



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA
FAMILIA CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCION,
INVESTIGACION Y CAPACITACION GERONTOLOGICO “ARTURO
MUNDET”

CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO NACIONAL MODELO DE
ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICO
“ARTURO MUNDET”

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN GERIATRIA

P R E S E N T A:

DRA. AZUCENA RAMIREZ PALMA

ASESOR DE TESIS: DRA. MARIA DE GUADALUPE JUÁREZ
HERNÁNDEZ

DR. GUSTAVO FERMÍN SAMANO SANTOS.

Ciudad Universitaria, Cd. de México Octubre 2018

DIF
Nacional



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS
EN EL CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICO “ARTURO MUNDET”

DRA. MARIA DEL CARMEN CEDILLO PÉREZ
JEFATURA DE POSGRADO
DIRECCIÓN DE EDUCACION Y CAPACITACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DR. “EDUARDO LICEAGA”

DR. LORENZO GARCÍA.
PROFESOR TÍTULAR DEL CURSO DE GERIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
“DR. EDUARDO LICEAGA”

DRA. MARÍA DE GUADALUPE JUÁREZ HERNÁNDEZ
PROFESORA INVITADA AL CURSO DE GERIATRIA
ASESOR DE TESIS.

DR. GUSTAVO FERMÍN SAMANO SANTOS
PROFESOR INVITADO AL CURSO DE GERIATRIA
ASESOR DE TESIS.

LIC. MARTHA PATRICIA JIMÉNEZ LUGO
SUBDIRECTORA DE AREA DEL CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN,
INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICO “ARTURO MUNDET”

No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frío queme,
aunque el miedo muerda,
aunque el sol se esconda y se calle el viento,
aún hay fuego en tu alma, aún hay vida en tus sueños,
porque la vida es tuya y tuyo también el deseo...

No te rindas, Mario Benedetti

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional en esta nueva aventura, por su amor y paciencia, por enseñarme el valor real de la vida y por ser mis mejores maestros

A mis hermanas por impulsarme a seguir y apoyarme siempre, por estar siempre conmigo

A mis maravillosos sobrinos, por darle toda la alegría del mundo a mi vida.

A mis maestros, por sus enseñanzas

A mis amigos de vida, por su paciencia y cariño, por las porras

A los adultos mayores de este centro que me brindaron su confianza y me permitieron aprender de ellos y con ellos.

RESUMEN

Calidad subjetiva del sueño en adultos mayores institucionalizados en el Centro Nacional Modelo de atención, Investigación y Capacitación Gerontológico "Arturo Mundet"

Introducción: La proporción de personas mayores de 60 años está creciendo más rápido que cualquier otro grupo de edad, como resultado de una mayor esperanza de vida y una disminución tasa de fertilidad. La calidad del sueño cambia como una función del envejecimiento normal, tanto en términos de disminución de la duración como de la consolidación. Las personas mayores necesitan un sueño de buena calidad para realizar adecuadamente las funciones físicas y psicológicas y mantener su calidad de vida en el nivel óptimo.

Objetivo: Evaluar la calidad de sueño subjetiva en adultos mayores institucionalizados de más de 60 años en el Centro Gerontológico Arturo Mundet, DIF Nacional, Ciudad de México.

Metodología: Estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo. Se aplicó el índice de Calidad de sueño de Pittsburgh y escala de depresión Geriátrica de Yesavage en su versión de 15 ítems a 50 residentes del centro en un periodo del 1 de febrero de 2018 al 31 de marzo de 2018. Los datos fueron procesados en el software SPSS versión 23.

Resultados: 50 adultos mayores. La edad promedio fue de 78 ± 8 años. El 52% ($n = 26$) fueron del sexo femenino. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al sexo y calidad de sueño ($p = 0.41$). La edad tampoco resulto ser un factor estadísticamente significativo asociado a la calidad de sueño ($p = 0.79$). En nuestro estudio no encontramos una asociación estadísticamente significativa entre mala calidad de sueño y depresión ($p = 0.093$),

Conclusiones: La edad, el sexo y la presencia o no de depresión no se encontraron como factores determinantes para la calidad de sueño.

Palabras clave: envejecimiento, calidad de sueño, depresión.

INDICE

I.	INTRODUCCION	7
II.	MARCO TEORICO	8
III.	JUSTIFICACION	16
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
V.	HIPOTESIS	19
VI.	OBJETIVOS	20
VII.	MATERIAL Y METODOS	21
VIII.	RESULTADOS	24
IX.	DISCUSION	28
X.	CONCLUSIONES	29
XI.	BIBLIOGRAFIA	30
XII.	ANEXOS	32

I. INTRODUCCION

La necesidad de dormir y obtener un descanso adecuado es esencial para el funcionamiento del cuerpo desde que nacemos hasta que morimos. Y al igual que el comer y respirar, el dormir es necesario para la supervivencia. Los cambios relacionados a la edad en los órganos y sistemas están influenciados por genética, cambios fisiológicos, enfermedades y cambios ambientales. No es de sorprender que el sueño, al igual que otras funciones del cuerpo, se vea afectado a lo largo de la vida de las personas. Pero hay que tener cuidado de no pensar que el mal dormir es fenómeno asociado al envejecimiento ¹³.

El sueño es una de las funciones fisiológicas que muestra más modificaciones durante el desarrollo y la senectud normales en el ser humano. El patrón de sueño normal presenta cambios con la edad y entre individuos de una misma edad ².

Uno de estos cambios ocurre en la calidad y cantidad del sueño de las personas mayores. Los problemas del sueño a menudo ocurren debido a los cambios en el patrón de sueño de las personas mayores en la vejez. Los datos epidemiológicos indican que las quejas del sueño y los problemas para dormir aumentan con la vejez. El descanso es una actividad necesaria para el ser humano, ya que durante el sueño se producen importantes cambios hormonales, metabólicos, de temperatura, bioquímicos y mentales que van a definir el equilibrio físico y psíquico del individuo. Las personas mayores necesitan un sueño de buena calidad para realizar adecuadamente las funciones físicas y psicológicas y mantener su calidad de vida en el nivel óptimo ^{8,14}.

Se enfatiza que la prevalencia del trastorno del sueño es mayor al 50% entre las personas mayores que viven en la comunidad, este porcentaje aumenta hasta el 60% en el caso de los ancianos institucionalizados ^{8,14}.

II. MARCO TEORICO

Generalidades

El interés por el sueño se remonta a los albores de la humanidad, pero hasta fechas relativamente recientes se ha conocido poco sobre él. Durante mucho tiempo ha existido la falsa creencia de que el sueño constituye la ausencia de vigilia, lo que ha provocado que se le prestara escasa atención. Además, a lo largo de la historia, la medicina casi siempre se ha centrado en el paciente despierto, siendo el sueño un terreno fronterizo rodeado de un halo misterioso que ha hecho que, de forma paradójica, haya sido uno de los campos más enigmáticos y a la vez menos estudiados. De hecho, la medicina del sueño se inicia formalmente en la década de 1970 y, aunque desde entonces se ha avanzado mucho, el enigma de su significado sigue perdurando en nuestros días ¹.

El deseo por entender el fenómeno del sueño ha acompañado al ser humano a lo largo de toda su historia. Cada cultura ha intentado, a su manera, documentarlo y comprenderlo, pero es hasta décadas recientes que se han ido marcando las pautas para el análisis metodológico del sueño y sus diversas implicaciones en la salud del ser humano ⁴.

El sueño es un estado de inconsciencia reversible durante el cual disminuyen los niveles de actividad fisiológica y el sujeto se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad; sin embargo, es durante este estado en el que las funciones necesarias para tener un desempeño adecuado durante la vigilia se llevan a cabo ⁴.

La dificultad para dormir afecta las defensas del cuerpo, lo que debilita al sistema inmune —exponiendo al individuo a un mayor riesgo de contraer enfermedades— y causa fatiga, lo que incide significativamente en las actividades diarias, disminuye la concentración mental, es causa importante de cefaleas, artralgias y depresión, entre otros padecimientos ⁴.

El patrón de sueño cambia dependiendo de la edad, ya que los infantes y niños duermen en promedio entre 16 y 20 horas al día, los adultos entre siete y ocho horas, y las personas mayores de 60 años de seis a siete horas diarias en promedio y su sueño —al igual que el de los niños pequeños— está fragmentado; por otro lado, el sueño de ondas lentas delta (el cual es, por cierto, profundo y reparador) también disminuye con la edad ⁴.

La gente experimenta muchos cambios en aspectos físicos, mentales y sociales a medida que envejecen. Uno de los cambios físicos en personas mayores está en las características de su sueño. Los cambios en la duración del sueño, el patrón y la calidad ocurren con el envejecimiento. La dificultad de conciliar el sueño, mantener el sueño, la fragmentación del sueño, levantarse demasiado temprano en la mañana son cambios en el sueño que ocurren en personas mayores. Algunas de las consecuencias de la mala calidad del sueño en los ancianos incluyen deterioro cognitivo, mayor riesgo de caídas, durante el día la fatiga y la reducción de la salud física y mental y del estado de la calidad de vida relacionada con la salud ⁷.

Se ha encontrado que la calidad de sueño empeora progresivamente después de los 54 años. A partir de esta edad se incrementa el período de latencia de sueño y despertares frecuentes, en comparación con la población de menor edad. Entre las dificultades para dormir que se presentan con más frecuencia en esta población, se encuentran la dificultad para dormir toda la noche, sentir mucha energía durante la noche, despertares nocturnos y somnolencia diurna. Debido al insomnio, los adultos mayores figuran como los principales consumidores de medicamentos hipnóticos, puesto que los consumen diariamente y por largos periodos de tiempo (Bello-Braua et al., 2005) ¹⁵.

- El sueño

El sueño es una de las funciones fisiológicas que muestra más modificaciones durante el desarrollo y la senectud normales en el ser humano. El patrón de sueño normal presenta cambios con la edad y entre individuos de una misma edad ².

Es complicado definir el concepto de “sueño”, ya que muchos organismos exhiben periodos de disminución de la actividad o de reducción de la respuesta a estímulos externos (insectos, peces, reptiles, aves, mamíferos, etc.), pero las características, la duración y las funciones de este periodo de “sueño” son muy diferentes entre las distintas especies. Resulta más sencillo enumerar las características conductuales que se asocian con el sueño en el ser humano que quizá definirlo apropiadamente de una forma más amplia: 1) disminución de la conciencia y reactividad a los estímulos externos, 2) se trata de proceso fácilmente reversibles (lo cual lo diferencia de otros estados patológicos como el estupor y el coma), 3) se asocia a inmovilidad y relajación muscular, 4) suele presentarse con una periodicidad circadiana (diaria), 5) durante el sueño los individuos adquieren una postura estereotipada, y 6) la ausencia de sueño (privación), induce distintas alteraciones conductuales y fisiológicas, además de que genera una “deuda” acumulativa de sueño que eventualmente deberá recuperarse ¹².

Aún no se tiene una idea clara acerca de por qué dormimos, existen diversas teorías acerca de las funciones del sueño, por ejemplo: 1) restablecimiento o conservación de la energía, 2) eliminación de radicales libres acumulados durante el día, 3) regulación y restauración de la actividad eléctrica cortical, 4) regulación térmica, 5) regulación metabólica y endocrina, 5) homeostasis sináptica, 7) activación inmunológica, 8) consolidación de la memoria, etc ¹².

Desde el punto de vista funcional se conceptualiza que en la regulación global del sueño participan tres subsistemas anatómico-funcionales: 1) un sistema homeostático que regula la duración, la cantidad y la profundidad del sueño, en este sistema se ha involucrado

especialmente el área preóptica de hipotálamo, 2) un sistema responsable de la alternancia cíclica entre el sueño REM y no REM que ocurre en cada episodio de sueño, en el que se ha involucrado primordialmente al tallo cerebral rostral, y 3) un sistema circadiano que regula el momento en el que ocurre el sueño y el estado de alerta, en el cual se ha involucrado el hipotálamo anterior. Así mismo, se ha demostrado que paralelamente a la participación de distintas estructuras cerebrales, también diferentes neurotransmisores participan en las fases del sueño y vigilia ¹².

El sueño puede segmentarse ampliamente en sueño de movimiento ocular rápido (REM) y sueño no REM (NREM).

Sueño no REM (NREM)

Fase N1: Esta fase corresponde con la somnolencia o el inicio del sueño ligero, en ella es muy fácil despertarse, la actividad muscular disminuye paulatinamente y pueden observarse algunas breves sacudidas musculares súbitas que a veces coinciden con una sensación de caída (mioclonías hípnicas), en el EEG se observa actividad de frecuencias mezcladas pero de bajo voltaje y algunas ondas agudas (ondas agudas del vértex). Fase

N2: en el EEG se caracteriza por que aparecen patrones específicos de actividad cerebral llamados husos de sueño y complejos K; físicamente la temperatura, la frecuencia cardíaca y respiratoria comienzan a disminuir paulatinamente ¹².

Fase N3: esta es la fase de sueño NREM más profunda, y en el EEG se observa actividad de frecuencia muy lenta (< 2 Hz) ¹².

Sueño REM (etapa R)

Se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos; físicamente el tono de todos los músculos disminuye (con excepción de los músculos respiratorios y los esfínteres vesical y anal), así mismo la frecuencia cardíaca y respiratoria se vuelve irregular e incluso puede incrementarse y existe erección espontánea del pene o del clítoris. Durante el sueño REM se producen la mayoría de las ensoñaciones (lo que conoce más coloquialmente

como sueños), y la mayoría de los pacientes que despiertan durante esta fase suelen recordar vívidamente el contenido de sus ensoñaciones ¹².

Un adulto joven pasa aproximadamente entre 70-100 min en el sueño NREM para después entrar al sueño REM, el cual puede durar entre 5-30 min, y este ciclo se repite cada hora y media durante toda la noche de sueño. Por lo tanto, a lo largo de la noche pueden presentarse normalmente entre 4 y 6 ciclos de sueño REM ¹².

- Variaciones fisiológicas y circadianas y del sueño en el anciano

El sueño toma aproximadamente un tercio de la vida humana y es un factor importante en la promoción y el mantenimiento de la salud ⁷.

Con la edad, la reducción del sueño de ondas lentas se acompaña de una disminución de la secreción de hormona del crecimiento, así como de otras hormonas de predominio de secreción durante el sueño, como la prolactina o la melatonina ².

El tiempo total de sueño disminuye en un promedio de aproximadamente 30 minutos por década a partir de la mitad de la vida. Los informes subjetivos de peor calidad del sueño, que aumentan con la edad, se han relacionado con el envejecimiento celular.

La latencia de inicio del sueño es más prolongada (retraso para conciliar), el tiempo total y la eficiencia del sueño se reducen, el sueño es fragmentado por el incremento de microdespertares. la etapa de sueño ligero (fases I y II) se incrementa, la fase de sueño profundo o de ondas lentas (fase III) disminuye, la duración del sueño de movimientos oculares rápidos (REM) tiende a conservarse, el adulto mayor suele pasar más tiempo en cama y esto provoca la percepción falsa de “no dormir lo suficiente”, hay cambios fisiológicos en el ritmo circadiano que hacen que el adulto mayor vaya a la cama temprano y se despierte temprano, hay un incremento de siestas o de cansancio diurno, lo que impide un sueño continuo en la noche ¹⁰.

- Índice de calidad de sueño de Pittsburg

La calidad del dormir, es difícil de definir ya que es una dimensión más amplia y compleja que comprende aspectos cuantitativos pero también subjetivos de bienestar y de funcionamiento diurno, entre otros. Como una forma de aproximarse a su medición, en 1989 Buysse y colaboradores presentaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), un cuestionario autoaplicable que proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos. El ICSP ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas. Desde 1997 se encuentra disponible una traducción al español ⁹.

Es un cuestionario autoaplicable que consta de 24 preguntas, sin embargo, solamente las respuestas para las primeras 19 se emplean para obtener la puntuación global. El cuestionario investiga los horarios para dormir, eventos asociados al dormir como las dificultades para empezar a dormir, despertares, pesadillas, ronquido, alteraciones respiratorias, calidad del dormir, ingesta de medicamentos para dormir y existencia de somnolencia diurna. Los 19 reactivos se agrupan en siete componentes que se califican con una escala de 0 a 3. La suma de los componentes da lugar a una calificación global, donde una mayor puntuación indica una menor calidad en el dormir. En el estudio original de Buysse y colaboradores, el ICSP mostró un coeficiente de homogeneidad interna elevada (alfa de Cronbach=0.83) y coeficientes de correlación moderados a altos entre los componentes y la calificación global (r de Pearson=0.46 a 0.85). Los autores informaron que una puntuación >5 distingue a los sujetos con un mal dormir de aquellos que duermen bien, con una elevada sensibilidad y especificidad (89.6 y 86.5%, respectivamente). Validado al español por Jiménez-Genchi, Monteverde-Maldonado, Nenclares-Portocarrero, Esquivel-Adame y De la Vega-Pacheco ⁹.

- Calidad de sueño y depresión

El trastorno del sueño puede llegar a predecir hasta el 47% de los casos de depresión mayor al año y resulta mejor que otras quejas como los pensamientos recurrentes de muerte, los sentimientos de culpa, el retardo psicomotor, las alteraciones del peso, los cambios en el apetito y la fatiga ¹⁰.

Aproximadamente un 80% de los pacientes con diagnóstico de depresión presenta alteraciones en sus patrones de sueño. La mayoría de ellos refieren como queja principal un despertar temprano o insomnio terminal, por lo que despiertan unas horas antes de lo necesario, a diferencia de los pacientes que sufren de ansiedad, cuya queja fundamental es un retraso en la hora de conciliar el sueño ¹⁰.

El estudio de Riemann y Voderholzer, en 2003, informa que cuando comienzan a manifestarse las alteraciones del sueño, debe tomarse en consideración que en el paciente aumenta el riesgo de sufrir depresión, y cuando el insomnio persiste, se ha asociado con el inicio de un nuevo episodio depresivo ¹⁰.

Las alteraciones del sueño durante la depresión pueden no limitarse tan sólo a la falta de sueño, sino que pueden estar presentes pesadillas, mala calidad de sueño, disminución del tiempo total de sueño y despertares nocturnos frecuentes. Esto puede traer como consecuencia una sensación diurna de somnolencia y fatiga, que puede confundirse con los síntomas propios de la depresión, aun cuando tras una detallada anamnesis los pacientes logran diferenciar la fatiga por falta de sueño de la causada por depresión, cuando aluden a que tienden a tomar la siesta para compensar su deuda de sueño ¹⁰.

La evaluación de los trastornos depresivos en adultos mayores requiere del uso de instrumentos rápidos, con aceptables propiedades psicométricas, que permitan una aproximación diagnóstica efectiva para personal especializado y no especializado de atención primaria y asistencia integral. Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS). Una primera versión de la escala constaba de

30 ítems (GDS-30) (Yesavage & Brink, 1983). Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) (Sheik & Yesavage, 1986) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones. La GDS-15 muestra similar desempeño psicométrico en diferentes estudios, con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.89. Esta escala ha sido empleada en otros estudios en población mexicana ⁵.

III. JUSTIFICACION

En casi todos los países, la proporción de personas mayores de 60 años está creciendo más rápido que cualquier otro grupo de edad, como resultado de una mayor esperanza de vida y una disminución tasa de fertilidad ⁷.

De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2007), actualmente residen en México 8.5 millones de personas de 60 años o más; para 2030 se espera que sean 20.7 millones, en tanto que para la mitad del siglo alcanzarán, según las proyecciones, 33.8 millones ⁶.

El envejecimiento no es una enfermedad, sino el número y la gravedad crecientes de los problemas de salud y la disminución de la funcionalidad y las habilidades se encuentran entre los problemas potencialmente cambiantes del envejecimiento. La gente experimenta muchos cambios en aspectos físicos, mentales y sociales a medida que envejecen. Uno de los cambios físicos en personas mayores está en las características de su sueño ⁷.

La calidad del sueño cambia como una función del envejecimiento normal, tanto en términos de disminución de la duración como de la consolidación. Los datos epidemiológicos indican que las quejas del sueño y los problemas para dormir aumentan con la vejez. Se enfatiza que la prevalencia del trastorno del sueño es mayor al 50% entre las personas mayores que viven en la comunidad.

Las personas mayores necesitan un sueño de buena calidad para realizar adecuadamente las funciones físicas y psicológicas y mantener su calidad de vida en el nivel óptimo. El sueño es un indicador clave de la calidad de vida. Por lo tanto, los cambios que ocurren en el sueño durante el proceso de envejecimiento afectan negativamente la calidad de vida ⁸.

El índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) es el instrumento más utilizado para evaluar la calidad de sueño; el uso generalizado de este instrumento ha demostrado que

las alteraciones subjetivas del sueño aumentan el riesgo de depresión tanto en individuos jóvenes como mayores ³.

Dada la importancia de la calidad del sueño para la salud de los ancianos, en este trabajo se aborda dicho tema en adultos mayores institucionalizados, con la finalidad de brindar un panorama general acerca de las causas que más interfieren con un adecuado sueño y de esta manera poder realizar las intervenciones necesarias.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La población del mundo ha envejecido porque la esperanza de vida al nacer se ha alargado. Se estima que la población de personas mayores en el mundo habrá excedido los mil millones para 2020 y la mayoría de la población anciana vivirá en los países en desarrollo como es el caso de México ⁸.

Los problemas del sueño a menudo ocurren debido a los cambios en el patrón de sueño de las personas mayores en la vejez. Los datos epidemiológicos indican que las quejas del sueño y los problemas para dormir aumentan con la vejez ⁸.

Las consecuencias de la mala calidad del sueño en los ancianos incluyen deterioro cognitivo, mayor riesgo de caídas, durante el día la fatiga y la reducción de la salud física y mental y del estado de la calidad de vida relacionada con la salud. Se puede lograr una mejor calidad de vida y estado de salud vida en las personas mayores aumentando la calidad del sueño ⁷.

Pocos se sabe acerca de la calidad de sueño en el adulto mayor y la mayoría de los estudios realizados consideran a la población que vive en la comunidad.

En nuestro país son pocos los estudios que abordan calidad de sueño en el adulto mayor, siendo aún menor el conocimiento que se tiene en adultos mayores institucionalizados.

Tomando en consideración lo antes mencionado es relevante investigar la calidad subjetiva del sueño en el adulto mayor institucionalizado en la ciudad de México en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Arturo Mundet” surgiendo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la calidad subjetiva de sueño del adulto mayor en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Arturo Mundet”?

V. HIPOTESIS:

H0:

Los adultos mayores institucionalizados en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico "Arturo Mundet tienen una mala calidad de sueño.

H1:

Los adultos mayores institucionalizados en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico "Arturo Mundet NO tienen una mala calidad de sueño.

VI. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Evaluar la calidad de sueño subjetiva en residentes institucionalizados de más de 60 años del Centro Gerontológico Arturo Mundet, DIF nacional, Ciudad de México,

Objetivos específicos:

Evaluar la presencia de depresión mediante la aplicación de GDS-15.

Determinar los factores que influyen en la calidad de sueño de esta población (depresión, edad, género).

VII. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo.

TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra no probabilística por conveniencia

LUGAR DE ESTUDIO

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Arturo Mundet”

PERIODO DE ESTUDIO

Del 1 de febrero de 2018 al 31 de marzo de 2018.

GRUPO DE ESTUDIO

Adultos mayores de 60 años o más, usuarios del programa de albergue del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico Arturo Mundet.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Adultos mayores de 60 años
- ✓ Institucionalizados en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Arturo Mundet”
- ✓ Que acepten contestar el Índice de Calidad de Sueño y Yesavage.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:

- ✓ Pacientes con demencia severa.
- ✓ Pacientes que no deseen participar en el estudio
- ✓ Ser usuario del programa de atención de día y/o del programa de consulta externa de Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico Arturo Mundet.
- ✓ Pacientes con diagnóstico previo de depresión.
- ✓ Pacientes bajo tratamiento con algún fármaco con efecto a nivel de sistema nervioso central.
- ✓ Pacientes que al momento de recolección de datos no se encontraran en el centro.
- ✓ Pacientes que se encuentran en área de crónicos y cuidados especiales del centro..

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

Cédula de recolección de datos (anexo 1)

DESCRIPCIÓN:

Cédula que contiene las variables relacionadas con la investigación

VALIDACIÓN:

No requiere

APLICACIÓN:

A cargo del investigador

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO Y DESARROLLO DEL PROYECTO

La muestra fue por conveniencia e incluyó adultos mayores de 60 años usuarios del programa de albergue del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico “Arturo Mundet”. Se aplicó a cada uno de los participantes el cuestionario Índice de calidad de sueño de Pittsburg para establecer la calidad subjetiva de sueño, así como la Escala de depresión geriátrica Yesavage de 15 items para el cribado de depresión en personas mayores de 65 años, ambas validado en español y en población mexicana.

ANALISIS DE DATOS

Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 23.0 para Windows, donde se procesaron estadísticamente para determinar frecuencias y riesgos a fin de emitir conclusiones basadas en la información obtenida.

Para las variables cualitativas se usó Chi cuadrada de Pearson. Para las cuantitativas U de Mann Whitney, considerando estadísticamente significativo una $P < 0.05$.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficas para una mejor interpretación de los mismos.

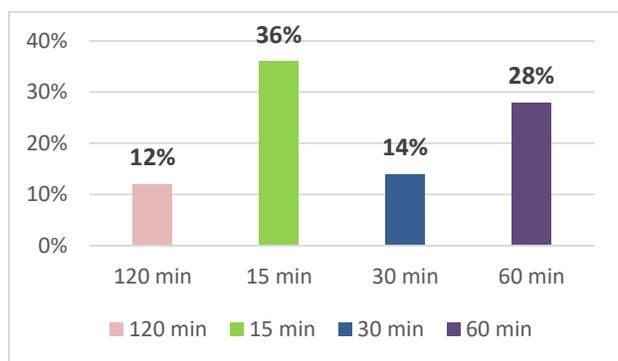
ASPECTOS ETICOS

El proyecto se ajustó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, así como a la Declaración de Helsinki adoptada en junio de 1964, apegada a las normativas y demás relativas a estudios sobre seres humanos.

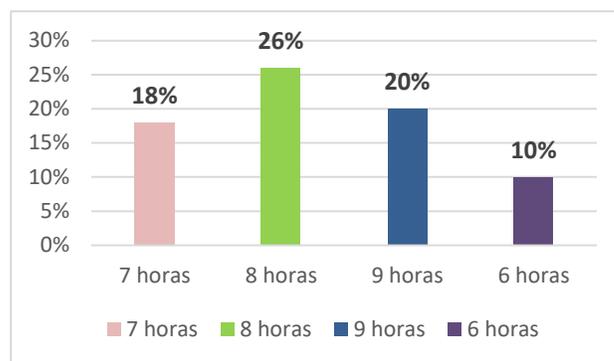
Los autores se comprometen a mantener el anonimato de los pacientes, así como de los médicos tratantes.

VIII. RESULTADOS

Se estudiaron 50 sujetos en total. La edad promedio fue de 78 ± 8 años. El 52% ($n = 26$) fueron del sexo femenino (tabla 1). Al analizar de forma independiente cada uno de los ítems que corresponden al índice de calidad de sueño de Pittsburgh el periodo de latencia en la mayoría de la población analizada fue de 15 minutos (36%) (Gráfica 1), con un promedio de 8 horas de sueño (26%) (Gráfica 2).

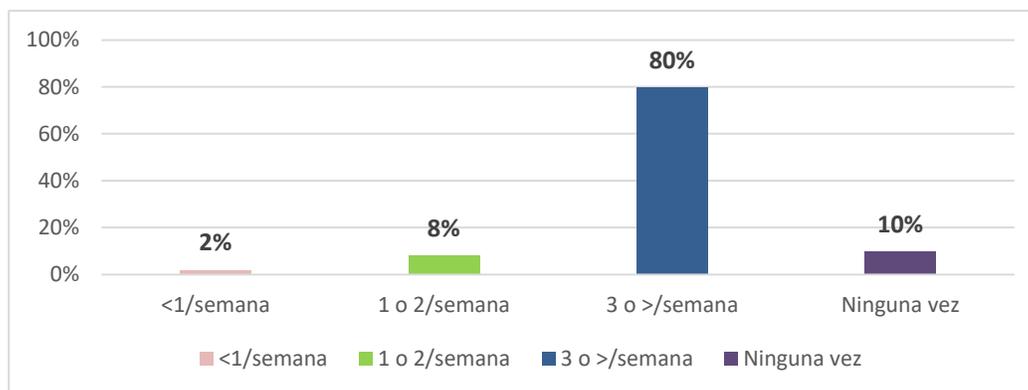


Gráfica 1. Latencia de sueño



Gráfica 2. Horas en promedio de sueño

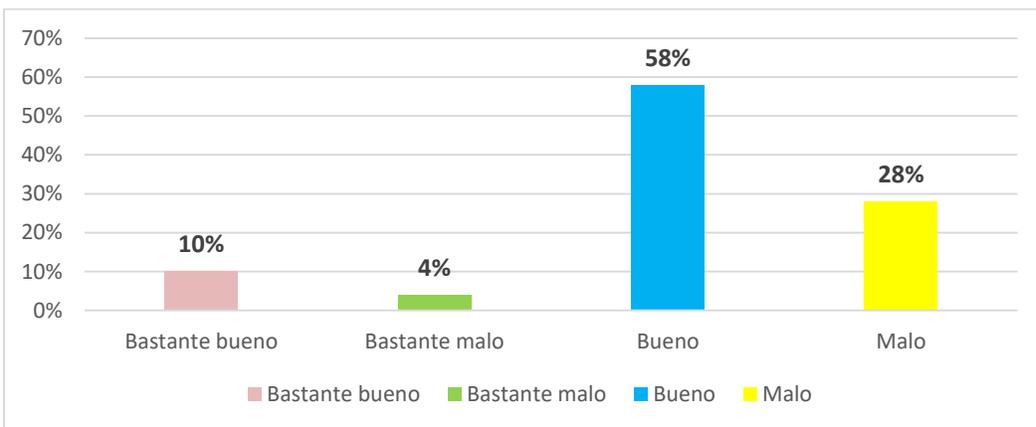
Se encontró que el 80% de los residentes entrevistados se despiertan 3 o más veces en la noche y que en el 80% de los casos es por necesidad de ir al sanitario (Gráfica 3), de estos la mayoría de levantan en un promedio de 3 veces.



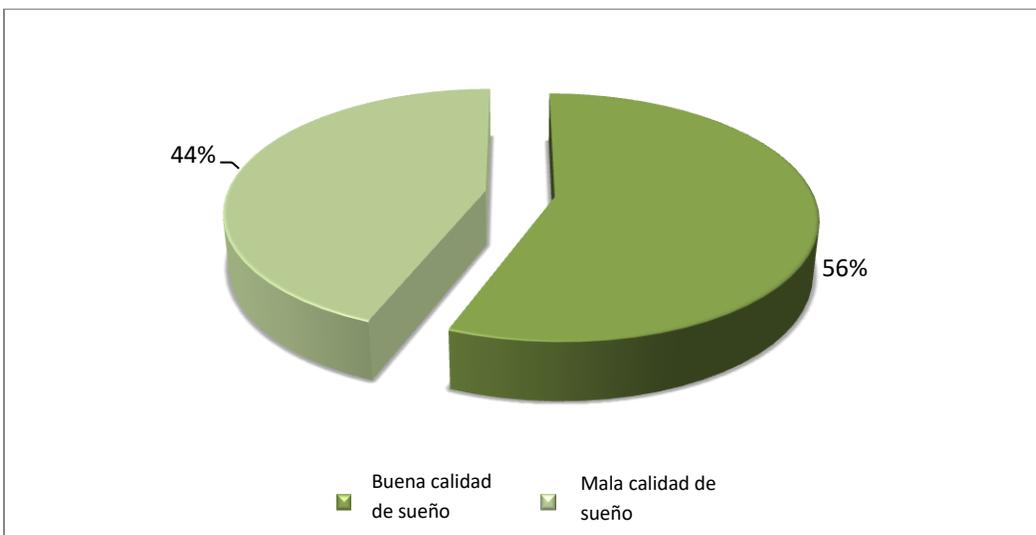
Gráfica 3. Despertares asociados a necesidad de ir al baño.

La mayoría de la población no presenta despertares asociados a tos, ronquidos, problemas de respiración o falta de aire, frío, calor y pesadillas. Solo el 12% de la población reporto despertares menos de una vez por semana por sentir dolor. Entre otras causas el 22% reporto despertar por ruidos de otros compañeros de sala.

De forma subjetiva el 58% de la población entrevistada refirió una buena calidad de sueño y el 10% muy buena calidad de sueño (Gráfica 4), encontrado de manera global que el 56% de los entrevistados no refieren alteraciones del sueño (Gráfica 5).

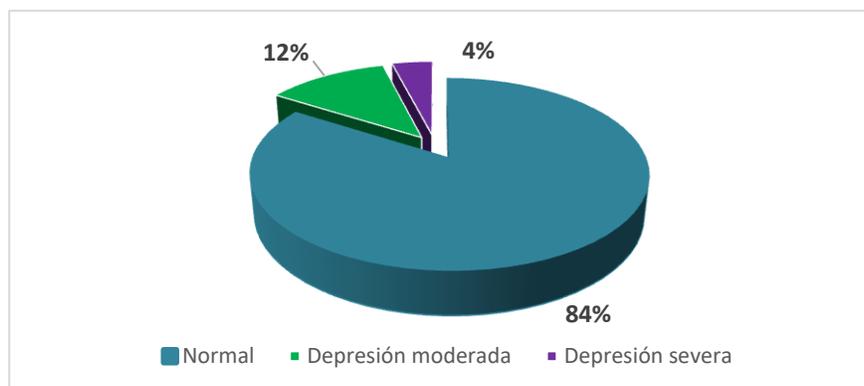


Gráfica 4. Nivel de satisfacción del sueño



Gráfica 5. Calidad de sueño global

Al aplicar la escala de cribaje de depresión geriátrica Yesavage el 84% de nuestros residentes no presento este trastorno afectivo (Grafica 6), al comparar los grupos no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre aquellos que presentaron depresión vs aquellos que no la presentaron con respecto a la calidad subjetiva de sueño (tabla 1).



Grafica 6. Residentes con depresión vs sin depresión

Variable	Buena calidad de sueño (n28)	Mala calidad de sueño (n22)	Valor p
Sexo n, (%)			
Femenino	16 (57)	10 (46)	0.41
Edad, años	78 ± 8	79 ± 8	0.79
Estado civil n, (%)			
Soltero	17 (60)	13 (59)	0.10
Casado	3 (11)	0	
Viudo	8 (29)	6 (27)	
Divorciado	0	3 (14)	
Yesavage n, (%)			
Normal	24 (86)	18 (82)	0.093
Depresión moderada	3 (11)	3 (14)	
Depresión severa	1 (3)	1 (4)	

Tabla 1. Comparación de resultados de acuerdo a calidad de sueño.

Al comparar los grupos no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la calidad de sueño de acuerdo al sexo (tabla 1). El 90% de nuestra población refiere dormir

entre 7 y 9 horas, solo un 10% menciono un total menor a 6 horas de sueño. La hora habitual de acostarse en un 90% de los residentes entrevistados fue entre 7 y 9 de la noche, la mayoría de nuestros residentes se levantan entre 5 y 7 de la mañana (90%), lo cual parece estar asociado a las normas de funcionamiento del centro.

IX. DISCUSION

De acuerdo a la bibliografía se ha identificado una peor calidad de sueño en adultos mayores institucionalizados ^{8,14}, en nuestro caso particular, un mayor porcentaje de la población analizada refiere una adecuada calidad de sueño, otro dato encontrado que resulta interesante es el promedio de horas de sueño que se encuentra entre 7 a 9 horas lo cual supera el promedio de 6 a 7 horas de sueño que presentan los adultos mayores de 60 años en referencia bibliográfica consultada ⁷.

En estudios realizados previamente se ha reportado una peor calidad de sueño en las mujeres, en la evaluación realizada no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al sexo ($p= 0.41$). La edad no se encontró como un factor estadísticamente significativo asociado a la calidad de sueño ($p= 0.79$).

En nuestro estudio no encontramos una asociación estadísticamente significativa entre mala calidad de sueño y depresión, ya que ambos grupos se comportaron de manera similar ($p= 0.093$), lo cual difiere de estudios que se han realizado previamente en los cuales se ha demostrado que las alteraciones subjetivas del sueño aumentan el riesgo de depresión tanto en individuos jóvenes como mayores ³.

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se encuentra la falta de estudios de gabinete como polisomnografía, que puedan complementar de forma objetiva los trastornos del sueño presentes en nuestros adultos mayores. Además de que el cuestionario de Pittsburgh es un índice de temporalidad ya que evalúa calidad de sueño referida durante el último mes, siendo necesaria su aplicación de forma constante, por todos los factores modificables que pueden relacionarse con una mala calidad de sueño. Así como determinar si los factores identificados como causa de una mayor repercusión en la calidad de sueño se mantienen durante el tiempo.

X. CONCLUSIONES

Una buena calidad de sueño fue referida por la mayoría de nuestros adultos mayores institucionalizados.

La edad, el sexo y la presencia o no de depresión no se encontraron como factores determinantes para la calidad de sueño.

Encontramos que la mayoría de los despertares en nuestros residentes encuestados está asociado a la necesidad de acudir al baño y que en la mayoría de los casos ocurre en 3 ocasiones durante la noche. Siendo este uno de los campos que podrían ser abordados con la finalidad de identificar los factores asociados, medicamentos, ingesta de líquidos previos a dormir o bebidas diuréticas, así como patología de la vía urinaria, teniendo como objetivo mejorar la calidad de sueño y disminuir la fragmentación del mismo.

Este estudio revela que, de los residentes encuestados, la mayoría refiere una buena a muy buena calidad de sueño, sin embargo se debe considerar que es una medida subjetiva de la percepción de calidad de sueño.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. A. Bove. Historia del sueño y su estudio. Tratado de Medicina del Sueño. Editorial Médica Panamericana 2015. Pags. 3-16.
2. Abizanda Soler P. et al. Tratado de medicina Geriátrica. Elsevier 2015 cap. 67 (525-531)
3. Becker Nathália B., et.al. Depression and sleep quality in older adults: a meta-analysis, *Psychology, Health & Medicine* 2016.
4. Collado OMA y cols. *Epidemiología de los trastornos del sueño en población mexicana*. *An Med (Mex)* 2016; 61 (2): 87-92
5. Gómez-Angulo, C. et al. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. (2011) *Universitas Psychologica*, 10 (3), 735-743.
6. González González C. Demografía del envejecimiento: argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de investigación en México. Instituto de Geriatria.
7. Gülseren Dağlar, et al. Sleep quality in the elderly either living at home or in a nursing home. *Australian Journal of Advanced nursing*. Volume 31 Number 4.
8. Hatice Tel. Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurology , Psychiatry and Brain Research* 19 (2013) 48 – 52.
9. Jiménez-Genchi, et al. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Méd Méx* Vol. 144 No. 6, 2008
10. Medina-Chávez JH et al. Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52(1):108-19.
11. Medina O., et al. Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. XXXVI / No. 4 / 2007

12. P. Carrillo-Mora, et al. Neurobiología del sueño. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 56, N.o 4. Julio-Agosto 2013.
13. Rodríguez García R. et al. Práctica de la Geriátría, 3ª edición. McGraw-Hill 2011. Cap. 74 (596-604)
14. Rodríguez Mármol M., et al. Calidad subjetiva del sueño en ancianos institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Jaén. Gerokomos. 2016;27(2):53-57
15. Téllez A. et al. Prevalencia de Trastornos de Sueño en Relación con Factores Sociodemográficos y Depresión en Adultos Mayores de Monterrey, México. Revista Colombiana de Psicología 2016, 25(1), 95-106.

XII. ANEXOS

1. índice de calidad de sueño de Pittsburgh

Apellidos y nombre _____

Sexo _____ estado civil _____ Edad _____ Fecha _____

Instrucciones:

Las siguientes preguntas hacen referencia a como ha dormido usted en el último mes. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. ¡Muy importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS.

1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, normalmente su hora de acostarse?

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse normalmente, las noches del último mes?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS:

3. Durante el último mes, ¿A qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE:

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca usted en cama).

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HACER DORMIDO:

Para cada una de las siguientes preguntas elija la respuesta que más se ajuste a su caso, intente contestar a TODAS las preguntas.

5. durante el último mes, cuantas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o madrugada

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al baño

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o malos sueños

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores

- Ninguna vez en el último mes
Menos de una vez a la semana
Una o dos veces a la semana
Tres o más veces a la semana

j) otras razones, por favor descríbalas a continuación:

6. Durante el último mes, ¿Cómo valoraría en conjunto, la calidad del sueño?

- Bastante bueno
Bueno
Malo
Bastante malo

7. Durante el último mes, ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuentas o recetadas por el médico para dormir)?

- Ninguna vez en el último mes
Menos de una vez a la semana
Una o dos veces a la semana
Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
Menos de una vez a la semana
Una o dos veces a la semana
Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha presentado para usted mucho problema el tener “ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
Solo un leve problema
Un problema
Un grave problema

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

- Solo
Con alguien en otra habitación
En la misma habitación pero en otra cama
En la misma cama

2. GDS Yesavage. Test 15 items

SI NO

1. Está satisfecho con su vida	0	1
2. Ha bajado mucho el interés por sus actividades de trabajo	1	0
3. Piensa que su vida esta vacía	1	0
4. Frecuénteme esta aburrido	1	0
5. Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo	0	1
6. Tiene miedo de que le pase algo a corto tiempo	1	0
7. Se encuentra feliz todo el tiempo	0	1
8. Tiene la sensación de ser incapaz	1	0
9. Prefiere permanecer en su casa que salir a pasear	1	0
10. Siente que tiene problemas con la mayoría de la gente	1	0
11. Cree que es bello vivir	0	1
12. Tiene la sensación de que lo que hace no tiene valor	1	0
13. Tiene la sensación de tener toda su energía	0	1
14. Piensa que su situación es desesperada	1	0
15. Cree que la gente tiene más suerte que usted	1	0

0-5 Normal 6-9 Depresión moderada 10-15 Depresión severa

3. Cedula de recolección de datos

Nombre: _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____

Resultado Yesavage: _____

Resultado Pittsburgh: _____

Uso de algún medicamento con efecto a sistema Nervioso central: _____

Numero de despertares asociados a ir al baño: _____

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh																		
Preguntas																	Resultado	
1	2	3	4	5a	5b	5c	5d	5e	5f	5h	5i	5j	6	7	8	9	10	