



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

TESIS:

**"RELACIÓN DE LA VIVENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 CON
ALTERACIONES DE SUEÑO, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES. ESTUDIO EXPLORATORIO"**

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

(ENFERMERÍA SOCIO-HUMANÍSTICA)

PRESENTA:

MARIEL PALAFOX PÉREZ

DIRECTOR DE TESIS:

**DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
(FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA)**

CO-TUTOR DE TESIS:

**DRA. ELSA CORREA MUÑOZ
(FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA)**

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2023



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.



**PROTESTA UNIVERSITARIA DE INTEGRIDAD Y
HONESTIDAD ACADÉMICA Y PROFESIONAL
(Graduación con trabajo escrito)**

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 87, fracción V, del Estatuto General, 68, primer párrafo, del Reglamento General de Estudios Universitarios y 26, fracción I, y 35 del Reglamento General de Exámenes, me comprometo en todo tiempo a honrar a la institución y a cumplir con los principios establecidos en el Código de Ética de la Universidad Nacional Autónoma de México, especialmente con los de integridad y honestidad académica.

De acuerdo con lo anterior manifiesto que el trabajo escrito titulado:

"RELACIÓN DE LA VIVENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 CON ALTERACIONES DE SUEÑO, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES."

que presenté para obtener el grado de **Maestra en Enfermería** es original, de mi autoría y lo realicé con el rigor metodológico exigido por mi programa de posgrado, citando las fuentes de ideas, textos, imágenes, gráficos u otro tipo de obras empleadas para su desarrollo.

En consecuencia, acepto que la falta de cumplimiento de las disposiciones reglamentarias y normativas de la Universidad, en particular las ya referidas en el Código de Ética, llevará a la nulidad de los actos de carácter académico administrativo del proceso de graduación.

Atentamente

Palafox Pérez Mariel
312310082

AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, por darme la oportunidad de cursar un posgrado de alta calidad.

Al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, por su valiosa guía y dirección en la presente tesis, y por compartir conmigo su valiosa experiencia, conocimientos y consejos como mi tutor principal.

A la Dra. Elsa Correa Muñoz, por la excelente guía en la presente tesis, así como por los valiosos consejos y conocimientos brindados como mi cotutora.

A la Dra. Raquel Retana Ugalde, por su valiosa asesoría y orientación en la realización de la investigación y del presente trabajo.

A la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por brindar los recursos físicos y materiales para la realización de la investigación.

A los adultos mayores, por su participación en la investigación, así como por compartir sus experiencias de vida que me permitieron crecer personal y profesionalmente.

A mi familia, por brindarme su valioso apoyo y por su impulso en todo el camino recorrido de mi formación profesional.

DEDICATORIAS

A mi madre, por su cariño y apoyo incondicional durante toda mi vida, porque gracias a ello he llegado hasta este punto, ya que me demostró que no importa qué tan grave se vea el panorama: siempre puedes pintar tu propio lienzo.

A mi familia, por brindarme su apoyo y orientación en las decisiones que he tomado personal y profesionalmente, así como sus valiosos comentarios y consejos para mi superación.

A mis amigos, por sus palabras de aliento y motivación, así como recorrer este camino juntos con toda su comprensión y valiosa amistad.

A mis compañeros, por permitirme recorrer este camino a su lado, así como por compartir sus valiosas experiencias y opiniones durante el transcurso de la maestría.

A mis profesores, por compartir sus conocimientos, experiencias y puntos de vista que me permitieron mejorar como profesional.

ÍNDICE

Abreviaturas.....	7
Índice de cuadros y tablas.....	8
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Resumo.....	11
I.INTRODUCCIÓN.....	12
II.MARCO TEÓRICO	14
II.1. La pandemia COVID-19 y el envejecimiento	14
II.2. Aislamiento social y los adultos mayores	17
II.3. Sueño y envejecimiento	20
II.3.1. Arquitectura del sueño.....	21
II.3.2. Las características del sueño relacionadas con la edad.....	23
II.3.3. Funciones fisiológicas del sueño.....	24
II.4. Alteraciones del sueño en adultos mayores.....	25
II.4.1. Insomnio.....	26
II.4.2. Somnolencia.....	28
II.4.3. Síndrome de Apnea del Sueño.....	31
II.5. Depresión y su relación con las alteraciones de sueño	32
II.6. Percepción de Calidad de la vida en AM	35
II.7 Resiliencia de los adultos mayores ante la Pandemia por COVID-19.	36
II.8. Relación de la pandemia covid-19 con las alteraciones de sueño y calidad de vida en AM.	37
II.9. Enfermería comunitaria ante la Pandemia COVID-19	41
III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	45

IV. HIPÓTESIS	47
V. OBJETIVO	48
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	49
VI.1. Tipo de estudio	49
VI.2. Universo de estudio	49
VI.3. Criterios de inclusión	49
VI.4. Criterios de exclusión	49
VI.5 Variables de estudio	50
VI.6. Operacionalización de variables	51
VI.7. Técnicas	55
VI.8 Análisis Estadístico	57
VI.9 Aspectos éticos y legales	57
VII. RESULTADOS	58
VIII. DISCUSIÓN	61
IX. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	66
X. CONCLUSIONES	67
XI. REFERENCIAS	69
XII. ANEXOS	82

ABREVIATURAS

AASM	Academia Americana de Medicina de Sueño
AM	Adulto Mayor/Adultos Mayores
APA	American Psychological Association
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
CV	Calidad de Vida
EEG	Electroencefalograma
NREM	No Rapid Eyes Movements
N1	Sueño superficial o etapa 1
N2	Sueño intermedio o etapa 2
N3	Sueño profundo o etapa 3
No MOR	No Movimientos oculares rápidos
MOR	Movimientos oculares rápidos
OMS	Organización Mundial de la Salud
REM	Rapid Eyes Movements
SAOS	Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño
SARS-CoV2	Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo
TEPT	Trastorno por Estrés Postraumático

ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

Cuadro II.1	Signos y síntomas del COVID-19	18
Cuadro II.2	Características del Sueño REM	22
Cuadro II.3	Patrón normal del sueño en el ser humano	23

Cuadro II.4	Variaciones del sueño en adultos mayores por el envejecimiento	26
Cuadro II.5	Estudios sobre la relación de la Pandemia COVID-19 y las alteraciones del sueño en adultos mayores	39
Cuadro II.6	Estudios sobre la relación de la Pandemia Covid-19 con la depresión y la calidad de vida en adultos mayores	40
Cuadro VI.6.1	Variable independiente: Pandemia COVID-19	50
Cuadro VI.6.2	Variables dependientes: Alteraciones del Sueño	51
Cuadro VI.6.3	Variables dependientes: Depresión	52
Cuadro VI.6.4	Variables dependientes: Calidad de Vida	52
Cuadro VI.6.5	Variables intervinientes	53
Cuadro VII.1	Características sociodemográficas de la población de estudio	58
Cuadro VII.2	Relación de la Pandemia Covid-19 con Insomnio y Somnolencia de la población de estudio	58
Cuadro VII.3	Relación de la Pandemia Covid-19 con Riesgo de Apnea del Sueño de la población de estudio	59
Cuadro VII.4	Relación de la Pandemia Covid-19 con Calidad de Vida y Depresión de la población de estudio	59
Cuadro VII.5	Relación de la Pandemia Covid-19 con las áreas de la Calidad de Vida de la población de estudio	60

RESUMEN

Antecedentes: La evidencia ha demostrado que los adultos mayores que estuvieron aislados por la pandemia COVID-19, realizaron menos actividad física, algunos presentaron ansiedad, síntomas depresivos, alteraciones del sueño, y mala percepción de su calidad de vida. En este sentido, es importante que los profesionales de la salud evalúen e identifiquen la influencia que tuvo el aislamiento y el confinamiento en las personas mayores durante esta etapa de pandemia y su relación con alteraciones del sueño, depresión y su calidad de vida, antes y después de la pandemia por COVID-19 y poder establecer diagnósticos y medidas de intervención oportunas ante problemas de salud emergentes.

Objetivo: Determinar la relación de la vivencia del confinamiento de la pandemia COVID-19 con alteraciones del sueño, depresión y la calidad de vida en una población de adultos mayores.

Método: Se llevó a cabo un estudio de cohorte de tipo exploratorio en una muestra a conveniencia de 25 adultos mayores del Club Ecológico de la Tercera Edad de la Ciudad de México, con edad promedio de 73.3 ± 5.8 , 72% mujeres y 28% hombres. El 64% tenía una escolaridad alta, 64% no tenían pareja. A todos los participantes se les aplicó a través de interrogatorio directo un antes (enero-febrero 2019) y un después (febrero-mayo 2022) de la pandemia por COVID-19, los siguientes instrumentos de evaluación: Escala de Atenas de Insomnio, Escala de Somnolencia de Epworth, Escala Stop Riesgo de Apnea del Sueño, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y escala de Calidad de vida de la OMS (WHOQoL breve) en español. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS V.20, y se aplicaron las pruebas Chi Cuadrada y T de student pareada, considerando una significancia estadística cuando $p < 0.05$.

Resultados: Se encontró un incremento estadísticamente significativo en el puntaje del instrumento de Escala de Atenas de insomnio después de la pandemia por COVID-19 (antes, 2.8 ± 1.7 vs. después, 5.3 ± 3.4 , $p < 0.01$). Asimismo, el porcentaje de riesgo de apnea del sueño mostró un incremento, aunque no fue estadísticamente significativo después de la pandemia (antes, 12%, vs. 44%) con una RM 5.8 (IC_{95%} 0.5-50, $p > 0.05$). Asimismo, el puntaje de la Escala de Depresión Geriátrica mostró un incremento estadísticamente significativo después de la pandemia (antes, 3.4 ± 3.0 vs. después, 6.8 ± 5.0 , $p < 0.01$).

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren que la vivencia del confinamiento de la pandemia de la COVID-19, aunque no se tuviese la enfermedad, constituyó un riesgo para presentar insomnio, apnea del sueño y depresión.

Palabras clave: *Pandemia COVID-19, Insomnio, Somnolencia, Riesgo Apnea del Sueño, Depresión, Calidad de vida, adultos mayores.*

ABSTRACT

Background: Evidence has shown that older adults who were isolated by the COVID-19 pandemic, performed less physical activity, some presented anxiety, depressive symptoms, sleep disturbances, and poor perception of their quality of life. In this sense, it is important that health professionals evaluate and identify the influence that isolation and confinement had on the elderly during this stage of the pandemic and its relationship with sleep disturbances, depression and their quality of life, before and after the COVID-19 pandemic, in order to establish diagnoses and timely intervention measures in the face of emerging health problems.

Objective: To determine the relationship between the experience of confinement of the COVID-19 pandemic with sleep disturbances, depression and quality of life in a population of older adults.

Method: An exploratory cohort study was carried out in a convenience sample of 25 older adults from the Club Ecológico de la Tercera Edad in Mexico City, with an average age of 73.3 ± 5.8 , 72% women and 28% men. Sixty-four percent had high schooling, 64% were not in a relationship. All participants were administered, before (January-February 2019) and after (February-May 2022) the COVID-19 pandemic, through direct questioning, the following assessment instruments: Athens Insomnia Scale, Epworth Sleepiness Scale, Stop Sleep Apnea Risk Scale, Yesavage Geriatric Depression Scale and WHO Quality of Life Scale (WHOQoL breve) in Spanish. For the statistical analysis, SPSS V.20 software was used, and Chi-square and paired Student's t-tests were applied, considering statistical significance when $p < 0.05$.

Results: A statistically significant increase in the Athens Insomnia Scale instrument score was found after the pandemic by COVID-19 (before, 2.8 ± 1.7 vs. after, 5.3 ± 3.4 , $p < 0.01$). Likewise, the percentage risk of sleep apnea showed an increase, although it was not statistically significant after the pandemic (before, 12%, vs. 44%) with an MR 5.8 (95%CI 0.5-50, $p > 0.05$). Likewise, the geriatric depression scale score showed a statistically significant increase after the pandemic (before, 3.4 ± 3.0 vs. after, 6.8 ± 5.0 , $p < 0.01$).

Conclusion: Our findings suggest that experiencing the confinement of the COVID-19 pandemic, even if one did not have the disease, constituted a risk for developing insomnia, sleep apnea, and depression

Keywords: *Covid-19 pandemic, Insomnia, Sleepiness, Sleep Apnea Risk, Depression, Quality of Life, Older Adults.*

Resumo

Antecedentes: A evidência tem mostrado que os idosos que estiveram isolados durante a pandemia de COVID-19, realizaram menos atividade física, alguns deles apresentaram ansiedade, sintomas de depressão, distúrbios do sono e a percepção de ter uma má qualidade de vida. Neste sentido, é importante que os profissionais da saúde avaliem e identifiquem a influência que o isolamento e o confinamento tiveram nas pessoas idosas durante a pandemia de COVID-19, para assim poder estabelecer diagnósticos e medidas de intervenção oportunas ante diferentes problemáticas emergentes de saúde.

Objetivo: Determinar a relação entre a vivência durante a pandemia de COVID-19 com os distúrbios do sono, depressão e a qualidade de vida em uma população de pessoas idosas.

Metodologia: A partir da realização de um estudo transversal e analítico de tipo exploratório em uma amostra de conveniência de 25 pessoas idosas do *Club Ecológico de la Tercera Edad* da Cidade do México, com uma idade em promédio de $73,3 \pm 5,8$, 72% mulheres e 28% homens, 64% tinha alto nível escolar, 64% não tinha companheiro/companheira. Foram aplicados em diferentes momentos prévios e posteriores à pandemia de COVID-19 (janeiro e fevereiro de 2019) e posteriormente em (fevereiro- maio de 2022) diversos instrumentos de avaliação a todos os participantes. Entre os instrumentos a Escala de Insônia de Atenas, Escala de Sonolência de Epworth, o Questionário STOP-BANG de Avaliação de Risco de Apneia do Sono, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e a Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQoL, breve) em espanhol. Para a análise estatística foi usado o Software SPSS V.20, e foram aplicados o teste Qui-quadrado e o teste T de student pareado, considerando uma significância estatística quando $p < 0,05$.

Resultados: Foi encontrado um incremento estatístico significativo na pontuação do instrumento da Escala de Insônia de Atenas após a pandemia de COVID-19 (antes, $2,8 \pm 1,7$ vs. depois, $5,3 \pm 3,4$, $p < 0,01$). Por outro lado, a porcentagem de o risco de apneia do sono mostrou um incremento ainda que não tenha sido estatisticamente significativo depois da pandemia (antes, 12%, vs. 44%) com uma RM 5,8 (IC_{95%} 0,5-50, $p > 0,05$). Da mesma forma, O marcador da Escala de Depressão Geriátrica mostrou um incremento estatisticamente significativo depois da pandemia (antes, $3,4 \pm 3,0$ vs. depois, $6,8 \pm 5,0$, $p < 0,01$).

Conclusão: Os resultados sugerem que a vivência da pandemia de COVID-19, mesmo para quem não tivesse a doença, significou um risco para apresentar insônia, apneia do sono e depressão.

Palavras-chave: *Pandemia, COVID-19, Insônia, Sonolência, Risco de Apneia do sono, Depressão, Qualidade de vida, Idosos.*

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad COVID-19, producida a consecuencia del virus del SARS-CoV-2, tuvo su origen en China, en la prefectura de Wuhan en el año 2019, posteriormente a finales de febrero de 2020 fue catalogada una pandemia debido al aumento descontrolado número de casos de contagio a nivel mundial, provocando miles de casos severos en varios países y rebasando la capacidad de atención de los sistemas de salud, lo cual generó una alta incidencia de letalidad.

Por lo anterior, una de las recomendaciones para toda la población fue el aislamiento en el domicilio, para evitar el contacto con personas infectadas, sobre todo en los grupos catalogados como vulnerables, entre los que destacaron los adultos mayores (AM), debido a la disminución en la eficiencia inmunológica y disminución de la capacidad pulmonar que se presenta con el envejecimiento, además de la alta prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial que se observa en la vejez. En este sentido, el aislamiento de los AM fue interpretado de manera distinta por la población ya que, en algunos casos, además de la prohibición social en general, no se permitió la interacción comunitaria entre AM ni la convivencia de éstos con la familia, por lo que se observó un “triple aislamiento social”. Al respecto, este comportamiento de la sociedad de un “cuidado extremo”, provocó que los AM tuvieran una percepción y vivencia de la pandemia de la COVID-19 muy diferente que los demás grupos poblacionales. Asimismo, de

manera paradójica, en las noticias se informaba que se cuestionaba la prioridad de la atención e instalación de ventiladores o respiradores a los AM respecto a los adultos jóvenes en las Unidades de Cuidados Intensivos, argumentando las diferencias en la eficacia terapéutica, violando los derechos de los AM.

En este contexto, la vivencia de la pandemia de la COVID-19 de los AM no contagiados, pero con “triple aislamiento” y cierto distanciamiento afectivo, representó un alto riesgo para presentar alteraciones del sueño, depresión y disminución de la calidad de vida, aunque con una posible respuesta resiliente. Este tipo de problemas emergentes para la detección y cuidado de problemas psicosociales deben ser considerados en el campo de estudio de la Enfermería Comunitaria, utilizando los medios tecnológicos disponibles como los teléfonos inteligentes (*smartphone*), computadoras personales y *software* como zoom en el marco de la Tele-enfermería.

Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue identificar la relación entre la vivencia de la pandemia COVID-19 con alteraciones de sueño, depresión y calidad de vida en AM no contagiados en confinamiento, a través de un estudio exploratorio.

II. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades emergentes de un agente infeccioso, como el recientemente identificado SARS-CoV-2 agente etológico de la COVID-19, que provocó una pandemia iniciada en 2019, representó un gran reto para la atención y cuidado en todos los ámbitos, no sólo el de tipo hospitalario, ya que las repercusiones psicosociales en las personas que no presentaron la enfermedad, pero que tuvieron una vivencia situacional de temor con un “triple aislamiento”, no se consideró su cuidado, a pesar del riesgo de alteraciones psicológicas y en su calidad de vida (CV). Al respecto, la Enfermería Comunitaria, definida como el campo del conocimiento enmarcado en la salud pública para el cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad durante el proceso salud-enfermedad, utilizando los recursos disponibles para lograr el máximo de salud y bienestar, es una de las opciones disciplinarias de la Enfermería para el cuidado, con el propósito de detectar problemas de salud colaterales de problemas de salud emergentes como la pandemia de la COVID-19 y proponer alternativas para su prevención y control.

En este contexto, en seguida se presenta el marco teórico conceptual de la pandemia vinculada con el envejecimiento; el aislamiento social de los AM en la pandemia; las principales repercusiones de dicho aislamiento (alteraciones del sueño, depresión y CV), con un enfoque de cuidado de la Enfermería Comunitaria y Tele-enfermería, para precisar la pregunta de investigación.

II.1. La pandemia COVID-19 y el envejecimiento

En el año 2019 a principios de diciembre en la prefectura de Wuhan, China, se detectaron varios casos de neumonía atípica. El cuadro clínico de estos casos era parecido a la de una neumonía de tipo viral, con síntomas como fiebre, tos seca e imágenes radiológicas las cuales no eran compatibles o similares con una neumonía bacteriana o viral común. Debido al surgimiento de este brote, las autoridades sanitarias en China emitieron un mensaje de alerta a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el día 31 de diciembre del 2019 sobre la aparición de casos de neumonía atípica de origen desconocido con la sospecha de una posible zoonosis.¹⁻

3

La transmisión de la enfermedad es principalmente por vía aérea, o por contacto con objetos expuestos a fluidos contaminados o personas con la enfermedad, pre-sintomáticos o incluso los asintomáticos. En este sentido, la transmisión ocurre cuando una persona sana es infectada por otra que dio positivo en la prueba de COVID y que ha desarrollado los síntomas y signos propios de la enfermedad.⁴

Algunas investigaciones sobre el tema muestran evidencia de que el virus SARS-CoV-2 es transmitido principalmente mediante dos mecanismos:⁵

- Cuando las personas enfermas contagian a las sanas mediante la exposición a secreciones de las vías respiratorias directamente o indirectamente, estas secreciones son conocidas como “gotitas de Flügge” o “gotitas de Flush”, las

cuales son expulsadas cuando una persona infectada habla, tose, estornuda o respira, en las cuales va a estar presente el virus.^{5,6}

- En el segundo, la transmisión tiene similitudes, sin embargo, aquí las secreciones respiratorias se mantienen inertes en objetos, en las superficies de muebles u otros teniendo la finalidad de ser principalmente el fómite de infección, y para que después el virus ingrese por el aparato respiratorio mediante los residuos de secreciones de los contagiados, mediante las mucosas como por ejemplo la de los ojos, nariz y la boca, dando así el comienzo de la patogenicidad.^{7,8}

La razón por la cual se pensó que la transmisión sintomática era altamente contagiosa, fue porque algunos estudios demostraron que, durante los tres primeros días, la infección se localizaba en las vías respiratorias altas, produciendo “gotitas de Flügge”, las cuales son expulsadas fácilmente mediante la boca o la nariz, siendo así un medio fácil de transmisión infecto-contagiosa. El periodo de incubación del SARS-CoV-2 es de 5 días, pero en algunos casos puede extenderse hasta 14 días, según la vía de transmisión y de incubación, a este periodo se le denomina como pre-sintomático. La transmisión pre-sintomática se presenta cuando alguien ya contagiado es capaz de transmitir la enfermedad a otros individuos, aun cuando el portador no tenga síntomas propios de la patología en ese momento.⁸⁻¹⁴

Algo que se pudo comprobar es que la COVID-19 asintomática es diagnosticada a través de pruebas de detección, aunque no se manifieste la enfermedad en ninguna

fase, a pesar de haber estado expuesto al virus y presentar alteraciones fisiopatológicas leves (Cuadro II.1).¹⁷ Al respecto, se demostró que los pacientes asintomáticos eran un factor influyente en el nivel de contagios.¹⁴⁻¹⁷

Como se señaló, la pandemia provocó una emergencia de salud pública, obligando a desarrollar estrategias de prevención, tratamiento, rehabilitación y prevención de cada grupo poblacional de acuerdo con sus características específicas, dentro de este paradigma se ha generado una situación compleja que ha llevado a medidas puntuales y extremas, como el aislamiento social.¹⁷

II.2. Aislamiento social y los adultos mayores

Para evitar la propagación del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y la enfermedad que provoca la COVID-19, la mayor parte de la población mundial se aisló y adoptó medidas de distanciamiento físico o social. En México, las agencias gubernamentales impusieron restricciones a los ciudadanos, como el cierre de escuelas, lugares de trabajo y actividades de ocio. Sin embargo, se observó que limitar la interacción humana puede ayudar a mitigar la propagación del virus y evitar sobrecargar los servicios de salud, reduciendo así el número de muertes. En este sentido, también se observó que el distanciamiento social de la población fue diferenciado en los grupos poblacionales en nuestro país.¹⁸ Al respecto, se ha demostrado que las personas que tuvieron algún tipo de aislamiento, con restricciones en la transferencia de un lugar a otro y limitado contacto con las

personas, mostraron más riesgo de presentar complicaciones de tipo psiquiátricas o alteraciones de sueño y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Cuadro II.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA COVID-19

Síntomas más frecuentes	Síntomas menos frecuentes	Síntomas graves
Fiebre	Dolores y molestias	Dificultad para respirar o disnea
Tos seca	Dolor de garganta	Dolor u opresión en el pecho
Cansancio	Diarrea	Pérdida del habla o del movimiento
	Conjuntivitis	
	Dolor de cabeza	
	Pérdida del gusto o del olfato	
	Sarpullido en la piel o decoloración de los dedos de las manos o pies	

Tomado de: World Health Organization (2020).¹⁷

Durante el periodo de la pandemia, es importante considerar posibles alteraciones psicosociales en las personas mayores, aunque no hayan tenido COVID-19, tales como alteraciones de sueño, depresión, mala calidad de vida y percepción de abandono, lo cual pueda vivirse como un duelo.¹⁹

Es importante subrayar que las personas socialmente aisladas con limitaciones físicas y en estado de algún tipo de abandono presentarán mayor vulnerabilidad para alteraciones psicológicas, como son la ansiedad, depresión y TEPT, los cuales

pueden desencadenar en alguna alteración del sueño. Al respecto, es importante considerar la pérdida de funcionalidad asociada a la enfermedad adquirida, que a su vez puede manifestarse como desmoralización e impotencia. La tendencia de estar expuestos a eventos que amenacen la vida y sobrevivencia, así como de la misma patología, también puede incrementar el desarrollo del TEPT, tanto es así que se ha postulado que el efecto combinado de pérdida y amenaza podría explicar la coexistencia frecuente de TEPT y depresión.¹⁹⁻²¹

Aun cuando el número de personas afectadas por la pandemia fue considerable, se debe poner aun mayor vigilancia y atención a las poblaciones vulnerables:²¹

- a) Poblaciones con alguna patología de base como diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- b) Poblaciones con limitaciones físicas o psiquiátricas.
- c) Trabajadores de la salud que estuvieron en contacto directo con pacientes diagnosticados de COVID-19 o poblaciones en cuarentena post- COVID-19.
- d) Adultos mayores.

Por otro lado, es importante señalar que quienes tenían antecedentes y patologías psiquiátricas debían tener un cuidado individualizado, sobre todo porque si su tratamiento era interrumpido podría ocasionar mayores efectos negativos o complicaciones durante el proceso del tratamiento de COVID-19. El riesgo evidente de las limitaciones en la atención especializada, manejo inadecuado de las dosis de

medicamentos y menor adquisición en los psicofármacos provocarían mayor número de complicaciones en este tipo de poblaciones.¹⁹⁻²³

Es fundamental resaltar el tipo de aislamiento a que fue sometida la población de AM, al considerarla como una población vulnerable, se enfatizó la importancia del aislamiento social, trascendiendo al ámbito comunitario y familiar, por lo que la población de AM experimentó un “triple aislamiento”, enmascarado por un “exagerado cuidado afectivo”, lo que provocó un aislamiento extremo. En este sentido, aunque no presentaran la enfermedad por COVID-19, la vivencia de la pandemia con un temor a lo desconocido incrementa el riesgo de problemas psicosociales, tales como alteraciones del sueño, ansiedad, depresión y disminución de la percepción de la CV a consecuencia del aislamiento.¹⁷

Por otro lado, es importante resaltar la respuesta paradójica sobre la atención de los AM a nivel hospitalario en las Unidades de Cuidados Intensivos, en que se cuestionó la prioridad de la instalación de ventiladores, estableciendo que la población joven tendría prioridad, violando los derechos humanos de los AM.

II.3. Sueño y envejecimiento

Los sueños son fenómenos que crean un enorme interés en las personas debido a que sus mecanismos fisiológicos y sustratos neuro-anatómicos han comenzado a entenderse recientemente, siempre ha estado envuelto en misterio, controversia y especulación. El sueño no es sólo un fenómeno normal, es también un proceso fisiológico propio de nuestro organismo que es muy importante para la salud integral

humana. Cuando tratamos de designar un concepto de sueño, no podemos dejar de reflejar nuestra experiencia propia sobre ello, pero debemos puntualizar que las características del sueño van a tener diferentes tipos de variaciones en cada individuo. Es más fácil enumerar las características de comportamiento asociadas con el sueño en humanos que dar una definición más amplia:²⁴⁻²⁷

- 1) Alteraciones en el estado de conciencia y en las reacciones a los estímulos externos.
- 2) Es reversible (lo que lo distingue de otras condiciones patológicas, como el estupor y el coma).
- 3) Es parte de las limitaciones motoras.
- 4) Ocurre con una frecuencia determinada (diariamente).
- 5) Posturas predeterminadas por cada persona durante el periodo de sueño.
- 6) La falta o limitaciones en el sueño pueden llegar a provocar cambios fisiológicos y en la conducta.

II.3.1. Arquitectura del sueño

El sueño, según criterios establecidos en la polisomnografía (electroencefalograma, electrooculograma, electromiograma y electrocardiograma) son divididos en lo que es el sueño REM (movimiento ocular rápido) y el sueño No-REM (no movimientos oculares rápidos); que son continuamente repetidos en 4 o 5 ciclos por noche, a intervalos de 90-120 minutos (Cuadro II.2.).²⁸ El denominado sueño No-REM, se ve caracterizado en la actividad de la electroencefalografía sincronizada, la cual se

divide en 3 etapas: “sueño superficial” o etapa 1 (N1), “sueño intermedio” o etapa 2 (N2) y “sueño profundo” o etapa 3 (N3). La etapa de sueño N1 se considera la transición entre la vigilia y el sueño, y representa del 2-5% del tiempo total de sueño. El estadio N2 se caracteriza por un retraso θ basal difuso, con presencia de actividad del huso del sueño y del vértice, que representa, en adultos, aproximadamente del 45-55% de las horas totales de sueño total. Finalizando con el denominado “sueño profundo” en el estadio N3, caracterizada por la presencia de las ondas lentas, δ , que son amplia tensión y representan de 15-20% de una noche de sueño.²⁸⁻³⁰

Cuadro II.2 CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO REM

Actividad eléctrica cerebral (EEG)	<ul style="list-style-type: none">● Aparece a los 90 minutos de iniciar el sueño● Ondas de bajo voltaje similares a la vigilia● Movimientos oculares
Tono muscular	<ul style="list-style-type: none">● Disminución del tono muscular excepto en ojos y diafragma

Tomado de: Carrillo-Mora P, et al. (2013).²⁸

A medida que avanza la etapa del sueño No-REM, se necesitan estímulos que son más fuertes para despertar a la persona. Caracterizado por actividad electroencefalográfica asincrónica de bajo voltaje, movimientos oculares rápidos y atonía muscular, el sueño REM representa del 20-25% del sueño total en los adultos y consta de componentes tanto fásicos como tónicos. Los correspondientes al componente fásico, donde el sistema simpático tiene la función de regulador y es

caracterizado por contracciones musculares cortas, movimientos oculares rápidos y respiración irregular.²⁸⁻³¹

II.3.2. Las características del sueño relacionadas con la edad

Un factor importante para determinar el número de horas de sueño es la edad, la cual se puede medir de acuerdo con las distintas etapas de la vida. Los recién nacidos duermen de 14-18 horas, los lactantes de 12-14 horas, los escolares 11-12 horas y la mayoría de los adultos duermen de 7-8 horas por una noche. Es decir, fisiológicamente el número de horas de sueño va disminuyendo con el envejecimiento. En este sentido, en los AM, la diferencia de horas entre la hora de acostarse y la hora de dormir es diferente en comparación con los otros grupos de edad. Al respecto, se ha señalado que para tener un “sueño adecuado y reparador” es necesario dormir entre 7-8 horas para mantener una buena salud física y mental (Cuadro II. 3).^{29,31-33}

Respecto a la arquitectura del sueño, a partir de los 60 años se observa una disminución significativa en la eficiencia del sueño debido a la dificultad de conciliar y de mantener el sueño, incremento de despertares durante la noche, disminución del “sueño profundo” y disminución de la duración del sueño medida de la fase R para crear un equilibrio, se presenta un incremento de la duración del sueño en la fase N2.³⁴

Cuadro II.3. PATRÓN NORMAL DE SUEÑO EN EL SER HUMANO

	NIÑOS	ADULTO JOVEN	AM
Vigilia post inicio sueño	<5%	<5%	10-25%
Eficiencia de sueño	>90%	>90%	75-85%
Fase N1	Sueño quieto	2-5%	5-8%
Fase N2	Sueño quieto	45-50%	57-67%
Fase N3	Sueño quieto	13-23%	6-17%
Fase R	50%	20-35%	17-20%
Proporción sueño REM /NREM	50:50	20:80	20:80
Duración de ciclo de sueño REM/NREM	45-60 minutos	90-110 minutos	90-110 minutos
Tiempo total de sueño	14-16 horas	7-8 horas	7 horas

Modificado de: Barkoukis, et al. (2012).²⁹

II.3.3. Funciones fisiológicas del sueño

Aún se desconoce mucho sobre la fisiología y los beneficios para la salud del sueño, no obstante, se puede señalar los siguientes:^{33,34}

- Restauración o preservación de energía.
- Eliminación de los radicales libres acumulados.
- Termorregulación.
- Homeostasis sináptica.
- Activación inmune.
- Consolidación de la memoria.

El sueño generalmente se conoce como una función reparadora, por lo que un deterioro en la calidad o cantidad del sueño puede tener un impacto negativo en la salud de la persona, los efectos negativos a corto plazo o en alguna noche de sueño

deficiente observados son: somnolencia diurna, cefaleas, dificultad de concentración, dolor muscular, etc.³⁵ Las características del sueño en la vejez se presentan en el Cuadro II.4.

II.4. Alteraciones del sueño en adultos mayores

Los trastornos del sueño son uno de los problemas más comunes en la población de AM, siendo el insomnio, la somnolencia y la apnea del sueño los más comúnmente reportados. Son varios los factores que predisponen o tienen alto riesgo para la aparición de estos síntomas en las personas y necesitan mayor consideración, particularmente cuando el paciente manifiesta algún tipo de alteración.³⁵⁻³⁶ Al respecto, las alteraciones del sueño tienen repercusiones negativas para la salud, por lo que deben ser diagnosticadas y tratadas de manera oportuna para evitar las repercusiones en la salud y en la CV de las personas, lo cual también puede tener implicaciones negativas para la familia y el cuidador principal. En este sentido, la mitad de los AM en el hogar, y hasta dos tercios de los que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, comúnmente sufren de uno o más trastornos del sueño, siendo más frecuentes en las mujeres, con la excepción del síndrome de apnea del sueño, que es más común en los hombres. Por tal motivo, se ha estimado que el 35-45% de las prescripciones hipnóticas corresponden a AM y es una de las causas más frecuentes de reacciones adversas a medicamentos en este grupo de edad.³⁶⁻³⁸

Cuadro II.4. VARIACIONES DEL SUEÑO EN ADULTOS MAYORES

POR EL ENVEJECIMIENTO

- Existe poco sueño lento profundo
- Disminuye el tiempo total de sueño
- Rara vez duermen más de 6-7 horas
- Se modifica poco el MOR, 23-25% del total de sueño sigue ocupado por el MOR
- Aumenta el número de despertares durante la noche
- Disminuye la eficacia del sueño

Tomado de: González Gil P. (2002).³⁸

Entre los trastornos del sueño, el insomnio es uno de los más prevalentes en la población general y especialmente entre los AM. Al respecto, se define como despertares continuos durante el sueño, despertar temprano, sueño no reparador o insatisfacción con la cantidad y calidad del sueño, incluso teniendo una adecuada higiene del sueño.³⁸

II.4.1. Insomnio

El insomnio es la más común de las alteraciones del sueño en la población, con una prevalencia del 10-15% a nivel mundial. Según la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño (AASM), al menos el 95% de la población en el mundo ha tenido insomnio en algún momento a lo largo de la vida. El insomnio es la dificultad para iniciar y mantener la continuidad del sueño, también es percibida como una mala calidad del sueño, esto ocurre a pesar de que las instalaciones de la habitación son adecuadas para dormir.^{39,40}

El insomnio crónico que dura más de 3 meses afecta gravemente la salud y la CV del individuo, lo que genera mayor riesgo de accidentes, bajo rendimiento escolar, disminución productiva laboral, ausentismo, bajo rendimiento en las actividades de la vida diaria, cambios de humor, etc.^{40,41}

También es reconocido el insomnio como un factor de riesgo independiente para desarrollar alguna patología cardiovascular, alteraciones como la depresión o ansiedad, trastornos metabólicos como la obesidad diabética y otros. Teniendo una prevalencia en la población mundial de un 10% o 15%, con mayor prevalencia en mujeres, en particular perimenopáusicas, en edad media o AM, quienes trabajan turnos rotativos o con padecimientos médicos o psiquiátricos, La AASM señala las siguientes características típicas de los trastornos de insomnio crónico:^{40,42}

- Problemas para inducción de sueño o mantener el sueño.
- Episodios negativos diurnos por insomnio.
- Los síntomas ocurren al menos 3 veces por semana durante 3 meses.

Etiología del insomnio

Las principales causas de insomnio son las siguientes:⁴¹⁻⁴³

- Alteraciones psiquiátricas: ansiedad, depresión, estrés postraumático (50% de los casos).
- Patologías crónicas: dolor crónico, gastritis, EPOC, etc.

- Alteraciones de sueño: síndrome de piernas sueltas, apnea del sueño, entre otras.
- Consumo de drogas o consumo excesivo de fármacos.

II.4.2.Somnolencia

Está demostrado que entre las alteraciones más comunes del sueño en AM la más incidente es el insomnio o la dificultad para dormir. Sin embargo, en ocasiones se produce hipersomnolia, que es una alteración del ciclo del sueño que se traduce en una somnolencia excesiva, provocando siestas diurnas frecuentes, lo cual puede causar cambios de humor, ansiedad y depresión en AM.^{44,45}

Para evaluar el grado de somnolencia excesiva y hacer un diagnóstico certero, se suele utilizar el Test de Latencias Múltiples. Este método consiste en monitorizar el tiempo que tarda el paciente en conciliar el sueño en 5 siestas (separadas por 2 horas) en un mismo día. Si la latencia del sueño es inferior a 5 minutos, se diagnostica hipersomnolia. Al respecto, se pueden detectar los siguientes 3 tipos de hipersomnolia en AM:⁴⁶⁻⁴⁸

- Hipersomnolia idiopática con privación de sueño: Esta es la forma más leve de somnolencia porque no afecta demasiado el tiempo de vigilia del paciente. Esto ocurre cuando la persona duerme entre 6-10 horas por la noche, requiere una o 2 siestas durante el día y, además, es difícil despertar.⁴⁶⁻⁴⁸

- **Hipersomnia idiopática con sueño prolongado:** En este caso, la somnolencia se presenta durante una noche de 12 horas de sueño. Los afectados también duermen durante el día con largas siestas de varias horas si no se les despierta.⁴⁶⁻⁴⁸
- **Hipersomnia recurrente:** Es un tipo de somnolencia puntual durante el día y no es continua como ocurre en la hipersomnia idiopática. La hipersomnia recurrente que ocurre entre una y 10 veces al año es el tipo de somnolencia menos frecuente en AM, y afecta principalmente a varones adultos.⁴⁶⁻⁴⁸

Causas de la somnolencia diurna en los adultos mayores

Para saber cómo tratar la somnolencia, primero debemos identificar la causa de la hipersomnia y así poder aplicar el tratamiento ideal. La somnolencia diurna puede ser causada por varios factores: alteraciones del sueño nocturno, algunos medicamentos o ciertas enfermedades que pueden causar un desequilibrio en el proceso del sueño.⁴⁷

La falta de descanso por la noche es una de las causas principales de la somnolencia diurna. La apnea, el síndrome de piernas inquietas o el insomnio nocturno que se presenta con frecuencia en los AM interfieren en su descanso. Entre estas patologías, la apnea (las interrupciones frecuentes de la respiración) es uno de los síntomas más comunes en las personas que padecen hipersomnia.⁴⁸

La somnolencia diurna puede presentarse también en personas que padecen algunos tipos de enfermedades neurodegenerativas, tales como Enfermedad de Alzheimer o Parkinson. Estas patologías afectan directamente al ciclo del sueño, obligando al paciente a requerir siestas durante el día. Por otro lado, algunos medicamentos, que se usan con frecuencia, disminuyen la energía del paciente y provocan hipersomnia durante el día, tales como los antidepresivos, anticonvulsivos y otros fármacos similares pueden causar hipersomnia.⁴⁸⁻⁵⁰

Somnolencia diurna excesiva: síntomas principales

Cuando los AM presentan ciertos síntomas relacionados con las alteraciones del sueño durante más de un mes, se considera que tienen hipersomnia. Algunos de los síntomas que suelen presentarse son:^{49,50}

- Somnolencia prolongada.
- Desorientación, especialmente al despertar.
- Fatiga constante, incluso sin actividad física.
- Preocupación.
- Pérdida de apetito.
- Reducción de las interacciones y relaciones sociales.
- Falta de coordinación para llevar a cabo las actividades básicas.
- Pérdida de concentración al hablar.
- Irritabilidad, mal humor y cambios de humor repentinos.
- Pérdida de memoria.

- Deterioro cognitivo.
- Depresión.

II.4.3. Síndrome de Apnea del Sueño

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un fenómeno clínico que se caracteriza principalmente por una hipersomnolencia diurna, ronquidos nocturnos y tendencia a la obesidad o el sobrepeso, cuya alteración es mucho más común de lo que se supone.^{51,52} La hipersomnolia es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia. Esto puede ir acompañado de una reducción en la memoria y el rendimiento, irritabilidad, entre otros. A veces puede ocurrir insomnio. Durante el sueño, las personas experimentan ronquidos intermitentes, pausas en la respiración de 2-3 minutos con ruidos inspiratorios fuertes al final de la apnea e insatisfactorio sueño nocturno, lo que resulta en una somnolencia diurna excesiva.^{51,52}

Este síndrome es más común en hombres y sus síntomas inician entre los 40-60 años de edad, en muchos casos precedidos por la obesidad o el sobrepeso. Es común que este síndrome no sea detectado inmediatamente debido a su sintomatología inespecífica, caracterizada por ronquidos que muchas personas justifican como un cambio relativo al envejecimiento.⁵¹⁻⁵⁴ No obstante, en casos severos, la persona con SAOS puede quedarse dormida en medio de una conversación, una reunión o incluso mientras conduce. Otra característica típica es despertarse con la sensación de no haber dormido, se muestran aturridos,

debilidad, cefaleas matutinas, entre otras. Algunos pacientes reportan disminución de la libido y dificultad de concentración. Aunque con menos frecuencia, se observan consecuencias graves como cianosis, hipertensión, patologías cardíacas, alteraciones en el sistema neurológico, etc.⁵⁵⁻⁵⁸

II.5. Depresión y su relación con las alteraciones de sueño

En 2004, la depresión fue reportada como la tercera causa de incapacidad a nivel mundial, en países desarrollados y países subdesarrollados, ubicada entre las veinte principales causas de discapacidad.⁵⁹ Sin embargo, se ha sugerido que en los próximos años la depresión será la primera causa de discapacidad severa en el mundo.⁶⁰

La depresión se caracteriza por un sentimiento inmenso de melancolía, culpa, impotencia, desesperanza y sentimientos de inutilidad. Puede ir acompañada de una gran variedad de síntomas, como alteraciones del sueño, trastornos alimenticios, desinterés, autocastigo, etc.^{61,62}

Los síntomas más frecuentes de esta enfermedad son:⁶²

- Tristeza inmensa, ganas de llorar, vacío interior o desesperanza.
- Arrebatos de ira, irritabilidad o frustración sin motivo alguno.
- Pérdida de interés o placer en la mayoría o todas las actividades habituales.
- Alteraciones del sueño.

- Debilidad y falta de energía.
- Trastornos alimenticios.
- Crisis de ansiedad.
- Retrasos en el razonamiento, el habla y el movimiento corporal.
- Sentimientos de autodesprecio.
- Déficit cognitivo.
- Pensamientos suicidas, intentos de suicidio o suicidio.
- Problemas físicos, como dolores musculares o cefaleas.

La depresión no es una alteración normal relativa al envejecimiento y debe ser atendida, sin embargo, en los AM no se diagnostica ni se trata adecuadamente de manera oportuna. Los síntomas depresivos pueden ser diferentes en los AM, entre los que destacan:⁶³

- Problemas de memoria o cambios de personalidad.
- Dolor físico inespecífico.
- Fatiga, pérdida de apetito, problemas para dormir y disminución acentuada de la libido.
- Aislamiento social.
- Pensamientos o sentimientos suicidas, especialmente en hombres mayores.

La depresión es de los dominios de interés gerontológico para lograr un envejecimiento saludable, por lo que es prioritaria la detección y tratamiento oportuno de esta alteración en los AM.^{63,64} No obstante, la depresión suele ser mal

diagnosticada en AM porque los médicos atribuyen sus síntomas a dolencias físicas relacionadas con el proceso normal del envejecimiento.^{63,64}

De manera similar, la depresión está relacionada con las alteraciones del sueño. En este sentido, el 72% de las personas deprimidas experimentan trastornos del sueño, siendo los AM los que presentan la mayor incidencia. Al respecto, los síntomas más frecuentes son: angustia, soledad, desinterés, cambios constantes de humor repentinos, cansancio, entre otras.⁶⁴

Por otro lado, la CV en AM está relacionada con variables como la salud física y psicológica. En este sentido, se han vinculado alteraciones de salud física y funcionamiento cognitivo con la CV percibida. Asimismo, hay una relación positiva entre la CV, bienestar y la percepción positiva de satisfacción de la vida.^{64,65}

II.6. Percepción de Calidad de la vida en adultos mayores

La OMS (2002), define la CV como «la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno».⁶⁶

La percepción de la CV incluye múltiples factores, los cuales se pueden dividir en objetivos, subjetivos y sociales. Los factores objetivos están relacionados con la situación financiera de cada una de las personas mayores, como son el nivel de ingresos, hogar, alimentación, el vestido, seguridad social, educación, etc. Estos factores son parte de los derechos humanos establecidos a que todos deberían tener acceso para satisfacer sus necesidades básicas.⁶⁵

Así como los aspectos subjetivos que están relacionados con los elementos mentales de una persona, tales como: autoestima, amor propio, intimidad, sentimentalismo y percepción de la salud, los cuales son resultado de la valoración y el reconocimiento por parte de la persona, da un sentido a la vida y de cuál sería su lugar en la sociedad.⁶⁶

Respecto al componente social, los servicios institucionales proporcionados por el gobierno, pensiones no contributivas u otro servicio que proporcione el gobierno a través de instituciones para atender integralmente las múltiples necesidades de las personas AM.⁶⁷

Los tres componentes que conforman la CV de una persona están relacionados directamente con los aspectos políticos, sociales, culturales y económicos. Por lo cual se deben tomar en cuenta dichos aspectos en la interpretación de la evaluación de la CV.⁶⁷ En este sentido, en algunos estudios se ha demostrado que la CV de las personas mayores con insomnio se ve deteriorada, más aún en las dimensiones ambiental, psicológica, social y física. Entre los múltiples aspectos que pueden

influir en el desarrollo y consolidación de las alteraciones del sueño se encuentran: la edad avanzada, ser mujer, antecedentes familiares o personales de insomnio y la presencia de trastornos psiquiátricos como la depresión, también el dolor crónico, la hospitalización, la polifarmacia y los malos hábitos de sueño. Por otro lado, algunos aspectos sociales, tales como la jubilación, seguridad económica, soledad o abandono, muerte de su pareja, distanciamiento de familiares o amigos, la depresión y la ansiedad pueden alterar el estado de ánimo y, por lo tanto, el sueño, afectando la CV.^{67,68}

II.7 Resiliencia de los adultos mayores ante la Pandemia por COVID-19

La crisis sanitaria por la COVID-19, cambió repentinamente estilos de vida cotidianos de los AM, provocando un “triple aislamiento social”. No obstante, la resiliencia, definida como un proceso adaptativo a las adversidades, traumas, amenazas y tragedias, u otras problemáticas familiares o interrelaciones personales, problemas de salud graves, eventos estresantes en el trabajo o situaciones financieras, constituye un mecanismo psicosocial que se podría desarrollar en AM recluidos en sus hogares para enfrentar la vivencia de la pandemia de la COVID-19.⁶⁹⁻⁷² La resiliencia es una capacidad dinámica para hacer frente a las dificultades e incluye comportamientos, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar, tales como el afrontamiento, la esperanza, el optimismo, positividad, apoyo de instituciones gubernamentales y actividad participativa en la comunidad, la independencia en la vida cotidiana y la actividad física.⁷³⁻⁷⁵ Al respecto, se ha

demostrado que la resiliencia está asociada con mayor CV, felicidad, bienestar físico y emocional, además de evitar pensamientos depresivos y disminuir la mortalidad.⁷⁶⁻

79

II.8. Relación de la pandemia COVID-19 con las alteraciones de sueño y calidad de vida en adultos mayores

Durante la pandemia de la COVID-19 se llevaron a cabo varios estudios sobre la relación de presentar dicha enfermedad con las alteraciones del sueño en AM, observando una alta frecuencia de insomnio seguida por somnolencia y SAOS.⁸⁰ Asimismo, en un estudio realizado en China en población adulta hospitalizada por COVID-19, se encontró una prevalencia de insomnio del 42% y los factores asociados con dicha alteración fueron el sexo femenino y edad (jóvenes).⁸¹ Por otro lado, en un estudio retrospectivo en adultos no infectados sobre la incidencia de insomnio por la vivencia de la pandemia se encontró un incremento del 26,2% antes de la pandemia a 33,7% después de la pandemia ($p < 0.001$)⁸² (Cuadro II.5).

Respecto al impacto del aislamiento por la pandemia, en un estudio realizado en adultos de 18-65 años en Ecuador que no tenían COVID-19, se detectaron alteraciones de sueño y depresión.⁷⁹ Asimismo, en otro estudio realizado en mujeres de 18-65 años también se hallaron problemas psicológicos como lo es la depresión. A consecuencia de dichas alteraciones generadas por el aislamiento, la CV de las personas AM se vio afectada, en los estudios realizados en Ecuador en 2020^{79,83,84} se observó un incremento en la aparición de depresión en AM a la par de

las alteraciones de sueño debido al aislamiento y al estrés causado por la incertidumbre por la pandemia. Otro aspecto importante que se vio afectado por el aislamiento y se reportó en los estudios anteriores fue la percepción de una mala CV por los AM, se halló que el aislamiento social, en conjunto con las alteraciones de sueño y la depresión, causaron efectos negativos en la percepción de la CV en los aspectos fisiológicos, psicológicos, ambientales y sociales, todo esto por los cambios en las rutinas diarias y los estilos de vida nuevos o adaptados a la nueva manera de vivir con las restricciones de aislamiento por la pandemia COVID-19 (Cuadro II.6).

Cuadro II.5. ESTUDIOS SOBRE LA RELACIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19 Y LAS ALTERACIONES DE SUEÑO EN ADULTOS MAYORES

AUTOR Y AÑO	OBJETIVO	DISEÑO	HALLAZGOS
Medina-Ortiz et al. (2020) ⁸⁰	Sistematizar los hallazgos más significativos en cuanto a la presencia de insomnio en pacientes hospitalizados con COVID-19.	Se realizó una revisión narrativa a partir de la identificación de artículos científicos a través de una búsqueda rápida en las bases de datos PubMed, Science Direct, Scopus y Scielo utilizando las palabras insomnio, coronavirus, sleep, COVID-19, cuarentena y aislamiento en inglés y español (insomnia, coronavirus, sueño, COVID-19, cuarentena y aislamiento).	Los estados de enfermedad han provocado que los pacientes desarrollen insomnio, lo que puede empeorar su salud y comprometer su sistema inmunológico. Para las personas sanas en cuarentena, los cambios en el estilo de vida, el miedo a la enfermedad, la edad joven, el género femenino, los antecedentes de enfermedad mental y la capacidad reducida para manejar el estrés parecen ser factores de riesgo para el insomnio.

Wang et al. (2020)⁸¹	Examinar el trastorno de sueño y su asociación con factores sociodemográficos y mala salud mental en pacientes hospitalizados con el COVID-19.	Se seleccionó y entrevistó a un total de 484 pacientes hospitalizados con COVID-19 en el Hospital Wuhan Tongji, utilizando herramientas de evaluación estandarizadas. El trastorno de insomnio se midió mediante la versión china del Insomnia Severity Index (ISI-7), se aceptó una puntuación total de 8 o más como umbral para diagnosticar el trastorno de insomnio.	La prevalencia de los trastornos de sueño en el total de la muestra fue del 42,8%. El análisis de regresión logística binaria reveló que el sexo femenino, la edad más joven y una mayor gravedad de la fatiga y la ansiedad tenían más probabilidades de experimentar un trastorno de insomnio.
Li et al. (2020)⁸²	Evaluar los cambios en el sueño y las reacciones psicológicas en personas libres de infección por SARSCoV2 durante el brote de COVID-19.	Se realizó una encuesta en línea entre el 5 y el 19 de febrero de 2020. Un total de 3637 participantes, estos completaron una encuesta retrospectiva para evaluar el insomnio, antes del brote de COVID-19 (del 6-20 de enero de 2020) utilizando el Índice de gravedad del insomnio. Se utilizaron los mismos cuestionarios para evaluar los síntomas correspondientes durante el brote de COVID-19 (después del 21 de enero de 2020).	La prevalencia del insomnio aumentó significativamente (Índice de gravedad del insomnio >7, 26,2% frente a 33,7%, p< 0.001). El 13,6-12,5% de los participantes desarrollaron insomnio de nueva aparición y empeoraron los síntomas del insomnio según el índice de gravedad del insomnio, respectivamente. Además, la duración del tiempo de permanencia en la cama (485,5±72,6 frente a 531,5±94,2 minutos) y el tiempo total de sueño (432,8±65,6 frente a 466,9±95,6 minutos) aumentaron significativamente.

Cuadro II.6. ESTUDIOS SOBRE LA RELACIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19 CON LA DEPRESIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

AUTOR Y AÑO	OBJETIVO	DISEÑO	HALLAZGOS
Sepúlveda-Loyola et al. (2020)⁷⁹	Analizar el impacto del aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 en la salud mental y física de las personas mayores y las recomendaciones para pacientes, cuidadores y profesionales de la salud.	Se llevó a cabo una revisión sistemática en la que se revisaron las plataformas de documentos científicos PubMed, SciELO y Google Scholar, búsqueda se realizó con términos <i>MeSh</i> ('COVID-19', 'coronavirus', 'envejecimiento', 'personas mayores', 'ancianos', 'aislamiento social' y "cuarentena"). Se identificaron 41 estudios, involucrando a un total de 20.069 personas (58% mujeres), procedentes de Asia, Europa y América.	Las principales alteraciones psicológicas encontradas vinculadas con el confinamiento por la COVID-19 fueron ansiedad, depresión, mala calidad del sueño e inactividad física.

<p>Ramírez-Coronel et al. (2020)⁸³</p>	<p>Determinar psicométricamente la naturaleza del constructo subyacente a los síntomas de ansiedad y depresión asociados al aislamiento por COVID-19 en mujeres adultas de Azogues.</p>	<p>Se efectuó un estudio cuantitativo no experimental, prospectivo y descriptivo-correlacional con un diseño transversal correlacional, comparativo y predictivo. Se realizó un muestreo aleatorio simple. La muestra estuvo constituida por 381 mujeres adultas (18-65 años) de la ciudad de Azogues, Ecuador. Se aplicó una encuesta sociodemográfica, el inventario de Ansiedad Estado-rasgo (STAI) y el inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER).</p>	<p>La depresión fue predictor positivo de días de cuarentena (b=0,25; p=0,001).</p>
<p>Iraizoz-Barrios et al. (2021)⁸⁴</p>	<p>Determinar los efectos de la situación sanitaria actual sobre la salud mental, la percepción de seguridad, y la CV de los AM.</p>	<p>Estudio observacional, descriptivo y transversal de MA, hombres y mujeres, de la provincia de El Oro, Ecuador, entre agosto y septiembre de 2020. La muestra estuvo conformada por 270 pacientes. Se utilizó la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.</p>	<p>Se encontró un predominio de sentimientos negativos, depresión, tristeza e incertidumbre. Las preocupaciones afectan el sentido y disfrute de la vida y disminuyen la calidad de vida relacionada con la salud.</p>

Por otro lado, respecto de la vivencia de la pandemia de los AM que no tuvieron la enfermedad, en un estudio cualitativo realizado en una población de 45 AM (15 hombres y 30 mujeres) en una Residencia para AM en Barcelona, España, en el que se evaluó la vivencias de las personas mayores de una residencia durante el confinamiento por la COVID-19 a través de la aplicación de entrevista semiestructurada, encontraron las siguientes percepciones y cambios en los estilos de vida: (i) miedo al contagio, (ii) emociones afectivas negativas, (iii) abandono de las rutinas de autocuidado y ocio, (iv) mayor frecuencia de molestias físicas (dolor) e insomnio, (v) preocupación y miedo por la salud de sus familiares, (vi) desarrollo de estrategias de afrontamiento y uso de las tecnologías para la comunicación con

los familiares, (vii) mayor demanda de ayuda física, (viii) reconocimiento de las ventajas de que su confinamiento fuese en la Residencia y no con su familia, (ix) miedo por la información difundida en los noticieros televisivos, (x) considerar el confinamiento como un tipo de prisión.⁸⁵ Al respecto, se ha señalado que las condiciones de vida de los AM en tiempos de pandemia potencian sus riesgos psicosociales, entre los que resaltan las alteraciones de sueño, depresión y CV.⁸⁶ En este sentido, en un estudio cualitativo de caso de un AM de 66 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 desde hace 22 años, después del diagnóstico de COVID-19 se observaron cambios psicológicos y sociales, entre los que sobresalió el sentimiento de miedo, tristeza, soledad, así como deterioro de la función social y familiar por el aislamiento social.⁸⁷

II.9. Enfermería comunitaria ante la Pandemia COVID-19

Durante las últimas décadas se ha enfatizado la importancia del cambio de enfoque de la atención de enfermería desde el entorno hospitalario a la atención primaria y comunitaria. Al respecto, se define como el campo del conocimiento enmarcado en la salud pública para el cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad durante el proceso salud-enfermedad, utilizando los recursos disponibles, para lograr el máximo de salud y bienestar.⁸⁸ Una variante de este enfoque es la denominada Enfermería Distributiva, en la que se precisa como eje central: *“el poner a disposición de los sistemas humanos servicios de enfermería de una manera culturalmente aceptable para optimizar modos de vida saludables. Se pone énfasis*

*en la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud, en la prevención de la enfermedad, y en el aprendizaje que sea importante para una conducta relacionada con la salud”.*⁸⁹

El análisis respecto de las experiencias de la Enfermería Comunitaria ante la COVID-19, se pueden considerar las estrategias relativas a identificar alteraciones del sueño a través de la aplicación de instrumentos validados que permitan establecer un diagnóstico en forma eficaz y oportuna ante el aislamiento por la Pandemia COVID-19, evaluar sus repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, promover y fortalecer la resiliencia, estilos de vida saludables y mantener la comunicación a través de la tecnología disponible.⁹⁰ En este sentido, el uso de las tecnologías tales como el uso de teléfonos inteligentes (Smartphone), aplicaciones como “*Whats App*” y *software “Zoom y Google Meet”* para mantener la comunicación “entre pares” y con la familia, así como acceder a los servicios de salud lo cual fue de gran importancia y hasta la fecha se ha convertido en una necesidad fundamental para tele-cuidado de la salud de las personas.⁹¹

Los avances de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC’s) han cambiado la forma de ver y acceder a los sistemas de salud, es aquí donde Enfermería cumple un papel muy importante haciendo uso de la telecomunicación con el paciente: diagnosticando, monitorizando y tratando en tiempo real permitiendo así establecer el proceso de atención, propia de la disciplina. La tele-enfermería es el cuidado que brinda el profesional enfermero de forma remota a

través del uso de las TIC's. Esto facilita la atención pasando por alto barreras como la distancia y los aislamientos, lo que permitió garantizar los cuidados durante la reciente pandemia.⁹²

La tele-enfermería tiene un papel importante y fundamental en la prestación de los cuidados y la seguridad del paciente, en donde la efectividad y la eficacia de las intervenciones de enfermería deben lograrse a través del autocuidado, dando como resultado la proyección de los roles estratégicos en el proceso de cuidar a las personas. Es fundamental la formación del profesional de enfermería con las herramientas necesarias para potenciar su caudal de conocimientos y permitir el aprendizaje correcto y científico de los procesos que brindan las TIC's, y en nueva tendencia especializarse en la tele-enfermería.⁹²

De acuerdo con la literatura revisada, la mayoría de las actividades e intervenciones de enfermería pueden tener un enfoque no sólo presencial, también puede realizarse de manera virtual. A continuación, se mencionan algunos tipos de actividades que se pueden realizar mediante la tele-enfermería:⁹²

- Apoyo desde lo virtual, a la enfermería presencial.
- Educación del paciente.
- Tutoría y educación del personal.
- Vigilancia de la calidad/seguridad del paciente en tiempo real.
- Actividades de admisión de pacientes
- Actividades de alta de pacientes

- Seguimiento de pacientes crónicos
- Seguimiento de pacientes con COVID-19.

Teniendo en cuenta los beneficios potenciales de la teleenfermería y aprovechando la formación de enfermería en el cuidado, se debe promover y fortalecer la formación académica con este enfoque para enfrentar problemas emergentes que ameriten aislamiento de la población, como fue la pandemia por COVID-19.⁹¹

III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los adultos mayores son uno de los grupos más vulnerables y que presentan un mayor abandono social, más aún, debido a la enfermedad causada por el virus del SARS-CoV-2 es importante resaltar aquellos AM que presentaron un pronóstico menos favorable eran quienes tenían alguna comorbilidad o fragilidad, y por esta razón los profesionales de la salud la consideraron como una emergencia geriátrica. Debido a la pandemia se registraron diversos cambios en aspectos de la vida cotidiana de las personas, viéndose afectados sus estilos de vida.⁸⁵ La evidencia ha demostrado que los AM en aislamiento tienden a hacer menos actividad física, lo que se ha asociado con una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, alteraciones del sueño y riesgo de depresión, así como una disminución en la CV.⁷⁹

En este sentido, los profesionales de la salud expresaron su interés y preocupación en los AM con respecto al aislamiento social, falta de relaciones y contacto limitado con los demás, la soledad y el aislamiento percibido en ellos, derivados de la pandemia de COVID-19.^{79,85,92} Así como las consecuencias derivadas del aislamiento en casa, sin poder salir de casa, reducción en las interacciones con otras personas, limitación en las salidas a determinados lugares, y es importante mencionar a quienes tuvieron doble confinamiento en sus residencias (aislados del exterior y en su habitación sin gozar de las zonas comunes), o en AM con algún tipo de demencia o alteración psiquiátrica, estas son las que han generado consecuencias negativas para su funcionalidad y para su salud.⁷⁹ En México son

muy escasos los estudios sobre la relación de la vivencia de la pandemia por COVID-19 con la prevalencia de alteraciones del sueño, problemas afectivos como la depresión y en la CV, de ahí la importancia de este estudio, para lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación de la vivencia de la pandemia COVID-19 con alteraciones del sueño, depresión y calidad de vida en una población de adultos mayores de la Ciudad de México?

IV. HIPÓTESIS

Considerando los resultados de los estudios reportados sobre la relación del confinamiento por la pandemia de la COVID-19 con alteraciones del sueño, depresión y calidad de vida en adultos mayores, suponemos que la vivencia de confinamiento de la pandemia (sin haber presentado la enfermedad), propiciará un incremento estadísticamente significativo en los puntajes de los instrumentos de medición sobre alteraciones de sueño y depresión, aunado a una disminución en la calidad de vida.

V. OBJETIVO

- Determinar la relación de la vivencia del confinamiento de la pandemia por COVID-19 (sin haber presentado la enfermedad), con alteraciones del sueño, depresión y calidad de vida en una población de adultos mayores.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Previo consentimiento informado (Anexo 1) se llevó a cabo un estudio de cohorte de tipo exploratorio.

VI.2. Universo de estudio

El estudio se realizó en una muestra a conveniencia de 25 adultos mayores del Club Ecológico de la Tercera Edad Aragón de la Ciudad de México, que no fueron infectados por el virus CoV-2 durante la pandemia de la COVID-19, pero estuvieron en aislamiento durante la pandemia (2020-2021), a quienes se les evaluó a *posteriori* (febrero-mayo 2022), los trastornos del sueño, depresión y calidad de vida tras la vivencia de la pandemia.

VI.3. Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años y más
- Sin distinción de sexo
- Adultos mayores que desearan participar en el estudio

VI.4. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no asistieron a todas las sesiones de evaluación.

VI.5. Variables de estudio

Independiente:

- Vivencia de la pandemia por COVID-19.

Dependientes:

- Insomnio
- Somnolencia
- Riesgo de Apnea del Sueño
- Depresión
- Calidad de Vida

VI.6. Operacionalización de variables

Cuadro VI.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: PANDEMIA COVID-19

Variable	Definición	Nivel de medición	Categoría
Vivencia de la pandemia COVID-19	Percepción, actitudes y comportamiento ante la pandemia COVID-19, sin haber contraído la enfermedad. Medido a través del instrumento de evaluación del nivel de aislamiento por COVID-19.	Cualitativa Ordinal	Grado de aislamiento: <ul style="list-style-type: none">● Alto● Moderado● Bajo

Cuadro VI.6.2 VARIABLES DEPENDIENTES: ALTERACIONES DEL SUEÑO

Variable	Definición	Nivel de medición	Categoría
Insomnio	Dificultad para la conciliación o el mantenimiento del sueño, despertar precoz, o sueño poco reparador acompañado de insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño pese a tener las condiciones adecuadas. Medido a través de la escala Atenas de Insomnio.	Cuantitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0-7 puntos = Normal • 8 puntos o más = Problemas de insomnio
Somnolencia	Sensación subjetiva de sueño a una hora o en una situación inapropiada que ocurre a diario durante al menos 3 meses. Medido a través de: Escala de somnolencia de Epworth.	Cuantitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0-10 puntos = Normal • 11 puntos o más = problemas de somnolencia
Apnea del Sueño	Interrupción de la respiración que se produce momentos después de conciliar el sueño y precedida de un ronquido fuerte durante al menos 10 segundos. Medido a través de: Escala Stop Riesgo de Apnea del Sueño.	Cualitativa Ordinal Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo de AOS: responder afirmativamente a dos o más preguntas del instrumento. • Bajo riesgo de AOS: respuesta afirmativa a menos de 2 preguntas del instrumento.

Cuadro VI.6.3 VARIABLES DEPENDIENTES: DEPRESIÓN

Variable	Definición	Nivel de medición	Categoría
----------	------------	-------------------	-----------

Depresión	Es una alteración del estado de ánimo percibido por el individuo como tristeza intensa que le evita o dificulta llevar a cabo su vida cotidiana con satisfacción. Medido a través de: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.	Cualitativa Nominal	0-10 puntos = Normal 11 puntos o más = Probable depresión
------------------	---	------------------------	--

Cuadro VI.6.4 VARIABLES DEPENDIENTES: CALIDAD DE VIDA

Variable	Definición	Nivel de medición	Categoría
Calidad de vida	Se refiere a la percepción objetiva y subjetiva del cumplimiento de las expectativas que tiene un individuo respecto al estado de salud, condiciones de la vivienda, ambientales y bienestar. Medido a través de: Instrumento WHOQoL breve en español. Calidad de vida de la OMS.	Cuantitativa Ordinal	Salud física (SF) Mala: 7-16 Promedio: 17-26 Alta: 27-36 Aspectos Psicológicos (AP) Mala: 6-14 Promedio: 15-22 Alta: 23-30 Relaciones Sociales (RS) Mala: 3-7 Promedio: 8-11 Alta: 12-15 Medioambiente (M) Mala: 8-18 Promedio: 19-29 Alta: 30-40 Global: Mala: 26-60 Promedio: 61-95 Alta: 96-130

Cuadro VI.6.5 VARIABLES INTERVINIENTES

Variable	Definición	Nivel de medición	Categoría
Edad	Edad cronológica que informa el sujeto al momento de la recolección de datos.	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos
Sexo	Características fenotípicas del sujeto.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Estado civil	Condición particular de la persona referente a sus vínculos con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con pareja • Sin pareja
Escolaridad	Años de escolaridad que refiere el sujeto.	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Años de escolaridad completos

VI.7. Técnicas

Se evaluaron a 25 AM del Club Ecológico de la Tercera Edad Aragón de la Ciudad de México, antes y después de la pandemia por COVID-19, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos a través de un teleinterrogatorio directo a través de las plataformas “Zoom” o “Google Meet”. A todos los participantes se les explicó el objetivo de la evaluación y el tiempo aproximado de las respuestas, así mismo, se les aclararon todas las dudas que tuvieron respecto de los ítems de cada instrumento.

- **Escala Atenas de Insomnio:** Tiene como objetivo detectar problemas de insomnio en personas AM, es un cuestionario de aplicación directa o autorreporte, el cual se desarrolló acorde con los criterios diagnósticos para el insomnio no orgánico de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), permite clasificar la severidad de dicha alteración. Consta de 8 ítems en formato Likert con 4 opciones de respuesta, puede ser autoaplicable. La escala de respuesta de los reactivos es de 0-3, donde 0 significa ausencia del problema y 3 como problema severo; obteniéndose una calificación global con un rango de 0-24 puntos; de acuerdo con la validación para población mexicana, la puntuación igual o mayor de 8 puntos marca la presencia de insomnio (Anexo 2).
- **Escala de Somnolencia de Epworth:** Tiene como objetivo el detectar problemas de somnolencia excesiva diurna en personas AM. Es un

cuestionario de aplicación directa o autorreporte, que permite clasificar la severidad de problemas de somnolencia, consta de 8 preguntas en formato Likert con 4 opciones de respuesta (Anexo 3).

- **Escala de Apnea:** Es una herramienta de detección concisa y fácil de usar. Ha sido desarrollada y validada, tiene una alta sensibilidad, especialmente para pacientes con SAOS de moderada a grave (Anexo 4)
- **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:** Establece el diagnóstico presuntivo de depresión en personas AM, está estructurado por 30 preguntas dicotómicas (sí/no) y puede ser aplicado con asistencia o autoaplicable. Se requiere de un espacio privado para su aplicación. La escala mide probable depresión de acuerdo con los criterios de DSM-IV-TR y está compuesta por 30 ítems, las opciones de respuesta son dicotómicas y el puntaje es de 0-30. Se considera probable depresión a partir de 11 puntos (Anexo 5).
- **Escala Calidad de Vida:** Determina la percepción de la CV de los AM para establecer programas de intervención que permitan mejorarla. Evalúa la percepción de la CV tomando como indicadores la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medioambiente. El cuestionario está formado por 2 apartados que en conjunto suman 26 reactivos en formato tipo Likert, con 5 opciones de respuesta y puede ser aplicado con asistencia o autoaplicable. Las primeras 2 preguntas corresponden a CV en general y percepción del estado de salud en general, con una puntuación cada uno de 1-5 puntos (Anexo 6).

➤ **Cuestionario nivel de aislamiento social por la pandemia de COVID-19 en**

el adulto mayor: El instrumento fue validado por consenso de expertos, tiene como propósito valorar el nivel de aislamiento por COVID-19 en AM. Evalúa la percepción, actitudes y comportamiento ante la pandemia por COVID-19, sin haber contraído enfermedad. El cuestionario está formado por 10 reactivos en formato tipo Likert, con 5 opciones de respuesta y puede ser aplicado o autoaplicable (Anexo 7).

VI.8 Análisis Estadístico

Los resultados obtenidos se analizaron por medio de medidas de tendencia central y dispersión (promedio y desviación estándar), así como frecuencias (porcentajes). Como pruebas de comparación se estimaron ji cuadrada (χ^2), t pareada, y como estimador de riesgos razón de momios IC al 95% empleando el paquete estadístico SPSS versión 25.

VI.9 Aspectos éticos y legales

La investigación fue explicada a detalle y se otorgó el consentimiento informado, el cual fue firmado por todos participantes, todo se basó en lo dispuesto por la *Ley General de Salud* y los *Principios éticos para las investigaciones en seres humanos* contemplados en la Declaración de Helsinki (Anexo 8).

VII. RESULTADOS

De acuerdo con las características sociodemográficas de la población de estudio, la edad promedio fue de 73.3 ± 5.8 ; en cuanto al sexo, 72% eran mujeres y 28% hombres; con respecto a la escolaridad, predominó la escolaridad alta en el 64% de la población; el 36% tiene una pareja y el 64% sin pareja (Cuadro VII.1).

Respecto de las alteraciones del sueño relacionadas con la vivencia de la pandemia por COVID-19, se observó un incremento estadísticamente significativo en el puntaje del instrumento Escala de Atenas de Insomnio (antes, 2.8 ± 1.7 vs. después, 5.3 ± 3.4 , $p=0.002$). En cuanto al puntaje de la Escala de Somnolencia de *Epworth*, también se observó un incremento en el puntaje con una significancia estadística limítrofe (antes, 6.6 ± 5.0 vs. después, 8.2 ± 5.6 , $p=0.098$) (Cuadro VII.2).

En cuanto a la relación de Riesgo Apnea del Sueño, se detectó un aumento en el porcentaje, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (antes, 12% vs. después, 44%, $p>0.05$) (Cuadro VII.3).

Al evaluar la relación de la vivencia de la pandemia COVID-19 con CV, el puntaje global fue similar (antes, 106.5 ± 10.2 vs. después, 105.1 ± 12.0 , $p=0.485$). Igualmente, los puntajes de los dominios de salud física, psicológicos, sociales y ambientales fueron similares antes y después de la pandemia ($p>0.05$). En contraste, el puntaje en la Escala de Depresión Geriátrica observó un aumento significativo (antes, 3.4 ± 3.0 vs. después, 6.8 ± 5.0 , $p=0.005$) (Cuadros VII.4 y VII.5).

Cuadro VII.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

<i>Edad (M ± DE)</i>	73.8± 5.8
<i>Sexo</i>	
Hombre	7(28%)
Mujer	18(72%)
<i>Escolaridad</i>	
Alta	16(64%)
Baja	9(36%)
<i>Estado Civil</i>	
Con pareja	9(36%)
Sin pareja	16(64%)

Cuadro VII. 2. INSOMNIO Y SOMNOLENCIA DESPUÉS DE LA VIVENCIA DE LA COVID-19

	Antes de la Pandemia (COVID-19) N= 25	Después de 2 años de la pandemia (COVID-19) N= 25	Valor de p*
Puntaje de Insomnio (Atenas)	2.8 ±1.7	5.3 ± 3.4	0.002*
Puntaje de Somnolencia (Epworth)	6.6 ± 5.0	8.2 ± 5.6	0.098

Los datos presentados son medias y desviación estándar, t pareada con un nivel de confianza del 95%

Cuadro VII.3. RIESGO DE APNEA DEL SUEÑO DESPUÉS DE LA VIVENCIA DE LA COVID-19

	Antes de la Pandemia (COVID-19) N= 25	Después de 2 años de la pandemia (COVID-19) N= 25	Valor de p*
Riesgo Apnea del Sueño			
SÍ	3 (12)	11 (44)	0.144
NO	22 (88)	14 (56)	
RM= 5 IC_{95%}= 0.5 – 50			

Los datos presentados son frecuencias y porcentajes. Se estimó la diferencia a través de Ji cuadrada con un nivel de confianza del 95% y razón de momios IC al 95%

Cuadro VII.4. CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN DESPUÉS DE LA VIVENCIA DE LA COVID-19

	Antes de la Pandemia (COVID- 19) N= 25	Después de 2 años de la Pandemia (COVID- 19) N= 25	Valor de p
<i>Calidad de vida Total Global</i>	106.5 ± 10.2	105.1 ± 12.0	0.485
<i>Depresión</i>	3.4 ± 3.0	6.8 ± 5.0	0.005*

Los datos presentados son medias y desviación estándar, t pareada con un nivel de confianza al 95%

Cuadro VII.5 CAMBIOS EN LOS DOMINIOS DE LA CALIDAD DESPUÉS DE LA VIVENCIA DE LA COVID-19

	Antes de la Pandemia /COVID-19) N= 25	Después de 2 años de la Pandemia (COVID-19) N= 25	Valor de p
Salud Física	28.9 ± 3.5	28.0 ± 4.2	0.246
Aspectos Psicológicos	24.6± 3.1	24.4 ± 3.9	0.806
Relaciones Sociales	12.2 ± 1.5	12.0 ± 1.7	0.579
Medioambiente	32.5 ± 3.7	32.7 ± 4.2	0.816

Los datos presentados son medias y desviación estándar, t pareada con un nivel de confianza del 95%

VIII. DISCUSIÓN

La epidemia de COVID-19 fue un problema de salud emergente que se presentó en todo el mundo y aún continúa activo, aunque con menos prevalencia e incidencia. En México se siguen presentando casos, sin embargo, la incidencia y letalidad ha disminuido significativamente. Es importante resaltar que, como todas las pandemias, la de COVID-19 es percibida como una situación amenazante, por tal motivo, en nuestro país fue declarada como emergencia sanitaria en marzo de 2020.^{93,94}

Algunos estudios reportan que el encierro y aislamiento por la pandemia de COVID-19 ha aumentado las alteraciones del sueño, la depresión e incluso la mala percepción de su CV.^{79,95}

En el presente estudio, al evaluar los trastornos del sueño y su asociación con la vivencia de pandemia de COVID-19, encontramos un aumento significativo post-pandemia en los puntajes de insomnio y somnolencia, en concordancia con los estudios realizados en Ecuador y Barcelona.^{80,85} En este sentido, se ha señalado que estos cambios se han producido en todo el mundo, sobre todo, en el caso de los AM por el triple aislamiento al que fueron sometidos.⁹⁶

El trastorno del sueño más común asociado con la vivencia de la pandemia es el insomnio, cuya etiología es multifactorial, sin embargo, los factores ambientales que pueden contribuir al insomnio son: el ruido, la iluminación excesiva en la noche, las temperaturas extremas, la ropa de cama incómoda y el estrés causado por la

pandemia de COVID-19, la cual propició un distanciamiento social exagerado en el caso de los AM, lo que fue señalado como un tipo de discriminación (*ageism*).⁹⁷

Por otro lado, el confinamiento exagerado ha mostrado ser un factor clave que afecta a la salud de los AM, sobre todo cuando no se implementan estrategias de comunicación entre pares (otros AM) y con los demás integrantes de la familia (aislados del mundo exterior y en su habitación, sin utilizar las zonas comunes).⁸⁵

El temor a lo desconocido y sedentarismo que experimentaron los AM durante el confinamiento y vivencia de la pandemia de la COVID-19 fueron factores de riesgo para las alteraciones del sueño observadas en nuestro estudio exploratorio, en congruencia con lo observado en otras investigaciones.^{79,85,86}

Asimismo, se ha reportado una relación entre el insomnio y el deterioro cognitivo como resultado de que las personas dejen de realizar actividades de estimulación cognitiva, talleres, etc. En consecuencia, el estado emocional y anímico también se ve afectado y se producen síntomas depresivos por la falta de contacto con las redes sociales y la percepción de soledad o abandono.^{98,99}

Al evaluar la depresión en nuestra población de estudio, observamos un aumento en la puntuación de la Escala de Depresión geriátrica post-pandemia, similar a la de otro estudio de 2020 en China que observó que la depresión estaba relacionada con el parto debido a la pandemia de COVID-19.¹⁰⁰ De manera similar, una revisión sistemática de 2020 encontró que la depresión se asoció significativamente con el aislamiento de COVID-19.⁷⁹ Asimismo, un estudio de 2020 realizado en Ecuador

informó sobre efectos en la salud mental, como el estado de ánimo deprimido, la ansiedad o los trastornos del sueño durante la pandemia de COVID-19.⁸³

Estos resultados son consistentes con otros estudios y subrayan el impacto de la vivencia durante el confinamiento de pandemia en la salud mental de los AM, por lo que es necesario implementar programas de Enfermería Comunitaria con los recursos tecnológicos actuales de la Tele-enfermería para detectar de manera oportuna los problemas psicológicos y sociales, y establecer programas de intervención.

Es importante destacar que en nuestro estudio se observó un nivel leve de depresión en los AM. Sin embargo, esto puede ser distinto considerando los aspectos socioculturales de cada población, además que la mayoría de las personas AM presentaron distintos cambios en los niveles de estrés y quizás esto funcionó como una estrategia de afrontamiento. No obstante, el temor a lo desconocido predomina durante el confinamiento, tal como fue reportado por Hernández Martínez et al. (2023) en su estudio cualitativo.⁸⁵ En este sentido, la mayoría de estudios reporta que, las condiciones de aislamiento social de los AM, propicia altos niveles de estrés, ansiedad y depresión asociados a sentimientos de soledad.^{22,100,101}

Al analizar los resultados del puntaje del instrumento de CV en la población de estudio no se observaron cambios estadísticamente significativos en esta variable, lo cual sugiere que las repercusiones de vivencia durante el confinamiento por la

COVID-19 no afecta la percepción del cumplimiento de las expectativas de vida, debido a que el ser sobreviviente de la pandemia es percibido como una situación exitosa. Aunque también, el contexto sociocultural y el apoyo familiar y comunitario pueden determinar la CV percibida en situaciones desconocidas, como una enfermedad emergente, lo cual no fue evaluado en el presente estudio. Aunque también debemos considerar las posibles estrategias de afrontamiento y la resiliencia que pueden estar implicadas.

En ese contexto, la CV es una de las principales metas de la atención gerontológica, que está directamente relacionada con la independencia y autonomía en la vejez, en este sentido, la OMS (2002) define que la percepción es lo que cada individuo interpreta según su realidad social, la cultura y los valores con los que cuenta una persona y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso, que engloba de manera compleja la salud física, el estado psicológico, la independencia, las relaciones sociales, creencias personales en relación con las características presentes en su entorno.⁶⁶

La experiencia de la pandemia de la COVID-19, nos permite reflexionar sobre la necesidad de fortalecer los programas de Enfermería Comunitaria utilizando de manera óptima los recursos tecnológicos para implementar acciones de Tele-enfermería.

IX. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El tamaño de la muestra no fue representativo y el contexto sociocultural es de población urbana de clase media. Por otro lado, los datos cuantitativos del estudio no permitieron conocer el significado de cómo se vivió el aislamiento extremo, ante una situación de salud emergente grave, en la que los AM son un grupo vulnerable, por lo que en futuros estudios es necesario llevar a cabo estudios de investigación de tipo mixto.

X. CONCLUSIONES

Hipótesis

Considerando los resultados de los estudios reportados sobre la relación del confinamiento por la pandemia de la COVID-19 con alteraciones del sueño, depresión y calidad de vida en adultos mayores, suponemos que la vivencia de confinamiento de la pandemia (sin haber presentado la enfermedad), propiciará un incremento estadísticamente significativo en los puntajes de los instrumentos de medición sobre alteraciones de sueño y depresión, aunado a una disminución en el de calidad de vida.

Conclusiones

- Los resultados sugieren que la vivencia del confinamiento de la pandemia por COVID-19 propició un incremento en el riesgo de insomnio y depresión, debido al confinamiento y miedo a lo desconocido de una enfermedad emergente.
- Los hallazgos sugieren que la pandemia por COVID-19 no influyó de manera negativa en la calidad de vida de las personas adultas mayores, debido probablemente al proceso de adaptación relativo al envejecimiento, como es la resiliencia.
- Es necesario fortalecer la formación académica e impulsar los programas de atención de cuidado de Enfermería Comunitaria y Tele-enfermería, para

enfrentar los problemas de salud emergentes que ameriten el confinamiento
de la población como la COVID-19.

XI. REFERENCIAS

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
2. Organización Mundial de la Salud. Brotes epidémicos: Neumonía de causa desconocida - China. Ginebra: OMS; 2020. [consultado 6 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2020DON229#:~:text=A%20fecha%20de%203%20de,se%20encuentran%20en%20situaci%C3%B3n%20estable>.
3. Organización Mundial de la Salud. Brotes epidémicos: actualización. Nuevo coronavirus China. Ginebra: OMS; 2020. Publicado: 12 enero 2020 [consultado 6 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
4. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 74. HIGHLIGHTS. Geneva: WHO; 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200403-sitrep-74-covid-19-mp.pdf>
5. Murillo-Godínez G, Las gotitas de Flügge. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 47 (3): 290.
6. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Geneva: WHO;2020. [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))

7. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, Marimuthu K. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. *JAMA*. 2020;323(16):1610-1612. doi: 10.1001/jama.2020.3227.
8. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020;581(7809):465-469. doi: 10.1038/s41586-020-2196-x.
9. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: What we know? *J Med Virol*. 2020;92(7):719-725. doi: 10.1002/jmv.25766.
10. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*. 2020;172(9):577-582. doi: 10.7326/M20-0504.
11. Yu P, Zhu J, Zhang Z, Han Y. A Familial Cluster of Infection Associated With the 2019 Novel Coronavirus Indicating Possible Person-to-Person Transmission During the Incubation Period. *J Infect Dis*. 2020;221(11):1757-1761. doi: 10.1093/infdis/jiaa077.
12. Tong ZD, Tang A, Li KF, Li P, Wang HL, Yi JP, et al. Potential Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2, Zhejiang Province, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(5):1052-1054. doi: 10.3201/eid2605.200198.
13. Wei WE, Li Z, Chiew CJ, Yong SE, Toh MP, Lee VJ. Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 - Singapore, January 23-March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(14):411-415. doi: 10.15585/mmwr.mm6914e1.

-
14. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility - King County, Washington, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(13):377-381. doi: 10.15585/mmwr.mm6913e1.
 15. Pan X, Chen D, Xia Y, Wu X, Li T, Ou X, Zhou L, Liu J. Asymptomatic cases in a family cluster with SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(4):410-411. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30114-6.
 16. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Sci China Life Sci.* 2020;63(5):706-711. doi: 10.1007/s11427-020-1661-4.
 17. Ullah H, Ullah A, Gul A, Mousavi T, Khan MW. Novel coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic outbreak: A comprehensive review of the current literature. *Vacunas.* 2021;22(2):106-113. doi: 10.1016/j.vacun.2020.09.009.
 18. Rangel González E, Llamosas-Rosas I, Fonseca FJ. Aislamiento social y el COVID-19 en las regiones de México. *EconoQuantum.* 2020; 18(2), 1-22. Disponible en: <https://doi.org/10.18381/eq.v18i2.7227>
 19. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología.* 2020;48(4):e930. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
 20. Huremović D. Psychiatry of pandemics. A mental health response to Infection outbreak. Switzerland: Springer Nature; 2019. doi: 10.1007/978-3-030-15346-5. <https://www.sonepsyn.cl/web/covid19/11.pdf>

-
21. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res.* 2008;64(2):177-83. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.07.015.
 22. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
 23. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):e15-e16. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X.
 24. Siegel JM. Do all animals sleep? *Trends Neurosci.* 2008;31(4):208-213. doi: 10.1016/j.tins.2008.02.001.
 25. Cirelli C, Tononi G. Is sleep essential? *PLoS Biol.* 2008;6(8):e216. doi: 10.1371/journal.pbio.0060216. <https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.0060216>
 26. Vassalli A, Dijk DJ. Sleep function: current questions and new approaches. *Eur J Neurosci.* 2009;29(9):1830-1841. doi: 10.1111/j.1460-9568.2009.06767.x.
 27. Contrera AS. Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. *Rev Med Clin Condes.* 2013;24. (3).; 341-349.
 28. Carrillo-Mora P, Barajas-Martínez KG, Sánchez-Vázquez I, Rangel-Caballero MF. Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Rev Fac Med (Méx).* 2018 61(1): 6-20.
 29. Barkoukis TJ, Von Essen S. Introduction to Normal Sleep, sleep deprivation, and the workplace. In: Avidan AY, Barkouris TJ *Review of Sleep Medicine, Third Edition.* Elsevier; 2012.p.12-20.

30. Carley DW, Farabi SS. Physiology of Sleep. *Diabetes Spectr.* 2016;29(1):5-9. doi: 10.2337/diaspect.29.1.5.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755451/pdf/5.pdf>
31. Hodelín-Tablada R, Machado C. Sobre la vigilia y el sueño. *Rev Neurol.* 2010;51(12):766-767.
32. Sanchez-Carpintero AR. Trastornos del sueño en la niñez. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica.* 2008; 34:255-261. <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/escalas/aep/34-sueno.pdf>
33. Velayos JL, Molerés FJ, Irujo AM, Yllanes D, Paternain B. Bases anatómicas del sueño. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30 (Supl. 1): 7-17.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000200002
34. D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Rev Fac Med (Méx).* 2018;61(1):33-45.
35. Montes-Rodríguez CJ, Rueda-Orozco PE, Urteaga-Urías E, Aguilar-Roblero R, Prospero-García O. De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales: una aproximación a las funciones del sueño. *Rev Neurol.* 2006; 43 (7):409-415.
36. Beers MH, Berkow R, editores. Trastornos del sueño. *Manual Merck de Geriátria.* 2ª edición. Madrid: Harcourt; 2001. p. 123-5
37. Carrillo-Mora P, Ramírez-Peris J, Magaña-Vázquez K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Rev Fac Med (Méx).* 2013;56(4):5-15.
38. González Gil P. Alteraciones del Sueño. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. *Geriatría en Atención Primaria.* 3.ª ed. Madrid: Ediciones Aula Médica; 2002. p. 287-95.
39. Kaur H, Spurling BC, Bollu PC. Chronic Insomnia. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252392/>

-
40. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(2):307-349. doi: 10.5664/jcsm.6470.
 41. Buysse DJ. Insomnia, depression and aging. Assessing sleep and mood interactions in older adults. *Geriatrics*. 2004 Feb;59(2):47-51.
 42. Kay-Stacey M, Attarian H. Advances in the management of chronic insomnia. *BMJ*. 2016;354:i2123. doi: 10.1136/bmj.i2123.
 43. Dujardin S, Pijpers A, Pevernagie D. Prescription Drugs Used in Insomnia. *Sleep Med Clin*. 2022;17(3):315-328. doi: 10.1016/j.jsmc.2022.06.001.
 44. Cruz Menor E, Hernández Rodríguez Y, Morera Rojas BP, Fernández Montequín Z, Rodríguez Benítez JC. Trastornos del sueño en el AM en la comunidad. *Rev Ciencias Médicas*. 2008;12:2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000200014
 45. Akerstedt T, Nilsson PM. Sleep as restitution: an introduction. *J Intern Med*. 2003;254(1):6-12. doi: 10.1046/j.1365-2796.2003.01195.x.
 46. de la Calzada MD. Modificaciones del sueño en el envejecimiento. *Rev Neurol*. 2000;30(6):577-580.
 47. Neikrug AB, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the older adult - a mini-review. *Gerontology*. 2010;56(2):181-9. doi: 10.1159/000236900.
 48. Durán A S, Mattar A P, Bravo B N, Moreno B C, Reyes G S. Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en AM de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. *Rev Med Chil*. 2014 Nov;142(11):1371-1376. doi: 10.4067/S0034-98872014001100002.
 49. Léger D, Stal V, Guilleminault C, Raffray T, Dib M, Paillard M. Diurnal consequence of insomnia: impact on quality of life. *Rev Neurol (Paris)*. 2001;157(10):1270-1278.

50. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ*. 2007;176(9):1299-304. doi: 10.1503/cmaj.060792.
51. Reyes S, Algarin C, Bunout D, Peirano P. Sleep/wake patterns and physical performance in older adults. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25(2):175-181. doi: 10.1007/s40520-013-0028-7.
52. Labarca G, Gower J, Lamperti L, Dreyse J, Jorquera J. Chronic intermittent hypoxia in obstructive sleep apnea: a narrative review from pathophysiological pathways to a precision clinical approach. *Sleep Breath*. 2020;24(2):751-760. doi: 10.1007/s11325-019-01967-4.
53. Hoffstein V, Wright S, Zamel N. Flow-volume curves in snoring patients with and without obstructive sleep apnea. *Am Rev Respir Dis*. 1989;139(4):957-960. doi: 10.1164/ajrccm/139.4.957.
54. Terán-Santos J, Jiménez-Gómez A, Cordero-Guevara J. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. Cooperative Group Burgos-Santander. *N Engl J Med*. 1999;340(11):847-51. doi: 10.1056/NEJM199903183401104.
55. Tasali E, Mokhlesi B, Van Cauter E. Obstructive sleep apnea and type 2 diabetes: interacting epidemics. *Chest*. 2008;133(2):496-506. doi: 10.1378/chest.07-0828.
56. Orr WC, Martin RJ, Imes NK, Rogers RM, Stahl ML. Hypersomnolent and nonhypersomnolent patients with upper airway obstruction during sleep. *Chest*. 1979;75(4):418-22. doi: 10.1378/chest.75.4.418.
57. Atkins M, Taskar V, Clayton N, Stone P, Woodcock A. Nasal resistance in obstructive sleep apnea. *Chest*. 1994;105(4):1133-1135. doi: 10.1378/chest.105.4.1133.
58. Sackner MA. Indications and standards for cardiopulmonary sleep studies. *Am Rev Respir Dis*. 1989;140(1):264-265. doi: 10.1164/ajrccm/140.1.264a.

59. Sharpley CF, Bitsika V. Joining the dots: neurobiological links in a functional analysis of depression. *Behav Brain Funct.* 2010;6:73. doi: 10.1186/1744-9081-6-73.
60. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Mood Disorders. Chapter 13 In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins; 2005.
61. Ropper AH, Samuels MA. The Limbic Lobes and the Neurology of Emotion. Chapter 5. *Principles of Neurology.* 9th ed. New York, NY, USA: McGraw-Hill; 2009.
62. Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Med Mex.* 2007;143(2):141-148.
63. Téllez A, Juárez-García DM, Jaime-Bernal L, García-Cadena C. Prevalencia de Trastornos de Sueño en Relación con Factores Sociodemográficos y Depresión en AM de Monterrey, México. *Revista Colombiana de Psicología.* 2016;25(1):95-106.
64. Yen HY, Lin LJ. Quality of life in older adults: Benefits from the productive engagement in physical activity. *J Exerc Sci Fit.* 2018;16(2):49-54. doi: 10.1016/j.jesf.2018.06.001.
65. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull.* 2008;85:113-126. doi: 10.1093/bmb/ldn003.
66. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37(S2):74-105.
67. Soria-Romero Z, Montoya-Arce B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los AM en el Estado de México. *Papeles de Población.* 2017; 23 (93): 59-93. doi:10.22185/24487147.2017.93.022
68. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25

69. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatr Nurs*. 2016;37(4):266-272. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.014.
70. Carriedo A, Cecchini JA, Fernandez-Rio J, Méndez-Giménez A. COVID-19, Psychological Well-being and Physical Activity Levels in Older Adults During the Nationwide Lockdown in Spain. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(11):1146-1155. doi: 10.1016/j.jagp.2020.08.007.
71. Pérez-Gómez HR, González-Díaz E, Herrero M, de Santos-Ávila F, Vázquez-Castellanos JL, Juárez-Rodríguez P, et al. The Moderating Effect of Resilience on Mental Health Deterioration among COVID-19 Survivors in a Mexican Sample. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):305. doi: 10.3390/healthcare10020305.
72. Wu Y, Sang ZQ, Zhang XC, Margraf J. The Relationship Between Resilience and Mental Health in Chinese College Students: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis. *Front Psychol*. 2020;11:108. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00108.
73. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos DS, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2017;19(3):393-395. doi: 10.15446/rsap.v19n3.68470.
74. Mao W, Agyapong VIO. The Role of Social Determinants in Mental Health and Resilience After Disasters: Implications for Public Health Policy and Practice. *Front Public Health*. 2021;9:658528. doi: 10.3389/fpubh.2021.658528.
75. Singu S, Acharya A, Challagundla K, Byrareddy SN. Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. *Front Public Health*. 2020;8:406. doi: 10.3389/fpubh.2020.00406.

76. Upshaw TL, Brown C, Smith R, Perri M, Ziegler C, Pinto AD. Social determinants of COVID-19 incidence and outcomes: A rapid review. *PLoS One*. 2021;16(3):e0248336. doi: 10.1371/journal.pone.0248336.
77. Núñez-Cortés R, Ortega-Palavecinos M, Soto-Carmona C, Torres-Gangas P, Concha-Rivero MP, Torres-Castro R. Social determinants of health associated with severity and mortality in patients with COVID-19. *Gac Med Mex*. 2021;157(3):263-270. doi: 10.24875/GMM.M21000556.
78. McQuaid RJ, Cox SML, Ogunlana A, Jaworska N. The burden of loneliness: Implications of the social determinants of health during COVID-19. *Psychiatry Res*. 2021;296:113648. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113648.
79. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, Rodríguez-Mañas L. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects, and Recommendations. *J Nutr Health Aging*. 2020; 24(9):938-47.
80. Medina-Ortiz O, Araque-Castellanos F, Ruiz-Domínguez LC, Riaño-Garzón M, Bermúdez V. Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(4):755-61.
81. Wang Y, Zhu LY, Ma YF, Bo HX, Deng HB, Cao J, Wang Y, Wang XJ, Xu Y, Lu QD, Wang H, Wu XJ. Association of insomnia disorder with sociodemographic factors and poor mental health in COVID-19 inpatients in China. *Sleep Med*. 2020;75:282-286. doi: 10.1016/j.sleep.2020.06.011.
82. Li Y, Qin Q, Sun Q, Sanford LD, Vgontzas AN, Tang X. Insomnia and psychological reactions during the COVID-19 outbreak in China. *J Clin Sleep Med*. 2020;16(8):1417-1418. doi: 10.5664/jcsm.8524.

-
83. Ramírez-Coronel AA, Cárdenas-Castillo PF, Martínez-Suárez PC, Yambay-Bautista XR, Mesa-Cano IC, Minchala-Urgilés RE, et al. Impacto psicológico del confinamiento por covid-19 hacia un nuevo constructo clinimétrico ansioso-depresivo en mujeres adultas de azogues Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2020; 39(8):923-34.
doi:10.5281/zenodo.4542465
84. Iraizoz-Barríos A, García-Mir V, Brito-Sosa G, Santos-Luna J, León-García G, Jaramillo-Simbaña R. Salud mental, seguridad y calidad de vida del AM en tiempos de COVID-19. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2021; 37(supl): e2056. Disponible en:
<https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2056/500>
85. Hernández Martínez R, Gimeno López S, Mesado Villarroya MJ, Baquero Lozano E, Llorente Romeo P. Vivencias de las personas mayores de una residencia durante el confinamiento por la COVID-19: un estudio cualitativo Gerokomos. 2023;34(1):9-14.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000100003
86. Ramírez Hernández DI, Posadas Domínguez DRR. AM en el contexto de la pandemia por covid-19. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2022; 6(1), 1928-1950. doi:10.37811/cl_rcm.v6i1.1620
87. Pérez Briones NG, Casco Gallardo KI, Juan-Martínez B, Ponce Contreras MG, Carrillo Cervantes AL, Medina Fernández IA. Percepciones y vivencias de un AM durante y después del diagnóstico de la COVID-19. Revista Cubana de Enfermería. 2022;38(sup):e4752.
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4752/869>
88. Aranda K, Jones A. Exploring new advanced practice roles in community nursing: a critique. Nurs Inq. 2008;15(1):3-10. doi: 10.1111/j.1440-1800.2008.00393.x.

89. Weaver BR. Enfermería distributiva. En: Hall JE, Weaver BR. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1990.p. 3-10.
90. Faghy M, Arena R, Hills AP, Yates J, Vermeesch AL, Franklin BA, Popovic D, Strieter L, Lavie CJ, Smith A. The response to the COVID-19 pandemic: With hindsight what lessons can we learn? *Prog Cardiovasc Dis.* 2023;76:76-83. doi: 10.1016/j.pcad.2022.11.019.
91. Purabdollah M, Ghasempour M. Tele-Nursing New Opportunity for Nursing Care in COVID-19 Pandemic Crisis. *Iran J Public Health.* 2020;49(Suppl 1):130-131. doi: 10.18502/ijph.v49iS1.3685.
92. Fernández Cacho LM, Gordo Vega MA, Laso Cavadas S. Enfermería y Salud 2.0: Recursos TICs en el ámbito sanitario. *Index de Enfermería.* 2016; 25(1-2): 51-55.
93. Gobierno de México. Se declara como emergencia sanitaria la epidemia generada por COVID-19. México: Diario Oficial 30 de marzo de 2020. <https://www.gob.mx/cjef/documentos/se-declara-como-emergencia-sanitaria-la-epidemia-generada-por-covid-19?idiom=es>
94. Suárez V, Suarez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo De Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Rev Clin Esp.* 2020;220(8):463-471. doi: 10.1016/j.rce.2020.05.007.
95. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs.* 2021;42(5):1222-1229. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.03.010.
96. Ruiz-Callado R, Jareño-Ruiz D, Fabregat-Cabrera ME, Penalva-Lorca MM. Ageing and Loneliness in Times of Pandemic: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(7):5337. doi: 10.3390/ijerph20075337.
97. Werner P, AboJabel H. The Conceptual and Methodological Characteristics of Ageism During COVID-19: A Scoping Review of Empirical Studies. *Gerontologist.* 2023;63(9):1526-1535. doi: 10.1093/geront/gnac118.

98. Riemann D, Baglioni Ch, Bassetti C, Bjorvatn B, Grosej LK, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis, and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017; 26(6):675-700.
99. Lo CM, Lee PH. Prevalence and impacts of poor sleep on quality of life and associated factors of good sleepers in a sample of older Chinese adults. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:72. doi: 10.1186/1477-7525-10-72.
100. Broche Pérez Y, Fernández Castillo E, Reyes Luzardo DA. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Rev Cubana Salud Pública:* 2020; 46(Suppl 1):e2488.
101. Callís-Fernández S, Guarton-Ortiz OM, Cruz-Sánchez V, Armas-Ferrera AM. Estados afectivos emocionales en adultos mayores solos en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Rev Electron Zoilo Marinello.* 2021; 46(1).
<https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2491>

XII. ANEXOS

ANEXO 1



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN**

"RELACIÓN DE LA VIVENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 CON ALTERACIONES DE SUEÑO, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. ESTUDIO EXPLORATORIO"

Antecedentes

La evidencia ha demostrado que los adultos mayores que estuvieron aislados por la pandemia COVID-19, realizaron menos actividad física, algunos presentaron ansiedad, síntomas depresivos, alteraciones del sueño, y mala percepción de su calidad de vida. En este sentido, es importante que los profesionales de la salud evalúen e identifiquen la influencia que tuvo el aislamiento y el confinamiento en las personas mayores durante esta etapa de pandemia y su relación con alteraciones del sueño, depresión y su calidad de vida, antes y después de la pandemia por COVID-19 y poder establecer diagnósticos y medidas de intervención oportunas ante problemas de salud emergentes

Objetivo

Determinar la relación de la vivencia del confinamiento de la pandemia COVID-19 con alteraciones del sueño, depresión y la calidad de vida en una población de adultos mayores.

Procedimiento

Se seleccionaron a adultos mayores de 60 años, voluntarios que acuden al club ecológico de la tercera edad Aragón de la Ciudad de México, que cumplieran con los criterios establecidos para este estudio. A todas las personas que aceptaron participar se les aplicó, antes y después de la pandemia por COVID-19, instrumentos de evaluación para identificar alteraciones del sueño, problemas de depresión y sobre su calidad de vida, a través de un tele-interrogatorio directo y a través de plataformas "Zoom" o "Google Meet". Se les explicó

el objetivo de la evaluación y el tiempo el tiempo aproximado de las respuestas, así mismo, se les aclararon todas las dudas que tuvieron respecto a los ítems de cada instrumento.

Condiciones para ingresar al estudio

- Personas de 60 años y más.
- Sin distinción de sexo.
- Que quieran participar en el estudio
- Que tengan la firma del consentimiento informado

Riesgos

No existe ningún riesgo para su salud, las preguntas son de índole personal y no ponen en riesgo la integridad del participante.

Beneficios

El presente estudio permitirá identificar la relación entre la vivencia de la pandemia COVID-19 con alteraciones de sueño, depresión y calidad de vida en adultos mayores no contagiados en confinamiento, canalizarlos en caso necesario con los profesionales de la salud, para recibir una atención especializada, así mismo recibirá los resultados de los instrumentos aplicados, se le brindará información sobre el insomnio y medidas de higiene del sueño. Por otra parte, su participación contribuirá al avance del conocimiento en el campo lo cual beneficiará a otros adultos mayores, o a futuras generaciones.

Confidencialidad

Toda la información recopilada durante este estudio se mantendrá **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**. Su nombre y cualquier otro dato que pueda identificarlo(a) no se compartirán con nadie, ni en ningún informe o publicación. Los datos se almacenarán de forma segura y solo los investigadores tendrán acceso a ellos y podrán proporcionársela a la (el) participante para la visita y consulta con su médico.

Preguntas

Todas dudas que tengan durante el tiempo que dura la investigación las podrán consultar con los participantes de la Unidad de Investigación en Gerontología.

Derecho a rehusar

La aceptación a participar en este estudio es enteramente **VOLUNTARIA**. Por lo que si decide no hacerlo no le afectará en nada.

CONSENTIMIENTO

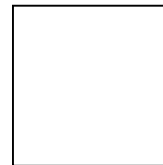
Consiento en participar en el estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo o me lo han leído en presencia de un familiar responsable.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de un familiar (testigo)

Nombre y firma del investigador (testigo)

México, D.F. a ____ de _____ del _____.



En caso de no
saber leer y
escribir, poner
huella digital



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 absoluto. 3
2. Despertares durante la noche.			
Ningún problema. 0	Problema menor 1	Problema considerable 2	Muy retrasado o no durmió en 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 ó más = Problemas de insomnio

Observaciones: _____

Evaluador(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 T.V.	
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 ó más = Problemas de somnolencia

Observaciones: _____ Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____

Escala Stop Riesgo De Apnea Del Sueño

Síntoma	Si	No
Ronquido Ruidoso		
Cansancio / Somnolencia		
Apneas Observada		
Hipertensión Arterial Sistémica		

F. Chung, B. Yegneswaran, P. Liao, *et al.* **STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea.** *Anesthesiology.* 2008;108(5); pp. 812-821



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: _____

No.	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 a estar?		

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1962; 1: 37-43.

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

Marque con una X diagnóstico probable.

0-10 puntos = Normal

11 puntos ó más = Probable depresión

PUNTAJE TOTAL _____

Observaciones: _____

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

Anexo 6



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL *2

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____

Nivel más alto de estudios (marque con una x)	Ninguno en absoluto	Primaria	Secundaria	Media Superior	Superior	
No. de años de escolaridad (anote el número)						
Estado civil (marque con una x)	Soltero	Separado	Casado	Divorciado	Con pareja	Viudo

Instrucciones: En este cuestionario se le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, considerando los aspectos de salud física, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente en las **últimas dos semanas**. Si usted no entiende alguna pregunta, aclárela antes de responder, sólo podrá emitir una respuesta para cada una. Marque con una X la opción seleccionada.

Ahora puede comenzar:

1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	Muy pobre 1	Pobre 2	Ni Pobre Ni Buena 3	Buena 4	Muy buena 5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

*Fuente: González-Celis R A L. Tesis de Doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM 2001.

3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5

14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca 5	Rara vez 4	Con frecuencia 3	Muy seguido 2	Siempre 1

Observaciones: _____

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

Anexo 7



Cuestionario para explorar el nivel de aislamiento social por la pandemia de Covid-19 en el adulto mayor



Instrucciones: Explicar el propósito del cuestionario, así como las respuestas de cada casilla, de ser necesario repetírselas las veces que sean necesarias. Marcar la casilla correspondiente según la respuesta de la persona.

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Fecha de aplicación:** _____

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. ¿Durante la pandemia se ha sentido solo o aislado la mayor parte del tiempo?	5	2	3	4	1
2. ¿Siente usted que durante la pandemia su familia le ha brindado la atención personal suficiente?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted que durante la pandemia la comunicación con su familia ha sido adecuada?	1	2	3	4	5
4. ¿Usted ha salido hacer sus compras con frecuencia (por lo me nos una vez por semana) durante la pandemia?	1	2	3	4	5
5. ¿Se ha sentido aislado debido a las medidas de confinamiento por la pandemia de Covid-19 establecidas por el gobierno?	5	4	3	2	1
6. ¿Se siente satisfecho con las medidas de aislamiento establecidas por las instituciones de salud para los adultos mayores durante la pandémica de la COVID-19?	1	2	3	4	5
7. ¿Ha utilizado el teléfono celular (por lo menos tres veces por semana) para mantenerse en contacto con familiares y otros adultos mayores durante la pandemia?	1	2	3	4	5
8. ¿Ha utilizado otros medios comunicación como correo electrónico, WhatsApp, video llamada, facebook, video conferencia (por lo menos una vez por semana) para mantenerse en contacto con familiares y otros adultos mayores durante la pandemia?	1	2	3	4	5
9. ¿Se ha mantenido en aislamiento social total (salir solo por cuestiones médicas) durante la mayor parte de tiempo de la pandemia de Covid-19?	5	4	3	2	1
10. ¿Ha vivido situaciones de rechazo o maltrato durante el tiempo de aislamiento por la pandemia de Covid-19?	5	4	3	2	1

Puntaje total: _____ Nivel: _____

Bajo: ≤15 puntos máximo

Moderado: 16-30 puntos máximo

Alto: >30 puntos máximo

Observaciones: _____

Evaluador: _____ **Supervisor:** _____