



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**VIDA COTIDIANA DEL ADULTO MAYOR Y LA NECESIDAD DE
SUEÑO-DESCANSO.**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

LIC. ENF. RAQUEL MOLINA MARTÍNEZ

TUTOR PRINCIPAL

DOCTORA VIRGINIA REYES AUDIFFRED

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CIUDAD DE MÉXICO. MAYO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **7 de marzo del 2016**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **RAQUEL MOLINA MARTÍNEZ** con número de cuenta **305084659**, con la tesis titulada:

“VIDA COTIDIANA DEL ADULTO MAYOR Y LA NECESIDAD DE SUEÑO - DESCANSO.”

bajo la dirección de la Doctora Virginia Reyes Audiffred

Presidente : Maestra Elsa Correa Muñoz
Vocal : Doctora Virginia Reyes Audiffred
Secretario : Doctora Luisa Bravo Sánchez
Suplente : Maestra Liliana González Juárez
Suplente : Doctor María Teresa Cuamatzi Peña

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd, Mx. , a 05 de mayo del 2016.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Al Programa de Maestría en Enfermería

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por la beca otorgada para realizar los estudios de Maestría en Enfermería de la UNAM. Número de becario/CVU: 590465

A la Dra. Virginia Reyes Audiffred, por compartir sus conocimientos, experiencia y valioso tiempo en la realización del presente trabajo. Gracias por la confianza e infinita paciencia otorgadas y mostrarme con cada clase y asesoría, las virtudes de un investigador.

A los adultos mayores por su confianza y disposición al abrirme las puertas de su hogar y brindarme sus valiosos consejos, gracias

DEDICATORIAS:

*A mi Abuelita Eva †, la gran inspiración de este trabajo y que ahora ya tiene un descanso eterno.
La persona que me enseñó a amar y respetar a los adultos mayores, recordándome siempre que
algún día yo seré parte de ellos.*

*A mis padres Sofía y Gerardo, por su guía, apoyo, confianza y amor. Gracias por darme la mejor
herencia: mi educación, la cual, ha sido el camino para lograr cada uno de mis sueños a pesar de
todas las adversidades.*

*A mis hermanas Alejandra y Guadalupe con quien ha sido un placer coincidir en esta vida, gracias
por elegirme, por siempre apoyarme y por su eterno amor incondicional, las amo.*

A mis sobrinos:

Mauricio Daniel por ese corazón enorme, lleno de bondad y sensibilidad.

Leonardo Joel por su mirada profunda capaz de tocar el alma.

Gerardo Sebastián por esa energía vital y su gran fortaleza a pesar de su corta edad.

*Gracias a los tres por su inocencia y sus sonrisas que me alientan a seguir estudiando y ser mejor un
mejor ser humano para ustedes.*

A todos los maestros que han aportado sus conocimientos a lo largo de mi trayectoria académica.

*A todos quienes confían en mí y que con su amor y paciencia, me han brindado su apoyo
incondicional, gracias.*

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	10
II. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO.....	12
III. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE	15
IV. PROBLEMATIZACIÓN	17
IV.1 Importancia del estudio.....	17
IV.2 Pregunta de investigación	19
IV.3. Objetivo de la investigación	19
V. MARCO CONCEPTUAL	20
V.1 Vida cotidiana	20
V.2 Vivencia.....	22
V.3 Adulto mayor y envejecimiento	23
V.4 Modificación del sueño durante el envejecimiento.....	25
V.5 Trastornos del sueño en el adulto mayor.....	28
V.5.1 Insomnio	29
V.6 Valoración de enfermería	31
V.7 Tratamiento de los trastornos del sueño en el adulto mayor.....	32
V.7.1 Medidas de higiene del sueño	32
V.7.2 Terapia conductual	35
V.7.3 Terapia de relajación y biofeedback	35
V.7.4 Tratamiento farmacológico	36
VI. METODOLOGÍA.....	37
VI.1 Diseño de la investigación	37
VI.2. Contexto	37
VI.2.1 Municipio de Nezahualcóyotl	37
VI.2.2 Economía.....	38

VI.2.3 Atención para adultos mayores	39
VI.3 Participantes	41
VI.4 Técnicas de recolección de datos	41
VI.4.1 Entrevista	41
VI.5 Análisis de datos	42
VI.6 Rigor Metodológico	44
VI.7 Consideraciones Éticas	46
VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	47
VII.1 PRÁCTICAS DEL ADULTO MAYOR	48
VII.1.1 Prácticas repetitivas	49
VII.1.2 Tareas agobiantes.	52
VII.1.3 Actividades recreativas	55
VII.2 ANSIEDAD NOCTURNA	59
VIII. CONCLUSIONES	66
VIII.1 Aportaciones a la disciplina	68
VIII.2 Aportaciones a la práctica	69
VIII.3 Aportaciones a la investigación	69
VIII.4 Aportaciones a las políticas públicas.....	69
IX. ANEXOS.....	71
IX.1 Escalas de Evaluación Gerontológica.....	71
IX.2 Guía de entrevista semiestructurada	86
IX.3 Descripción de los informantes	87
IX.4 Carta de consentimiento informado	88
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La necesidad de sueño-descanso en el adulto mayor se encuentra seriamente comprometida debido a la presencia de trastornos del sueño, específicamente insomnio y somnolencia excesiva diurna, que en la actualidad representan un problema de salud pública. La etiología de dichos trastornos es multifactorial, ya que además del factor biológico existen otros componentes en su vida cotidiana que los agravan, tales como factores psicológicos, ambientales y económicos. En este sentido, la vida cotidiana del adulto mayor se visualiza como objeto de estudio de esta investigación en relación a la necesidad de sueño-descanso.

OBJETIVO: Describir, analizar e interpretar las vivencias de la vida cotidiana del adulto mayor en relación con la necesidad de sueño-descanso.

MÉTODO: Se realizó un estudio usando la técnica de investigación cualitativa, fenomenológica, exploratoria y descriptiva. Se eligieron a cinco adultos mayores que presentaran insomnio o somnolencia excesiva diurna y se les aplicó la entrevista en profundidad. El análisis de los datos fue de contenido tipo temático.

RESULTADOS: Se encontraron dos categorías y tres subcategorías. 1. Prácticas del adulto mayor: a) Prácticas repetitivas, las cuales realiza de forma involuntaria el adulto mayor en su vida cotidiana, tales como establecer un horario autoimpuesto para dormir y despertar, el cual reduce la cantidad de horas recomendadas de sueño y por consecuencia la eficacia del mismo. b) Tareas agobiantes: Son actividades que realiza el adulto mayor como parte de su cotidianidad y que responden a necesidades de terceras personas y que le generan una sensación de estrés durante el día, el cual, modifica el ciclo de sueño, presentando insomnio y cansancio emocional y mental, así como una disminución del tiempo que dedican a sí mismos. c) Actividades recreativas, que son regeneradoras de energía, ayudan a liberar el estrés y fomentan un descanso integral en el adulto mayor, sin embargo no hay una consciencia de la importancia que tiene el tiempo de ocio en la vejez, y los adultos mayores no le dan prioridad en su vida cotidiana. 2 Ansiedad nocturna, se refiere a un estado de agitación e inquietud que dificulta la conciliación y mantenimiento del sueño, propiciando la aparición de pensamientos y sentimientos negativos por problemas familiares y económicos principalmente, los cuales provocan síntomas de insomnio, afecto deprimido y somatización de enfermedades.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos sugieren que el adulto mayor cae en un círculo vicioso que afecta la necesidad de sueño-descanso, pues no distribuye de manera adecuada el tiempo en su vida cotidiana, ya que realiza actividades que son generadoras de estrés que provocan un cambio en el ciclo de sueño-vigilia

con la presencia de insomnio, el cual conlleva a un agotamiento y un deterioro en la realización de actividades cotidianas.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor, vida cotidiana, sueño, descanso, insomnio, somnolencia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The elderly necessity of sleeping is compromised due to sleep disorders, specifically insomnia and excessive daytime sleepiness (EDS), which are currently an issue in public health. The etiology of said disorders is multifactorial because, besides the biological factor, there are other components in the everyday-life that aggravate them; such as psychological factors, environmental factors and economic factors. Considering this, the elderly everyday-life will be this research object of study in relation to the necessity of sleeping.

OBJECTIVE: Describe, analyze and interpret the elderly everyday-life experiences in relation to the necessity of sleeping.

METHOD: The study was made using a qualitative, phenomenological, exploratory and descriptive research method. Five elderly suffering from insomnia or EDS were chosen and interviewed. The data was analyzed using thematic analysis.

RESULTS: There are two categories and three subcategories. 1. Elderly customs: a) Repetitive customs, which are done unintentionally by the elderly in their everyday-life, such as having a self-imposed schedule to sleep and wake, which, reduces the recommended amount of sleep and therefore the efficacy of it. b) Overwhelming activities, which are activities that the elderly do in their everyday-life in order to fulfil other's needs, which cause them a feeling of stress during the day that affects the sleep cycle, causing insomnia, emotional exhaustion and mental fatigue, as well as a decrease in the amount of time they spend on themselves. c) Recreational activities, which give energy, help to relieve stress and promote complete rest in the elderly. However, there is not awareness of how important this leisure time is at old age, so the elderly do not give it priority in their everyday-life. 2. Sleep anxiety, which refers to a state of turmoil and restlessness that causes problems to fall asleep and stay asleep, leading to negative thoughts and feelings, caused mainly by family and economic problems, which results in insomnia, depression and somatization.

CONCLUSION: The results suggest that the elderly falls into a vicious circle that affects the necessity of sleeping. As a result of they not being able to organize their everyday-life time properly; due to the fact that they do activities that cause stress and a change in the sleep-wake cycle in conjunction with the presence of insomnia, which leads to exhaustion and deterioration in the performance of daily activities.

KEYWORDS: elderly, everyday-life, sleep, rest, insomnia, drowsiness.

I. INTRODUCCIÓN

La necesidad de sueño-descanso en los seres humanos, es uno de los pilares de la calidad de vida, ya que al no estar cubierta de manera adecuada, se alteran las funciones del organismo, ocasionando una disminución en la respuesta cognitiva, endocrina e inmune; el cerebro reduce su actividad considerablemente y si esto se hace crónico, los daños son irreversibles.

En el adulto mayor, dicha necesidad se encuentra seriamente comprometida a causa de la presencia de trastornos del sueño (TDS), específicamente insomnio y somnolencia excesiva diurna, que en la actualidad representan un problema clínico importante, pues la etiología de los TDS es multifactorial, ya que además del factor biológico, existen otros componentes que los agravan, tales como los factores psicológicos, ambientales e incluso económicos.

Sin embargo, no se dispone información suficiente que nos determine con exactitud lo que sucede en la vida cotidiana del adulto mayor que tiene comprometida la necesidad de sueño-descanso. Por tanto, resulta necesario desarrollar estudios que nos permitan entender a los TDS desde la perspectiva del adulto mayor, y no solo como factor biológico.

La presente investigación, en la primera parte, abarca la descripción del fenómeno, la revisión del estado del arte, la problematización y los objetivos.

El marco conceptual engloba la definición de la vida cotidiana desde la perspectiva de la sociología, así como la descripción de la necesidad de sueño-descanso y

cómo se va modificando a través del proceso de envejecimiento, con la presencia de TDS.

Se describe el proceso del marco metodológico que se utilizó para realizar la presente investigación, la cual es de tipo cualitativa, fenomenológica, exploratoria y descriptiva; a través de la entrevista en profundidad aplicada a un total de 5 adultos mayores residentes del estado de Nezahualcóyotl.

Posteriormente se describe la técnica para realizar el análisis de los datos, la cual fue un análisis de contenido tipo temático que señala la construcción de categorías y subcategorías.

En el apartado de resultados y discusión emergieron dos categorías y tres subcategorías, las cuales se describen de forma teórica y se narran los discursos más representativos que llegaron a la saturación teórica, dichos resultados se contrastaron con otros estudios relacionados con el adulto mayor y la necesidad de sueño-descanso.

Finalmente se muestran los resultados obtenidos y se aporta evidencia que da sustento a la necesidad de formar profesionales de enfermería gerontológica, prácticas de cuidado comunitario, así como en salud mental para poder dar una atención integral y personalizada a las necesidades del adulto mayor.

II. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

El propósito de la presente investigación es analizar y comprender los factores de la vida cotidiana que se relacionan con el sueño y descanso del adulto mayor, ya que los problemas de sueño se presentan con mayor frecuencia en este grupo etario y los datos con los que se cuenta actualmente para una adecuada interpretación de este fenómeno son insuficientes.

Se ha demostrado que los problemas de sueño en el adulto mayor, como son el insomnio y la somnolencia excesiva diurna, afectan su esfera biopsicosocial y por ende alteran de manera significativa la calidad de vida de las personas; dichos trastornos se convierten en factores de riesgo de accidentes para el anciano, debido a que son entidades multifactoriales y el tratamiento no se lleva a cabo de forma individual, por lo cual se están convirtiendo en un problema de salud pública que no tiene la atención ni la relevancia pertinente pues se consideran parte del mismo proceso de envejecimiento y no como algo multicausal.

Actualmente podemos observar que los trastornos del sueño, van en aumento rápidamente, a pesar de que existen diversos tratamientos farmacológicos y terapias conductuales y es de vital importancia conocer la realidad que acontece en los adultos mayores en su vida cotidiana.

Es por ello que durante la investigación se realizó un estudio cualitativo que nos permitió abordar de forma integral al adulto mayor, población a la que no se le brinda una atención integral, y en muchas ocasiones se infiere sobre su estado de salud, atribuyéndolo al envejecimiento *per se*. Finalmente es menester de

enfermería incursionar en los componentes de la vida cotidiana de las personas mayores y trabajar holísticamente con esta población que ha sido muy descuidada por el personal de salud.

En mi experiencia, al realizar el servicio social en la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, una de las principales actividades consistía en aplicar la Evaluación Gerontológica Integral (EGI) en la comunidad, a través de la aplicación de escalas que miden principalmente la funcionalidad física, mental y social del adulto mayor. A través de la EGI, me pude percatar que al aplicar las escalas que determinaban problemas de insomnio y somnolencia, los adultos mayores comenzaban a relatar los diversos problemas que tenían para dormir, los cuales se vinculaban con las actividades que realizaban durante el día que les impedían tener un momento de descanso y con las inquietudes que surgían durante la noche, sobre el futuro, su familia o necesidades económicas; situaciones que en la mayoría de los casos no se contemplaban en las intervenciones de enfermería.

Por otra parte, en mi contacto directo con adultos mayores, específicamente con mi abuela, pude observar que la necesidad de sueño-descanso se veía comprometida, ya que ella tenía problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la madrugada y por consecuencia somnolencia durante el día; y ella manifestaba que el descanso diurno era más reparador que el sueño nocturno. También me pude percatar que el tratamiento farmacológico para el manejo del insomnio no era el adecuado, ya que a pesar de que podía conciliar el sueño durante la noche, su funcionamiento físico no era bueno durante el día pues

presentaba somnolencia y mareos al querer llevar a cabo sus actividades cotidianas. Debido a estas situaciones que pude observar con los adultos mayores, surge la inquietud por investigar de una manera más exhaustiva lo relacionado a la necesidad de sueño-descanso en esta población.

De ahí la relevancia del presente estudio ya que de las vivencias estructuradas, se le permite al personal de enfermería reflexionar sobre la realidad cotidiana del adulto mayor y su relación con las alteraciones del sueño, lo que favorecerá en implementar estrategias que le permitan mejorar la necesidad de sueño y descanso, trascendiendo en la planeación del cuidado.

III. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

La revisión del estado del arte, se realizó en las bases de datos: PubMed, Scielo, Dialnet, Cochrane, Redalyc y Qualitative Health Research donde se identificaron principalmente artículos de investigación con perspectiva cuantitativa.

Costa nos menciona que los adultos mayores en Brasil reportan despertar de madrugada y no volver a dormir, quedarse despierto la mayor parte de la noche, demorar en conciliar el sueño y dormir mal en la noche.¹

En relación a las repercusiones que los adultos mayores tienen sobre la calidad de vida, Byles demuestra que la dificultad para dormir es un síntoma grave, principalmente para las mujeres de mayor edad y se asocia significativamente con una mala calidad de vida.²

En España, Blanco y cols, realizaron un estudio epidemiológico comunitario transversal, en el cual los resultados demuestran las características para que el adulto mayor presente alteraciones en la esfera del sueño, pues se encontró que los adultos mayores de 75 años son los que presentan dichas alteraciones, de igual manera se encuentra un predominio femenino en el índice de sueño perturbado y en función del deterioro cognitivo, es decir a mayor deterioro, mayor alteración.³

Por otra parte se evidencia algunos estilos de vida saludable que el adulto lleva a cabo en su vida diaria, pueden ser beneficiosos para mejorar la calidad y cantidad del sueño, entre los que se encuentra el ejercicio físico, Barrios demostró que dentro de los principales beneficios que le atribúan los ancianos al ejercicio se

encuentra que en el aspecto psicológico existe una mejoría del estado de ánimo y un beneficio en la calidad del sueño.⁴

Li y cols, demostraron la eficacia del Tai Chi para mejorar la calidad de sueño, sin necesidad de tratamiento farmacológico, promoviendo hábitos de vida saludables⁵. Del mismo modo Siversten demostró la efectividad que tiene la terapia cognitiva conductual contra un fármaco para dormir ⁶ En este orden de ideas los estudios que existen sobre las medidas de higiene del sueño, reportan que no son llevadas a cabo de manera adecuada por los adultos mayores, ya que en su mayoría no las realizan, o se practican de forma aislada sin que se forme un hábito.⁷

Por otra parte, Herrmann realizó un estudio cualitativo, para explorar la percepción subjetiva que tenían los adultos mayores residentes de un asilo, sobre el sueño y los trastornos del mismo, así como para saber que recursos usaban ellos para dormir bien, los resultados encontrados al respecto otorgan una aproximación de lo que piensan los adultos mayores sobre lo que les puede brindar una buena calidad de sueño. Dentro de los recursos que manifestaron los adultos mayores para dormir bien, se encontró que debe de existir principalmente calma y paz mental, práctica de diversas actividades ocupacionales, realización de ejercicio físico y contar con factores ambientales propicios para tener un buen descanso.⁸

Es importante resaltar que el paradigma cuantitativo ha predominado en este tema que aqueja a los adultos mayores, ya que en la gran mayoría de estudios, se encuentra plasmada la prevalencia de problemas de sueño, así como la efectividad de diversos fármacos, y no se concluye respecto al entorno que rodea al anciano y que está influyendo de forma sustancial en su calidad de sueño.

IV. PROBLEMATIZACIÓN

IV.1 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Actualmente se han identificado a los problemas de sueño, como una de las principales causas que provocan una disminución significativa en la calidad de vida y en la distribución de las actividades cotidianas de los adultos mayores.^{9,10}

En el sueño de los adultos mayores, la edad asociada a la presencia de problemas de salud tales como la depresión y enfermedades crónico-degenerativas, son los factores más importantes para que éste presente alteraciones en el sueño, pues la arquitectura del mismo cambia sustancialmente con el envejecimiento, alterando su calidad, duración, profundidad y continuidad.¹¹ Sin embargo, la calidad y duración del sueño puede ser igual que en las personas más jóvenes si el anciano es saludable.¹²

Además de la edad avanzada, se evidencian otros elementos que influyen para alterar el sueño en adultos mayores los cuales se pueden observar en su vida cotidiana, como son los hábitos del estilo de vida, la dieta, el ejercicio, el uso de fármacos, la influencia de los factores ambientales y los trastornos afectivos¹³ al respecto Díaz, reporta la relación que existe entre los problemas del sueño y los trastornos afectivos, como depresión y ansiedad que se manifiestan principalmente durante la noche.¹⁴ En la misma sintonía, Cruz y López Doblas, coinciden en que existe una aversión nocturna a la cama por asociación negativa de estímulos, generando así sentimientos como la tristeza, desasosiego, soledad

y miedo existente a ser víctimas de un problema repentino de cierta gravedad, que al paso del tiempo afectan su estado anímico.^{15, 16, 17}

En estudios previos se ha encontrado que existen altos índices de insomnio (INS) y somnolencia excesiva diurna (SED) en la tercera edad, los cuales son los síntomas principales de trastornos del sueño que se asocian de manera directa con: deterioro en la realización de actividades de la vida diaria, caídas, disminución del nivel de vigilancia, riesgo de deterioro cognitivo, aparición de demencia y un aumento en la incidencia de depresión.^{2,18,19}

Lo anterior se ve reflejado en altos porcentajes de problemas de insomnio en esta población. Navarro y cols nos menciona que el 50% de la población adulta mayor presenta al menos un síntoma de TDS²⁰ y esta población consume más del 30% de todas las prescripciones de fármacos, entre los que un amplio número corresponde a sedantes e hipnóticos.²¹

El principal tratamiento para los TDS son parte de lo que se ha considerado en las medidas de higiene del sueño que rinden su beneficio a partir de la cuarta y sexta semana de estricto cumplimiento, sin embargo, es difícil que dichas medidas sean llevadas a cabo por el adulto mayor como lo refiere López, quien en su estudio encontró que los adultos mayores después de recibir una actividad educativa sobre higiene del sueño, solo el 13.8% de la población las realizó.⁴

Son diversos los factores de la vida cotidiana que interfieren sobre la necesidad de sueño y descanso en el adulto mayor; los cuales son aspectos biopsicosociales en los cuales puede incidir el profesional de enfermería identificando en su rutina los

patrones que ayudan a cubrir la necesidad de sueño y descanso en esta población como una intervención de enfermería a nivel comunitario y en la consulta externa.

Ante esta problemática se ha formulado la siguiente pregunta como una forma de aproximarse al fenómeno:

IV.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las vivencias de la vida cotidiana del adulto mayor en relación con la necesidad del sueño y descanso?

IV.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Describir, analizar e interpretar las vivencias en el cotidiano del adulto mayor en relación con la necesidad del sueño y descanso.

V. MARCO CONCEPTUAL

V.1 VIDA COTIDIANA

Las sociologías de la vida cotidiana se dedican a estudiar los aspectos subjetivos de la vida cotidiana en el sentido y los significados del hacer humano, la manera en que los individuos viven su vida práctica.²²

La vida cotidiana son los actos diarios, pero sobre todo el hecho de que se encadenan formando un todo.²³ Lo cotidiano puede observarse en la trama de las 24 horas de un día cualquiera y de un sujeto cualquiera, aunque particular. Las 24 horas son lo cotidiano, o mejor aún una de las tantas formas que toma la cotidianidad.²⁴

Los componentes de la vida cotidiana son:

- **Espacio:** Subjetivamente es el entorno de un individuo y de un grupo, es el horizonte dentro del cual se sitúan y viven los individuos. Objetivamente, se relaciona con lo durable. Constituye un referente, un lugar como conjunto tópico, que es dotado de sentidos por los sujetos y al mismo tiempo les otorga sentidos a los mismos actores.
- **Tiempo:** Lo cotidiano no podría prescindir del tiempo. El tiempo social es la permanente intersección de tiempos lineales y tiempos cíclicos, los primeros derivan de la tecnología, el conocimiento y la racionalidad; los segundos, de la naturaleza.

- Pluralidades de sentido: Se incluyen los sentidos que coexisten en una polisemia. Lo cotidiano siempre implica pluralidades de sentidos, asociados a puntos de vista, que se pueden condensar en ciertos elementos espaciales.
- Símbolos: Forman agrupaciones o constelaciones, que van unidos a una temática, implican una comunidad que los reconoce, son connotativos y denotativos.
- Prácticas sociales como *praxis*: son concebidas como totalidad social. El concepto de *praxis* integra distintos niveles, desde el nivel biofisiológico hasta el nivel formal y abstracto de los símbolos, la cultura, las representaciones, las ideologías.²⁵

Las sociologías de la vida cotidiana se ocupan de los procesos de producción de la sociedad a través de las prácticas, bajo el entendido de que dichas prácticas no pueden ser estudiadas al margen de los sentidos que llevan consigo, o lo que a veces se ha denominado “los contextos socialmente compartidos”, sino que se tiene la virtud de que permite comprender lo cotidiano como el lugar fundamental de intersección entre el individuo y la sociedad.²⁶

La vida cotidiana es la medida de las relaciones humanas con el tiempo, con la habitabilidad de los espacios, con la búsqueda de imaginarios y con la construcción de historias, todos ellos como referentes de los contenidos que se relatan en los discursos de la racionalidad, la afectividad y la corporeidad que elaboramos para tematizar el cómo pensamos, sentimos y actuamos la existencia

de la cultura donde vivimos y convivimos.²⁷ Es decir lo cotidiano no se reduce a la suma o el agregado de acciones aisladas, como el comer, el beber, el vestirse, sino que es necesario ver el contexto de estas acciones con las relaciones sociales en las cuales toman un lugar, sobre todo porque su encadenamiento se efectúa en un espacio social y en un tiempo social.

V.2 VIVENCIA

La vivencia es la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas. Las ciencias comprensivas están fundadas en el nexo entre experiencia, vivencia y comprensión. Pero la vivencia se distingue de la experiencia, pues constituye el criterio individual responsable de la caracterización de lo real. Es accionada por la resistencia ejercida por un mundo exterior sobre los movimientos de nuestro cuerpo y sobre el impulso de nuestra voluntad y nuestras emociones, respondiendo de este modo al surgimiento de los hechos de la conciencia. Estos, a su vez, se encuentran sometidos a las condiciones históricas, lo que hace de las vivencias una experiencia individual cargada de sentido colectivo.²⁸

Gadamer destaca el término vivencia para hablar de aquello que es aprendido y vivido por el individuo y por el grupo y se expresa en el sentido común. La vivencia de persona sobre un mismo fenómeno, es diferente: es una elaboración que hace la persona, sobre la base de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su lugar en la comunidad y en la sociedad.²⁹

V.3 ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO

De acuerdo a la clasificación de los adultos mayores, las personas de 60 a 74 años se denominan adultos mayores jóvenes, de 75 a 84, adultos mayores viejos, de 85 a 99 años, adultos mayores longevos y a los que sobrepasan los 100 años se les llama centenarios.³⁰

A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.³¹

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto para todos los países.³²El envejecimiento de la población es permanente, mientras la mortalidad en la edad avanzada siga disminuyendo y la fertilidad se mantenga baja, la proporción de las personas de edad seguirá aumentando. Al respecto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reportó en el año 2009, que el 11% de la población mundial era representada por personas mayores de 60 años (737 millones), así mismo se tiene proyectado que esta cifra se incrementará a 2 mil millones para el año 2050, lo que representará el 20% de la población mundial y para el año 2150 uno de cada tres personas en el mundo serán mayores de 60 años. Por primera vez se prevé que, a nivel mundial, el número de personas de edad superará por primera vez el de jóvenes en 2047.³³

El envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, de ahí que su presentación y evolución sea individualizada, por lo tanto, el envejecimiento se puede definir más ampliamente como un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a modificaciones morfológicas, fisiológicas,

bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo al largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. En este sentido, los humanos envejecen de manera distinta y la edad cronológica no siempre es representativa de la edad biológica.^{34, 35}

Durante el proceso normal de envejecimiento ocurren cambios estructurales y funcionales en aparatos y sistemas con sus respectivas respuestas clínicas que se traducen en un déficit funcional, mental y social que repercuten sobre la calidad de vida del adulto mayor.³⁶ En este orden, con el envejecimiento, el sueño experimenta importantes modificaciones de su estructura, tanto cuantitativas, como cualitativas y los adultos mayores suelen estar desproporcionadamente insatisfechos con la calidad de su sueño en comparación con los jóvenes.³⁷

Algunas personas mayores sanas siguen durmiendo de forma satisfactoria hasta una edad avanzada. Un mito frecuente mantenido por muchos profesionales de enfermería y en general por personal de la salud es que la necesidad de sueño de una persona se reduce con la edad. En general, la cantidad de sueño necesario en la vejez es la misma que en la juventud y en la mediana edad. Sin embargo muchas personas mayores pueden tener más dificultades para obtener la calidad y cantidad que promueve la salud y el bienestar ya que la eficiencia del sueño se reduce en la edad debido a una serie de modificaciones provocadas por el envejecimiento.³⁸

V.4 MODIFICACIÓN DEL SUEÑO DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

En la fisiología del sueño la edad es el factor más determinante y, al igual que ocurre con otras funciones orgánicas y psicofisiológicas, también en el sueño se hacen evidentes algunos cambios que afectan la profundidad, la duración, la continuidad y la calidad del mismo.

En el envejecimiento normal, se presentan cambios en el sistema nervioso, como son las modificaciones en la estructura del sueño (etapas de sueño) y el patrón de sueño (cantidad y ritmo) se presentan con el envejecimiento normal.³⁹

El sueño es una función cerebral que forma parte del ritmo vigilia-sueño. Durante la vigilia percibimos e interpretamos estímulos del mundo externo, interactuamos con dicho mundo y lo modificamos; por el contrario a través del sueño ligero al profundo existe una disminución de la capacidad de responder a estímulos externos y su esencia fundamental es retirarnos de la interacción con el ambiente. Además no es un proceso homogéneo, sino que tiene una compleja arquitectura compuesta de diversas fases, que se agrupan en ciclos a lo largo de la actividad hipnótica normal.³

El sueño normal se divide en dos etapas: sueño REM (*Rapid-eye-movement*) o de movimientos oculares rápidos y sueño no-REM. Estas etapas se evalúan mediante la polisomnografía (PSG), que consiste en el registro simultáneo de electroencefalograma (EEG), electrooculograma (EOG), electromiograma (EMG), saturación de oxígeno, movimientos toracoabdominales y otros parámetros. El **sueño REM se caracteriza** por la presencia de ondas de bajo voltaje y alta

frecuencia en el EEG, atonía muscular y movimientos oculares rápidos; en esta etapa se presenta la mayoría de los sueños. El sueño no-REM se compone de cuatro fases, 1 y 2, que son de sueño ligero y 3 y 4, de sueño profundo; todas ellas transcurren de manera secuencial desde la primera hasta la cuarta fase, que es la fase reparadora del sueño, aquella que produce en la persona la sensación de haber descansado cuando se levanta.

Las cuatro fases del sueño no-REM tienen las siguientes características:

- Etapa 1: transición de la vigilia al sueño.
- Etapa 2: fase intermedia (mayor porcentaje del tiempo de sueño); en el EEG aparecen husos de sueño y los complejos K.
- Etapa 3: sueño relativamente profundo; en el EEG hay 20 a 50% de ondas lentas de gran amplitud.
- Etapa 4: sueño profundo; en el EEG hay más de 50% de ondas lentas de gran amplitud.⁴⁰

Los cambios en el sueño relacionados con la edad son característicos pues en los adultos mayores se reduce la duración del sueño profundo, que corresponde a las fases 3 y 4 del sueño no-REM; disminuye la eficiencia del sueño, que se define como el tiempo real de sueño en relación con el tiempo total que transcurre desde que la persona se acuesta hasta que se levanta; aumenta la frecuencia de despertares nocturnos; la latencia de sueño es mayor, es decir, tardan más en

quedarse dormidos; se quejan más de insomnio; y tienden a dormir con más frecuencia durante el día.⁴¹

El cambio más llamativo de los relacionados con la edad en todo patrón de sueño nocturno es la interrupción repetida y frecuente del mismo, por largos períodos de vigilia, aumento del despertar durante la noche, aumento de la frecuencia y cambios de fase, y aumento de la sensibilidad a los estímulos ambientales pueden contribuir a la caracterización del sueño de los ancianos como más ligero o más frágil que el de los jóvenes.⁴² Entre los cambios asociados al envejecimiento se observa un descenso considerable de la producción de melatonina nocturna, la cual participa de forma crucial en la organización de la ritmicidad circadiana y su encarrilamiento con las señales ambientales del ciclo luz-oscuridad, con propiedades de conciliación y mantenimiento del sueño, así como de optimización de la calidad de la vigilia. Su disminución comienza en la década de los 40 y en mayor medida durante la década de los 50. Dicho fenómeno se ha relacionado con la aparición de depósitos de calcio en la glándula pineal, es decir que las alteraciones en el patrón de sueño incluyen la disminución de la eficacia del sueño (tiempo en vigilia dividido entre el tiempo en la cama), de normal a una disminución total del tiempo de sueño, aumento en la latencia del sueño (tiempo para quedarse dormido), irse más temprano a la cama y despertar más temprano en la mañana, más despertares durante la noche, y más siestas durante el día.³⁶ Las personas mayores pueden tomar siestas con mayor frecuencia durante el día, desorganizando así los patrones circadianos normales, si una persona

adulto mayor duerme dos o tres horas durante el día, esa persona no puede esperar disfrutar de 8 horas de sueño ininterrumpido durante la noche.⁴³

La persona mayor dará vueltas en la cama, se frustrará con la incapacidad de dormirse y sufrirá cada vez más trastornos en los patrones de sueño-vigilia. Para los que duermen bien, la cama y el dormitorio son fuertes señales de somnolencia y sueño; para los que duermen mal, estos lugares indican alerta, frustración y desvelo.³⁸

Cabe mencionar que la interrupción del sueño es frecuente en las personas mayores con problemas psicosociales. El estrés de la vida al combinarse con los factores emocionales predisponentes como depresión y ansiedad puede relacionarse con el inicio de los trastornos del sueño. Algunos estudios identifican la ansiedad, el estrés y la depresión como los principales impedimentos para quedarse y permanecer dormidos en las personas de todas las edades. Las influencias psicosociales que pueden interrumpir el sueño incluyen el aislamiento social, el estrés y cansancio del cuidador, duelo y luto.³⁹

V.5 TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR.

Los trastornos del sueño en las personas mayores pueden deberse a características personales, ambientales o a una combinación de ambas.⁴⁴ Dichos problemas, influyen de manera negativa en la salud y en la calidad de vida del adulto mayor, y pueden clasificarse como transitorios, intermitentes y crónicos. Los problemas transitorios del sueño pueden deberse a problemas de salud de corta duración, estrés, preocupación por un acontecimiento situacional o cambios en las

programaciones de sueño. Los problemas intermitentes del sueño pueden asociarse a exacerbaciones de enfermedades crónicas o a ansiedad recurrente. Los problemas crónicos o persistentes suelen deberse a trastornos primarios del sueño o a causas médicas psiquiátricas³⁷ que pueden provocar una disminución de la sensación de bienestar durante el día; se relaciona con mal humor y mayor riesgo de depresión, peor calidad de vida, más riesgo de caídas y de dependencia a psicofármacos, así como mayor utilización de los servicios sanitarios.^{45, 46} Siendo el insomnio el trastorno de mayor prevalencia entre la población de personas mayores de 65 años.⁴⁷

V.5.1 INSOMNIO

De acuerdo a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), el INS es el trastorno de la cantidad y calidad de sueño que deteriora el funcionamiento. Las características definitorias según los criterios de la NANDA incluyen los siguientes:

- Cambios de la emotividad.
- Observación de falta de energía.
- Aumento del absentismo.
- Cambios de humor.
- Disminución de su estado de salud.
- Disminución de calidad de vida.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Dificultad para permanecer dormido.

- Insatisfacción habitual con el sueño.
- Aumento de los accidentes.
- Falta de energía.
- Informes de sueño no reparador.
- Despertarse demasiado temprano.⁴⁸

De igual forma se puede definir como una dificultad para iniciar o mantener el sueño (a menudo combinación de dificultades para dormir y despertares frecuentes), o sensación de no haber tenido un sueño reparador (durante al menos 1 mes), que provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral, social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.⁴²

El INS se acompaña de, al menos una de las siguientes repercusiones diurnas: fatiga o malestar general; deterioro en la atención, concentración o memoria; bajo rendimiento laboral o social y trastornos del estado de ánimo como irritabilidad.^{49, 50}

El INS se puede manifestar de tres maneras:

- INS de inicio, cuando el paciente principalmente se queja de una dificultad importante para empezar a dormir.
- INS de continuidad o mantenimiento, cuando el paciente se queja de múltiples despertares durante la noche.
- INS terminal o despertar prematuro, cuando el paciente se queja de un despertar en cualquier momento de la noche y ya no puede volver a dormir.³

Las personas mayores que muestran estos problemas del sueño sufrirán somnolencia diurna como resultado de un sueño de mala calidad y en cantidad insuficiente. Por ello este grupo de conductas anómalas de sueño precisa una valoración específica y suele tratarse con una serie de modificaciones en el estilo de vida y medicamentos.

V.6 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración de enfermería de los TDS en las personas mayores debe utilizar un abordaje integral, debido a que las causas son multifactoriales y una adecuada valoración debe preceder a cualquier solución terapéutica que ofrezca el personal de enfermería.

Dicha valoración tiene que abordar los siguientes temas los cuáles nos son sugeridos por la NANDA:

1. Enfermedades agudas o crónicas diagnosticadas
2. Medicamentos actuales
3. Dolor
4. Problemas psicológicos (temor, ansiedad, depresión, duelo)
5. Cambio en la condiciones de vida o rutinas de sueño
6. Estresantes o preocupaciones actuales
7. Consumo de estimulantes (alcohol, nicotina, cafeína)
8. Factores del entorno (ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/humedad ambiental, entorno no familiar)⁴⁰

Esta valoración sobre hábitos de sueño nos da elementos que podemos encontrar y observar en el contexto de la vida cotidiana del adulto mayor para poder brindar una intervención de enfermería basada en la comprensión de la relación existente entre mente y cuerpo, por lo que es necesario observar la rutina que lleva a cabo el adulto mayor y darle una contextualización a ésta.

V.7 TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR.

Cuando se ha detectado un cambio fisiológico del sueño en el anciano, se le educa sobre las peculiaridades del dormir a su edad. Si se detecta un problema de higiene del sueño, se intenta abordar con las medidas correctoras oportunas. Si se trata de un insomnio transitorio desencadenado por alguna circunstancia estresante se analizan las posibilidades de actuar sobre tales eventos y de utilizar un hipnótico durante un tiempo mínimo. Se disponen de las siguientes opciones terapéuticas: higiene del sueño, terapia conductual, terapia de relajación entre otras.⁵¹

V.7.1 MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

La educación es un elemento fundamental; se debe explicar a los pacientes que es normal que se presenten cambios en los patrones de sueño con la edad y a los pacientes con dificultad para dormir debe educárseles habitualmente sobre los conceptos de una buena higiene del sueño, ya que consisten en una serie de consejos, de cumplimiento fácil, que siempre deben intentarse antes de introducir tratamientos farmacológicos. Figura 1.

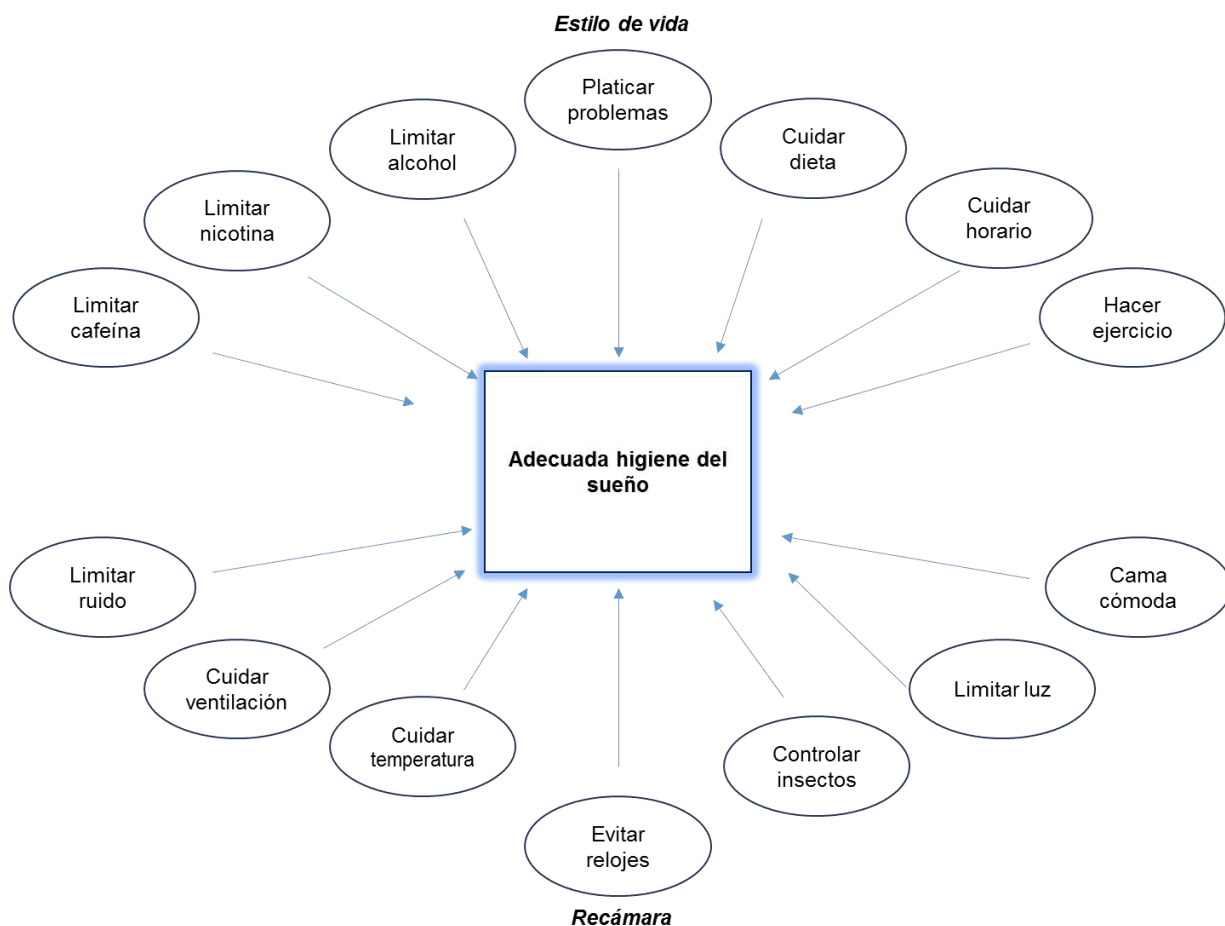


Figura 1. Control de factores para mejorar la calidad del sueño. Morin CM, Espie CA

Las normas básicas de higiene del sueño son:

1. Mantener un horario estable para acostarse y levantarse durante toda la semana, y no desvelarse.
2. Establecer rituales de relajación antes de irse a dormir, como tomar un baño con agua tibia antes de acostarse.
3. Eliminar fármacos prescindibles que pueden contribuir a las alteraciones del sueño.

4. Evitar la ingesta de cafeína (té, café, bebidas de cola, cocoa, chocolate), alcohol y tabaco en horas de la tarde o noche
5. Mantener unos horarios sociales y de comidas regulares, así como evitar ingerir una comida sustanciosa antes de dormir.
6. Evitar siestas innecesarias o prolongadas durante el día.
7. El tiempo de sueño nocturno debe igualar el tiempo en cama, es decir utilizar solo el dormitorio como un lugar de reposo, relajación y exclusivamente para dormir. No llevar trabajo para hacerlo en cama.
8. Realizar ejercicio físico en forma regular todas las mañanas, pero no en las 3-4 horas previas a acostarse.
9. Realizar actividades recreativas y sociales cotidianamente.
10. Evitar irse a la cama con los problemas personales y procurar platicarlos con la persona adecuada.
11. El dormitorio debe ser tranquilo, silencioso, bien ventilado y oscuro, con una cama confortable y a una temperatura adecuada.
12. Utilizar ropa cómoda para dormir.
13. Evitar relojes o despertadores visibles, así como objetos que emitan luces intensas durante la noche en la habitación, y no tener televisiones y dejar la habitación como un lugar de descanso.
14. Reducir al mínimo el ruido y el calor leve o excesivo durante el período de sueño.^{52, 53, 54}

V.7.2 TERAPIA CONDUCTUAL

La terapia conductual ha sido igualmente efectiva en pacientes con dificultad para dormir, despertar a medio sueño, y despertar temprano en la mañana. La terapia de estímulo de control enseña a los pacientes a reacondicionar conductas mal adaptadas relacionadas con el sueño. La terapia de restricción de sueño busca mejorar la eficacia del mismo, causando privación modesta del sueño e incrementando en forma gradual el tiempo en la cama conforme mejora la eficacia del sueño.

La terapia conductual parece ser tan efectiva como los fármacos para el insomnio de corta duración. El insomnio crónico se maneja mejor con intervenciones conductuales por la mayor probabilidad de efectividad a largo plazo y el menor riesgo de efectos colaterales.

V.7.3 TERAPIA DE RELAJACIÓN Y BIOFEEDBACK

Las técnicas de relajación educan a los pacientes para reconocer y aliviar tensión u ansiedad. El aspecto más importante es que hay que aprenderla muy bien y practicarla de forma adecuada. La auto hipnosis, la relajación progresiva y los ejercicios de respiración profunda son eficaces si producen relajación. El biofeedback aumenta mediante diversos ingenios técnicos la consciencia de la tensión propia y enseña a controlarlas, se usa en combinación con otras terapias.

V.7.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico está indicado sólo en aquellos casos en que el adulto mayor presente formas graves de insomnio, incapacitante o de larga duración, que afecte su vida diaria y que no se resuelva con las medidas no farmacológicas. En el tratamiento del insomnio, se considera un buen hipnótico aquel que induce un sueño continuado y reparador durante 6 a 8 horas y que no tenga efectos adversos (somnolencia y reducción del rendimiento psicomotor).

Para el control del insomnio del adulto mayor se deben emplear hipnóticos de vida media corta, en las dosis más bajas posibles y durante periodos menores a un mes, evitando el consumo diario del fármaco para disminuir el riesgo de tolerancia⁵⁶ En general, se recomienda no utilizar un fármaco durante más de 3 semanas. Las recomendaciones actuales coinciden en destacar que los hipnóticos son eficaces en el insomnio de corta duración, pero que los datos que apoyan a su uso en el insomnio crónico son escasas.⁵⁷

VI. METODOLOGÍA

VI.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de abordaje cualitativo, fenomenológico, descriptivo-exploratorio, el cual se centra en la experiencia personal, más que en los hechos. Considera que las personas están en su mundo y solo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos.⁵⁸ La metodología cualitativa, de acuerdo a Mayan, es definida como una indagación que explora las experiencias de la gente en su vida cotidiana, conocida como naturalística ya que se usa para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren.⁵⁹ El método fenomenológico, comprende el estudio de la experiencia vital del mundo, de la vida, de la cotidianeidad, de la naturaleza de los fenómenos, intentando describir los significados vividos o existenciales, así como la comprensión del mundo vital del hombre mediante una interpretación totalitaria de las situaciones cotidianas.⁶⁰

De acuerdo con De Souza Minayo el abordaje cualitativo responde a cuestiones particulares trabajando con universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, que responden a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos involucrados.⁶¹

VI.2. CONTEXTO

VI.2.1 MUNICIPIO DE NEZAHUALCÓYOTL

Nezahualcóyotl es una ciudad y uno de los 125 municipios del Estado de México. Se localiza al oriente de la Ciudad de México y en la región oriente del Estado de

México. Posee una superficie de 63.74 km² y una población de 1,109,363 habitantes.⁶²

Nezahualcóyotl es el segundo municipio más poblado del Estado de México, siendo Ciudad Nezahualcóyotl la localidad más habitada de este municipio¹³ con una población 104,585 habitantes de acuerdo con el INEGI. En resumen es el Décimo Municipio más poblado del país. La relación mujeres/hombres es de 1.069. El ratio de fecundidad de la población femenina es de 2.21 hijos por mujer. El porcentaje de analfabetismo entre los adultos es del 2.29% (1.32% en los hombres y 3.19% en las mujeres) y el grado de escolaridad es de 9.14 (9.43 en hombres y 8.87 en mujeres). El 1.14% de los adultos habla alguna lengua indígena. En la localidad se encuentran 275041 viviendas, de las cuales el 5.84% disponen de una computadora.⁶³

Se localiza al oriente del Distrito Federal y Estado de México. Sus límites territoriales con otras entidades son: al norte con el municipio de Ecatepec; norponiente con la delegación Gustavo A. Madero del Distrito Federal; nororiente con el municipio de Texcoco; al sur con las delegaciones Iztacalco e Iztapalapa del Distrito Federal; al oriente con los municipios de La Paz y Chimalhuacán y al poniente con la delegación Venustiano Carranza del Distrito Federal.⁶⁴

VI.2.2 ECONOMÍA

Según el INEGI, hasta el año 2003, la población económicamente activa es de 478 mil 479 personas y 98 mil 171 nezahualcoyotlenses contaría con fuente de trabajo dentro y fuera del municipio. Existen alrededor de 22 mil 268 unidades

económicas en el municipio, los cuales ocupan 41 mil 046 personas, divididas en 22 mil 268 ocupan el sector comercial, 14 mil 988 en el sector de servicios, y 3 mil 797 en la manufactura. Nezahualcóyotl ha sido históricamente proveedor de mano de obra para empresas ubicadas al oriente del Distrito Federal.

Se puede decir que un alto porcentaje de la actividad económica en el municipio se concentra en el comercio de bienes y servicios, en mercados, tianguis o mercados sobre ruedas, plazas y centros comerciales. Esto se debe a que un alto porcentaje de la población trabaja en la Ciudad de México, pero consume y adquiere productos dentro del municipio.

El Municipio no cuenta con actividades económicas primarias y secundarias, más que terciarias, cuenta con 45 tianguis y 68 mercados públicos. Aunque colindando con el municipio de Chimalhuacán existen diversas fábricas que generan parte de la actividad económica de Nezahualcóyotl.

VI.2.3 ATENCIÓN PARA ADULTOS MAYORES

El DIF municipal cuenta con dos centros denominados Casas de Día, en estos espacios se ofrece:

- Atención psicológica.
- Asesoría jurídica.
- Gerontología.
- Optometría.
- Orientación nutricional
- Medicina general.

Dichas Casas de Día, se encuentran atendidas por personal capacitado y profesional, al igual que en otros 17 clubs de la tercera edad se imparten talleres culturales y ocupacionales para los adultos mayores.

A fin de evitar que las personas de la tercera edad sufran de tristeza, ansiedad, soledad y baja autoestima, el DIF municipal ofrece terapias psicológicas, atención médica, talleres culturales y ocupacionales para contrarrestar que estos estados emocionales tengan graves consecuencias que van desde el aislamiento social hasta el suicidio, pues de acuerdo a la Secretaria de Salud mexiquense, en la última década se registraron más de 4 mil 289 suicidios, principalmente en personas de 60 a 70 años de edad.

La Casa de Día para adultos mayores en Nezahualcóyotl trabaja en el campo de la prevención, ofreciendo actividades que ayuden a personas de la tercera edad para que no caigan en estados depresivos a consecuencia de la carencia afectiva, abandono, enfermedades crónicas degenerativas e inclusive falta de recursos económicos, que pueden llevarlos al suicidio.

Nezahualcóyotl comprende a más de 100 mil personas de 60 años en adelante, ello para que se desarrollen en un mejor ambiente, que les ayude a sobrellevar de mejor manera su situación económicas y de salud a través de ejercicios, talleres culturales y ocupacionales de acorde a sus diversas capacidades, que le ayuden a concebir que todavía son capaces de mantenerse activos en un ambiente de cordialidad y amistad.⁶⁵

VI.3 PARTICIPANTES

Para llevar a cabo la selección de los participantes, se aplicaron los cuestionarios de estado de salud y polifarmacia; y las siguientes escalas de evaluación gerontológica que ya han sido validadas por consenso de expertos a nivel internacional y adecuados a población mexicana: Mini Examen del Estado Mental de Folstein, Escala de Barthel para ABVD, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala de Somnolencia de Epworth y Escala de Atenas de insomnio.(Anexo 1).

Se eligieron a 5 adultos mayores con enfermedades crónicas controladas, independientes para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), sin depresión ni deterioro cognitivo, y que presentaron insomnio con más de 8 pts. de acuerdo a la escala o somnolencia excesiva diurna con más de 11 pts., que asistan a la Casa de Día para adultos mayores de Nezahualcóyotl.

VI.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VI.4.1 ENTREVISTA

La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra persona (informante) para obtener datos sobre un problema determinado, en investigación cualitativa se utiliza la entrevista estructurada, no estructurada o en profundidad. La entrevista es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, la vida de una sociedad o cultura,

obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos, donde se requiere cierta experiencia, habilidad y tacto para saber buscar aquello que desea ser conocido.⁶⁶

La recolección de datos se realizó en los meses de Diciembre de 2014 a Octubre 2015 en el domicilio del adulto mayor para se sintieran cómodos, y pudieran hablar con confianza, en un ambiente familiar y sin ruidos externos que pudieran distraerlo; la información se recabó por medio de la entrevista a profundidad, a través de una guía semiestructurada elaborada por la investigadora (Anexo 2); constituye una metodología cualitativa de amplia aplicación en investigación en salud para exhibir el conocimiento profundo de las experiencias, opiniones sentimientos y comportamientos.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos, las cuales fueron grabadas y transcritas por la investigadora para posteriormente analizarse.

VI.5 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos es un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones que se realizan sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación.⁶⁷

El en el caso de la presente investigación, el análisis es de contenido tipo temático de acuerdo a De Souza Minayo, quien señala la construcción de categorías y sub-categorías.⁵²

El análisis temático consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado; el análisis temático se divide en tres etapas:

1. Pre-análisis: Consiste en la elección de los documentos a ser analizados y en retomar los objetivos iniciales de la investigación. El investigador debe preguntarse sobre las relaciones entre las etapas realizadas, elaborando algunos indicadores que lo orienten en la comprensión del material y en la interpretación final. En esta fase preanalítica, se determinan: la unidad de registro (palabra clave o frase), la unidad de contexto (delimitación del contexto de comprensión de la unidad de registro), los recortes, la forma de categorización, la modalidad de codificación y los conceptos teóricos más generales que van a orientar el análisis.

El pre-análisis puede descomponerse en las siguientes tareas:

a) *Lectura fluctuante* del conjunto de las comunicaciones. En este momento del análisis el investigador toma contacto directo e intenso con el material de campo, dejándose impregnar por su contenido.

b) *Constitución del corpus*: término que se refiere al universo estudiado en su totalidad.

c) *Formulación y reformulación de objetivos*: Proceso que consiste en retomar la etapa exploratoria teniendo como parámetro, en la lectura exhaustiva del material, los interrogantes iniciales.

2. Exploración del material: Consiste esencialmente en una operación clasificatoria que apunta a alcanzar el núcleo de comprensión del texto. Para eso se busca encontrar categorías que son expresiones o palabras significativas en función de las cuales el contenido de un habla será organizado. La categorización consiste en un proceso de reducción del texto a palabras y expresiones significativas. En el análisis temático

tradicional trabaja primero en esta fase, recortando el texto en unidades de registro que pueden constituirse por palabras, frases, temas, personajes y acontecimientos, indicados como relevantes en el pre-análisis. Posteriormente el investigador elige las reglas de conteo, dado que tradicionalmente la comprensión es construida por medio de codificaciones e índices cuantitativos. Por último se realiza la clasificación y agregación de los datos, seleccionando categorías teóricas o empíricas, responsables de la especificación de los temas.

- 3. Tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación:** Se ponen en relieve las informaciones obtenidas, y se proponen inferencias y se realizan interpretaciones, interrelacionándolas con el marco teórico diseñado inicialmente o abriendo otras pistas en torno de nuevas dimensiones teóricas e interpretativas sugeridas por la lectura del material.

VI.6 RIGOR METODOLÓGICO

El rigor científico se garantizó a través de la credibilidad, la auditabilidad, y la transferibilidad.

- Credibilidad; se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes, recolecta información que genera hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación a lo que ellos piensan y sienten; criterio que se garantizó al realizar la entrevista a los informantes en su situación natural, pues se acudió al domicilio de cada adulto mayor, para que se sintiera con

confianza y seguridad de expresarse y de esta manera obtener mejores resultados, utilizando la observación continua y persistente, para confirmar los hallazgos y revisar datos particulares, se acudió en varias ocasiones con los informantes durante la recolección de la información, para corregir errores de interpretación de los hechos, y los resultados fueran verdaderos para los participantes del estudio.⁶⁸

- **Auditabilidad;** se refiere a 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.⁶⁹ Para esta investigación la grabación de las entrevistas fue transcrita de manera textual para poder realizar el análisis de los resultados.
- **Transferibilidad,** se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones; a través de la descripción exhaustiva de los adultos mayores, es pertinente considerar que en la investigación cualitativa, los lectores del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio, de esta manera el grado de transferibilidad, es función directa de la similitud entre los contextos donde se realiza el estudio.⁷⁰ Se presenta la descripción del contexto en el que se desarrolla el adulto mayor y en anexos una descripción detallada del perfil de cada uno.(Anexo 3)

VI.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante el desarrollo de la investigación se contemplaron aspectos que garantizaron el cumplimiento de los principios éticos orientados al respeto por la dignidad humana; y legales al brindar información precisa, clara y oportuna sobre el objetivo de la investigación.

La investigación atendió a los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, veracidad, privacidad y confidencialidad, señalados en el Código Ético de Enfermería⁷¹, a su vez que sustentará su ejecución en el marco de lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud en los artículos 34, 36, 38 y 39 que se refieren a reportar riesgo mínimo para los sujetos de estudio, consentimiento informado, anonimato y a la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio.

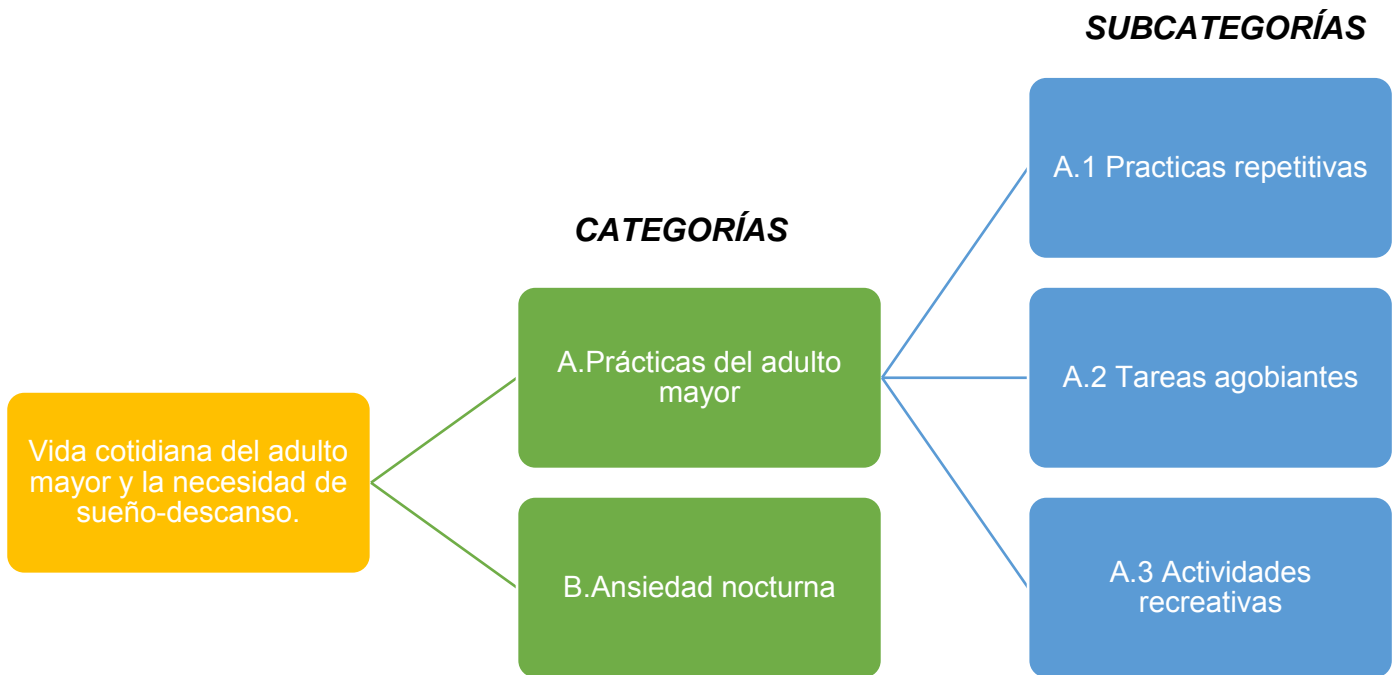
72

Para alcanzar la confidencialidad se asignó un código alfa numérico durante el proceso de recolección de la información para no revelar la identidad de los participantes, situación que continua en la presentación de los hallazgos del estudio.

A cada participante se le explicó el motivo de la investigación y el carácter confidencial de los datos, se le solicitó su consentimiento y libre participación antes de iniciar la recolección de los datos. (Anexo 4)

VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se muestran el análisis e interpretación de los datos recabados en la presente investigación, en la cual emergieron dos categorías las cuales se derivaron de las ideas principales y tres subcategorías con las ideas secundarias. Las categorías y subcategorías se fundamentaron y se describieron de forma teórica y narrando los discursos más representativos que fueron contrastados con estudios previos y a partir de teorías que explican el fenómeno de la investigación.



ESQUEMA DE LA VIDA COTIDIANA DEL ADULTO MAYOR Y LA NECESIDAD DE SUEÑO-DESCANSO



VII.1 PRÁCTICAS DEL ADULTO MAYOR

Las prácticas del adulto mayor, son todas aquellas actividades diarias que realiza de forma constante y habitual. De acuerdo a Henri Lefebvre, estas actividades habituales se encuentran encadenadas para formar un todo, contribuyen a reproducir el mundo del adulto mayor y le dan una estabilidad.²⁵

Los adultos mayores llevan a cabo diferentes actividades diarias, en primer lugar se encuentran aquellas que realiza para la satisfacción de necesidades que aseguren el mantenimiento personal (alimentarse, bañarse, vestirse, ir al baño, etc.); y que responden a una rutina en la que se refleja la personalidad del adulto mayor, el cual, tiende a actuar de una manera precisa y específica frente a una misma tarea, debido a que la capacidad de adaptación en el envejecimiento se encuentra disminuida.⁷³

En segundo lugar están las actividades que se refieren al mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural, es decir aquellas prácticas que son vitales para el mantenimiento de la función normal de los adultos mayores en el hogar y la comunidad, involucran al adulto mayor en la realización de actividades más complejas.⁷⁴ Por último están las actividades de ocio y actividades sociales que aluden a prácticas que van más allá de actividades esenciales y hacen que el adulto mayor tome parte en el medio ambiente externo y se involucre en actividades comunitarias y autoenriquecedoras.

En conjunto, las prácticas que lleva a cabo el adulto mayor, se encuentran cargadas de significados inmersos en un contexto específico, esto es, qué actividades llevan a cabo, dónde y con quién; y de acuerdo a Lefebvre, éstas no deben ser concebidas simplemente como acciones cotidianas aisladas.²⁵ En esta categoría emergieron las subcategorías: “Prácticas repetitivas”, “Tareas agobiantes”, y “Actividades recreativas”

VII.1.1 Prácticas Repetitivas

Las prácticas repetitivas en el adulto mayor, implican una inclinación constante a hacer o a obrar de una manera determinada y repetir frecuentemente una misma tarea o actividad,⁷⁵ Lefebvre menciona que las repeticiones pueden ser mecánicas, cíclicas y periódicas, y contribuyen a reproducir el mundo.²⁵ Las prácticas repetitivas también se pueden denominar “hábitos” y generalmente versan sobre un conjunto de tareas cotidianas comunes que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente.⁶⁷ Los hábitos se adquieren de acuerdo a las influencias que las personas reciben del medio que las rodea

(familia, trabajo, amigos, etc.), y definen la actitud que se tiene ante la vida y el rol que se ocupa en la sociedad; dichos hábitos en el adulto mayor han estado presentes a lo largo de toda su trayectoria de vida, así como en cualquier situación o actividad y difícilmente pueden ser modificados, pues estos pueden estar presentes de manera indefinida.

Los hábitos están basados en la personalidad, es decir en valores, ideas, sentimientos y experiencias que fueron significativas para el adulto mayor a lo largo de su devenir histórico, y lo predisponen para la realización frecuente y automática de una tarea o actividad, dificultando la modificación de dichos hábitos, y ser riguroso en las actividades que realiza. Implican una especie de compromiso hacia sí mismo o hacia otros⁷⁶ como se evidencia en los siguientes discursos.

“A las diez y media llueva, truene o relampaguee ya me acuesto y todos los días me levanto a las cinco y media de la mañana. Soy muy cuadrada para hacer mis cosas, tengo horarios. ¡Yo soy muy de hábitos!” (LUM1)

“Yo me duermo a las diez y media todos los días...” (MAR2)

“De lunes a viernes, me levanto a las cinco de la mañana...” (CAR3)

“Tengo el hábito de que a las doce del día, todos los días, me siento a rezar un ratito o hago meditación.”(JUM4)

“Todas las mañanas me preparo para hacer ejercicio, me voy a zumba todos los días” (JES5)

Los resultados obtenidos en la presente investigación, evidencian que los hábitos son partes de la personalidad del adulto mayor, pues en los discursos se hace

alusión a poseer hábitos muy específicos, con horarios previamente establecidos que no se pueden modificar para la realización de sus actividades.

Por otro lado, se encuentra una autodefinición de poseer un carácter inflexible; en la literatura Rotter⁷⁷ explica este tipo de personalidad y su estrecha relación con una sensación de control personal y autocontrol de las acciones; lo que sugiere que la participante posee un tipo de personalidad en la que piensa que su conducta está bajo su propio control y que solo la puede manejar a través de la creación de hábitos, que no siempre son necesariamente deseables. De acuerdo a Graybiel, éstos con el paso del tiempo se pueden volver necesidades y llevan a realizar acciones automatizadas que pueden entrar en el territorio de la compulsión.⁷⁸ Tal es el caso del horario impuesto para dormir y despertar que se observa en el discurso, el cual se encuentra programado a nivel fisiológico en el adulto mayor y se realiza de forma involuntaria. Los horarios que la informante uno refiere, indican que las horas de sueño coinciden con las recomendadas para adultos mayores (7 hrs) de acuerdo a la *National Sleep Foundation*.⁷⁹ Sin embargo se debe considerar que el adulto mayor con insomnio tarda en conciliar el sueño y presenta despertares frecuentes durante la noche, por lo que las horas recomendadas de sueño se reducen, al igual que la eficacia del mismo. Esto repercute en la restauración de todas las funciones que se logran con el sueño y el adulto mayor no logrará tener un adecuado rendimiento para realizar sus actividades cotidianas⁸⁰, lo cual coincide con lo reportado por Backhaus, en donde se encuentra que el paciente con despertares frecuentes durante la noche y un despertar más temprano de lo deseado, tiene problemas que afectan tanto a su

salud como a su funcionamiento social, además de presentar dificultad para concentrarse y para organizar sus actividades cotidianas.⁸¹

VII.1.2 Tareas Agobiantes.

Son todas aquellas labores realizadas por el adulto mayor, que generalmente responden a necesidades de terceras personas, y le producen una sensación de estrés, el cual es un proceso complejo, en el que las personas responden a demandas o situaciones (estresores), con un patrón de respuestas por parte del organismo, que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas, emocionales, o una combinación de éstas, al momento de interpretar las demandas como amenazantes para su bienestar y salud.⁸²

Dichas labores agobiantes, además de causarle estrés, pueden originar fatiga al realizarlas o al estar pensando en su potencial ejecución de manera constante; y son experimentadas de forma negativa⁸³, ya que representan situaciones generadoras de estrés persistente, y pueden ser interpretadas como una carga de trabajo para el adulto mayor a nivel emocional principalmente, pues son actividades que están encaminadas a dar respuesta a las necesidades de familiares y especialmente a hijos,⁸⁴ pues en México, la familia es el sistema de apoyo social más importante y muchas veces el único que proporciona asistencia instrumental cuando es necesario cuidar a alguno de sus integrantes, entre otras cosas.⁸⁵

El estrés que representa la realización de dichas actividades, surge como respuesta ante la toma de conciencia del impacto que representan sobre la vida diaria,⁸⁶ es decir que las tareas agobiantes generalmente ocupan gran parte del

pensamiento, implican una gran cantidad de tiempo y una gran responsabilidad por parte del adulto mayor para llevarlas a cabo, como se evidencia en los siguientes discursos:

“En la mañana preparo el desayuno, hago la comida y ¡casi hasta la cena! para que mis hijos se lleven comida. Empiezo otra vez esa rutina de ¿qué voy a hacer de comer? Pero ya cuando salgo de mi clase otra vez vengo pensando: ¡Ay tengo que comprar la verdura!” (LUM1)

“Tengo que ponerle mucha atención porque es un bebito de un año y lo tengo que cuidar mucho, es una responsabilidad muy fuerte... pero cuando me siento mal, me desesperan los niños, ya no tengo esa paciencia como para darles el 100%, ¡me desesperan! (MAR2)

“Me levanto temprano, para apoyar a mi hija con el desayuno de mis nietos. Me concreto a cuidarlos en lo que llega mi hija y después ya me deslindo de esa responsabilidad, se los dejo a ella y ya yo me dedico a hacer mis cosas personales” (CAR3)

“Le ayudo a mi hija a cuidar a mis nietos toda la semana, porque ella y su marido trabajan, y ya no tengo tiempo de ir al club de la tercera edad, a veces si es muy pesado porque yo les doy de comer, voy por ellos a la escuela y ando corriendo para todos lados”(JUM4)

Las diversas labores agobiantes realizadas por el adulto mayor, responden al rol que éste tiene en la sociedad mexicana; el cual ha tenido como una de las principales ocupaciones, estar al pendiente de las múltiples necesidades de los

miembros de su familia, pues de acuerdo a Ardila en 2009, el núcleo familiar es considerado el entorno más cercano e importante en la vida de una persona para brindar y encontrar apoyo incondicional,⁸⁷ y de acuerdo a la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en el año 2000 los adultos mayores realizan tareas domésticas y servicios a algún miembro del hogar, principalmente, la mayor ayuda se concentra hacia los hijos, lo que coincide con los resultados de la presente investigación, en la que se puede observar que los adultos mayores realizan diversas actividades como forma de ayuda a sus hijos, que van desde lo relativamente simple hasta lo complejo (hacer de comer, cuidar nietos) siendo un importante recurso que permite conciliar la vida laboral y familiar de éstos.⁸⁸

En la literatura se encuentra que los adultos que son cuidadores parentales, es decir aquellos abuelos y abuelas que tienen a su cargo de manera continua a sus nietos, ejerciendo un papel paternal sustitutorio; no sólo muestran una alteración significativa de la actividad cotidiana, reduciendo especialmente el tiempo que dedican al ocio y a sí mismos, sino que también suelen mostrar niveles mayores de depresión⁸⁹ el cual es uno de los factores principales para presentar problemas de sueño.

En el discurso se encuentra que parte de estas actividades agobiantes se ven reflejadas en que se otorgan cuidados diurnos extensos y regulares a los nietos, los cuales generan un estado estresante en su forma más negativa, y se muestran condiciones de alteraciones emocionales (estrés más irritabilidad) lo que coincide con lo reportado con Del Río Portilla, pues se demuestra que tanto la cantidad y la calidad del sueño se modifican por las variadas condiciones de estrés sufridas

durante el día,⁹⁰ a su vez esto produce cambios en el ciclo sueño-vigilia, principalmente con la presencia de insomnio y cansancio emocional y mental.⁸⁰

Los resultados de la presente investigación, concuerdan con lo reportado por Pereira, pues el adulto mayor tiene alterado de forma crónica su funcionamiento diurno a nivel emocional (cambios continuos de humor) y físico (disminución de la energía y el rendimiento), afectando en primer lugar su bienestar y disminuyendo su atención a aquellas actividades y tareas que requieren de una vigilancia continua por parte de él.

VII.1.3 Actividades Recreativas

Las actividades recreativas son aquellas realizadas por la persona en su tiempo libre, elegidas voluntariamente, las cuales le proporcionan placer y desarrollo de la personalidad, según Lefebvre el tiempo para realizar actividades recreativas implica un ocio planificado y una distracción organizada⁹¹, en la cual, el adulto mayor va a realizar actividades sociales y actividades que sean productivas.

Dichas actividades son parte del proceso educativo, constituyen el medio principal del proceso de educación del tiempo libre para el desarrollo de los conocimientos, habilidades, motivos, actitudes, comportamientos y valores en relación con el empleo positivo del mismo. Son actividades regeneradoras de energía porque ayudan a liberar el estrés y fomentan un descanso integral; y en el caso del ejercicio físico ayudan a relajar la mente y el cuerpo debido a la concentración mental que exige.⁹²

De acuerdo a Mateo, las actividades recreativas incluyen: actividades deportivas-recreativas, al aire libre, lúdicas, de creación artística y manual, culturales participativas, de espectáculos, visitas, socio-familiares, audiovisuales, de lectura, pasatiempos, aficiones o hobbies y de relajación ⁹³ y pueden surgir de manera espontánea u organizada, individual o colectiva, en cualquier período de la vida tal como se evidencia en los siguientes discursos:

“Me gustan mucho las manualidades y el Tai Chi, porque me ayuda mucho para mis huesos, mi articulaciones, me relajo, aprendo, siento que ha mejorado mi memoria y también un poquito mi sueño,” (LUM1)

“Me voy a la casa de mi hermano, a desestresarme un rato. Al ver a mi familia, me siento un poquito más contenta, mi hermano me lleva a distraerme a lugares donde a nosotros nos gusta andar.” (MAR2)

“Mi hobby es la lectura, es mi delirio, yo no puedo andar sin un libro en la mano o aunque sea una revista” (CAR3)

“Mi pasatiempo favorito es tejer, les hago gorritos y suéteres a mis nietos o a mis familiares, prendo la tele o pongo la música y me pongo a tejer cuando tengo ratos libres” (JUM4)

“Voy al ejercicio, la zumba me gusta bastante porque yo llegue a viejo y no sabía bailar, entonces estoy tratando de aprender, y sobretodo porque me sirve para mi salud. También voy a un grupo de autoayuda, en el que montamos una obra de teatro, la hemos presentado y me encanta mucho, es un pasatiempo que me gusta bastante. Incluso quiero seguir estudiando

música, porque yo fui músico, yo tocaba percusiones y lo deje, entonces tengo esa inquietud de aprender para mí y en ratos que este yo de ocioso, pues tocar.” (JES5)

Las diversas actividades recreativas que el adulto mayor realiza, contribuyen a una autorrealización, generando una sensación de bienestar y placer, pues el hecho de poder practicarlas, proporciona sentido al adulto mayor, manteniendo interés y gozo por su existencia, además de que favorece el rendimiento físico y emocional que trae beneficios para la realización de las actividades cotidianas.⁹⁴ De acuerdo a los resultados obtenidos, las actividades recreativas se enmarcan como uno de los pilares importantes de la salud y el bienestar general, pues se evidencia en el discurso que son actividades que ayudan a los adultos mayores, en primer lugar, a liberar el estrés, relajarse y distraerse; y en segundo lugar lo lleva a aprender y mantenerse mentalmente activos en el caso de la lectura diaria.

El tiempo de ocio en el adulto mayor, debe considerarse como un elemento de calidad de vida, pues constituye una de las ventajas u oportunidades más valiosas para poder desarrollar actividades que no pudo llevar a cabo el adulto mayor durante su trayectoria de vida como se puede observar en el discurso donde se menciona que se tiene la inquietud de estudiar música, y la vejez le brinda la oportunidad de experimentar diversiones que por múltiples razones no realizó durante la juventud.⁹⁵ Y de acuerdo a los resultados obtenidos por Valladares, la calidad de vida y la actividad en la tercera edad son una parte fundamental para lograr una vejez productiva y sana.⁹⁶

Sin embargo, en los resultados se observa que sólo dos participantes mencionan la realización de actividad física, como es la zumba y el Tai Chi, lo cual llama la atención, pues de acuerdo a la literatura, la realización de ejercicio físico, aumenta el bienestar, la salud mental y emocional, mejora la concentración y la memoria, disminuye el estrés, proporciona energía vital y por ende una mejor calidad del sueño⁹⁷, lo que coincide con los beneficios reportados por los participantes.

De acuerdo a la literatura se observa que los diversos tipos de actividades recreativas tienen beneficios en menor y mayor grado sobre la necesidad de sueño y descanso, por lo que se propone que el adulto mayor no se enfoque en una sola actividad, pues en el tiempo libre se debe combinar el ejercicio físico, como el tai chi o yoga, con una actividad en la que se demuestre la capacidad de concentración tales como la meditación, o la realización de ejercicios de respiración y relajación, así como la participación en actividades que involucren a sus redes de apoyo, pues en conjunto traerán beneficios múltiples para la necesidad de sueño del adulto mayor y su calidad de vida.

VII.2 ANSIEDAD NOCTURNA

El sueño es un estado de inconciencia normal, caracterizado por ser reversible, recurrente y espontáneo, el que se disminuyen o son menos eficientes las respuestas a los estímulos externos; este proceso está regulado por el cerebro durante el cual algunos órganos y sistemas se mantienen en reposo y recuperación.

El sueño se considera como el descanso por excelencia y su significado varía según los individuos, ya que si la persona descansa durante el tiempo de sueño tiene una mejoría en la actividad creativa, en el equilibrio emocional y en el estado anímico debido a que durante el sueño profundo se reestablece la actividad cerebral y se favorece el crecimiento del organismo, así como una consolidación de los procesos de memoria, de las cosas aprendidas durante el día. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.⁹⁸

Sin embargo el tiempo de sueño-descanso se puede ver afectado seriamente en el adulto mayor por múltiples y diversas variables fisiológicas, físicas o psicológicas que pueden perturbarlo en mayor o menor medida.⁹⁹ Principalmente el sueño se modifica, debido al proceso normal de envejecimiento, afectando la cantidad y calidad del sueño, de tal forma que el adulto mayor suele dormir menor cantidad de horas y su sueño frecuentemente es superficial y con múltiples despertares. Por otro lado, existen factores psicosociales que provocan alteraciones en el sueño, como son los problemas financieros, laborales, la soledad, pérdida de familiares, amigos o mascotas, cambio de residencia,

hospitalizaciones, viajes, conflictos familiares.⁴⁴ lo que ocasiona que el adulto mayor no llegue a hasta la fase reparadora del sueño y tenga la sensación de no haber descansado cuando se levanta.¹¹

De acuerdo a Lefebvre, el tiempo en el sueño-descanso, es aquel tiempo en el que estos procesos que se consideran esenciales y básicos para la supervivencia, tienen su fluidez y su continuidad, su lentitud, llena de sorpresas y de suspiros, de debates y de silencios. Sin la presencia de tiempo de sueño-descanso, la capacidad de concentración, y participación en las actividades cotidianas disminuye considerablemente y especialmente en los adultos mayores,¹⁰⁰ los cuales le atribuyen un significado que se va a ir modificando dependiendo de la persona, pues cada individuo tiene diferentes interpretaciones y puntos de vista debido a la carga emotiva, vivencias familiares o individuales y al tiempo vivido cotidiano.

El no cubrir el tiempo de sueño-descanso, representa grandes consecuencias negativas en la vida cotidiana del adulto mayor, pues la jornada diurna puede resultar desagradable, se encontraran ansiosos, somnolientos, con dificultades de atención y memoria entre otras.

Durante el tiempo de sueño-descanso, se encuentran períodos de ansiedad nocturna, la cual es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional y mental que no es atribuible a peligros reales, sino a la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles.¹⁰¹

La ansiedad es uno de los factores emocionales que han demostrado una relación más consistente con gran parte de trastornos y enfermedades. En lo que se refiere al sueño es una de las causas principales de insomnio. Los periodos de ansiedad nocturna, no solamente dificultan la conciliación y mantenimiento del sueño, sino que son responsables también de algunos de los efectos indeseables asociados al insomnio, como lo es la somnolencia diurna.¹⁰²

Cualquier periodo de ansiedad produce casi invariablemente dificultad para conciliar el sueño. Al mismo tiempo, el retardo en la conciliación del sueño puede favorecer la aparición de pensamientos intrusivos referentes a los problemas que conlleva una deficiente calidad del sueño y la necesidad urgente de dormir. Tales pensamientos no hacen sino activar fisiológica y emocionalmente, incrementando la respuesta de ansiedad y cerrando un círculo vicioso que empeora las condiciones para dormir tal como se evidencia en los siguientes discursos:

“A veces a las tres y media-cuatro de la mañana, me despierto y me cuesta trabajo volver a conciliar el sueño, han habido veces que ya a las cinco y media yo sigo despierta desde las tres y media de la mañana”(LUM1)

“A veces pues no puedo dormir, pues me preocupan los problemas de mis hijas, y yo quisiera partirme en muchos pedacitos para poderlas ayudar. Y siento que traigo toda la carga, me preocupa que no les alcance el dinero, son preocupaciones que pues no las debo de tener verdad...”.(MAR2)

“Ansiedad... desesperación por no poderme dormir porque tengo muchos problemas principalmente económicos, y yo pienso que eso es lo que me impide dormir, a veces hasta ando malhumorado debido a que no duermo

como debiera o como quisiera... Tardo como una hora y media para dormirme, pero como a las dos o tres de la mañana se me quita, hay ocasiones en que me llego a dormir una hora más, pero a las cinco de la mañana ya estoy despierto otra vez y ya no me puedo dormir y mejor me levanto” (CAR3)

“Casi diario me tardo mucho para dormir... y me pongo a pensar en los problemas de la casa, que a veces no nos alcanza el dinero y una tiene que hacerlo rendir lo más que se pueda” (JUM4)

“A veces despierto en la noche y ya no puedo dormir porque me llega un pensamiento, y luego llega otro y empiezo a conflictuarme, me enfoco en el problema y ya no me enfoco en el sueño, a veces son preocupaciones, lamentablemente cosas que ya pasaron, que ya no tendría por qué dedicarles tiempo y no tendría por qué estarme preocupando; y económicas, porque yo tengo muchos gastos...” (JES5)

En los resultados obtenidos en la presente investigación se puede observar que el tiempo de sueño-descanso del adulto mayor, se ve afectado por problemas y preocupaciones, los cuales no necesariamente son propios y reales, tal es el caso de la participante que menciona los problemas de sus hijas, los cuales no necesariamente le pertenecen, sin embargo le generan distintos grados y períodos de ansiedad, la cual a su vez provoca insomnio e inquietud, y dichas inquietudes se tornan más intensas, en la medida que no puede dormir.⁷⁵

Se observa en los discursos con frecuencia la queja de que el tiempo de sueño-descanso no es suficiente, debido a la presencia de despertares nocturnos

frecuentes y al tiempo que se tardan en conciliar el sueño, lo cual coincide con los resultados obtenidos por Costa en 2011, donde menciona que los adultos mayores refieren como principal queja despertar de madrugada y no poder volver a dormir, quedarse despierto la mayor parte de la noche y dormir mal.¹

Los despertares frecuentes durante el tiempo de sueño- descanso, aumentan los periodos de ansiedad, y por ende la calidad del sueño no es satisfactoria, pues el adulto mayor no llega a la a fase reparadora del mismo, y durante el día se puede llegar a sentir cansado o con alteraciones en su estado emocional, tal es el caso del participante que menciona que debido a que no duerme como debiera se encuentra de mal humor durante el día, lo que coincide con los resultados de Pando-Moreno en 2001 pues al no existir un tiempo de descanso adecuado durante la noche los adultos refieren no sentirse llenos de vida y energía para realizar sus actividades cotidianas.²⁰

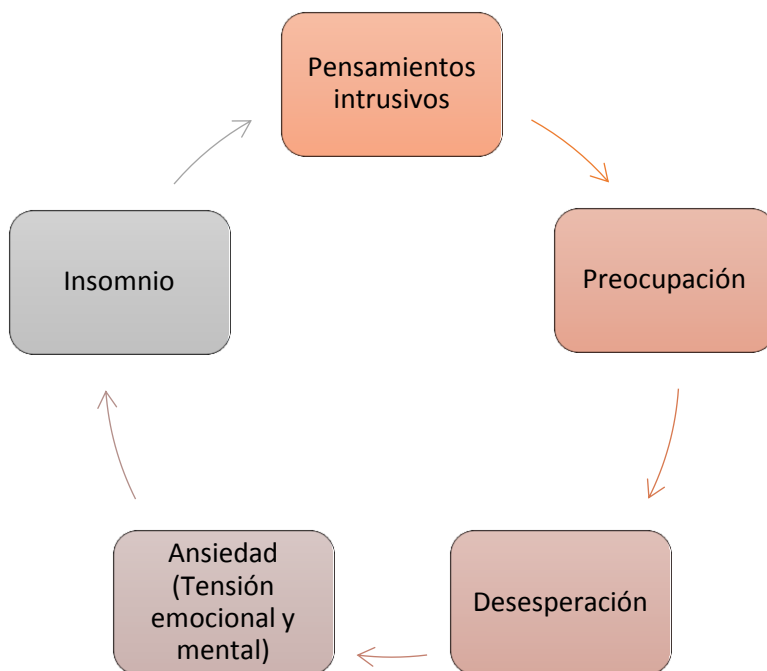
La falta de sueño continuada puede ser debida a problemas emocionales, a dificultades en la vida diaria o, en ocasiones, a la presencia de problemas psicológicos más graves. Las personas con ansiedad intensa encuentran muy difícil conciliar el sueño y de acuerdo al estudio realizado por Dew y cols con pacientes ancianos, se demostró que la falta de tiempo de sueño adecuado aceleraba significativamente la mortandad.¹⁰³

Se observa dentro de los discursos, que existen durante la noche, una gran cantidad de pensamientos intrusivos, los cuales se refieren a pensamientos no deseados, involuntarios, imágenes o ideas desagradables que pueden convertirse en obsesiones, son molestos o preocupantes, y pueden ser difíciles de manejar o

eliminar¹⁰⁴; de acuerdo a Iglesias y colaboradores, durante la jornada diurna es relativamente fácil mantener la mente entretenida y estar libre de este tipo de pensamientos, el problema es mucho más evidente durante la noche, cuando ya no queda nada que hacer en la casa ni se puede salir a la calle, y la noche se constituye un contexto bastante propicio para que aparezcan en la mente toda clase de pensamientos y sentimientos, la mayoría de ellos de signo negativo, como se observa en los discursos, pues los adultos mayores refieren que piensan en los problemas familiares, recuerdos del pasado y dificultades económicas; de acuerdo a la literatura se observa que los problemas económicos son un suceso estresante que predomina, el cual provoca síntomas de insomnio, afecto deprimido y somatización de enfermedades.¹⁰⁵

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se puede observar que el tiempo de sueño-descanso se encuentra inmerso en un círculo vicioso, en el cual los pensamientos intrusivos o problemas potenciales ocasionan una preocupación, la cual produce intranquilidad, temor o angustia, que al pasar el tiempo durante la noche se convierte en una desesperación por no poder dormir, lo cual se manifiesta en una ansiedad con tensión emocional y mental que impide que logre conciliar el sueño y se presente el insomnio, como se muestra en el esquema 1.

Esquema 1. Circulo vicioso de la ansiedad nocturna en el AM.



VIII. CONCLUSIONES

La necesidad de sueño-descanso del adulto mayor se encuentra seriamente comprometida, debido a que no distribuye de manera adecuada el tiempo para las diferentes actividades de su vida cotidiana, ya que realiza actividades generadoras de entres que ocasionan un cambio en el ciclo de sueño, propiciando la aparición de insomnio.

Se encontraron dos categorías y tres subcategorías en las que se reflejan las actividades que tiene el adulto mayor en su vida cotidiana y la influencia de dichas actividades para presentar alteraciones en la necesidad de sueño-descanso:

1) Prácticas del adulto mayor. Prácticas repetitivas, tareas agobiantes y actividades recreativas; **2) Ansiedad nocturna.**

En relación a las **prácticas del adulto mayor**, se puede concluir que los adultos mayores, no hacen parte de las actividades cotidianas, la implementación de medidas de higiene del sueño, por lo que esta necesidad no se encuentra cubierta de manera adecuada y repercute en la calidad de vida. Dichas medidas pueden llevarse a cabo a través de la correcta orientación que el adulto mayor reciba como parte de una atención integral de enfermería, pues éste tiende a la creación y seguimiento de prácticas repetitivas o hábitos, que pudieran encausarse de manera positiva para el seguimiento de recomendaciones saludables tales como: hacer ejercicio físico de forma regular durante el día, procurar una alimentación equilibrada evitando las cenas pesadas, evitar las siestas durante el día, realizar actividades relajantes, preparar la habitación para dormir e ir a la cama solo cuando se tenga sueño, etc. Las medidas de higiene del sueño que se lleven a

cabo cronológicamente, así como un mejor estilo de vida, brindan la posibilidad de lograr una mayor longevidad en mejores condiciones. A mejor estilo de vida, existe un mejor proceso de envejecimiento y en consecuencia una vejez más sana, más activa y participativa.

Por otra parte se encontró que la cantidad de horas que duerme el adulto mayor se encuentran determinadas por dos factores importantes; uno es la presencia de **prácticas repetitivas** que marcan horarios específicos para satisfacer la necesidad de sueño, ya que los adultos demuestran una tendencia a dormir y despertar siempre en el mismo horario; y el segundo son los despertares frecuentes durante la noche, relacionados a la ansiedad nocturna y a las variadas condiciones de estrés sufridas durante el día que alteran el ciclo del sueño, por tanto el adulto mayor duerme, en apariencia, las horas límite recomendadas debido a los hábitos que posee, y a causa del tiempo que permanece despierto por la ansiedad nocturna, estas horas se disminuyen considerablemente, se vuelven insuficientes y afectan las diversas actividades cotidianas.

A partir de los hallazgos de la presente investigación, se encontró que los adultos mayores no son conscientes de la importancia que tienen las **actividades recreativas** durante la vejez, y no le dan prioridad en las actividades de su vida cotidiana, debido a que parte de sus funciones se encuentran enfocadas en responder a necesidades de terceras personas, realizando diversas **tareas agobiantes** que ocupan gran parte de su tiempo y de su pensamiento, razón por la que el tiempo libre del adulto mayor pasa a segundo término y se encuentra limitado, el tiempo de ocio disminuye, así como el tiempo para el cuidado a sí

mismo, provocando que el estrés acumulado genere ira y mal humor, así como un cambio en el ciclo de sueño-vigilia con la presencia de insomnio y somnolencia diurna, situación que desencadena agotamiento y deterioro en la distribución y realización de las actividades de su vida cotidiana; así como disminución del nivel de alerta, riesgo de deterioro cognitivo y aparición de demencias.

En relación a la **ansiedad nocturna**, se encontró que la noche es un contexto propicio para que se presenten los pensamientos intrusivos, pues el adulto mayor lleva a la cama una gran cantidad de problemas familiares y preocupaciones económicas principalmente; situaciones que no se permite expresar durante el transcurso del día y que causan un retraso considerable en la aparición del sueño, así como despertares frecuentes nocturnos.

A continuación se evidencian las aportaciones del presente trabajo de investigación, sustentados a partir de los hallazgos

VII.1 APORTACIONES A LA DISCIPLINA

Es necesario que se le brinde más importancia a la enfermería en salud mental, dentro de los planes de estudio, debido a que el profesional de enfermería podría participar de manera independiente en la valoración psicológica del adulto mayor, y de esta manera diseñar y evaluar intervenciones que le ayuden a éste a manejar las diversas situaciones conflictivas que se presentan en su vida cotidiana y que le impiden conciliar el sueño, así como enseñarles a los adultos mayores a distribuir su tiempo, y el ocio en la vejez.

VIII.2 APORTACIONES A LA PRÁCTICA

Es conveniente que el profesional en su práctica de enfermería ofrezca cuidado, acompañamiento, consejería y educación, ya que es compromiso del profesional de enfermería cuidar a la persona en todas las dimensiones y saber canalizar al adulto mayor con otras disciplinas como el trabajo social, la gerontología, y la psicología, pues de acuerdo a los resultados se propone que los adultos mayores reciban atención psicológica que los ayude a controlar la aparición de pensamientos intrusivos nocturnos. Por otra parte es importante canalizar a los casos más graves de insomnio y somnolencia excesiva diurna a instancias especializadas, como lo es la Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM, la cual recibe a población abierta y brinda consulta para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del sueño.

VIII.3 APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN

Se recomienda continuar con la línea de investigación del sueño y descanso de los adultos mayores con la realización de investigaciones con diseño cualitativo, para evidenciar la parte subjetiva que vive el adulto mayor, frente a esta necesidad y evidenciar los problemas que les impiden dormir y se pueda ofrecer información contextualizada a sus necesidades.

VIII.4 APORTACIONES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Se sugiere la implementación de políticas en salud que enfatizen la formación de profesionales de enfermería gerontológica y prácticas de cuidado comunitario para

impulsar una red de atención domiciliaria, lo cual brindaría un cuidado integral de enfermería que mejore el bienestar físico, psíquico y social del adulto mayor mediante el seguimiento oportuno a las diversas necesidades, específicamente en la necesidad de sueño y descanso sustituyendo hábitos negativos por hábitos de higiene de sueño de manera paulatina y que éstos se puedan integrar de manera eficaz en la vida cotidiana del adulto mayor; además que el hecho de mantener un seguimiento oportuno de los adultos mayores propone una solución alternativa a la institucionalización y hospitalización, con el fin de mantener a los adultos mayores en su entorno habitual, previniendo los riesgos que implican la separación brusca de su ambiente.

Por otra parte se sugiere que se gestionen centros para los adultos mayores con disponibilidad de horario para que estos puedan asistir a realizar diversas actividades que los mantengan activos, física y mentalmente.

IX. ANEXOS

IX.1 ESCALAS DE EVALUACIÓN GERONTOLÓGICA PARA LLEVAR A CABO LA SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES (Anexo 1)

- **Estado de salud y polifarmacia:** Es un cuestionario semiestructurado, conformado por 19 preguntas, integradas en tres secciones (información general, aspectos socioeconómicos y aspectos de salud); tiene por objetivo determinar el estado de salud del adulto mayor y determinar si existe polifarmacia.
- **Mini Examen del Estado Mental de Folstein:** Es una prueba neuropsicológica de tamizaje (diagnóstico probable) validada en población mexicana que tiene por objetivo detectar deterioro cognitivo en adultos mayores. El instrumento está formado por 30 preguntas integradas en 5 secciones (orientación, registro, atención y cálculo, lenguaje, memoria diferida). La prueba se aplica independientemente de la escolaridad de la persona y para la calificación se debe considerar la escolaridad y la edad en el cuadro final de la escala.
- **Actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel):** Es un cuestionario que evalúa el grado de dependencia del individuo para bañarse, vestirse, su aseo personal, deambulación, traslado del sillón a la cama, uso de escaleras y alimentación, así como incontinencia urinaria y fecal. Tiene como objetivo evaluar y monitorizar la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

En relación al estado afectivo y sueño, se encuentran las siguientes escalas:

- **Escala de depresión geriátrica de Yesavage:** Es un cuestionario que tiene por objetivo establecer el diagnóstico presuntivo de depresión. El cuestionario es de tipo estructurado y está conformado por 30 preguntas dicotómicas.
- **Escala de Atenas de Insomnio:** Es un cuestionario que tiene por objetivo determinar problemas de insomnio en personas adultas mayores; el cual se desarrolló acorde con los criterios diagnósticos para el insomnio no orgánico de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El instrumento permite clasificar la severidad de dicha alteración. Consta de 8 ítems en formato tipo *likert* con 4 opciones de respuesta.
- **Escala de Somnolencia de Epworth:** Es un cuestionario que permite determinar problemas de somnolencia excesiva diurna en personas adultas mayores, además de permitir clasificar la severidad de dichos problemas. Es un cuestionario de 8 preguntas en formato tipo *likert* con 4 opciones de respuesta.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD*

Folio: _____

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

1. Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

2. Sexo M F 3. Lugar de nacimiento: _____

4. Estado Civil: _____ Religión: _____

6. Lugar de residencia en los últimos 5 años (marque con una X la opción):

Urbano Suburbano Rural Cd. De México

Especifique _____ el _____ lugar:

¿Desde hace cuánto tiempo vive ahí? _____ años.

7. Escolaridad

<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Bachillerato completo o incompleto
<input type="checkbox"/>	Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/>	Carrera técnica completa o incompleta
<input type="checkbox"/>	Primaria completa o incompleta	<input type="checkbox"/>	Estudios de licenciatura incompletos
<input type="checkbox"/>	Secundaria completa o incompleta	<input type="checkbox"/>	Estudios de licenciatura completos

Número de años de escolaridad: _____

Especificar

8. Ocupación(es) anterior(es): _____
Por más de cinco años

9. Ocupación(es) actuales (es): _____
Por más de 2 años

10. ¿Con quién vive?

- Solo
- Espos(a)
- Hijo(a)(s)
- Nieto(a)(s)
- Otros familiares. Especifique: _____
- Amigos

Otros especifique: _____

*Instrumento desarrollado y validado por consenso en la Unidad de Investigación en Gerontología

11. ¿con cuantas personas vive?: _____

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

12 Fuentes de ingreso económico:

- Aún trabaja
- Apoyo del esposo (a)
- Pensión de jubilación
- Pensión de invalidez
- Pensión de viudez
- Apoyo familiar
- Otros

13. Ingreso económico familiar mensual: \$ _____

III. ASPECTOS DE SALUD

14. ¿Tiene alguna(s) enfermedad(es) actualmente? SI NO

Si su respuesta es Sí, especifique el tiempo de diagnóstico en años o meses

- Diabetes mellitus (tiempo de diagnóstico) _____
- Hipertensión arterial (tiempo de diagnóstico) _____
- Cardiopatía (tiempo de diagnóstico) _____
- Trastornos articulares (tiempo de diagnóstico) _____
- Otros, especifique diagnóstico y tiempo : _____

15. ¿Actualmente consume algún medicamento por largos períodos por alguna enfermedad crónica? (Considerar laxantes, antiácidos, vitamínicos específicos, homeopáticos, herbolaria). (Especificar el número de semanas, meses o años que lleva consumiéndolos en la columna Tiempo de consumo)

Medicamento	Indicado para	Dosis	Indicado por	Tiempo de consumo

16. De acuerdo con la respuesta anterior ¿existe polifarmacia (consume 5 o más medicamentos al día por más de un mes)? SI NO

17. ¿En los últimos doce meses ha tenido diagnósticos nuevos (Incluyendo padecimientos crónicos, agudos y hospitalizaciones)?

SI NO

En caso afirmativo anótelos en los siguientes renglones.

18. ¿Cómo clasificaría su estado de salud?

Excelente Bueno Regular Malo Muy malo

19. ¿Cómo consideraría su estado de salud en comparación con las personas de su misma edad?

Mejor Igual Peor

Observaciones:

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____

Fecha de aplicación: _____ (día/mes/año)



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Escolaridad: _____

Calificación Total: _____

Calificación máxima	Calificación obtenida	(Asigne un punto por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta)
---------------------	-----------------------	---

I. Orientación

- | | | |
|---|-----|---|
| 5 | () | Pregunte: ¿Qué fecha es hoy?
Después complete solo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas:
¿En qué año estamos? ()
¿En qué mes estamos? ()
¿Qué día del mes es hoy? ()
¿Qué día de la semana? ()
¿Qué hora es aproximadamente? () |
| 5 | () | Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora?
(Casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas:
¿En qué lugar estamos? ()
¿En qué país? ()
¿En qué estado? ()
¿En qué ciudad o población? ()
¿En qué colonia, delegación o municipio? () |

*Fuente: Reyes de Beaman S, et al. Aging Neuropsychol Cogn 2004; 11(1):1-11.

Calificación máxima	Calificación obtenida	II. Registro
3	()	Diga al sujeto la siguiente instrucción: “Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted lo repita. Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo: papel, bicicleta y cuchara” , después pida al sujeto que las repita. Anote un punto por cada respuesta correctamente del primer ensayo. Si no lleva a cabo la tarea en el primer ensayo repítalo hasta que el sujeto se la aprenda (máximo 6 ensayos). Anote el orden de las palabras en cada ensayo.

	Ensayos					
	1	2	3	4	5	6
Papel	()	()	()	()	()	()
Bicicleta	()	()	()	()	()	()
Cuchara	()	()	()	()	()	()

Calificación máxima	Calificación obtenida	III. Atención y Cálculo
5	()	Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del 100. “Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100-7 = 93; 93-7 = 86.” Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 subtracciones (no proporcione ayuda). 79 () 72 () 65 () 58 () 51 ()

Calificación máxima	Calificación obtenida	IV. Memoria diferida
3	()	Pida al sujeto: “Repita las tres palabras que le pedí que recordara” . Papel () Bicicleta () Cuchara ()

Calificación	Calificación	V. Lenguaje
--------------	--------------	--------------------

máxima obtenida

3 () **Nombrar:** Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ***¿Cómo se llama esto?*** Repita lo mismo con un lápiz.

Reloj ()

Lápiz ()

Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: ***“Le voy a decir una frase y repítala después de mí. Sólo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención.”***

“NI NO, NI SÍ, NI PERO”

(sólo un ensayo) ()

3 () **Comprensión verbal:** Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indíquele al sujeto: ***“Le voy a dar unas instrucciones, por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez”.***

“Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo”.

(Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).

Tome este papel con la mano derecha ()

Dóblelo por la mitad ()

Déjelo en el suelo ()

1 () **Comprensión escrita:** Muestre al sujeto la instrucción escrita en la tarjeta: ***“Cierre los ojos”.*** Pida al sujeto:

“Por favor haga lo que dice aquí”. ()

CIERRE LOS OJOS

1 () **Escritura de una frase:** Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: ***“Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje”.***

()

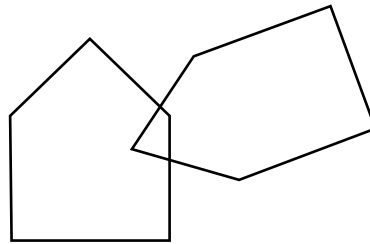
Calificación máxima Calificación obtenida

- 1 () **Copia de un dibujo:** Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, ***“copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja”.***
No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona () termine.
Debe de haber 10 ángulos, y dos intersectados.
(No tome en cuenta el temblor ni rotación)

Puntaje total _____

Marque con una X el diagnóstico probable considerando los puntos de corte del cuadro incluido en el protocolo.

- Normal
- Deterioro cognitivo



Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

Cuadro 1. Puntos corte para determinar deterioro cognitivo por escolaridad y edad*

AÑOS DE ESCOLARIDAD	EDAD							
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
0-4 años	23	22	23	22	22	21	20	19
5-8 años	27	26	26	26	26	25	25	23
9-12 años	28	28	28	28	27	27	25	26
13 ó más	29	29	29	29	28	28	27	27

*Crum et al. JAMA. 1993; 269:2386-1391



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Fecha					
Baño 5. Independiente 4. Supervisión 3. Ayuda ocasional (transferencia, lavado, secado, etc) 1. Asistencia en todos los aspectos del baño 0. Dependencia total					
Vestido 10. Independiente 8. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 1. Ayuda continua (colabora algo) 0. Dependencia total					
Aseo personal 5. Independiente 4. Mínima ayuda 3. Moderada ayuda 2. Continua ayuda 0. Dependencia total					
Ir al sanitario 10. Independiente 8. Supervisión 5. Moderada ayuda 2. Continua ayuda 0. Dependencia total					
Deambulaci3n 15. Independiente 12. Supervisi3n continua o no camina m3s de 50 m 8. Ayuda de una persona (ocasional) 3. Ayuda continua de una o m3s personas 0. Dependiente					
Traslado sill3n cama 15. Independiente 12. Supervisi3n 8. Ayuda ocasional de una persona 3. Ayuda continua (colabora algo) 0. Ayuda de dos personas (no colabora)					

Fecha					
Escaleras 10. Independiente (al menos sube un piso) 8. Supervisión ocasional 5. Supervisión continua 2. Ayuda continua 0. Incapaz de subir escaleras					
Incontinencia urinaria 10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (menos de 1/día) 5. Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc. 2. Incontinente de día y de noche (algunas veces controla la micción) 0. Incontinente y dependiente (utiliza sonda vesical)					
Incontinencia fecal 10. Continente e independiente 8. Incontinencia ocasional (menos de 1/día) 5. Incontinencia frecuente (se limpia solo, pañal) 2. Incontinencia frecuente (algunas veces controla la evacuación) 0. Incontinencia y dependencia total					
Alimentación 10. Independiente 8. Mínima ayuda, pero independiente si se sirve 5. Come solo con supervisión 2. Ayuda de otra persona (puede comer algo) 0. Dependiente					
TOTAL					

Fuente: Shah S, et al. J Clin Epidemiol 1989; 42 (8): 703-709

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

N°	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1962; 1:37-43 *Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

PUNTAJE TOTAL: _____

Marque con una X diagnóstico probable

0-10 puntos=Normal

11 puntos o más= Probable depresión

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE*
CLAVE PARA CALIFICACIÓN

N°	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	1	0
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	1	0
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?	1	0
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?	1	0
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?	1	0
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?	1	0
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?	1	0
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?	0	1
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?	1	0
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21	¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
22	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?	1	0
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?	0	1
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?	0	1



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA ATENAS DE INSOMNIO

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

INSTRUCCIONES: Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

1. Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado)

Ningún problema 0	Ligeramente retrasado 1	Marcadamente retrasado 2	Muy retrasado o no durmió en lo absoluto 3
----------------------	----------------------------	-----------------------------	---

2. Despertares durante la noche

Ningún problema 0	Problema menor 1	Problema considerable 2	Muy retrasado o no durmió en lo absoluto 3
----------------------	---------------------	----------------------------	---

3. Despertar final más temprano de lo deseado

No más temprano 0	Un poco más temprano 1	Marcadamente más temprano 2	Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto 3
----------------------	---------------------------	--------------------------------	--

4. Duración total del dormir

Suficiente 0	Ligeramente insuficiente 1	Marcadamente insuficiente 2	Muy insuficiente o no durmió en lo absoluto 3
-----------------	-------------------------------	--------------------------------	--

5. Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

Satisfactoria 0	Ligeramente insatisfactoria 1	Marcadamente insatisfactoria 2	Muy insatisfactoria o no durmió en lo absoluto 3
--------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---

6. Sensación de bienestar durante el día

Normal 0	Ligeramente disminuida 1	Marcadamente disminuida 2	Muy disminuida 3
-------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------

7. Funcionamiento (físico y mental) durante el día

Normal 0	Ligeramente disminuida 1	Marcadamente disminuida 2	Muy disminuida 3
-------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------

8. Somnolencia durante el día

Ninguna 0	Leve 1	Considerable 2	Intensa 3
--------------	-----------	-------------------	--------------

Fuente: Nanclares y Jiménez-Genchi. Salud Mental. 2005; 28(5):34-39

Puntaje total: _____

Marque con una X diagnóstico probable

0-7 puntos=Normal

8 puntos o más= Problemas de insomnio

Observaciones: _____

Evaluator(a): _____ Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE SOMNOLENCIA EPWORTH

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

PREGUNTA

¿Con qué frecuencia se queda usted dormido en las siguientes situaciones? Si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

Utilice la siguiente escala y elija el número que se adecúe para cada situación

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

Situación	Puntuación
Sentado y leyendo	
Viendo la TV	
Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	
En coche, como copiloto de un viaje de una hora	
Tumbado a media tarde	
Sentado y charlando con alguien	
Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	
En su coche, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	

Fuente: Johns MW. Sleep. 1991;14:540-545

Puntaje total: _____

Marque con una X diagnóstico probable

- 0-10 puntos=Normal
- 11 puntos o más= Problemas de somnolencia

Observaciones: _____

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

IX.2 GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (Anexo 2)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**“VIDA COTIDIANA DEL ADULTO MAYOR Y LA NECESIDAD DE SUEÑO-
DESCANSO.”**

Objetivo: Describir, analizar e interpretar las vivencias de la vida cotidiana del adulto mayor en relación con la necesidad del sueño y descanso.

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Datos de identificación

- a) Nombre
- b) Edad

2. Vida cotidiana

- a) ¿Me podría describir lo que realiza en un día completo, desde que amanece hasta que se duerme?

3. Sueño y descanso

- a) ¿Durante el día usted duerme? ¿Cuánto tiempo? ¿En dónde? Descríbame como vive los momentos en que duerme en el día. ¿Qué le dicen sus familiares, como lo tratan, usted cómo se siente?
- b) ¿Cómo describiría su sueño nocturno habitual?
- c) ¿Cuándo no puede dormir, que siente en ese momento? ¿Por qué piensa usted que no puede dormir en la noche?

IX.3 DESCRIPCIÓN DE LOS INFORMANTES (Anexo 3)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TRASTORNO DEL SUEÑO PRESENTADO	ENFERMEDADES ASOCIADAS	OCUPACIÓN	ESTRUCTURA FAMILIAR
ENTREVISTA 1					
LUM 1	Adulta mayor de 63 años. Divorciada	Insomnio (17 pts)	Hipertensión arterial	Ama de casa	Actualmente vive con dos hijos
ENTREVISTA 2					
MAR2	Adulta mayor de 61 años. Casada	Insomnio (22 pts)	Sin enfermedades	Ama de casa	Actualmente una hija y dos nietos
ENTREVISTA 3					
CAR3	Adulto mayor de 69 años. Casado	Insomnio (20 pts)	Hipertensión arterial	Jubilado	Actualmente vive con su esposa, una hija y dos nietas.
ENTREVISTA 4					
JUM 4	Adulta mayor de 70 años. Casada	Insomnio (15 pts)	Hipertensión arterial	Ama de casa	Actualmente vive con su esposo y un hijo.
ENTREVISTA 5					
JES5	Adulto mayor de 62 años. Casado	Insomnio (16 pts)	Diabetes Mellitus	Comerciante	Actualmente vive solo.

IX.4 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Anexo 4)

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

México D.F. a ____ de _____ del 201_

Por medio del presente, yo: C.

_____ en pleno conocimiento del proyecto de investigación titulado “*Vida cotidiana del adulto mayor y la necesidad de sueño-descanso.*”, autorizo a la C. Raquel Molina Martínez estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de México, del Programa de Maestría en Enfermería; a que efectúe visitas en mi domicilio, para realizar entrevistas, mismas que serán grabadas y transcritas para permitir el desarrollo de su proyecto de tesis.

Así mismo confirmo, que me han sido explicados ampliamente explicados los objetivos de dicha investigación, respetando la confidencialidad de mis datos personales, y que la información será recabada con fines académicos así como el derecho de retirarme en caso de que sea mi decisión.

ACEPTO

Firma del participante

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sueño y soporte social: estudio multicéntrico sobre Fragilidad en Ancianos Brasileños. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(4):1-8
- ²Byles JE, Mishra GD, Harris MA, Nair K. The experience of insomnia among older women. *Sleep*. 2005; 28(8):972-9.
- ³Blanco J, Mateos R. Prevalencia de trastornos del sueño en el anciano. *Psiquiatría*. 2005; 9(2): 1-10
- ⁴Barrios DR, Borges MR, Cardoso PL. Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en Internet]. 2003 Abr [consultado el 24 de abril de 2014] 19(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200007&lng=es.
- ⁵Li F, Fisher J, Harmer P, Irbe D, Tearse R, Weimer C. Tai Chi and Self-Rated Quality of Sleep and Daytime Sleepiness in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(6):892-900
- ⁶Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik O, Kvale G, et al. Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2006; 295(24):2851-8.
- ⁷Dois CA, Masalán AP, Leyton P. Enfermería para el autocuidado en personas con problemas del sueño. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2003; 11(2): 16-30
- ⁸Hermann JW, Flick U. Nursing home residents self-perceived resources for good sleep. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2011; 29: 247–251
- ⁹Benetó PA. Trastornos del sueño en el anciano. *Epidemiología. Rev Neurología* 2000 ; 30 (6): 581-86
- ¹⁰López CF, Fernández RO, Fernández AL, Mareque OMA, Alexandre LG, Báez MJ. Valoración clínica y calidad de vida relacionada con la salud del paciente con insomnio. *RevClínMed Fam*. 2011; 4(2):92-9
- ¹¹Contreras GN, Jiménez CU, Higiene del sueño. En: Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA, Correa ME, editores. *Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario*. México: FES Zaragoza, UNAM; 2008.p. 111-28
- ¹²Loucraf HR, Núñez RL, Hernández PO, Betancourt NM. Influencias de los trastornos del sueño en la calidad de vida de los pacientes senescentes. *Archivo Médico de Camagüey*. 2006; 10 (2): 1-9.
- ¹³Hauri PJ, Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomniacs? *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine* 1997, 20(12):1111-18
- ¹⁴Díaz R, Ruano MI. Prevalencia y persistencia del insomnio crónico. Estudio SUECA II. *Acta Médica Colombiana* [revista en Internet] 2011 [acceso 18 de febrero de 2014]; 36(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16312251400>
- ¹⁵Cruz, E, Montesinos F, Reflexiones sobre el sueño y la siesta, desde una visión histórica, médica y social. España, 2006. p.3-5
- ¹⁶Iglesias DUJ, López DJ, Díaz CMP, Alemán BC, Trinidad RA, Castón BP. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales: Análisis cualitativo. [monografía en internet]. Madrid. Instituto

de Migraciones y Servicios Sociales; 2001 [acceso 17 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/La%20soledad%20en%20las%20personas%20mayores.pdf>

¹⁷ López DJ. Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. [monografía en internet]. Madrid. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2005 [acceso 26 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/pmviendosolas.pdf>

¹⁸ Jaussent I, Bouyer J, Ancelin ML, et al. Excessive sleepiness is predictive of cognitive decline in the elderly. *Sleep*. 2012 , 35 (9) :1201-07

¹⁹ Jaussent I, Bouyer J, Ancelin ML, et al. Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*. 2011; 34(8):1103-10.

²⁰ Navarro-Cabrera JA, Domínguez-Moreno R, Morales-Esponda M, Guzmán-Santos IY. Insomnio en adultos mayores. *Archivos de Medicina General de México*. 2013; 2(6):16-21

²¹ Blanco J, Mateos R. Prevalencia de trastornos del sueño en el anciano. *Psiquiatría*.2005; 9(2): 1-10

²² Elias N, Javeau C. Sur le concept de vie quotidienne. *Cahiers Internationaux de Sociologie*. 1995; 99(1):237-246

²³ Lefebvre H. Critique de la vie quotidienne. Vol. III: De la modernité au modernisme (Pour une métaphilosophie du quotidien). Francia: L'Arche; 1981

²⁴ Lefebvre H. La presencia y la ausencia: contribución a la teoría de las representaciones. México: Fondo de Cultura Económica 1983.p.11

²⁵ Lindón VA. Las huellas de Lefebvre sobre la vida cotidiana. *Veredas* [revista en internet] 2004 [acceso 10 de abril de 2014]; 8(5): [39-60] Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=4134&archivo=12-264-4134sbt.pdf&titulo=Las%20huellas%20de%20Lefebvre%20sobre%20la%20vida%20cotidiana.

²⁶ Wolf M. Sociologías de la vida cotidiana. Madrid: L'Espresso; 1979

²⁷ Pollio, H, Henley, T, Thompson, C. The phenomenology of everyday-life. Empirical investigations of human experience. England: Cambridge University; 2006.

²⁸ Dilthey W. Introducción a las ciencias del espíritu. México: Fondo de Cultura Económica; 1949.

²⁹ De Souza-Minayo MC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*. 2010; 6 (3):251-61

³⁰ Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM. Envejecimiento, Enfermedades Crónicas y antioxidantes. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; 2003. p. 7

³¹ Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la Epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra: OMS serie de informes técnicos N° 706; 1984.

³² Ortíz-Huerta D. Aspectos sociales del envejecimiento. 2ª ed. Departamento de Salud pública. Facultad de Medicina, UNAM. 2006: p.12

-
- ³³ Department of Economic and Social Affairs. Population division. New York: United Nations [en línea] 2009 [Consultado el 25 de Marzo de 2014]. URL disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009chart.pdf>
- ³⁴ Imre Semsei. On the nature of aging. *Meinich Agev Dev.* 2000; 117:93-108
- ³⁵ Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM. Envejecimiento, Enfermedades Crónicas y antioxidantes. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; 2003. p. 5.
- ³⁶ Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML. Cambios biológicos durante el envejecimiento. En: Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. Editores. *Gerontología Comunitaria.* 4ª ed. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; 2008. p. 63-65
- ³⁷ Sánchez-Ayala MI. Depresión, ansiedad e insomnio. En: Guillén LF, Pérez MMJ, Petidier TR, editores. *Síndromes y cuidados del paciente geriátrico.* 2ª ed. Barcelona:Elsevier-Masson; 2008. p.570-8
- ³⁸ Tablosky PA. Trastornos del sueño en el envejecimiento. En: Tablosky PA, Editor. *Enfermería Gerontológica.* 2ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2010. p.238-261.
- ³⁹ Jao DV, Alessi CA. Trastornos del sueño. En: Landefel CS, editor. *Diagnóstico y tratamiento en Geriatria. El Manual Moderno;* 2005. p. 125-132
- ⁴⁰ Littner M, Hirshkowitz M, Kramer M, Kapen S, Anderson WM, Bailey D, et al. Practice parameters for using polysomnography to evaluate insomnia: an update for 2002. *Sleep.* 2003 Sep;26(6):754-60
- ⁴¹ Ohayon M, Carskadon M, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep.* 2004 Nov 1;27(7):1255-73.
- ⁴² Hernández HH. Trastornos del sueño en el anciano. En: Cervera-Díaz MC, Saiz GJ, editores. *Actualización en Geriatria y Gerontología II.* 4ª ed. Alcalá: Formación Alcalá; 2009.p.257-94
- ⁴³ Doghramji D. Sleepless in America: diagnosing and treating insomnia. [monografía en internet]. Pennsylvania; Medscape Psychiatry & Mental Health; 2000 [acceso 6 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.medscape.org/viewprogram/347>
- ⁴⁴ Vaz-Fragoso CA, Gill TM. Sleep complaints in community-living older persons: A multifactorial geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55(11):1853-66
- ⁴⁵ Roth T, Roehrs T. Insomnia: epidemiology, characteristics, and consequences. *Clin Cornerstone.* 2003; 5:5-15
- ⁴⁶ López-Torres HJ, Navarro BB, Párraga MI, Pretel FA, Rabanales SJ, Simarro HMJ. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gac Sanit.* 2013; 27 (1): 47-52
- ⁴⁷ Arronte RA. Higiene del sueño. En: Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. Editores. *Gerontología Comunitaria.* 4ª ed. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; 2008. p.351-361.
- ⁴⁸ Herdman HT. *NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011.* 8ª ed. Barcelona. Elsevier España; 2010

-
- ⁴⁹ Morin CM, Espie CA. *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003. p.1-11
- ⁵⁰ Romero O. Insomnio en ancianos: afectación cognitiva y actitudes terapéuticas. *Rev Neurol*. 2000; 30:591-3
- ⁵¹ Jao DV, Alessi CA. Trastornos del sueño. En: Landefel CS, editor. *Diagnóstico y tratamiento en Geriatría. El Manual Moderno*; 2005. p. 125-132
- ⁵² Díaz MS, Pareja JA. Tratamiento del insomnio. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2008, 32 (4): 116-122.
- ⁵³ Montgomery P, Dennis J. Intervenciones cognitivo-conductuales para los trastornos del sueño en adultos mayores de 60 años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ⁵⁴ Manrique JJ. Higiene del sueño. *Higiene*. 2011; 39 Supl 3: 49-51.
- ⁵⁵ Hernández HH. Trastornos del sueño en el anciano. En: Cervera-Díaz MC, Saiz GJ, editores. *Actualización en Geriatría y Gerontología II*. 4ª ed. Alcalá: Formación Alcalá; 2009.p.257-94
- ⁵⁶ Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, et. al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behaviour therapy for persistente insomnia. *Am J Psychiatry* 2002;159:5-11
- ⁵⁷ Fundación Institut Catala de Farmacologia. *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Index Farmacològic*, 5ª ed. Barcelona; 2000 .
- ⁵⁸ Martínez M. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Edit. Trillas, México; 2004 p.80
- ⁵⁹ Mayan MJ. *Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. 2001
- ⁶⁰ Husserl E. *La idea de la fenomenología*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1982, p.29
- ⁶¹ De Souza-Minayo MC. *La artesanía de la Investigación cualitativa*. Lugar Editorial; 2009.
- ⁶² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010. Revisado el 24 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>
- ⁶³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010. Revisado el 24 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>
- ⁶⁴ Secretaria de Desarrollo Urbano y Vivienda 2004. Revisado el 24 de marzo de 2016. Disponible en: <http://edomex.gob.mx/#inicio>
- ⁶⁵ Nezahualcoyotl. Revisado el 25 de marzo de 2016. Disponible en: http://www.neza.gob.mx/transparencia_dif.php
- ⁶⁶ Rodríguez GG, Gil FJ, García JE. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2ª Ed; Granada, Aljibe. p.32

-
- ⁶⁷ Rodríguez GG, Gil FJ, García JE. Aspectos básicos sobre el análisis de datos cualitativos. En: Metodología de la investigación cualitativa. 2ª ed; Granada, Aljibe.1997:197-203
- ⁶⁸ Guba E. Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. 3ª ed. Madrid: Husen; 1989 p. 148-65
- ⁶⁹ Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. Revista de Psicología [Revista de internet] 2007 [acceso 25 de agosto de 2014]; 13:71-78. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601309>.
- ⁷⁰ Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. Revista de Psicología [Revista de internet] 2007 [acceso 25 de agosto de 2014]; 13:71-78. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601309>.
- ⁷¹ Secretaria de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. Secretaria de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad: 2001.
- ⁷² Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, (7-02-1984).
- ⁷³ Trelles L. El envejecimiento del sistema nervioso: Aspectos estructurales y bioquímicos. Rev Neuropsiquiatría. 1986; 49 (4): 192-202
- ⁷⁴ Acosta-Quiroz CO, González-Celis RAL. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: La experiencia de dos grupos focales. Psicología y Salud. 2009; 19 (2):289-93
- ⁷⁵ Abbagnano N. Diccionario de filosofía. 4ª ed. México: FCE; 2004. Hábito; p.538
- ⁷⁶ Dolcet SJ. Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. [tesis doctoral]. España: Departament de Pedagogia i Psicologia Àrea de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicologic. Universitat de Lleida; 2006.
- ⁷⁷ Visdómine-Lozano JC, Luciano C. Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2006; 6(3): 729-51
- ⁷⁸ Graybiel AM, Smith KS. Psicobiología de los hábitos. Investigación y ciencia. 2014; 455: 16-21
- ⁷⁹ Hirshkowitz, M. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep Health Journal of the National Sleep Foundation. 2015; 1:40-43
- ⁸⁰ Fernández CA. Vázquez SE. El sueño en el anciano. Atención de enfermería. Enfermería global [revista en internet] 2007 [acceso 29 de septiembre de 2015]; 6(1): [1-17]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834734022.pdf>
- ⁸¹ Backhaus J, Junghanns K, Mueller-Popkes K, Broocks A, Riemman D, Hajak G. et al Short-term training increases diagnostic and treatment rate for insomnia in general practice. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2002; 252:99-104.
- ⁸² Hernández-Zamora ZE, Ehrenzweig SY, Navarro-Hernández AM. Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la Personalidad Resistente en adultos mayores. Pensamiento psicológico. 2009; 5(12):13-27.
- ⁸³ Triadó C, Villar F, Solé C, Celdrán M, Conde L, Montoro RJ. Las abuelas/os cuidadores de sus nietos/as: tareas de cuidado, beneficios y dificultades del rol. INFAD Revista de Psicología. 2008; 1(4):455-64

-
- ⁸⁴ CIS-IMSERO (1993). Apoyo informal a las personas mayores. Estudio 2072
- ⁸⁵ Espinosa CM, Rodríguez GR. Cuidadores. En: Rodríguez GR, Lazcano BG. *Práctica de la geriatría*. 2ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2007. p.43
- ⁸⁶ Fernández-Ballesteros R, Izal M, Montorio I, González J, Díaz, P. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Rocas; 1992
- ⁸⁷ Ardila GS. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2009; 38 (1):114-25.
- ⁸⁸ Triadó C, Villar F, Solé C, Celdrán M, Conde L, Montoro RJ. Las abuelas/os cuidadores de sus nietos/as: tareas de cuidado, beneficios y dificultades del rol. *INFAD Revista de Psicología*. 2008; 1(4):455-64
- ⁸⁹ Szinovacz ME, DeViney S, Atkinson MP. Effects of surrogate parenting on grandparents' well-being. *The Journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 1999; 54(6):376-88.
- ⁹⁰ Del Río-Portilla IY. Estrés y sueño. *Rev Mex Neuroci*. 2006; 7(1): 15-20
- ⁹¹ Costes L. Del 'derecho a la ciudad' de Henri Lefebvre a la universalidad de la urbanización moderna. *Urban*. 2012
- ⁹² Salguero VA, Molinero GO. Efectos del ejercicio sobre el sueño. En: Marquez RS, Garatachea VN, directoras. *Actividad física y salud*. Madrid: Díaz de Santos; 2012. p. 121
- ⁹³ Mateo-Sanchez JL. Las actividades recreativas: sus características, clasificación y beneficios. *EFDeportes.com, Revista Digital [revista en internet]* 2014 [acceso 8 de mayo de 2015]; 19(196). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd196/las-actividades-recreativas-clasificacion.htm>
- ⁹⁴ Orozco VR, Molina ZR. Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*. 2002; 3(4): 63-71.
- ⁹⁵ Arronte RA. Tiempo libre durante el envejecimiento. En: Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. Editores. *Gerontología Comunitaria*. 4ª ed. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; 2008. p.431-38.
- ⁹⁶ Valladares VB, Ballesteros HB, Casado FA, Chiquero MM, Segador PV. Estudio descriptivo sobre el ocio en la tercera edad en el distrito de Arganzuela de Madrid. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*. 2005; 6: 187-223
- ⁹⁷ Carrillo VJ, Gómez LM, Vicente NG. Mejora de la calidad de vida de los mayores a través del Tai Chi y Chi Kung. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*. 2009; 16: 86-91.
- ⁹⁸ D'Hyver C, Gutiérrez-Robledo LM. *Geriatría*. 3ª ed. México: El Manual Moderno; 2014
- ⁹⁹ Chóliz MM. Emoción, activación y trastornos del sueño. *Anales de psicología*. 1994; 10 (2): 217-29
- ¹⁰⁰ Zapata BR, Soriano AE, González JA, Márquez HV, López RM. *Educación y salud en una sociedad globalizada*. España: Universidad de Almería; 2015
- ¹⁰¹ Ayuso-Gutierrez JL. *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca; 1988

¹⁰² Sarrais F., de Castro MP. El insomnio. *Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]* 2007 [acceso 2 de septiembre de 2015]; 30(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011&lng=es.

¹⁰³ Dew MA, Hoch CC, Buysse DJ, Monk TH, Begley AE, Houck PR, et al. Healthy older adults' sleep predicts all-cause mortality at 4 to 19 years of follow-up. *Psychosom Med.* 2003; 65(1): 63-73.

¹⁰⁴ Intrusive thoughts. *OCD Action*. Archivado desde el original el 28 de septiembre de 2007.

¹⁰⁵ González-Ramírez M, Landeros-Hernández, R. Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL.* 2008; 11(4): 403-410.