

Percepción y manejo del insomnio desde los pacientes y profesionales en atención primaria: un abordaje cualitativo

Patient and primary health care's perception and management of insomnia: a qualitative research

Autora: Sandra Rocha de la Fuente (1)
Dirección de contacto: sandra.rochaf.92@gmail.com
Tutor: Ana Palmar Santos (2)
Fecha recepción: 15/06/2017
Aceptado para su publicación: 18/09/2017
Fecha de la versión definitiva: 17/05/2018

Resumen

Entre los trastornos del sueño, el trastorno de insomnio es uno de los que con mayor prevalencia se presenta. No obstante, su manejo actual se trata de un proceso que se encuentra excesivamente medicalizado y, por tanto, invisibilizado. **Objetivo:** Comprender la percepción del insomnio por parte de las personas que lo padecen y los profesionales que les atienden en el sistema madrileño de salud para así poder profundizar en las barreras que limitan el acceso y su manejo en el primer nivel asistencia. **Metodología:** estudio cualitativo, enmarcado en la corriente constructivista, llevándose a cabo entrevistas en profundidad con los pacientes y grupos de discusión con los profesionales. Las entrevistas se realizarán a personas mayores de edad, diagnosticadas de insomnio y que hayan recibido tratamiento para el insomnio en su centro de salud de la Comunidad de Madrid. Por otra parte, los grupos de discusión integrarán profesionales de enfermería y de medicina que trabajen en centros de salud de la Comunidad de Madrid y que atiendan en sus consultas casos de insomnio. El análisis de los datos se llevará a cabo mediante el análisis de las transcripciones de las entrevistas y de los grupos de discusión, extrayéndose categorías y estableciéndose comparaciones entre los datos a varios niveles de significado.

Palabras clave

Investigación Cualitativa; Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño; Atención Primaria; Conducta de Búsqueda de Ayuda; Sueño.

Abstract

Insomnia is a sleep disorder with a high-level prevalence. Nevertheless, its current management is a process excessively "medicalized" and invisible. **Aim:** to understand the insomnia perception of people who suffer it and the insomnia perception of primary health care professionals who take care for these people at Madrid Healthcare System. And also, to study in depth the barriers that impede the access to and its approach at our primary health care level. **Methods:** it is a qualitative research under the constructivist perspective. We will conduct in-depth interviews with the patients and discussion groups with the professionals. We will interview people who fulfill these criteria: being of legal age, having been diagnosed insomnia and having received treatment for insomnia at their Madrid Autonomous Community's primary health care center. On the other hand, the discussion groups will be composed of nurse and medicine professionals who work at a Madrid Autonomous Community's primary health care center and who attend insomnia cases at their office. The data analysis will be done analyzing the interview and the discussion group transcriptions. We will draw categories and comparisons from the data at different levels.

Key words

Qualitative Research; Sleep Initiation and Maintenance Disorders; Primary Health Care; Help-Seeking Behavior; Sleep.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Graduada en enfermería por la Universidad Autónoma de Madrid; (2) Profesora Contratada Doctora Departamento de Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid (Madrid, España)

INTRODUCCIÓN

El sueño es una actividad vital e indispensable que ocupa aproximadamente la tercera parte de la vida del ser humano. Actualmente se está observando una tendencia cada vez más marcada hacia la disminución progresiva de las horas de sueño, a una media de seis horas por noche, lo que podría ser un reflejo de una serie de cambios en la sociedad actual, hacia un estilo de vida cada vez más acelerado (1-3). Un hábito de sueño inadecuado de forma continuada va a suponer un factor de riesgo para la salud, con consecuencias negativas con repercusión tanto a nivel fisiológico (4-6), como a nivel cognitivo y emocional (7), así como repercusiones en la calidad de vida y la esfera social (8-10).

Los trastornos del sueño se encuentran recogidos en varias clasificaciones diagnósticas, siendo la que tiene un uso más extendido la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente en su quinta edición, el DSM-5. Dentro de los trastornos del sueño, el trastorno de insomnio es uno de los que mayor prevaencia presenta, y viene definido como una insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño, asociado a la presencia de dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantenerlo y/o despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir (11). La etiqueta diagnóstica de insomnio también se encuentra recogida en la NANDA, la cual lo define como: "trastorno en la cantidad y la calidad del sueño que deteriora el funcionamiento" (12). Los estudios sobre su prevalencia reflejan resultados muy variados debido a los múltiples criterios que se han tenido en cuenta para su estudio. En España, encontramos una prevalencia media del 20,8% en relación a los síntomas de insomnio y una prevalencia media del 6,4% en cuanto al diagnóstico de insomnio (13).

En cuanto a su abordaje terapéutico, se realiza principalmente en el ámbito del primer nivel asistencial, siendo el objetivo principal de su tratamiento la mejora del nivel de satisfacción en relación con el sueño, centrándose en intervenciones que lo promuevan positivamente. En la actualidad, se considera la primera línea de tratamiento del insomnio crónico la intervención cognitivo-conductual, considerándose también beneficiosa la unión del tratamiento farmacológico junto con medidas de higiene del sueño e intervención psicológica (14,15). La intervención cognitivo-conductual se divide en cinco niveles (16), siendo los dos primeros los que pueden ser llevados a cabo en Atención Primaria. El primer nivel serían recursos que pueden ser usados de manera autónoma por el individuo, como DVDs

o páginas Web. Y en el segundo nivel, se encuentra la intervención cognitivo-conductual impartida por un profesional sanitario entrenado no especializado, como puede ser el profesional de enfermería de atención primaria (16). En relación con este tipo de intervenciones, se dispone de algunos estudios recientes que muestran la eficacia de las medidas psicoeducativas impartidas por profesionales de la salud de Atención Primaria (17-19).

Sin embargo, se ha visto que el tratamiento que principalmente se dispensa en los centros de salud es el tratamiento farmacológico y la información sobre las normas de higiene del sueño, siendo muy poco extendido el uso de intervenciones cognitivo-conductuales (8,20,21). Además, en un estudio llevado a cabo por López et al., se pone de manifiesto que el registro de la valoración y el tratamiento de las personas que padecen insomnio se realiza en pocas ocasiones y también es reducido el número de personas cuyo tratamiento recibe seguimiento, medida que resulta indispensable, pues el consumo de fármacos para el sueño se debe ir reduciendo paulatinamente (10). Los resultados de este estudio son acordes con lo reflejado por Azparren y García, los cuales resaltan la necesidad de que la pauta de prescripción, especialmente en el caso de las benzodiazepinas, vaya acompañada de una pauta para su deprescripción (pauta para su retirada progresiva), señalando también, que la ausencia de estas medidas ha sido, por lo general, un problema en nuestro sistema de salud (22).

Otro aspecto a destacar es la invisibilidad de este proceso, ya que solo en torno a un tercio de la población que presenta este problema, acude al servicio de Atención Primaria en busca de ayuda (14,21,23). Esto supone un problema, pues los procesos agudos pueden conllevar con facilidad al desarrollo de un proceso de insomnio crónico, o bien puede tratarse de un síntoma de otro trastorno del sueño o puede ser la manifestación prodrómica de un trastorno psiquiátrico, como el trastorno depresivo (24,25). Para poder comprender el motivo de esta falta de consulta, en una revisión narrativa llevada a cabo por Cheung et al., se pone de manifiesto la necesidad de comprender adecuadamente la visión de los usuarios, en la que se tiene en cuenta diversas variables como: necesidades, expectativas, preferencias, satisfacción o experiencias subjetivas de las personas que buscan o usan los recursos de salud (26).

Esta revisión refleja también que algunos estudios han identificado ciertos factores predictivos para la búsqueda de ayuda para tratar el insomnio como el sexo femenino, mayores niveles de estrés

subjetivo y la percepción sobre el mal funcionamiento diario (26). Respecto al sexo femenino como factor predictivo, se sabe que existen diferencias en las conductas de búsqueda de ayuda en función del sexo (diferencias biológicas entre hombres y mujeres) y el género (construcción social de la masculinidad y la feminidad) y que, por lo general, las personas de género masculino tienen una tendencia menor a acudir a la consulta de los profesionales sanitarios. Además, en relación al estudio de la salud, se ha visto que tener en cuenta el género facilita la comprensión de la influencia sobre la salud que ejerce el contexto sociocultural en el que la persona vive. Por ello, el análisis basado en sexo y género será una herramienta útil que permitirá conocer estas diferencias según el género y lograr disminuir las barreras en el acceso a los servicios de salud (27).

Asimismo, vemos como algunos estudios reflejan que, en ocasiones, la perspectiva de las personas con insomnio que acuden a consulta difiere de la de los profesionales sanitarios; esta disparidad se refleja, por un lado, en la manera en que se hace referencia al insomnio y por otro, en relación a las expectativas del tratamiento. La discrepancia en las expectativas sobre el tratamiento puede, en ocasiones, haber generado una presión subjetiva a la hora de la prescripción de hipnóticos, ya que algunos profesionales médicos creen que lo que buscan las personas con insomnio es una solución inmediata con la receta de un hipnótico. Y asimismo, estas personas en ocasiones han asumido que el tratamiento que se les va a dispensar van a ser fármacos para dormir, lo que les ha hecho buscar otros tipos de ayuda previamente (8,20,26). Un punto a destacar en relación a la perspectiva de los profesionales sanitarios es el hecho de que, salvo alguna excepción como el estudio de Dyas et al., en la mayoría de estudios únicamente se valoran la perspectiva de los profesionales médicos, por lo que la visión de los profesionales de enfermería se encuentra poco valorada (8).

Existe además una tendencia observada al automanejo del insomnio y a la creencia de que es posible manejarlo de forma autónoma, cuando realmente existen estudios que apuntan lo contrario, y que la tendencia natural del insomnio es a la cronificación sin las correctas medidas de control y manejo (25,26). En otras ocasiones vemos como la vivencia de esta enfermedad, la deslegitimación por parte del sistema, y por ende de uno mismo, así como la incompreensión y confusión en la búsqueda de soluciones hacen, por un lado, difícil para estas personas buscar ayuda y normalizar su experiencia de enfermedad y, por otro, que el trastorno de

insomnio quede enmascarado con otros problemas de salud que suelen verse como más relevantes de forma tradicional (26,28).

No obstante, a pesar de disponer de algunos estudios en relación a la perspectiva de las personas con insomnio (25,28-30), se pone de manifiesto que éstos no reflejan adecuadamente dos aspectos relacionados con las dificultades visualizadas: el reflejo de la complejidad en relación a la cuestión de la búsqueda de ayuda y el estudio las barreras autoimpuestas que influyen en el acceso a los servicios de salud. Asimismo, también se refleja que la gran mayoría de la literatura existente sobre este tema es procedente de países anglosajones como EE.UU., Canadá o Reino Unido, lo que puede suponer la existencia de diferencias socioculturales que dificulten la explicación y la comprensión de la perspectiva de estas personas en nuestro entorno (30).

BIBLIOGRAFÍA

1. AlDabal L, BaHammam AS. Metabolic, Endocrine, and Immune Consequences of Sleep Deprivation. *Open Respir Med J* 2011; 5: 31-43.
2. Bixler E. Sleep and society: An epidemiological perspective. *Sleep Med* 2009; (10): S3-S6.
3. Talala KM, Martelin TP, Haukkala AH, Härkänen TT, Prättälä RS. Socio-economic differences in self-reported insomnia and stress in Finland from 1979 to 2002: a population-based repeated cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2012; 12: 650.
4. Grandner MA, Jackson NJ, Pak VM, Gehrman PR. Sleep disturbance is associated with cardiovascular and metabolic disorders. *J Sleep Res* 2012; 21: 427-433.
5. Rosekind MR, Gregory KB. Insomnia Risks and Costs: Health, Safety, and Quality of Life. *Am J Manag Care* 2010; 16 (8): 617-626.
6. Sofi F, Cesari F, Casini A, Macchi C, Abbata R, Gensini G. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2014; 21 (1): 57-69.
7. Walker MP. The role of sleep in cognition and emotion. *Ann N Y Acad Sci* 2009; 1156: 168-197.
8. Dyas JV, Apekey TA, Tilling M, Orner R, Middleton, H, Siriwardena, N. Patients' and clinicians' experiences of consultations in primary care of sleep problems and insomnia: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2010; 60 (574): 180-200.

9. Léger D, Partinen M, Hirshkowitz M, Chokroverty S, Touchette E, Hedner J. Daytime consequences of insomnia symptoms among outpatients in primary care practice: EQUINOX international survey. *Sleep Med* 2010; 11: 999-1009.
10. López F, Fernández O, Fernández L, Mareque MA, Alejandro G, Báez J. Valoración clínica y calidad de vida relacionada con la salud del paciente con insomnio. *Rev Clín Med Fam* 2011; 4 (2): 92-99.
11. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. 5a ed.. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
12. Herdman TH, Kamitsuru S. Editores. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación: 2015-2017. Barcelona: Elsevier. 2013.
13. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med* 2010; 11: 1010-1018.
14. Doghramji PP. Integrating modern concepts of insomnia and contemporary treatment into primary care. *J Postgrad Med* 2014; 126 (5): 1-20.
15. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
16. Espie CA. "Stepped care": a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep* 2009; 32 (12): 1549-1558.
17. Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman JE. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *J Sleep Res* 2013; 22: 688-696.
18. Gancedo García A, Gutiérrez Antezana AF, González García P, Salinas Herrero S, Prieto-Merino D, Suárez-Gil P. Efectividad de una intervención educativa breve en pacientes con insomnio en atención primaria. *Aten Primaria* 2014; 46 (10): 549-557.
19. Villamor Ruíz, EM, Fernández Álvarez F, Ortiz Fernández S. Educación sanitaria en atención primaria para disminuir el consumo de benzodiazepinas contra el insomnio. 2013. Recuperado el 27 de enero de 2015, de Paraninfo Digital: <http://www.index-f.com/para/n19/041d.php>
20. Everitt H, McDermott L, Leydon G, Yules H, Baldwin D, Little, P. GPs' management strategies for patients with insomnia: a survey and qualitative interview study. *Br J Gen Pract* 2014; e112-e119.
21. Morin CM, LeBlanc M, Bélanger L, Ivers H, Chantai M, Joseé, S. Prevalence of Insomnia and Its Treatment in Canada. *Can J Psychiatry* 2011; 56 (9): 540-548.
22. Azparren Andía A, García Romero I. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. *Boletín de información de Navarra* 2014; 22 (2).
23. Léger D, Partinen M, Hirshkowitz M, Chokroverty S, Hedner, J. Characteristics of insomnia in a primary care setting: EQUINOX survey of 5293 insomniacs from 10 countries. *Sleep Med* 2010; 11: 987-998.
24. Hilty D, Young JS, Bourgeois JA, Klein S, Hardin KA. Algorithms for the assessment and management of insomnia in primary care. *Patient Preference Adherence* 2009; 3, 9-20.
25. Morin CM, Espie CA. The Natural History of Insomnia. *Arch Intern Med* 2009; 169 (5): 447-453.
26. Cheung JM, Bartlett DJ, Armour CL, Saini B. The Insomnia Patient Perspective, a Narrative Review. *Behav Sleep Med* 2013; 11: 1-21.
27. Sánchez López MD. Editor. La salud de las mujeres. Madrid: Editorial Síntesis; 2013.
28. Cheung JM, Bartlett DJ, Armour CL, Glozier N, Saini B. Insomnia Patients' Help-Seeking Experiences. *Behav Sleep Med* 2014; 12: 106-122.
29. Henry D, Rosenthal L, Dedrick D, Taylor D. Understanding Patient Responses to Insomnia. *Behav Sleep Med* 2013; 11: 40-55.
30. Cheung JM, Bartlett DJ, Armour CL, Saini B. Treating Insomnia: A Review of Patient Perceptions Toward Treatment. *Behav Sleep Med* 2016; 14 (3): 235-66.
31. (30) Denzin NK, Lincoln YS. Editores. The SAGE Handbook of Qualitative Research. USA: SAGE; 2011.
32. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the Com-

munity The Pathway to Psychiatric Care. London: Tavistock Publications Ltd; 1980.

33. Glanz K, Rimer, BK, Viswanath K. Editores. Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice. 4ª ed.. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc; 2008.
34. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Ordenación Sanitaria del Territorio de las Comunidades Autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016
35. Comunidad de Madrid. Portal Estadístico madrid.org; 2016. Recuperado el 15 de mayo de 2016, de <http://www.madrid.org/iestadis/index.html>
36. Comunidad de Madrid. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud; 2016. Recuperado el 15 de mayo de 2016 de http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1354183538063
37. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa (cuarta edición ed.). Bilbao: Universidad de Deusto; 2007.
38. Consejería de Sanidad (2014). Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. Madrid.
39. Pedraz Marcos A, Zarco Colón J, Ramasco Gutiérrez M, Palmar Santos AM. Investigación Cualitativa. Barcelona: Elsevier; 2014.
40. Maxwell JA. Qualitative Research Desing An Interactive Approach. 3rd ed.. USA: SAGE Publications, Inc; 2013.

OBJETIVO GENERAL

- Comprender la percepción del insomnio por parte de las personas que lo padecen y los profesionales que les atienden en el ámbito de Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las estrategias de búsqueda que las personas que padecen insomnio desarrollan para mejorar el sueño.
- Analizar diferencias y similitudes sobre las estrategias de búsqueda de ayuda en función del género de las personas con insomnio.

- Conocer las barreras percibidas por las personas con insomnio a la hora de elegir una estrategia de búsqueda de ayuda.
- Analizar las diferencias y similitudes entre la perspectiva de los usuarios y los profesionales de atención primaria en relación al manejo del insomnio.

METODOLOGÍA

Para responder a los objetivos del estudio llevaremos a cabo un estudio cualitativo, enmarcado en la corriente constructivista, con el objetivo principal de comprender la vivencia del insomnio, cómo se realiza el abordaje del mismo desde las personas que lo padecen y lo que hacen para superarlo, así como la percepción de los profesionales respecto a este problema de salud y su resolución por parte del sistema de salud.

El constructivismo concibe la realidad desde una perspectiva relativista y de acuerdo con Guba y Lincoln, las realidades van a existir en forma de múltiples construcciones mentales, con base social y experiencial, dependientes en su forma y contenido de las personas que las producen, es decir, lo que podemos conocer son construcciones y co-construcciones de la realidad. Niegan la posibilidad de conocer la realidad de manera objetiva, considerando que el conocimiento que obtenemos no lo podemos separar de nosotros mismos como sujetos, de nuestra manera de comprender el mundo. Asimismo, la metodología que se va a emplear para tener acceso al conocimiento es hermenéutica y dialéctica, es decir, una metodología interpretativa basada en el diálogo entre investigador e investigado para construir de manera colaborativa una comprensión de la realidad (31) Para llevar a cabo dicho análisis nos basaremos en el modelo de Goldberg y Huxley sobre la búsqueda de ayuda en salud mental (32) y el Modelo de Creencias de Salud (33) que desarrollaremos más abajo.

Ámbito

El ámbito de estudio será la Comunidad de Madrid. La ordenación territorial del servicio sanitario público madrileño cuenta con siete direcciones asistenciales incluidas dentro de un área única de salud, y con un total de 310 zonas básicas de salud (34). La comunidad se encuentra dividida en once zonas, siendo las que mayor densidad de población presentan la zona de Madrid y el área metropolitana. El estudio se centrará principalmente en estas zonas

de mayor densidad de población debido a la mayor accesibilidad para la obtención de la muestra (35).

De cada una de estas zonas se entrará en contacto con al menos dos centros de salud, los cuales

se escogerán, en función de aquellos centros con un mayor número de consultas, una mayor cantidad de población total asignada y una mayor población comprendida entre 14-64 años (36). Los centros de salud que se escogerán según la zona serán:

Zona	Centro de Salud
Norte Metropolitano	C. S. Algete
	C. S. La Chopera (Alcobendas)
Este Metropolitano	C. S. Paracuellos de Jarama
	C. S. Santa Mónica (Rivas)
Sur Metropolitano	C. S. Panaderas (Fuenlabrada)
	C. S. Dos de Mayo (Móstoles)
Oeste Metropolitano	C. S. Collado Villalba Estación
	C. S. Monterozas (Las Rozas)
Madrid	C. S. Barrio del Pilar
	C. S. General Ricardos
	C. S. Goya
	C. S. Pavones

Tabla 1.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud (2015).

Los centros de salud de Paracuellos de Jarama y Algete pueden darnos acceso a muestras de población más variadas, ya que tienen como consultorios dependientes, los consultorios de pueblos de zonas más exteriores de la comunidad.

Población de estudio y criterios muestrales

Las personas que padecen insomnio.

El muestreo que se va a realizar es un muestreo intencional; en un principio, el acceso a la muestra vendrá determinado por la facilidad que tengamos para su acceso (muestreo opinático), pero conforme vayan analizándose las sucesivas entrevistas, el perfil de los informantes irá siendo más específico y se orientará hacia un muestreo teórico (37).

Los criterios de inclusión serán: tener la mayoría de edad, haber sido diagnosticada/o de insomnio y haber acudido a consulta y recibido tratamiento para el insomnio en un centro de salud.

Los criterios de exclusión serán: padecer un trastorno mental grave e incapacitante y no hablar fluidamente español.

Los variables de selección de los participantes serán:

1. **Sexo:** derivado de la decisión de llevar a cabo el análisis de los datos comparando en función del género. Debe procurarse que la representación en la muestra final de la misma cantidad de hombres que de mujeres.
2. **Edad:** ya que debido a que los primeros episo-

dios que desencadenan el insomnio se producen a edad temprana y a que el número más bajo de consultas en relación a los trastornos del sueño en la época adulta es el inicio de la edad adulta (18-24 años), resultaría pertinente incorporar en la muestra a personas menores de 25 años (11, 36).

3. **Tiempo transcurrido desde que se realizó el diagnóstico:** es decir, cuanto más tiempo haya transcurrido entre la primera consulta y la entrevista, mayores diferencias pueden presentarse sobre la percepción del insomnio y las limitaciones a la hora de decidir consultar con un profesional sanitario. Los rangos de tiempo posdiagnóstico serán menos de un mes desde el diagnóstico, entre un mes y un año y más de un año.
4. **Asimismo, no se considerarán criterios muestrales iniciales,** pero conforme vaya avanzando el estudio pueden mostrarse relevantes también otras variables socioeconómicas, como el estado laboral o el hábitat.

El número de entrevistas se encontrará sujeto a modificación en función de la evolución de la recogida de datos y el análisis de las entrevistas hasta que se llegue a la saturación del discurso, es decir, cuando las nuevas entrevistas que se realizan no aportan ningún dato nuevo que ayude a profundizar en la comprensión del tema (37, 39).

Los profesionales sanitarios.

Como criterios de inclusión tendremos: ser enfermera/o y/o médica/o de Atención Primaria y trabajar en un centro de salud de la ciudad de Madrid y haber atendido demandas de salud relacionadas con problemas de insomnio.

Los criterios de selección de profesionales serán:

1. **Sexo:** procurando que haya la misma cantidad de hombre y mujeres, ya que como hemos señalado, el género es una variable relevante a la hora de construir la percepción del insomnio.
2. **Plan de formación:** diplomados, especialistas, graduados... Debido a la diferencia entre los planes de estudios a lo largo del tiempo, la formación de los profesionales no es la misma en función del plan de estudios que cursasen y esto puede influir en la práctica clínica.
3. **Tiempo de experiencia laboral:** experiencia menor de dos años, de entre dos y diez años

y de más de diez años. La experiencia laboral puede suponer una ventaja a la hora de atender a los usuarios ya que, a mayor experiencia laboral, mayores habilidades técnicas y en el trato con el paciente. Sin embargo, también puede ser una fuente de barreras, por la adquisición de presupuestos sobre lo que los usuarios pueden querer.

Captación

Para llevar a cabo el proceso de captación se realizará una reunión informativa en cada uno de los centros seleccionados con ambos tipos de profesionales en la que se informará sobre el objetivo de la investigación y se pedirán voluntarios para participar en los grupos de discusión.

Así mismo, en esa reunión se solicitará también que, en los casos en que sea posible, se informe a las personas que acudan a consulta y que sean o hayan sido diagnosticadas de insomnio, se les informe sobre el estudio y se les solicite su participación, poniéndoles en contacto con la investigadora en caso de dichos pacientes estar interesados de participar en el estudio.

Herramientas de recogida de datos

Los métodos que se emplearán dos técnicas de recogida de datos serán, por un lado, la entrevista en profundidad para recoger la perspectiva de las personas con insomnio, pues facilitará el abordaje a un nivel más personal para obtener la vivencia de la enfermedad y la percepción propia de cada uno de los sujetos que lo padece; y, por otro lado, el grupo de discusión para obtener la construcción que sobre este fenómeno realizan los profesionales sanitarios.

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de una hora y media. Para su registro se usará una grabadora de audio, anotando el entrevistador todos aquellos aspectos que no puedan quedar registrados. Se pactará con el entrevistado un lugar de su elección. El desarrollo de la entrevista se construirá conforme vaya avanzando el discurso, partiendo de lo más general, hasta llegar a aspectos más específicos. Para ello se contará con un guion de entrevista (Anexo 1) (39).

En cuanto a los grupos de discusión, contendrán entre seis y ocho personas. El número de grupos será modificable en función de las necesidades que surjan del análisis de los datos. Su duración será

alrededor de hora y media y el lugar será una sala de reuniones de unos de los centros de salud que forman parte del ámbito de estudio. Para la recogida de datos, se usará una grabadora de audio, anotándose los aspectos relativos a la dinámica de grupo que no queden registrados en la grabación. Para el desarrollo de los grupos de discusión se contará con un guion (Anexo 1) (39).

Las características de los grupos será la siguiente:

Un primer grupo constará de profesionales de enfermería. Los criterios de selección de la muestra serán: diferentes centros de salud de procedencia y de diferente zona, representatividad de ambos sexos, inclusión de profesionales de enfermería que hayan tenido distintos planes de formación y con diferente tiempo de experiencia laboral.

Un segundo grupo constará de profesionales médicos, cuyos criterios de conformación serán: diferentes centros de salud de procedencia y de diferente zona, representatividad de ambos sexos, procurando que haya la misma cantidad de hombres y mujeres, diferente tiempo de experiencia laboral.

Un tercer grupo será mixto. Los criterios serán: misma cantidad de ambos tipos de profesionales, profesionales pertenecientes a diferentes centros de salud y de diferentes zonas, inclusión de un profesional de enfermería y un profesional médico de centros de salud de las zonas periféricas, presencia de la misma cantidad de mujeres que de hombres.

Método de análisis de datos

El proceso de análisis en investigación cualitativa es un proceso flexible. Va a ser dividido en tres conjuntos de procedimientos los cuales no son independientes entre sí y se solaparán durante el proceso de análisis. Estos procedimientos son: pensar los datos, trabajar los datos y reconstruir los datos. El proceso de análisis propiamente dicho se produce con el trabajo de los datos. Para su realización, iremos leyendo las transcripciones de las entrevistas y los grupos y mientras tanto, extraeremos fragmentos que llamen nuestra atención etiquetándolos. Posteriormente, agruparemos esas etiquetas en conjuntos que se encuentren relacionados lo que permitirá realizar la interpretación. En nuestro estudio, una vez tengamos los documentos con los fragmentos etiquetados extraídos de las entrevistas y de los grupos de discusión, procederemos a comparar las

categorías obtenidas en cada caso, estableciendo diferentes niveles de análisis comparativos de los cuales obtendremos nuevos documentos. Estos distintos niveles comparativos tendrán como referencia los criterios de selección establecidos como la edad y el sexo, el tiempo postdiagnóstico, en el caso de las personas con insomnio o del tipo de profesional sanitario (39).

Para ayudarnos el análisis de los datos en relación al objetivo relativo a la búsqueda de ayuda y la comprensión de las barreras, tendremos dos modelos teóricos de referencia que nos ayudarán a revisar los datos obtenidos. Por un lado, se encuentra el modelo de Goldberg y Huxley sobre la búsqueda de ayuda en salud mental. Según este modelo, las personas con una patología mental se encuentran con una serie de filtros que han de superar a la hora de ir consiguiendo una atención cada vez más especializada. El modelo presenta cinco niveles y en el paso de un nivel a otro, se identifica un filtro; el primer y el segundo filtro son los más relevantes para nuestro estudio, pues el primero de estos filtros es el que correspondería a la toma de iniciativa por parte de la persona para acudir a un centro de salud en busca de ayuda, lo que comúnmente se conoce como "conductas de la enfermedad" y el segundo estaría relacionado con la detección, por parte del profesional sanitario, del problema de salud (32). Por otro lado, se encuentra el Modelo de Creencias de Salud (*Health Belief Model*), el cual es uno de los modelos más usados en investigación sobre las conductas en salud. Este modelo tiene una serie de constructos clave que ayudan a predecir por qué las personas llevan a cabo acciones para la prevención o para el tratamiento de la enfermedad. Uno de estos constructos es el de barreras percibidas, las cuales pueden actuar como un impedimento para no llevar a cabo las acciones recomendadas. La utilidad de estudiar las barreras percibidas es su ayuda a la hora de identificarlas y reducirlas, ayuda para corregir la información incorrecta y ayuda para incentivar la asistencia (33).

Validez

De acuerdo con Guba y Lincoln, dentro del paradigma constructivista carece de sentido hablar de los tradicionales criterios de validez, y ellos proponen otros cuatro términos como criterios de validez para las investigaciones cualitativas. Estos cuatro conceptos se encuentran interrelacionados y para conseguir un nivel de validez óptimo, Guba nos propone los denominados criterios de "confiabilidad" (37).

Uno de los puntos más relevantes que influye en la validez, según Maxwell (2013), son los prejuicios del investigador y la "reactividad" (reactivity). La reactividad es el efecto que tiene el investigador sobre los individuos estudiados. En las entrevistas esto es inevitable, ya que lo que el informante cuenta está siempre influido por el entrevistador y el clima de la entrevista, por lo que lo importante será entender cómo es la influencia que se ejerce sobre el entrevistado y cómo afecta a la validez de las inferencias que puedan ser derivadas del estudio (40). Para su control se cuidará del proceso de la entrevista, guiándose de las pautas propuestas por Ruiz Olabuénaga para su realización (37).

Así mismo, para lograr una mayor credibilidad de los resultados, las entrevistas se terminarán de manera no conclusiva, con la posibilidad de volver a contactar con la persona entrevistada en caso de resultar necesario y también, una vez realizado el análisis y la interpretación de los datos, se pondrá en el conocimiento de estas personas las conclusiones que se hayan extraído. Y, por otro lado, con el objetivo de aumentar el grado de fiabilidad y de transferibilidad de los datos, se procurará conseguir una muestra de personas lo más heterogénea y variada posible; además, los datos de las entrevistas serán comparados con los obtenidos en grupos de discusión realizados con profesionales de la salud, lo que aumenta el contraste de fuentes de información (37).

Limitaciones

Como limitaciones podríamos encontrarnos con las propias características del tipo de investigación, siendo una de ellas la generalización de los resultados obtenidos y su fiabilidad, la cual, como se ha dicho, se intentará mejorar con una muestra lo más variada y con la comparación de los resultados de las entrevistas con los de los grupos de discusión de profesionales. Así mismo, otra limitación la podríamos encontrar en la conformación de la muestra de personas a entrevistar, la cual se limita a aquellas personas que han sido diagnosticadas de insomnio y han acudido al centro de salud en busca de ayuda. Limitamos la muestra a este perfil ya que consideramos que es el que mejor se adecua, tanto por una

mayor facilidad de acceso como también por la posibilidad que tienen de explicar el proceso de toma de decisiones que han ido tomando en el transcurso del tiempo respecto al manejo del insomnio, permitiendo esto analizar las barreras a la hora de tomar la decisión de acudir a un centro sanitario para tratar el problema de insomnio, que es el objetivo del estudio. No obstante, un posterior estudio podría permitirnos ampliar el rango e incluir, por ejemplo, a las personas que aún no se encuentran diagnosticadas. En cuanto a los aspectos metodológicos se encuentra otra posible limitación en la configuración de los grupos de discusión mixtos que puede tener más dificultad y generarse posiciones defensivas o de resistencia. Se manejará con una buena dinámica del investigador que intente neutralizar estos aspectos en el contexto del desarrollo del grupo.

Cuestiones éticas

Para llevar a cabo la investigación, será necesario solicitar la aprobación ética de la Gerencia de Atención Primaria y el Comité Ético de Investigación de la Comunidad de Madrid para llevar a cabo el estudio. Asimismo, será necesario informar a las personas que se pretende entrevistar sobre el objetivo del estudio, así como la entrega de un consentimiento informado a cada uno de los participantes entregar un documento escrito donde se explique con claridad los objetivos del estudio. Posteriormente se procederá a la entrega del documento para recoger la firma del consentimiento informado, en el cual se especificará que la persona en cualquier momento tiene la libertad de decidir si retirar su consentimiento y en el que se garantizará la protección de la privacidad de los datos obtenidos (Anexo 2).

Para garantizar la privacidad de los datos de las personas entrevistadas, se les asignará un código en las transcripciones y se usarán pseudónimos en la publicación de los resultados para evitar comunicar datos de carácter personal (anonimización de los datos). Así mismo, se restringirá el acceso a las transcripciones de las entrevistas al investigador y estos datos serán eliminados cuando ya no se requiera su utilización.

CRONOGRAMA

Fases del trabajo	Meses																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Búsqueda muestra	■											■	■												
Realización entrevistas		■	■	■	■	■						■	■	■	■										
Realización grupo de discusión			■	■	■	■																			
Transcripción entrevistas		■	■	■	■	■	■					■	■	■	■	■									
Transcripción grupos de discusión			■	■	■	■	■																		
Análisis datos entrevistas			■	■	■	■	■	■	■	■			■	■	■	■	■								
Análisis datos grupos				■	■	■	■	■	■	■															
Comparaciones e interpretaciones																■	■	■	■	■	■				
Redacción informe final																									

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

La profundización en la perspectiva del insomnio nos proporcionará una mayor comprensión sobre la percepción que las personas y su entorno tienen sobre el sueño y los problemas del sueño. Esto nos facilitará un acercamiento sobre cómo se percibe el sueño en nuestra comunidad y cómo se llevan a cabo las decisiones sobre qué métodos de ayuda implementar para solucionar los problemas del sueño. Esta perspectiva será complementada con la valoración de la atención recibida, así como con la perspectiva que tienen los profesionales sanitarios. De este modo, se logrará una mejor comprensión de las posibles barreras que limitan la consulta con un centro de salud como medio para solucionar los problemas del sueño.

En cuanto a la utilidad para la profesión de enfermería, el estudio supone una valoración sobre el peso que tiene en los cuidados el sueño y los problemas del sueño, qué medidas conocen estos profesionales y cuáles aplican. Todo esto puede servir de base para elaborar estrategias de mejora en los cuidados ofertados en un futuro. Así mismo, puede resultar útil para incorporar en los planes de cuidados la perspectiva y las preferencias de la persona atendida, pudiendo implementar cuidados en la línea de la atención centrada en el paciente.

Finalmente, de manera general, pueden plantearse a raíz de los resultados y de las necesidades detectadas planes de formación para los profesionales, o bien la adaptación de los servicios ofertados según las preferencias de los usuarios, así como aspectos de la práctica diaria, como puede ser la reestructuración del tiempo de consultas si este se valora como insuficiente.

ANEXOS

Anexo 1. Guiones entrevista y grupo de discusión

Guion entrevista

Me encuentro interesada en conocer su vivencia del insomnio y qué medios ha utilizado para solucionarlo. Para ello, en un principio me gustaría que me contara cuáles son sus ideas en torno al sueño.

- ¿Podría describirme cuándo se iniciaron sus problemas con el sueño? Hábleme sobre el desarrollo de este problema y qué dificultades le crea. ¿Cómo es su día a día?
- ¿Cuáles han sido las consecuencias del insomnio en su día a día? ¿Cómo valora su entorno (familiares, amigos...) sus problemas con el sueño?
- ¿Qué hizo para tratar de solucionar el problema?
- ¿Ha comentado algo con su familia/amigos en torno a esto?
- ¿Cuándo decidió acudir a su centro de salud para pedir ayuda? ¿Qué podría decirme sobre la ayuda recibida? ¿Qué le dicen los profesionales? ¿Encuentra diferencias entre ellos? ¿Qué cosas le han resultado útiles y cuáles no?

Guion grupo de discusión

Este grupo de discusión ha sido creado con el objetivo de explorar y comprender cuál es el abordaje del sueño y sus trastornos y más concretamente, el insomnio, llevado a cabo por los profesionales sanitarios en los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. Para comenzar, realizaremos un turno de palabra inicial para conocer vuestra percepción sobre el sueño y los hábitos del sueño de la población.

- ¿Cómo suele ser una consulta en la que se trata un problema con el sueño? ¿Qué suelen decir los usuarios? ¿Cómo lo suelen plantear? ¿Cuáles son los problemas con el sueño más comunes?
- ¿Cómo se lleva a cabo la valoración del sueño?
- ¿Cuáles son las estrategias implementadas para su abordaje tanto preventivo como terapéutico? ¿Conocen otras estrategias para su tratamiento?
- Cuando un paciente acude a su consulta para solicitar tratamiento para el insomnio ¿qué tipo de soluciones está buscando? ¿Cuáles son las que se le suelen ofertar? ¿Cuentan con otro profesional? ¿Comentan los casos entre el equipo?
- ¿Consideran que los pacientes cubren sus expectativas con la atención recibida?

Anexo 2. Consentimiento informado

Documento informativo sobre el estudio

Este es el documento informativo para la participación en el estudio "El análisis cualitativo de la percepción del insomnio". Este estudio se va a realizar con el objetivo de profundizar en la comprensión de la percepción sobre el insomnio que las personas que lo padecen tienen sobre él.

Su participación en la investigación es voluntaria. Solicito su permiso para poder entrevistarle en el lugar y momento que a usted mejor le convenga. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de una hora u hora y media y tiene la libertad de dejar la entrevista cuando quiera y de omitir las preguntas que no considere apropiado responder. Además, se podría solicitar el volver a ponerse en contacto con usted en caso de resultar necesario para la investigadora. También usted podrá ponerse en contacto con la investigadora siempre que lo estime necesario. Así mismo, resaltar que puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto vaya a generarle ningún perjuicio en su futura atención.

La entrevista será grabada y su registro permanecerá en privacidad. Solo la investigadora responsable tendrá acceso a los registros de información. Todos aquellos datos personales que puedan identificarle, como su nombre, tendrá carácter confidencial, y no aparecerán reflejados en los resultados del estudio. Los datos se manejarán de forma anónima y siempre de acuerdo a los principios recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 13 Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Esta investigación no conllevará ningún riesgo para su salud.

Agradezco su participación de antemano.

Hoja de consentimiento informado para participar en la entrevista

Investigadora: _____

Yo, D/Dña (nombre y apellidos): _____

Declaro haber leído la carta de presentación del estudio y haber tenido la posibilidad de consultar todas las dudas respecto al estudio con la investigadora. Entiendo que podré mantener el contacto con ella mediante el teléfono: _____ o mediante el correo electrónico: _____

Comprendo el estudio y los inconvenientes que pueda conllevar mi participación voluntaria.

Comprendo que puedo dejar la entrevista cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mi situación de cuidados.

Por consiguiente:

Presento libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma entrevistado:

Firma entrevistador: