



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ NO 3 CON MF SALAMANCA, GTO.**

**TITULO : PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO
MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 3 CON MF IMSS ,
CARACTERÍSTICAS DE FAMILIA Y APOYO FUNCIONAL SOCIO FAMILIAR .**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

VERONICA RENDON VILLAGOMEZ

SALAMANCA, GTO.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TITULO : PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 3 CON MF IMSS , CARACTERÍSTICAS DE FAMILIA Y APOYO FUNCIONAL SOCIO FAMILIAR . AÑO 2010

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

VERONICA RENDON VILLAGOMEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

SALAMANCA, GTO.

2010

TITULO : PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 3 CON MF IMSS , CARACTERÍSTICAS DE FAMILIA Y APOYO FUNCIONAL SOCIO FAMILIAR . AÑO 2010

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

VERONICA RENDON VILLAGOMEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL RAMIREZ LOPEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR SEDE SALAMANCA GUANAGUATO

ASESOR METODOLOGICO

DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ LÓPEZ.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.

ASESOR TEMA DE TESIS

DR. EDGAR WALTER MIRANDA MARES

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA , GTO

SALAMANCA, GTO.

2010

**TITULO : PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO
MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 3 CON MF IMSS ,
CARACTERÍSTICAS DE FAMILIA Y APOYO FUNCIONAL SOCIO FAMILIAR .
AÑO 2010**

Índice.....	Pág.
Título.....	1
Introducción.....	3
Marco teórico.....	4-14
Planteamiento del problema.....	15
Justificación.....	16
Hipótesis	17
Objetivos	18
Metodología.....	19-21
Resultados.....	22-25
Discusión.....	26-29
Conclusiones.....	30
Referencias Bibliográficas.....	31-33
Anexos.....	34-38

Introducción

Altas prevalencias de síntomas relacionados a trastornos del sueño en la tercera edad han sido mencionadas en estudios en México **(1)**, en esta etapa del ciclo familiar se presentan muchos cambios como el ajustar su vida a la jubilación, la pérdida del estatus familiar o de familiares, así como enfermedades físicas, etc., todos ellos factores de riesgo para trastornos del sueño **(2)**

Un aspecto poco estudiado es el apoyo social familiar reciben los pacientes cuando presentan trastornos del sueño, el presente estudio pretende determinar la prevalencia del trastorno del sueño y el grado de apoyo social familiar que perciben así como averiguar si hay alguna asociación con las principales variables familiares.

Marco Teórico

Concepto de trastorno del sueño: Cualquier cambio en la duración, profundidad o capacidad restauradora del sueño, que conlleva a que se menoscabe la eficiencia y eficacia de éste, tomando en cuenta los patrones previos del sujeto. (3)

El trastorno del sueño constituye una patología muy común en el anciano, fuente de preocupación tanto para el médico como para el paciente y a veces para las personas que conviven con él. Entre el 40 y el 70 % de la población anciana refiere alteraciones crónicas del sueño. Los trastornos del sueño más corrientes en la población anciana son el insomnio, la hipersomnia y la apnea nocturna.

Fisiología del sueño

El sueño es un estado con un ritmo cíclico, en donde gradualmente el cerebro se vuelve menos reactivo a los estímulos visuales, auditivos y ambientales. Existen variaciones en todos los sistemas: respiratorio, endocrino, sexual, renal, digestivo, cardiovascular y en el control de la temperatura corporal

El inicio del sueño se controla por múltiples mecanismos, entre ellos las señales del núcleo pre-óptico del hipotálamo anterior, que se dirigen caudalmente al tallo cerebral, hacia la formación reticular. El núcleo pre-óptico inhibe mediante transmisión gabaérgica y colinérgica la región hipotalámica tuberoinfundibular tuberoinfundibular posterior.

Al iniciar el sueño existe una inhibición al desconectarse la vía colinérgica entre la corteza, el tálamo y el tallo cerebral. En la actualidad se piensa por una parte, que existen sustancias cerebrales inductoras del sueño, principalmente en la serotonina, acetilcolina y GABA. En segundo lugar, otras sustancias que ayudan a mantener la vigilia denominadas catecolaminas: adrenalina, noradrenalina y dopamina. Las bases neuroanatómicas del sueño REM y No REM, se encuentran en diferentes partes del SNC

El sueño REM se genera por las neuronas colinérgicas en la región pontomesencefálica y se caracteriza por atonía muscular, activación cortical con desincronización del EEG con actividad de bajo voltaje y movimientos oculares rápidos. Se puede observar en la fase REM dilatación pupilar, incremento en la frecuencia cardíaca y respiratoria.

El sueño no REM se genera en la región pre-óptica del hipotálamo, el diencéfalo basal y el núcleo solitario del bulbo raquídeo. Los usos del sueño, observados en la fase II del sueño, son generados por impulsos gabaérgicos hiperpolarizantes de las neuronas reticulares talámicas hacia la corteza. Posterior a esta desaferentación, se producen las ondas delta por interacciones entre la corteza y el tálamo.

La regulación neuronal del ciclo vigilia-sueño se efectúa a través de dos sistemas antagónicos: Un sistema que activa la vigilia por medio de la formación reticulada ascendente y los núcleos del hipotálamo posterior ventral y un sistema que favorece el sueño al inactivar el sistema de vigilia: médula oblonga, núcleo del haz solitario, núcleo del rafe, hipotálamo ventromediano y núcleo pre-óptico del hipotálamo. La evolución cíclica de la secreción de los neurotransmisores a nivel de los distintos núcleos de los dos sistemas antagonistas conduce, alternativamente, al estado de vigilia y sueño.

Recientemente se ha descrito un sistema peptídico de la hipocretina (orexina), el cual se localiza en la región lateral del hipotálamo. Se puede inducir insomnio al reducir el sistema de hipocretinas hacia el locus coeruleus; el núcleo del rafe; la región hipotalámica posterior y tuberomamilar.

Se asocia al sueño no REM una disminución de las demandas metabólicas que sirven para reemplazar las reservas de glicógeno. Gracias a la plasticidad neuronal las constantes despolarizaciones e hiperpolarizaciones sirven para consolidar la memoria y remover el exceso de sinapsis. En estudios de PET (tomografía por emisión de positrones) se observa que durante la fase no REM las demandas metabólicas del encéfalo disminuyen y se incrementan durante el sueño REM en el tálamo, la corteza visual y sensorial.

Este último incremento del flujo sanguíneo durante el sueño REM explica por qué los sueños son tan reales, mientras que el decremento del flujo a la zona pre frontal puede explicar la naturaleza de los sueños bizarros. El ritmo circadiano del sueño, es uno de los ciclos modulados por el hipotálamo. El núcleo supraquiasmático establece el horario del cuerpo en ciclos de 24 horas, gracias a la exposición a la luz y a los hábitos individuales. Respecto a este ciclo, se ha usado la analogía de que el cerebro es una forma de batería, la cual se carga durante el sueño y se descarga conforme avanza el día.

Respecto a la temperatura, existe un ciclo controlado por el hipotálamo, en donde se observa un incremento durante el día y una disminución en la temperatura durante la noche. La melatonina se ha implicado como un modulador, es secretada al máximo durante la noche por la glándula pineal. La prolactina, testosterona y la hormona del crecimiento también cursan con ritmos circadianos y máxima secreción nocturna. Medicina del sueño: artículo de revisión. **(4)**

Fisiología del sueño en el adulto mayor

En los adultos mayores, el sueño de ondas lentas disminuye en un 15%, debido a un incremento de la fase II y de una disminución del TTS. Se incrementan la latencia de sueño y los despertares nocturnos. Estos cambios producen fragmentación del sueño y son motivo de la exacerbación de múltiples condiciones médicas en la población geriátrica, incluyendo apnea del sueño, enfermedades cardiovasculares, demencia y trastornos músculo-esqueléticos. Con el paso de los años se produce una ligera disminución del tiempo de sueño total, de una media de 7,5 horas en el joven a 6,5 horas en el anciano. De forma más significativa aumenta en cambio el tiempo transcurrido en cama debido a los despertares, que son ahora más largos y más frecuentes. El resultado de esto genera los siguientes cambios: el Tiempo total de sueño durante la noche: disminuye (debido al constante despertar), Siestas diurnas: aumentan. Eficiencia del sueño (relación tiempo dormido - tiempo en cama): disminuye, Despertares nocturnos: aumentan, Latencia del sueño (tiempo requerido para dormirse): aumenta, Latencia REM (tiempo hasta el primer período REM): disminuye, Sueño de ondas delta: disminuye. **(5)**

Causas de alteraciones del sueño en el adulto mayor

Mala higiene del sueño causa que con más frecuencia origina insomnio debida a : irregularidades en los horarios de acostarse y que puede estar asociadas a varios factores que con frecuencia se encuentran interaccionando; entre ellos, ha sido mencionada la mayor prevalencia de trastornos afectivos, como la depresión, y de trastornos mentales orgánicos, como la demencia, que se asocian a dificultad para dormir

Enfermedades físicas. Debido al malestar físico que provoca, cualquier enfermedad, aguda o crónica, puede intervenir en el desarrollo de trastornos del sueño, especialmente en las personas ancianas. La disnea o dificultad respiratoria, de distinto origen, ya sea secundaria a una bronconeumonía crónica como a descompensación cardio circulatoria, puede provocar trastornos del sueño debido a que induce una respiración corta y frecuente.

Especialmente frecuentes en la población anciana son los síndromes dolorosos, entre los que figuran distintas formas de dolor articular, musculotendinoso, óseo y neurológico. Concretamente, entre estos síndromes figuran el dolor secundario a fracturas óseas, especialmente de la pelvis, el dolor asociado a las distintas formas de artritis y artrosis y el secundario a la presencia de tumores.

El dolor torácico de tipo opresivo, secundario a enfermedades de las coronarias, altera a menudo el sueño del sujeto anciano, pero puede también afectar a la población joven-adulta que sufre esa misma enfermedad. Cabe señalar que los episodios de angina de pecho nocturna se asocian a menudo a la fase REM del sueño.

Aunque la angina de pecho sea significativamente menos frecuente en el anciano, la enfermedad coronaria puede en cualquier caso actuar sobre el sueño en virtud de distintos mecanismos, por ejemplo a través de episodios de insuficiencia cardíaca y de la consiguiente disnea nocturna.

Otras situaciones clínicas que alteran de forma específica el sueño en el anciano son la apnea (parada respiratoria) y la mioclonía (contracción muscular) nocturnas.

La apnea durante el sueño se caracteriza por la interrupción del flujo de aire a los pulmones, con la consiguiente menor oxigenación y despertar forzado del paciente para restablecer una ventilación pulmonar normal. Los episodios de apnea tienen una duración comprendida entre los 20 y los 60 segundos, pero pueden ser también más largos. Finalizan con el despertar transitorio del paciente, a consecuencia de lo cual el sueño resulta fragmentado y alterado. La asfixia que acompaña a la apnea determina además la aparición de movimientos de las extremidades y del cuerpo. La frecuencia de esta patología en los sujetos mayores de 65 años es de alrededor del 20 %, pero podría ser incluso mayor. Porque aunque no refieran de forma espontánea trastornos relacionados con el sueño, muchos sujetos, si se les pregunta específicamente al respecto, revelan frecuentes problemas, como que roncan de forma habitual y sufren frecuentes despertares nocturnos, adormecimientos durante el día y sensación profunda de cansancio diurno.

Consumo de fármacos. Muchas sustancias recetadas por el médico o tomadas espontáneamente pueden provocar insomnio. Tal es el caso de los diuréticos, que provocan nicturia (aumento de la cantidad y frecuencia de orina por la noche), de la cafeína contenida en muchos fármacos de acción analgésica y de algunos fármacos denominados reconstituyentes cerebrales” o de ciertos antidepresivos no sedantes, que son estimulantes.

Además los ancianos son los mayores consumidores de fármacos de acción somnífica. A pesar de ello, el uso de hipnóticos en el insomnio crónico resulta a menudo ineficaz, sino incluso potencialmente perjudicial, sobre todo cuando los fármacos son consumidos por propia iniciativa, como sucede a menudo si no se realiza un control médico.

El empleo indiscriminado y al margen de toda revisión puede en efecto dar lugar a fenómenos de tolerancia y de dependencia y puede exponer al paciente a muchos efectos colaterales, entre ellos, por ejemplo, a una somnolencia diurna que a su vez repercute negativamente en el fin para el que supuestamente se están tomando estos fármacos.

Abuso de bebidas alcohólicas. Al igual que otras sustancias o fármacos que deprimen el sistema nervioso central (cerebro), el alcohol reduce las fases de sueño profundo y de sueño REM.

El consumo habitual de cantidades elevadas de bebidas alcohólicas por la noche da lugar a un sueño fragmentado, con frecuentes despertares, y además, en estos mismos casos la suspensión repentina da lugar a una acentuación de la fase REM con sueño irregular a causa de sueños inquietantes o de verdaderas pesadillas.

El factor responsable de estas alteraciones no es el consumo ocasional de un vaso de vino por la noche, sino el abuso de bebidas alcohólicas, que potencia, además, los efectos de los somníferos y de los demás tranquilizantes.

Cafeína y nicotina. Estas dos sustancias, ambas estimulantes del sistema nervioso central, dan lugar a un sueño más ligero y más irregular. La cafeína está presente en muchos alimentos y bebidas comunes como el té, el café y el chocolate. Una disminución del consumo de cafeína y del tabaco, sobre todo por la noche, da lugar a una mejora sustancial de la calidad y de la cantidad del sueño.

El insomnio no asociado a enfermedades, fármacos o sustancias tóxicas es casi siempre el síntoma de un malestar psicológico. Ello no debe ser causa de asombro, si se tiene en cuenta que las personas que normalmente duermen bien a menudo padecen insomnio en periodos de estrés.

Factores familiares: En la vejez, pueden tener lugar acontecimientos que dificulten la adaptación a muchas situaciones y por ello son frecuentes los periodos de insomnio debidos a tensión emocional. Existen numerosos ejemplos, desde la muerte del cónyuge a la jubilación, pasando por la necesidad de cambiar de residencia y por el conocimiento de que se padece alguna patología que amenaza o limita la autonomía personal.

Alteraciones del estado de ánimo. Del estudio de la personalidad se ha deducido que los sujetos que padecen insomnio presentan rasgos caracteriales de introversión, estados de ansiedad y

depresión. El despertar precoz es, concretamente, el síntoma que parece guardar relación de forma más estrecha con el estado de depresión. Este síntoma es tan frecuente e importante que constituye un instrumento de gran utilidad en el diagnóstico a la hora de identificar una depresión del anciano o de realizar un diagnóstico diferencial entre pseudodemencia y demencia real con alteraciones del tono afectivo. El insomnio depresivo responde sólo a un tratamiento antidepresivo con fármacos adecuados.

Tipos de trastornos del sueño

La clasificación de los T.S. más conocida mundialmente, es la formulada por el Comité Especial de la Asociación de Centros para el Estudio de los Desórdenes del Sueño de los EE.UU quien consideró cuatro grandes categorías: *a) Trastornos del inicio y continuidad del sueño (insomnios). b) Trastornos de somnolencia exagerada (hipersomnias). c) Trastornos del horario sueño-vigilia. d) Disfunciones asociadas con sueño, etapas del sueño o despertares parciales (parasomnias).*

Trastornos del inicio y continuidad del sueño (Insomnio): Constituye el tipo de T.S. más común en cualquier grupo de edad. Consiste en una reducción en la cantidad o calidad del sueño, en relación con los patrones previos de sueño del sujeto, asociado a deterioro del psiquismo durante la vigilia. Puede manifestarse como: Dificultad para conciliar el sueño o dificultad para permanecer dormido o despertar excesivamente temprano o una diversa combinación de estas molestias. En el anciano el insomnio es una queja común, y se ha observado que se incrementa linealmente con la edad, afectando más a las mujeres que a los hombres.

Hasta el presente los investigadores del tema no han podido precisar si las dificultades para iniciar y mantener el sueño, tan comunes en la vejez, deben considerarse como signos típicos de maduración o como manifestaciones patológicas. Lo que sí está precisado es que hay toda una serie de factores que contribuyen a la disminución con la edad de la capacidad para dormirse, entre los cuales se destacan: Factores biológicos (cambios patológicos en las neuronas y en las vías neuroquímicas). Trastornos físicos crónicos. Cambios en los horarios de sueño-vigilia y de

Actividades. Escasa estimulación ambiental y reducción de la realización de actividades físicas.-
Sobrevaloración, por parte del anciano, de las interrupciones del sueño nocturno, asociada a falta de conciencia del dormir. En el adulto mayor el Insomnio por lo general está asociado a problemas médicos o psiquiátricos (depresión, ansiedad), al uso de sustancias estimulantes y a la presencia de estrés psicológico.

Ciertos síntomas médicos pueden interferir tanto con el sueño y su presencia, como la causa de insomnio amerita que el paciente sea referido para una valoración más especializada. Estos son:
Disnea nocturna Dolor torácico Palpitaciones Tos y sibilancias nocturnas Dolor articular severo
Nicturia importante Alteración del juicio y la memoria La depresión severa se asocia con somnolencia diurna, así como con insomnio terminal, es decir, usualmente durante la madrugada el paciente se despierta y no puede volver a conciliar el sueño. La ansiedad más bien provoca Insomnio inicial, el paciente no logra dormirse inmediatamente cuando se acuesta. Estos síntomas, si son severos requieren valoración psiquiátrica.

Los malos hábitos del sueño juegan un papel muy importante, sin embargo, es importante descartar la existencia de una enfermedad médica de fondo como la artrosis (el paciente no logra conciliar el sueño o se despierta por dolor articular y/o calambres), la insuficiencia cardiaca, la bronquitis crónica y/o enfisema pulmonar (el paciente se despierta por disnea nocturna o sufre de apnea del sueño). La diabetes mellitus descompensada también podría ser causal de Insomnio en razón de la nicturia. Ciertos medicamentos como la teofilina y el salbutamol tienen efectos estimulantes que interfieren con el inicio del sueño y disminuyen el sueño REM. El alcohol, la cafeína y las bebidas gaseosas también interfieren con el desarrollo normal del sueño. Los diuréticos si se dan en la noche pueden provocar excesiva nicturia que impide un sueño adecuado

Hipersomnias: Trastornos que implican un aumento de la cantidad de sueño diurno, nocturno y las correspondientes dificultades con el despertar. El paciente se queja de una necesidad irresistible de sueño durante el día, disminución de la concentración, bostezos excesivos y

aumento en el tiempo total durante las 24 horas. En el anciano parece ser que las hipersomnias no son comunes, aunque se han observado que tienden a presentarse en la fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva, y con el uso prolongado de ansiolíticos e hipnóticos, además de secundarias a otras enfermedades: tumores cerebrales, hipotiroidismo y encefalopatías metabólicas.

Trastornos del horario sueño-vigilia: implican que este ritmo humano no aprendido (endógeno), pierde temporal o persistentemente su fase, dada la ausencia o modificación de los sincronizadores: aquellas señales físicas, geofísicas o sociales capaces de determinar la ritmicidad de las funciones biológicas del organismo, como: luz, oscuridad, temperatura, estaciones del año, hábitos, actividades sociales, cambios rápidos de horario por viajes en avión, entre otros.

El aumento de la incidencia de trastornos con el horario sueño-vigilia sugiere una merma en la capacidad para controlar el proceso de sueño, o lo que es lo mismo, el anciano parece ser más vulnerable a la influencia negativa de ciertos sincronizadores.

Parasomnias: Todas aquellas conductas que aparecen durante el sueño, o durante el despertamiento parcial, o son exacerbadas por el sueño, y que se consideran inadecuadas en tanto son típicas de la vigilia. El espectro que abarca esta categoría es amplio, pero en el anciano las más comunes parecen ser: Pesadillas (ensueño angustioso, a veces terrorífico, con opresión respiratoria) Somniloquios (automatismo verbal en el sueño) Sonambulismo (automatismo ambulatorio en el sueño). Enuresis (micción involuntaria durante el sueño) **(6)**

Apoyo social familiar

Las características de lo que hoy se conoce como **familia** son diferentes en algunos aspectos al concepto que se tenía en el pasado. Se ha visto que la familia de hoy continuará su evolución acorde con el desarrollo de la sociedad en general; sin embargo, no hay elementos claros para decir que la familia desaparecerá o que por lo menos es un ente social en decadencia. Las predicciones acerca de su desintegración como una institución social tienen una historia muy larga.

Por otro lado, pero muy relacionado con la evolución de la familia, está el proceso de apoyo y atención intrafamiliar de los ancianos. Ciertamente aquellos pesimistas que ven la desaparición de la familia como un hecho inevitable en el corto o mediano plazo, auguran un futuro poco prometedor al apoyo y atención de los ancianos; en este aspecto la historia también es larga. Cicerón, en su estudio sobre el envejecimiento ya lamentaba que las familias no fueran lo que eran en el pasado en el sentido de la atención y el respeto de sus ancianos.(7)

En México, es innegable el valor fundamental de la familia en la atención de los ancianos no sólo como una fuente de apoyo moral y emocional para los mismos, sino también como una fuente de ahorro para los sistemas de atención a la salud. La ausencia de la familia como sustituto de los sistemas de atención de largo plazo para los enfermos crónicos y los ancianos generaría un gasto en salud de tal nivel que no podría ser cubierto con los presupuestos gubernamentales actuales para las instituciones. Sin embargo, los cambios demográficos como la migración internacional o la interna urbano-rural, la reducción en el tamaño y los cambios en la estructura de la familia, el incremento en la frecuencia del trabajo de la mujer fuera del hogar, la pobreza, y la reducción en el tamaño de las viviendas han tenido y seguirán teniendo una influencia importante en las posibilidades de brindar atención al interior de la familia.(8)

Como se puede ver en los resultados de la ***Encuesta Nacional de los adultos mayores derechohabientes del IMSS***, afortunadamente sólo una proporción pequeña vive solo o aislado. La mayoría forma parte de una familia con la cual no sólo vive, sino interactúa de manera cotidiana brindando y recibiendo apoyo, participando en decisiones y dando su opinión con respecto a la situación familiar. (9)

Una proporción menor de los adultos mayores que reportaron dar algún tipo de apoyo, dijeron recibirlo a su vez de la familia (72%) y en la mayoría de los casos mencionaron que este apoyo es espontáneo. La proporción más alta de quienes refirieron recibir apoyo se observó en la Dirección Regional Norte (79%) y la más baja en la Centro (68%). Las frecuencias más altas por delegación se observaron en Nayarit y Sonora (88%) mientras que las más bajas se observaron en Campeche

(55%) y la Delegación Cuatro del DF (57%).**(9)** Los principales proveedores del apoyo en el adulto mayor se resumen en : familia , amigos vecinos y redes .La familia es la principal fuente de apoyo en el anciano y supera todo tipo de atención que brinda la atención formal. Es fuente de cuidado y afecto su apoyo es imprescindible en las actividades de vida diaria en los ancianos con pérdida del validísimo. La familia del anciano no solamente es proveedora de cuidado sino también cumple la función de cooperar y hacer comprender lo útil de la participación en sus cuidados como es la preparación de los alimentos la ayuda para evitar la inmovilización y la incorporación a la actividad social que desarrolla En la auto asistencia al anciano con pérdida de memoria y trastornos de la deambulación la autoayuda recibida del medio familiar va encaminada a retardar la pérdida de la capacidad funcional, ejercitando las demás capacidades. La asistencia que pueden brindar los vecinos y amigos también cumplen funciones de autoayuda desde el punto de vista espiritual y afectivo en el plano psicológico y social elevando la autoestima. Los temas de conversación y las actividades realizadas con individuos la misma etapa generacional ayudan al anciano a reforzar sus valores, además los consejos dados por estas personas son interiorizados por el anciano y lo pueden ayudar a preservar su salud. El voluntariado con la creación de los grupos de autoayuda que son aquellas personas que no tienen un vínculo filial ni de amistad pero están dotadas de conocimientos que pueden ser de ayuda como son impartición de temas de educación sanitaria, instrucciones para la creación de grupos de ancianos para la realización de actividades recreativas y orientaciones para pedir ayuda a las distintas instancias de la atención formal **(10)**

Planteamiento del problema

Se ha demostrado que más de una tercera parte de los mayores de 60 años tienen algún tipo de problema al dormir e incluso una cuarta parte tiene serias dificultades. Se describe que hasta una de cada tres personas mayores de 60 años reportan insomnio y que una de cada dos toma algún medicamento para dormir. Un análisis multivariado encontró que las quejas en relación al sueño se encontraban asociadas a síntomas respiratorios, discapacidad física, uso de medicación no prescrita, síntomas depresivos y una pobre auto-percepción de bienestar de salud. Los trastornos del sueño en el adulto mayor se caracterizan por tener una frecuencia alta, significativa afectación de la calidad de vida y por un pobre reconocimiento por parte de la familia y del médico encargado del cuidado del adulto mayor **(11)**

La problemática del adulto es que habitualmente ha sido abandonado por la familia sin no del todo si en una buena medida esto conlleva a mayor riesgos tan solo no es de extrañar, que los fármacos hipnóticos o somníferos tengan tan amplio uso y que los ancianos sean destinatarios de cerca del 40 % de todas las recetas de somníferos, que suelen responder a prescripciones a largo plazo. Estos fármacos no deben considerarse inocuos, sobre todo en los sujetos ancianos; a veces, por el contrario, tienen efectos colaterales incluso graves, como caída del adulto mayor, desmayos, colapsos, confusión y agitación.

Justificación

Es necesaria la investigación de éstos trastornos muy prevalentes y significativos del mismo modo establecer programas de apoyo familiar social para la detección y tratamiento de estos trastornos. El énfasis de la atención de la población adulta se debe situar en el apoyo social y familiar. La falta de apoyo en los pacientes con insomnio tienen un grave impacto negativo en su calidad de vida, además, se extiende a familiares y cuidadores, debido a la falta de datos disponibles en la unidad y las dificultades de extrapolar de otras poblaciones diferentes, se evidencia la necesidad de investigar específicamente en el ámbito asistencial de esta unidad de la atención primaria de salud.

Hipótesis Conceptual: Los trastornos del sueño en los adultos de tercera edad, se encuentran asociados a la falta de apoyo social y familiar

Objetivos

Objetivo general : Determinar la prevalencia de los trastornos del sueño en la población de la tercera edad en el HGZ no 3 con MF del IMSS de Salamanca Gto.

Objetivos específicos :

1. Caracterizar los trastornos del sueño en la población de estudio
2. Evaluar el apoyo social y familiar en pacientes de la tercera edad
3. Comparar el apoyo social familiar en pacientes con y sin trastornos del sueño

Metodología

Diseño: Estudio Observacional descriptivo Transversal tipo encuesta

Población y muestra: Adulto mayor adscrito al HGZ no 3 con MF IMSS Salamanca Gto.

1.1 **Muestreo** por cuota

1.2 **Tamaño de la muestra** : calculada en base a una prevalencia del trastorno de sueño de 20%, con un error aceptar de 0.05 con nivel de significancia del 95, **n= 200**

1.3 **Variable Trastorno del sueño:** De acuerdo a la calificación obtenida de la aplicación del *cuestionario trastorno del sueño de Oviedo*, que toma los valores para la satisfacción en una escala liker de satisfacción de nada satisfecho a muy satisfecho **Variable ordinal** , para el trastorno de insomnio la calificación que oscila en una puntuación de 9 a 15 siendo una mayor gravedad de insomnio a mayor puntuación. **Variable categórica** .

1.4 **Variables asociadas: sociodemográficas:** Edad **variable numérica discreta**, **Genero variable nominal dicotómica** , estado civil **variable nominal politómomica** que toma los valores de (soltero, casado/vive en pareja, separado/divorciado, viudo), nivel de estudios **variable ordinal** que toma los valores de: nula primaria, secundaria técnica profesional y variables **De familia** : Tipología y estructura de familia **variables categórica politomica**

1.5 **Variable apoyo social familiar** calificación final obtenida de la aplicación del *cuestionario de Duke* , de acuerdo a su escala de apoyo , una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. **Variable original**

1.6 **Criterios de inclusión** adulto mayor de 60 años ambos géneros competente mentalmente sin discapacidad ni patología urgente , que acuden a consulta habitual de medicina familiar a quienes les informaban sobre el estudio y les solicitaban su consentimiento informado para participar (carta de consentimiento)

1.7 **Criterios de no inclusión:** adulto mayor hospitalizado, con secuelas neurológicas, ceguera, con patología de urgencia quirúrgica o medica

1.8 **Criterios de eliminación:** Expresar de forma voluntaria su no participación, entrevista incompleta.

Procedimientos : A los pacientes seleccionados y que acepten participar, se entrevistarán cara a cara por el investigador titular, a fin de recabar los datos sociodemográficos y de familia y determinar la presencia de trastorno del sueño utilizando el **Cuestionario de Oviedo del sueño**, el cual cuenta con una validez para la población Mexicana de coeficiente de correlación de Pearson entre la escala de gravedad del insomnio del COS . El **coeficiente alpha de Cronbach** fue de 0.7667. **(12)** En la misma entrevista se aplicará el cuestionario de apoyo social de **Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire** Este es un cuestionario validado en nuestro país que mide el apoyo social percibido por el paciente en las áreas de apoyo confidencial (información, consejo, guía) y apoyo afectivo (amor, estima, simpatía, pertenecer a un grupo). Los rangos son de **11 a 55** puntos en la puntuación total, de **7 a 35** en la escala de apoyo social confidencial y de **4 a 20** en la escala de apoyo social afectivo.**(13)** La entrevista se programa en la clínica en una única sesión. En este estudio solo se considera el total de apoyo social funcional y familiar percibido.

Cuestiones éticas: Este trabajo de investigación cuenta con consentimiento informado por escrito así como se consideraron los procedimientos de investigación de acuerdo con las normas éticas como el **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud** , la **Declaración de Helsinki de 1975** y sus enmiendas, así como los Códigos y Normas

Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Por tratarse de un estudio descriptivo de no intervención no contraviene los principios para la investigación en materia de salud y es presentado a su aprobación en el **Comité Ético de Investigación Clínica del HGZ no 3 Salamanca Gto IMSS**

Análisis estadístico

Se determina la prevalencia de trastorno de sueño . Con el fin de determinar el apoyo social y familiar en la muestra se asignan a dos grupos según la presencia de apoyo social y trastorno del sueño en una tabla de 2X2 . Ambos grupos se comparan respecto a las diversas variables familiares de posible asociación. Para los análisis bivariantes de las variables categóricas se utiliza el test de X² se considera estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los procedimientos estadísticos se realizan con el programa SPSS for Windows v. 15.0.

Recursos, financiamiento y factibilidad: Los recursos humanos ,Instrumentales y materiales, como hojas de papel, lápices, computadora y software , necesarios para la realización del presente trabajo de investigación estarán constituidos por los investigadores así como la aplicación de los instrumentos descritos en materiales y métodos ,la estrategia de aplicación específica incluida su capacitación y su participación específica en el protocolo por lo cual existe factibilidad para su realización tanto la relacionada con los recursos y el financiamiento, como la relacionada con el universo de trabajo.

Resultados

Se entrevistaron 200 adultos mayores , **82** hombres y **118** mujeres, con un promedio de edad de **72±6** años con mínima de **64** y máxima de **88** años , no se presentó diferencia estadística en la edad con respecto al género $p= 0.126$. Las características generales de la población de estudio son mostradas por género en la **Tabla 1**, en ambos géneros predomino la familia nuclear simple , se observó una diferencia significativa en la escolaridad ,la falta de escolaridad predomino en las mujeres a razón de **2 a 1** hombre con una $p= 0.018$, la mayoría de los entrevistados residen en área urbana y se encuentran en las últimas dos etapas del ciclo de vida familiar , en ninguna de estas dos variables se observo diferencia significativa . La **Tabla 2** muestra los resultados de **satisfacción del sueño** se puede observar que **32(16%)** de los entrevistados manifestaron algún grado insatisfacción con su sueño, **82(41%)** entrevistados manifestaron tener un término medio de satisfacción , se deduce que **83 (43%)** de los entrevistados en general estuvieron satisfechos con su sueño .

En el **test de Oviedo**, el **insomnio** se interpreta por puntaje general y de acuerdo a una subescala, los entrevistados presentaron en el análisis dimensional una calificación promedio de **17.9±3.7** para los hombres y **19.3±4.1** para las mujeres , considerado que la subescala de insomnio oscila entre **9 y 45** , donde la mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio, en la población de estudio el promedio la sitúa en **insomnio medio** sin embargo se pudo identificar que en el **29 (14.5%)** entrevistados tuvieron una puntaje superior a la media con probable insomnio grave .

En relación a la **parainsomnia** la presentaron **75 (37.5%)** de los entrevistados y hubo una diferencia estadística cuando se comparo entre géneros siendo mayor en los hombres . **Tabla 3**

De acuerdo a el **apoyo social familiar total funcional y satisfacción del sueño** , no se encontró diferencia significativa , pero llama atención que la mayor parte de los entrevistados **184(92%)** percibieron escaso apoyo social familiar funcional . **Tabla 4**

Tabla 1. Características de la población del estudio de trastornos del sueño y apoyo familiar en el adulto mayor en el hospital general de zona no 3 con MF IMSS Año 2010

	Femenino n= 118	Masculino n=82	Valor de P
Edad (años)	72.4±5.7	72.5±6.4	0.908 No Significativo t
Integrantes de familia	2.4±1.3	2.5±1.1	0.608 No significativo t
Conformación de familia			<i>Ji cuadrada *</i>
<i>Nuclear simple</i>	73	60	0.428 No significativo *
<i>Nuclear numerosa</i>	18	8	
<i>Nuclear extensa compuesta</i>	1	3	
<i>Reconstituida binuclear</i>	20	8	
<i>Monoparental</i>	1	1	
<i>Monoparental compuesta</i>	3	1	
<i>Extensa</i>	1	1	
<i>Extensa compuesta</i>	1	0	
Escolaridad			
<i>Nula</i>	46	18	
<i>Primaria</i>	52	48	p= 0.018 significativo *
<i>Secundaria</i>	7	1	
<i>Técnica ó equivalente</i>	13	14	
<i>Desconocida</i>	0	1	
Lugar de residencia			
<i>Urbana</i>	84	56	
<i>Rural</i>	33	25	
<i>Desconocida</i>	1	1	p= 0.891 no significativo *
Etapas del ciclo familiar			
<i>Independencia</i>	1	0	
<i>Retiro</i>	113	77	
<i>Otra</i>	4	5	p= 0.270 no significativo *

Fuente entrevista 2010

Tabla 2 . Satisfacción del sueño en el adulto mayor en el hospital general de zona no 3 con MF IMSS Año 2010

	Mujeres=118	Hombre =82	Total
<i>Muy insatisfecho</i>	3	4	7
<i>Bastante insatisfecho</i>	4	1	5
<i>Insatisfecho</i>	11	9	20
<i>Termino medio</i>	53	29	82
<i>Satisfecho</i>	33	34	67
<i>Bastante insatisfecho</i>	6	2	8
<i>Muy satisfecho</i>	8	3	11
Total	118	82	200

Ji Cuadrada 7.208 , p 0.302 Ns

Fuente cuestionario Oviedo del sueño

Tabla 3 . Parainsomnia en el adulto mayor en el hospital general de zona no 3 con MF IMSS Año 2010

Parainsominia	Mujeres=118	Hombre =82	Total
<i>No</i>	80	45	125
<i>Si</i>	38	37	75
Total	118	82	200

Ji Cuadrada 3555 , p 0.04 significativa

Fuente cuestionario Oviedo del sueño

Tabla 4 . Satisfacción del sueño y apoyo total social funcional de Duke en el adulto mayor en el hospital general de zona no 3 con MF IMSS Año 2010

Variables	Satisfacción sueño	<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Bastante insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Termino medio</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Bastante insatisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>	Total
Apoyo social funcional									
<i>Escaso apoyo</i>		6	5	19	79	59	6	10	184
<i>Apoyo normal</i>		1	0	1	3	8	2	1	16
Total		7	5	20	82	67	8	11	200

Ji Cuadrada 7.728 , p 0.259 Ns

Fuente cuestionario apoyo social familiar funcional de Duke y cuestionario Oviedo del sueño

Discusión

En este estudio participaron **200** adultos mayores de ambos géneros , se entrevistaron para describir las características de su sueño y determinar la prevalencia del trastorno del sueño considerado como: ***Cualquier cambio en la duración, profundidad o capacidad restauradora del sueño, que conlleva a que se menoscabe la eficiencia y eficacia de éste, tomando en cuenta los patrones previos del sujeto.*** También se indagó sobre la percepción del apoyo funcional social y familiar.

Se ha descrito que uno de los padeceres más frecuentes en la tercera edad son los trastornos del sueño, su prevalencia es alta y varía del **40 al 70%** **Manuel Pando-Moreno y Cols.**, por las características del presente estudio no se exploró el trastorno del sueño en términos dicotómicos con un sí o un no , sino a través de sus tres principales dimensiones: *satisfacción, insomnio y parainsomnia* .

Satisfacción

En la población de estudio la mayor parte de los entrevistados estuvieron satisfechos con su sueño al menos en un término medio , pero se encontró insatisfacción con el sueño en **32 (16%)** , cifra inferior a la encontrada en España por **García Portilla (14)** del **47.7%** .En un estudio de funcionalidad y calidad de vida en adultos mayores realizado por **Soberanes F y Cols (18)** , utilizando el test de perfil de Salud de Nottingham, encontraron una asociación del problema de la satisfacción del sueño con las variables de equilibrio / marcha y muy cercana en las actividades de la vida instrumentales de la vida diaria , hay una posibilidad de considerar que el adulto con insatisfacción en su sueño se expone a los accidentes y el médico debe tenerlo en cuenta sobre todo cuando suma otros de factores de riesgo para caídas como la polifarmacia **(19)**. Por otro lado la satisfacción del sueño es percibido como bienestar en el adulto mayor , la falta de ella es un padecer mas y de alguna manera demandan su tratamiento , no es difícil explicarse el porqué en

La práctica médica familiar hay un número importante de solicitud de recetas con hipnóticos y tranquilizantes en este grupo de edad (20)

Insomnio

Insomnio significa carencia total de sueño; sin embargo, el término también es utilizado para referirse al sueño insuficiente o interrumpido. En los entrevistados el puntaje prevalente para *insomnio* los sitúo mayormente en insomnio medio y **29** ellos (**14.5%**) con insomnio grave. Esto no parece ser problema reciente en los adultos mayores , hace cuatro décadas se mencionaba que más de la mitad de la población lo presentaba **Bixler (21)** , **Reyes Haro y Cols** , lo encontraron entre el **9 a 14% (22)** , pero realmente se ignora de cuantos estudios dedicados al sueño en los adultos mayores hay en México pero su disponibilidad es difícil , sin embargo en una reunión sobre salud del adulto mayor en el 2004 , se trataron los indicadores relevantes de percepción de salud entre los adultos mayores el **Instituto Mexicano del Seguro Social** , **Peter Beaman y Cols.** , (23) hacen mención que independientemente del concepto de salud que tenemos los profesionales o instituciones de salud para los adultos mayores tienen un significado diferente , para ellos estado salud además de no estar enfermos debe de tener: energía, capacidad para hacer sus labores , capacidad para llevar una vida social , independencia económica, buen sueño y reparador , entre muchas cosas que habitualmente hace cualquier ser humano, esto debe retomado por el médico familiar y profesionales de la salud , independientemente de atender un problema biológico en el adulto también deben considerar la calidad del sueño forma parte de ese modelo de equilibrio biopsicosocial y percepción de la salud en el adulto mayor , derivado de este estudio para **29** pacientes con resultado con insomnio grave requieren evaluación clínica complementaria a la (23,24). Por otro lado se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre el insomnio y una gran cantidad de enfermedades somáticas y mentales, aunque existe controversia con respecto a la relación causal entre el insomnio y la depresión por esto debe indagarse la forma de dormir del adulto mayor (22),

Además el insomnio temprano puede ser considerado un factor de riesgo para enfermedades psiquiátricas y emocionales. (25)

Parainsomnia

La *parainsomnia* fue encontrada en **75 (37,5%)** de los entrevistados. Estos hallazgos parecen indicar que al menos el insomnio y la *parainsomnia* concuerdan con lo reportado por **Karacan y Cols. (11)**, quienes detectaron en la población general que más de un tercio de los sujetos tuvieron problemas de sueño, incrementándose en el sexo femenino según se menciona secundario a mecanismos neuroendocrinos **Miller EH (12)**, en este estudio no se encontró diferencia de las frecuencias con respecto al género, se ha mencionado que el tipo de problema más frecuente es la dificultad para dormir (55,2%), pero en los sujetos mayores de 40 años los principales problemas son permanecer dormido y el despertar precoz. Posiblemente por eso se explique el puntaje de insomnio promedio prevalente en la población de estudio, además el cuestionario Oviedo del sueño se hacen las preguntas precisas sobre la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, despertar a la hora habitual entre otras por esto las diferencias y se ha mencionado que en los adultos mayores, el sueño de ondas lentas disminuye en un 15%, debido a un incremento de la fase II y de una disminución del TTS esta dificultad para dormirse **Thornby (13)** y por eso se incrementan la latencia de sueño y los despertares nocturnos. Estos cambios producen fragmentación del sueño. **Newman AB, Enright PL, Manolio TA, et al**

Apoyo familiar :

Con lo que respecta a esto, los entrevistados mayormente percibieron escaso apoyo funcional y social suficiente, **Sandra Reyes y Cols.**, muy diferente a los reportados en el estudio de la vida familiar en adultos mayores del IMSS en donde la mayor parte de los adultos perciben suficiente apoyo de diferentes tipo: moral, compañía, probablemente las diferencias se expliquen porque

en la encuesta de Sandra se indagó en los indicadores de : me cuidan cuando estoy enfermo y me acompañan al médico, también las expresiones emocionales , en el actual estudio con el uso del ***Cuestionario de Duke*** se indaga desde lo afectivo y confidencial en torno a sus expectativas tanto como deseo y por estos motivos pueden ser discordantes los hallazgos , aun así en esta población de estudio se deduce que el apoyo social funcional es menos de lo esperado, en este estudio no se encontró diferencia significativa entre la percepción de la satisfacción del sueño y el apoyo socio funcional .

Conclusiones

Se cumplieron los objetivos del estudio , en el hospital general de zona no 3 con medicina familiar del IMSS de Salamanca Gto durante el año 2010 la prevalencia de los trastornos del sueño en la población de la tercera edad fue la siguiente : una insatisfacción con el sueño en el 16% , prevaleció el insomnio medio , encontrándose un 14.5% de insomnio grave, la parainsomnia fue detectada en el 77.5% , el apoyo social y familiar en estos pacientes de la tercera edad fue escaso pero no se presentó diferencia estadística al compararla con la satisfacción del sueño, se había considerado en el problema que los trastornos del sueño en el adulto mayor se caracterizan por tener una frecuencia alta, significativa afección de la calidad de vida y por un pobre reconocimiento por parte de la familia y con los resultados se puede decir que en esta población si se presentó. Los resultados del estudio son de aplicación inmediata en la atención integral de la medicina familiar pues dan un panorama de la participación de familia en un padecimiento prevalente.

Bibliografía

1. Pando-Moreno M, Aranda-Beltrán C, Aguilar- Aldrete ME. Mendoza-Roaf PL. Salazar Estrada JG. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. Revista de Salud Pública, Rio de Janeiro, 2001; 17(1):63-69.
2. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Aldrete MG . Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado Guadalajara, Jal. México Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2002;29(3):169-174
3. Instituto Nacional de Envejecimiento. Páginas de la Tercera Edad. Consejos para Dormir Bien. En: <http://www.niapublications.org/spnagepages/sleep-sp.asp>
4. López-Meza E, Villarreal-Careaga J, Guzmán-Reyes F. (Primera de tres partes) Principios generales de la fisiología, nomenclatura y principales patologías. Clínica de Neurología y trastornos del sueño del Hospital General de Culiacán y diagnóstico avanzado del Hospital Ángeles de Culiacán. Archivos de Salud de Sinaloa;102-105. Disponible en url: http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/Medicina%20del%20sue%F1o_art%EDCulo%20de%20revisi%F3n.pdf
5. Newman AB, Enrich PL, Manolio TA, et al. Sleep disturbance, psychosocial correlates, and cardiovascular disease in 5201 older adults: the Cardiovascular Health Study. J Am Geriátricas Soc. 1997;45:1-7.
6. Comité Especial de la Asociación de Centros para el Estudio de los Desórdenes del Sueño de los EE.UU

7. Reyes S, Beaman P, García-Peña C , Espinel C. Vida en familia entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social .En: Salud del adulto mayor Primera edición, 2004 pág. 191-208.
8. Reyes-Frausto S. Population Ageing in the Mexican Institute of Social Security: Health policy and economic implications. México, DF: IMSS Fundación Mexicana para la Salud, 2001: 1-292
9. Reyes-Frausto S, Beaman P, Paredes A, Cortes A, Cárdenas L, De León R. Opinión positiva acerca de los servicios de salud en el IMSS. Adultos de 60 años y más. Rev. Med. IMSS 2002; 40:145-152.
10. Salvarezza, Leopoldo (Comp.): "La vejez, una mirada gerontológica actual", Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina,1998, pág. 275.
11. Alcorta M., Ayala L. Calidad de sueño y factores asociados en adultos mayores que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para obtener el grado de Bachiller de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2003.
12. Bobes GJ, González G-PortillaMP, Sáiz MPA, Bascarán F MT Iglesias AC, Fernández DJMA. Propiedades psicométricas del cuestionario oviedo de sueño Universidad de Oviedo Psicothema 2000; 12 (1):107-112. Disponible url: <http://www.psicothema.com/>
13. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria 1996; 18: 153-163
14. Karacan I, Thornby JI; Anch M et al. Prevalence of sleep disturbances in a primarily urban Florida county. Soc Sci Med 1976; 12: 239-244
15. Miller EH. Women and insomnia. Clin Cornerstone. 2004;6 Suppl 1B:S8-18.

16. Thornby J, Karacan I, Searle R et al. Subjective report of sleep disturbance in a Houston metropolitan health survey. *Sleep Research* 1977; 6: 180.
17. G.G-Portilla MP, Pedregal J, López JI, Bousoño M, Bobes J. Sueño, deterioro orgánico y salud general en población involutiva. Estudio en una zona básica de salud de Oviedo. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1991; 19(4):191-199.
18. Soberanes FS, González PAAI, Moreno CY del C. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009;14(4):161-72
19. Fuller FG. Falls in elderly. *Am Fam Physician*. 2000;61:2159-68.
20. Davidson JR. Use of benzodiazepines in social anxiety disorder, generalized anxiety disorder, and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 (suppl 5): 29-33.
21. Bixler EO, Kales A, Soldatos CR et al. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 1257-62.
22. Haro VR, Labra HA, Sánchez NF : Repercusiones médicas, sociales y económicas del insomnio. *El Residente* , vol. V Número 3-2010: 130-138 en URL : <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr103g.pdf>
23. Beaman P, Reyes S , García-PC , Cortés AR. Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en : *La salud del adulto mayor* Primera edición, 2004 pag 117-138.
24. Onofre MC, García PL D. Arenas Editores Instituto Mexicano del Seguro Social. *La salud del adulto mayor* Primera edición, 2004
25. Morgan K, Clarke D. Risk factors for late-life insomnia in a representative general practice sample. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 166-169.

Anexos**Cédula Básica de identificación familiar.** FOLIO ____

Edad del paciente _____

Genero 1 Masculino 2 femenino _____

Enfermedad (es) _____

Escolaridad 1 nula 2 primaria 3 secundaria 4 técnica _____

Ocupación 1 casa, 2 pensionado jubilado, 3 obrero, 4 empleado, 5 técnica profesional _____

Nombre de Familia (solo iniciales) _____

Numero de integrantes _____

Lugar de residencia (1) Urbana (2) rural _____

Clasificación de familia en base a parentesco _____

Tipo familia Nuclear (1), Nuclear simple (2), Nuclear numerosa (3), Reconstruida o binuclear (4), Monoparental (5), Monoparental extendida (6), Monoparental compuesta (7) Extensa (8), Extensa compuesta (9) No parental (10), otra (11).

Clasificación de su familia de acuerdo a etapa de ciclo de vida familiar _____

Expansión (1), Dispersión (2), independencia (3), retiro (4)

Cuestionario Oviedo del sueño1. **¿Como de satisfecho ha estado su sueño?** _____

2.1 muy insatisfecho, 2 bastante insatisfecho, 3 insatisfecho, 4 término medio, 5 satisfecho, 6 bastante insatisfecho, 7 muy satisfecho.

3. **¿Cuantos días a la semana ha tenido dificultades para?**

4. Conteste ninguno (1), 1 a 2 días (2), 3 días (3), 4 a 5 días (4), 6 a 7 días (5)

5. Conciliar el sueño ____ Permanecer dormido ____ Lograr un sueño reparador ____ Despertar a la hora habitual
____ Excesiva somnolencia _____6. **¿Cuanto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?** _____

7. 0 a 15 minutos (1), de 16 a 30 minutos (2), de 31 a 45 minutos (3), de 46 a 60 minutos (4), mas de 60 minutos (5)

8. **¿Cuantas veces se despertó en la noche ?** _____

9. Conteste : Ninguna vez (1), una vez (2), dos veces (3), tres veces (4), mas de tres veces (5)

10. si normalmente se despertó usted piensa que se debe adolor, necesidad de orinar, ruido, otro : especificar

11. **¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿Cuanto tiempo antes?** _____

12. Se ha despertado como siempre (1), media hora antes (2), una hora antes (3), entre una y dos horas antes (4), mas de dos horas antes (5)

13. *¿Eficiencia del sueño (horas) dormidas / horas cama) por término medio? ¿cuántas horas ha dormido cada noche?_____ ¿Cuantas horas ha permanecido en cama ? _____*

14. 1 a 100% (1), 81 a 90 (2), 71 a 80%(3),61a 70%(4),60% ó menos (5) _____

15. *¿Cuantos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio laboral por no haber dormido bien la noche anterior?_____*

16. Ningún día (1) , 1 a 2 días (2), tres días (3), 4 a 5 días (4), 6 a 7 días (5)

17. *¿Cuantos días a la semana se ha sentido somnoliento, llegado a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche ? _____*

18. Ningún día (1) , 1 a 2 días (2), tres días (3), 4 a 5 días (4), 6 a 7 días (5)

19. *Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño, ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio laboral por ese motivo?_____*

20. Ningún día (1) , 1 a 2 días (2), tres días (3), 4 a 5 días (4), 6 a 7 días (5)

21. *¿Cuantos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)..._____*

22. Conteste : nunca (1), a veces (2), ocasionalmente (3), casi siempre (4), siempre (5)

23. Ronquidos _____ Ronquidos con ahogo _____ Movimientos de las piernas _____ Pesadillas _____ Otros _____

24. *¿Cuantos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.) prescrito o no , para ayudarse a dormir? 1 (si) 2(no) _____*

25. Ningún día (1) , 1 a 2 días (2), tres días (3), 4 a 5 días (4), 6 a 7 días (5)

26. Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.) describir :

Questionario de Duke -UNC

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios :

Nunca(1), A veces (2), ocasionalmente (3), casi siempre 4), siempre (5)

- 1. Recibo visitas de mis amigos y familiares _____
- 2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa _____
- 3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo _____
- 4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede _____
- 5. recibo amor y afecto _____
- 6. Tengo la posibilidad de de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa _____
- 7. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares _____
- 8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos _____
- 9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas _____
- 10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida _____

11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

3. Carta consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor en el hospital general de zona no 3 con MF IMSS , características de familia y apoyo socio familiar . Año 2010**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación

Científica con el número:

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respectó a mi permanencia en el mismo

**Nombre y firma del sujeto
Responsable**

Nombre, firma y matrícula del Investigador

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigo

Nombre y firma

Testigo

Nombre y firma

Clave: 2810-009-013