMPOS EA. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5):1379-1387.

¹⁸²IRANZO A. El trastorno de conducta durante el sueño REM. Vigilia-Sueño. 2006;18(2):81-87.

¹⁸³ROSELL-ANTON. El ronquido enojo social. Seminario Medico. 2007; 59(1):13-35.

¹⁸⁴SHUA AM. La cama o la vida. Anales de Literatura Hispanoamericana. 2007; 36: 321-323.

duermen cerca y los valores fundamentales en torno a pertenencia, identidad, atención, y la intimidad que esto conlleva¹⁸⁵.

Categoría: Ahora dejo la luz prendida, para estar pendiente de lo que necesita y para que no me coja mucho el sueño

“Por ejemplo dejo la luz prendida y pongo un reloj para que no me coja el sueño mucho, lo pongo para la hora que se le dan los remedios por ejemplo a las tres de la mañana, y no duermo por la angustia de que se le pase la hora del remedio, yo duermo y abro los ojos, duermo y abro los ojos, así se la paso uno que no duerme o no descansa y ya de la tres hasta la mañana siguiente si descansa uno” GLORIA.

El sueño es un proceso complejo el cual puede estar afectado y condicionado por factores ambientales, el sueño es dinámico en que sucede una serie de procesos y etapas para lograr descansar y restaurar el ser humano física y mentalmente. El sueño implica una serie de procesos complejos fisiológicos y comportamentales como cerrar los ojos, adquirir una posición corporal y tranquilidad en la conducta.

Dentro del sueño, se han identificado dos estados independientes, no movimiento ocular rápido (no-MOR) y el de movimiento ocular rápido (MOR) fisiológicamente diferentes. En estado MOR, se suprime por completo el tono muscular, la atonía es la característica fundamental de este estado. A nivel cerebral, se evidencia un marcado incremento en el flujo sanguíneo, con lo cual se puede concluir que el sueño MOR es un proceso activo, donde también se ha establecido la asociación con las ensoñaciones¹⁸⁶.

Durante el sueño no-MOR se ha observado una reducción en la cantidad de sinapsis, por lo que la función del sueño no-MOR sería conservar una homeostasis sináptica¹⁸⁷, estos procesos ocurren con una alternancia cíclica, lo que sugiere no sólo un mecanismo compartido entre las especies, sino un significado funcional universal que debe ser mucho más complejo que el simple ahorro de energía¹⁸⁸.

¹⁸⁵WORTHMAN CM, BROWN RA. Companionable sleep: social regulation of sleep and cosleeping in Egyptian families. J Fam Psychol. 2007 Mar;21(1):124-35.

¹⁸⁶KALIA M. Neurobiology of sleep. Metabolism. 2006 Oct; 55(10 Suppl 2):S2-6.

¹⁸⁷DOLCI C, MONTARULI A, ROVEDA E, BARAJON I, VIZZOTTO L, GRASSI ZUCCONI G, CARANDENTE F. Circadian variations in expression of the trkB receptor in adult rat hippocampus. Brain Res. 2003 Dec 19; 994(1):67-72.

¹⁸⁸HODGSON LA. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. J Adv Nurs. 1991 Dec; 16(12):1503-10.

Estos procesos naturales en el sueño están afectados por factores ambientales como la luz puesto que esta es la más fuerte señal para la sincronización y estabilización de los ritmos circadianos en los seres humanos entre ellos el sueño-vigilia el cual se puede ver alterado si se recibe luz durante la noche con las implicaciones que esto trae a la arquitectura del sueño^{189 190 191}, La conexión entre la luz artificial y los trastornos del sueño es bastante intuitiva. Las dificultades para ajustar el reloj circadiano pueden dar lugar a diversos trastornos del sueño, incluyendo el trastorno del sueño por trabajo en turnos, que afecta a las personas que rotan turnos de trabajo o trabajan de noche, y el síndrome de la fase del sueño retrasada, en el cual las personas tienden a dormirse muy tarde en la noche y tienen dificultades para despertarse a tiempo para ir al trabajo, a la escuela o a sus compromisos sociales, además se ha encontrado una relación entre un elevado riesgo de cáncer de mama y la exposición a la luz artificial por las noches originado por las alteraciones en la secreción hormonal que esto conlleva¹⁹².

En nuestra investigación también se encontró que dormir con la luz encendida genera tranquilidad a la persona, por lo que se percibió un miedo innato a la oscuridad que es asociada a espíritus y donde la luz tiene un efecto disipador de estos entes como se evidenció en una de las entrevistas *“prendo la luz cuando estoy asustada”* **MARISOL**, además mantener la luz prendida les permite tener más control del entorno y estar con una sensación de vigilancia y alerta al saber donde tienen las cosas ubicadas y así actuar más rápidamente si presenta alguna situación con la persona a su cuidado, sin hacer conciencia de los efectos negativos que pueden conllevar esta práctica a su salud y las alteraciones de sueño.

¹⁸⁹SHOCHAT T, MARTIN J, MARLER M, ANCOLI-ISRAEL S. Illumination levels in nursing home patients: effects on sleep and activity rhythms. *J Sleep Res.* 2000 Dec;9(4):373-9.

¹⁹⁰DOLJANSKY JT, KANNETY H, DAGAN Y. Working under daylight intensity lamp: an occupational risk for developing circadian rhythm sleep disorder? *Chronobiol Int.* 2005;22(3):597-605.

¹⁹¹CHANG AM, SCHEER FA, CZEISLER CA. The Human Circadian System Adapts to Prior Photic History. *J Physiol.* 2011 Jan 10. [Epub ahead of print]

¹⁹²CHEPESIUK R. Extrañando la oscuridad: los efectos de la contaminación lumínica sobre la salud. *Salud pública Méx.* 2010;52(5):470-477.

Categoría: Yo digo déjenme dormir un cuartico de hora y vera que recupero sueño atrasado, anoche casi no pude pegar el ojo en toda la noche, y a esta hora me pesan los parpados.

“En el día duermo cuando estoy muy cansada y eso me ayuda a descansar, me levanto divinamente....a veces me siento que a ver la novela. Que le dijo que dan en RCN, que se llama “cuando me enamoro”, me quedo ahí sentada y me duermo, y a las 5 por ahí estoy despierta, y me pongo hacer las cosas que debo hacer” **ESPERANZA.**

“Yo trato de descansar en el día, pues después de almuerzo y reposar me acuesto un ratico, pero hay veces que duermo un cuarto de hora y me levanto bien.” **DIANA.**

Una práctica de cuidado popular que se encontró en nuestra investigación fue el uso de la siesta como medio de compensación hacia la falta de sueño en la noche una práctica común en numerosas cultural y donde recientes estudios experimentales han mostrado favorables efectos de las siestas breves sobre el estado de alerta y el rendimiento cognitivo, aunque por otra parte, se sabe que las siestas largas también puede tener efectos negativos sobre el sueño nocturno, tales como el inicio del sueño y la calidad del sueño y la cantidad¹⁹³. Generalmente la siesta obedece a compensar la deuda de sueño¹⁹⁴, en la tarde se puede presentar un nuevo episodio de somnolencia fisiológica, durante el cual frecuentemente se toma la siesta. Se reporta que siestas entre diez y cuarenta minutos disminuyen el cansancio cerebral y físico durante el día, aumentan la productividad, disminuyen el estrés y reducen la saturación mental. Las siestas refuerzan la memoria y la concentración, ya que permiten reiniciar un ciclo cerebral de actividad en una forma más relajada, dando una sensación de bienestar. Sin embargo, ésta no debe ser prolongada e, idealmente, no más de una al día en el adulto, puesto que puede alterar el patrón normal de sueño^{195 196 197}.

¹⁹³LIU X, LIU L, OWENS JA, KAPLAN DL. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics*. 2005 Jan;115(1 Suppl):241-9.

¹⁹⁴LUCCHESI LM, PRADELLA-HALLINAN M, LUCCHESI M, MORAES WA. Sleep in psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(Suppl 1):27-32.

¹⁹⁵CHICA-URZOLA HL, ESCOBAR-CORDOBA F, ECHEVERRY-CHABUR J. Clinical Evaluation of Hypersomnia. *rev.colomb.psiquiatr.*, Jan./Mar. 2004, vol.33, no.1, p.45-63.

¹⁹⁶MARÍN AGUDELO HA, VINACCIA S. Contribuciones desde la medicina comportamental del sueño al manejo de la somnolencia excesiva diurna. 2005; 15:95-116.

¹⁹⁷MIRO E, CANO-LOZANO MC, BUELA-CASAL G. Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*. 2005;14:11-27.

Tabla No 8. Patrón: las costumbres para dormir y levantarse nunca debe dejarse de lado...así me enseñaron desde pequeña para estar bien a todas horas.

Tabla 6-8: Patrón: las costumbres para dormir y levantarse nunca debe dejarse de lado...así me enseñaron desde pequeña para estar bien a todas horas.

Patrón: Las costumbres para dormir y levantarse nunca debe dejarse de lado...así me enseñaron desde pequeña para estar bien a todas horas.

Descriptores Culturales	Categorías	Patrón
<p><i>“el tendido de cama, la sabana y la sobresabana también influyen, cada ocho días cambio mis sabanas, porque no se, cuando uno duerme toda la semana piensa que esas sabanas, como que uno ya durmió lo suficiente en esas sabanas,... Principalmente tender la cama en la mañana porque no me gusta ver el desorden de la cama, no me gusta ver mi cama desordenada y a mi esposo tampoco, cuando yo la arreglo me siento muy bien, ver mi cama tendida y bonita, si la dejo destendida en un desorden muy feo....cuando me acuesto en la cama destendida no se siente lo mismo, todo esto me lo enseñó por parte de mi papa,”</i></p> <p><i>“hasta le puede ir a uno mal en el día porque hay malas energías, llega lo malo a la cama, hay que coger las cobijas una por una y sacudirla bien, sacudir bien la sabana, la sobresabana porque hay que sacar todas esa energías de la noche”</i></p>	<p>Me levanto y tiendo la cama, una cama bien arreglada aleja las malas energías.</p>	<p>Las costumbres para dormir y levantarse nunca debe dejarse de lado...así me enseñaron desde pequeña para estar bien a todas horas.</p>
<p><i>“La pijama es importantísimo para dormir porque uno descansa mas, esta uno como mas sueltico, yo uso mucho la batuca, de vez en cuando me pongo pantaloncito y el saquito, me gustan colores así como rosadito que no sean muy fuertes, no me gusta que lleven rojo, colores encendido. Nunca me he acostado con la ropa que tenía en el día, yo por mas cansada que este, me quito lo</i></p>	<p>Busco la comodidad para dormir bien, una pijama bien suavcita, pero la pijama solo es para la noche, si se deja de día es sinónimo de pereza y enfermedad.</p>	

<p>que tenga puesto y me pongo una pijamita suavecita para dormir”</p> <p>“Me parece que uno si se deja la pijama de día, se ve mal casada (risas) toda abandonada”</p>		
<p>“Cuando dijo ya que me voy a dormir le digo a Diosito, también lo hago porque uno nunca sabe si se acuesta y no se va levantar más, pienso que de pronto yo me acuesto y hasta ahí fue, de pronto que yo me acosté y me dormí y ahí quede dormida, que ahí me voy a ir al otro mundo, de un tiempo para acá la he cogido....entre la oración siempre pido perdón a Dios por si lo ofendí en el día, si hice algo que hice que no estaba bien, pero casi todos los días la hago.....siempre he buscado la oración, la comunicación con Dios.”</p> <p>“Cuando yo me acuesto me encomiendo a Dios....pido perdón tal vez de las travesuras que hecho en el día y hay Diosito sabrá....si me despierta o no me despierta, porque puede que uno quede directo mijito y se encuentre con San Pedro....de pronto...cuanta gente se duerme y no amanece”</p>	<p>Al acostarme me encomiendo a Dios y le pido perdón por lo que pude hacer malo en el día... por si me muero. También para que me mande sueños bonitos.</p>	
<p>“También es muy importante bañarse los dientes, yo tengo prótesis, yo me las dejo para dormir pero realmente es muy bueno bañarse la boca, porque en un momento es maluco el aliento, es incómoda”.</p>	<p>Antes de dormir es importante lavarse los dientes y orinar, para no estar incomodo.</p>	
<p>“Casi siempre duermo como usted ve mi cama, aunque el me dice que me pase al cuarto con él, pero en ese cuarto casi no puedo dormir por la luz, por lo que allá queda una lámpara en el poste, entonces la luz me molesta”.</p> <p>“En el cuarto de fondo descansa uno mucho porque lo primero el ruido de los buses, que empiezan desde la cuatro de la mañana a sacarlos, entonces el ruido y por la música que a veces llegan en los</p>	<p>Para dormir bien mi mamá nos acostumbro a dormir en alcoba desocupada arreglada, en silencio porque el espíritu sale y en el desorden el espíritu se enreda y por eso uno se levanta cansada.</p>	

<p>buses y se ponen a tomar, entonces yo prefiero al fondo”.</p> <p>“Para dormir bien, mi mama nos acostumbro a dormir, en una alcoba desocupada, arreglada...he oído que uno cuando duerme el espíritu sale y que en el desorden el espíritu se enreda y entonces esa es la causa que uno se levante cansada”.</p>		
<p>“Casi siempre duermo como usted ve mi cama, aunque el me dice que me pase al cuarto con él, pero en ese cuarto casi no puedo dormir por la luz, por lo que allá queda una lámpara en el poste, entonces la luz me molesta”</p>	<p>Para dormir bien mi mamá nos acostumbro a dormir en alcoba desocupada arreglada, en silencio porque el espíritu sale y en el desorden el espíritu se enreda y por eso uno se levanta cansada.</p>	
<p>“En la noche digamos no como así comida arroz y papas y todo eso porque uno ya se acostumbra, eso ya es una costumbre...yo como muy poquito en la noche me como por hay un chocolate, un café y un sanduche o pan, pero yo comida asi de noche no, pues me siente con el estomago pesado cuando como de noche, es como cuando uno almuerza, esa es otra; a mí me pasa, cuando uno almuerza y enseguida se acuesta se siente mal, a mi me dan agrieras, siento el almuerzo en la garganta, que ya como que se me va a devolver, siento uno malestar porque a mí me ha pasado, no se la otras personas como será la reacción, pero a mi si me afecta.”</p> <p>“Para acostarnos no comemos, tomamos una agua de panela, un café...algo suavecito, porque uno se acuesta y empieza a tener pesadillas o enfermo del estomago, o yo como y se alborota la gastritis, empiezo con la gastritis entonces después de las siete de la noche, a las cinco de la tarde yo me tomo un café, alquito suave...una agua de panela o una aromática... Hay personas</p>	<p>Ya es una costumbre comer poquito y suave en la noche, para evitar pesadillas, agrieras, enfermarse y engordarse.</p>	

<p><i>que se enferman y no se dan cuenta que comer de noche es malo, comen y se acuestan, que se puede esperar que se engorden y se enfermen, siempre les cae pesada la comida.”</i></p>		
<p><i>Por la noche cuando yo me siento muy nerviosa, yo me traigo unas hierbitas, sobre todo la buena... buena cuando uno sufre de nervios y para descansar el toronjil y el cidron, pero el cidron tiene una cosa que es que da mucha orinadera, pero si se puede un poquito de cada uno.”</i></p> <p><i>“Yo tomo bastante tinto pero solo en el día, por ahí a las 4 o 5 me tomo el ultimo tinto, después de esa hora no lo recibo, porque una vez me dieron y el estomago como que no me lo admite, no puedo dormir bien me da un malestar”</i></p>	<p>Tomo bastante tinto pero solo en el día para estar activa pero en la noche son mejores las agüitas que tranquilizan.</p>	
<p><i>“Porque imagínese que hacemos ambos en la cama, eso sería terrible, si porque la cama enferma,...la cama de día enferma....yo siempre he escuchado que si uno esta enfermo y se queda en la cama se enferma mas, la cama lo enferma mas, en cambio uno si se levanta y hace una actividad o algo, porque así me pasa a mi también, aunque sea limpia el piso o barre como que se le despeja a uno la mente y como que le da a uno ganas de seguir viviendo..(risas)...si la cama solo sirve para dormir de noche, la noche es para descansar y el día para hacer lo que uno tiene que hacer...he escuchado por ahí y uno mismo se da cuenta la reacción que uno tiene cuando se está ahí acostado, como que más se enferma, como que se siente uno más alicaído, no le da a uno deseos de nada, en cambio uno se levanta y ya como que activo, por ejemplo con la gripa, si uno se queda acostado le hace cama a la gripa y uno se levanta como que los poros se le abren, se le despierta todo”.</i></p>	<p>Mi Dios nos dio el día para hacer todos los trabajos y aprovechar la luz...y por la noche ya es para descansar de todo lo que hace uno, además la cama solo sirve para dormir de noche, de día enferma.</p>	

<p><i>“Mi Dios nos dio el día para hacer todos los trabajos y aprovechar el día...y por la noche ya es para descansar de todo lo que hace uno en el día, el trabajo”</i></p>		
--	--	--

Categoría: Me levanto y tiendo la cama, una cama bien arreglada aleja las malas energías.

*“el tendido de cama, la sabana y la sobresabana también influyen, cada ocho días cambio mis sabanas, porque no se, cuando uno duerme toda la semana piensa que esas sabanas, como que uno ya durmió lo suficiente en esas sabanas,... Principalmente tender la cama en la mañana porque no me gusta ver el desorden de la cama, no me gusta ver mi cama desordenada y a mi esposo tampoco, cuando yo la arreglo me siento muy bien, ver mi cama tendida y bonita, si la dejo destendida en un desorden muy feo...cuando me acuesto en la cama destendida no se siente lo mismo, todo esto me lo enseñó por parte de mi papa,” **ESPERANZA.***

*“hasta le puede ir a uno mal en el día porque hay malas energías, llega lo malo a la cama, hay que coger las cobijas una por una y sacudirla bien, sacudir bien la sabana, la sobresabana porque hay que sacar todas esa energías de la noche” **MARISOL.***

Se evidencia que empezar el día con una rutina como es levantarse y tender la cama, los libera de preocupaciones y empiezan a hacer sus actividades cotidianas en orden, lo que les permite organizar y “programar su día” y no preocuparse de que “en la noche va a estar cansados” para organizar su habitación porque a veces llegan tan cansados que se acuestan “como caiga” y refieren que acostarse en una cama destendida ocasiona algunas veces pasar “mala noche”, refieren con varias frases el hecho de organizar la cama como es “tender la cama”, “hacer la cama”, del igual manera se ve como un acto de generosidad, cuidado y muestra de afecto para sí mismo como para su familiar enfermo, además la disposición y orientación de la cama puede influir en la vida de manera positiva o negativa como ejemplo de esta práctica se tiene que algunas culturas españolas los pies no deben estar orientados hacia la puerta de la habitación (evoca el salir “con los pies por delante”), además la cama debe colocarse en sentido transversal a

la vigas del techo del dormitorio, esta es hecho para alejar la muerte y si no se hace se puede evocarla¹⁹⁸.

Descriptor Cultural “Siempre me gusta ver la cama así yo no le tengo ningún agujero, no se pero no me gusta verla como así (orientando los pies hacia la puerta), pues no se que será pero nunca me gusta una cama que vaya como de salida hacia la puerta, no sé por qué.” **GLORIA.**

Esta práctica se relaciona con el aspecto de tranquilidad y paz que da un cuarto ordenado y cómodo por tanto esto se asocia a un placentero y adecuado descanso, de igual manera son hábitos que se establecen desde la niñez y se asocian con lo que está bien para dormir^{199 200}, cuando mencionan “Porque yo estoy acostumbrada desde muy niña a ponerme puede ser una batica...eso me lo enseñó mis papas, mi mamá” **ESPERANZA.** Hábitos y prácticas culturales transmitidas en varias generaciones “tender la cama...algo que mi hija jamás entro en razón, -que la cama tan pronto se levanta uno se tiende por o sino quedan malas energía en la cama- eso decía mi mamá” **MARISOL.**

Categoría: Busco la comodidad para dormir bien, una pijama bien suavecita, pero la pijama solo es para la noche, si se deja de día es sinónimo de pereza y enfermedad.

“La pijama es importantísimo para dormir porque uno descansa mas, esta uno como mas sueltico, yo uso mucho la batica, de vez en cuando me pongo pantaloncito y el saquito, me gustan colores así como rosadito que no sean muy fuertes, no me gusta que lleven rojo, colores encendido. Nunca me he acostado con la ropa que tenía en el día, yo por mas cansada que este, me quito lo que tenga puesto y me pongo una pijamita suavecita para dormir” **GLORIA.**

“Me parece que uno si se deja la pijama de día, se ve mal casada (risas) toda abandonada”. **MARISOL.**

Como factores indispensables para un buen dormir es la ropa de dormir que además de ser cómoda la relacionan con la limpieza y donde se deja atrás el día y la suciedad que

¹⁹⁸RUIZ MORALES FC. Algunas expresiones de la muerte en la cultura popular tradicional Andaluza. Actas de las Iª jornadas de Religiosidad Popular: Almería.1996: 173-187.

¹⁹⁹VILLÓ SIREROL I, KHEIRI AMIN T, MORA RODRÍGUEZ C, SAUCEDO FRUTOS M, PRIETO Y. Hábitos del sueño en niños. Anales de Pediatría. 2002; 57(2):127-30.

²⁰⁰OWENS JA. Introduction: Culture and sleep in children. Pediatrics. 2005 Jan;115(1 Suppl):201-203.

se trae con la ropa de calle que puede traer enfermedades para dar inicio al ritual de descanso²⁰¹ ²⁰². La pijama y el tendido de cama es importante en la sensación de bienestar y comodidad que se asocia con una temperatura adecuada y la sensación de libertad a la hora de dormir, se denomina pijama a la ropa que se usa para dormir y es generalmente de un material cómodo como algodón o seda y de una confección amplia y holgada²⁰³, se recomienda para un adecuado descanso una habitación fresca al igual que el uso de sábanas y pijamas de algodón, también ayuda tomar un baño tibio una hora antes de acostarse²⁰⁴. *“me gusta dormir cómoda para poder descansar” DIANA, “no puedo dormir con la ropa que me puse en el día porque en la calle hay muchas bacterias y las trae uno a la cama o si me quedo por encima de las cobijas con la ropa que tengo puesta, duermo mal” MARISOL.*

Categoría: Al acostarme me encomiendo a Dios y le pido perdón por lo que pude hacer malo en el día... por si me muere. También para que me mande sueños bonitos.

“Cuando dije ya que me voy a dormir le digo a Diosito, también lo hago porque uno nunca sabe si se acuesta y no se va levantar más, pienso que de pronto yo me acuesto y hasta ahí fue, de pronto que yo me acosté y me dormí y ahí quede dormida, que ahí me voy a ir al otro mundo, de un tiempo para acá la he cogido....entre la oración siempre pido perdón a Dios por si lo ofendí en el día, si hice algo que hice que no estaba bien.”
ESPERANZA.

“Cuando yo me acuesto me encomiendo a Dios....pido perdón tal vez de las travesuras que hecho en el día y hay Diosito sabrá....si me despierta o no me despierta, porque puede que uno quede directo mijito y se encuentre con San Pedro....de pronto...cuanta gente se duerme y no amanece”. MARISOL.

Parte importante del ritual para iniciar el sueño, es la oración la cual tiene un papel importante como medio para agradecer a una fuerza superior el día que se tuvo, reconciliarse con Dios para poder tener la conciencia tranquila y así dormir bien. Además se asocia el estado del sueño con un estado de indefensión en el cual es necesario pedir

²⁰¹LOZANO JA. Clasificación, prevención y tratamiento del insomnio. 2005. Offarm: Farmacia y Sociedad; Mar; 22 (3):84-89.

²⁰²NUNES ML. Sleep disorders. J. Pediatr. (Rio J.). 2002;78(suppl):63-72 .

²⁰³HAENSCH D. Anglicismos en el español de América. Estudios de lingüística. 2005: 19; 243-252.

²⁰⁴ESCOBAR-CORDOBA F, CHICA-URZOLA HL, CUEVAS-CENDALES F. Sleep disorders related to the female menopause and their treatment. Rev Colomb Obstet Ginecol, Apr./June 2008: 59(2):131-139.

la protección divina. La oración es un ritual personal por tanto prefieren hacerlo en privado en este caso en la intimidad y tranquilidad que da el dormitorio la noche minutos antes de dormir parece el momento del día que tiene todas las cualidades que hacen que la práctica de la oración sea cómoda, ya el día terminó y se puede dar gracias y alabar la paz y las bendiciones recibidas. Además, es el momento de mayor intimidad y reserva, cuando se puede estar solo y concentrado en la oración²⁰⁵.

Una encuesta en Estados Unidos realizada en diferentes grupo culturales y raciales evidenció el hábito de rezar antes de dormir como una práctica en donde los afroamericanos suelen rezar o hacer otra actividad religiosa antes de dormir en un 75%, seguidos de los hispanos y blancos (45% y 32%, respectivamente) y con los asiáticos (18%)²⁰⁶. El ritual de la oración antes de dormir también se aprende en la infancia y algunas veces los cuentos de literatura infantil exhortan esta práctica cultural, como se ve en el cuento Juan sin miedo, después de que el oso le dijera que era muy peligroso entrar en aquel lugar: "Juan entró en el castillo y, después de rezar sus oraciones (mensaje claro dirigido a los niños, que deben rezar antes de dormir), se tendió a dormir sobre un montón de paja."²⁰⁷. Siendo muy común y de gran importancia en las familias católicas rezar el rosario todos los días antes dormir²⁰⁸ y enseñar a los niños a rezar o pedir la bendición minutos antes de dormir como parte de su cotidianidad²⁰⁹ y se conserva esta práctica en los ancianos por la creencia en que el espíritu se desprende del cuerpo durante el sueño, sometiendo a la persona a un contacto espiritual inusual y arriesgada²¹⁰, además orar sirve para buscar la comodidad y la protección contra de sueños inquietantes y pesadillas²¹¹. Los participantes manifestaron esta práctica de la siguiente manera "es como dicen en el minuto de Dios, gracias por el día que paso y la noche que llega" "gracias Dios porque me diste otro día de vida".

²⁰⁵REESINK ML. "Rogai por nós": a prece no catolicismo brasileiro à luz do pensamento maussiano. *Relig. soc.* 2009; 29(2):29-57.

²⁰⁶African-Americans Report the Busiest Bedtime Routines. 2010. Disponible en: <http://www.sleepfoundation.org/es/node/2078>

²⁰⁷MARTÍN DE DORIA C. ¿Juan Sin Miedo o Giovannin Senza Paura? ¿Lo Sciocco Senza Paura o el mozo que quería aprender lo que es el miedo? ¿Escoger o contrastar?. *Espéculo. Revista de estudios literarios. Universidad Complutense de Madrid.* 2002. 20(8).

²⁰⁸ALDANA RENDÓN M. Jalisco-Sonora. Dos caminos distintos hacia la Revolución mexicana. *Espiral.* 2004; 10(30):139-182.

²⁰⁹PIRES F. O que as crianças pequenas pensam sobre religião – reflexões a partir do trabalho de campo em Catingueira/ PB ("What do small children think about religion – reflections drawn from a fieldwork research in Catingueira/ Paraíba/ Brazil"). *Encontros do Religare (UFPB).* 2008;4:45-58.

²¹⁰LEWGOY B. *Etnografía da leitura num grupo de estudos espírita.* *Horiz. antropol.* 2004; 10(22):255-282.

²¹¹HOLLAN D. The influence of culture on the experience and interpretation of disturbing dreams. *Cult Med Psychiatry.* 2009 Jun;33(2):313-22.

Para cualquier animal, el sueño es un momento de peligro²¹², porque hay una disminución en la capacidad para responder a los estímulos externos²¹³ hay una cesación de la conciencia y por tanto es necesario crear un ambiente de seguridad para iniciar el sueño y un periodo largo de sueño²¹⁴, por eso es necesario que una fuerza superior vele y los proteja durante el sueño, a través del uso de imágenes religiosas en el dormitorio y frases como “Dios me vela el sueño” “Dios me protege mientras duermo para que no me pase nada malo a mí ni a mi familia” “me pongo en manos del señor mientras duermo” “me da miedo que me acueste y ya no me despierte” “uno se duerme y no sabe qué puede pasar” “mientras duermo los santos nos protegen de todo mal y peligro” “Rezo para que Dios proteja a mí y a mi familia en las noches”. El ser humano tiende a buscar protección en los momentos de peligro acudiendo a la participación directa de seres sobrenaturales y poderosos, especialmente la Virgen y Jesucristo y secundariamente los Santos, por consiguiente, la devoción a las imágenes religiosas nace de la consideración de que éstas tienen poderes para intervenir favorablemente en las necesidades de las personas que les son devotas²¹⁵.

²¹²CAMARA CONDE N, CARRETERO ROMÁN J, GARCÍA POZO A, MENÉNDEZ RUBIERA M, SÁNCHEZ ALFONSO J, SEKADE GUTIÉRREZ N. Intervención de la enfermera especialista en salud mental para la prevención de trastornos de sueño por hábitos incorrectos del lactante. NURE Inv.2009; 6 (42):

²¹³PROSPERO-GARCÍA O, DRUCKER-COLIN R. Control neural del ciclo vigilia sueño: mecanismos neurofisiológicos y neuroquímicos. Factores inductores del sueño. In Ramos-Platón, MJ, ed. Sueño y procesos cognitivos. Madrid: Síntesis; 1996:31-60.

²¹⁴DAHL RE, EL-SHEIKH M. Considering sleep in a family context: introduction to the special issue. J Fam Psychol. 2007 Mar;21(1):1-3.

²¹⁵CASTILLO FRANCO, A y MALDE CONDE, M^aA. Religious iconography in the rooms of hospitalization. Index Enferm. 2006; 15(55):18-21.

Figura 6-5: “Yo tengo el Sagrado Corazón, la Virgen del Carmen, el Santo Cristo...yo me acojo a ellos”. Tomada por el investigador diciembre de 2010



Figura 6-6: “al acostarme, encomiendo a mi familia...a mis hijos y me encomiendo yo, me pongo en manos de Dios”. Tomada por el investigador diciembre de 2010



Categoría: Antes de dormir es importante lavarse los dientes y orinar, para no estar incomoda.

“También es muy importante bañarse los dientes, yo tengo prótesis, yo me las dejo para dormir pero realmente es muy bueno bañarse la boca, porque en un momento es maluco el aliento, es incomodo”. **ESPERANZA.**

Otras prácticas que se realizar en el ritual antes de dormir importantes son cepillarse los dientes y orinar. La producción de hormona antidiurética se caracteriza por un ritmo circadiano en que esta aumenta significativamente a partir de las 20 horas del día y desciende en la madrugada. El flujo de orina disminuye en la noche por dicha razón²¹⁶, aunque con en las personas de edad avanzada, generalmente, la producción de orina en 24 horas es normal pero el ritmo circadiano de la diuresis se modifica de modo que se

²¹⁶RODRÍGUEZ SILVA E; DELUCCHI MA, CANO SCHUFFENEGER F; WOLFF PEÑA E. Acetato de desmopresina en niños enuréticos resistentes a terapias convencionales. Rev. chil. Pediatr. 2005;66(3):136-139.

origina un aumento en la producción nocturna de orina (el volumen de orina durante la noche puede ser igual que el producido durante el día o incluso mayor)²¹⁷, con lo cual la necesidad de orinar en la noche interfiere con un sueño continuo por el aumento en los despertares²¹⁸. Cepillarse los dientes especialmente en la noche es un hábito que se forma desde la niñez y el momento más importante del cepillado es antes de ir a dormir, puesto que la actividad bacteriana es mayor, y el flujo de saliva menor²¹⁹.

Categoría: Para dormir bien mi mamá nos acostumbro a dormir en alcoba desocupada arreglada, en silencio porque el espíritu sale y en el desorden el espíritu se enreda y por eso uno se levanta cansada.

“Casi siempre duermo como usted ve mi cama, aunque él me dice que me pase al cuarto con él, pero en ese cuarto casi no puedo dormir por la luz, por lo que allá queda una lámpara en el poste, entonces la luz me molesta” DIANA.

“En el cuarto de fondo descansa uno mucho porque lo primero el ruido de los buses, que empiezan desde la cuatro de la mañana a sacarlos, entonces el ruido y por la música que a veces llegan en los buses y se ponen a tomar, entonces yo prefiero al fondo.” GLORIA.

“Para dormir bien, mi mamá nos acostumbro a dormir, en una alcoba desocupada, arreglada....he oído que uno cuando duerme el espíritu sale y que en el desorden el espíritu se enreda y entonces esa es la causa que uno se levante cansada”. MARISOL.

El dormitorio se considera un ambiente de total privacidad y destinado en al descanso y fue formado como consecuencias de transformaciones económicas, sociales y las costumbres principalmente después del siglo XVII, donde antes el dormitorio era exclusivo de la nobleza, mientras que en la clase media los dormitorios se ubicaban en una esquina del único ambiente con que contaba el hogar, sin ningún tipo de separación e intimidad, evolucionando de una habitación comunal a un lugar privado²²⁰. Actualmente el dormitorio es un lugar de descanso que debe estar alejado del ruido y de las zonas

²¹⁷HERNANDEZ FERNANDEZ C. Importancia de la nocturia y su impacto en la calidad del sueño y en la calidad de vida en el paciente con hiperplasia benigna de próstata. Actas Urol Esp. 2007; 31(3): 262-269.

²¹⁸NOMBELA C, SÁNCHEZ-GASCÓN F. MALIÁ D, ROS JA, CASTELL P, JIMÉNEZ,J. Menopausia y sueño. 2004; 4:1-10.

²¹⁹FERNANDEZ AMEZAGA, J. y ROSANES GONZALEZ, R.. Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Medifam. 2002;12(1):46-57.

²²⁰VIZCARRA ESCOBAR D. Evolución histórica de los métodos de investigación en los trastornos del sueño. Rev Med Hered. 2000; 11(4): 136-143.

públicas de la casa²²¹, donde se debe propiciar un ambiente el ambiente para producir comodidad e inducir el descanso y el sueño por ejemplo limpia, ventilada, con una iluminación adecuada²²² y sin relojes (despertar y mirar la hora puede generar ansiedad y mayor alerta)²²³.

Categoría: Ya es una costumbre comer poquito y suave en la noche, para evitar pesadillas, agrieras, enfermarse y engordarse.

“en la noche digamos no como así comida arroz y papas y todo eso porque uno ya se acostumbra, eso ya es una costumbre...yo como muy poquito en la noche, pero yo comida así de noche no, pues me siente con el estomago pesado cuando como de noche, es como cuando uno almuerza, esa es otra; a mí me pasa, cuando uno almuerza y enseguida se acuesta se siente mal, a mi me dan agrieras, siento el almuerzo en la garganta, que ya como que se me va a devolver, siente uno malestar porque a mí me ha pasado, no se la otras personas como será la reacción, pero a mí si me afecta.” DIANA.

“Para acostarnos no comemos, tomamos una agua de panela, un café...algo suavcito, porque uno se acuesta y empieza a tener pesadillas o enfermo del estomago, o yo como y se alborota la gastritis, empiezo con la gastritis entonces después de las siete de la noche, a las cinco de la tarde yo me tomo un café, alquito suave...una agua de panela o una aromática... Hay personas que se enferman y no se dan cuenta que comer de noche es malo, comen y se acuestan, que se puede esperar que se engorden y se enfermen, siempre les cae pesada la comida.” GLORIA.

Debido a que el cuerpo humano está programado para la actividad durante el día y la recuperación durante la noche, un patrón de alimentación que corresponde a este programa de actividades²²⁴, puesto que la tolerancia a la glucosa disminuye en las horas de la tarde y noche debido a la resistencia a la insulina por la noche, lo mismo sucede con los lípidos, los cuales se ha reportado que tiene una influencia en la duración del

²²¹WIESENFELD, E (comp). (1994) Contribuciones iberoamericanas a la psicología ambiental. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades. Caracas. Venezuela.

²²²FERNÁNDEZ CONDE A, VÁZQUEZ SÁNCHEZ E. El sueño en el anciano. Atención de enfermería. Enfermería Global. 2007;10: 1-17.

²²³JIMÉNEZ-GENCHI A, DÍAZ MA. El insomnio en la práctica médica. Rev Fac Med UNAM. 2000;43(2): 46-48.

²²⁴HOLMBÄCK U, LOWDEN A, AKERFELDT T, LENNERNÄS M, HAMBRAEUS L, FORSLUND J, AKERSTEDT T, STRIDSBERG M, FORSLUND A. The human body may buffer small differences in meal size and timing during a 24-h wake period provided energy balance is maintained. J Nutr. 2003 Sep;133(9):2748-55.

sueño²²⁵. Además comer en grandes porciones en las horas cercanas a acostarse aumenta la posibilidad de sufrir de reflujo gastroesofágico por tanto se recomienda no acostarse por lo menos 2 a 3 horas después de comer^{226 227}.

Sin embargo comer antes de dormir no engorda, ingerir alimento antes de dormir altera procesos del sueño como su duración haciéndolo más corto y por tanto aumentando el estado de vigilia asociado con comportamientos de riesgo nutricional como el aumento en la frecuencia en la ingesta de comida y el sedentarismo promoviendo el aumento de peso y la obesidad²²⁸. Una buena noche de sueño es importante para la estabilidad del cuerpo, del peso y la salud general, el sueño es una de las actividades más sedentaria sin embargo actúa como un control natural para el apetito dando una sensación de saciedad mientras se duerme²²⁹.

Categoría: Tomo bastante tinto pero solo en el día para estar activa pero en la noche son mejores las agüitas que tranquilizan.

*“Por la noche cuando yo me siento muy nerviosa, yo me traigo unas hierbitas, sobre todo la buena... buena cuando uno sufre de nervios y para descansar el toronjil y el cidron, pero el cidron tiene una cosa que es que da mucha orinadera, pero si se puede un poquito de cada uno.” **ESPERANZA.***

*“Yo tomo bastante tinto pero solo en el día, por ahí a las 4 o 5 me tomo el ultimo tinto, después de esa hora no lo recibo, porque una vez me dieron y el estomago como que no me lo admite, no puedo dormir bien me da un malestar” **GLORIA.***

La cafeína ha sido consumida durante siglos y de uso universal²³⁰, puede considerarse un fármaco, un nutriente y una droga de abuso, todo depende de cómo, cuánto y cuándo se use, está claramente demostrado que el consumo de cafeína provoca alteraciones del sueño: aumento de la latencia, despertares nocturnos, reducción del sueño de ondas

²²⁵MORGAN L, HAMPTON S, GIBBS M, ARENDT J. Circadian aspects of postprandial metabolism. Chronobiol Int. 2003 Sep;20(5):795-808.

²²⁶CSENDES A, BURDILES P. Bases científicas del tratamiento médico referente a dieta, hábitos y postura en pacientes con síndrome de reflujo gastroesofágico crónico. Cir Esp. 2007;81(2):64-69.

²²⁷FILLAT DE ACOSTA L. Protocolo de actuación preventiva para riesgo debido a alteraciones del ritmo circadiano en médicos de urgencias que trabajan en turnos de 24 horas. Med. segur. trab. 2009;55(217):65-74.

²²⁸STAMATAKIS KA, BROWNSON RC. Sleep duration and obesity-related risk factors in the rural Midwest. Prev Med. 2008 May;46(5):439-44. Epub 2007 Nov 22.

²²⁹CHAPUT JP, KLINGENBERG L, SJÖDIN A. Do all sedentary activities lead to weight gain: sleep does not. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2010 Nov;13(6):601-7.

²³⁰GONZALEZ CONSUEGRA RV, ZAGO MMF. Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004;12(spe):412-419.

lentas, reducción del tiempo total de sueño y pobre calidad autoinformada del sueño²³¹. El efecto sobre el sueño se produce después de 15-30 minutos de la ingesta. Su vida media es de entre 3 y 7 horas con un pico a las 4 horas (de hecho, completando lo dicho por los autores, la cafeína aumenta la latencia en la instauración del sueño y los episodios de despertar durante el mismo y disminuye el tiempo total de sueño hasta las 8-14 horas tras la ingesta). Es curioso comprobar que algunos pacientes se sorprenden al saber que su insomnio puede estar relacionado con el consumo de café²³². Además del insomnio algunos de los síntomas desagradables que se presenta por el consumo de cafeína son palpitaciones, taquicardia, molestias gástricas, temblor y nerviosismo²³³, por tanto los hábitos de vida incorrectos como el consumo de café en horas previas a acostarse puede dificultar conciliar el sueño.²³⁴

Categoría: Mi Dios nos dio el día para hacer todos los trabajos y aprovechar la luz...y por la noche ya es para descansar de todo lo que hace uno, además la cama solo sirve para dormir de noche, de día enferma.

*“Porque imagínese que hacemos ambos en la cama, eso sería terrible, si porque la cama enferma,...la cama de día enferma....yo siempre he escuchado que si uno esta enfermo y se queda en la cama se enferma mas, la cama lo enferma mas, en cambio uno si se levanta y hace una actividad o algo, porque así me pasa a mi también, aunque sea limpiar el piso o barre como que se le despeja a uno la mente y como que le da a uno ganas de seguir viviendo..(risas)...si la cama solo sirve para dormir de noche, la noche es para descansar y el día para hacer lo que uno tiene que hacer...he escuchado por ahí y uno mismo se da cuenta la reacción que uno tiene cuando se está ahí acostado, como que más se enferma, como que se siente uno más alicaído, no le da a uno deseos de nada, en cambio uno se levanta y ya como que activo, por ejemplo con la gripa, si uno se queda acostado le hace cama a la gripa y uno se levanta como que los poros se le abren, se le despierta todo” **DIANA.***

*“Mi Dios nos dio el día para hacer todos los trabajos y aprovechar el día...y por la noche ya es para descansar de todo lo que hace uno en el día, el trabajo” **GLORIA.***

²³¹CARLOS-SIERRA JC, JIMÉNEZ-NAVARRO C, MARTÍN-ORTIZ JD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Salud Mental. 2002; 25(6):35-42.

²³²FOSTER RG, WULFF K. The rhythm of rest and excess. Nat Rev Neurosci. 2005 May;6(5):407-414.

²³³PARDO LOZANO R, ALVAREZ GARCÍA Y, BARRAL TAFALLA D, FARRÉ ALBALADEJO, M. Título: Cafeína: un nutriente, un fármaco o una droga de abuso. Adicciones. 2007; 19(3): 225-238.

²³⁴BORREGO JC. Los trastornos del sueño en la práctica clínica: evaluación y tratamiento. IATREIA. 1989; 2 2 (2):128-136.

Los seres humanos son una especie diurna, duermen en su mayoría por la noche con intervalos de 24 horas, aunque tienen menos horas de sueño (más de vigilia) que la mayoría de los omnívoros²³⁵. En eventos relacionados con actividad laboral nocturna, realización de viajes trasmeridianos, hospitalizaciones y actividades propias de cuidador de una persona con alteración de la salud no se sigue este patrón de descanso y se experimenta un desfase entre el reloj interno y el ambiente con efectos negativos sobre el organismo. A este efecto se le conoce como el Jet Lag, caracterizado por una alteración del sueño, fatiga, insomnio, irritabilidad, falta de concentración, alerta y memoria y somnolencia diurna^{236 237 238 239}.

La rotación de la tierra da un entorno que cambia periódicamente en el ciclo luz-oscuridad. En ese entorno es apropiado para un organismo que su organización interna y comportamiento se sincronicen con las fluctuaciones diarias de luz, temperatura y humedad para ofrecer una óptima adaptación²⁴⁰. Los cambios diarios en la luz impactan profundamente todos los aspectos de la vida. Como respuesta, los organismos presentan una serie de procesos rítmicos innatos en los sucesos fisiológicos y comportamentales incluyendo la actividad, el sueño, el metabolismo y la temperatura; ritmos denominados, circadianos que son oscilación con un periodo de aproximadamente de 24 horas^{241 242 243}.

La principal función de los ritmos, es la optimización del metabolismo y la utilización de energía para el sostenimiento de los procesos vitales del organismo. En este contexto, no sorprende que la mayoría de la fisiología de los mamíferos esté influenciada en cierta medida por el marcapasos circadiano²⁴⁴. Los ciclos diarios son producto de un sistema

²³⁵SIEGEL JM. Clues to the functions of mammalian sleep. *Nature*. 2005 Oct 27; 437(7063):1264-71.

²³⁶BEERSMA DG, GORDIJN MC. Circadian control of the sleep-wake cycle. *Physiol Behav*. 2007 Feb- 28; 90(2-3):190-5. Epub 2006 Oct 18.

²³⁷COLQUHOUN WP. Effects of personality on body temperature and mental efficiency following transmeridian flight. *Aviat Space Environ Med*. 1984 Jun; 55(6):493-6.

²³⁸MONK TH, LENG VC. Interactions between inter-individual and inter-task differences in the diurnal variation of human performance. *Chronobiol Int*. 1986; 3(3):171-7.

²³⁹MROSOVSKY N, REEBS SG, HONRADO GI, SALMON PA. Behavioural entrainment of circadian rhythms. *Experientia*. 1989 Aug 15; 45(8):696-702.

²⁴⁰ROENNEBERG T, KUEHNLE T, JUDA M, KANTERMANN T, ALLEBRANDT K, GORDIJN M, MERROW M. Epidemiology of the human circadian clock. *Sleep Med Rev*. 2007 Dec; 11(6):429-38. Epub 2007 Nov 1.

²⁴¹DANILENKO KV, WIRZ-JUSTICE A, KRÄUCHI K, WEBER JM, TERMAN M. The human circadian pacemaker can see by the dawn's early light. *J Biol Rhythms*. 2000 Oct; 15(5):437-46.

²⁴²SCHOMERUS C, KORF HW. Mechanisms regulating melatonin synthesis in the mammalian pineal organ. *Ann N Y Acad Sci*. 2005 Dec; 1057:372-83.

²⁴³OHTA H, XU S, MORIYA T, IIGO M, WATANABE T, NAKAHATA N, CHISAKA H, HANITA T, MATSUDA T, OHURA T, KIMURA Y, YAEHASHI N, TSUCHIYA S, TEI H, OKAMURA K. Maternal feeding controls fetal biological clock. *PLoS One*. 2008 Jul 2; 3(7):e2601.

²⁴⁴LEVI F, SCHIBLER U. Circadian rhythms: mechanisms and therapeutic implications. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2007; 47:593-628.

circadiano que está presente en los organismos²⁴⁵. El sistema circadiano posiciona las fases de los ritmos de las distintas funciones biológicas en momentos específicos dentro de las 24 horas, generando un orden temporal interno en el organismo²⁴⁶, que han sido los más estudiados y con mayor aplicación clínica²⁴⁷.

Los ritmos circadianos en los mamíferos son generados por un marcapasos endógeno ubicado en el núcleo supraquiasmático (SCN) del hipotálamo principalmente y sincronizado por el periodo luz-oscuridad de la información recibida a través de la retina²⁴⁸. Conceptualmente, el sistema circadiano puede ser dividido en tres componentes: el marcapasos circadiano que acciona el sistema, las vías aferentes que sincronizan al marcapasos para el día de 24 horas y las vías de eferentes para acoplar al marcapasos para los otros sistemas involucrados en la expresión de los ritmos circadianos; principalmente del sistema nervioso, endocrino, y de relojes periféricos en órganos como el corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas y útero^{249 250 251}, que fuerzan la periodicidad del reloj circadiano para adoptar el de 24 horas del ambiente. Esta actividad circadiana refleja el patrón rítmico de la expresión de los genes básicos, llamados genes del reloj, que están regulados por transcripción, translación y después por bucles de retroalimentación de autorregulación²⁵². El sincronizador ambiental más poderoso es el ciclo de luz/oscuridad, al que se suman, en los mamíferos superiores, distintos factores sociales (usualmente llamados zeitgebers, “dadores de tiempo”)²⁵³.

Existen ritmos diarios en la mayoría de las funciones fisiológicas, comportamentales y bioquímicas en humanos. En la mayoría de los casos son circadianos, o sea que se mantienen en condiciones de aislamiento²⁵⁴, la fisiología de las células está regulada por la sincronización molecular de los relojes circadianos dentro de cada célula y un sistema

²⁴⁵ROENNEBERG T, KUEHNLE T, JUDA M, KANTERMANN T, ALLEBRANDT K, GORDIJN M, MERROW M. Epidemiology of the human circadian clock. *Sleep Med Rev.* 2007 Dec; 11(6):429-38. Epub 2007 Nov 1.

²⁴⁶HAUS E. Chronobiology in the endocrine system. *Adv Drug Deliv Rev.* 2007 Aug 31; 59(9-10):985-1014. Epub 2007 Jul 14.

²⁴⁷GOLOMBEK DA. Sleep is rhythm (and the rhythm, rhythm is). *Vertex.* 2007 Jul-Aug; 18(74):283-7.

²⁴⁸RECIO J, MÍGUEZ JM, BUXTON OM, CHALLET E. Synchronizing circadian rhythms in early infancy. *Med Hypotheses.* 1997 Sep; 49(3):229-34.

²⁴⁹REPPERT SM. Cellular and molecular basis of circadian timing in mammals. *Semin Perinatol.* 2000 Aug; 24(4):243-6.

²⁵⁰BURGESS HJ, CROWLEY SJ, GAZDA CJ, FOGG LF, EASTMAN CI. Preflight adjustment to eastward travel: 3 days of advancing sleep with and without morning bright light. *J Biol Rhythms.* 2003 Aug; 18(4):318-28.

²⁵¹PEATE I. Strategies for coping with shift work. *Nurse Stand.* 2007 Oct 3-9; 22(4):42-5.

²⁵²BENARROCH EE. Suprachiasmatic nucleus and melatonin: reciprocal interactions and clinical correlations. *Neurology.* 2008 Aug 19; 71(8):594-8.

²⁵³DANILENKO KV, CAJOCHEN C, WIRZ-JUSTICE A. Is sleep per se a zeitgeber in humans? *J Biol Rhythms.* 2003 Apr; 18(2):170-8.

²⁵⁴GOLOMBEK DA. Sleep is rhythm (and the rhythm, rhythm is). *Vertex.* 2007 Jul-Aug; 18(74):283-7.

de coordinación central en el cerebro, incluyendo los ciclos de sueño-vigilia, la actividad cardiovascular, el sistema endocrino, la temperatura corporal, la actividad renal, la fisiología del tracto gastrointestinal, el metabolismo hepático, etc.

La alteración de la coordinación circadiano puede manifestarse por un desequilibrio hormonal, psicológico y trastornos del sueño, predisposición a cáncer y disminución de la vida útil. En contraste, el reajuste de los ritmos circadianos se han asociado a bienestar y longevidad²⁵⁵; la evolución de un sistema circadiano que sugiere la capacidad de un organismo para coordinarse con el medio ambiente (sincronización externa) y para mantener la organización temporal de los procesos endógenos (sincronización interna) confiere óptima salud y potencial supervivencia²⁵⁶.

6.1.2 Una aproximación a comprender el estilo de vida, contexto tecnológico, religioso y filosófico, factores familiares y sociales, políticos y legales, factores económicos y factores educativos inmersos en el hábito de sueño

Para terminar se pretende hacer una aproximación al entendimiento del hábito de sueño en el contexto de las participantes de nuestro estudio:

Estilos de vida: se evidencian en todas las costumbres aprendidas y transmitidos de generación en generación generalmente en el contexto familiar para mantener el bienestar y salud en el hábito de sueño, para mejorar su vigilia. Dentro de estos podemos encontrar la alimentación, el consumo de sustancias estimulantes en el día pero ya en la noche es mejor la preparaciones de hierbas, el levantarse y acostarse en un horario adecuado, la ropa cómoda y el uso que se le da a esta, el arreglo de cuarto que afecta tanto cuando se está despierto como cuando se está dormido.

Factores Tecnológicos: con la aparición de los primeros focos de luz a finales del siglo 19 revolucionó la forma en que se concebía el día y la noche, con este descubrimiento se permitió estar activo y contar con luz durante todo el día lo que facilita la vida de las

²⁵⁵ FROY O. The relationship between nutrition and circadian rhythms in mammals. *Front Neuroendocrinol.* 2007 Aug-Sep;28(2-3):61-71. Epub 2007 Mar 24.

²⁵⁶ LAPOSKY AD, BASS J, KOHSAKA A, TUREK FW. Sleep and circadian rhythms: key components in the regulation of energy metabolism. *FEBS Lett.* 2008 Jan 9; 582(1):142-51.

personas, sin embargo, carecer de conocimientos para manejarlos adecuadamente en la noche altera el equilibrio interno de reloj biológico y por tanto la salud propia, también es pertinente resaltar como el televisor juega un rol importante en la vida moderna de los cuidadores no solo cuando están despiertos sino como se vuelve una herramienta necesaria algunas veces para inducir el sueño, encontrando evidencia científica de los efectos nocivos que tiene la televisión no solo para el ciclo-vigilia sino para la salud en general, por tanto es una práctica arraigada y que se está transmitiendo actualmente de padres a hijos por desconocimiento.

Factores religiosos y filosóficos: el sueño sigue siendo un tema desconocido y misterioso por esta misma situación la explicaciones de lo que sucede durante el sueño siguen siendo confusas y con un carácter místico asociado a espíritus y la muerte, es por esto que cobra gran importancia la oración como método conciliador entre las culpas alojadas en la conciencia y los miedos a lo desconocido y trágico que puede ocurrir durante el sueño de igual manera agradecer por todos los beneficios y alegrías recibidas durante el día, como pedir protección, progreso y salud para la noche y el día siguiente. Es de resaltar la presencia de imágenes religiosas como medios de protección para la indefensión y ruptura con la realidad que se adquiere mientras se duerme.

Factores familiares y sociales: las prácticas de cuidado popular generalmente se adquieren de los padres y de esta manera se transmiten a los hijos que se consolidan y perpetúan con la repetición rutinaria, aunque actualmente por la información brindada por los medios de comunicación que es muy general y superficial cada persona da su propia interpretación dándose algunas veces a malas interpretaciones que pueden general alteraciones en el sueño, ansiedad y estrés complicando su situación de cuidador.

Factores Políticos y Legales: Actualmente en las políticas nacionales como se evidenció en el III Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM - 2003) en Colombia, al igual que en los anteriores, no se evaluaron los trastornos del sueño en la población general.

En Colombia, las personas con problemas en el sueño deben esperar entre dos y seis meses para conseguir una cita, con frecuencia utilizando instrumentos legales como la tutela para que las aseguradoras de salud paguen los servicios. Por tanto, no solo para el paciente sino para las aseguradoras en salud debería existir la necesidad de diagnosticar

y tratar adecuadamente al mayor número posible de pacientes que padezcan alteraciones en el sueño²⁵⁷.

Factores Económicos: los participantes en nuestro estudio eran de clase media aunque no vivían en la pobreza, tampoco sobraba el dinero, las preocupaciones frente al dinero también parece interferir en el hábito de sueño, esto va generalmente asociado a la angustia que produce ser cuidador de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer por la duración y los requerimientos de tiempo que tiene esta enfermedad que interfiere con las actividades económicas remuneradas que se realizan o se podrían realizar

Factores Educativos: Aunque el nivel educativo de los participantes era primaria ellos contaban con un conocimiento adecuado aprendido de sus padres que es lo que hoy se denomina higiene de sueño, también se evidenció un desconocimiento y falta de interés por parte de los profesionales de la salud en como las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño pueden afectarlo y por tanto como repercute en la salud y bienestar físico, mental y espiritual de las personas

6.1.3 Modelo tradicional de salud (SPECTOR) Interrelación del Cuerpo, Mente y Espíritu y métodos para mantener, proteger, y / o restaurar la SALUD en el hábito de sueño

Tomando como base la metodología de Leininger utilizada en esta investigación y los hallazgos encontrados en el hábito de sueño y aplicando el modelo tradicional de salud propuesto por Spector se pueden interrelacionar las prácticas de cuidado popular para mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito del sueño de cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer del Cuerpo, Mente y Espíritu se evidencian en todas las actividades que hacen desde que se levantan para tener un buen día y por tanto una buena noche que se vea reflejada en tranquilidad y descanso, a la hora de dormir el cuerpo, mente y espíritu buscan un equilibrio el cual les permite un adecuado descanso en estos tres aspectos, sin alguno se ve alterado va a alterar los otros y viceversa. Las medidas más fáciles de establecer, son las del cuerpo, seguidas por las de la mente aunque en esta se hacen prácticas que deben reestructurarse como ver

²⁵⁷ESCOBAR-CORDOBA F. Los trastornos del sueño y su impacto en la sociedad. Rev.fac.med.unal. 2008;56(1):1-3.

televisión para dormir o dormir con la luz prendida para estar pendiente de la persona que se cuidada, en este aspecto es interesante como se rescata la siesta como medida de restablecimiento de la salud en el hábito de sueño y para finalizar, las medidas que respectan al espíritu como son la oración medida que se adquiere desde la niñez y que permanece durante toda la vida, la interpretación de los sueños y surgen un fenómeno denominado la parálisis del sueño que causa una gran angustia a quien lo vive y el cual puede interferir en su cotidianidad y crear ansiedad por su asociación a espíritus y a la muerte conocimiento transmitido de generación en generación.

Tabla 6-9: Interrelación Mente, Cuerpo y Espíritu para mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.

SALUD	Cuerpo	Mente	Espíritu
Mantener	La pijama en la noche porque de día es sinónimo de enfermedad o descuido, el tendido de cama, no comer o comer poco cuando se acerca la hora de ir a la cama y actividades rutinarias como revisar el pasador, cerrar puertas, revisar las llaves del agua y del gas, bañarse los dientes principalmente	Tener toda la familia en casa para poder acostarse tranquilos y realizar una rutina productiva durante el día tanto en las actividades propias del hogar como las actividades de cuidado de la persona a cargo.	La oración diaria para agradecer sobre lo que trajo ese día y para pedir protección durante el sueño, también dentro del cuarto tienen bastantes imágenes religiosas para que velen el sueño
Proteger	Suprimir el consumo de tinto en las horas de la tarde y la noche y el aseo de la pijama y la ropa de	Mantener organizada la rutina diaria sin sobresaltos para tener una noche tranquila.	La oración se utiliza como medio de reconciliación de las obras que se pudieron

<p>cama, al igual que todas las medidas previas de cuidado a la persona a cargo, además buscar un cuarto tranquilo y el preferir dormir sola</p>	<p>Ver televisión como medio inductor del sueño y mantener un cuarto organizado.</p>	<p>hacer en el día y que generan culpa, también para solicitar a Dios no morir mientras se duerme.</p>
<p>El consumo de aguas aromáticas y remedios homeopáticos como la valeriana</p>	<p>Usar la siesta en el día como una medida para compensar la deuda de sueño y recuperar sueño atrasado.</p>	<p>Buscar consejería religiosa para alejar los espíritus que atormentan mientras se duerme, además los sueños tienen un poder predictivo, explicativo y comprender las actividades que se viven en el estado de vigilia.</p>
<p>Restablecer</p>	<p>Dormir casi ocho horas que es lo que se recomienda sin embargo a medida que se envejece el número de horas necesarias para descansar disminuye</p>	

Prácticas de cuidado popular de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer para el Mantenimiento, Protección y Restablecimiento de la salud del hábito de sueño en el Cuerpo:

MANTENIMIENTO:

Ropa Tradicional: *“La pijama es importante porque yo no me puedo dormir con esta ropa...porque yo estoy acostumbrada desde muy niña a ponerme puede ser una batica...eso me lo enseñó mis papas, mi mamá...es cuestión de que usted no tenga nada apretado, usted se puso su pijama y quedo todo sueltico y ya, porque en el momento que usted se quitó esa ropa, se quitó como un peso de encima del cuerpo, la ropa apretada es muy maluca....yo tengo que buscar mi pijama donde está, me gusta el*

pantalón y la camisa, aquí por el frío el gorro y la bufanda y me duermo ahí.”

ESPERANZA. *“Me parece que uno con la pijama en el día se ve mal casada, jajajaja, toda abandonada, uno debe levantarse, bañarse, arreglarse, pintarse andar bien arreglado para aprovechar la luz del sol en su quehaceres...porque de día la cama enferma”.* **MARISOL.**

Dieta: *“De un tiempo para acá trato de no comer mucho en la noche, de pronto tempranito seis y media, siete y algo poquito...para no engordarme, porque como comer en la noche se engorda la persona, porque yo pienso que uno en la noche la digestión no le hace a uno igual, está muy lenta, entonces el organismo no funciona igual”.*

ESPERANZA.

Actividades: *“reviso el pasador, siempre procuro trancar el portón, echarle llave a la cocina, cerrar el gas y si no lo hago me toca levantarme a revisarlo porque siempre es un peligro”* **DIANA.** *“También es muy importante bañarse los dientes, yo tengo prótesis, yo me las dejo para dormir pero realmente es muy bueno bañarse la boca, porque en un momento es maluco el aliento, es incomodo, lo feo es que me da pena con mi esposo el mal aliento.”* **ESPERANZA.**

PROTECCION:

Dietas especiales y tabúes alimentarios: *“Hay personas que se enferman y no se dan cuenta que come de noche es malo, comen y acuestan, que se puede esperar que se engorden y se enfermen, siempre les cae pesada la comida”* **GLORIA.** *“yo como muy poquito en la noche, pues me siento con el estomago pesado cuando como de noche, es como cuando uno almuerza, esa es otra a mi me pasa, cuando uno almuerza y enseguida se acuesta se siente mal, a mi me dan agrieras, siento el almuerzo en la garganta, que ya como que se me va a devolver, siento uno malestar porque a mí me ha pasado, no se la otras personas como será la reacción, pero a mi si me afecta.”* **DIANA.**

Ropa Simbólica: *“la pijama es importantísimo para dormir porque uno descansa mas, esta uno como mas sueltico, yo uso mucho la batuca, de vez en cuando me pongo pantaloncito y el saquito, me gustan colores así como rosadito que no sean muy fuertes, no me gusta que lleven rojos o colores encendidos. Nunca me he acostado con la ropa*

que tenía en el día, yo por mas cansada que este, me quito lo que tenga puesto y me pongo una pijamita suavecita para dormir” **GLORIA**.

REESTABLECER:

Remedios Homeopáticos: “A mi mama la funciona de maravilla la paciflora, una señora me dijo –dale gotas de valepaz (valeriana y paciflora), entonces uno llega y coge el agüita y le echa las 30 gotas, le da con su agüita de panela, porque ella en el agua no la va a pasar, toca algo que sea dulcecita y al ratico se duerme.” “por la noche cuando yo me siento muy nerviosa, yo me traigo unas hierbitas, sobre todo la buena cuando uno sufre de nervios y para descansar es el toronjil y el cidron, yo soy muy amiga de las aguas, pero el cidron tiene una cosa que es que da mucha orinadera, pero si se puede un poquito de cada uno.” **ESPERANZA**.

Prácticas de cuidado genérico popular de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer para el Mantenimiento, Protección y Restablecimiento de la salud del hábito de sueño en la Mente:

MANTENIMIENTO

Apoyo social y familiar: “me levanto descansada ahora sí, antes no tanto porque estaba pendiente de mis hijos los mayores que no llegaban, llegaban tarde yo no dormía hasta que ellos llegaran, no me dejaba dormir la angustia de que me cogiera el sueño y no les pudiera abrir, no me acostaba hasta que llegaran todos no me acostaba”. **GLORIA**.

Aficiones: “A veces prendo el televisor para que me dé sueño, a veces unos programas bonitos, con paisajes de otras partes y me pongo a verlos y me quedo dormida, ya hace rato tengo el televisor en el cuarto”. **DIANA**.

PROTECCION:

Actividades de la familia y comunidad: “Una de las cosas más importante para dormir bien es que durante el día allá tenido mucha tranquilidad, más que todo, que no haya pasado mucho alteramiento del paciente, sobre todo si alcanza a comprometerlo a uno mucho cuando la persona esté muy alterada, a veces si le alcanza a quitar el sueño y digamos cuando uno pasa la noche mal, que no puede dormir” **ESPERANZA**.

“Solamente en el cuarto tengo la cama, un armario, una mesita de noche, el televisor...no más, no me gusta tener más cosas, como menos cargado y más limpieza.” **GLORIA.**
“Para dormir bien, .mi mama nos acostumbro a dormir, una alcoba desocupada, arreglada, .un closer cerrado” **MARISOL.**

RESTABLECER

Relajación: *“Tengo la televisión también en mi cuarto, de pronto la televisión pienso yo que es un somnífero, como que uno se esta relajando y ahí cayo.”**“En el día duermo cuando estoy muy cansada y eso me ayuda a descansar, me levanto divinamente....a veces me siento que a ver la novela. Que le dijo que dan en RCN, que se llama “cuando me enamoro”, me quedo ahí sentada y me duermo, y a las 5 por ahí estoy despierta, y me pongo hacer las cosas que debo hacer”* **ESPERANZA.**

Prácticas de cuidado genérico popular de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer para el Mantenimiento, Protección y Restablecimiento de la salud del hábito de sueño en el espíritu:

MANTENER

Prácticas religiosas, la oración y/o la meditación: *“Al acostarme yo me hecho la bendición y rezo el padre nuestro porque ya es una costumbre, la costumbre de uno para rezar y le pido mucho a mi Dios la salud, que me de mi salud para que yo pueda estar pendiente de él, porque imagínese los dos enfermos”* **DIANA.**

PROTEGER:

Supersticiones, amuletos y talismanes: *“Cuando digo ya que me voy a dormir le digo a Diosito, también lo hago porque uno nunca sabe si se acuesta y no se va levantar más, pienso que de pronto yo me acuesto y hasta ahí fue, de pronto que yo me acosté y me dormí y ahí quede dormida, que ahí me voy a ir al otro mundo”.* **ESPERANZA.** *“Si mi vida yo tengo el Sagrado Corazón, la Virgen del Carmen, el Santo Cristo yo me acojo a ellos.”* **MARISOL.**

RESTABLECER.

Rituales religiosos: *“Yo fui a donde al padre, estaba desesperada porque me sacó el espíritu dos veces, yo fui a donde el padre y le conté todo lo que me estaba sucediendo, le dije padre –usted va pensar que yo estoy loca, pero no lo estoy- lo que le estoy contando es que me ha sucedido, mi familia ha sido testigo de lo que me ha pasado, el me dijo que sabía que era cierto” “A mi papa le ha pasado muchísimo y ahora a mi hija le está pasando pero le echamos la culpa al ex novio, porque él sabe de cosas de magia blanca. A mi hija nunca le había pasado esto en la vida, niña para dormir tan ser de tan buen dormir, desde que ella peleó y terminó con él, a veces la oigo mmmm...mmmm entonces yo me despierto y la cojo para que el espíritu la suelte, cuando a uno se le acuesta o lo coge un espíritu es terrible, se acelera el corazón, se eriza” **MARISOL.** “Yo sueño mucho y casi todos los sueños me salen, todos los sueños me salen, cuando tengo sueños feos, pienso que mal hice yo, algo malo hice yo. -dijo yo- pero después dijo son cosas de Dios, pero cosas malas, malas no, aunque no le pongo tiza, aunque a los otros sueños sí. Cuando sueño cosas bonitas me siento bien.” **GLORIA.***

Concluyendo que la alteración en alguno de estos aspectos tiene consecuencias sobre la salud a nivel físico mental o espiritual: *“El sueño para mí es lo principal, porque si yo no duermo...tengo cansancio, yo vivo enferma de la tensión, entonces se me sube la tensión” **DIANA.** “Dos noches completas, me acostaba, cada vez que me acostaba, era como si estuviera acá, no me venía el sueño, se me retiró el sueño, no vino más sueño, la primera noche desvelada, me voltiaba pa`ca y nada, me voltiaba pa`alla y nada, me ponía, dos noches completas, pedí una cita médica, mi mente, mi cabeza pensaba que algo me podía pesar.” **ESPERANZA.***

Para finalizar se pudo identificar por parte de los profesionales que no les prestan la importancia para preguntar sobre como duermen, todos los aspectos y prácticas inmersas para mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito de sueño con el fin de educar en lo que respecta al sueño para que se puedan orientar los cuidados hacia la persona que se cuida y hacia el cuidador de igual manera como se ha hecho respecto a la importancia de enseñar sobre la nutrición y al ejercicio esta situación puede obedecer a que durante el pregrado la gran mayoría de los médicos recibe escasamente entre una y dos horas de clases formales o conferencias magistrales sobre trastornos del sueño, lo

cual, desde cualquier punto de vista, es insuficiente²⁵⁸, situación que no es diferente en enfermería. Por lo anterior, es importante dedicar tiempo para la enseñanza de lo referente a los hábitos y patrones de sueños para brindar un cuidado integral a la personas.

, .

“En lo que yo he ido al médico, que puede ser bastante, jamás le preguntan a usted como le va, duerme bien o no duerme bien, eso no se lo preguntan jamás.”

ESPERANZA.

“No...no...no, me hablan de la dieta pero del sueño nunca.” **MARISOL.**

²⁵⁸CHICA URZOLA HL, ESCOBAR CORDOBA F. ECHEVERRY-CHABUR J. Clinical Evaluation of Hypersomnia. rev.colomb.psiquiatr., Jan./Mar. 2004, vol.33, no.1, p.45-63.

7. Limitaciones del estudio

Debido al abordaje cualitativo de la investigación, la subjetividad del investigador y participantes, no se pueden generalizar sus resultados; sin embargo, se espera que permita una mejor comprensión y una aproximación a la ética (visiones internas) de las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño, lograr conocer cómo las entienden y practican, así como lograr documentar, predecir, conocer y explicar por medio de los datos, lo que es común (universal) y diferente (diverso) en los cuidados genéricos (populares).

Los participantes solo eran mujeres, de origen bogotano lo que supone una limitación para ver que prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño tienen los hombres y la población en general de otras regiones colombianas.

El estatus socio-económico también es una limitante de esta investigación debido a que se exploraron solo prácticas populares de cuidado en la clase media, que aunque es la que predomina más en nuestro país hubiese sido necesario conocer como se dan en las clases altas y la clase pobre de nuestra población.

8. Presupuesto

Esta investigación fue financiada con recursos propios del investigador y el autor declara que no existe conflicto de intereses en este manuscrito. (Anexo A)

9. Conclusiones

Esta investigación permitió documentar, conocer y explicar por medio de los datos, lo que es común (universal) y diferente (diverso) en los cuidados populares de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.

De la presente investigación emergen varias conclusiones, conocimientos y aportes para comprender la importancia del sueño, los hábitos, rituales que se realizan para mantenerlo, protegerlo y restablecerlo, conjuntamente con una serie de nuevas prácticas de cuidado popular que se desarrollan por el rol de cuidador.

En los participantes se pudo observar la importancia cultural y valor que tiene el sueño en su vida y salud, de igual forma se identificó como el estado de sueño y vigilia no son dos eventos independientes sino están relacionados y uno afecta el otro de manera favorable o no, en un estado de equilibrio y continuidad y de allí emergen una serie de prácticas de cuidado popular asociadas a su rol de cuidador:

Se pudo establecer que el rol de cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer es una actividad que requiere 24 horas al día y 7 días a la semana, que no solo afecta la vida social, laboral y familiar, sino que afecta toda una serie de aspectos referentes al hábito de sueño que pueden aun dificultar las actividades de la cotidianidad por lo que los cuidadores debe hacer uso de una serie de prácticas de cuidado popular para mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito de sueño.

Se encontró la gran importancia que tienen los padres en la formación de prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño en las personas, como estas se mantienen a lo

largo de la vida, en la adultez y vejez y a su vez como se transmiten a las nuevas generaciones.

El cuidado de los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer representa un gran desafío para quien lo realiza por las características particulares de esta enfermedad y para el profesional de enfermería por toda la gama y expresión de manifestación principalmente en las horas de la noche por lo que se debe realizar prácticas de cuidado popular para restablecer el hábito de sueño como es el uso de la siesta en la tarde, las aguas aromáticas en la noche y dormir aparte del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer, conjuntamente con la oración como espacio de reconciliación y protección a la hora de dormir.

El hábito de sueño no cobra una gran importancia en la consulta a los profesionales de la salud, de la misma manera que tiene la alimentación o el ejercicio, por tanto las prácticas de cuidado popular son aprendidas principalmente de los padres y muy similar y consistente con lo que actualmente se denomina como higiene del sueño.

La posibilidad de morir mientras se duerme genera gran ansiedad en los adultos mayores, al igual que las pesadillas y la parálisis del sueño, donde se trata de explicaciones sobre espíritus, brujería y se genera una serie de prácticas de cuidado popular como la oración, la orientación de la cama y otras más para la protección y restablecimiento del hábito de sueño principalmente.

Dentro de esta investigación es interesante ver como la práctica de cuidado popular de la siesta ocupa un lugar importante en la recuperación del sueño y del bienestar, de igual manera es importante tener en cuenta el tiempo que debe durar y el número que se tenga y entender que no es una práctica de nuestro contexto cultural como es en otros países y que se puede asociar a pereza y a alteraciones a la hora de dormir en la noche.

Las experiencias oníricas tienen un carácter explicativo y predictivo, muestran la estrecha relación y continuidad que existe entre el dormir y la vigilia, se puede observar como una experiencia previa afecta lo que se sueña y los sueños como afectan el desarrollo de las actividades diurnas, cada persona tiene su propia explicación a los sueños y por tanto un modo personal de asumirlos tanto de manera favorable o no, evidenciando que las

pesadillas se asocian a culpas alojadas en la conciencia o como actos premonitorios de enfermedad y tragedia, por tanto la oración es un medio de reconciliación y protección para estos sucesos.

Se encontró que el hábito del sueño es resultado de la biología (donde se asume la condición de ser un animal diurno) y la cultura (la noche es para dormir y el día aprovechar la luz del sol) y como desde que se levantan están organizando su próxima noche de sueño por medio de la realización de una serie de prácticas de cuidado popular como el aseo del cuarto, tender la cama, y bañarse como inicio de su rutina para dormir, encontrando que las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño no solo se realizan en la horas previas de dormir, sino están presentes en toda el estado de vigilia y durante el día.

La población de cuidadores tiene una carga adicional de estrés y ansiedad por esta misma condición, y por tanto tienen una mayor probabilidad de experimentar la parálisis del sueño que más que sus implicaciones a nivel orgánico son sus implicaciones a nivel de mente y espíritu, lo cual puede agravar sus niveles de estrés y ansiedad por tanto se debe hacer un mayor uso de prácticas de cuidado popular principalmente para proteger y restablecer la salud en el hábito del sueño.

Se encontraron prácticas de cuidado popular que son necesarias renegociar en futuros estudios como es el número de horas necesarias para dormir entendiendo que cada persona tiene su propio patrón de sueño y que a medida que se envejece el número de horas disminuye al igual que aumenta el número de despertares durante la noche. Otra prácticas de cuidado de popular que puede afectar el hábito de sueño de manera negativa el tener la televisión en el cuarto lo que no solo puede afectar el hábito del sueño, sino otros hábitos como el alimenticio y lo referente al ejercicio, además puede interferir con la vida familiar y el tiempo que se tiene para compartir.

La pijama, el tendido de cama, la presencia de imágenes religiosas son prácticas de cuidado popular que son benéficas para mantener la salud en el hábito de sueño debido al bienestar y comodidad, además que indican que ya es hora de dormir.

Los adultos mayores cuidadores tienen una serie de ritos para dormir que realizarlos o no en otras horas diferentes del día pueden causar malestar e incomodidad y asociarse a enfermedad, como es el tender la cama, utilizar la pijama en otras horas que no sean las de dormir y permanecer en la cama en el día, por tanto las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño también tienen un horario específico para realizarlas.

La metodología utilizada permitió explorar de manera rigurosa y pertinente el objetivo de esta investigación, abordando de manera lógica el planteamiento del problema.

Para explorar el hábito de sueño en lo que respecta a cuidados populares y prácticas de salud la Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Leininger (1950) y el modelo tradicional de salud de Spector (1977) mostraron aplicabilidad en esta investigación.

10. Recomendaciones

Se identificaron prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño que son necesarias investigar más a profundidad y que se deben reestructurar en futuros estudios como lo son el miedo a morir mientras se duerme, la parálisis del sueño, la presencia del televisor en la habitación, el dormir con la luz prendida que pueden interferir de manera negativa a la hora de descansar.

Es necesario re-significar la enfermedad de Alzheimer y sus expresiones debido a que el cuidador piensa que las personas que la padecen se ponen más agitadas y activas cuando se acerca la noche de manera intencional para alterar su sueño. No se dan cuenta que el equilibrio temporal propio se ve alterado como resultado del curso natural de la enfermedad.

Es necesario que los profesionales de la salud eduquen sobre higiene de sueño para complementar las prácticas que se han aprendido desde la infancia y renegociar aquellas que interfieren con un descanso efectivo.

Es necesario promover las rutinas tanto a la hora de acostarse como durante el día para lograr un adecuado equilibrio entre la vigilia y el sueño.

Implicaciones para la práctica y desarrollo profesional: El desarrollo de este estudio permitió describir las prácticas de cuidado popular en el hábito del sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, lo que permitirá al profesional de enfermería ampliar sus conocimientos y visión acerca de cómo mantienen, protegen y

restablecen la salud en el hábito de sueño los cuidadores y como se pueden lograr un cuidado culturalmente congruente si toma en cuenta los hallazgos aquí descritos.

Implicaciones para la investigación: Podemos considerar este estudio como pionero al lograr engranar dos temas que son necesarios investigar por enfermería, la cultura y el sueño y que permitirán avanzar el campo del cuidado al paciente con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores además este tipo de estudios con enfoques culturales en el hábito de sueño se pueden aplicar a los cuidadores de cualquier persona en situación de cronicidad o enfermedad aguda, al igual que estudios en salud familiar, ocupacional, cardiovascular, materno perinatal y procesos de hospitalización permitiendo ver cómo se vive y explican las prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño.

Implicaciones para la política y educación: como se evidenció en nuestro estudio es necesario ampliar el número de horas que se dedica en la academia para abordar lo referente al sueño, sus beneficios, mitos, creencias y como confluyen en este fenómeno factores tanto biológicos como culturales que son necesarios enseñar de manera articulada con el cuidado de enfermería.

Es necesario que dentro de las políticas e intereses del sector salud, se empiecen a interesar sobre el fenómeno del sueño desde la parte biológica y cultural y como esta suma permite desarrollar hábitos saludables en el sueño lo que permitirá disminuir el impacto y la aparición de enfermedades principalmente psiquiátricas y la exacerbación de síntomas físicos que disminuyen la calidad de vida y el bienestar promoviendo una salud optima en los colombianos.

Anexo A: oficio No. UGI-0186-2010



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN

UGI-0186-2010

Bogotá D.C., 27 de Octubre de 2010

Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Apreciada profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, se permite dar aval desde los aspectos éticos al Proyecto de Investigación de Maestría en Enfermería "PRACTICAS DE CUIDADO POPULAR EN EL HABITO DE SUEÑO DE CUIDADORES ADULTOS MAYORES CON ALZHEIMER. BOGOTÁ, COLOMBIA" del estudiante Andrés Camargo Sánchez, directora profesora Nhora Cataño.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

c.c. Profesora Nhora Cataño

200 COLOMBIA
AÑOS DE INVESTIGACIÓN - 1810-2010

Carrera 30 # 45.03 Torre de enfermería Piso 8 Oficina 805
Conmutador: 57 (1) 31 65000 Extensión 17020
Telefax: 57 (1) 3165000 Extensión 17021
Correo visotol@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América
ciencia y tecnología para el país

Anexo B: Consentimiento Informado

PRÁCTICAS DE CUIDADO POPULAR EN EL HÁBITO DE SUEÑO DE CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON ALZHEIMER. 2011

Un enfermero profesional estudiante de la maestría de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Colombia está llevando a cabo una investigación que busca conocer más acerca de como las prácticas de populares del cuidador en su hábito de sueño. El propósito de este es estudiar y documentar más acerca de estas prácticas a la hora de acostarse y comportamientos en el hábito del sueño dando apoyo adicional para hacer frente a los comportamientos del cuidador de un persona con problemas de sueño teniendo en cuenta las creencias culturales en la población colombiana.

Su participación en este estudio es voluntaria y no tendrá ningún costo y no se le pagará por su participación. Usted es libre de participar, no habrá sanciones o perdidas de beneficios si usted no desea tomar parte del mismo. Si usted decide participar en este estudio, usted puede abandonarlo en cualquier momento.

Su participación es de gran importancia, pues permitirá comprender las perspectivas que usted tiene en torno a sus valores, creencias y prácticas en el hábito de sueño logrando integrar el concepto popular y el profesional, permitiendo abrir la mente a las creencias de otras personas, describirlas y derivar de ello innumerables fuentes de información e intervenciones desde enfermería y de igual manera los hallazgos encontrados se socializaran con usted.

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado en su casa (agradezco nos autorice ingresar a su casa para entrevistarla y tomar fotografías, aclarando que usted no saldrá en estas, ni algún dato o nomenclatura de su vivienda) y el investigador hará anotaciones en una libreta (Diario de campo) sobre las observación que el haga.

Las entrevistas serán grabadas y transcritas. La información que usted proporcione sólo será utilizada para los propósitos únicos de esta investigación. Su nombre no aparecerá en la transcripción de las entrevistas, se utilizarán seudónimos. Durante la entrevista, es

posible que usted se sienta incómodo tanto con las preguntas como con el investigador. Usted puede solicitar que finalice la entrevista en el momento que quiera, igualmente puede decidir que preguntas responde o no. Yo le daré una copia de este consentimiento para que usted la guarde en sus archivos. Sí usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio, contactar al enfermero Andrés Camargo Sánchez, persona que dirige esa investigación a los siguientes teléfonos (3112113000, 3713625) en Bogotá.

Consentimiento y firma

Yo acepto participar en este estudio. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y siento que todas mis inquietudes al respecto han sido resueltas. He recibido una copia de este consentimiento para guardarlo.

Nombre del participante: _____

Firma y Cédula: _____

Fecha: _____

.

Anexo C: Presupuesto

Recurso Humano:

INVESTIGADOR	CARGO	ESTUDIOS	DEDICACIÓN INVESTIGACIÓN	VALOR TOTAL
Andrés Camargo	Estudiante	Enfermero, (c) MSc	6 horas semana por doce meses	7.871.616
Nohra Cataño Ordoñez	Profesora Asociada	Enfermera, MSc	6 horas semana por doce meses	8.063.712

Insumos y Materiales:

MATERIAL	UNIDADES	VALOR UNIDAD (\$)	VALOR TOTAL (\$)
Papel carta 75 g	2 resmas	\$ 12.000	\$ 24.000
Cartuchos para impresora HP	1 cartuchos	\$ 70.000	\$ 70.000
Fotocopias	2500	\$ 50	\$ 125.000
CD regrabable	3	\$ 3.000	\$ 9.000
Lapiceros negros	20	\$ 1.000	\$ 20.000
Lápices negros	10	\$ 500	\$ 5.000
Folder AZ	4	\$ 5.000	\$ 20.000
Grabadora 2 GB	1	\$ 250.000	\$ 250.000
TOTAL			\$ 523.000

Anexo D: Cronograma

Actividad	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12
Recolección de información	X					
Transcripción y análisis	X	X				
Análisis		X	X	X		
Escritura del Manuscrito				X	X	
Socialización, entrega y publicación de resultados					X	X

Bibliografía

ACTON GJ. Health-promoting self-care in family caregivers. West J Nurs Res. 2002;24:73–86.

African-Americans Report the Busiest Bedtime Routines. 2010. Disponible en: <http://www.sleepfoundation.org/es/node/2078>.

ALDANA RENDÓN M. Jalisco-Sonora. Dos caminos distintos hacia la Revolución mexicana. Espiral. 2004: 10(30):139-182.

ALDANA, A, SAMUDIO D, GC, IRALA, E et al. Trastornos del sueño: prevalencia en población pediátrica en edad preescolar y escolar de área urbana. Pediatr. (Asunción).2006;33(1):20-25.

AMEZCUA, M y GALVEZ-TORO, A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Publica. 2002, vol.76, n.5:423-436

ANADON, Marta. La investigación llamada "cualitativa": de la dinámica de su evolución a los innegables logros y los cuestionamientos presentes. Invest. educ. enferm. 2008, vol.26, n.2: 198-211.

ANCOLI-ISRAEL S, GEHRMAN P, MARTIN JL, SHOCHAT T, MARLER M, COREY-BLOOM J, LEVI L. Increased light exposure consolidates sleep and strengthens circadian rhythms in severe Alzheimer's disease patients. Behav Sleep Med. 2003; 1(1):22-36.

ARBOLEDA GH, YUNIS JJ, PARDO R, GÓMEZ CM, HEDMONT D, ARANGO G, ARBOLEDA H. Apolipoprotein E genotyping in a sample of Colombian patients with Alzheimer's disease. Neurosci Lett. 2001 Jun 8;305(2):135-8.

ARGOTE LA, VÁSQUEZ ML. La dieta" como camino para asegurar un hijo sano: Una mirada desde el mundo urbano de las adolescentes. Revista Colombia Médica. 2005. 36(3s1), 2005:58-64

ASAYAMA K, YAMADERA H, ITO T, SUZUKI H, KUDO Y, ENDO S. Double blind study of melatonin effects on the sleep-wake rhythm, cognitive and non-cognitive functions in Alzheimer type dementia. *J Nippon Med Sch.* 2003 Aug;70(4):334-41.

ASCHBACHER K, VON KÄNEL R, DIMSDALE JE, PATTERSON TL, MILLS PJ, MAUSBACH BT, ALLISON MA, ANCOLI-ISRAEL S, GRANT I. Dementia severity of the care receiver predicts procoagulant response in Alzheimer caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006 Aug;14(8):694-703.

BEACH, SR; SCHULZ, R. WILLIAMSON, GM; MILLER, S; WEINER, MF; and. LANCE, CE. Risk Factors for Potentially Harmful Informal Caregiver Behavior. 2005. *J Am Geriatr Soc* 53:255-261.

BEERSMA DG, GORDIJN MC. Circadian control of the sleep-wake cycle. *Physiol Behav.* 2007 Feb- 28; 90(2-3):190-5. Epub 2006 Oct 18.

BEESON RA. Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003 Jun;17(3):135-43.

BILHAUT, AG. ...Soñar, recordar y vivir con eso. *Estud. atacam.* 2003;26: 61-70.

BILLIARD M, DAUVILLIERS Y. Idiopathic Hypersomnia. *Sleep Med Rev.* 2001 Oct;5(5):349-358.

BOERGERS J, KOINIS-MITCHELL D. Sleep and Culture in Children with Medical Conditions. *J Pediatr Psychol.* 2010 Mar 23. [Epub ahead of print].

BORREGO JC. Los trastornos del sueño en la práctica clínica: evaluación y tratamiento. *IATREIA.* 1989; 2 2(2):128-136.

BURGESS HJ, CROWLEY SJ, GAZDA CJ, FOGG LF, EASTMAN CI. Preflight adjustment to eastward travel: 3 days of advancing sleep with and without morning bright light. *J Biol Rhythms.* 2003 Aug;18(4):318-28.

CALLEJO-GALLEGO, J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2002. 76(5):409-422.

CAMARA CONDE N, CARRETERO ROMÁN J, GARCÍA POZO A, MENÉNDEZ RUBIERA M, SÁNCHEZ ALFONSO J, SEKADE GUTIÉRREZ N. Intervención de la enfermera especialista en salud mental para la prevención de trastornos de sueño por hábitos incorrectos del lactante. NURE Inv.2009; 6 (42):

CAMARGO-SÁNCHEZ A, OCHOA-MONTOYA MO. Efectos y consecuencias del trabajo nocturno en la salud de las enfermeras que trabajan en la Clínica de San Pedro Claver, 2006. Memorias del XVIII Coloquio de Investigación Nacional el Enfermería. Paipa, agosto de 2007.

CAMPOS EA. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5):1379-1387.

CARNEY CE, EDINGER JD, MORIN CM, MANBER R, RYBARCZYK B, STEPANSKI EJ, WRIGHT H, LACK L. Examining maladaptive beliefs about sleep across insomnia patient groups. J Psychosom Res. 2010 Jan;68(1):57-65.

CARLOS-SIERRA JC, JIMÉNEZ-NAVARRO C, MARTÍN-ORTIZ JD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Salud Mental. 2002; 25(6):35-42.

CASTILLO E, VASQUEZ ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med 2003; 34: 164-167.

CASTILLO FRANCO, A y MALDE CONDE, M^aA. Religious iconography in the rooms of hospitalization. Index Enferm. 2006; 15(55):18-21.

CERÓN-MIRELES P. Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la Ciudad de México. Revista Salud Pública de México;1997:39(1):2-10.

CÉSPEDES, EI. RODRÍGUEZ Karina. LLÓPIZ, Niurka y CRUZ Niurys. un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento. Rev Cubana Invest Biomed 2000;19(3):186-90.

CHANG AM, SCHEER FA, CZEISLER CA. The Human Circadian System Adapts to Prior Photic History. *J Physiol*. 2011 Jan 10. [Epub ahead of print].

CHAPUT JP, KLINGENBERG L, SJÖDIN A. Do all sedentary activities lead to weight gain: sleep does not. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2010 Nov;13(6):601-7.

CHEPESIUK R. Extrañando la oscuridad: los efectos de la contaminación lumínica sobre la salud. *Salud pública Méx*. 2010;52(5):470-477.

CHEYNE JA, GIRARD TA. Spatial characteristics of hallucinations associated with sleep paralysis. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2004;9(4):281-300.

CHICA-URZOLA HL, ESCOBAR-CORDOBA F, ECHEVERRY-CHABUR J. Clinical Evaluation of Hypersomnia. *rev.colomb.psiqui.*, Jan./Mar. 2004, vol.33, no.1, p.45-63.

Clínica de Memoria, Hospital Universitario San Ignacio, Diagnóstico clínico de las demencias, 1999.

COBAS COUTO E, FUERTES DE CASTRO M, VARELA FEAL N, FERNÁNDEZ PUENTE E, CASTRO PASTOR A, FERNÁNDEZ CAO MJ. Cuidado de los cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Enferm Cientif* 1996;166-167:43-45.

COLQUHOUN WP. Effects of personality on body temperature and mental efficiency following transmeridian flight. *Aviat Space Environ Med*. 1984 Jun; 55(6):493-6.

CONSALTER-GEIB LT. Moduladores dos hábitos de sono na infância. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007 set-out; 60(5): 564-8.

CONVERTINI, G Y TRIPODI, MR. Hábitos de sueño en menores de 2 años. *Arch. argent. pediatr*. 2007, vol.105, n.2:122-128 .

CRESPO, LM; CASABONA-MARTINEZ, I. Fenómenos Migratorios, Competencia Cultural y Cuidados de Salud. *Cultura de los Cuidados*.2006.20: 87- 9.

CROOG SH, BURLESON JA, SUDILOVSKY A, BAUME RM. Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging Ment Health*. 2006 Mar;10(2):87-100.

CSENDES A, BURDILES P. Bases científicas del tratamiento médico referente a dieta, hábitos y postura en pacientes con síndrome de reflujo gastroesofágico crónico. *Cir Esp*. 2007;81(2):64-69.

DAHL RE, EL-SHEIKH M. Considering sleep in a family context: introduction to the special issue. *J Fam Psychol*. 2007 Mar;21(1):1-3.

DANILENKO KV, WIRZ-JUSTICE A, KRÄUCHI K, WEBER JM, TERMAN M. The human circadian pacemaker can see by the dawn's early light. *J Biol Rhythms*. 2000 Oct; 15(5):437-46.

DAUVILLIERS Y. Insomnia in patients with neurodegenerative conditions. *Sleep Med*. 2007 Dec;8 Suppl 4:S27-34.

DEMENT W, VAUGHAN C. *The promise of sleep*. New York: 1999. Random House.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (DANE). *Proyecciones anuales de población por sexo, según grupos quinquenales de edad / 1985-2015*. 2006. Bogotá, Colombia.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (DANE). *Reporte demográfico nacional*. 2001. Bogotá, Colombia.

DEVON E. HINTON, DAVID J. HUFFORD, AND LAURENCE J. KIRMAYER *Culture and Sleep Paralysis*. *Transcultural Psychiatry*. 2005; 42:5-10.

DOLCI C, MONTARULI A, ROVEDA E, BARAJON I, VIZZOTTO L, GRASSI ZUCCONI G, CARANDENTE F. Circadian variations in expression of the trkB receptor in adult rat hippocampus. *Brain Res*. 2003 Dec 19; 994(1):67-72.

DOLJANSKY JT, KANNETY H, DAGAN Y. Working under daylight intensity lamp: an occupational risk for developing circadian rhythm sleep disorder? *Chronobiol Int.* 2005;22(3):597-605.

DONOSO, A. La enfermedad de Alzheimer. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2003. 41(suppl.2):13-22.

DRIESSNACK, Martha; SOUSA, Valmi D. and MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007, vol.15, n.4. 684-688.

EGURZA M. I. y NOTIVOL P., La enfermera en la asistencia sanitaria al anciano. *Anales* 1999. 22(1):9-17.

ELENA MIRÓ, MARÍA DEL CARMEN CANO-LOZANO, GUALBERTO BUELA-CASAL. Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 2005, No. 14, 11-27

ELLIOTT AF, BURGIO LD, DECOSTER J. Enhancing caregiver health: findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Jan;58(1):30-7.

ESCOBAR-CORDOBA F. Medicina del sueño. Una nueva especialidad. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.*1999;47(1):26-31.

ESCOBAR-CORDOBA F, CHICA-URZOLA HL, CUEVAS-CENDALES F. Sleep disorders related to the female menopause and their treatment. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, Apr./June 2008: 59(2):131-139.

ESCOBAR-CÓRDOBA F, ESLAVA-SCHMALBACH J, FOLINO J. Síntomas de estrés postraumático y trastornos del sueño en un grupo de mujeres adultas de Bogotá. *Univmed.* 2008; 49: 29-45.

ESCOBAR-CÓRDOBA F, FOLINO JO, ESLAVA-SCHMALBACH J. Calidad de sueño en mujeres víctimas de asalto sexual en Bogotá. *Rev.fac.med.unal.* 2006 Mar;54(1): 12-23.

FERNANDEZ AMEZAGA, J. y ROSANES GONZALEZ, R.. Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Medifam. 2002;12(1):46-57.

FERNÁNDEZ CONDE A, VÁZQUEZ SÁNCHEZ E. El sueño en el anciano. Atención de enfermería. Enfermería Global. 2007;10: 1-17.

FERNÁNDEZ-GARCÍA, V. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. Rev Enferm IMSS 2006; 14 (1): 51-55

FERRARA M, LANGIANO E, DI BRANGO T, DE VITO E, DI CIOCCIO L, BAUCO C. Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. Health Qual Life Outcomes. 2008 Nov 6;6:93.

FETVEIT A, BJORVATN B. The effects of bright-light therapy on actigraphical measured sleep last for several weeks post-treatment. A study in a nursing home population. J Sleep Res. 2004 Jun; 13(2):153-8.

FETVEIT A, SKJERVE A, BJORVATN B. Bright light treatment improves sleep in institutionalised elderly--an open trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2003 Jun; 18(6):520-6.

FILLAT DE ACOSTA L. Protocolo de actuación preventiva para riesgo debido a alteraciones del ritmo circadiano en médicos de urgencias que trabajan en turnos de 24 horas. Med. segur. trab. 2009;55(217):65-74.

FLORES-LOZANO JA, ADEVA-CÁRDENAS J, GARCÍA MC, GÓMEZ-MARTÍN MP. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Jano 1997;3(1218):261-72.

FORERO DA, ARBOLEDA G, YUNIS JJ, PARDO R, ARBOLEDA H. Association study of polymorphisms in LRP1, tau and 5-HTT genes and Alzheimer's disease in a sample of Colombian patients. J Neural Transm. 2006;113(9):1253-62.

FORMENT-FERNÁNDEZ MM. Las nociones de derecha e izquierda y las creencias a ellas asociadas en español y en griego: un caso de "universal cultural" con repercusiones fraseológicas. Notas y estudios filológicos. 1999;14:77-106.

FOSTER RG, WULFF K. The rhythm of rest and excess. *Nat Rev Neurosci.* 2005 May;6(5):407-414.

GABELLE A, DAUVILLIERS Y. Editorial: sleep and dementia. *J Nutr Health Aging.* 2010;14(3):201-2.

GARCIA GAVIDIA N, VALBUENA C. Cuando cambian los sueños. La cultura wayúu frente a las iglesias evangélicas. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales.* 2004; 20(43):3-11.

GAY CL, LEE KA, LEE SY. Sleep patterns and fatigue in new mothers and fathers. *Biol Res Nurs.* 2004 Apr;5(4):311-8.

GIANNOTTI F, CORTESI F. Family and cultural influences on sleep development. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009 Oct;18(4):849-61.

GIGER, J. N., & DAVIDHIZAR, R. E. (1995). *Transcultural nursing assessment and intervention* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby Yearbook.

GIL TG, GIMENO LM, GONZÁLEZ RL. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15 (1): 155-61.

GOLOMBEK DA. Sleep is rhythm (and the rhythm, rhythm is). *Vertex.* 2007 Jul-Aug; 18(74):283-7.

GONZALEZ CONSUEGRA RV , ZAGO MMF. Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004,;12(spe):412-419.

GRAF A, WALLNER C, SCHUBERT V, WILLEIT M, WLK W, FISCHER P, KASPER S, NEUMEISTER A. The effects of light therapy on mini-mental state examination scores in demented patients. *Biol Psychiatry.* 2001 Nov 1; 50(9):725-7.

GRANDNER MA, DRUMMOND SP. Who are the long sleepers? Towards an understanding of the mortality relationship. *Sleep Med Rev.* 2007 Oct;11(5):341-60.

GUARIN-BERRIO, Gladys and CASTRILLON AGUDELO, María Consuelo. The world of the nurse: "Here we never rest". *Care context. Invest. educ. enferm.* 2009, 27(2):226-234.

HAENSCH D. Anglicismos en el español de América. *Estudios de lingüística.* 2005: 19; 243-252.

HAUS E. Chronobiology in the endocrine system. *Adv Drug Deliv Rev.* 2007 Aug 31; 59(9-10):985-1014. Epub 2007 Jul 14.

HERNANDEZ FERNANDEZ C. Importancia de la nocturia y su impacto en la calidad del sueño y en la calidad de vida en el paciente con hiperplasia benigna de próstata. *Actas Urol Esp.* 2007; 31(3): 262-269.

HERNANDEZ, LM. Gestation: Preparation process of a woman for her baby's birth. *av.enferm.* 2008, 26(1):97-102.

HINTON DE, PICH V, CHHEAN D, POLLACK MH. 'The ghost pushes you down': sleep paralysis-type panic attacks in a Khmer refugee population. *Transcult Psychiatry.* 2005 Mar;42(1):46-77.

HOECKER JL. Adolescent sleep deprivation. *Indian Pediatr.* 2008 Mar;45(3):181-2.

HODGSON LA. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. *J Adv Nurs.* 1991 Dec; 16(12):1503-10.

HOLLAN D. The influence of culture on the experience and interpretation of disturbing dreams. *Cult Med Psychiatry.* 2009 Jun;33(2):313-22.

HOLMBÄCK U, LOWDEN A, AKERFELDT T, LENNERNÄS M, HAMBRAEUS L, FORSLUND J, AKERSTEDT T, STRIDSBERG M, FORSLUND A. The human body may buffer small differences in meal size and timing during a 24-h wake period provided energy balance is maintained. *J Nutr.* 2003 Sep;133(9):2748-55.

HUAMANÍ C, MARTÍNEZ A, MARTÍNEZ C Prevalencia y presentación de la parálisis del sueño en estudiantes de Medicina Humana de la UNMSM. *An Fac Med Lima.* 2006; 67(2):168-172.

IRANZO A. El trastorno de conducta durante el sueño REM. *Vigilia-Sueño*. 2006;18(2):81-87.

ITO T, YAMADERA H, ITO R, ENDO S. Effects of bright light on cognitive disturbances in Alzheimer-type dementia. *Nippon Ika Daigaku Zasshi*. 1999 Aug; 66(4):229-38.

IWATA S, IWATA O, IEMURA A, IWASAKI M, MATSUIISHI T. Determinants of sleep patterns in healthy Japanese 5-year-old children. *Int J Dev Neurosci*. 2010 Sep 29. [Epub ahead of print].

JENNI OG, O'CONNOR BB. Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics*. 2005 Jan;115(1 Suppl):204-16.

JIMÉNEZ-GENCHI A, DÍAZ MA. El insomnio en la práctica médica. *Rev Fac Med UNAM*. 2000;43(2): 46-48.

JIMÉNEZ-GENCHI A, AVILA-RODRÍGUEZ VM, SÁNCHEZ-ROJAS F, TERREZ BE, NENCLARES-PORTOCARRERO A. Sleep paralysis in adolescents: the 'a dead body climbed on top of me' phenomenon in Mexico. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Aug;63(4):546-9.

JONES KE, OTTEN JJ, JOHNSON RK, HARVEY-BERINO JR. Removing the bedroom television set: a possible method for decreasing television viewing time in overweight and obese adults. *Behav Modif*. 2010 Jul;34(4):290-8.

KALIA M. Neurobiology of sleep. *Metabolism*. 2006 Oct; 55(10 Suppl 2):S2-6.

KAUFER DI, BORSON S, KERSHAW P, SADIK K. Reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease by treatment with galantamine. *CNS Spectr*. 2005. 10(6):481-8.

KOPP C, LONGORDO F, NICHOLSON JR, LÜTHI A. Insufficient sleep reversibly alters bidirectional synaptic plasticity and NMDA receptor function. *J Neurosci*. 2006 Nov 29; 26(48):12456-65.

KOYAMA E, MATSUBARA H, NAKANO T. Bright light treatment for sleep-wake disturbances in aged individuals with dementia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999 Apr; 53(2):227-9.

LAPOSKY AD, BASS J, KOHSAKA A, TUREK FW. Sleep and circadian rhythms: key components in the regulation of energy metabolism. *FEBS Lett.* 2008 Jan 9; 582(1):142-51.

LEE D, MORGAN K, LINDESAY J. Effect of institutional respite care on the sleep of people with dementia and their primary caregivers. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Feb;55(2):252-8.

LEININGER M. *Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing.* National League for Nursing, 1991; (15):2402.

LEININGER M. *Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practices.* 2a ed. New York: McGraw-Hill; 1995.

LEININGER MM. What is transcultural nursing and culturally competent care? *J Transcult Nurs.* 1999. 10(1):9.

LEVI F, SCHIBLER U. Circadian rhythms: mechanisms and therapeutic implications. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2007; 47:593-628.

LEWGOY B. Etnografía da leitura num grupo de estudos espírita. *Horiz. antropol.* 2004; 10(22):255-282.

Libro censo general 2005, disponible en: <http://www.dane.gov.co>

LILLO CRESPO M, VIZCAYA MORENO F; DOMINGUEZ SANTAMARIA JM, GALAO MALO R. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. *Index Enferm.* 2004, vol.13, n.44-45: 47-50.

LIU X, LIU L, OWENS JA, KAPLAN DL. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics.* 2005 Jan;115(1 Suppl):241-9.

LOPEZ GIL, M^a Jesús et al. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam.* 2009. 2(7):332-339.

LORENA TERESINHA CONSALTER G. Moduladores dos hábitos de sono na infância. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5): 564-8.

Los siete saberes necesarios a la educación del futuro. París. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO.

LOUIS J, GOVINDAMA Y. Sleep problems and bedtime routines in infants in a cross cultural perspective. Arch Pediatr. 2004 Feb;11(2):93-8.

LOZANO JA. Clasificación, prevención y tratamiento del insomnio. 2005. Offarm: Farmacia y Sociedad; Mar; 22 (3):84-89.

LUCCHESI LM, PRADELLA-HALLINAN M, LUCCHESI M, MORAES WA. Sleep in psychiatric disorders. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(Suppl 1):27-32.

MANNION E. Alzheimer's disease: the psychological and physical effects of the caregiver's role. Part 1. Nurs Older People. 2008 May;20(4):27-32.

MARÍN-AGUDELO HA, VINACCIA S. Contribuciones desde la medicina comportamental del sueño al manejo de la somnolencia excesiva diurna. Psicología desde el Caribe. 2005. Universidad del Norte. Nº 15: 95-116.

MARTÍN DE DORIA C. ¿Juan Sin Miedo o Giovannin Senza Paura? ¿Lo Sciocco Senza Paura o el mozo que quería aprender lo que es el miedo? ¿Escoger o contrastar?. Espéculo. Revista de estudios literarios. Universidad Complutense de Madrid. 2002. 20(8).

MARTIN JL, ANCOLI-ISRAEL S. Sleep disturbances in long-term care. Clin Geriatr Med. 2008 Feb;24(1):39-50

MARTINEZ CEPERO, Félix Ernesto. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. Rev Cubana Enfermer. 2009. 25(3-4):0-0.

MARTINEZ-QUEROL C; PEREZ-MARTINEZ, VT.; CARBALLO-PEREZ, M y VARONA-HERRERA, G. Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005, vol.21(3-4):0-0

McCURRY SM, ANCOLI-ISRAEL S. Sleep Dysfunction in Alzheimer's Disease and Other Dementias. *Curr Treat Options Neurol*. 2003 May;5(3):261-272.

McCURRY SM, LOGSDON RG, TERI L, VITIELLO MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications. *Sleep Med Rev*. 2007;11(2):143-53.

McCURRY SM, LOGSDON RG, VITIELLO MV, TERI L. Treatment of sleep and nighttime disturbances in Alzheimer's disease: a behavior management approach. *Sleep Med*. 2004 Jul; 5(4):373-7.

McCURRY SM, VITIELLO MV, GIBBONS LE, LOGSDON RG, TERI L. Factors associated with caregiver reports of sleep disturbances in persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Feb;14(2):112-20.

McKIBBIN CL, ANCOLI-ISRAEL S, DIMSDALE J, ARCHULETA C, VON KANEL R, MILLS P, PATTERSON TL, GRANT I. Sleep in spousal caregivers of people with Alzheimer's disease. *Sleep*. 2005 Oct 1;28(10):1245-50.

McHALE SM, KIM JY, KAN M, UPDEGRAFF KA. Sleep in Mexican-American Adolescents: Social Ecological and Well-Being Correlates. *J Youth Adolesc*. 2010 Jul 29. [Epub ahead of print].

McNALLY RJ, CLANCY SA. Sleep paralysis, sexual abuse, and space alien abduction. *Transcult Psychiatry*. 2005 Mar;42(1):113-22.

MELGUIZO-HERRERA, S. ALZATE-POSADA, ML. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av.enferm*. 2008. 26(1): 112-123

MELGUIZO-HERRERA E, ALZATE-POSADA ML. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. *Av. Enferm*. 2010;28(n.esp):61-72.

MILAN S, SNOW S, BELAY S. The context of preschool children's sleep: racial/ethnic differences in sleep locations, routines, and concerns. *J Fam Psychol*. 2007 Mar;21(1):20-8.

MINDELL JA, SADEH A, KOHYAMA J, HOW TH. Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. *Sleep Med.* 2010 Apr;11(4):393-9.

MINGUEZ-ARIAS, J. Antropología de los cuidados. *Rev. Cultura de los cuidados* 2000. 7 y 8:102-106.

MIRO E, CANO-LOZANO MC, BUELA-CASAL G. Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología.* 2005;14:11-27.

MIRÓ E., IÁÑEZ MA, CANO MC. Patrones, de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica/International.* 2002;2:301-326.

MIRO E, MARTINEZ P, ARRIAZA R. Influencia en la calidad y cantidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. *Salud Mental.* 2006; 29(2):30-37.

MOGRASS MA, GUILLEM F, STICKGOLD R. Individual differences in face recognition memory: comparison among habitual short, average, and long sleepers. *Behav Brain Res.* 2010 Apr 2;208(2):576-83.

MONK TH, LENG VC. Interactions between inter-individual and inter-task differences in the diurnal variation of human performance. *Chronobiol Int.* 1986; 3(3):171-7.

MORAN M, LYNCH CA, WALSH C, COEN R, COAKLEY D, LAWLOR BA. Sleep disturbance in mild to moderate Alzheimer's disease. *Sleep Med.* 2005 Jul; 6(4):347-52.

MORGAN L, HAMPTON S, GIBBS M, ARENDT J. Circadian aspects of postprandial metabolism. *Chronobiol Int.* 2003 Sep;20(5):795-808.

MORILLO ARAPÉ AJ, PAZ REVEROL CL. Los sueños y su importancia en el pronóstico y tratamiento de la vivienda de los wayuu en Venezuela. *Gazeta de Antropología.* 2008;24(2):1-15.

MROSOVSKY N, REEBS SG, HONRADO GI, SALMON PA. Behavioural entrainment of circadian rhythms. *Experientia.* 1989 Aug 15; 45(8):696-702.

MUÑOZ, L. ALZATE-POSADA, ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colomb Med* 2007; 38 (Supl 2): 98-104.

NATALE V, ADAN A, FABBRI M. Season of birth, gender, and social-cultural effects on sleep timing preferences in humans. *Sleep*. 2009 Mar 1;32(3):423-6.

NIÑO VARGAS JC. Oniromancia y perspectiva entre los ette del norte de Colombia. *Maguaré*. 2006. 20:13-38.

NOMBELA C, SÁNCHEZ-GASCÓN F. MALIÁ D, ROS JA, CASTELL P, JIMÉNEZ,J. Menopausia y sueño. 2004; 4:1-10.

NUNES ML. Sleep disorders. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2002;78(suppl):63-72 .

O'HARA R. Stress, aging, and mental health. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Apr;14(4):295-8.

OHTA H, XU S, MORIYA T, IIGO M, WATANABE T, NAKAHATA N, CHISAKA H, HANITA T, MATSUDA T, OHURA T, KIMURA Y, YAEGASHI N, TSUCHIYA S, TEI H, OKAMURA K. Maternal feeding controls fetal biological clock. *PLoS One*. 2008 Jul 2; 3(7):e2601.

ORELLANA O, GARCÍA L, ALVITES J, SALAZAR M, SOTELO L, SOTELO N, MALAVER C, YANAC E, CHÁVEZ H, ORELLANA D, RIVERA J. Representaciones sociales sobre el psicólogo en profesores de la educación básica pública y privada de lima (costa) y provincias (sierra y selva). *Revista de Investigación en Psicología*. 2008. 11(2):41-54.

ORTEGA FB, CHILLÓN P, RUIZ JR, DELGADO M, ALBERS U, ALVAREZ-GRANDA JL, MARCOS A, MORENO LA, CASTILLO MJ. Sleep patterns in Spanish adolescents: associations with TV watching and leisure-time physical activity. *Eur J Appl Physiol*. 2010 Oct;110(3):563-73. Epub 2010 Jun 17.

OWENS JA. Introduction: Culture and sleep in children. *Pediatrics*. 2005 Jan;115(1 Suppl):201-203.

PARDO LOZANO R, ALVAREZ GARCÍA Y, BARRAL TAFALLA D, FARRÉ ALBALADEJO, M. Título: Cafeína: un nutriente, un fármaco o una droga de abuso. Adicciones. 2007; 19(3): 225-238.

PEATE I. Strategies for coping with shift work. Nurse Stand. 2007 Oct 3-9; 22(4):42-5.

PEÓN-SÁNCHEZ MJ. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el "síndrome del cuidador." Enfermería Científica. 2004; 264-265:16-22.

PÉREZ-PÉREZ H, PÉREZ-LORENSU PJ, DE JUAN-HERNÁNDEZ P. Hypnopompic sleep paralysis with hallucinations and exploding brain syndrome: an infrequent association. Rev Neurol. 2010 Aug 16;51(4):255-6.

PIRES F. O que as crianças pequenas pensam sobre religião – reflexões a partir do trabalho de campo em Catingueira/ PB ("What do small children think about religion – reflections drawn from a fieldwork research in Catingueira/ Paraíba/ Brazil"). Encontros do Religare (UFPB). 2008;4:45-58.

PROSPERO-GARCÍA O, DRUCKER-COLIN R. Control neural del ciclo vigilia sueño: mecanismos neurofisiológicos y neuroquímicos. Factores inductores del sueño. In Ramos-Platón, MJ, ed. Sueño y procesos cognitivos. Madrid: Síntesis; 1996:31-60.

QUINTANA, A. Y MONTGOMERY, W. (Eds.) (2006). Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM:18-21.

RECIO J, MÍGUEZ JM, BUXTON OM, CHALLET E. Synchronizing circadian rhythms in early infancy. Med Hypotheses. 1997 Sep; 49(3):229-34.

REESINK ML. "Rogai por nós": a prece no catolicismo brasileiro à luz do pensamento maussiano. Relig. soc. 2009; 29(2):29-57.

REPPERT SM. Cellular and molecular basis of circadian timing in mammals. Semin Perinatol. 2000 Aug; 24(4):243-6.

Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Bogotá 2007, disponible en:

<http://www.dane.gov.co/>

RIBOT DE FLORES S, VARGUILLAS CARMONA CS. Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*.2007;13(23):249-262.

RIEMERSMA-VAN der Lek RF, SWAAB DF, TWISK J, HOL EM, HOOGENDIJK WJ, VAN SOMEREN EJ. Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008. 11;299(22):2642-55.

ROBLES A, DEL SER T, ALOM J, PENA-CASANOVA J. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. 2002.17(1): 17-32.

RODRIGUEZ-DIEGUEZ JL. La técnica de los grupos de diagnóstico como procedimiento de evaluación de un currículo en cambio. *Profesorado*. 1997. 1(1):25-32.

RODRÍGUEZ SILVA E; DELUCCHI MA, CANO SCHUFFENEGER F; WOLFF PEÑA E. Acetato de desmopresina en niños enuréticos resistentes a terapias convencionales. *Rev. chil. Pediatr*. 2005;66(3):136-139.

ROENNEBERG T, KUEHNLE T, JUDA M, KANTERMANN T, ALLEBRANDT K, GORDIJN M, MERROW M. Epidemiology of the human circadian clock. *Sleep Med Rev*. 2007 Dec; 11(6):429-38. Epub 2007 Nov 1.

ROHRBACH-VIADAS, C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los cuidados*. 1998. 2(3):41-45.

ROHRBACH-VIADAS, C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los cuidados*. 1998, 4 (2):1138-1728

ROIG, M., ABENGÓZAR, M. Y SERRA, E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 1998. 14 (2): 215-227.

ROSELL-ANTON. El ronquido enojo social. *Seminario Medico*. 2007; 59(1):13-35.

ROWE MA, MCCRAE CS, CAMPBELL JM, BENITO AP, CHENG J. Sleep pattern differences between older adult dementia caregivers and older adult noncaregivers using objective and subjective measures. *J Clin Sleep Med*. 2008 Aug 15;4(4):362-9.

ROWE MA, MCCRAE CS, CAMPBELL JM, BENITO AP, CHENG J. Sleep pattern differences between older adult dementia caregivers and older adult noncaregivers using objective and subjective measures. *J Clin Sleep Med*. 2008 Aug 15;4(4):362-9.

RUIZ C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de Psicología*. 2007; 23(1):109-117.

RUIZ MORALES FC. Algunas expresiones de la muerte en la cultura popular tradicional Andaluza. *Actas de las Iª jornadas de Religiosidad Popular: Almería*.1996: 173-187.

VILLÓ SIREROL I, KHEIRI AMIN T, MORA RODRÍGUEZ C, SAUCEDO FRUTOS M, PRIETO Y. Hábitos del sueño en niños. *Anales de Pediatría*. 2002; 57(2):127-30.

SALA H, NIGRO C, RABEC C, GUARDIA A, SIMURRA M. Consenso argentino de trastornos respiratorios vinculados al sueño. *MEDICINA (Buenos Aires)*. 2001;61(6): 903-907.

SÁNCHEZ, M HERRERA, FE. SOCARRAS, ME. El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo crónico. *Revista Ciencia y Cuidado*, 2008. 5(1):74-85.

SCHOMERUS C, KORF HW. Mechanisms regulating melatonin synthesis in the mammalian pineal organ. *Ann N Y Acad Sci*. 2005 Dec; 1057:372-83.

SHUA AM. La cama o la vida. *Anales de Literatura Hispanoamericana*. 2007; 36: 321-323.

SHOCHAT T, MARTIN J, MARLER M, ANCOLI-ISRAEL S. Illumination levels in nursing home patients: effects on sleep and activity rhythms. *J Sleep Res.* 2000 Dec;9(4):373-9.

SIEGEL JM. Clues to the functions of mammalian sleep. *Nature.* 2005 Oct 27; 437(7063):1264-71.

SPECTOR RE. Las culturas de la salud; traducción y adaptación, Ma José Muñoz Reig., Spector, Rachel E, 2002: 193.

SPECTOR RE. Enfermería de cuidados culturales. *Cultura de los cuidados.* 2002, Año VI. N.º 11: 5-10.

SPECTOR, RE. Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Cultura de los cuidados.* 1999. 3(6):66-79.

SPINELLI H. TESTA M. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo: Recorrido de la Planificación en América Latina. *Salud colectiva.* 2005. 1(3):323-335.

SPRADLEY J. *The Ethnographic Interview*, New York, Holt Rinehart&Winston, 1979.

STAMATAKIS KA, BROWNSON RC. Sleep duration and obesity-related risk factors in the rural Midwest. *Prev Med.* 2008 May;46(5):439-44. Epub 2007 Nov 22.

TAVERAS EM, HOHMAN KH, PRICE S, GORTMAKER SL, SONNEVILLE K. Televisions in the bedrooms of racial/ethnic minority children: how did they get there and how do we get them out? *Clin Pediatr (Phila).* 2009 Sep;48(7):715-719.

Territorio y cultura del campo a la ciudad: últimas tendencias en teoría y método: memorias 1er Seminario Internacional sobre territorio y cultura, Manizales, Colombia, octubre de 1999. Editorial Abya Yala, 1999: 11-15.

TIKOTZKY L, SADEH A. The role of parents in the development of infant sleep patterns. *Harefuah.* 2009 May;148(5):342-8.

TORRES C J., MUELA JA, PELÁEZ EM, HUERTAS J, LEAL A. Parentesco, estructura familiar y carga percibida en cuidadores de Alzheimer. Revista Psiquiatria.com. 2001, vol.2

VALENTIN SR. Commentary: Sleep in German infants--the "cult" of independence. Pediatrics. 2005 Jan;115(1 Suppl):269-71.

TIRADO ALTAMIRANO F, BARBANCHO CISNEROS FJ, HERNANDEZ LM, SANTOS VELASCO, J. Repercusión de los hábitos televisivos sobre la actividad física y el rendimiento escolar de los niños (I). Rev Cubana Enfermer. 2004;20(2):1-1.

VAN LITSENBURG RR, WAUMANS RC, VAN DEN BERG G, GEMKE RJ. Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: a population-based study. Eur J Pediatr. 2010 Mar 1. [Epub ahead of print]

VÁSQUEZ ML. El cuidado cultural adecuado: de la investigación a la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 315-322.

VIZCARRA ESCOBAR D. Evolución histórica de los métodos de investigación en los trastornos del sueño. Rev Med Hered. 2000; 11(4): 136-143.

VOSS U, TUIN I. Integration of immigrants into a new culture is related to poor sleep quality. Health Qual Life Outcomes. 2008 Aug 10;6:61.

VOSS U. Functions of sleep architecture and the concept of protective fields. Reviews Neurosciences 2004;15:33-46.

WEHBE-ALAMAH H. Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture care modes. Contemp Nurse. 2008 Apr;28(1-2):83-97.

WIESENFELD, E (comp). (1994) Contribuciones iberoamericanas a la psicología ambiental. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades. Caracas. Venezuela.

WELLES-NYSTROM B. Co-sleeping as a window into Swedish culture: considerations of gender and health care. *Scand J Caring Sci.* 2005 Dec;19(4):354-60.

WILLETTE-MURPHY, K; TODERO, C; YEAWORTH, R. Mental health and sleep of older wife caregivers for spouses with alzheimer's disease and related disorders. *Issues in mental health nursing*, 27:837-852, 2006.

WORTHMAN CM, BROWN RA. Companionable sleep: social regulation of sleep and cosleeping in Egyptian families. *J Fam Psychol.* 2007 Mar;21(1):124-35.

WU YH, SWAAB DF. Disturbance and strategies for reactivation of the circadian rhythm system in aging and Alzheimer's disease. *Sleep Med.* 2007;8(6):623-36.

YAMADERA H, ITO T, SUZUKI H, ASAYAMA K, ITO R, ENDO S. Effects of bright light on cognitive and sleep-wake (circadian) rhythm disturbances in Alzheimer-type dementia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2000 Jun;54(3):352-3

YAMAGUCHI H, MAKI Y, YAMAGAMI T. YAMAGUCHI FOX-PIGEON. Imitation Test: A Rapid Test for Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2010 Apr 6;29(3):254-258.

ZISBERG A, GUR-YAISH N, SHOCHAT T. Contribution of routine to sleep quality in community elderly. *Sleep.* 2010 Apr 1;33(4):509-14.